

RAPPORT

2019

MESTRING I MOTTAK OG KOMMUNER

Implementering og evaluering av
Teaching Recovery Techniques i
asylmottak og bosettingskommuner
i Norge

Brit Oppedal

Anne Kristine Solhaug

Oddgeir Friborg

Guido Biele

Mestring i Mottak og Kommuner

Implementering og evaluering av Teaching Recovery Techniques i asylmottak, omsorgssentre og bosettingskommuner i Norge

Brit Oppedal, Folkehelseinstituttet

Anne Kristine Solhaug, Folkehelseinstituttet

Oddgeir Friborg, UiT Norges arktiske universitet

Guido Biele, Folkehelseinstituttet

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for barns helse og utvikling
Mars 2019

Tittel:

Mestring i Mottak og Kommuner
Implementering og evaluering av Teaching Recovery Techniques
i asylmottak og bosettingskommuner i Norge

Forfattere:

Brit Oppedal
Anne Kristine Solhaug
Oddgeir Friborg
Guido Biele

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Layout omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8082-940-5

Emneord (MeSH): PTSD, livskvalitet, evaluering, implementering, Teaching Recovery Techniques, asylsøkere, flyktninger, enslige mindreårige asylsøkere.

Sitering: Oppedal B, Solhaug AK, Friborg O, & Biele, G. «Mestring i Mottak og Kommuner. Implementering og evaluering av Teaching Recovery Techniques i asylmottak og bosettingskommuner i Norge». [Implementation and Evaluation of Teaching Recovery Techniques among Asylum-seeking and Refugee Children and Youth in Norway]. Rapport 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.

Forord

Asylsøkende barn har høy risiko for psykiske helseplager. Enslige mindreårige asylsøkere som reiser alene uten følge av voksne legale omsorgspersoner, er blant de mest sårbare med hensyn til psykiske plager og lidelser, selv om de har en sterk vilje til å overleve og klare seg. Både nasjonale og internasjonale forskningsresultater viser en høyere forekomst av psykiske plager i denne gruppen enn blant asylsøkende barn i følge med foreldre, og andre innvandrerbarn. Plagene vedvarer eller dukker opp igjen over tid, også etter at de har fått opphold og er bosatt i kommuner rundt om i Norge. Alvoret i denne situasjonen forsterkes av at det ofte er manglende kompetanse og kapasitet i de lokale psykiske spesialisthelsetjenestene til å hjelpe disse barna. Noen ganger takker barna nei selv om de skulle være så heldige å få et behandlingstilbud fra disse tjenestene på grunn av stigma som følger med, fordi de er ukjente med vår form for «snakke-terapi», eller av andre grunner.

Mot dette bakteppet kan psykisk helsefremmende selektive lavterskeltiltak gitt til grupper av barn og unge tidlig i asylprosessen være et viktig tilskudd. Dessverre er det få forskningsbaserte lavterskeltiltak tilgjengelige for asylsøkende barn, eller barn og unge med flykningbakgrunn (de som har fått opphold).

Det var derfor med stort pågangsmot at FHI sommeren 2017 tok imot oppdraget fra Barne-ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Utlendingsdirektoratet (UDI) og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) om å implementere og evaluere et lavterskeltiltak blant asylsøkende barn og barn som har fått opphold. Tiltaket, Teaching Recovery Techniques (TRT) er et manualbasert gruppetiltak fordelt på fem moduler som går over like mange uker, utviklet av Children and War Foundation. Formålet med kurset er å redusere traumerelaterte psykiske plager blant barn og unge i krigs- og katastroferammede områder.

At TRT traff et behov blant asylsøkerne og flyktingene som var i målgruppen og blant ansatte i mottak, omsorgssentre og bosettingskommuner, viste seg i hvor raskt de aksepterte invitasjonen til å delta i prosjektet og hev seg rundt for å tilpasse seg de stramme tidsrammene. Til sammen 170 barn og unge i 18 organisasjoner har gjennomført én eller flere TRT-moduler og besvart spørreskjemaer om livskvalitet og psykiske plager. Vi er glade for at prosjektet har gitt mange av dere gode erfaringer og nyttig læring.

Vi takker hver og en av dere, ungdommer, kursledere og øvrige ansatte i organisasjonene, for den innsatsen dere har gjort og den velviljen dere har vist prosjektgruppen. En stor takk også til de åtte tospråklige forskningsassistentene for deres uvurderlige innsats med å bistå ungdommene med å svare på spørreskjemaene og gjøre datainnsamlingen til en hyggelig opplevelse for dem. Vi vil videre takke våre eksterne og interne fagfeller, professor Atle Dyregrov (Universitetet i Bergen), og avdelingsdirektør Esperanza Diaz for viktige kommentarer og innspill til arbeidet med rapporten. En stor takk også til Bufdir, IMDi, og UDi for muligheten til å gjennomføre prosjektet.

Folkehelseinstituttet står ansvarlig for innholdet i rapporten. Vi håper at TRT kan bli gjort tilgjengelig for mange asylsøkere og flyktinger i Norge!

Oslo, mars 2019

Knut-Inge Klepp
Områdedirektør

Innhold

Forord	3
1 Innledning	8
1.1 Innstramninger i asylpolitikken	9
1.2 Fire omsorgsbetingelser	9
1.3 Teaching Recovery Techniques, TRT	11
1.4 Hvorfor TRT på mottak og i kommuner?	12
1.5 Problemstillinger	13
2 Metode	15
2.1 Brukergruppe	15
2.2 Design	15
2.3 Rekruttering	16
2.4 Utvalget	18
2.5 Måleinstrumenter	20
2.6 Fremgangsmåte	21
3 Resultater	23
3.1 Venteliste-designet i MiMK	23
3.2 Bayesiansk mikset-effekt modellering kan håndtere utfordringene ved venteliste-designet	24
3.3 Livskvalitet	32
3.4 Oppsummering av resultater fra de kvantitative analysene	34
3.5 Ungdommenes opplevelser og erfaringer med TRT	37
3.6 Oppsummering av ungdommenes erfaringer med TRT	44
4 Implementering av TRT i mottak, omsorgssentre og kommuner	46
4.1 Fidelity	46
4.2 Tre kriterier for vellykket implementering	47
5 Praktisk tilrettelegging av TRT-kurs for barn og unge med fluktbakgrunn i Norge	57
6 Diskusjon og anbefalinger	60
6.1 Noen svakheter ved studien	60
6.2 Effekter som ikke kan måles	62
6.3 Faktorer som fremmer og hemmer implementeringen av TRT	64
6.4 Anbefalinger	65
7 Veien videre etter MiMK	69
7.2 En bærekraftig utrulling av TRT	70
7.3 Styrke implementeringen av TRT-manualen	73
7.4 Konklusjon	74
Referanser	75

Sammendrag

Det er mangel på forskningsbaserte lavterskeltiltak som kan tilbys mange unge asylsøkere og flyktninger og avhjelpe traumerelaterte psykiske plager på relativt kort tid. Hensikten med denne rapporten er å informere om resultatene fra prosjektet Mestring i Mottak og Kommuner (MiMK), som evaluerte effekten av en lavterskelintervensjon for å redusere traumerelaterte psykiske plager blant asylsøkende barn og bosatte enslige mindreårige flyktninger. Intervensjonen, Teaching Recovery Techniques (TRT), er et kurs med fem moduler for barna og to moduler for omsorgspersonene (foreldrene deres). TRT ble utviklet av Children and War Foundation for å lære barn og unge i krigs- og katastrofeområder teknikker for å håndtere reaksjoner på traumatiske opplevelser. TRT-kurset kan ledes av personer uten klinisk psykologisk eller psykiatrisk utdanning. Det er første gang kurset implementeres blant unge asylsøkere og flyktninger i Norge.

De deltagende barna hadde ulike *omsorgsbetingelser*, avhengig av alder, om de var medfølgende barn, enslige mindreårige asylsøkere, eller om de hadde fått opphold i Norge. I denne rapporten grupperer vi dem utfra bosituasjonen deres, med følgende betegnelser: *ordinære mottak*: barn i følge med foreldre; *omsorgssentre*: enslige mindreårige asylsøkere <15 år; *EM-mottak*: enslige mindreårige asylsøkere ≥15 år; og *bosettingskommuner*: enslige mindreårige som har fått opphold i Norge.

De to hovedproblemstillingene i rapporten er:

1. Hvor stor er sannsynligheten for at TRT har en effekt på PTSD-symptomer og livskvalitet blant barn og unge med flukt-bakgrunn, og hvor sterk er effekten?
2. Hvilke faktorer fremmer og hemmer implementering av TRT-manualen i asylmottak, omsorgssentre og kommuner som bosetter alenekommende mindreårige flyktninger?

Metode. Deltakere i studien var til sammen 170 asylsøkende barn og bosatte enslige mindreårige flyktninger i 18 ulike ordinære asylmottak, EM-mottak, omsorgssentre, og bosettingskommuner. De ble kartlagt for PTSD-symptomer før TRT, og de som hadde skåre over grenseverdien på kartleggingsinstrumentet, fikk tilbud om å delta i prosjektet. Av disse 170, gjennomførte 7 % bare én TRT-modul. De var alle enslige mindreårige asylsøkere eller flyktninger. Samtlige deltakere i de ordinære mottakene gjennomførte alle fem modulene.

I tillegg til kartlegging av PTSD-symptomer på informasjonsmøtet, besvarte deltakerne spørreskjema umiddelbart før intervensjonen (T1), to uker (T2) og to måneder (T3) etter intervensjonen. I tillegg gjennomførte vi intervjuer om erfaringer med TRT med enkelte barn fra hver av omsorgsbetingelsene. Vi gjennomførte også intervjuer med et utvalg ledere og andre ansatte i organisasjonene, og med TRT-kursledere. Disse var stort sett miljøterapeuter i organisasjonene og helsesøstre i kommunene.

