

**NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS**

Flyktninger fra krigen i Ukraina: Psykososiale konsekvenser, behov og tiltak den første tiden i Norge - Voksne og eldre

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 – Voksne og eldre

Bakgrunn

Over ti millioner mennesker er drevet på flukt fra krigen i Ukraina, hvorav mer enn 5.5 millioner har flyktet ut av landet og mer enn syv millioner er internt fordrevne (UNHCR, 04.05.22). I Norge må vi forvente å ta imot 30-100 000 flyktninger. Regjeringen har innvilget flyktningene midlertidig kollektiv beskyttelse (JD 2022), og anmodet alle landets 356 kommuner om å bosette til sammen 35.000 (IMDi, 25.04.22). Flere tusen er allerede ankommet mottak av varierende kvalitet, og bosettingen går langsomt. Selv om utfallet av krigen er uvisst må vi planlegge for at mange vil bli i Norge over lang tid.

De som er på flukt fra Ukraina er i hovedsak kvinner, barn og eldre, mens mennene er igjen for å forsvare landet (Ioffe et al., 2022). Dette skiller denne flyktningkrisen fra tidligere kriser (f.eks. Syria) hvor majoriteten av den første bølgen av flyktninger var menn. For mange har flukten vært vanskelig og farefylt. En stor andel har mistet noen av sine nære, eller måttet forlate ektefelle, far og brødre som har blitt igjen for å kjempe for hjemlandet. Funn fra tidligere studier av flyktninger viser at den første tiden i bosettingslandet er særlig viktig for tilpasning og helse. Helsefremmende faktorer omfatter rask tilgang til nødvendige ressurser, trygghet, anerkjennelse og forståelse for bakgrunn og reaksjoner, sosial støtte, aktiv deltagelse i utdanning, arbeid og fritidsaktiviteter og rask helsehjelp ved behov. Det samme gjelder for barna, samt lek, læring og mestring gjennom deltagelse i barnehage, skole og fritidsaktiviteter (Fazel and Betancourt, 2018).

På tross av høy total stressbelastning, viser mange flyktninger stor iboende motstandskraft, og klarer seg bra i et nytt land (Bonanno, 2004; Lenette et al., 2012; Papadopoulos, 2007). De fleste opplever ulike former for stressreaksjoner som engstelse, søvnløshet og påtrengende og kaotiske tanker i en tidlig fase, men for mange er dette forbigående. På et tidlig tidspunkt vil generelle intervensjoner og psykososiale tiltak kunne bidra til at færre flyktninger får vedvarende psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse (Fox et al., 2012). Samtidig må akutte behov avdekkes og ivaretas. En mer inngående kartlegging av symptomer og psykososiale behov bør gjøres på et senere tidspunkt (The TENTS guidelines, 2008). En utfordring på sikt for dem som skal ivareta flyktnings helse og psykososiale velvære, er å kunne skille normale og forbigående stressreaksjoner fra reaksjoner som går over i langvarig psykisk uhelse og lidelse (Lau et al., 2018). Alle vil ha behov for god psykososial ivaretagelse. Noen vil ha behov for behandling.

Andel voksne flyktninger med psykiske problemer på kort eller lang sikt har variert i ulike studier. En populasjonsstudie blant syriske flyktninger i Sverige viste at noe over halvparten av de 1215 deltakerne oppfylte kriteriene for angst, depresjon og/eller posttraumatisk stresslidelse (PTSD) 3-5 år etter ankomst (Tinghög et al., 2017). Omkring 45% kunne

således se ut til å klare seg bra. De fleste barn og unge vil klare seg godt om de får nødvendig hjelp og støtte (Lau et al., 2018).

Omfanget og alvorlighetsgraden av krisen krever proaktiv oppfølging på laveste effektive nivå for å styrke motstandskraft, minimere negative konsekvenser, og sikre nødvendig hjelp og kapasitet i helse- og omsorgstjenestene. På bakgrunn av eksisterende kunnskap anbefaler vi at myndighetene:

1. Sørger for tilstrekkelig ressurser, kapasitet og kompetanse i mottak til å dekke flyktningenes grunnleggende fysiske behov, behov for trygghet og psykososial ivaretagelse.
2. Søker å få til rask og adekvat bosetting i inkluderende samfunn (kommuner), vern mot vold, diskriminering og sosial isolasjon.
 - Rask sysselsetting av omsorgsgivere og oppstart skole og barnehage for barn, med fleksible løsninger for videreføring av velfungerende utdanningsløp på morsmål, i kombinasjon med aktiv deltagelse i sosiale fellesskap (fritidsaktiviteter). For barn og unge i skolealder: Kontakt med jevnaldrende og tilgang til traumeinformert pedagogisk oppfølging.
 - Kontaktperson for proaktiv oppfølging av enslige og familier i mottaks- og bosettingskommune for rask hjelp på laveste effektive omsorgsnivå, avhengig av behov.
3. Sikrer kunnskapsutvikling og overføring på tvers av kommune og landegrenser, slik at så mange som mulig får så god hjelp som mulig. Forskning kan gi verdifull kunnskap som vi kan ta med oss neste gang vi må respondere på en katastrofe.

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

Den psykiske helsesituasjonen i Ukraina før nåværende krig

Psykiske helseproblemer har vært utbredt i Ukraina, samtidig som det å ha psykiske helseproblemer har vært stigmatisert. Psykiske helsetjenester har vært lite utbygd, tilnærmingen til behandling biomedisinsk, og behandlingen har foregått i døgninstitusjoner, der pasientrettigheter skal ha vært mangelfullt ivare tatt. Mange ukrainere kan derfor være redde for å innrømme psykiske helseproblemer og for å oppsøke eller ta imot psykisk helsehjelp (Quirke et al., 2021). De vanligste psykiske helseproblemene har vært alkoholrelaterte lidelser, depresjon og angstlidelser. Som en konsekvens av krigen som i de senere år har pågått i østlige regioner, har forekomsten av psykiske lidelser, blant annet PTSD, vært høyere øst i landet og blant internt fordrevne (Quirke et al., 2021; Roberts et al., 2017). En annen studie fant også betydelige somatiske helseplager blant de internt fordrevne (Cheung et al., 2019). Studien viste at sterkere grad av somatiske plager i denne gruppen hadde sammenheng med å være kvinne, høy alder, lavere økonomisk status, selvrapportert depresjon, posttraumatisk stress, mengde eksponering for traumer og grad av

funksjonstap. De internt fordrevne søkte i liten grad hjelp for sine psykiske helseplager. Helsehjelp ble som oftest kun søkt av personer med alvorlige somatiske plager. Etter at myndighetene i Ukraina fra 2017 skal ha igangsatt tiltak for å endre behandlingstilbud og holdninger til psykiske lidelser, viste en nylig gjennomført undersøkelse blant voksne ukrainere i alderen 18 til 60 år at kunnskap om og holdninger til psykisk lidelse var i endring i positiv retning, men at det fortsatt var høy grad av uvitenhet om psykiske lidelser og liten forståelse for at psykisk helsehjelp kunne ha effekt (Quirke et al., 2021).

Psykososiale konsekvenser av å bli drevet på flukt

Omfattende forskning har blitt gjort på psykologiske og psykososiale konsekvenser og behov som følge av krig og konflikt. Selv om mange ulike og kontekstspesifikke faktorer spiller inn, slik som type og varighet av konflikt, fluktruter og tid på flukt, kultur, språk, og karakteristika ved mottakerlandet, kan det trekkes to hovedkonklusjoner:

1) Betydelige helseplager: Som gruppe har flyktninger vesentlig økt forekomst av psykisk lidelse sammenliknet med den generelle befolkningen i vestlige land. Omkring 1 av 3 opplever PTSD, angst og/eller depresjon, og en noe høyere andel opplever søvnproblemer og smerter/somatiske plager (Blackmore et al., 2020; Rohlof et al., 2014; Silove et al., 2017; Strømme et al., 2021; Turrini et al., 2017). Til sammenligning opplever omkring 1 av 5 voksne i høyinntektsland å få en psykisk lidelse i løpet av en 12-måneders periode (Reneflot et al., 2018). Konsekvensene av psykisk uhelse hos voksne flyktninger begrenser seg ikke til det de voksne selv opplever (reduisert funksjon, integreringsvansker og tapt livskvalitet), men påvirker også voksne flyktningers omsorgsevne, noe som igjen har blitt knyttet til uhelse og dårligere skoleprestasjoner hos deres barn (Dang et al., 2021).

