

  
NASJONALT KUNNSKAPSENTER  
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

# Flyktninger fra krigen i Ukraina: Psykososiale konsekvenser, behov og tiltak den første tiden i Norge - Barn og unge

Dato: 05.05.2022

Kreditering: (NKVTS)

Publisering nkvts.no: Ja

## Flyktninger fra krigen i Ukraina: Psykososiale konsekvenser, behov og tiltak den første tiden i Norge – Barn og unge

Majoriteten av Ukrainas 7.5 millioner barn er på flukt fra krigshandlingene, flere tusen sivile er drept og hjem, arbeidsplasser og skoler destruert (UNHCR, 2022; UNICEF, 2022). Blant de 5,6 millionene flyktninger som nå har krysset grensene til naboland er de fleste kvinner og barn. Mang barn og unge har måttet forlate far, eldre brødre, nær familie og venner i den pågående krigen. Familier er splittet og et betydelig antall barn og unge reiser alene. Mange har opplevd krigshandlinger, og det rapporteres om angrep mot sivile og bruk av seksuelle overgrep mot kvinner og barn som en del av krigføringen. Egne traumatiske erfaringer, tap, flukt, og oppdateringer fra krigen i hjemlandet medfører sterke fysiske og psykiske reaksjoner hos både voksne og barn. Regjeringen har innvilget flyktningene midlertidig kollektiv beskyttelse (JD, 2022), og anmodet alle landets 356 kommuner om å bosette til sammen 35.000 (IMDi, 2022b). Flere tusen er ankommet mottak av varierende kvalitet, og bosetting tar tid. Selv om utfallet av krigen er uvisst må vi planlegge for at mange vil bli i Norge over lang tid. De fleste vil klare seg godt om de får nødvendig hjelp og støtte (Lau et al., 2018). Funn fra tidligere studier av unge flyktninger og foreldrene deres viser at den første tiden i bosettingslandet er særlig viktig for tilpasning og helse. Helsefremmende faktorer omfatter rask tilgang til nødvendige ressurser, trygghet, anerkjennelse, deltagelse i sosiale fellesskap, mulighet for lek, læring og mestring og rask helsehjelp ved behov (Fazel et al., 2012). Overordnet vil barn og unges videre utvikling, helse, trivsel og fremtid avhenge av hvorvidt vi nå klarer å gi nødvendig hjelp og støtte til å (gjen-) opprette en så normal hverdag som mulig (Frounfelker et al., 2020). Omfanget og alvorlighetsgraden av krisen krever proaktiv oppfølging på laveste effektive omsorgsnivå for å styrke motstandskraft, minimere negative konsekvenser, sikre nødvendig hjelp og kapasitet i helse- og omsorgstjenestene. På bakgrunn av eksisterende kunnskap anbefaler vi at myndighetene iverksetter følgende tiltak:

- Sørger for tilstrekkelig ressurser, kapasitet og kompetanse i mottak til å dekke flyktningenes grunnleggende fysiske behov, behov for trygghet, praktisk hjelp og psykososial ivaretagelse.
- Rask adekvat bosetting i inkluderende samfunn (kommuner), vern mot vold, diskriminering og sosial isolasjon (Figur 1).
- Rask sysselsetting av omsorgsgivere og oppstart skole og barnehage, med fleksible løsninger for videreføring av velfungerende utdanningsløp på morsmål, i kombinasjon med aktiv deltagelse i sosiale fellesskap (fritidsaktiviteter) med jevnaldrende og tilgang til traumeinformert pedagogisk oppfølging.
- Proaktiv oppfølging av enslige mindreårige og familier i mottaks- og bosettingskommuner for tidlig hjelp ved behov på laveste effektive omsorgsnivå. En flyktningsordning kan bidra til nyttig hjelp og kunnskapsutveksling på tvers av kommuner, slik at så mange som mulig kan få så god hjelp som mulig.
- Forskning integrert i respons for utvikling av kunnskap om konsekvenser og nyttige tiltak for rammede til bruk i gjeldende og kommende kriser og katastrofer.

I dette notatet oppsummeres kunnskap om barn og unges reaksjoner på krig og tap, behov for psykososial ivaretagelse og anbefalte psykososiale tiltak i tidlig fase etter ankomst til Norge.

## Familier og enslige mindreårige på flukt fra krigen i Ukraina

Siden Russland gikk til full krig mot Ukraina 24.2.2022 er over 13 millioner ukrainere drevet på flukt, hvorav 5.6 millioner har krysset grensen til naboland. Ni av ti flyktninger er kvinner og barn (UN, 2022). De fleste flyktningfamiliene er splittet, og mange barn og unge har nære i krigen. Norske myndigheter planlegger for å kunne ta imot om lag 60.000 flyktninger, hvorav landets 356 kommuner nå klargjør for bosetting av 35 000, inkludert 400 enslige mindreårige. Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand og Tromsø vil bosette de største gruppene på om lag 500-2000 pr by, mens mindre kommuner vil bosette titalls til hundretalls flyktninger (IMDi, 2022a). Ved langvarig krigføring eller eskalering av de pågående krigshandlingene som nå i stor grad rammer sivile vil flyktningstrømmen kunne øke.

Flere tusen flyktninger er ankommet mottak, boforholdene i mottak har vært kritisert og bosetting tar foreløpig lengre tid enn planlagt. Samtlige ukrainske flyktninger i Norge har rett til midlertidig kollektiv beskyttelse som gir dem tilgang til utdannings-, helse og omsorgstjenester på lik linje med norske statsborgere (JD, 2022).

Mange kommuner har fra tidligere lang erfaring med å gi god hjelp til flyktninger og rammede av andre katastrofer, mens andre kommuner har begrenset erfaringsgrunnlag. Overordnet har det vært stor variasjon mellom kommuner i kvalitet og tilgjengelighet av tjenester til flyktninger og rammede av andre katastrofer (Stene et al., 2016; UKOM, 2021; Wistrom et al., 2016). Psykososiale tiltak har ofte kommet sent i gang, i for liten grad nådd ut til dem som trenger hjelpen mest, og oppfølgingen har ofte vært avsluttet for tidlig (Glad et al., 2021). Spesifikk flyktningkompetanse har vært mangelfull, særlig i tjenestene for barn og unge (Rambøll, 2016).

De fleste barn og unge som nå kommer til norske kommuner vil klare seg godt med nødvendig hjelp og støtte i og utenfor mottak. Kunnskap om unge flyktnings opplevelser og reaksjoner, risiko- og helsefremmende faktorer knyttet til tilpasning og prinsipper for proaktiv oppfølging kan være hjelpsomt for (videre-)utvikling av gode, fleksible psykososiale kommunale tiltak.

## Reaksjoner på krig og tap

Barn og unges reaksjoner på krig, tap og flukt er knyttet til hva de har opplevd, hvordan deres nærmeste har det og hva som skjer i tidlig reetableringsfase etter flukten (Bryant et al., 2021; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Sara & Brann, 2018; Trickey et al., 2012; Yu et al., 2020). Med nødvendig tidlig hjelp og støtte kan de fleste gjenvinne tilstrekkelig trygghet og tillit til å klare seg godt (Lau et al., 2018).

I den aktuelle situasjonen med pågående krig i hjemlandet, der eget folk, familie og nære er mål for krigshandlinger vil det for mange være vanskelig å fokusere på tilpasning til den nye situasjonen i vertslandet. Etter ankomst er de fleste midlertidig plassert i mottakslokaler av ulik kvalitet. Mangel på struktur i den nye hverdagen, mangel på nødvendig, forståelig informasjon, og stor grad av uvisshet knyttet til fremtiden kombinert med nye angrep i hjemland, utgjør store tilleggsbelastninger for familier og enslige mindreårige. For mange vil hverdagen være preget av utrygghet, frykt, sjokk, sorg og/eller sinne. Mange vil være bekymret for dem som er forlatt i krigssonen, og kan føle på skam og skyld fordi de ikke klarte å beskytte sine egne. Savn av hjemmet og dem som er igjen, og sorg over mennesker og liv som går tapt, er en del av den nye tilværelsen for mange. Egne og næres traumatiske erfaringer og hendelser observert i (sosiale) medier kan gi opphav til posttraumatiske stress reaksjoner som indre bilder og tilbakevendende mareritt eller søvnvansker, angst eller

depressive symptomer, smerter, spenninger, utmattelse eller forverring av kronisk psykisk eller somatisk sykdom (Mattelin et al., 2022). Det nye i den aktuelle flyktningkrisen er at mange barn og unge har regelmessig digital kontakt ikke bare med familie og venner, men også klassekamerater og lærere ettersom ukrainsk skole har klart å opprettholde tilbud om digital undervisning (The Ministry of Education and Science Ukraine, 2022). Tross digital kontakt har krig og flukt medført fysisk adskillelse fra sosiale nettverk og støtte, som under andre omstendigheter kunne fungert som en viktig buffer ved belastninger på individet og familien (Xiong et al., 2022). Ensomhet og manglende støtte kan gjøre det enda vanskeligere å håndtere sosiale og kulturelle utfordringer, og finne sin plass i møte med et nytt samfunn og et nytt skolemiljø (Pacione et al., 2013). Barn og unge som har foreldre med redusert omsorgsevne, psykiske eller somatiske sykdommer, rusproblemer, eller som utøver vold blir særlig sårbare (Lau et al., 2018).

Barn og unges reaksjoner påvirker ofte søvn (Richter et al., 2020), atferd og funksjon. Noen reagerer med utagerende atferd, andre med tilbaketrekning og apati. Både barn og unge kan i den akutte fasen forbigående miste grunnleggende ferdigheter de hadde forut for de traumatiske hendelsene. Reaksjonene får ulikt uttrykk avhengig av alder og utvikling. Eksempelvis kan små barn bli urolige, klengete eller tisse på seg, mens eldre barn og ungdommer kan ha store vansker med å roe seg ned, sovne, stå opp om morgenen, spise, gå på skolen, konsentrere seg om skolearbeid, eller involvere seg i samspill med familie og jevnaldrende. Symptomuttrykk varierer også med kjønn. Jenter har generelt økt risiko for å utvikle angst og depressive plager, mens gutter i større grad utvikler atferdsvansker, aggresjon og uro (Scharpf et al., 2021). Reaksjonene kan variere over tid, tilsynelatende oppstå plutselig, virke skremmende og fremstå uforståelige for barnet selv og de som er rundt. I krise kan barn påta seg økte oppgaver og ansvar. Det kan gjøre godt i den akutte situasjonen, men kan føre til langvarig belastning dersom de ikke får nødvendig avlastning, og mønsteret opprettholdes over lang tid.