Studien hadde i utgangspunktet et randomisert kontrollert design med venteliste-gruppe. Men praktiske hindringer underveis i studien resulterte i at intervensjons- og ventelistegruppen ikke var sammenliknbare. For å utnytte de foreliggende dataene best mulig til å trekke slutninger om effekten av TRT, benyttet vi bayesiansk mikset-effekt modellering i analysene. Vi benyttet informasjon om PTSD-symptomer fra hele utvalget på fire måletidspunkter, kartlegging, T1, T2 og T3. Vi tilpasset en modell som skiller den naturlige effekten av tid fra effekten av TRT på endringer i psykisk helse, som tar hensyn

til at effekten av intervensjonen kan variere mellom omsorgsbetingelsene, og som justerte for kjønn, antall TRT-moduler og status på asylsøknaden.

Resultater fra de bayesianske analysene. Det var TRT-assosierte effekter av TRT både på PTSD-symptomer og livskvalitet, men det var betydelige variasjoner i disse effektene mellom de fire omsorgsbetingelsene. Blant de bosatte enslige mindreårige flyktingene viste resultatene både en nedgang i symptom-nivået og en økning i livskvalitet. Blant deltakerne i de ordinære mottakene, som hadde den største estimerte effekten av TRT på PTSD-symptomer, var det imidlertid ingen endringer i livskvalitet. Det var ikke et statistisk grunnlag til å trekke slutninger om hvorvidt TRT har en effekt eller ei på PTSD-symptomer blant enslige mindreårige asylsøkere i EM-mottak og omsorgssentrene. Derimot var det en klar assosiasjon mellom TRT og økt livskvalitet blant ungdom i EM-mottakene og i bosettingskommunene, men dataene våre er ikke tilstrekkelige til å konkludere med en effekt i denne sammenhengen. I omsorgssentrene var det ingen klare tendenser til TRT-relaterte forbedringer, hverken på PTSD-symptomer eller på livskvalitet.

Sannsynligheten for en effekt var stor, men effektstørrelsene var ikke så sterke. .

Resultater fra intervjuene. Basert på informasjon fra intervjuene sammen med resultater fra spørreskjemadataene, kunne vi kategorisere deltakerne i tre grupper: 1) Ungdom med en signifikant reduksjon i selvrapporterte PTSD-symptomer, som også fortalte at de opplevde en effekt av TRT; 2) Ungdom med en svak eller ingen reduksjon i symptomer, men som likevel fortalte at de opplevde at de fungerte bedre og hadde hatt utbytte av TRT; og 3) Deltakere med uendret eller økt symptomnivå, som ga uttrykk for at de ikke hadde noen hjelp fra TRT fordi de var så stresset at de ikke var i stand til å lære eller huske teknikkene. I de to første gruppene var det deltakere fra alle fire omsorgsbetingelsene, inkludert EM-mottak og omsorgssentre, men i den siste gruppen var det bare enslige mindreårige asylsøkere, enten fra EM-mottak eller omsorgssentre.

Intervjuene med ungdommene viste altså at det ikke nødvendigvis var en sammenheng mellom *ungdommenes opplevelser* av fungering og psykiske helse og de statistiske funnene basert på de selvrapporterte dataene. *Alle* ungdommene vi intervjuet ga uttrykk for at de likte TRT, både de som sa at de opplevde at de fikk hjelp av kurset, og de som sa at de ikke opplevde noen effekt. Mange fortalte om positive side-effekter av TRT, som f.eks. at de hadde blitt motivert til å prøve videre behandling i spesialisthelsetjenesten.

Også kurslederne var svært positive til TRT. De mente at den økte kompetansen de fikk som kursledere, førte til at de utførte jobben sin bedre. De ga også uttrykk for at relasjonene deres til ungdommene ble mer positive i forbindelse med TRT. Kurslederne og lederne i organisasjonene ga tydelig uttrykk for at det er stort behov for denne type lavterskeltiltak rettet mot asylsøkende barn og enslige mindreårige flyktinger.

Resultater - Faktorer som fremmer eller hemmer implementeringen av TRT. Avvik i implementeringen av TRT-manualen i forhold til retningslinjene, var først og fremst knyttet til gjennomføringen av foreldremodulene. Dette bidro til at svært mange av ungdommene ikke fikk nødvendig hjelp til å øve på teknikkene mellom hvert TRT-møte, noe som kanskje kunne ført til at flere hadde opplevde at TRT var nyttig for dem. Viktige barrierer mot vellykket implementering var manglende tid og manglende forankring av TRT i ledelsen eller blant øvrige ansatte.

Hovedkonklusjoner. Konklusjonene og anbefalingene i rapporten er basert både på resultatene fra de bayesianske analysene, på intervjuene med ungdommene og

kurslederne, og på resultatene fra implementeringsstudien. Vi har også tatt hensyn til det uttrykte behovet for denne type lavterskel-tiltak som kan nå mange ungdommer på kort tid, og på begrensningene i kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i forhold til denne barne- og ungdomsgruppen:

1. TRT bør inngå i en tiltakskjede lokalt for asylsøkende og bosatte barn og unge med fluktbakgrunn, som sliter med traume-relaterte psykiske plager. Traumefokusert omsorg bør gis som et universelt tiltak til alle asylsøkende barn og unge flyktninger, mens TRT bør tilbys som et selektert tiltak til både barn og voksne som sliter med traumerelaterte psykiske plager som et første tiltak. Behandling i spesialisthelsetjenesten må tilbys til de som trenger videre oppfølging etter TRT, eller som har mer komplekse og alvorlige psykiske helseplager.
2. Det bør utvikles en TRT-manual som i tillegg til traumereaksjonene, også ivaretar det stresset enslige mindreårige asylsøkere er under, knyttet til asylsøknadsprosessen og usikkerhet for fremtiden.
3. Implementeringen av TRT må følges av en sterk forankring av tiltaket i organisasjonene, for å fremme utnyttelsen av den ressursen omsorgspersonene kan være når barna skal lære, huske og praktisere teknikkene.

1 Innledning

Mange asylsøkere i mottak, enten de er barn eller voksne, har psykiske plager etter store belastninger og / eller traumatiske opplevelser de har vært utsatt for i forkant av eller som del av en lang flukt til et land som kan gi dem beskyttelse. Tiden de tilbringer i mottak, i påvente av en avgjørelse på asylsøknaden, preges av spenning, uro, angst og usikkerhet om fremtiden. Dette forsterker de psykiske plagene ytterligere (Nielsen et al., 2008). For barn som har flyktet alene, enslige mindreårige asylsøkere, er belastningene ekstra store. De er i en sårbar utviklingsperiode, de har opplevd tap av foreldre og brudd på mange nære relasjoner. De må håndtere minnene etter vonde og dramatiske hendelser i tillegg til usikkerheten rundt asylsøknaden alene, uten hjelp eller støtte fra nære fortrolige voksne. Forskning har vist at alenekommende asylsøkende barn har mer psykiske plager enn barn i følge med foreldre (Berg & Tronstad, 2015). En studie blant enslige mindreårige i omsorgssentre i Norge viste at 53 % av barna hadde et klinisk relevant nivå av symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Vervliet et al., 2014). En annen undersøkelse blant enslige mindreårige asylsøkere i EM-mottak, fant at 89 % av ungdommene hadde et klinisk relevant nivå av PTSD-symptomer (Slagsvold, 2014). En studie blant alenekommende asylsøkere, 5 år etter innvilget opphold og bosetting i Norge, viste at fire av ti hadde varige eller tilbakevendende psykiske helseplager (Keles, Friborg, Idsøe, Sirin, & Oppedal, 2018).

I et folkehelseperspektiv, tilsier disse funnene at det er nødvendig å tilby psykisk helsehjelp til barna. Dette tilbudet bør komme tidlig i asylprosessen i form av lavterskeltiltak som kan nå mange på kort tid. Det finnes imidlertid få forskningsbaserte tiltak for å fremme psykisk helse hos asylsøkende barn. Et program som har vist positive resultater blant barn i krigs- og kriserammede områder, er Teaching Recovery Techniques (TRT). Det er utviklet av Stiftelsen Children and War (CAW) (Yule, Dyregrov, Raundalen, & Smith, 2013). Implementering og evaluering av TRT blant barn som har opplevd naturkatastrofer og krigshandlinger, viser signifikant reduksjon av traumerelaterte psykiske plager blant de deltakende barna (Barron, Abdallah, & Heltne, 2016; Barron, Abdallah, & Smith, 2013; Giannopoulou, Dikaiakou, & Yule, 2006; Pityaratstian et al., 2015; Qouta, Palosaari, Diab, & Punamäki, 2012). TRT har i liten grad vært evaluert blant asylsøkende barn og flyktninger i høyinntektsland med lengre avstand i tid fra da de ble eksponert for traumatiske hendelser. Samtidig opplever de mange belastninger i hverdagen i forbindelse med asylprosessen. Ett unntak er en svensk pilotstudie blant 46 enslige mindreårige asylsøkere i Sverige. Denne studien viste svært lovende resultater. De barna som hadde høyest nivå av PTSD-symptomer og selvmordstanker før intervensjonen hadde størst reduksjon i symptomer på PTSD og depresjon etter at de hadde deltatt i TRT (Sarkadi et al., 2017). En britisk studie blant 26 enslige mindreårige asylsøkere viste nedgang i symptomnivå rett etter intervensjonen, men nedgangen vedvarte ikke over tid (Ehnholt, Smith, & Yule, 2005). Et høyt frafall på oppfølgingstidspunktet, implementeringsproblemer og ungdommenes ustabile livssituasjon ble anført som mulige forklaringsfaktorer.