2) Stressende hverdag: I tillegg til potensielt traumatiserende opplevelser før, under og etter flukt, som man vet øker risikoen for psykisk uhelse, må flyktninger håndtere dyptgripende endringer i sine sosiale sammenhenger og stress knyttet til det å bosette seg i et nytt land. Eksempler på slike «post-migratoriske stressorer» er bekymring for nære personer som er igjen i et krigsherjet land, sorg hvis noen av disse dør, tap av familie- og sosiale nettverk; hyppige flyttinger i mottaksfasen som bidrar til utrygghet og hindrer etablering av nye nettverk, økonomisk knapphet, sosialt utenforskap, diskriminering, og språk- og kulturvansker. Forskning viser klare negative sammenhenger mellom slike stressorer og helse, livskvalitet og daglig fungering (Gleeson et al., 2020; Li et al., 2016; Miller et al., 2017, Popovac, 2022; van der Boor et al., 2020).

På tross av dette, har mange flyktninger god mental helse og livskvalitet. Viktige faktorer som bidrar til å fremme psykisk helse og beskytte mot negative konsekvenser av ulike stressorer, inkluderer: familiestøtte, sosial støtte og nettverk utenfor familien, og deltakelse i både formelle sosiale strukturer (f.eks. utdanning og arbeidsmarked), samt mer uformelle sosiale strukturer basert på eksempelvis felles interesser, bakgrunn, religion eller politisk overbevisning (van der Boor et al., 2020).

Reaksjoner etter krig og flukt

Normale, tidlige reaksjoner

I tiden etter krigsutbrudd og livstruende opplevelser, er det normalt å være preget av sjokk og vantro, sorg og sinne. Å forlate nære familiemedlemmer som ikke vil eller kan flykte, kan være en vanskelig beslutning, som man i ettertid kan føle skyld for. Mange vil i farefylte situasjoner mobilisere stor styrke og mot, mens følelsene for noen kanskje først slipper frem senere. Angst og utrygghet kan vedvare selv om de har kommet i trygghet. Mange vil være fylt av bekymring for dem som er igjen i Ukraina, for landet sitt og for fremtiden, og plages av meningsløshet over at hjemmet deres, hverdagslivet og fremtidsplanene er lagt i grus. Etter katastrofer og krigsutbrudd vil mange være i fortsatt kroppslig og mental beredskap. Det innebærer for eksempel å ha søvnevansker og mareritt, å reagere på høye lyder, være på vakt og ha lett for å skvette, eller være rastløs og ikke finne ro. Mange vil oppleve konsentrasjonsproblemer, og vansker med å huske informasjon som blir gitt og andre nye ting man prøver å sette seg inn i. Slike reaksjoner vil fluktuere i takt med hva som skjer i Ukraina, i den enkeltes tilværelse her i Norge, og med akutt forverring hvis det skjer noe med deres nærmeste. Det som trengs, er først og fremst medmenneskelig vennlighet og omsorg, informasjon om at slike reaksjoner er normale, og råd om hva man kan gjøre for å ta best mulig vare på seg selv og sine. (Opaas, 2020).

Opplevelser som kan øke risiko for sterke eller mer varige reaksjoner

I denne krigen har mange opplevd å være i livsfare, sett bombenedslag og mennesker som er drept, og hatt lange opphold i tilfluktsrom uten lys, varme, og tilstrekkelig mat, vann, helsehjelp og medisiner. Mange har opplevd en farefull flukt. Kvinner og barn kan ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep under beleiring og flukt, noe som er dokumentert å ha alvorlige konsekvenser for psykisk helse (Moor et al., 2013). Det å være vitne til voldtekt og annen vold kan også være ekstremt belastende. Selv om det i mange situasjoner ikke er mulig å gjøre noe for å forhindre slike og andre hendelser, opplever mange å plages av skyld eller skam. Etter hvert kan vi få veteraner som har kjempet for Ukraina i den nåværende krigen, og som er blitt skadet eller dimittert av andre grunner. Man bør være oppmerksom på psykososiale behov hos voksne i denne gruppen. De vil kanskje ikke selv gi uttrykk for at de har behov for psykologisk støtte (Amdam, 2014). Mengden av livstruende og farefylte opplevelser, og vanskelige følelser som skyld og skam, kan øke risikoen for å utvikle psykiske helseproblemer (Aakvaag et al., 2014).

Det lever fortsatt ukrainere som opplevde de katastrofale hendelsene som befolkningen var utsatt for under 2. verdenskrig, og kanskje også under *Holodomor*, sultkatastrofen under Stalin-regimet på 1930-tallet (Mésle and Vallin, 2012). Forfedrenes traumer kan også påvirke neste generasjons psykiske helse (Bryant et al., 2018; Flanagan et al., 2020). I nyere tid har befolkningen opplevd krigshendelser rundt annekasjonen av Krim i 2014, og pågående krigshandlinger i utbryterrepublikkene i Øst-Ukraina, som har medført mange drepte og internt fordrevne. Noen av de voksne og eldre som kommer kan være veteraner som har kjempet i forbindelse med disse krigene. Ukraina har også hatt høy grad av

barnefattigdom, og en uvanlig høy andel barn på barnehjem (Korzh, 2013). Nye krigsopplevelser kan komme på toppen av en livshistorie med for eksempel omsorgssvikt i barndommen, fattigdom og nød, tap av nære gjennom vold, og andre, tidligere krigsopplevelser. Denne bakgrunnen er det viktig å være klar over, da nåtidige hendelser knyttet til krigen kan medføre at traumereaksjoner etter tidligere hendelser blusser opp igjen (retraumatisering). Samlet kan ulike påkjenninger gjennom livet forsterke reaksjonene på nye traumer, som f.eks. krigsopplevelser, og gi økt sårbarhet for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og annen psykisk lidelse (Opaas and Varvin, 2015).

Tegn på akutt behov for psykisk helsehjelp

Varselsignaler som tyder på behov for snarlig psykisk helsehjelp blant flyktingene, er psykotiske symptomer, selvmordsfare, selvskading, manisk uro/oppstemthet, sterk forvirring, delir, apati, næringsvegring, rusmisbruk, at noen gir liten eller ingen kontakt, eller utøver vold eller er utsatt for vold. Fysisk sykdom, skader og smerteproblemer kan svekke motstandskraft og resiliens, og øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser. Ifølge en systematisk oversiktsstudie fra 2022, skal suicid ikke være spesielt forekommende i flyktningspopulasjoner (Cogo et al., 2022). Ukraina hadde imidlertid en av de høyeste forekomstene av suicid i Europa i 2021 (WHO. Suicide rates in Europe, hentet 04.05.22). Derfor er det viktig å være oppmerksom på uttrykk for selvmordstanker, sammen med andre varselsignaler som er nevnt, og at dette blir fulgt opp av kompetent helsepersonell. Overfor flyktinger som har psykiske helseproblemer, må man gi grundig informasjon til dem og deres pårørende om ulike nivåer av psykiske helsetjenester, og om pasienters og pårørendes rettigheter i Norge, slik at de kan føle seg trygge. Ved behov, bør man gå i dialog om ulike forståelser av psykiske helseproblemer og behandling. Behandlingstiltak man tenker vil kunne være til hjelp for den det gjelder, bør beskrives så godt det lar seg gjøre.

Familier, eldre, og sårbare grupper

Familier på flukt

Flukt innebærer å brytes opp fra et fellesskap av familie og venner, og dra fra sitt hjem, og kanskje sitt land, for å søke tilflukt på et tryggere sted. Kvinner på flukt er i en utsatt posisjon. De har ofte ansvar for både barn og gamle foreldre, og skal ivareta familiens og egen sikkerhet og primære behov underveis. Barn skal trygges og beskyttes mot krigens redsler, samtidig som mødrene må håndtere sin egen frykt for tap av barnets far eller for at andre nærstående kan bli rammet av alvorlige hendelser. Ofte går flukten til et land uten daglig eksponering for krigens redsler, men der de som oftest mangler det sosiale fellesskapet som tidligere skapte stabilitet og trygghet i hverdagen. Deler av familie og venner er igjen på hjemstedet, andre er på flukt internt i Ukraina eller andre steder i Europa.