Kriser og traumer kan ha store konsekvenser for læring og utdanningsløp for barn og unge (Bharadwaj et al., 2021; Lau et al., 2018; Shany, 2017; Stene et al., 2019; Strom et al., 2016). Selv om flyktningbakgrunn ikke nødvendigvis gir mer frafall fra skolen, påvirker traumatiske erfaringer og psykiske helseproblemer både deltakelse og gjennomføring av utdanning på en negativ måte (Graham et al., 2016; Jin et al., 2021; Strom et al., 2016). Oppmerksomhet, hukommelse, konsentrasjon, tankeprosesser og arbeidsminne kan påvirkes negativt (se Malarbi et al., 2016; Scott et al., 2015, Schultz & Skarstein, 2021). Frykt og påtrengende traumatiske minner kan eksempelvis forstyrre både innlæringsprosessen og gjenkallingen av det som er lært, slik at læringsprosessen blir mindre effektiv enn den var før (Shultz et al., 2019). Høyt nivå av somatiske plager som hodepine, muskelskjelettsmerter, søvnvansker eller utmattelse, som er vanlige etter å ha opplevd traumer (Stensland et al., 2020), kan også påvirke funksjon og skolegang (GBD, 2020). Eldre barn og unge, i klassetrinn med høyere krav til kognitiv fungering og språkkunnskaper, opplever ofte særlig store vansker med fullføring av utdanning (NordForsk, 2022). Nedgang i karakterer, økt skolefravær, og lavere fungering i skole kan vedvare over lang tid (Glad et al., 2021). Mobbing og store vansker i familien forverrer situasjonen (Strom et al., 2013). Noen faller ut av skoleløp, med konsekvenser for senere arbeidsdeltagelse (Bharadwaj et al., 2021). Fra tidligere katastrofer vet vi at barn og unge som ikke faller fra, men forblir i skolesystemet, med nødvendig hjelp og støtte over tid kan klare å gjennomføre utdanningsløp med gode resultater (Strom et al., 2016). Dette er funn som viser hvordan det å oppleve kriser og traumer kan ha alvorlige langtidskonsekvenser for utdanningsløpet for unge rammede, som igjen kan ha negative konsekvenser for høyere utdanning, jobb og karriere (Bharadwaj et al., 2021).

Reaksjonene nevnt over er normale reaksjoner på ekstrem belastning.

## Helseplager

Et betydelig mindretall barn, unge og foreldre står i fare for å utvikle langvarige helseplager etter flukt (Blackmore et al., 2020; Teodorescu et al., 2015). Forekomst varierer mye avhengig av tilgang til helsefremmende faktorer (Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Mattelin et al., 2022; Trickey et al., 2012). De vanligste plagene omfatter posttraumatisk stress lidelse (PTSD) 23% (95% CI 13-33), depresjon 14% (95% CI 6-22), angstlidelser 16% (95% CI 8-24) og ADHD (Attention-deficit/hyperactivity disorder) 9% (1-16) (Blackmore et al., 2020). Enslige mindreårige flyktninger er generelt sett mer sårbare enn andre jevnaldrende flyktninger, og i denne gruppen er risiko for suicidalitet også forhøyet (Jin et al., 2021). Posttraumatisk stress, depresjon og angst forekommer ofte sammen med kroniske smerter (Brown et al., 2020). Kroppslige helseplager som hodepine og andre smertetilstander er vanlig (van Os et al., 2016). Unge flyktninger har overhyppighet av behandlingskrevende somatisk sykdom, som anemi (14%), D-vitaminmangel (45%) og infeksjonssykdommer (Baauw et al., 2019). Voldtekt, seksuelle overgrep, eller salg av seksuelle tjenester for overlevelse under krig og flukt øker risiko for psykiske vansker, seksuelt overførbare sykdommer, uønsket graviditet for hos unge flyktninger og omsorgsgivere (Amiri et al., 2020). Den samlede byrden psykiske og somatiske helseplager kan ha stor negativ innvirkning på funksjon og mulighet for tilpasning for både barn, unge og omsorgsgivere (GBD, 2020; Scharpf et al., 2021).

## Risiko- og helsefremmende faktorer

I nyetableringsfasen står flyktninger ovenfor utfordringer knyttet til å håndtere egne og familiemedlemmers reaksjoner på traumatiske opplevelser og belastninger, tilpasse seg den nye tilværelsen og samtidig opprettholde tilknytning til nære, hjemland og opprinnelseskultur.

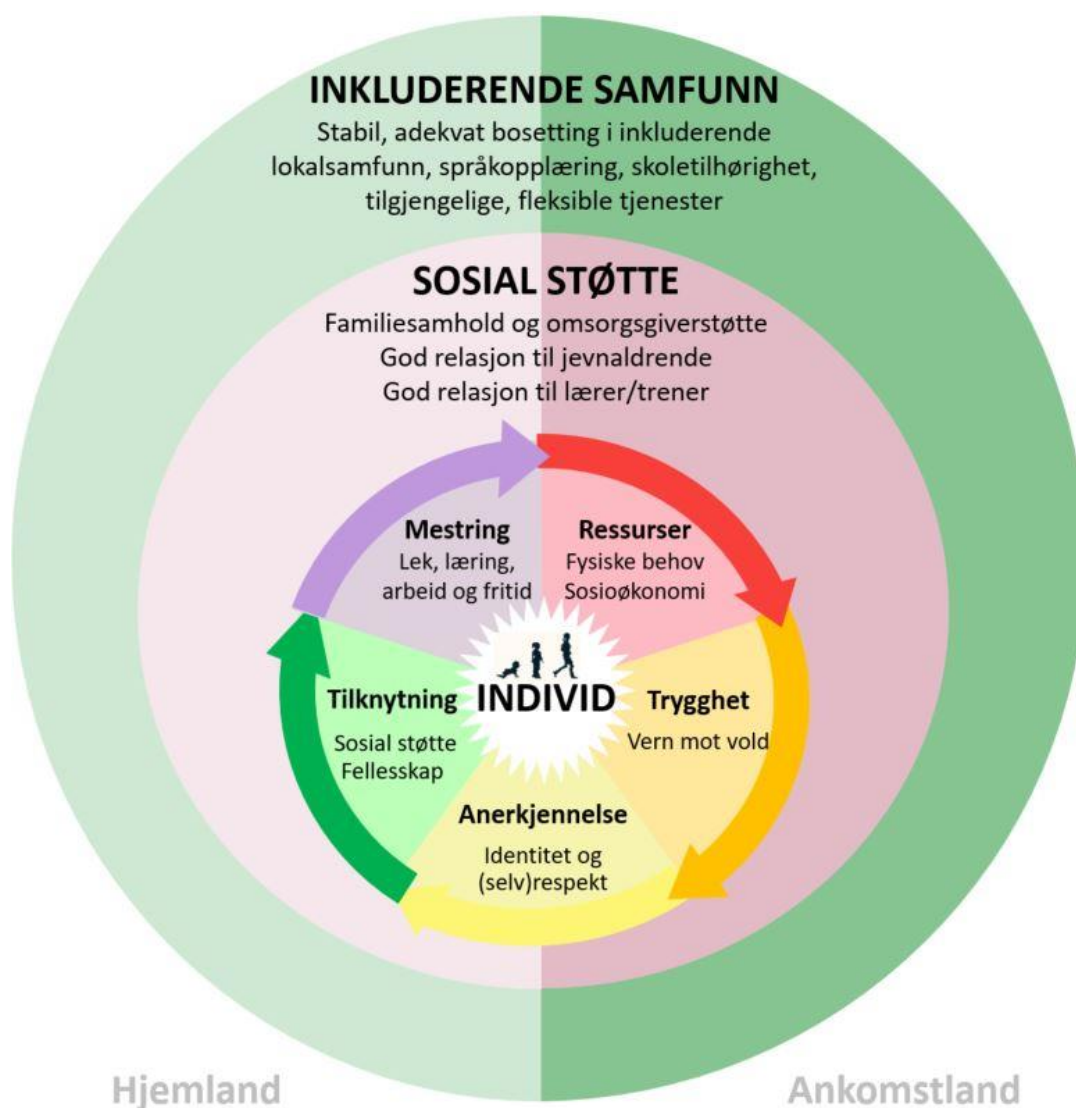
Barn, unge og familiers tilpasning i bosettingslandet avhenger i stor grad av hva som skjer i nyetableringsfasen (Bronstein & Montgomery, 2011; Mattelin et al., 2022). Grad av sosial støtte, trygghet, tilgang til utdanning og hvordan ulikheter mellom kulturene håndteres påvirker barn og unges motstandskraft, hjelpebehov og mulighet for å tilpasse seg den nye tilværelsen i bosettingslandet (Nakeyar et al., 2018). Individet og familiens motstandskraft, eller kapasitet til å opprettholde stabil psykologisk funksjon gjennom motgang (resiliens), kan sees som en dynamisk prosess som i stor grad påvirkes av mange ulike samspillende risiko- og beskyttelsesfaktorer som endrer seg over tid (Bonanno, 2021). Eksempelvis vil utvikling av alvorlig posttraumatisk stress, andre psykiske vansker eller rusproblemer hos foreldre eller eksponering for vold, overgrep eller mobbing i mottak/kommune bidra til å redusere barnets motstandskraft, mens sosial støtte fra omsorgsgiver og jevnaldrende, respekt og skoletilhørighet vil bidra til å styrke mulighet for sunn tilpasning (Figur 1) (Nakeyar et al., 2018; Scharpf et al., 2021).

Sentrale forhold som påvirker motstandskraft og mulighet for tilpasning omfatter:

- **Tilgang til nødvendige ressurser** for å dekke grunnleggende fysiske behov, som rent vann, mat, adekvat bolig og nødvendige medisiner, er avgjørende for helse. Tilgang til tilstrekkelige sosiale og økonomiske ressurser fremmer tilpasning (Yu et al., 2020). Språkopplæring, utdanning og sysselsettingstiltak for omsorgsgivere bedrer barns tilgang til sosioøkonomiske ressurser av betydning for psykisk helse (Nielsen et al., 2008).
- **Trygghet:** Barn, unge og familier på flukt og i nyetableringsfase trenger aktivt vern fra nye voldshandlinger, overgrep og mobbing. Traumatiske opplevelser før, under og etter flukten øker risikoen for psykiske plager (Fazel et al., 2012). Slike hendelser omfatter vold, seksuelle overgrep, mobbing og andre truende erfaringer. Krigshendelser og usikkerhet knyttet til utvikling i hjemlandet øker utrygghet og redsel. Mangel på informasjon og kunnskap om egen

situasjon kan øke utrygghet, følelse av manglende kontroll, redsel og hjelpeløshet ytterligere (Brandenberger et al., 2019; Fazel et al., 2012).