På bakgrunn av den høye forekomsten av, og stabiliteten i psykiske plager blant enslige mindreårige asylsøkere og det stigende antallet ankomster til Norge, utviklet Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med CAW et prosjekt der målsettingen var å evaluere TRT blant asylsøkende barn i mottak. Vi søkte direktoratene som regulerer driften av asylmottak og omsorgssentre om økonomisk støtte til å gjennomføre studien.

1.1 Innstramninger i asylpolitikken

De rekordhøye ankomstene av enslige mindreårige asylsøkere i 2015, medførte at tiden det tok å behandle asylsøknadene økte betydelig. Idealet om å behandle barnas søknader i løpet av tre måneder var umulig å opprettholde. Samtidig ble det gjort innstramninger i asylpolitikken som gjorde det vanskeligere å få opphold i Norge. I tillegg ble det lagt til rette for utvidet bruk av midlertidig opphold blant enslige mindreårige til de fylte 18 år, hvoretter de måtte returnere til hjemlandet. Disse innstramningene rammet særlig den største gruppen alenekommende asylsøkende barn, de med bakgrunn fra Afghanistan. Usikkerheten som fulgte med den forlengede ventetiden, avslag, avgjørelser om midlertidig opphold og hjemsendelser, ble for mye for barna å håndtere i tillegg til sorg, savn og traumerelaterte plager. I løpet av 2016 kom det stadig rapporter fra ansatte i mottakene og andre fagfolk om økning i psykiske helseplager, søvnproblemer, apati, selvskadning, selvmordsforsøk og forsvinninger fra mottakene (Lange, 2017). Dette bakteppet var med å bidra til at FHI i juni 2017 fikk i oppdrag av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å implementere og evaluere TRT i omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere som er under 15 år. I juli samme år fikk vi tilsvarende oppdrag fra Utlendingsdirektoratet (UDI) om å gjennomføre evalueringsstudien i EM-mottak for enslige mindreårige asylsøkere som er 15 år og eldre, og blant barn i følge med foreldre i ordinære mottak. Bosetting av enslige mindreårige ble intensivert sommeren og høsten 2017, og dermed ga Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) i oktober 2017 sin tilslutning til at studien skulle utvides til også å gjelde bosatte enslige mindreårige.

Tidsrammene for gjennomføringen av prosjektet ble satt til ett år. Vi startet prosjektet Mestring i Mottak og Kommuner (MiMK) med informasjonsmøter med ledelsen i omsorgssentrene, i august ble det sendt ut informasjon og invitasjoner til ordinære og EM-mottak, mens bosettingskommunene ble involvert i oktober. Gjennomføringen av prosjektet var preget både av de stramme tidsrammene, og av at mottak i målgruppen vår ble lagt ned i prosjektperioden, noe som bidro til et lavere antall deltakere enn planlagt.

1.2 Fire omsorgsbetingelser

Deltakerne i MiMK, hadde forskjellige omsorgsbetingelser, hvor forutsetningene for voksenkontakt, og hva slags støtte og oppfølging barna får, varierer. I denne rapporten benytter vi følgende benevelser:

- 1) I **de ordinære mottakene** bor barna sammen med foreldrene sine. Det forventes at de har tryggere rammer og mer støttende oppvekstforhold enn de alenekommende barna (Barber, 2001; Pine & Cohen, 2002). Forskning viser også at yngre barn og de i følge med foreldre, er mer beskyttet mot eksponering for traumatiske hendelser enn eldre barn som flykter alene (Dimitry, 2012; Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland, 2002).
- 2) **Omsorgssentrene** er regulert av barnevernsloven, med de krav til bemanning og faglig kompetanse som gjelder for barnevernets institusjoner. Her bor enslige mindreårige asylsøkere som er yngre enn 15 år mens de venter på en avgjørelse på asylsøknaden sin. Bufetat har organisert en egen psykologtjeneste for disse omsorgssentrene, for å gi faglig oppfølging til de ansatte, og yte forebyggende helsetjenester til barna.
- 3) **EM-mottakene** er regulert av UDI, og er mottak for enslige mindreårige asylsøkere som er 15 år eller eldre. Her er bemanningsnormene lavere, og det er heller ikke samme krav til de ansattes faglige bakgrunn som i omsorgssentrene. Dette innebærer at det er færre

voksne per beboer, og at de ansatte ikke nødvendigvis har den samme barnefaglige ekspertisen som ansatte i omsorgssentrene.

4) **Bosettingskommunene** varierer i hvordan de organiserer oppfølgingen av enslige flyktningbarn. De fleste steder er ansvaret knyttet til barnevernstjenesten, andre kommuner har lagt omsorgen til egne seksjoner i sosial- eller flyktningetjenesten. Barnas boforhold, grad av oppfølging og kontakt med voksne varierer også. De fleste bor i gruppehjem med andre ungdommer, noen med fulltidsbemanning, andre med daglig oppfølging fra bosettingsetaten på ettermiddags- og kveldstid. Noen bor på hybel i private hjem, med avtale om tilsyn og regelmessig samvær. Kommunene organiserer boforholdene til sine ungdommer utfra de rammene og erfaringene de har.

Både i mottak og i kommunene har barna en særkontakt som har ansvar for å følge dem opp og koordinere de ulike tiltakene som iverksettes for dem. De blir også tildelt en representant (verge), som mange har hyppig og nær kontakt med, mens andre har et mer overflatisk forhold til dem.

1.2.1 En turbulent periode for mange enslige mindreårige og familier i mottak

MiMK ble gjennomført i en svært turbulent periode for mottakene og omsorgssentrene som var i målgruppen vår. En sterk reduksjon i antallet ankomster av asylsøkere utover 2016 og i 2017 førte til at mange mottak og omsorgssentre, også mottak som hadde takket ja til å delta i MiMK, ble nedlagt i 2017 og 2018. Beboerne, både enslige mindreårige og familier, ble forflyttet fra nedlagte mottak til de som fremdeles var i drift, og dette kunne gjenta seg flere ganger ettersom nedleggelsene skjedde i faser. En av ungdommene vi traff, fortalte han hadde bodd i 8 ulike omsorgssentre og mottak. Samtidig ble arbeidet med å ferdigstille asylsøknadene intensivert og ungdommer som fikk opphold ble flyttet fra mottak og omsorgssentre til bosettingskommuner. I «lukkede» institusjoner som EM-mottak og omsorgssentre, hvor alle beboerne er i samme situasjon, påvirker disse endringene både enkeltindivider og samhandlingen mellom dem. Når én av beboerne får opphold og flyttes eller får avslag og blir returnert til opprinnelseslandet, øker det spenningen og uroen hos de som er igjen. «Jeg klarer ikke tenke på noe annet enn søknaden min, og om jeg får opphold», var kommentarer vi ofte hørte fra de enslige mindreårige asylsøkerne.

Stemningen i omsorgssentrene og EM-mottakene var først og fremst preget av innstramningene i asylpolitikken og den økte bruken av midlertidig opphold til fylte 18 år. Mange av de såkalte «Oktoberbarna», som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere høsten 2015, fylte 18 år i oktober 2017, og frykten for å bli returnert til internflukt i hjemlandet preget dem sterkt. Mange rømte fra mottakene og slo seg ned på gaten i Tyskland eller Frankrike. Også de ungdommene som kvalifiserte til å få saken sin prøvd på ny, var preget av redsel og følelser av håpløshet for fremtiden. De ansatte fortalte oss historier om barn som ikke turte å gå og legge seg om kvelden av redsel for at politiet skulle dukke opp for å hente dem. De kunne tilbringe nettene ved nødutgangene, klare til å løpe ut om politiet skulle dukke opp.

MiMK var altså bare én av mange faktorer som kunne påvirke ungdommene i denne tiden.

¹ «Oktoberbarna» er afghanske asylsøkere som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere høsten 2015. Asylsøkere med ukjent fødselsdato, ble alle tildelt fødselsdato i oktober. De fikk midlertidig opphold inntil de ble 18 år, hvorpå de kunne bli returnert til internflukt i hjemlandet. Stortingsflertallet bestemte i november 2017 at disse skal få vurdert saken på nytt.

1.3 Teaching Recovery Techniques, TRT

I følge retningslinjene fra the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bør barn som lider av PTSD-symptomer primært få tilbud om traumefokusert kognitiv atferdsterapi tilpasset deres alder, omstendigheter og utviklingsnivå.

TRT hjelper mange barn på kort tid. TRT er en manualbasert intervensjon. Den følger prinsippene fra traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Det er ikke en behandlingsmanual, men en opplæring i ulike metoder og teknikker som kan dempe traumatiske reaksjoner. Manualen ble utviklet for å imøtekomme behovene i kontekster med små ressurser hvor det er et stort antall barn som trenger psykisk helsehjelp. På den måten synes intervensjonen også å egne seg godt i asylmottak og kommuner hvor det er en høy forekomst av traumerelaterte psykiske helseplager blant beboerne. TRT er en gruppebasert korttidsintervensjon med fem moduler, som gjennomføres av to gruppeledere som får opplæring i regi av CAW. TRT-manualen er tilrettelagt for at personer uten klinisk psykologisk eller psykiatrisk utdanning skal lede kurset.