Når kvinner, barn og eldre nå kommer til Norge, vil hverdagen bestå i å prøve og håndtere den nye tilværelsen, og på samme tid holde fast i de relasjonene man forlot. Engstelse for ektefeller, fedre, brødre og sønner som er eller kan bli mobilisert for deltakelse i krigen, vil være en del av den nye hverdagen for voksne og barn. Barna vil også bekymre seg for sine

venner. Familiens livssituasjon kan bli dramatisk endret som følge av hva som skjer med deres nære og kjære i Ukraina eller på flukt. Tap av nærstående, særlig partner eller barn (også voksne barn), vekker sterke reaksjoner. Hjelp til nyankomne familier bør adressere dette, fordi deres mestring av den nye hverdagen i stor grad er betinget av hva som skjer utenfor landets grenser.

Eldre flyktninger fra Ukraina

Eldre flyktninger kan være en viktig ressurs i en flyktningfamilie. Samtidig kan de ha langt flere fysiske helseplager og mer svekket almenntilstand enn yngre voksne, og vil ha behov for mer oppfølging av somatiske helsetjenester. De kan også, som nevnt ovenfor, ha opplevd flere potensielt traumatiserende hendelser i løpet av livet, noe som kan gjøre dem sårbare for å utvikle depresjon og PTSD, og øke risikoen for en demensutvikling. Det kan være vanskelig å skille mellom en demensutvikling, PTSD-symptomer, alvorlig depresjon, psykose, eller delir, da disse tilstandene vil kunne ha en del felles trekk. Ofte vil det være snakk om komorbide tilstander. Her trengs det god faglig vurdering for å kunne tilby riktig behandling. (Bruneau et al., 2020).

Flyktninger med store omsorgsoppgaver

Mange av kvinnene som kommer, vil være eneforsørgere og alene om omsorgen for barn, og kanskje også eldre, syke eller demente familiemedlemmer. Belastningene på disse kvinnene må antas å være høy. Slike oppgaver kan være svært krevende, selv hvis man er to foreldre, hvis man samtidig strever med egne sterke opplevelser på krig, flukt, tap, savn og bekymringer. Samtidig som de skal håndtere sine omsorgsoppgaver og sine egne følelser og reaksjoner, må de prøve å skape en sammenheng på nytt sted for seg og sine, med bolig, skole og arbeid.

Andre sårbare grupper

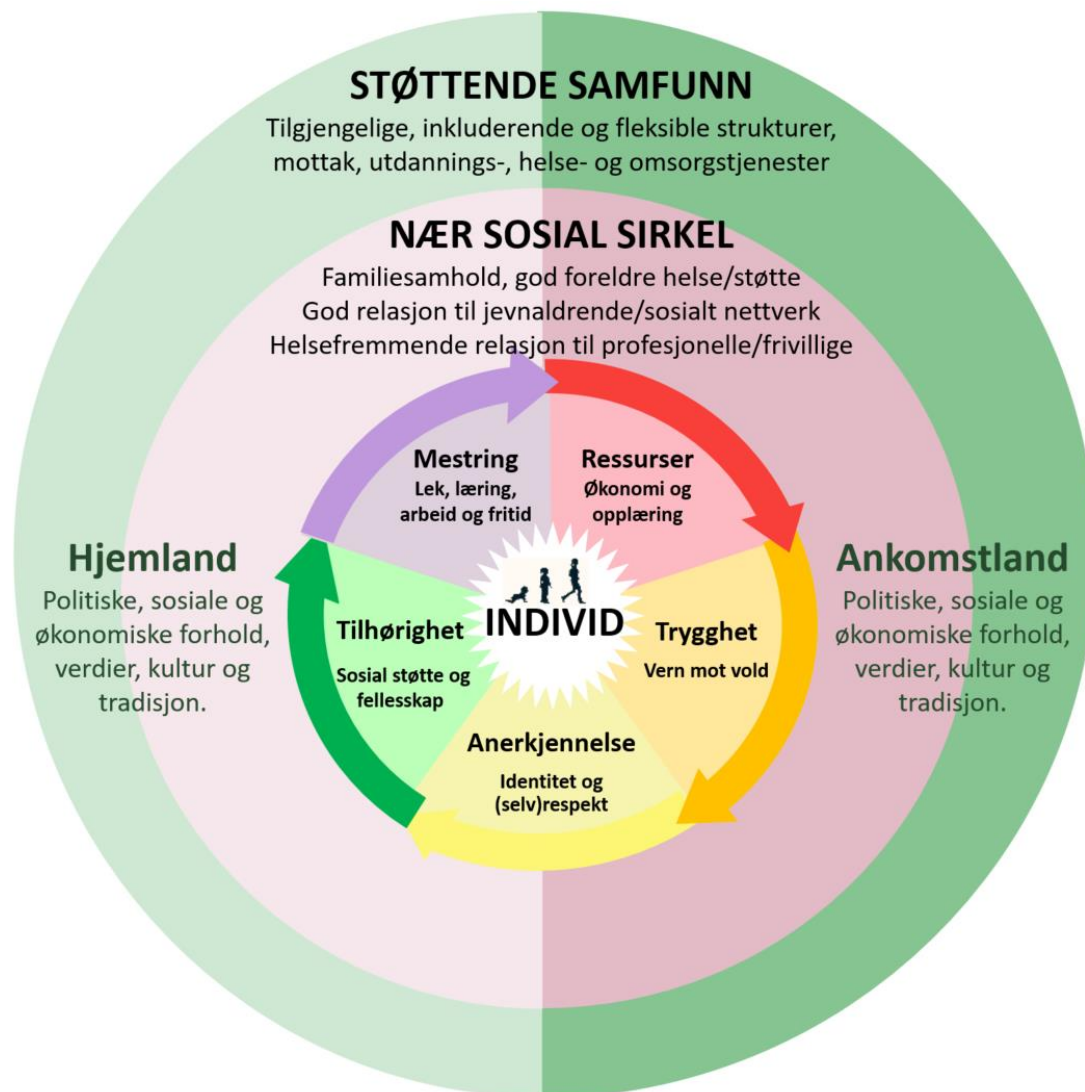
Mennesker med underliggende og etablert psykisk lidelse utgjør en spesielt utsatt og sårbar gruppe i krig og humanitære katastrofer, med bl.a. økt risiko for overgrep, å bli forlatt eller utnyttet på ulike vis. Forskning viser også at kvinnelige flyktninger har økt sårbarhet for psykisk uhelse i forhold til menn. Dette forklares av en rekke faktorer knyttet til både periodene før og under flukt (f.eks. eksponering for fysisk og/eller seksuell vold), samt perioden etter ankomst til nytt land (f.eks. mangel på sosialt nettverk og støtte; ekstra byrde med å ta seg av barn og eldre; vold i nære relasjoner, språkvansker) (Shishehgar et al., 2017). Forskning har også vist at barn av flyktninger med psykisk uhelse er en utsatt gruppe, med økt forekomst av bl.a. emosjonelle problemer, atferdsproblemer og sosiale vansker. Dette har delvis blitt knyttet til foreldres utøvelse av omsorgsrollen og hvordan psykisk uhelse hos foreldre kan lede til en tøffere/strengere oppdragelsesstil («harsh parenting»; Bryant et al., 2018).

To parallelle verdener eller 'rom'

I denne krigen formidler massemedia og sosiale nettverk daglig hva som skjer i Ukraina, De nære sosiale relasjonene er splittet som følge av flukt, men holdes sammen digitalt. Barn og voksne kan opprettholde og vedlikeholde sine sosiale nettverk i hjemlandet, mens de også etablerer nye nettverk her. Hendelser som skjer der og her setter betingelser for hva som vil prege fellesskapene og hvordan de vil utvikle seg over tid. For barna er den ukrainske skolehverdagen bare et tastetrykk unna, og voksne kan gjennom digitale løsninger arbeide sammen med kolleger som fortsatt er i hjemlandet eller som har flyktet til andre land.

Det psykososiale arbeidet bør derfor adressere to parallelle 'rom' – hverdagslivet her i Norge, og det som skjer på nyhetene og i digital kontakt med familiemedlemmer i Ukraina. Kvinner vil ofte stå alene i å ta ansvar og adressere de utfordringer som møter dem i begge 'rom'. Det vil være viktig å ha oppmerksomhet på dette over tid, og prioritere avlastende tiltak for kvinnene. I dette arbeidet vil det også være viktig å ha beredskap for hendelser som kan skje i krigens gang.