- **Anerkjennelse, tilhørighet, lek og læring:** Anerkjennelse for bakgrunn, kulturell identitet og innvilgelse av opphold (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Yu et al., 2020) kan bidra til å styrke selvrespekt, selvfølelse og verdighet. Rask avklaring knyttet til oppholdstillatelse og stabil bosetting muliggjør tilknytning til lokalsamfunn. (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Yu et al., 2020) kan bidra til å styrke selvrespekt, selvfølelse og verdighet. Aktiv deltakelse i inkluderende sosiale fellesskap, som barnehage, skole og fritidsaktiviteter, gir barn og unge mulighet til å knytte vennskap og tilhørighet i bosettingslandet (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; NordForsk, 2022; O'Donnell et al., 2020; Yu et al., 2020). For barn, unge og familier på flukt vil opplevelse av tilhørighet og kontinuitet være styrkende. Fattigdom, diskriminering og isolasjon, mangel på inkludering, sosial støtte og tilhørighet i skole forverrer situasjonen (Korp & Stretmo, 2020).



Figur 1. Modellen illustrerer helsefremmende faktorer for individ og familier på flukt.

**Angående omsorg:** God omsorg, samspill og støtte fra omsorgsgiver styrker barn og unges psykiske helse (Mattelin et al., 2022). Foreldres tilpasning til den nye tilværelsen er viktig for barn og unges trivsel (Lau et al., 2018; Trickey et al., 2012). Når foreldre eller andre omsorgsgivere selv har det vanskelig påvirker dette familien og barnas mulighet til å tilpasse seg de nye forholdene. Om foreldre utvikler alvorlige psykiske vansker, som posttraumatisk stress lidelse eller rus problemer, øker ofte samspillsvansker og risiko for bruk av vold i nære relasjoner. Barn og unge blir skadelidende om foreldre ikke får nødvendig helsehjelp i tide; psykiske vansker og atferdsproblemer er særlig vanlig hos barn i familier med store vansker (Bryant et al., 2018).

**Angående skole/barnehage/utdanning:** Barnehage og skole spiller en avgjørende rolle for barn og unges trivsel og læring. Gode læringsprosesser krever et minimum av ro, trygghet, respekt og tilhørighet. For barn og unge på flukt er deltagelse i et inkluderende skolemiljø viktig for trivsel, skoleprestasjoner og psykisk helse (Fong Lam et al., 2015; Kia-Keating & Ellis, 2007; Niehaus et al., 2012; Nuttman, 2019; Scharpf et al., 2021; Schultz & Skarstein, 2020). Mangel på sosial støtte, diskriminering, fattigdom, hyppige flyttinger og skolebytte påvirker derimot læring negativt, øker risiko for psykisk uhelse og frafall fra skolen (Chen et al., 2019; UNHCR, 2021; Walker et al., 2020).

**Angående vennskap:** Venner og skolekamerater har stor betydning for barn og unges psykisk helse, mestring og trivsel (Lau et al., 2018; Scharpf et al., 2021). Barn og unge med flyktningbakgrunn kan oppleve økte vansker i relasjon til jevnaldrende sammenlignet med majoritetsungdom. Mobbing er særlig skadelig.

## Særlig sårbare grupper

- **Barn og unge med tidligere helseplager:** Barn og unge med tidligere helseplager har større sjanse for at symptomene forverres eller kronifiseres etter flukten (Scharpf et al., 2021). Barn, unge eller omsorgsgivere med somatiske eller psykiske lidelser kan ha opplevd brudd i behandling i forbindelse med flukten. Mangel på behandling, mat eller medisiner, traumatiske opplevelser og stress i hjemlandet eller under flukten kan ha medført alvorlige helsekonsekvenser for enkeltindivid og familier.
- **Barn og unge som flykter alene:** Barn og unge på flukt alene er særlig sårbare (Scharpf et al., 2021). Gruppen opplever ofte stor grad av utrygghet, bekymring for familiemedlemmer og sorg over tapte nære (Andersson et al., 2021) og manglende tilgang til hjelp og støtte til å håndtere hverdag og helseutfordringer. Mange har vært utsatt for vold, overgrep og andre belastende hendelser hjemlandet, under flukt og etter ankomst. Sammenlignet med jevnaldrende på flukt med omsorgsgivere har enslige mindreårige høyere risiko for PTSD, depresjon, angst og atferdsvansker (Bamford et al., 2021; EL-Awad et al., 2021). Det har vist seg at å bo i stabile 'familielignende bofellesskap' (eks.fosterhjem), gir bedre psykisk helse enn bosetting alene, eller i mottak (O'Higgins et al., 2018). Høy grad av sosial støtte, kulturell kompetanse og få daglige stressorer i bomiljøet styrker enslige mindreåriges motstandskraft. Kontakt med familie virker også beskyttende mot utvikling av psykiske helseplager (Höhne et al., 2020; Jensen et al., 2019; O'Higgins et al., 2018).

## Utfordringene krever proaktiv oppfølging

Blant de 35 000 flyktningene, inkludert 400 enslige mindreårige, som nå bosettes i og utenfor mottak i norske kommuner vil grad av traumeeksponering, belastninger og psykososiale konsekvenser av krig og flukt variere. Situasjonen for den enkelte og familier kan raskt forverres

over tid. Fra tidligere katastrofer vet vi at det for rammede med høyt symptomtrykk, mange somatiske plager og et stort hjelpebehov ofte er vanskelig å få tilgang til nødvendig helsehjelp (Stene et al., 2016; UKOM, 2021; Wistrom et al., 2016). Det er mange grunner til at katastroferammede ikke søker nødvendig helsehjelp, f.eks. manglende kunnskap om rettigheter, hvor de kan få slik hjelp og symptomer som blant annet utmattelse, opplevd håpløshet og unngåelse. Språklige og kulturelle barrierer vanskeliggjør situasjonen. I møtet med tjenestene utgjør vansker knyttet til kommunikasjon, mangel på kontinuitet, tillitt, trygghet og manglende følelse av kontroll over egen situasjon vanlige hinder for at flyktninger får den hjelpen de trenger (Brandenberger et al., 2019). Flere grupper tidligere katastrofeutsatte i Norge har etterlyst oppsøkende bistand. Slik proaktiv oppfølging (outreach) ble implementert etter terrorhandlingene på Utøya i 2011 (Glad et al., 2021; UKOM, 2021).

## Prinsipper for proaktiv oppfølging

For at de som trenger det skal få tilgang til nødvendig hjelp i tide kan det derfor være nyttig å stille tiltak etter følgende overordnede prinsipper for oppfølging av flyktninger og andre rammede ved katastrofer (Brandenberger et al., 2019; Dyb & Jensen, 2019; IASC, 2007; Kenardy et al., 2020; UKOM, 2021) (Brandenberger et al., 2019; Dyb & Jensen, 2019; IASC, 2007; Kenardy et al., 2020; van Os et al., 2016):

- Proaktiv kontakt
- Aktiv oppfølging
- Laveste effektive omsorgsnivå
- Medvirkning
- Kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet

**Proaktiv kontakt:** I mottak og nyetableringsfasen kan det være særlig vanskelig å orientere seg og forstå hvem som kan tilby hjelp. Prinsippet om proaktiv kontakt i møte med rammede er basert på kunnskap om at de som trenger hjelpen mest ofte ikke har kapasitet til selv å be om hjelp (Stene et al., 2016; UKOM, 2021; Wistrom et al., 2016). Dette utdypes nærmere under punkt om proaktiv oppfølging. (Glad et al., 2021), (Brandenberger et al., 2019). (Boylan et al., 2020).

**Aktiv oppfølging:** innebærer oppfølging av avdekkede hjelpebehov og gjentatt kontakt med familier og enslige mindreårige flyktninger over tid, også om man ikke umiddelbart identifiserer hjelpebehov. Årsaken til dette er at belastninger kan svinge, ikke nødvendigvis avdekkes ved første kontakt, og at hjelpebehov kan øke (Scharpf et al., 2021).

**Laveste effektive omsorgsnivå:** Tidlige psykososiale tiltak på populasjons og gruppenivå med målsetting om å støtte opp om naturlig tilhelingsprosesser er spesielt viktig i den pågående situasjonen med et stort antall flyktninger, for å hindre utvikling av alvorligere tilstander som må behandles individuelt i andre og tredjelinjetjenestene. Effektive universelle tiltak, tidlig identifisering og triagering av hjelpebehov kan, sammen med prioriterte lavterskeltilbud, bidra til å sikre kapasitet i spesialiserte tjenester til veiledning og behandling av de sykeste (Skeen et al., 2019). Fravær av bedring skal utløse en mer intensiv oppfølging, fortrinnsvis på samme tjenestenivå. Forsterkede tiltak kan innebære at flere eller andre tjenesteaktører må involveres i oppfølgingen, at kontakten blir hyppigere eller at lengde/intensitet på kontakten økes. Denne vurderingen gjøres på kommunalt nivå. Formålet med å involvere flere omsorgsnivå er å tilby nødvendig og nyttig behandling (Turrini et al., 2019).



**Medvirkning:** Medvirkning er et sentralt element i psykososiale tiltak for å styrke barn, unge og familiers agens, mestring og tilpasning til hverdagen i bosettingslandet (Brandenberger et al., 2019; Brown et al., 2020). I kontakt med tjenestene innebærer dette god dialog og anerkjennelse av deres egne målsettinger. Fokus på barnet eller ungdommens evner, styrker og interesser kan være hjelpsomt for gradvis gjenoppretting av en god hverdag. Dette innebærer fokus på funksjon fremfor symptom. Forståelse av hva barn, unge og familier har opplevd hvordan de forstår egne reaksjoner, og hvordan de pleier å hjelpe seg selv ved vansker kan bidra til meningsfull tilpasning av tiltak. Involvering av nære, sosiale nettverk og andre naturlige støttespillere i barn og unges liv kan bidra til økt støtte og hjelp til mestring og tilpasning.

**Kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet:** Manglende kontinuitet forringer ofte tilbudet og øker risiko for negative helsekonsekvenser (Brandenberger et al., 2019; UKOM, 2021). Mange kan ha behov for flere tjenester, og god hjelp vil ofte kreve at man samarbeider godt på tvers av tjenestene, avklarer ansvar og sikrer god kommunikasjon og kontinuitet. Et godt samarbeid med familien kan bidra til utforming av hjelpetilbud med bedre effekt i tråd med familiens egne prioriteringer. Det kan være nyttig å (videre)utvikle eksisterende arenaer for samarbeid mellom ulike tjenester innenfor kommunen, mellom første- og andrelinjen.