I MiMK var ambisjonen å sette sammen kurslederpar som besto av en ansatt fra hver av de 18 deltakende organisasjonene, i tillegg til en helsesøster, eventuelt lærere eller ansatte i flyktninghelsetjenesten i kommunene. Ikke alle bosettingskommunene klarte å frigjøre en helsesøster innenfor de korte tidsfristene prosjektet opererte under. I stedet var begge kurslederne fra organisasjonene. Til sammen 43 personer har fått opplæring i å bruke TRT-manualen (se også kapittel 2.3.2)

Lære praktiske ferdigheter. TRT er utformet for at barna skal lære praktiske ferdigheter og teknikker som kan hjelpe dem å mestre de psykologiske konsekvensene av krig og vold, som en «psykologisk verktøykasse av mestringsteknikker» (Smith, Dyregrov, & Yule, 2014, p. 4). Barna møtes fem ganger, og på hvert møte gjennomgår de én TRT-modul. Hver modul består av ulike teknikker barna kan bruke for å mestre, eller redusere intensiteten i sine traumerelaterte reaksjoner. Et aspekt ved TRT som tiltrakk ungdommene da vi informerte dem om kurset, var at det *ikke* er lagt vekt på å bearbeide traumatiske opplevelser gjennom samtaleterapi. Deltakerne kan dele sine erfaringer om de ønsker, men det er valgfritt hvor mye de vil fortelle. Fokuset er på å lære seg ulike verktøy de kan benytte for å *mestre reaksjonene* (symptomene) de har på de traumatiske opplevelsene, som f.eks. mareritt, minner fra hendelsene som plutselig dukker opp eller sterke fysiologiske angstreaksjoner.

Kurslederne gjennomgår teknikkene, og etterpå øver barna seg på dem. Teknikkene i modulene retter seg mot de tre gruppene av posttraumatiske stressreaksjoner: to moduler behandler påtrengende minner, én fokuserer på fysiologisk overaktivering og to moduler tar opp unngåelsesatferd. Barna får f.eks. lære en serie ulike teknikker for å endre bilder, lukter og lyder som minner dem om de traumatiske hendelsene, slik at de kan få kontroll over minnene sine. Ulike pusteteknikker for å redusere fysiologisk overaktivering skal bidra til at barna får bedre søvn og konsentrasjon. Det er mange ulike teknikker for hver symptomgruppe, men ikke alle vil oppleves å virke like godt for alle deltakerne. Derfor er det et poeng at barna prøver ut hver enkelt teknikk, for å finne ut hvilke som er hjelpsomme for dem.

TRT for barn med mye PTSD-symptomer. TRT retter seg mot barn fra åtte år og oppover, og den anbefalte gruppestørrelsen er fra 5 – 15 deltakere. I innledningen til manualen heter det at det er en liten risiko for at barn *som ikke er traumatisert* kan få det

² Det er også utviklet en TRT-versjon for bruk blant 6 – 8 år gamle barn.

verre med å være med i gruppen. Hvis enkelte barn forteller om svært skremmende erfaringer, kan barn som ikke er traumatisert, bli traumatisert av historiene som fortelles (Smith et al., 2014, p. 8). Forfatterne bak manualen anbefaler derfor at barn i målgruppen for tiltaket kartlegges for PTSD-symptomer, og at bare de som har høy risiko for en PTSD diagnose, eller som selv gir uttrykk for at de sliter med å håndtere sine reaksjoner på traumatiske opplevelser, får tilbud om å delta i TRT-gruppene.

To foreldremoduler. I tillegg til de fem møtene (modulene) for barna, er det to moduler som tilbys foreldrene deres for å fremme foreldre – barn kommunikasjon om barnets traumatiske opplevelser, og for at de skal kunne følge opp barnas hjemmeoppgaver og praktisering av lærte teknikker. I MiMK definerte vi ansatte i EM-mottak, omsorgssentre og bosettingskommuner som omsorgspersoner, og bestemte at de to foreldremodulene skulle gis til dem. Dette både for å bidra ytterligere til deres kompetanse på traumerelatert omsorg, og for at disse omsorgspersonene skulle hjelpe barna å øve på teknikkene mellom TRT-møtene. I de ordinære mottakene fikk barnas foreldre opplæring i disse modulene.

1.4 Hvorfor TRT på mottak og i kommuner?

I intervjuene vi gjennomførte med lederne for de ulike organisasjonene som deltok i MiMK, spurte vi om hvorfor de - med knappe tidsrammer - tok avgjørelsen om å delta i prosjektet. De oppgir primært tre årsaker: 1) Stort behov blant barna og ungdommene for hjelp med psykiske plager 2) Vansker med å få henvist til psykisk helsevern for barn og unge (BUP) 3) Et ønske om bedre kunnskapsgrunnlag og kompetanseheving for å yte ungdommene så god støtte og omsorg som mulig.

Flere ledere forteller at det kan være krevende å få iverksatt tiltak for å hjelpe barn som har det vanskelig. I noen tilfeller er det ungdommene selv som av ulike grunner ikke ønsker henvisning til psykiatriske tjenester. I andre tilfeller opplever lederne at det tar både tid og mye arbeid å få utløst hjelp i behandlingssystemet. De sier at organisasjonen deres opplever å ikke ha noe hjelp å tilby, og at hjelpeapparatet rundt ikke er så tilgjengelig som ønsket. Det fremkommer også at hjelpeapparatet ikke alltid er informert om asylsøkernes og flyktingenes rett til helsehjelp, hvem som har ansvar og hvorvidt det kan iverksettes tiltak før barna har fått oppholdstillatelse. Med andre ord, flere ledere opplever det som vanskelig å få plassert ansvar for at ungdommene skal få hjelp. Dette er en del av deres motivasjon for å delta i MiMK og heve kompetansen blant egne medarbeidere, slik at de er bedre rustet til selv å hjelpe beboerne sine.

Så uten å gi skylden på noen spesifikt, så har det vist seg å være både arbeidskrevende og tidkrevende og på en måte, å få plassert ansvaret da og tiltak. Og tida er også slik at, det er uholdbart å gå rundt her og se på familier som sliter, barn som har det vondt mens man venter på at det skal iverksettes tiltak, så det er klart at vi ønsket å heve kompetansen på de tinga der sjøl, slik at vi kanskje kunne bidra i større grad da.

Det var jo det at jeg så at mange ungdom slet, mange ungdom hadde vanskeligheter rundt opplevelser de hadde med seg fra hjemland [...] og de får ikke den hjelpen som kanskje norske ungdom ville fått med ressurssterke foreldre på banen. Sånn at, det vi hadde sett var jo at det var et kjempearbeid å få henvist ungdommene, de enslige mindreårige som vi så slet, videre til spesialisthelsetjenesten [...]. Hvordan skal vi hjelpe disse ungdommene, de har kanskje ikke verktøyene, spesialisthelsetjenesten har ikke kapasiteten, vi er usikre på om det vi har i Norge i dag fungerer [...]. Så da den mailen fra dere kom, og jeg leste den, så tenkte jeg 'herregud, dette er jo akkurat det vi trenger! Da ble jeg nesten religiøs et øyeblikk! Yess, det her er JO'!

Ja, det var helt konkret at det virket at det var akkurat det vi trengte, rett og slett. Fordi, ut i fra den beskrivelsen som var i forkant, og vi hadde ingenting å tilby de her guttene, sant, fordi at ... BUP vil ikke inn, nei. Vi følte at, ja, vi klarer å håndtere det til en viss grad, men ikke godt nok, fordi vi mangler redskap. Og ungdommene føler seg og, sant, midt imellom, jeg trenger hjelp, men hvem skal hjelpe meg, UDI kan ikke hjelpe meg, BUP vil ikke hjelpe meg, dere kan snakke med meg, men jeg trenger mer, sant, og vi leste jo om det, og tenkte at dette var midt i blinken.

Motivasjonen for å delta i TRT er for mange ønsket om å hjelpe ungdommene. De forteller at det er utfordrende når ikke systemene rundt mottakene og i kommunene klarer å møte utfordringene ungdommene står i. Det krever mye arbeidsinnsats å få ungdommene videre, og mange opplever at de må håndtere ungdommens problemer selv. «Bakken opp mot BUP», som en leder beskriver, illustrerer ikke bare den fysiske plasseringen av BUP i deres kommune, men også hvorfor det er vanskelig for ungdommene å få utbytte av eventuelle behandlingstilbud hos BUP. Det er en lang vei for ungdommene å gå og tilbudet treffer ikke nødvendigvis deres behov. En leder beskriver dette slik:

De ungdommene vi jobber med vet vi jo, ikke sant, hvilken bagasje de har med seg, og vi vet jo at veldig mange av dem er traumatisert, vi vet at mange av dem har bodd under omsorgssvikt i mange, mange år før de legger ut på reisen, så har de vært utsatt for ting på reisen og så, ikke sant, kommer de her. Så vi vet jo hvilken gruppe vi snakker om, men, jeg tror de er under... I BUP-systemet er det veldig få av våre ungdommer som eksisterer

FAFO-rapporten «Et trygt sted å vente» beskriver også uklarheter mellom sektormyndighetene om hvem som skal følge opp ungdommene og store variasjoner i tilbudet ungdommen får. Blant annet kommer det frem en bekymring for at det er en annen terskel for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten for denne gruppen barn enn for etnisk norske (Sønsterudbråten, Tyldum, & Raundalen, 2018).

TRT imøtekom med andre ord et stort behov i organisasjonene. Dette var nok hovedårsaken til at vi kunne rekruttere så mange til å delta i prosjektet på så kort tid, og at de strakk seg langt for å tilpasse seg til prosjektets progresjon og rammer.