Den nære sammenhengen mellom det som gjøres og det som skjer i henholdsvis Norge og Ukraina, er illustrert i Figur 1. Den ytre ringen i sirkelen, det psykososiale arbeidet på samfunnsnivå, mht. til velferdstjenester, muligheter for arbeid, og skolegang, må sees sammen med hva ukrainske myndigheter utvikler av tjenester. I den indre delen av sirkelen indikeres viktige forutsetninger for individet, som tilgang til ulike ressurser, trygghet, anerkjennelse, tilhørighet og mestring. Dette avhenger ikke bare av hva som skjer innenfor en norsk kontekst, men innenfor rammene av to stater - Ukraina og Norge.



Figur 1. Helsefremmende faktorer. Modellen illustrerer helsefremmende faktorer for individ og familier på flukt. Individets kapasitet til å opprettholde stabil psykologisk funksjon gjennom motgang (resiliens) og tilpasse seg den nye tilværelsen i ankomstlandet avhenger av samspillende kontekstuelle og individuelle faktorer i hjemlandet og ankomstlandet.

Utfordringer krever 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.

Proaktiv oppfølging

Blant flyktingene 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 [Bryant et al., 2018]. 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 ytterligere. Det er avdekket behov for oppsøkende bistand blant flere grupper tidligere katastrofeutsatte i Norge (Stene et al., 2016; Glad et al., 2021; UKOM, 2021; Wistrøm et al., 2016). Derfor trengs en proaktiv oppfølging. Slik proaktiv oppfølging (outreach) ble implementert etter terrorhandlingene på Utøya i 2011 (Glad et al., 2021).

Prinsipp for proaktiv oppfølging

For at de som trenger det skal få tilgang til nødvendig hjelp i tide, kan det være nyttig å innrette tiltak etter følgende overordnede prinsipper for oppfølging av 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 (LEON-prinsippet)
- ✓ Medvirkning
- ✓ Kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet

Proaktiv kontakt. For å kunne tilby nødvendig støtte, praktisk bistand og hjelpetiltak ved behov, anbefales det at mottak og kommuner etablerer rutiner for proaktiv kontakt med familier og enslige raskt etter ankomst [38]. I mottak og nyetableringsfasen kan det være særlig vanskelig å orientere seg og forstå hvem som kan tilby hjelp. Flyktinger med økt risiko for psykososiale vansker har ofte størst problemer med å orientere seg i nye systemer og be om hjelp ved behov. Noen vil ha vansker med å registrere seg, og dermed ikke få utløst rettmessig tilgang til helse- og omsorgstjenestene. Tjenester kan være overbelastet og lite tilgjengelige. Prinsipp 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; Wistrøm et al., 2016).

I Helsedirektoratets *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer og Nasjonal veileder for Helsetjenester til asylsøkere, flyktinger og familiegjennforente* er det anbefalt at familier, voksne, barn og unge 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). Ordningen innebærer at én kontaktperson har hovedansvar for å ta proaktiv kontakt, gi praktisk hjelp og støtte og følge opp hjelpebehov over tid. Proaktiv kontakt, avdekking av hjelpebehov og bistand krever kultur- og traumeforståelse, tillit og god kommunikasjon. Bruk av profesjonelle tolketjenester med kulturkompetanse, digitalt eller ved personlig oppmøte, kan bedre utfall (Boylen et al., 2020). Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester (UKOM) sier i rapporten om drukningsulykken i Tromsø at tjenestetilbudet kan være vanskelig tilgjengelig for flyktninger som ankommer landet (UKOM 2021). En kontaktperson kan slik være et viktig bidrag til å trygge oppfølgingen og bidra til å sikre den hjelp som mange vil ha behov for den første tiden i Norge.

Aktiv oppfølging innebærer at personell i mottak og kontaktperson i kommunen tar gjentatt kontakt med familier og enslige 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 med varighet av krisen (Scharpf et al., 2021). Kvaliteten på slik oppfølging forutsetter at den baseres på enkle prinsipper for god psykososial ivaretagelse i krise, eksemplifisert ved psykologisk førstehjelp (Brymer et al., 2021; WHO, 2011), som nevnt ovenfor. Dette inkluderer også avdekking av ytterligere hjelpebehov for å kunne starte opp tiltak så raskt som mulig [42]. Bruk av kartleggingsverktøy kan gjøre det enklere å oppdage eventuelle endringer i symptomer og funksjon over tid.

Det er to overordnede hensyn som må forenes i forhold til aktiv oppfølging: På den ene siden vil mange oppleve en naturlig tilheling, og overdreven oppmerksomhet på symptomer og plager i den første tiden kan føre til negative forventninger og øke risikoen for helseproblemer. På den andre siden er det en økt risiko for varige helseproblemer, og tidligere studier har vist at for få oppsøker og får behandling for sine plager. Det anbefales hyppig kontakt den første tiden. Deretter tilpasses kontakt individuelle behov. Hyppighet i kontakt forventes å avta over tid. Kontinuiteten faste kontaktpersoner representerer, gir trygghet og mulighet for tidlig å fange opp personer som har behov for intervensjon. Da kan andre fagpersoner i tiltakskjeden involveres.

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 er et sentralt element i psykososiale tiltak for å styrke flyktingers 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 flyktingenes

egne målsettinger. Interesse for og forståelse av hva de har opplevd, og hva de har av kompetanse og ressurser, kan bidra til meningsfull tilpasning av tiltak. I disse prosessene kan det være nyttig å forvente og åpne for uenighet, usikkerhet og tilbakeslag, noe som er naturlige skritt på veien til bedring og økt selvbestemmelse.

Kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet. Manglende kontinuitet forringer ofte tilbudet og øker risiko for negative helsekonsekvenser (Brandenberger et al., 2019; UKOM, 2021). En fast kontaktperson som følger familier og enslige over tid i mottaksfasen og bosettingskommunen kan som tidligere nevnt bedre tilgangen til nødvendige tjenester ved behov. 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

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. Motstandskraft avhenger av en rekke samspillende individuelle og kontekstuelle faktorer som endrer seg over tid (Bonanno, 2021). Slike tiltak handler om å tilrettelegge for et helsefremmende miljø og redusere eksponering for risiko på ulike nivå over tid (Fazel & Betancourt, 2018). Tiltakene må være fleksible, og tilpasset aktuell kontekst (Marley & Mauki, 2019).

På bakgrunn av forskning som viser betydningen for psykisk helse av ulike belastninger både før og etter ankomst til mottakslandet, vet vi at gjenoppretting av trygghet og en mest mulig alminnelig hverdag er av stor betydning for det videre forløp (O'Donnell et al., 2020).

Overordnede prinsipper blir således å sikre:

- Tilgang til nødvendige ressurser for å dekke grunnleggende fysiske behov,
- Trygghet, inkludert vern mot ytterligere voldshandlinger, overgrep, diskriminering og sosial isolasjon i mottakslandet.
- Anerkjennelse, forståelse og respekt for den enkeltes bakgrunn, identitet, opplevelser og reaksjoner.
- Tilhørighet til sentrale sosiale fellesskap i ankomstland og hjemland.
- Aktiv deltagelse i utdanning og arbeidsliv.

Forslag til mer konkrete helsefremmende tiltak for mennesker i humanitære krisesituasjoner generelt og flyktninger spesielt er godt oppsummert i ulike internasjonale guidelines, bl.a. fra the [Inter-Agency Standing Committee \(IASC\)](#) og [The International Society](#)

[for Traumatic Stress Studies \(ISTSS\)](#). Mange av guidelinene er oversatt til ukrainsk i forbindelse med den pågående krigen. NKVTS har også opprettet en egen nettside som samler sentral informasjon om psykososial støtte og arbeid (<https://www.nkvts.no/flyktning/>).

Viktige tiltak som kan fremheves er:

- Opplæring av personell i mottaksapparat, og aktuelle utdannings-, helse og sosialtjenester i grunnleggende prinsipper for psykososial ivaretagelse av flyktninger (se ressursene henvist til over).
- Psykoedukasjon for å fremme flyktingenes forståelse av egne reaksjoner og ivaretagelse av seg selv og andre.
- God og tydelig informasjon til flyktingene om tjenester og rettigheter og annen relevant informasjon som kan forebygge usikkerhet og uforutsigbarhet
- Empowerment: lytt til ønsker og behov og ta den enkelte flyktning/familie med på planlegging av bosetting og annet som skal skje.
- Meningsfull aktivitet så snart som mulig for alle deler av familien.
- Kortest mulig tid på mottak, og unngå flytting mellom ulike mottak.