## Psykososiale tiltak

I det følgende avsnittet utdypes aktuelle psykososiale tiltak basert på empirisk evidens eller konsensus.

### Tiltak for alle

Tiltak rettet mot en hel gruppe unge flyktninger, kjent som universelle eller primærforebyggende tiltak, sikter mot å styrke motstandskraft og forhindre utvikling av psykososiale problemer tross belastninger. Ettersom de samspillende individuelle og kontekstuelle faktorene som virker inn på motstandskraft endrer seg over tid (Bonanno, 2021), må også tiltak være fleksible, og tilpasset aktuell kontekst (Marley & Mauki, 2019). Overordnet vil tiltak for flyktninger i bosettingsland som styrker barn, unge og familiers tilgang til helsefremmende miljø på ulike nivå bidra til å styrke motstandskraft (Figur 1)(Fazel & Betancourt, 2018). Slike tiltak inkluderer:

**Tilgang til nødvendige ressurser og hjelp:** Tiltak som sikrer barn unge og familiene tilgang til nødvendige ressurser for å dekke grunnleggende fysiske behov, som tilstrekkelig mat, medisiner, adekvate mottaksfasiliteter og bosetting er sentralt for overlevelse og helse (Fazel & Betancourt, 2018).

**Tilgang til trygghet:** Tiltak for å skape trygghet og hindre ytterligere traumatisering, vold, mobbing, diskriminering og sosial isolasjon i bosettingslandet (Hobfoll et al., 2021).

**Tilgang til omsorg:** Psykososiale tiltak som bidrar til å bygge familiesamhold, foreldrehelse og foreldrestøtte er viktige for barn og unges psykiske helse (Bryant et al., 2018; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Scharpf et al., 2021). De voksnes psykisk helse og livsforhold har stor innvirkning på barn og ungdoms psykisk helse og trivsel, og barn og unge er i stor grad avhengige av at omsorgsgiver klarer seg for egen tilpasning. Aktiv inkludering av omsorgsgivere i meningsfulle aktiviteter og arbeidsliv kan være til hjelp for hele familien og bidrar til å støtte egendriv, forhindre fattigdom og hjelpeløshet (Fazel & Betancourt, 2018). Det kan være nyttig å tilby omsorgsgivere

tilgang til gruppebaserte traumeinformerte tilbud for problemløsing knyttet til egne utfordringer og omsorgsrollen (NKVTS, 2022). Det er vesentlig for deltakelse og samarbeid at veiledning av foreldre tilpasses den aktuelle gruppen flyktninger. I Norge har helsestasjonen en sentral rolle i veiledningsarbeid med omsorgsgivere. Gjensidig råd og veiledning om spesielle behov som barn med flyktningeerfaring kan ha er viktig for å forebygge problemer og fremme integrering allerede fra spebarnstiden og videre opp gjennom skolealder (Hdir, 2015).

**Tilgang til sosial støtte:** Tiltak som gjør det lettere for barn og unge å ta aktiv del i støttende, sosiale nettverk i skole og fritidssammenheng kan være til stor hjelp, som mentorprogram i skole eller fritidsaktiviteter. Aktive tiltak for forebygging av diskriminering, mobbing og sosial isolasjon er viktig for alle barn, unge og omsorgsgivere. (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Yu et al., 2020).

**Mulighet for lek og læring:** Skolebaserte psykososiale intervensjoner for barn og unge med flukt- og migrasjonsbakgrunn tyder på at slike tiltak kan bidra til å bedre elevenes helse og trivsel i skolen (RWS, 2020; Tyrer & Fazel, 2014). Tiltak i mottak for etablering av rom og ro for lek og læring. Rask inkludering i traumeinformert barnehage og skoleordninger er viktig for lek, læring, utvikling av vennskap, tilhørighet og tilpasning (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Scharpf et al., 2021; Yu et al., 2020). *Traumeinformert undervisning* handler om å tilrettelegge opplæringen slik at elever utsatt for traumer kan få best mulig skoletrivsel og læringsutbytte. Det er laget gode beskrivelser for oppbygging av traumeinformert undervisning (Brymer et al., 2021; NKVTS, 2022; Schultz & Skarstein, 2020). Tiltak må tilpasses og opprettholdes over tid selv om noen av de tidlige krisereaksjonene avtar. Ett av de grunnleggende pedagogiske tiltakene for traumatiserte elever er læringssamtalen; lærer og elev snakker sammen om hva som gjør læring vanskelig og prøver systematisk ut tiltak for å fremme læring og trivsel (Schultz & Langballe, 2016). De pedagogiske målene for barnehage og skole, *sosial aktivitet, trivsel og læring*, er en sentral del av det å støtte de naturlige helingsprosessene. I en godt fungerende barnehage og skole ordning vil de naturlige forebyggende prinsippene være til stede. Men det er ikke bestandig elevene kan nyttiggjøre seg disse helt uten videre, ofte vil de trenge tilrettelegging av barnehagelærere og lærere. Erfaringer fra Utøyastudien viser at det er gjennomgående trekk at elevene tidlig i skoleåret ble møtt med mye empati, men mottok lite konkret hjelp fra lærevanskene de opplevde (Schultz et al., 2019). Dette understreker viktigheten av traumeinformert undervisning og behov for opplæring av lærere i traumeinformert undervisning, god dialog mellom lærere og elever, og konkrete tiltak som kan bli satt i verk for å håndtere lærevansker på langsikt. Å oppleve forståelse for egen bakgrunn og identitet og kontinuitet mellom hverdag i hjemland og bosettingsland i skolesammenheng kan bidra til å avhjelpe tilpasningsprosessen. Kunnskap om barnets kulturelle og språklige bakgrunn kan være til hjelp, samt et tett samarbeid med foreldrene ettersom det har innvirkning på barnas trivsel og prestasjon på skole (Graham et al., 2016).

## Kontaktperson og losordning for proaktiv oppfølging

I Helsedirektoratets *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* og *Nasjonal veileder for Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente* er det anbefalt at barn, unge og familier får en navngitt kontaktperson som bidrar til kontinuitet og trygghet i oppfølgingen, for å forebygge og redusere krise-/katastroferelaterte helseplager. Kontaktpersonordningen ble blant annet brukt i oppfølgingen av rammede etter terroren på Utøya, og mange norske kommuner er godt kjent med denne ordningen for proaktiv oppfølging av rammede av katastrofer (Glad et al., 2021). Ordninger der én kontaktperson har hovedansvar for å ta proaktiv kontakt, gi praktisk hjelp og støtte og følge opp hjelpebehov over tid er basert på kunnskap om at rammede med størst behov for hjelp ofte ikke får den

hjelpen de trenger ettersom denne gruppen ofte ikke selv kontakter tjenestene eller faller fra nødvendige tiltak, uten å bli fanget opp. Fragmentering av tjenestetilbud og ansvar for oppfølging er ansett som underliggende hovedutfordringer. Fra tidligere kriser og katastrofer er det kjent at rammede med lite kjennskap til norsk språk, kulturelle symptomuttrykk og det norske tjenestesystemet kan oppleve særlige vansker. Kontaktpersonordningen er ment å bistå rammede etter prinsipp for psykososial ivaretagelse i krise og proaktiv oppfølging.

I respons på flyktningkrisen anbefaler FN og WHO bruk av den evidens-informerte metoden for psykososial ivaretagelse *psykologisk førstehjelp*, som ledd i det universelle tilbudet for psykososial ivaretagelse av flyktninger og andre rammede i krise (Brymer et al., 2021; WHO, 2011). Metoden omfatter elementer for å ta aktiv kontakt, skape trygghet, berolige og veilede, kartlegge behov, gi praktisk hjelp, støtte mestringsstrategier, sikre oppfølging ved helsetjenester ved behov, i tillegg til selvhjelp for hjelpere.

For familier og enslige mindreårige kan veiledning i de norske tjenestene av én fast kontaktperson med nødvendig kompetanse om psykososial ivaretagelse av rammede i krise og proaktiv oppfølging bidra til å redusere kaos, stress og tilrettelegge for at rammede etterhvert opplever økt kontroll og mestring. Kontinuitet i tilbudet kan bidra til å bygge nødvendig tillitt og trygghet til formidling av helseplager og hjelpebehov. Informasjon om normale krisereaksjoner, norsk syn på psykisk helse og behandling kan være hjelpsomt ettersom kunnskapsmangel eller stigma knyttet til psykiske vansker kan utgjøre viktige barrierer mot å søke helsehjelp. Ordningen kan hjelpe rammede med behov for mange tjenester med koordinering av hjelpetiltak over tid. Kontaktpersonordninger har også vært vurdert i forbindelse med pakkeforløp for pasienter innenfor psykisk helsevern, nettopp for å unngå fragmentering av tjenester og ansvar, som er en stor utfordring også for denne gruppen brukere av offentlige tjenester.

En sårbarhet ved kontaktpersonordningen er at kontaktpersonen kan bli stående alene med mye ansvar uten tilstrekkelig kompetanse til å veilede rammede inn i nødvendige tjenester. Langtidsoppfølging av overlevende etter terroren på Utøya ble det i 2019 etablert en ordning der rammede med behov for hjelp fikk tilbud om bistand fra los ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) til å finne frem til riktige tjenester. Denne ordningen har ikke vært evaluert.

Samlet sett er det bred konsensus for at både barn, unge og omsorgsgivere kan ha god nytte av psykologisk førstehjelp i krise, proaktiv oppfølging og tilgang til universelle tiltak som inkluderer psykoedukasjon for bedre forståelse for egne reaksjoner og hva man kan gjøre for å redusere stress. I Norge er det anbefalt at helsestasjon og i skolehelsetjenesten spiller sentrale roller i dette arbeidet for oppfølging av unge flyktninger i og utenfor mottak fra ankomst (Hdir, 2015).

## Lavterskeltilbud ved behov

Sekundærforebyggende tiltak er tidlige intervensjoner som har til hensikt å redusere og motvirke utvikling av psykososiale problemer hos barn unge og familier med økt risiko. Disse metodene er velegnet til bruk i mottak, ved helsestasjon (Hdir, 2015) og eksempelvis som ledd i introduksjonsprogrammet. (NKVTS, 2022).