1.5 Problemstillinger

Denne rapporten har to hovedproblemstillinger. Den ene er å undersøke om det er en bedring i psykisk helse blant asylsøkende barn i mottak, omsorgssentre og enslige mindreårige som er bosatt i kommuner etter at de har deltatt i TRT-kurs. Til dette benytter vi informasjon fra kartleggingen av PTSD-symptomer på informasjonsmøtet, samt fra spørreskjemaene som ungdommene besvarte umiddelbart før de startet med TRT-kurset (T1), to uker (T2), og to måneder (T3) etter at de var ferdige med TRT-kurset. Til dette benyttet vi informasjon fra to grupper: En intervensjonsgruppe som startet TRT-kurset én uke eller to etter informasjonsmøtet med kartleggingen, og én venteliste-kontrollgruppe, som begynte med TRT ca. ni uker etter informasjonsmøtet. Vi benytter også informasjon fra intervjuer vi har gjort med noen av ungdommene for å belyse hvordan de opplever hvilken effekt TRT har hatt på deres plager.

Den andre hovedproblemstillingen er å undersøke om TRT ble implementert i overensstemmelse med retningslinjene i manualen. For dette benytter vi informasjon vi har samlet inn gjennom intervjuer med TRT-kursledere, med organisasjonenes ledere og med øvrige ansatte i organisasjonene.

1.5.1 Hovedproblemstilling 1

Hvor stor er sannsynligheten for at TRT har en effekt på PTSD-symptomer og livskvalitet blant barn og unge med flukt-bakgrunn, og hvor sterk er effekten?

Vi gjennomførte følgende oppfølgings-analyser for å få kunnskap om det kan være individuelle variasjoner i resultatene:

1. Er det forskjeller i TRT-assosiert endringer i PTSD-symptomer og livskvalitet mellom ungdom i de ulike omsorgsløsningene?
2. Er det kjønnsforskjeller i TRT-assosierte endringer i PTSD-symptomer og livskvalitet?
3. Har antall TRT-kursmoduler noe å si for sammenhengen mellom TRT og PTSD-symptomer og livskvalitet?
4. Påvirker status på asylsøknaden sammenhengen mellom TRT og PTSD-symptomer og livskvalitet?
5. Påvirker nivå av PTSD-symptomer før intervensjon hvordan utfallet blir?

1.5.2 Hovedproblemstilling 2

Hvilke faktorer fremmer og hemmer implementering av TRT-manualen i asylmottak, omsorgssentre og kommuner som bosetter alenekommende mindreårige flyktninger?





Vi tilnærmer oss denne problemstillingen basert på teori og empiri om implementering som tilsier at det må skje endring i følgende tre forhold for å konkludere at implementeringen av et tiltak har vært vellykket (Fixen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2006):

- Endring i profesjonell atferd, det vil si mer kunnskap og kompetanse i en organisasjon
- Endring i organisasjonens struktur og kultur for å støtte endring i profesjonell atferd hos alle involverte ansatte
- Endring i relasjonen til ungdommene

2 Metode

Målgruppen for MiMK var mellom 120 og 180 asylsøkende barn og unge i mottak, og 60 barn og unge som var kommet til Norge som enslige mindreårige asylsøkere, hadde fått opphold og var blitt bosatt i en kommune. Vi inkluderte ungdommer med dari, pashto, tigrinja, arabisk eller somali som morsmål. Innledende statistiske styrkeberegninger viste at et *totalutvalg* på minimum 58 deltakere var nødvendig for å identifisere en effekt tilsvarende en Cohen's $d = 0.76$. Etter justeringer for forventet frafall, statistisk avhengighet (korrelasjon) innad i omsorgsløsningene (design faktor = 1.22), samt ønske om geografisk spredning i mottak og bosettingskommuner, ble inntaksmålet økt til 175 barn. Deltakerne skulle være jevnt fordelt på de fire omsorgsløsningene, det vil si rund 44 barn i EM-mottak, og like mange i omsorgssentre, ordinære mottak og i kommuner.

På grunn av nedlegging av mange mottak og bosetting av mange enslige mindreårige i tiden før og rundt prosjektstart, viste det seg vanskelig å oppnå disse utvalgsstørrelsene i omsorgssentrene og de ordinære mottakene. Denne rapporten er basert på 170 ungdommer som har gjennomført minst én av de fem TRT-modulene:

 Omsorgssentre:	28
 EM-mottak:	41
 Omsorgssentre:	15
 Bosettingskommuner:	86

2.1 Brukergruppe

I samarbeid med en av bosettingskommunene på Østlandet, etablerte vi en brukergruppe bestående av tre ungdommer som hadde kommet til Norge som enslige mindreårige asylsøkere. En av dem hadde bodd i omsorgssenter, og to i EM-mottak før bosettingen. Vi inviterte også en ungdom som hadde kommet i følge med foreldrene sine og hadde erfaring med å bo i ordinære mottak, men denne representanten trakk seg dessverre.

Vi har hatt fire møter med brukerne, hvor vi har fått verdifulle innspill til både hvordan vi skulle informere ungdommene og til måleinstrumentene. De ga oss tilbakemelding på og forslag til sjekklisten over traumatiske opplevelser. De bidro også til å utvikle et mål på belastninger asylsøkende barn og unge opplever i mottakstiden. I det siste møtet benyttet vi brukernes respons på Cantrils stige, som er et mål på livskvalitet (se måleinstrumenter) som utgangspunkt for tilbakemeldinger på hvordan de tenkte når de krysset av, og for å diskutere hva som bidrar til at de føler seg fornøyde / ikke fornøyde med situasjonen sin.

Vi er svært takknemlige for at de tre ungdommene har gjennomført sin rolle som brukergruppe med ansvar og engasjement, og at de var villige til å prate med oss om personlige temaer, selv om de ikke kjente oss. Vi har lært mye av dem, og de har bidratt til å heve kvaliteten på MiMK.

2.2 Design

Rammene for MiMK tillot ikke bruk av et randomisert kontrollert studiedesign, som er nødvendig for å støtte konklusjonen om at endringer i psykiske helseplager etter deltakelse i TRT skyldes intervensjonen og ikke f.eks. spontan bedring over tid eller andre forhold.

I stedet valgte vi et kluster-randomisert design som inkluderer en ventelistebehandling. I stedet for å fordele personer tilfeldig til intervensjons- og venteliste gruppene, ble organisasjonene (kluster av personer) henvist til en intervensjons- eller en ventelistebehandling, slik at alle fire typer organisasjoner skulle være representert i begge gruppene. Fordi noen av mottakene vi hadde rekruttert ble lagt ned etter randomisering og tildeling til behandling, var det i vårt endelige utvalg ikke noen ordinære mottak i intervensjonsgruppen. Konsekvensene av, og utfordringene med dette er beskrevet i kapittel 3.1 hvor vi forklarer hvilke analyser vi har gjennomført.

2.3 Rekruttering

Rekrutteringsprosessen hadde tre ulike faser: 1) etablere kontakt med organisasjonene og lokale helsetjenester, 2) informasjon til ungdommene og kartlegging av symptomer på PTSD og til slutt 3) tilbud om deltakelse og organisering av organisasjonenes TRT-grupper.

2.3.1 Første fase: Kontakt med organisasjonene og lokale helsetjenester

I den første fasen av rekrutteringsprosessen, etablerte vi kontakt og samarbeid med omsorgssentre, mottak og bosettingskommunene, heretter kalt *organisasjonene*, med god støtte fra de tre direktoratene. Dette arbeidet startet så snart vi hadde fått tilsagn fra direktoratene om at finansieringen var garantert, det vil si i slutten av juni 2017 for omsorgssentrene som var regulert av Bufdir, i august for UDIs EM- og ordinære mottak og i oktober 2017 for bosettingskommunene som er underlagt IMDi. Vi inviterte de kommunene som hadde bosatt flest enslige mindreårige fra omsorgssentre. Av de totalt 30 organisasjonene som ble invitert, var det til slutt hele 18 som hadde anledning til å delta, til tross for de stramme tidsrammene vi opererte under (Tabell 1). Ifølge tall fra direktoratene var det til sammen 413 barn i de asylmottakene som takket ja til deltakelse ved oppstart av MiMK, og 1008 som hadde fått opphold og var bosatt i de ti største mottakskommunene, hvorav 150 kom fra omsorgssentrene. Vi har ikke informasjon om hvordan disse fordelte seg på de ulike språkgruppene som var inkludert i MiMK. Som beskrevet innledningsvis, var det store fluktuasjoner i disse tallene, grunnet forsterket initiativ til å bosette ungdommer og få nye ankomster av asylsøkende barn og familier.

Deltakerorganisasjonene er lokalisert i alle landets fire regioner, nord, sør, øst og vest. Organisasjonene utnevnte en kontaktperson som var bindeledd mellom FHIs prosjektgruppe og dem, vanligvis den de ønsket skulle være deres TRT-kursleder.

2.3.2 TRT-kursledere

Til sammen 43 personer har fått opplæring i TRT av CAW i forbindelse med prosjektet. En målsetning i MiMK var å bidra til kompetanseheving lokalt, og at TRT skulle kunne fortsette å implementeres etter at prosjektet var ferdig. Derfor var planen å involvere både ansatte i mottak og kommunenes bosettingstjenester, samt i kommunenes førstelinjearbeid, som TRT-kursledere. I kommuner som hadde mottak og omsorgssentre som ønsket å delta i MiMK inviterte vi aktuelle aktører, slik som helsestasjon, skole eller flyktninghelsetjeneste til å lede TRT-grupper sammen med ansatte fra mottaket. I bosettingskommunene hindret dessverre de stramme tidsrammene i stor grad deres involvering. Av de 11 kurslederne fra førstelinjetjenestene var det bare to fra bosettingskommunene.

I denne fasen etablerte vi også kontakt med lokale avdelinger for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU/BUP) som de ulike organisasjonene samarbeidet med, for å informere ledelsen om TRT og MiMK. Vi diskuterte også fremgangsmåter for å drøfte eventuelle henvisninger dersom det skulle bli nødvendig for deltakerne i prosjektet.