Mer spesifikke tiltak, gitt særegenheter ved krigen og flyktingsituasjonen i Ukraina:

- Komme i arbeid: Mange voksne flyktninger fortsetter å utføre det arbeidet de hadde i Ukraina digitalt. Det kan være behov for tilrettelegging av kontorplasser for disse. Andre trenger å snarlig komme i arbeid i bosettingskommunen.
- Avlastende tiltak for kvinner som har eneomsorg for barn, syke familiemedlemmer og/eller gamle, pleietrengende foreldre, slik at kvinnene får tid til egenomsorg og kontakt med andre.
- God dialog med foreldre/mødre angående barns skoletilbud, fritidsaktiviteter og helseoppfølging, for å sikre at de blir hørt.
- Oppfølging ved krisehåndtering fra relevant instans i kommunen i tilfelle akutte hendelser oppstår i hjemlandet som berører de som er her.
- Voksne/eldre over 67 år vil sannsynligvis i liten grad komme i opplæring eller arbeid, derfor er det viktig å tilrettelegge for sosial kontakt og meningsfylt aktivitet. Her kan eldresentre og frivillige organisasjoner bidra.
- Eldre bør bosettes sammen med familiemedlemmer eller i nærheten av andre flyktninger fra Ukraina.

Lavterskeltilbud for personer med økt risiko

Sekundærforebyggende tiltak er tidlige intervensjoner som har til hensikt å redusere eller motvirke utvikling av psykososiale problemer hos personer med økt risiko for utvikling av psykisk sykdom og/eller ruslidelse. Lavterskeltilbud kan iverksettes uten lege, psykolog eller annen kvalifisert behandler. Det finnes en rekke lavterskel psykososiale tiltak for flyktninger. Slike tiltak brukes i utstrakt grad i innenfor tjenestene i dag (Hdir, 2015), eksempelvis i flyktinghelsetjenesten, kommunale psykiske helsetjenester, helsestasjonsarbeid og skolehelsetjenesten. Nytten synes stor, selv om evidens for effekt av slike tiltak ofte er

begrenset (IASC, 2007). Dette skyldes blant annet at forskning på slike lavterskeltiltak er vanskelig og har vært lite prioritert. Kunnskapsoppdateringer tyder likevel på at lavterskel intervensjoner kan være hjelpsomme (IASC, 2007; Purgato et al., 2018; Scharpf et al., 2021; Skeen et al., 2019). Slike intervensjoner passer ofte godt til grupper og det er gunstig ved at flere mennesker mottar hjelp med mindre ressurser, at det bare trengs én tolk til flere mennesker som deler samme språk, og ved at møtene kan bidra til utvikling av et sosialt nettverk i bostedskommunen.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har utviklet flere program som kan ledes av en vanlig person etter minimal opplæring. De mest relevante programmene fokuserer på [håndtering av stress](#) og [håndtering av problemer](#). Selv om disse er utviklet for settinger med mer begrenset ressurstilgang, kan de være konkrete og relativt enkle tiltak å implementere i en tidlig fase, da mange trenger psykososiale støtte så raskt som mulig (WHO, 2020). En slik intervensjon er Problem Management plus (PM+) som 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. Intervensjonene som er utprøvd i flyktningpopulasjoner, tolereres godt, er relativt ressurs- og kostnadseffektive, og synes å kunne bidra til reduserte psykiske plager.

Lavterskeltiltakene omfatter bl.a. stressmestring og problemløsing, og innebærer informasjon om reaksjoner man kan få etter opplevelser under krig og flukt og i møte med et ukjent land, og om hva man selv kan gjøre for å ta best mulig vare på seg selv og sine nærmeste (psykoedukasjon). Stressreaksjoner alminneliggjøres uten å bagatellisere. Det anbefales å snakke konkret om reaksjoner og fenomener, heller enn å snakke om 'psykiske helseproblemer', da dette kan være forbundet med stigma og vekke uvilje. Råd bør gjøres tilgjengelig om søvn, om å sørge for daglig fysisk aktivitet, og om å avgrense tiden man bruker på å følge krigen gjennom mediene. Viktigheten av å tillate seg å ta pause fra bekymringer og gjøre hyggelige ting, må understrekes. Dette er for å 'lade batteriene' og ivareta egen helse. Det er viktig å gi kortfattet informasjon, støttet opp av skriftlig informasjonsmateriell, og at informasjon gjentas.

Behandling

Behandling, betegnet som tertiærforebyggende tiltak, er rettet mot individer og familier der noen allerede har betydelige psykiske, fysiske eller 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 ledsaget av betydelig fall i funksjon, manglende forventet utvikling, eller frafall fra arbeid, utdanning eller skole, krever rask vurdering for iverksetting av nødvendige tiltak, etter LEON prinsippet, som beskrevet over.

De vanligste psykiske helseproblemene blant voksne flyktninger omfatter depresjon, angst og PTSD (Bogic et al., 2015). For komplekse traumer, som omsorgssvikt og krigstraumer, er fase-basert behandling med flere komponenter anbefalt i en systematisk oversiktsstudie av Coventry et al. (2020). Behandlingsmetoder rettet mot PTSD, som kognitiv traumefokusert atferdsterapi og Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), har dokumentert effekt overfor pasienter med PTSD, selv om kunnskapsgrunnlaget om deres effekt er

foreløpig noe svakere når det gjelder flyktninger enn andre grupper (Turrini et al., 2019). Videre har Narrativ eksponeringsterapi (NET), utviklet spesifikt for mennesker med krigserfaringer, vist god effekt i en kunnskapsoppsummering (Robjant and Fazel, 2010). I behandling av flyktninger bør det være et fokus bl.a. på angst, depresjon og sosioøkonomiske problemer, da disse kan utgjøre hovedproblemer, eller stå i veien for utbytte av en ren traumefokusert behandling (Bäärnhielm et al., 2017; Carlsson et al., 2014; Haagen et al., 2017; Hynie et al., 2018; McFarlane et al., 2012; Opaas et al., 2020; Schick et al., 2016; Turrini et al., 2019).

Råd og anbefalinger, 'Kommunemodellen'

Stort tilfang av familier og enslige flyktninger til kommunene i Norge vil øke press på lokalsamfunn og kommunale tjenester. Trenet personell er en hovedressurs i den psykososiale 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 familier og enslige voksne, eldre, unge og barn, 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, 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 (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. Opplæring av kontaktpersoner i <i>psykologisk førstehjelp</i> 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 av informasjon mellom kontaktpersoner ved bosetting i ny kommune
Mottak	Dekke grunnleggende fysiske behov. Praktisk opplæring i PFA. Av samtlig personell. Barne- og omsorgsarbeider og pedagog med traumekompetanse ansvar for oppfølging barn og unges lek og læring. Samarbeid med kommunale utdannings-helse- og omsorgstjenester (kontaktperson) og frivillighet.
Bosetting	Rask adekvat bosetting med nærhet til sosiale fellesskap; skole/arbeid, fritidsaktiviteter.
Helse og omsorgstjenestene	Støtte omsorgsgiver

Tilpasset traumeinformert, kulturtilpasset veiledning av foreldre og de som har ansvar for syke familiemedlemmer. Vurdere PFA, problemløsningsgrupper og traumeinformert psykoedukasjon.

Tidlig adekvat helsehjelp ved behov

Sørge for adekvat helsehjelp. Tilgjengeliggjøre relevante lavterskel psykososiale tiltak i kommunen for barn, unge, voksne og eldre. Fleksible løsninger for rask tilgang til tidlig behandling ved behov, fortrinnsvis på kommunalt nivå. Kommunale instanser kan veiledes fra andrelinjetjenesten (BUP/DPS).

Skole/Barnehage

Rask oppstart for barna i skole/barnehage. Praktisk opplæring av lærere/pedagoger i traumeinformert undervisning. Skole-hjem samarbeid. Mentorordning jevnaldrende.

NAV

Voksne flyktninger raskt inn i arbeid.