Det finnes en rekke lavterskel psykososiale tiltak for barn, unge og omsorgsgivere. Slike tiltak brukes i utstrakt grad i innenfor tjenestene i dag (Hdir, 2015), eksempelvis i helsestasjonsarbeid, skolehelsetjenesten, kommunale psykiske helsetjenester og flyktninghelsetjenesten. Nyttens synes stor, selv om evidens for effekt av slike tiltak ofte er begrenset (IASC, 2007). Dette skyldes blant

annet at forskning på effekt av universelle og prioriterte lavterskeltiltak ofte er komplisert og har vært lite prioritert. Kunnskapsoppdateringer tyder likevel på at lavterskel intervensjoner for barn og unge kan være hjelpsomme (IASC, 2007; Purgato et al., 2018; Scharpf et al., 2021; Skeen et al., 2019). Noen av disse lavterskel tiltakene fokuserer på stressmestring og problemhåndtering til bruk i skolen, av omsorgsgivere og/eller barn og unge selv. Slike intervensjoner passer ofte godt til grupper og det er gunstig på flere områder: flere mennesker mottar hjelp med mindre ressurser, trenger bare en tolk til flere mennesker som deler samme språk, og møtene kan bidra til utvikling av et sosialt nettverk i bostedskommunen.

Dersom det er behov for forsterkning av gjeldende tilbud innenfor helsestasjon, skole, skolehelse- flyktningshelsetjeneste eller introduksjonsprogram kan det være nyttig å se på tiltak utviklet for flyktninger og rammede av katastrofer internasjonalt. I forbindelse med oppfølgingsarbeidet av rammede etter terroren på Utøya 2011 ble *Teknikker for psykologisk rehabilitering* oversatt til norsk og brukt i norske kommuner (Berkowitz et al., 2010). Dette er et verktøy som kan være hjelpsomt til bruk også nå i mottak og kommuner. Verdens helseorganisasjon (WHO) har de senere årene utviklet og anbefaler flere lavterskel tiltak for flyktninger til bruk i tidlig fase, som Problem Management plus (PM+) eller Self Help + (SH+) (Acarturk et al., 2022; Sever et al., 2021; Shi et al., 2022; WHO, 2020). For bruk i Norge kan PM+ være særlig nyttig, eventuelt med tillegg av en traumekomponent. Denne metoden er utviklet og validert for flyktninger i lavinntektsland (Acarturk et al., 2022; Sever et al., 2021; Shi et al., 2022), og finnes på ukrainsk, russisk og engelsk og flere andre språk. Evidens for bruk blant unge i høynntektsland er mangelfull, men en studie av PM+ for unge flyktninger er pågående i Nederland. I denne studien har man valgt å legge til en traumekomponent i intervensjonen for å gi unge mer spesifikk hjelp til å forstå og håndtere traume-spesifikke reaksjoner (Sever et al., 2021).

Mer intensive lavterskel intervensjoner bygget på traumefokusert kognitiv-atferdsterapi metode tilpasset flyktninger omfatter eksempelvis *common elements treatment approach* (CETA) (Murray et al., 2014) som også kan gis gruppebasert.

Intervensjonene nevnt over er godt tolerert, utprøvd i flyktningspopulasjon, synes å kunne bidra til reduserte psykiske plager, og er relativt ressurs og kostnadseffektive.

## Tidlig behandling

Tertiærforebyggende tiltak er rettet mot individer og familier som allerede har betydelige psykososiale problemer. Rask identifisering av enkeltindivid og familier med store hjelpebehov er viktig for å kunne gi tidlig målrettet hjelp til denne gruppen. Høy somatisk eller psykisk symptombyrde eller atferdsvansker, ledsaget av betydelig fall i funksjonsevne eller manglende forventet utvikling, frafall fra skole eller lignende krever rask vurdering for initiering nødvendige tiltak, etter LEON prinsippet som beskrevet over. Selvskading, selvmordsfare og (truende) psykose er eksempler på psykiske tilstander som krever akutt vurdering og helsehjelp. Prognosen er god dersom barn, unge og omsorgsgivere med traumerelaterte helseplager får hjelp når de trenger det.

I behandlingsstudier har multikomponent psykologiske intervensjoner, basert på kognitiv atferdsterapi, med en traume-komponent vist best effekt (Coventry et al., 2020; IASC, 2007; Turrini et al., 2019). Basert på det tilgjengelig kunnskapsgrunnlag anbefaler International society of traumatic stress studies (ISTSS) **tidlig** traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TFCBT) eller EMDR for barn, unge og omsorgsgivere med posttraumatiske helseplager (IASC, 2007). Narrativ eksponeringsterapi som er en kryss kulturell terapiform som er utviklet spesifikt for mennesker med krigserfaringer kan være et godt alternativ. Flyktningshelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og distrikts psykiatriske poliklinikker (DPS) har mange steder god kjennskap til

disse metodene, selv om erfaring med tilpasning til flyktningpopulasjon kan variere mye (Rambøll, 2016).

## Råd og anbefalinger

### Kommunemodellen

Stort tilfang av enslige mindreårige og familier til kommune Norge vil øke press på lokalsamfunn og kommunale tjenester. Trenet personell er en hovedressurs i den psykososial responsen. Vi anbefaler at myndigheter, mottak og kommuner sørger for tilstrekkelige ressurser, kapasitet og kompetanse for å imøtekomme utfordringsbildet. Overordnet anbefaler vi at myndigheter, mottak og kommuner sørger for helsefremmende universelle tiltak i kombinasjon med proaktiv oppfølging av enslige mindreårige og familier, med første kontakt så raskt som mulig etter ankomst, for å kunne tilby nødvendig støtte, praktisk bistand og hjelpetiltak ved behov. Tidlige, nyttige hjelpetiltak på laveste effektive nivå vil virke helsefremmende og sannsynlig kapasitets- og kostnadsbesparende over tid. Styrking og (videre)utvikling av lavterskeltilbud for å få til gode, fleksible, tilgjengelige tiltak som møter behovene til rammede i tide vil være nødvendig (Marley & Mauki, 2019). Forsterket innsats i skoler, barnehager, helsestasjon og skolehelsetjenesten vil være særlig viktig for å støtte barn, unge og omsorgsgivere i tidlig, forebygge problemer og fremme integrering. Samordning av tilbud på tvers av kommuner kan bidra til utvikling av et mer likeverdig og effektivt hjelpetilbud. Evidens for råd og anbefalinger er skissert over. Under utdypes kort relevante psykososiale tiltak i kommunen, i og utenfor mottak, oppsummert i tabell 1.

---

**Tabell 1.** Relevante psykososiale tiltak innenfor kommunen i og utenfor mottak.

---

#### Flyktninglosordning

Utnevne en kontaktperson og koordinerende flyktninglos i mottaks- og bosettingskommune for familier og enslige mindreårige. Opplæring av kontaktpersoner i *psykologisk førstehjelp* for proaktiv oppfølging fra ankomst, henvisning til nødvendige hjelpetjenester ved behov og koordinering av hjelpetiltak over tid. Kontaktperson kartlegger hjelpebehov så raskt som mulig etter ankomst, etter 3 mnd. og 12 mnd. Overføring informasjon mellom kontaktpersoner ved bosetting i ny kommune.

#### Mottak

Sikre nødvendig kapasitet og kompetanse for å dekke grunnleggende fysiske behov og sikre psykososial ivaretagelse i mottak. Praktisk opplæring og veiledning av personell i *psykologisk førstehjelp*. Sikre barn og unge et daglig traume-informert barnehage/skolelignende tilbud fra ankomst krever barnepedagogisk kompetanse og i mottak. Samarbeid med kontaktpersoner, kommunale utdannings-, helse- og omsorgstjenester, frivillighet og kompetente tolketjenester.

#### Bosetting

Sikre adekvate barne- og familievennlige boforhold i mottak. Rask adekvat bosetting i kommuner med nærhet til sosiale fellesskap; skole/arbeid, jevnaldrende, fritidsaktiviteter.

#### Helse og omsorgstjenestene

Støtte omsorgsgiver og tidlig adekvat helsehjelp ved behov

Tilpasset traumeinformert, kulturtilpasset foreldreveiledning. Problemløsningsgrupper og traumeinformert psykoedukasjon.

Sørge for adekvat helsehjelp. Tilgjengelig gjøre relevante lavterskel psykososiale tiltak i kommunen for barn, unge og omsorgsgivere. Fleksible løsninger for rask tilgang til tidlig behandling ved behov, fortrinnsvis på kommunalt nivå.

---

---

Helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og ved helsestasjon, med opplæring i psykologisk førstehjelp og gruppebaserte psykososiale lavterskeltilbud for barn og omsorgsgivere, med tilgang til veiledning fra ressurspersoner i flyktninghelsetjenesten/psykisk helsevern, kan spille sentrale roller.

#### Skole/Barnehage

Rask oppstart inkluderende skole/barnehage. Praktisk opplæring lærere/pedagoger i traumeinformert opplæring. Skole-hjem samarbeid. Mentorordning jevnaldrende.

#### NAV

Omsorgsgiver raskt inn i arbeid.

#### Frivilligheten

Engasjere frivillige for praktisk hjelp, sosial støtte og inkludering i fritidsaktiviteter ol. Mentorordning.

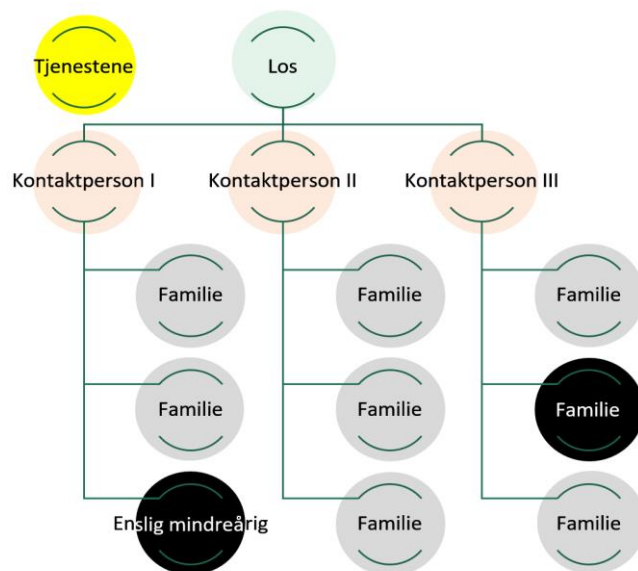
---

## Psykososial ivaretagelse i krise

Vi anbefaler opplæring og veiledning av hjelpere i kontakt med flyktningfamilier og enslige mindreårige i evidens-informert metode for psykososial ivaretagelse av rammede i krise; *psykologisk førstehjelp for barn og familier/enslige mindreårige på flukt*, som anbefalt av WHO (Brymer et al., 2021). Eksempel på personell som kan trenge slik opplæring omfatter personell i mottak, personell tilknyttet institusjon for enslige mindreårige, personell i deler av helse og omsorgstjenestene som ikke har denne kompetansen fra før, krisesentre, familievern, religiøse institusjoner, tolker og frivilligheten.