2.3.3 Andre fase: Informasjon og kartlegging

Fase to innebar at prosjektledelsen besøkte organisasjonene som ønsket og hadde anledning til å samarbeide med oss. Målsettingen med dette besøket var for det første å bidra til å forankre prosjektet lokalt, og for det andre å rekruttere ungdommene i organisasjonen til å delta i prosjektet. Vi gjennomførte derfor separate informasjonsmøter for ansatte og for ungdommene. Organisasjonene organiserte møtene, og sendte ut invitasjoner til ansatte, ungdommer og foreldre, med kortfattet informasjonsmaterieell utarbeidet av FHI.

Vi orienterte både om TRT, og om hva det ville innebære for de ulike aktørene å delta i FHI sitt evalueringsprosjekt. Vi understrekte at TRT er rettet mot barn og unge som sliter med reaksjoner på dramatiske og vanskelige hendelser, og har symptomer på PTSD. Gjennom uformelle samtaler med de ansatte i etterkant av disse møtene, fikk vi også innblikk i hvordan de ulike organisasjonene / kommunene jobbet med ungdommene, og hvordan de taklet ulike utfordringer de møter i dette arbeidet, som for eksempel samarbeidet med lokale spesialisthelsetjenester.

På møtet med ungdommene var det alltid ansatte til stede, som regel kurslederne. Det var også alltid tolk til stede. I starten benyttet vi en del telefontolking, men erfarte etter hvert at det var nødvendig med oppmøtetolk. Vi benyttet så langt det var mulig de tospråklige forskningsassistentene som hadde fått opplæring og som var ansatt i MiMK-prosjektet.

Da vi var ferdige med å informere om TRT og MiMK, ble ungdommene bedt om å fylle ut en sjekklister med 8 spørsmål som kartlegger PTSD-symptomer (Children's Revised Impact of Event Scale, 8; CRIES-8). Vi forklarte at svarene på disse spørsmålene ville gi oss en indikasjon på om vedkommende kunne ha nytte av å delta i TRT. Etter møtet ble det servert pizza, noe som ga oss mulighet til en hyggelig, uformell prat med ungdommene.

Tabell 1. Antall organisasjoner som ble invitert, og som deltok i MiMK

	Antall inviterte organisasjoner	Antall som deltok
EM-mottak	9	6
Omsorgssentre	3	3
Ordinære mottak	8	2
Bosettingskommuner	9	7
Totalt	29	19

Basert på ungdommenes skårer på CRIES—8, fikk organisasjonene tilbakemelding fra prosjektledelsen om hvem av dem som var i målgruppen for TRT.

2.3.4 Tredje fase: Avgjørelse om gruppesammensetning

I den tredje fasen tok de lokale kurslederne avgjørelser om gruppesammensetningen, basert på hensyn til gruppestørrelse, språk, alder og andre lokale og individuelle forhold. I

denne fasen hendte det at gruppelederne inkluderte ungdommer som av en eller annen grunn ikke hadde vært til stede på informasjonsmøte. De benyttet informasjonsmaterialet fra FHI for å fortelle om TRT og MiMK, og gjennomførte kartleggingen av PTSD-symptomer med CRIES-8, dersom det var mulig.

2.4 Utvalget

Til sammen 176 ungdommer har deltatt i minst én TRT kursmodul. Vi ekskluderte fire deltakere fra analysene som hadde CRIES-8 skåre på kartleggingen under 4, men som likevel hadde blitt med på kurset. Vi ekskluderte også to deltakere som rapporterte at de ikke hadde noen symptomer på PTSD da vi testet dem like før kursstart (T1). Av de resterende 170 ungdommene i det endelige utvalget, var 143 (84.1 %) gutter.

Barna i mottak var i gjennomsnitt 15 år. De bosatte deltakerne var i gjennomsnitt 17.5 år. Det var 10 barn fra ordinære mottak og en av deltakerne fra omsorgssentrene som var mellom 10 og 12 år. 17 av de bosatte deltakerne var 19 år eller mer. Flertallet av deltakerne hadde bakgrunn fra Afghanistan (Tabell 2).

Tabell 2. Informasjon om det endelige utvalget, N = 170

	N	Gjennomsnitt /%
Gutter	143	84.1 %
Jenter	27	15.9 %
Alder (gjennomsnitt)		16.3 (SD 2.2)
Omsorgsbetingelse		
EM-mottak	41	24.1 %
Omsorgssenter	28	16.5 %
Ordinært mottak	15	8.8 %
Kommune	86	50.6 %
Opprinnelsesland		
Afghanistan	99	62.7 %
Eritrea	23	14.6 %
Syria	15	9.5 %
Somalia	4	2.5 %
Irak	2	1.3 %
Annet	27	15.9 %

Bortimot halvparten av barna i mottak og omsorgssentre, 48.6 %, ventet på svar på asylsøknaden sin da vi møtte dem første gang, mens 25.7 % hadde fått midlertidig opphold til de var 18. Av de bosatte barna hadde 4.3 % fått midlertidig opphold til de var 18, mens 82.6 % hadde varig opphold (Tabell 3).

2.4.1 Status asylsøknad

Tabell 3. Status asylsøknad

	Barn i mottak/omsorgssentre	Barn i kommune
Venter på svar	36 (48.6%)	0
Opphold 1 år for å ordne ID papirer	5 (6.8 %)	9 (13.0 %)
Midlertidig opphold til 18 år	19 (25.7 %)	3 (4.3 %)
Fått opphold	14 (18.9 %)	57 (82.6 %)

2.4.2 Bosituasjon og skolegang før flukten til Norge

De fleste barna, 67.8 %, bodde i hjemlandet sitt før de la ut på flukten til Norge, men det var store variasjoner mellom landgruppene. Mens 83 % av barna fra Afghanistan flyktet fra hjemlandet sitt, hadde 29 % av de syriske og 43 % av de eritreiske barna bodd i flyktningleir i et annet land før de la ut på videre flukt til Norge (Tabell 4).

Tabell 4. Bosted før flukten til Norge

	Totalt	Afghanistan	Syria	Eritrea
Hjemlandet	67.8 %	83.1 %	35.7 %	38.1 %
Leir i hjemlandet	0.7 %	1.1 %	0	0
Leir i annet land	11.2 %	1.1 %	28.6 %	42.9 %
Annet land	16.1 %	9 %	35.7 %	14.3 %
Annet		5.6 %	0	4.8 %

Til tross for krig og uroligheter i hjemlandene, og at mange av deltakerne hadde bodd i flyktningleir før de kom til Norge, hadde halvparten av dem gått på skole fire år eller mer før flukten. Men også her var det variasjoner mellom landgruppene: Alle de eritreiske deltakerne hadde gått på skole fire år eller mer, mens dette bare var tilfellet for 34 % av de afghanske barna, hvor hele 41 % oppga at de ikke hadde noe skolegang før de reiste (Tabell 5).

Det var ingen sammenheng mellom alderen på deltakerne og hvor mange år de hadde gått på skolen.

Tabell 5. Skolegang før flukten til Norge

	Totalt	Afghanistan	Syria	Eritrea
Ingen skolegang	30.6 %	41.3 %	13.3 %	0
1 år	2.7 %	3.3 %	6.7 %	0
2 år	8.2 %	10.9 %	6.7 %	0
3 år	8.8 %	10.9 %	13.3 %	0
4 år eller mer	49.7%	33.7 %	60 %	100

2.5 Måleinstrumenter

2.5.1 Spørreskjema

Symptomer på post-traumatisk stress (PTSD) måles med 8 items fra Children's Impact of Event Scale, CRIES-8 (Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003). CRIES-8 har fire spørsmål om symptomer på unngåelsesatferd, og fire spørsmål om påtrengende minner. Respondentene oppgir hvor ofte de har hatt hvert symptom den siste uken (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005). Det er fire svarkategorier, aldri (0), sjelden (1), noen ganger (3) eller ofte (5) (Perrin et al., 2005). Sumskåren for CRIES-8 varierer fra 0 – 40, og en skåre ≥ 17 representerer klinisk relevant symptomnivå. Cronbach's alpha for hele skalaen = 0.77.

Livskvalitet ble målt med Cantril Ladder (Cantril, 1965). Respondentene blir presentert for en stige med 10 trinn, hvor ytterendene illustrerer det best mulige liv personen kan ha, og det verst mulige, og så skal de sette et kryss på det trinnet som beskriver hvor på stigen respondenten befinner seg akkurat nå. Cantril Ladder har ofte blitt benyttet i forskning med ungdom, også internasjonalt, med følgende inndeling: 0-6: lav livskvalitet, 7-8: middels, 9-10 høy livskvalitet (Levin & Currie, 2014).

PTSD-symptomnivå før TRT. Til tross for at et hoved-kriterium for deltakelse i MiMK var at man måtte ha PTSD-symptomer over klinisk grenseverdi, viste det seg at ca. 12 % av deltakerne hadde ikke-klinisk symptomnivå før oppstart av TRT. Vi valgte å beholde dem i studien, fordi de selv mente at TRT kunne være nyttig for dem. For å analysere om effekten av TRT varierte avhengig av hvor mye PTSD-symptomer ungdommene hadde før oppstart av kurset, benyttet vi CRIES-8 skåren fra karlettingen på informasjonsmøtet. En skåre < 17 ble kategorisert som «ikke-klinisk», skårer ≥ 17 som «klinisk».

Status på asylsknaden har følgende inndeling: Avslag (1), Opphold til 18 år (2), Opphold ett år (3), Venter på svar, (4) Opphold (5). Ungdommer som har anket en avgjørelse skåres som 4.