Frivilligheten

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

Mottak og Bosetting

Det er viktig at myndigheter, mottak og kommune sørger for at familier og de som ankommer alene har tilgang til nødvendige ressurser, et helsefremmende miljø, bosettes raskt i et trygt, inkluderende samfunn der de kan trives, starte opp arbeid, utdanning, skolegang, barnehage, og fritidsaktiviteter (Figur 1). Minimering av eksponering for alvorlige risikofaktorer som vold, overgrep, mobbing, diskriminering eller isolasjon; ustabil bosetting, fattigdom, manglende språkopplæring og integrering i skole og lokalsamfunn krever strategisk handling på ulike nivå.

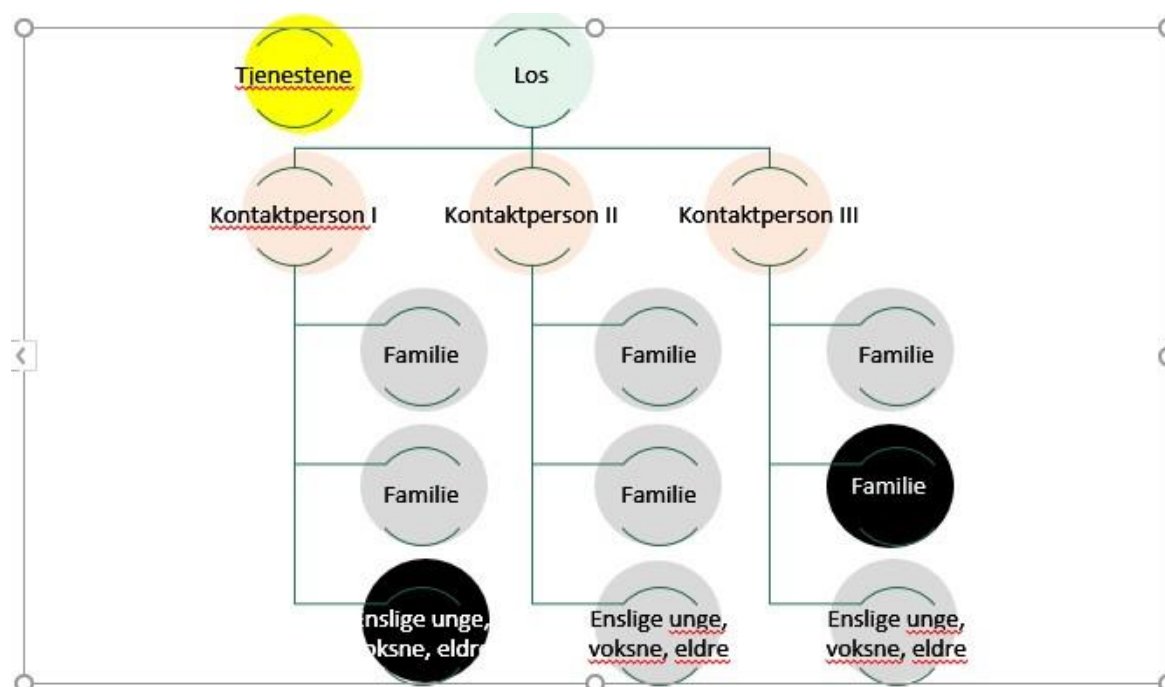
Kapasitet og kompetanse i tjenestene

Trenet personell er en hovedressurs for proaktiv oppfølging av familier og enslige. Opplæring og veiledning av hjelpere i kontakt med flyktningsfamilier og enslige (mindreårige) om vanlige traume- og stressreaksjoner og prinsipp for god psykososial ivaretagelse anbefales rutinemessig (Brymer et al., 2021). Psykologisk førstehjelp er en bredt anbefalt evidens informert metode for psykososial ivaretagelse av voksne, barn, unge og familier i krise. Metoden omfatter elementer for å ta aktiv kontakt, skape trygghet, berolige og veilede, kartlegge behov, gi praktisk hjelp, støtte mestringsstrategier, sikre oppfølging i helsetjenester ved behov, i tillegg til selvhjelp for hjelpere. Eksempel på personell som kan trenge opplæring omfatter personell i mottak, personell tilknyttet institusjon for enslige mindreårige, deler av helse og omsorgstjenestene som ikke har denne kompetansen fra før, krisesentre, familievern, religiøse institusjoner og frivilligheten.

Flyktinglos for proaktiv oppfølging

Vi anbefaler etablering av en *flyktinglosordning* der en fast *kontaktperson* følger opp familier og enslige 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 *Flyktinglosordning* er basert på gjeldende anbefaling om

kontaktperson for flyktinger og andre rammede av katastrofer, for å sikre proaktiv oppfølging av flyktinger 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 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 kommunegrenser kan bidra til kunnskapsutveksling og (videre-)utvikling av nyttige, likeverdige og fleksible tjenestetilbud for gruppen.



Figur 2. Flyktinglos-ordning for proaktiv oppfølging av familier og enslige, av kontaktpersoner under veiledning av los i kommunehelsetjenesten, for rask tilgang til relevante tilbud og tjenester. De svarte sirklene indikerer identifisert hjelpebehov, de grå, ikke behov for hjelp utover universelle tiltak.

Dersom det er vanskelig å gjennomføre en ordning med en kontaktperson per familie/enslige i de større kommunene som tar imot en stor andel flyktinger kan man vurdere videreføring eller nyetablering av faste tjenester/team som følger opp flyktingene etter samme prinsipp om proaktiv oppfølging. Kommunene kan også vurdere behov for spesielt tilrettelagte helsetjenester for de nyankomne flyktingene 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.

Helse og omsorgstjenestene

Støtte omsorgsgivere: Psykososiale tiltak som bidrar til å bygge familiesamhold, og støtte voksne med omsorgsoppgaver, er viktige for hele familiens psykiske helse (Bryant et al., 2018a; Lau et al., 2018; Marley & Mauki, 2019). 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, og har som mål å bidra til et positivt samspill mellom barn og foreldre i en ny kontekst, kan være en annen arena for dialog og eventuelt grupper. 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.

Tidlig adekvat helsehjelp ved behov: Å sikre tilgang til nyttige lavterskeltilbud og behandlingstiltak i tide til en stor populasjon flyktninger er en stor utfordring mange kommuner nå vil stå ovenfor. Noen kommuner har mye erfaring med slikt arbeid, og kan nå bygge på erfaring, mens det i andre kommuner vil være stort behov for opplæring og veiledning av personell. Kunnskapsutveksling på tvers av kommuner og landegrenser vil være viktig for å få til så gode løsninger som mulig.

Proaktiv oppfølging: Kommunen kan sikre proaktiv oppfølging ved å utnevne kontaktpersoner til nyankomne familier og enslige. De som kommer alene kan trenge hjelp til å loses inn i et fellesskap, så de ikke blir isolerte. Kommunene kan også vurdere behov for spesielt tilrettelagte helsetjenester for de nyankomne flyktingene fra Ukraina, som tverrfaglige team eller drop-in helsestasjoner, der flyktingene kan få tilgang til psykoedukasjon, lavterskel intervensjoner eller somatisk og psykisk helsehjelp ved behov. Tett dialog mellom helse- og omsorgstjenestene og kontaktpersoner som følger familier og enslige mindreårige i kommunen proaktivt vil være viktig for god oppfølging, uavhengig av om kontaktperson er helsepersonell eller ikke.

Opplæring og veiledning: Opplæring og veiledning av personell for levering av lavterskel og tidlig behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, under veiledning av andrelinjen kan være en god løsning. Digitale løsninger kan tas i bruk som hjelpemiddel i veiledning og oppfølging der det er hensiktsmessig.