## Flyktninglosordning for proaktiv oppfølging

Vi anbefaler etablering av en *flyktninglosordning* der en fast *kontaktperson* følger opp enslige mindreårige og familier proaktivt, under veiledning av personell (*los*) med god kunnskap om tilgjengelige tjenester og tilbud i kommunen for å sikre behovsbaserte nyttige hjelpetiltak (Figur 2). Rådet om (videre-)utvikling av en slik *Flyktninglosordning* er basert på gjeldende anbefaling om kontaktperson for flyktninger og andre rammede av katastrofer, for å sikre proaktiv oppfølging av familier og enslige mindreårige i kommunen i og utenfor mottak. Vi anbefaler opplæring og veiledning av kontaktpersoner i *psykologisk førstehjelp* og prinsipp for proaktiv oppfølging. Kontaktpersonene vil da kunne ha ansvar for å ta proaktiv kontakt med enslige mindreårige og familier så raskt som mulig etter ankomst i mottak og senere bosettingskommune, og følge opp ved aktiv monitorering av familien og vurdering av hjelpebehov. Bruk av kartleggingsverktøy for vurdering av hjelpebehov kan være hjelpsomt. Tett dialog mellom kontaktpersoner, los og helse- og omsorgstjenestene i kommunen vil være viktig for god oppfølging, uavhengig av om kontaktperson er helsepersonell eller ikke. Samarbeid mellom loser på tvers av kommunegrensene kan bidra til kunnskapsutveksling og (videre-)utvikling av nyttige, likeverdige og fleksible tjenestetilbud for gruppen.



**Figur 2.** Flyktninglosordning for proaktiv oppfølging av familier og enslige mindreårige av kontaktpersoner under veiledning av los i kommunehelsetjenesten for rask tilgang til relevante tilbud og tjenester. Identifisert hjelpebehov (●); Ikke behov for hjelp utover universelle tiltak (●).

Dersom det er vanskelig å gjennomføre en ordning med en kontaktperson pr familie/enslig mindreårig i de større kommunene som tar imot en stor andel flyktninger kan man vurdere videreføring eller nyetablering av faste tjenester/team som følger opp flyktningene etter samme prinsipp om proaktiv oppfølging. Kommunene kan også vurdere behov for spesielt tilrettelagte helsetjenester for de nyankomne flyktningene fra Ukraina, som tverrfaglige team eller drop-in helsestasjoner, der eksempelvis hele familien kan få tilgang til psykoedukasjon, lavterskel intervensjoner eller somatisk og psykisk helsehjelp ved behov.

## Rask bosetting hjelper

Rask bosetting i et trygt, inkluderende samfunn der enslige mindreårige og familier kan trives, starte opp skolegang, barnehage, arbeid og fritidsaktiviteter vil være avgjørende for inkludering (Figur 1).

## Tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenestene i mange kommuner har god erfaring med levering av psykososiale lavterskel tilbud og tidlige behandlingstiltak til flyktninger som enkelt kan tilpasses situasjonen og iverksettes. I andre kommuner kan behov for økt kapasitet, kompetanseheving og veiledning i tjenestene være stort. Kunnskapsutveksling på tvers av kommuner og landegrenser vil være viktig for å få til så gode løsninger som mulig.

- Helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og på helsestasjon har mye erfaring med gruppebasert oppfølging av barn, unge og familier, og kan spille helt sentrale roller i oppfølging av flyktningene fra ankomst. Vi anbefaler opplæring og veiledning av helsesykepleiere i gruppebaserte lavterskelmetoder for problemløsning som integrerer kunnskap om traumereaksjoner, som eksempelvis *Teknikker for psykologisk rehabilitering*,

der tjenestene ikke allerede innehar slik kompetanse. Slike gruppebaserte lavterskeltilbud kan med fordel startes opp allerede i mottaksfasen. Digitale løsninger kan taes i bruk som hjelpemiddel i veiledning og oppfølging der det er hensiktsmessig.

- Kapasitetsproblemer kan medføre at man må tenke noe nytt. Økt bruk av ressurser og kompetanse innenfor flyktninghelsetjenesten og andrelinjen for veiledning av førstelinjen kan være viktig for å sikre mange tilgang til nødvendige tiltak i tide.

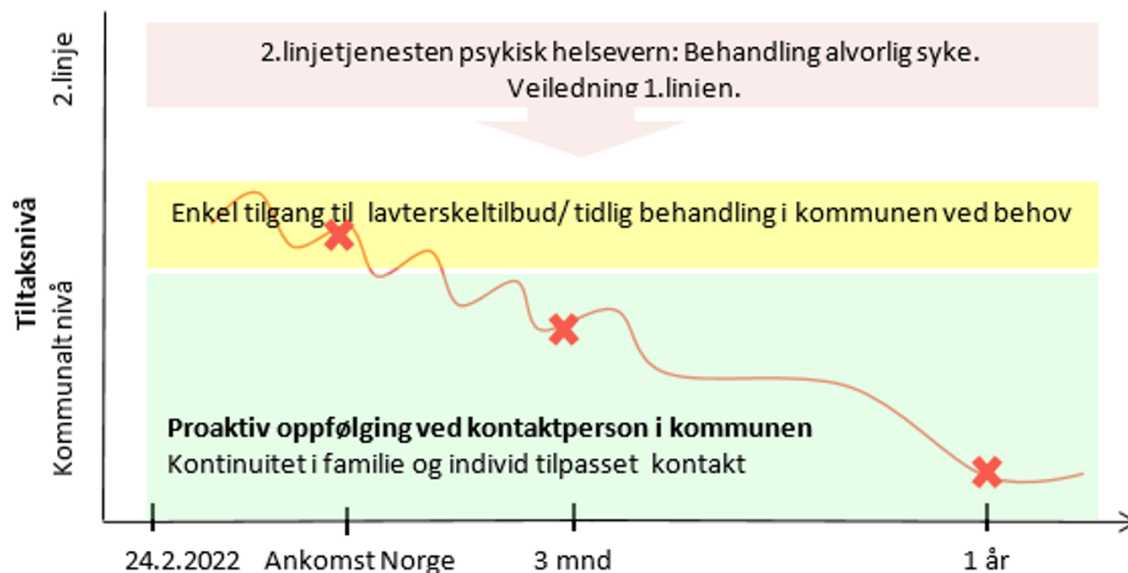
**Familiebaserte tiltak:** Vi anbefaler familiebaserte tiltak som bidrar til å styrke barn og unges (inkludert enslige mindreårige) tilgang til omsorg og støtte fra foreldre eller andre foresatte (Bryant et al., 2018; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019). Slike kommunale psykososiale tiltak for barn og unge må ta høyde omsorgsgiveres nøkkelposisjon i barnas liv. Foreldres omsorgsevne kan svekkes under ekstrem belastning, og noen familier vil trenge rask hjelp. Tidlige (behandlings)tiltak med målsetting om å hjelpe omsorgsgiver å klare ta godt vare på barna sine i den alvorlig belastende situasjonen de står i kan være nødvendig (Scharpf et al., 2021).

Det kan være nyttig å vurdere behov for informasjonsmøter og gruppebaserte tiltak for foreldre. Helsestasjonene i kommunene har mye erfaring med slik veiledning. Foreldreveiledning som er innført som en del av introduksjonsprogrammet til omsorgsgivere som bosettes som flyktninger i norske kommuner har som mål å bidra til et positivt samspill mellom barn og foreldre i en ny kontekst, og kan være en annen arena for dialog og gruppebaserte tiltak. Erfaring viser at foreldreveiledning kan gi flyktninger økt mestringfølelse og styrke tilhørighet og deltakelse i den nye tilværelsen (Gillespie et al., 2022) Det kan være nyttig å styrke tiltak med enkel traume-informert psykoedukasjon (NKVTS, 2022). Nytteverdien synes å øke om kursene gjennomføres på steder som er lett tilgjengelige for deltagerne. Det er vesentlig for deltakelse og samarbeid at veiledningen tilpasses den aktuelle gruppen flyktninger og utføres sammen med ressurspersoner fra samme kulturelle kontekst som omsorgspersonene.

Barn og unge utsatt for vold og overgrep har rett til beskyttelse. Hensynet til barnets beste og familiens totalsituasjon over tid må vektlegges tungt. Tiltak må omfatte koordinert helsefremmende familie rettet innsats og nødvendig behandling til barn, unge og foreldre.

**Tidlig adekvat helsehjelp ved behov:** Det er avgjørende at barn, unge og omsorgsgivere med alvorlige eller akutt behov for helsehjelp identifiseres raskt, enten de oppholder seg i mottak eller ellers i kommunen. Det kan være nyttig for kommunene, som er ansvarlige for tjenestetilbudet til gruppen, å kjenne til hjelpebehov allerede fra ankomst for å kunne tilby og skalere opp nødvendige tilbud. Systematisk kartlegging av psykososiale helseplager så raskt som mulig etter ankomst, etter 3mnd og 12 mnd., som ledd i proaktiv oppfølging av gruppen, kan være nyttig (Figur 3). Vi anbefaler at slik kartlegging gjennomføres av kontaktperson, og at avdekkede hjelpebehov følges opp i samarbeid med los gjennom anbefalte *flyktninglosordning* for å finne nyttige kommunale hjelpetiltak for den enkelte og familien (Figur 2).





Figur 3. Plan for proaktiv oppfølging og systematisk kartlegging (X) av hjelpebehov.

Opplæring og veiledning av personell i helse- og omsorgstjenestene kan være aktuelt for å sikre barn, unge og omsorgsgivere med traumerelaterte helseplager tilgang til tidlige evidens-baserte behandlingstiltak, som TFCBT eller CETA. Tilbud om veiledning av førstelinjen fra flykninghelsetjenesten og/eller andrelinjen kan være nyttig for å sikre et stort antall barn, unge og omsorgsgivere tilgang til nødvendige traumefokuserte tiltak i tide. I mottak, barnehage og skolesammenheng vil det være viktig at pedagoger, lærere, ppt, sosiallærer og skolehelsetjenesten samarbeider godt for å hjelpe barn og unge som strever med psykiske vansker som går utover skoleprestasjoner og fungering. Barn og unge har rett til vern mot vold. I tilfeller der omsorgssvikt, vold, overgrep eller rus i nære relasjoner avdekkes vil det være viktig at omsorgsgiver får nødvendig behandling å bedre fungering, og at tjenestene samarbeider og følger barna og familien tett.