Antall ganger deltatt i TRT skåres fra 1 til 5, og er basert på opplysninger fra kurslederne, som noterte fremmøte på kursene. Vi har bare informasjon om hvor mange kurs ungdommene har deltatt i, ikke hvilke. Men vi antar at de fleste som bare har deltatt én gang, har vært på kurs en eller to hvor de lærer teknikker for å dempe påtrengende minner. For å forenkle de statistiske analysene delte vi i to grupper: Ungdommer som hadde deltatt i 1 kursmodul (0) og ungdommer som hadde deltatt i 2 – 5 moduler (1).

Gruppeledernes fidelity, dvs. hvor trofast kurslederne fulgte retningslinjene i TRT-manualen, ble målt med et skjema utarbeidet av CAW spesielt for TRT. For hver modul krysser gruppelederne av på om de har gjennomført de ulike aktivitetene manualen tilsier, og beskriver årsaker til manglende gjennomføring og utfordringer ved gjennomføringen. Skårer fra 1 – 32 angir hvor mange oppgaver som er gjennomført. I tillegg gir skjemaene verdifull kvalitativ informasjon om hva som hindrer implementering av manualen.

Det er forskjeller mellom omsorgsbetingelsene i fordelingen av kjønn og asylstatus (Tabell 6). I EM-mottakene er det bare gutter som deltar. De få jentene i studien er hovedsakelig i de ordinære mottakene og i kommunene. Andel med midlertidig opphold til fylte 18 år var høyest i EM-mottakene. Andelen som hadde fått opphold i Norge var naturlig nok høyest i bosettingskommune. Men det var også enslige mindreårige i EM-mottak og omsorgssentre som hadde fått opphold og ventet på å bli tildelt en kommune for bosetting.

Tabell 6. Fordeling av de uavhengige variablene i studien innenfor hver av omsorgsbetingelsene. Prosent

	EM-mottak	Omsorgs-sentre	Ordinære mottak	Kommune
Andel gutter	100	93	60	78
Andel «midlertidig opphold» til 18 år	49	4	0	4
Andel «opphold»	6	30	29	83
Andel deltatt i 2-5 TRT-kurs	90	89	100	93
Andel «ikke-klinisk» symptomnivå før TRT	2.4	0	40	15

Den sterke sammenhengen mellom disse prediktorene og omsorgsbetingelsene kan, som vi skal se, vanskeliggjøre tolkingen av resultatene fra de statistiske analysene.

2.5.2 Intervju-guider

Vi utviklet fire intervju-guider med åpne spørsmål tilpasset de fire ulike informant-gruppene (ungdommene, lederne, kursledere og øvrige ansatte). Intervjuguidene ble bygget opp som semistrukturerte intervju med åpne spørsmål. Målsettingen med intervjuene med ungdommene var å få informasjon om deres tanker om TRT-kurset og hvordan det virket på dem. Målsettingen med intervjuene med kurslederne og de ansatte i organisasjonene var å få kunnskap om strukturelle og individuelle faktorer som fremmer eller hemmer en effektiv implementering av TRT-manualen. Strukturelle faktorer omfatter forhold knyttet til organisering av TRT-kurset og strukturer i organisasjonen eller andre forhold på makronivå. Individuelle faktorer gjelder personenes egne opplevelser og erfaringer, for eksempel opplevelse av innsats og læring.

Intervjuene med ungdommene og «øvrige ansatte» varte ca. ½ time, med lederne ca. 1 time og med kurslederne, som vi som regel intervjuet parvis, ca. 2 timer.

2.6 Fremgangsmåte

2.6.1 Kvantitative data

For å estimere endringer i PTSD-symptomer etter gjennomføringen av TRT, benyttet vi informasjon fra kartleggingen med CRIES-8 på informasjonsmøtet, samt fra spørreskjema som ble administrert på tre tidspunkter: Umiddelbart før TRT-gruppene startet, (T1), to uker (T2) og to måneder (T3) etter at TRT-kursene var ferdige. Endringer i livskvalitet ble estimert basert på informasjon fra spørreskjemaene om nivå i livskvalitet på T1 sammenliknet med nivå på T2 og T3.

Datainnsamlingene fant sted på hvert enkelt mottak og bosettingskommune. Organisasjonene ordnet med lokaler og la til rette for at ungdommene var til stede. Forskningskoordinatorerne og våre tospråklige forskningsassistenter, som snakket flytende norsk og dari, pashto, tigrinja, arabisk eller somalisk, gjennomførte datainnsamlingene. Den foregikk gruppevis, basert på ungdommenes morsmål. Det ble servert pizza under datainnsamlingene.

Ungdommene besvarte spørreskjemaer som de fikk både på norsk og morsmålet. Forskningsassistentene som hadde fått opplæring på FHI, assisterte dem ved behov.

Av de i alt 19 ungdommene som hadde flyttet før T2 eller T3, oppnådde vi kontakt med 13 og besøkte dem på deres nye bosted for at de skulle fylle ut spørreskjemaene.

2.6.2 Kvalitative data

Vi ønsket å få perspektiver på implementeringen av TRT fra forskjellige aktører i organisasjonene. Målgruppen for den kvalitative delen av studien var derfor både leder, alle kurslederne, 2 – 3 ungdommer og 1 – 2 øvrige ansatte i 12 organisasjoner: to omsorgscentre, to ordinære mottak, to EM-mottak og fem bosetningskommuner. I tillegg intervjuet vi bare ungdommene på ett EM-mottak. Organisasjonene ble valgt ut for å få størst mulig organisatorisk og geografisk spredning. Det var MiMKs prosjektleder og koordinator som sammen gjennomførte intervjuene, som ble tatt opp på lydfiler i tillegg til at vi noterte hovedpunkter. Vi har gjennomført 74 intervjuer, med varighet fra 15 til 120 minutter. Det endelige kvalitative utvalget består av 38 ungdommer, 24 kursledere, 14 ledere og 18 øvrige ansatte. Vi benyttet stort sett tolk under intervjuene med ungdommene.

Informasjonen i denne rapporten er basert på et utvalg av disse intervjuene. Vi har valgt ut intervjuer slik at alle omsorgsløsningene er representert.

Analysen av intervjuene. Med et stort materiale og begrensninger i tid har vi ikke hatt mulighet til å bearbeide alle intervjuene. Vi har tatt utgangspunkt i notatene fra intervjuene og systematisert disse etter spørsmålene og tema fra intervjuprotokollen for å få en oversikt over innholdet. Med dette som bakgrunnsmateriale, samt transkripsjoner av noen intervjuer, har vi diskutert sentrale tema relevante for problemstillingen. Vi gikk deretter tilbake i transkripsjonene, notatene og lydfilene for å finne aktørens betraktninger knyttet til disse temaene. Slik fikk vi igjen en oversikt over aktørens synspunkter, både hva de var enige om og variasjonene i deres erfaringer rundt disse temaene. Vi har valgt ut sitater som viser både samstemthet og variasjon i svarene. Vi bruker sitatene for å støtte opp under de temaene som vi presenterer. Vi har deretter hatt flere runder med diskusjoner om hva som skal inkluderes. Intervjuene med ungdommene ble systematisert på samme måte for å få en oversikt. Vi gjorde et utvalg av intervjuer per omsorgsbetingelse som ble transkribert og bearbeidet.

I tillegg noterte vi disse ungdommenes skårer på PTSD-symptomer (CRIES-8) på de tre måletidspunktene og kategoriserte dem som «klinisk signifikant bedring», «opplevd bedring» eller «ikke opplevd bedring» (se kapittel om «ungdommenes opplevelser og erfaringer med TRT»). Det endelige utvalget av ungdoms-intervjuer inkluderte omtrent like mange ungdommer med og uten opplevd effekt av TRT.

3 Resultater

I dette kapittelet gjør vi først rede for utfordringene med venteliste-designet i MiMK, og hvordan vi håndterte disse utfordringene. Deretter gjengir vi resultatene av de statistiske analysene for den første hovedproblemstillingen og for tilleggs-problemstillingene. Vi tilnærmer oss disse problemstillingene med bayesianske mikset-effekt modellerings-analyser. Den bayesianske tilnærmingen har som fordel over den klassiske at den kan håndtere flere variabler i samme analyse og at man kan beregne hvor stor sannsynligheten er for at en intervensjon har hatt effekt. I tillegg til de statistiske analysene, gjengir vi resultater fra intervjuene med deltakerne i MiMK for å styrke grunnlaget for konklusjonene våre.

Lesere som ikke er interessert i detaljene rundt de statistiske kvantitative analysene kan gå til oppsummeringen av resultatene i kapittel 3.4

3.1 Venteliste-designet i MiMK

MiMK var planlagt som en kluster-randomisert studie med venteliste-kontrollgruppe design. Dette gjør det mulig å undersøke effekten av et tiltak (i dette tilfellet TRT) i én (intervensjons)gruppe, opp mot en (venteliste-kontroll)gruppe som ikke fikk tiltaket i samme tidsperiode. Et slikt design foretrekkes ofte over et design der kontroll-gruppen *ikke* får tiltaket, dersom det vurderes som uetisk at kontroll-gruppen ikke får behandling. Dersom det er en større reduksjon i nivået av psykiske plager fra T1 til T2 i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, kan man trekke slutninger om at disse endringene skyldes tiltaket. For at forskerne skal kunne trekke slutninger om effekten av et tiltak basert på venteliste design, er det nødvendig at:

- ✚ Deltakerne i studien blir randomisert (tilfeldig trukket) til å være i intervensjons- eller venteliste-kontrollgruppen, slik at de to gruppene kan antas å være like
- ✚ Det innhentes informasjon om psykisk helse fra deltakerne i begge gruppene før *intervensjonsgruppen* får tiltaket (T1), og etter (T2). Deretter kan tiltaket gis til kontrollgruppen.