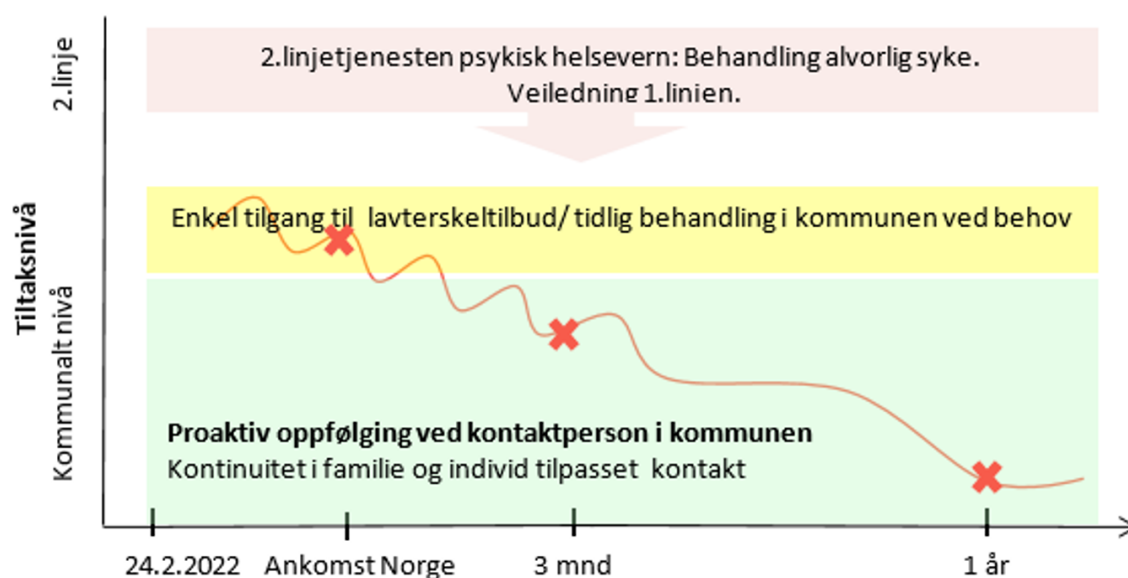
Vi anbefaler at alle som jobber direkte med flyktingene får opplæring og veiledning i prinsipp for god psykososial ivaretagelse, kjent som *psykologisk førstehjelp*. Dette omfatter alle kontaktpersoner, personell ved mottak, i barnehager, i skolen, institusjoner for enslige mindreårige og fritidsaktiviteter.

Opplæring og veiledning av personell for implementering av evidens-informerte lavterskeltilbud som PM+ (for eksempelvis omsorgsgivere i gruppebaserte tiltak i regi av

helsestasjon), og tilpasning av tidlige behandlingstiltak av traume-relaterte plager, som traume-fokusert kognitiv atferdsterapi kan være aktuelt.

Familiebaserte tiltak: Kommunale psykososiale tiltak for voksne, eldre, barn og unge må ha et familieperspektiv i støtten som gis. 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 er viktig (Scharpf et al., 2021). Barn, unge, voksne og eldre utsatt for vold og overgrep har rett til beskyttelse. Hensynet til barn og sårbare personers beste og familiens totalsituasjon over tid må vektlegges tungt. Tiltak må omfatte koordinert helsefremmende familierettet innsats og nødvendig behandling til barn, unge, voksne og eldre.

Sikre rask behandling ved alvorlig sykdom: Det er avgjørende at individer 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 3 mnd. og 12 mnd, som ledd i proaktiv oppfølging av gruppen, kan være nyttig (Figur 3).



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

Utdanning, arbeid og fritid

Voksne i arbeid eller utdanning: Proaktiv innsats fra NAV, voksenopplæring, utdanningsinstitusjoner og næringsliv i kommuner og regioner kan bidra til rask sysselsetting av voksne flyktninger. Dette er av stor betydning for deres og familiens trivsel, mulighet til inntekt, tilgang til ressurser og selvfølelse. Det er viktig å tilrettelegge for dem som fortsatt er i arbeid eller som var i et utdanningsløp de var i gang med før flukten. Med en økende andel flyktninger vil det være viktig å trekke veksler på de nyankomnes kompetanse der det kan være relevant lokalt. Økt deltakelse bidrar til å utvikle større sosiale nettverk som kan motvirke tilbaketrekning og isolasjon. Medvirkning og deltakelse i utforming av tjenestetilbudet for denne gruppen vil kunne bidra til økt tilknytning lokalt og en bedre forståelse og legitimitet for de beslutningene som fattes. Et proaktivt arbeid vil kunne bidra til å støtte opp rundt integrering av nyankomne. I enkelte bosettingsland har man god erfaring med at ressurspersoner blant flyktningene, som for eksempel psykologer eller lærere, medvirker til å drive ulike aktivitetsgrupper for barn og unge og bistår med daglig proaktiv oppfølging av familier i mottak. Å tilrettelegge for sosial støtte, f.eks. ved etablering av foreldregrupper, grupper for arbeidssøkende gjennom NAV, samt deltakelse i frivillige organisasjoner og i idrett, vil også kunne ha betydning for kontakt med arbeidsliv og mulig framtidig jobb.

Behov for forskning

Kunnskap om voksne, eldre, 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 må derfor integreres i vår respons overfor flyktninger, både nasjonalt og internasjonalt. Forskning vil gi verdifull kunnskap som vi kan ta med oss neste gang vi må respondere på en katastrofe.

Avsluttende kommentar

Voksne, eldre, barn og unge i norske mottak og kommuner bærer med seg opplevelser og tap som kan medføre alvorlige psykososiale konsekvenser. Hva som skjer i nyetableringsfasen 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 en så normal hverdag som mulig. Mange vil i tillegg til slike universelle tiltak ha behov for lavterskeltilbud 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 der en kontaktperson i kommunen følger familier og enslige flyktninger proaktivt. Det store antallet flyktninger krever innovasjon og samarbeid mellom tjenestene, frivilligheten og flyktningene selv. Det trengs også kunnskapsutveksling mellom kommuner og på tvers av landegrenser for å utvikle gode og fleksible løsninger som gir voksne, eldre, barn, unge og familier tilgang til nødvendige tjenester som styrker motstandskraft, trivsel og god tilpasning til ny hverdag.

Referanser

- Amdam S (2014). Levekårsundersøkelsen for veteraner fra Forsvaret og politipersonell med erfaring fra internasjonale operasjoner. Dokumentasjonsrapport. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå 11/14.
- Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Røysamb E, Dyb G (2014). Shame and guilt in the aftermath of terror: The Utøya Island study. BRIEF REPORT. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 618-621.
- Bäärnhielm S, Laban K, Schouler-Ocak M, Rousseau C, Kirmayer LJ. (2017). Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda. *Transcult Psychiatry*, 54: 565–574. <https://doi.org/10.1177/1363461517747095> PMID: 29226788
- Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 17: e1003337.
- Bogic M, Njoku A, Priebe S.(2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*, 15: 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9> PMID: 26510473
- Bonanno GA (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), 1942642. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>
- Boylen S, Cherian S, Gill FJ, Leslie GD, Wilson S (2020). Impact of professional interpreters on outcomes for hospitalized children from migrant and refugee families with limited English proficiency: a systematic review. 18(7):1360-1388. doi: 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>
- Brown, B., Ramaiya, A. K., & Cronkright, P. (2020). Chronic Pain. In *Refugee Health Care: An Essential Medical Guide* (pp. 169-180). Springer, Cham.
- Bruneau M-A, Desmarais P, Pokrzywko K (2020). Post-traumatic stress disorder mistaken for behavioural and psychological symptoms of dementia: case series and recommendations of care. *Psychogeriatrics*, 20(5), 754-759. <https://doi.org/10.1111/psyg.12549>
- Bryant RA, Edwards B, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Felmingham KL, Silove D, Steel Z, Nickerson A, McFarlane AC, 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, *The Lancet Public Health*, 3(5), e249-e258, [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
- Carlsson J, Sonne C, Silove D. (2014). From pioneers to scientists: challenges in establishing evidence-gathering models in torture and trauma mental health services for refugees. *J Nerv Ment Dis*, 202: 630– 637. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000175> PMID: 25167130
- Fazel M, Betancourt TS (2018). Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(2):121-132. doi: 10.1016/S2352-4642(17)30147-5.