## Utdanning, arbeid og fritid

**Rask inkludering i barnehage og skole:** Vi anbefaler at mottak og kommuner tilbyr et proaktivt daglig pedagogisk tilbud for alle barn og unge, organisert av utdannet personell som lærere, pedagoger eller barne- og ungdomsarbeidere fra ankomst. Lærere og andre pedagoger i mottak og utdanningsinstitusjoner i kommunen kan ha nytte av kunnskap om verktøy til hjelp og støtte i undervisning av barn og unge utsatt for traumatiske hendelser og alvorlige belastninger, samt kunnskap om kulturelle forhold av betydning for tilpasning (NCTSN, 2008). Dersom barn eller ungdommer følger fungerende ukrainsk digitalt skoletilbud trenger de likevel integrering i skole-lignende ordninger fra ankomst for støtte fra voksne og fysisk samvær med jevnaldrende. Fleksible løsninger i mottak kan bidra til at barn og ungdommer kan fortsette utdanningsløp og uttrykke sine erfaringer sammen med trygge voksne, samtidig som omsorgspersoner kan hvile eller få tid til andre viktige aktiviteter. I enkelte bosettingsland har man god erfaring med at ressurspersoner blant flykningene, som psykologer eller lærere, medvirker til å drive slike aktivitetsgrupper for barn og unge og bistår med daglig proaktiv oppfølging av familier i mottak.

Videre anbefaler vi at barn og unge så raskt som mulig integreres i barnehage, skole eller høyere utdanning (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Scharpf

et al., 2021; Yu et al., 2020). Gode, fleksible løsninger for integrering av barn og unge i fysisk skolehverdag og samtidig opprettholde velfungerende digital undervisning kan være viktig for anerkjennelse, barnas trivsel og læring. *Tett samarbeid med foreldrene gir bedre forutsetninger for læring, trivsel og integrering* (Graham et al., 2016). *Læringssamtalen beskrevet under tiltak er et viktig verktøy* (Schultz & Langballe, 2016).

**Tilrettelegge for sosial støtte fra jevnaldrende i skole og fritid:** Tiltak som bygger god relasjon til jevnaldrende i skole og fritid styrker barnets sosiale nettverk og støtte, som er viktig for tilhørighet og god tilpasning (Bryant et al., 2018; Fazel et al., 2012; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019; Scharpf et al., 2021; Yu et al., 2020). I dette arbeidet kan frivilligheten spille en vesentlig rolle. Eksempelvis kan samarbeid mellom mottak, skole, frivillige organisasjoner og ressurspersoner i lokalsamfunn og det ukrainske miljøet bidra til at barn og unge blir tatt raskt inn i fritidsaktiviteter etter eget ønske.

**Omsorgsgiver i arbeid:** Proaktiv innsats fra NAV og næringsliv i kommuner kan bidra til rask sysselsetting av omsorgsgivere av stor betydning for familiers trivsel, mulighet til inntekt, tilgang til ressurser og selvfølelse.

## Behov for forskning

Kunnskap om barn, unge og familiers psykososiale behov og hva som kan hjelpe i den aktuelle situasjonen og over tid er begrenset. Å sikre kunnskapsutvikling og overføring på tvers av kommune- og landegrenser, slik at så mange som mulig får så god hjelp som mulig, vil være helt sentralt i tiden fremover. For å forbedre tjenestene er vi avhengig av å lære av erfaring. Forskning vil gi verdifull kunnskap som vi kan ta med oss neste gang vi må respondere på en katastrofe.

## Avsluttende kommentar

Barn, unge og familier i norske mottak og kommuner bærer med seg opplevelser og tap som kan medføre alvorlige psykososiale konsekvenser. Nyetableringsfasen i mottak og norske kommuner er særlig viktig for hvordan de får det videre. Denne kunnskapsoppsummeringen vektlegger behovet for rask iverksetting av nødvendige helsefremmende tiltak for alle for å gjenetablere trygghet og hverdag. Mange vil i tillegg til slike universelle tiltak ha behov for lavterskel tilbud i kommunen, mens noen vil ha behov for behandling. For å sikre nødvendige tidlige tiltak og god bruk av ressurser over tid anbefaler vi å bygge på kommunemodellen med etablering av en flyktninglosordning for å sikre proaktiv oppfølging av familier og enslige mindreårige. Det store antallet flyktninger krever innovasjon og samarbeid mellom tjenestene, frivilligheten og flyktningene selv og kunnskapsutveksling mellom kommuner og på tvers av landegrenser for utvikling av gode fleksible løsninger som gir barn, unge og familier tilgang til nødvendige tjenester ved behov, styrker motstandskraft, trivsel og god tilpasning til ny hverdag.

## Referanser

- Acarturk, C., Uygun, E., Ilkkursun, Z., Carswell, K., Tedeschi, F., Batu, M., Eskici, S., Kurt, G., Anttila, M., Au, T., Baumgartner, J., Churchill, R., Cuijpers, P., Becker, T., Koesters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Popa, M., . . . Barbui, C. (2022). Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 21(1), 88-95. <https://doi.org/10.1002/wps.20939>
- Amiri, M., El-Mowafi, I. M., Chahien, T., Yousef, H., & Kobeissi, L. H. (2020). An overview of the sexual and reproductive health status and service delivery among Syrian refugees in Jordan, nine years since the crisis: a systematic literature review. *Reprod Health*, 17(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01005-7>
- Andersson, E., Solheim Skar, A., & Jensen, T. (2021). Unaccompanied refugee minors and resettlement: Turning points towards integration. *European Journal of Social Psychology*, 51(3), 572-584. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1002/ejsp.2761>
- Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors: A Rapid Review of Recent Research. *Current Psychiatry Reports*, 23(8), 46. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>
- Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., Macy, R., Osofsky, H., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2010). *Teknikker for psykologisk rehabilitering: Feltmanual*. National Center for PTSD og National Child Traumatic Stress Network.
- Bharadwaj, P., Manudeep, B., Løken, K. V., & Wentzel, M. (2021). Surviving a mass shooting. *Journal of Public Economics*, 201(9), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2021.104469>
- Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705-714. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>
- Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), 1942642. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>
- Boylan, S., Cherian, S., Gill, F. J., Leslie, G. D., & Wilson, S. (2020). Impact of professional interpreters on outcomes for hospitalized children from migrant and refugee families with limited English proficiency: a systematic review. *JBI Evid Synth*, 18(7), 1360-1388. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00300>
- Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B., & Ritz, N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*, 19(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44-56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>
- Brown, B., Ramaiya, A. K., & Cronkright, P. (2020). Chronic Pain. In *Refugee Health Care: An Essential Medical Guide* (pp. 169-180). Springer, Cham.
- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D., Steel, Z., McFarlane, A. C., Van Hooff, M., Nickerson, A., & Hadzi-Pavlovic, D. (2021). Prolonged grief in refugees, parenting behaviour and children's mental health. *Aust N Z J Psychiatry*, 55(9), 863-873. <https://doi.org/10.1177/0004867420967420>

- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D., Steel, Z., Nickerson, A., McFarlane, A. C., Van Hooff, M., & Hadzi-Pavlovic, D. (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *Lancet Public Health*, 3(5), 249-258. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30051-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30051-3)
- Brymer, M., Elmore Borbon, D., Frymier, S., Ramirez, V., Flores, L., Mulder, L., Ippen, C. G., & GurWitch, R. (2021). *Psykologisk førstehjelp for barn og familier på flukt*. Oversatt av Heidi Ellis. National Center for Child Traumatic Stress. [https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/04/pfa\\_Norwegian\\_NORGE.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/04/pfa_Norwegian_NORGE.pdf)
- Baauw, A., Kist-van Holthe, J., Slattery, B., Heymans, M., Chinapaw, M., & van Goudoever, H. (2019). Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1), e000516. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000516>
- Chen, A., Panter-Brick, C., Hadfield, K., Dajani, R., Hamoudi, A., & Sheridan, M. (2019). Minds Under Siege: Cognitive Signatures of Poverty and Trauma in Refugee and Non-Refugee Adolescents. *Child Dev*, 90(6), 1856-1865. <https://doi.org/10.1111/cdev.13320>
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med*, 17(8), e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Dyb, G., & Jensen, T. (2019). *Å leve videre etter katastrofen - stressreaksjoner og oppfølging etter traumer*. Gylendendal Akademisk.
- EL-Awad, U., Atefeh, F., Vasileva, M., Petermann, F., & Reinelt, T. (2021). Acculturation orientations and mental health when facing post-migration stress: Differences between unaccompanied and accompanied male Middle Eastern refugee adolescents, first- and second-generation immigrant and native peers in Germany. *International Journal of Intercultural Relations*, 82, 232-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2021.04.002>
- Fazel, M., & Betancourt, T. S. (2018). Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child & Adolescent Health*, 2(2), 121-132. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30147-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30147-5)
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379(9812), 266-282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Fong Lam, U., Chen, W.-W., Zhang, J., & Liang, T. (2015). It feels good to learn where I belong: School belonging, academic emotions, and academic achievement in adolescents. *School Psychology International*, 36(4), 393-409. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0143034315589649>
- Frounfelker, R. L., Miconi, D., Farrar, J., Brooks, M. A., Rousseau, C., & Betancourt, T. S. (2020). Mental Health of Refugee Children and Youth: Epidemiology, Interventions, and Future Directions. *Annu Rev Public Health*, 41, 159-176. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094230>
- GBD. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Gillespie, S., Banegas, J., Maxwell, J., Chan, A. C. Y., Darawshy, N. A., Wasil, A. R., Marsalis, S., & Gewirtz, A. (2022). Parenting Interventions for Refugees and Forcibly Displaced Families: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00375-z>