- Cheung A, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevsky A, Kharchenko N, Shpiker M, et al. (2019). Patterns of somatic distress among internally displaced persons in Ukraine: analysis of a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 54:1265–1274.
- Cogo E, Murray M, Villanueva G, Hamel C, Garner P, Senior SL, & Henschke N (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PLoS one*, 17(3), e0263797.
- 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>
- Dang H-AH, Trinh T-A, Verme P. Do refugees with better mental health better integrate? Evidence from the Building a New Life in Australia longitudinal survey. GLO Discussion Paper; 2021. Report No.: 949. Available: <https://www.econstor.eu/handle/10419/243046>
- Dyb G, Jensen TK. red. *Å leve videre etter katastrofen: stressreaksjoner og oppfølging etter traumer*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2019
- Flanagan N, Traversa A, Vallières F, Hansen M, Halpin R, Sheafe G, Rottmann N, & Johnsen AT (2020). Crossing borders: a systematic review identifying potential mechanisms of intergenerational trauma transmission in asylum-seeking and refugee families. *European Journal Of Psychotraumatology*, 11, 1790283. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1790283>
- Forbes, David; Bisson, Jonathan I.; Monson, Candice M. & Berliner, Lucy (Ed.), *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press. ISSN 9781462543571.
- Fox JH, Burkle FM Jr, Bass J, Pia FA, Epstein JL, Markenson D (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Med Public Health Prep.* 6, 247–252.
- 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 KA, Stensland SØ, Dyb G (2021). The Terrorist Attack on Utøya Island: Long-Term Impact on Survivors' Health and Implications for Policy. *Perspectives on Terrorism*, 15(3).
- Gleeson C, Frost R, Sherwood L, Shevlin M, Hyland P, Halpin R, et al. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol.* 11: 1793567.
- Haagen JFG, ter Heide FJJ, Mooren TM, Knipscheer JW, Kleber RJ (2017). Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *Br J Clin Psychol.* 2017; 56: 69–83. <https://doi.org/10.1111/bjc.12121> PMID: 27900778
- 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., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315; discussion 316-69. [doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283](https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283).
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. . Online Readings in Psychology and Culture, 2011. 2, DOI: 10.9707/2307-0919.1014.

- Hynie M. (2018). Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canad J Psychiatry*, 63: 297–303.
<https://doi.org/10.1177/0706743717746666> PMID: 29202665
- IASC. (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. The Inter-Agency Standing Committee. [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings - World | ReliefWeb](#)
- Ioffe Y, Abubakar I, Issa R, Spiegel P, Kumar BN (2022). Meeting the health challenges of displaced populations from Ukraine. *The Lancet* 399, 1206-1208. [doi:10.1016/S0140-6736\(22\)00477-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00477-9)
- 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.
- Korzh, A. (2013). Educational inequalities and Ukrainian orphans' future pathways: Social reproduction or transformation through the hidden curriculum? (p. 3-4). Teachers College, Columbia University, Dissertation. [Microsoft Word - Alla Korzh Diss final.doc \(proquest.com\)](#)
- Lau, W., Silove, D., Edwards, B., Forbes, D., Bryant, R., McFarlane, A., ... & 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 medicine*, 16(1), 1-17.
- Lenette C, Brough M, Cox L (2012). Everyday resilience: Narratives of single refugee women with children. *Qualitative Social Work*, 12(5), 637-653. DOI: 10.1177/1473325012449684
- Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep.* 18:82.
- Marley, C., & Mauki, B. (2019). Resilience and protective factors among refugee children postmigration to high-income countries: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(4), 706-713. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky232>
- McFarlane CA, Kaplan I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review. *Transcult Psychiatry*, 49: 539–567.
<https://doi.org/10.1177/1363461512447608> PMID: 23008355
- Meslé F & Vallin J. (2012). *Mortality and Causes of Death in 20th-Century Ukraine* (1st ed.). Demographic Research Monographs A Series of the Max Planck Institute for Demographic Research Springer Netherlands : Imprint: Springer. DOI 10.1007/978-94-007-2433-4
- Moor A, Ben-Mair E, Golan-Shapira D, Farchi M (2013). Research on victims of interpersonal violence and trauma. Rape: A Trauma of Paralyzing Dehumanization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22:1051–1069,
DOI:10.1080/10926771.2013.848965
- Miller KE, Rasmussen A (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 26: 129–138.
- Nosè M, Ballette F, Irene Bighelli I, Turrini G, Marianna Purgato M, Tol W, Priebe S, Barbui C (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLOS one*. DOI:10.1371/journal.pone.0171030
- O'Donnell ML, Pacella BJ, Bryant RA, Olff M, Forbes D (2020). Early Intervention for Trauma-Related Psychopathology, in D Forbes, JI Bisson, CM Monson, and L Berliner (eds.); *Effective treatments for PTSD, Third edition. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press. [Preventative and Early Interventions](#)
- Opaas, M (2020). Flyktninger med traumerelaterte plager - en kunnskapsoversikt, i A.O. Berg & K. Holt (red.): *Kultur og Kontekst i praktisk psykologarbeid*. Kap. 5, s. 89 - 111. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Opaas M & Varvin S (2015). Relationships of childhood adverse experiences with mental health and quality of life at treatment start for adult refugees traumatized by pre-flight

- experiences of war and human rights violations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 684-695. DOI 10.1097%2FNMD.0000000000000330
- Papadopoulous RK (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301-312.
<http://dx.doi.org/10.1080/13642530701496930>
- Popovac, Z (2022). Fluktens pris – postmigrasjonsvansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, [Fluktens pris – postmigrasjonsvansker | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](http://www.tidsskriftet.no)
- Quirke E, Klymchuk V, Suvalo O, Bakolis I, Thornicroft G (2021). Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Global Mental Health* 8, e11, 1-12.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2021.9>
- Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S (red.) (2018). *Psykisk helse i Norge. Rapport*, Folkehelseinstituttet, Oslo.
- Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J (2017). *Hidden burdens of conflict. Issues of mental health and access to services among internally displaced persons in Ukraine*. International Alert/Global Initiative on Psychiatry, Tblisi/ London School of Hygiene & Tropical Medicine. <https://www.international-alert.org/publications/hidden-burdens-of-conflict/>
- Rohlof HG, Knipscheer JW, Kleber RJ (2014). Somatization in refugees: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 49: 1793–1804.
- Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socioecological 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>
- Schick M, Zumwald A, Knöpfli B, Nickerson A, Bryant RA, Schnyder U, et al. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *Europ J Psychotraumatology* 1–9.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28057> PMID: 26886484
- Shi W, Navario P, Hall BJ (2022). Prioritising mental health and psychosocial services in relief and recovery efforts in Ukraine. *The Lancet Psychiatry*, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00114-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00114-6)
- Shishehgar S, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Green A, Davidson PM (2017). Health and Socio-Cultural Experiences of Refugee Women: An Integrative Review. *J Immigr Minor Health*, 19(4):959-973. doi: 10.1007/s10903-016-0379-1.
- Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester (2021). *Undersøkelse etter drukningstragedien i Tromsø: Hva kan vi lære om integrering og flyktningshelse?* Ukom, Rapport 2-2021. <https://ukom.no/rapporter/undersokelse-etter-drukningstragedien-i-tromso/innledning>
- Stene LE, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Front Psychol* 2016; 7: 1809.
- Silove D, Ventevogel P, Rees S (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16: 130–139.
- Stene LE, Wentzel-Larsen T, Dyb G. (2016). Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Front Psychol*, 7: 1809.
- Strømme EM, Igland J, Haj-Younes J, Kumar BN, Fadnes LT, Hasha W, et al. (2021). Chronic pain and mental health problems among Syrian refugees: associations, predictors and use of medication over time: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 11: e046454.
- The TENTS guidelines*, ESTSS (2008). Cardiff University. <https://estss.org/tents-ents/documents/>
- Tinghög P, Malm A, Arwidson C, et al (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a

- population-based survey. *BMJ Open* 2017;7:e018899. doi: [10.1136/bmjopen-2017-018899](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899)
- 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; Kusters, M; Lantta, T; Nose, M; Ostuzzi, G; Sijbrandij, M; Tedeschi, F; Valimaki, M; Wancata, J; White, R; van Ommeren, 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.
- Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int J Ment Health Syst.*,11: 51.
- Ungar M (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine*, 55, 387-389. doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.021
- UNHCR, *Ukraine Refugee Situation* (unhcr.org), retrieved 07.04.2022
- Uppendahl Jana R., Aozkan-Sever Cansu, Cuijpers Pim, de Vries Ralph, Sijbrandij Marit (2020). Psychological and Psychosocial Interventions for PTSD, Depression and Anxiety Among Children and Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10. DOI=10.3389/fpsyt.2019.00933
- van der Boor CF, Amos R, Nevitt S, Dowrick C, White RG (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Confl Health*. 14: 48.
- 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>
- WHO. Suicide rates in Europe. [Mental Health and Substance Use \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide), retrieved 04.05.2022.
- WHO (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Retrieved 04.05.22 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
[Psychological first aid: Guide for field workers \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205)
- Wiström ED, Stene LE, Dyb G. (2016). Etter Utøya-angrepet – hvem fikk tidlig hjelp? *Tidsskr Nor Legeforen*,136: 1223–6. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 136(14-15), 1223-1226.