- Glad, K. A., Stensland, S., & Dyb, G. (2021). The Terrorist Attack on Utøya Island: Long-Term Impact on Survivors' Health and Implications for Policy. *Perspectives on Terrorism*, 15(3), 60-74. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-90102>
- Graham, H. R., Minhas, R. S., & Paxton, G. (2016). Learning Problems in Children of Refugee Background: A Systematic Review. *Pediatrics*, 137(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3994>
- Hdir. (2015). Psykososial oppfølging. In *Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [nettdokument]*. (Sist faglig oppdatert 03. mai 2022, lest 04. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2021). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 84(4), 311-346. <https://doi.org/10.1080/00332747.2021.2005387>
- Höhne, E., van der Meer, A. S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2020). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01678-2>
- IASC. (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. The Inter-Agency Standing Committee.
- IMDi. (2022a, 18. mars). *Kommunene blir bedt om å bosette 35 000 flyktninger i 2022*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Retrieved 19.04.22 from <https://www.imdi.no/om-imdi/aktuelt-na/kommunene-blir-bedt-om-a-bosette-35-000-flyktninger-i-2022/>
- IMDi. (2022b, 29. april). *Kommunenes vedtak om bosetting av flyktninger i 2022*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Retrieved 02.05.22 from <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/bosettingstall-2022/>
- JD. (2022, 11. mars). *Midlertidig kollektiv beskyttelse for ukrainske flyktninger*. Justis- og beredskapsdepartementet. Retrieved 27.04.22 from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/midlertidig-kollektiv-beskyttelse-for-ukrainske-flyktninger/id2903930/>
- Jensen, T. K., Skar, A. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28(12), 1671-1682. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>
- Jin, S. S., Dolan, T. M., Cloutier, A. A., Bojdani, E., & DeLisi, L. (2021). Systematic review of depression and suicidality in child and adolescent (CAP) refugees. *Psychiatry Res*, 302, 114025. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114025>
- Kenardy, J., Kassam-Adams, N., & Dyb, G. (2020). Preventative and Early Interventions. In D. Forbes, Jonathan I Monson, C M Berliner, L (Ed.), *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (Third Edition ed., Vol. Third Edition, pp. 558). Guilford Press.
- Kia-Keating, M., & Ellis, B. H. (2007). Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 12(1), 29-43. <https://doi.org/10.1177/1359104507071052>
- Lau, W., Silove, D., Edwards, B., Forbes, D., Bryant, R., McFarlane, A., Hadzi-Pavlovic, D., Steel, Z., Nickerson, A., Van Hooff, M., Felmingham, K., Cowlishaw, S., Alkemade, N., Kartal, D., & O'Donnell, M. (2018). Adjustment of refugee children and adolescents in Australia: Outcomes

- from wave three of the Building a New Life in Australia study. *BMC Med*, 16(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1124-5>
- Marley, C., & Mauki, B. (2019). Resilience and protective factors among refugee children post-migration to high-income countries: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(4), 706-713. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky232>
- Mattelin, E., Paidar, K., Söderlind, N., Fröberg, F., & Korhonen, L. (2022). A systematic review of studies on resilience and risk and protective factors for health among refugee children in Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01975-y>
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiary, M. M., Haydary, A., Weiss, W. M., & Bolton, P. (2014). A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 111-123. <https://doi.org/doi:10.1016/j.cbpra.2013.06.005>
- Nakeyar, C., Esses, V., & Reid, G. J. (2018). The psychosocial needs of refugee children and youth and best practices for filling these needs: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 186-208. <https://doi.org/10.1177/1359104517742188>
- NCTSN. (2008). *Child Trauma Toolkit for Educators*. N. C. f. C. T. Stress. [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/child\\_trauma\\_toolkit\\_educators.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/child_trauma_toolkit_educators.pdf)
- Niehaus, K., Rudasill, K. M., & Rakes, C. R. (2012). A longitudinal study of school connectedness and academic outcomes across sixth grade. *J Sch Psychol*, 50(4), 443-460. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2012.03.002>
- Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark—the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8, 293. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-293>
- NKVTS. (2022). *Hjelp i flyktningmottak*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Retrieved 04.05.22 from <https://www.nkvts.no/flyktning/mottak/>
- NordForsk. (2022). Ukrainian refugees and the Nordics. Research-led best practice on how to cater for Ukrainian refugees arriving in the Nordic Region. In: NordForsk.
- Nuttman, Z. O. (2019). The Moderating Role of Resilience Resources and Sense of Belonging to the School Among Children and Adolescents in Continuous Traumatic Stress Situations. *The Journal of Early Adolescence*, 39(9), 1261-1285. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0272431618812719>
- O'Donnell, A. W., Stuart, J., Barber, B. L., & Abkhezr, P. (2020). Sport participation may protect socioeconomically disadvantaged youths with refugee backgrounds from experiencing behavioral and emotional difficulties. *J Adolesc*, 85, 148-152. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.11.003>
- O'Higgins, A., Ott, E. M., & Shea, M. W. (2018). What is the Impact of Placement Type on Educational and Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors? A Systematic Review of the Evidence. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 21(3), 354-365. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0256-7>
- Purgato, M., Gross, A. L., Betancourt, T., Bolton, P., Bonetto, C., Gastaldon, C., Gordon, J., O'Callaghan, P., Papola, D., Peltonen, K., Punamaki, R. L., Richards, J., Staples, J. K., Unterhitzberger, J., van Ommeren, M., de Jong, J., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., & Barbui, C. (2018). Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 6(4), e390-e400. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30046-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30046-9)
- Rambøll. (2016). *Psykososial oppfølging av og helsetjenestetilbud til asylsøkere*. Notat til Helsedirektoratet, juni 2016.

- Richter, K., Baumgärtner, L., Niklewski, G., Peter, L., Köck, M., Kellner, S., Hillemacher, T., & Büttner-Teleaga, A. (2020). Sleep disorders in migrants and refugees: A systematic review with implications for personalized medical approach. *EPMA Journal*, 11(2), 251-260. <https://doi.org/10.1007/s13167-020-00205-2>
- RWS. (2020). *We implement preventive psychosocial interventions in a school setting to promote adolescents' mental and social well-being*. Refugees Well School.
- Sara, G., & Brann, P. (2018). Understanding the mechanisms of transgenerational mental health impacts in refugees. *Lancet Public Health*, 3(5), e211-e212. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30067-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30067-7)
- Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 83, 101930. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101930>
- Schultz, J. H., & Skarstein, D. (2020). I'm not as bright as I used to be - pupils meaning-making of reduced academic performance after trauma. *International Journal of School and Educational Psychology*, 9(4), 265-279. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/21683603.2020.1837698>
- Sever, S. A., Cuijpers, P., Mittendorfer-Rutz, E., Bryant, R. A., Dawson, K., Holmes, E. A., Mooren, T., Norredam, M. L., Sijbrandij, M., & org/0000-0001-54. (2021). Feasibility and acceptability of Problem Management Plus with Emotional Processing (PM+EP) for refugee youth living in the Netherlands: study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1947003>
- Shany, A. (2017). *Too scared for school? The effect of terrorism on Israeli Student Achievement*. Mimeo
- Shi, W., Navario, P., & Hall, B. J. (2022). Prioritising mental health and psychosocial services in relief and recovery efforts in Ukraine. *Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00114-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00114-6)
- Skeen, S., Laurenzi, C. A., Gordon, S. L., du Toit, S., Tomlinson, M., Dua, T., Fleischmann, A., Kohl, K., Ross, D., Servili, C., Brand, A. S., Dowdall, N., Lund, C., van der Westhuizen, C., Carvajal-Aguirre, L., Eriksson de Carvalho, C., & Melendez-Torres, G. J. (2019). Adolescent Mental Health Program Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 144(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3488>
- Stene, L. E., Schultz, J. H., & Dyb, G. (2019). Returning to school after a terror attack: a longitudinal study of school functioning and health in terror-exposed youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28(3), 319-328. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1196-y>
- Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utoya Attack. *Front Psychol*, 7, 1809. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01809>
- Stensland, S., 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. *J Trauma Stress*, 33(6), 1060-1070. <https://doi.org/10.1002/jts.22562>
- Strom, I. F., Schultz, J. H., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). School performance after experiencing trauma: a longitudinal study of school functioning in survivors of the Utoya shootings in 2011. *Eur J Psychotraumatol*, 7, 31359. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31359>
- Strom, I. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Hjemdal, O. K., Lien, L., & Dyb, G. (2013). Exposure to life adversity in high school and later work participation: a longitudinal population-based study. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1143-1151. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.003>

- Teodorescu, D. S., Heir, T., Siqveland, J., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2015). Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychol*, 3(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0064-5>
- The Ministry of Education and Science Ukraine. (2022). *!!!NEW. UKRAINE: SUPPORT TO EDUCATION AND SCIENCE IN WARTIME*. The Ministry of Education and Science. <https://mon.gov.ua/eng/ministerstvo/diyalnist/mizhnarodna-dilnist/pidtrimka-osviti-i-nauki-ukrayini-pid-chas-vijni>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*, 32(2), 122-138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., . . . Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 376-388. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000027>
- Tyrer, R. A., & Fazel, M. (2014). School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: A systematic review. *PLoS One*, 9(2), e89359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089359>
- UKOM. (2021). *Undersøkelse etter drukningstragedien i Tromsø. Hva kan vi lære om integrering og flyktninghelse?* (3-2021).
- UN. (2022). *Ukraine war creating a child refugee almost every second: UNICEF*. Retrieved 03.05.22 from <https://news.un.org/en/story/2022/03/1113942>
- UNHCR. (2021). *Staying the course. Challenges facing refugee education*. Retrieved 03.05.22 from <https://www.unhcr.org/en-us/publications/education/612f85d64/unhcr-education-report-2021-staying-course-challenges-facing-refugee-education.html>
- UNHCR. (2022). *Operational data portal. Ukraine refugee situation*. Retrieved 04.05.22 from <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
- UNICEF. (2022, 24. mars). *More than half of Ukraine's children displaced after one month of war*. Retrieved 03.05.22 from <https://www.unicef.org/press-releases/more-half-ukraines-children-displaced-after-one-month-war>
- van Os, E. C., Kalverboer, M. E., Zijlstra, A. E., Post, W. J., & Knorth, E. J. (2016). Knowledge of the Unknown Child: A Systematic Review of the Elements of the Best Interests of the Child Assessment for Recently Arrived Refugee Children. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 19(3), 185-203. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0209-y>
- Walker, J., & Zuberi, D. (2020). School-Aged Syrian Refugees Resettling in Canada: Mitigating the Effect of Pre-migration Trauma and Post-migration Discrimination on Academic Achievement and Psychological Well-Being. *Int. Migration & Integration* 21, 397–411 <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12134-019-00665-0>
- WHO. (2011, 2. oktober). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Retrieved 04.05.22 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- WHO. (2020). *Doing what matters in times of stress: an illustrated guide*. W. H. Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
- Wistrom, E. D., Stene, L. E., & Dyb, G. (2016). Following the Utoya attack - who received early assistance? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 136(14-15), 1223-1226. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0691> (Etter Utoya-angrepet - hvem fikk tidlig hjelp?)
- Xiong, T., Milios, A., McGrath, P. J., & Kaltenbach, E. (2022). The influence of social support on posttraumatic stress symptoms among children and adolescents: a scoping review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 13(1), 2011601. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2011601>



2022, Avrop 12. Rammeavtalen mellom NKVTS og Helsedirektoratet

Yu, L., Renzaho, A. M. N., Shi, L., Ling, L., & Chen, W. (2020). The Effects of Family Financial Stress and Primary Caregivers' Levels of Acculturation on Children's Emotional and Behavioral Problems among Humanitarian Refugees in Australia. *Int J Environ Res Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082716>