Forhold ved de økonomiske og tidsmessige rammene for gjennomføringen av MiMK medførte flere utfordringer for venteliste-designet. Blant disse var at organisasjonene som deltok i prosjektet var spredd over hele landet, at mottak ble nedlagt underveis, i tillegg til andre praktiske hensyn vi måtte ta.

Etter at datainnsamlingen var kommet i gang, ble det klart for forsknings-teamet at det ikke var mulig å gjennomføre den planlagte T1 datainnsamling i venteliste-gruppen på samme tidspunkt som de ble gjennomført intervensjonsgruppen, altså like før intervensjonsgruppen startet opp med TRT-kurset. Fordi mottakene, omsorgssentrene og bostettingskommunene som deltok i MiMK var spredd over hele landet, viste det seg at økonomien ikke ga rom for at vi gjennomførte den ekstra runden med datainnsamling i venteliste-gruppen som designet vårt tilsa. For å kompensere for dette, bestemte vi oss for å benytte informasjonen om PTSD-symptomer fra kartleggingen med CRIES-8 på informasjonsmøtet som utgangspunkt i analysene. *Fordi intervensjonsgruppen startet TRT-kurs to-tre uker og venteliste-gruppen ca. ni uker etter informasjonsmøtet (se Tabell 8 for en oversikt over datainnsamlinger i de to gruppene), kan denne tidsforskjellen benyttes i analysene.* Det betyr at vi har informasjon om PTSD-symptomer, målt med CRIES-8, fra fire tidspunkt i begge gruppene: Før TRT (kartlegging og T1) og etter TRT (T2 og T3).

En annen utfordring var at et av de ordinære mottakene fikk varsel om nedleggelse like etter informasjonsmøtet vårt og derfor trakk seg fra prosjektet, mens et annet ordinært mottak ikke klarte å rekruttere nok deltakere til å starte en TRT-gruppe. Uheldigvis resulterte disse forholdene i at det ikke ble noen ordinære mottak i intervensjonsgruppen, slik at forutsetningen om randomisering og like grupper ikke var til stede. Som det fremgår av Tabell 7, var det et ytterligere problem at det var flere deltakere fra EM-mottak og omsorgssentre i intervensjonsgruppen enn i venteliste-gruppen, og flere deltakere fra ordinære mottak og bosettingskommuner i venteliste- enn i intervensjonsgruppen. Dette skyldes delvis at det var ulikt antall beboere i de ulike EM-mottakene og omsorgssentrene, og delvis måten prosjektet ble finansiert på.

Tabell 7. Fordeling av deltakere fra hver omsorgsbetingelse på intervensjons- og kontrollgruppen.

	Intervensjon	Venteliste	Totalt
EM-mottak	27	14	41
Omsorgssentre	22	6	28
Ordinære mottak	0	15	15
Bosettingskommuner	33	53	86

3.2 Bayesiansk mikset-effekt modellering kan håndtere utfordringene ved venteliste-designet

I Tabell 8 har vi skissert progresjonen i prosjektet separat for intervensjons- og for venteliste-gruppen. Begge gruppene startet i uke 1 med informasjonsmøte og kartlegging av PTSD-symptomer (Se kapittel 2.3 om rekruttering). Intervensjonsgruppen startet TRT-kursene to til tre uker etter informasjonsmøtet, mens ventelistegruppen startet kurs ca. ni uker etter kartleggingen, da intervensjonsgruppen hadde gjennomført kurset.

Tabell 8. Skisse over tidsforløp og tidspunkt for datainnsamlinger og TRT-kurs for intervensjons- og ventelistegruppen fra informasjonsmøtet til T3 datainnsamling

TIDSFORLØP I UKER													
	1	2	3	4-8	9	10	11	12 – 14	15	16	17	18 – 21	22
Intervensjon-gruppen	Kart - legg 1		T1	TR T			T2			T3			
Venteliste-gruppen	Kart - legg				T1	TRT _1	TRT _2	TRT_ 3,4,5			T2		T3

¹⁾ Kartlegging av PTSD-symptomer på informasjonsmøtet, for å avgjøre deltakelse

Like før kursstart, altså ca. én og åtte uker etter informasjonsmøtet for hhv intervensjons- og ventelistegruppen, gjennomførte vi T1-datainnsamling, der vi igjen fikk informasjon om PTSD-symptomer (Tabell 8). T2 og T3-datainnsamlingene ble gjennomført hhv. 2 uker og 2 måneder etter at TRT var avsluttet både i intervensjons- og i venteliste-gruppen.

I praksis var det noe variasjoner i hvor mange dager/uker som gikk fra kartleggingen til T1 i begge gruppene. I intervensjonsgruppen gikk det i gjennomsnitt 7 dager (SD = 8.9), og i ventelistegruppen var gjennomsnittet 48 dager (SD = 21.4).

For å imøtekomme utfordringene med randomiseringen i forhold til å sammenlikne endringer i symptomskåre fra før til etter TRT mellom intervensjons- og ventelistegruppen, har vi benyttet mikset-effekt modellering. *Analysen estimerer endringer fra pre-TRT (PTSD-skårer på kartlegging og T1) til post-TRT (PTSD-skårer på T2 og T3) samtidig i intervensjons og venteliste grupper. Denne analysen skiller mellom regresjonseffekter, eller spontane endringer i symptomskåre over tid, og endringer som skyldes TRT.* Denne analysen kan benyttes for å estimere effekten av en intervensjon, ettersom man justerer for regresjonseffekter med å modellere effekten av tid (Sælid, Czajkowski, Holte, Tambs, & Aarø, 2016). Mikset-effekt modellering håndterer også korrelasjon mellom målinger, ulik varians og forskjellig antall repeterte målinger (d.v.s. frafall).

Grunnleggende antakelser bak analysen av effekten av TRT:

- ✚ Man kan justere for regresjonseffekter gjennom bruk av tids-variabelen
- ✚ Regresjonseffekten er lik i alle gruppene

Vi brukte bayesiansk mikset-effekt modellering i analysene fordi *den også gjør det mulig å estimere variasjoner i behandlingseffekter mellom ulike grupper* på en pålitelig måte.³

Til forskjell fra klassisk mikset-metode modellering som resulterer i en p-verdi og konklusjoner om statistisk signifikans, starter en bayesiansk analyse med informasjon om *forventete* effekt-størrelser. Basert på denne forventningen og de foreliggende dataene, beregner den bayesianske analysen blant annet *sannsynligheten for en effekt*. Analysen bruker en (a priori) effekt, basert på en normalfordeling der gjennomsnittet = 0, og standardavviket = 2. Denne antakelsen hindrer en overestimering av effekten.

- ✚ Bayesiansk mikset-effekt modellering: Estimerer variasjoner i effekter mellom ulike grupper mer reliabelt enn andre metoder
- ✚ For hver analyse gjengis den forventede effektstørrelsen, i tillegg til sannsynligheten for en effekt
- ✚ Dette gjør det enklere å benytte statistiske rapporter angående effekter når man skal ta avgjørelser

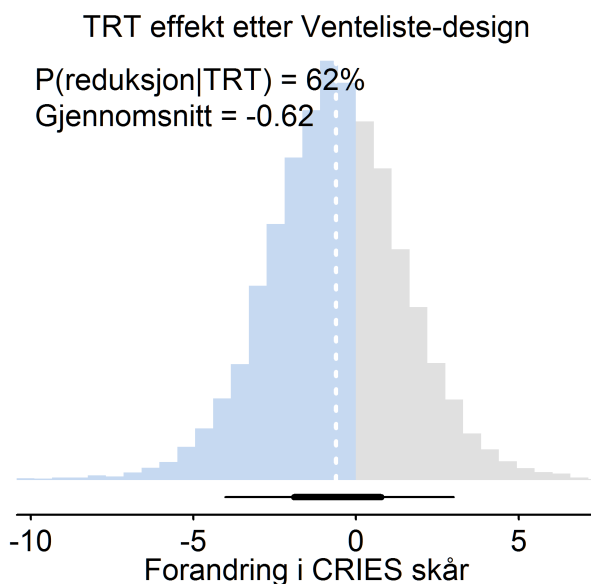
³ De bayesianske analysene er utført av seniorforsker G. Biele, FHI

3.2.1 Effekten av TRT på PTSD-symptomer i de ulike omsorgsbetingelsene

En bayesiansk analyse resulterer i en a posteriorisk fordeling av en effekt (parameter), som vi visualiserer med et histogram. Fra denne fordelingen kan vi beregne ytterligere statistikk som sannsynligheten for at en effekt er positiv, eller den gjennomsnittlige effekten. Den gjennomsnittlige effekten er vår beste gjetning for forventet effektstørrelse.

Innledningsvis modellerte vi en bayesiansk analyse (regresjonsanalyse med mikset-effekt modellering) som sammenliknet endring i PTSD-symptomer, målt med CRIES-8, fra kartlegging-til post-TRT (T2) i hele intervensjonsgruppen, med endringer i symptomnivået fra kartlegging til T1 i venteliste-gruppen, og som justerte for antall dager fra kartlegging til de øvrige måletidspunktene (T2 for intervensjonsgruppen og T1 for ventelistegruppen). Resultatene fra denne analysen viste at det var lite endring i symptomnivået i begge gruppene, og ikke substansielle forskjeller mellom dem, noe som impliserer at TRT ikke hadde hatt den antatte effekten. Av Figur 1 kan vi se at sannsynligheten for en reduksjon i symptomnivået etter TRT er 62 %. Men fordi vi ikke helt hadde lyktes med randomiseringsprosessen, er det imidlertid uklart hvorvidt dette resultatet reflekterer en manglende effekt av TRT.

Figur 1: Totalutvalget



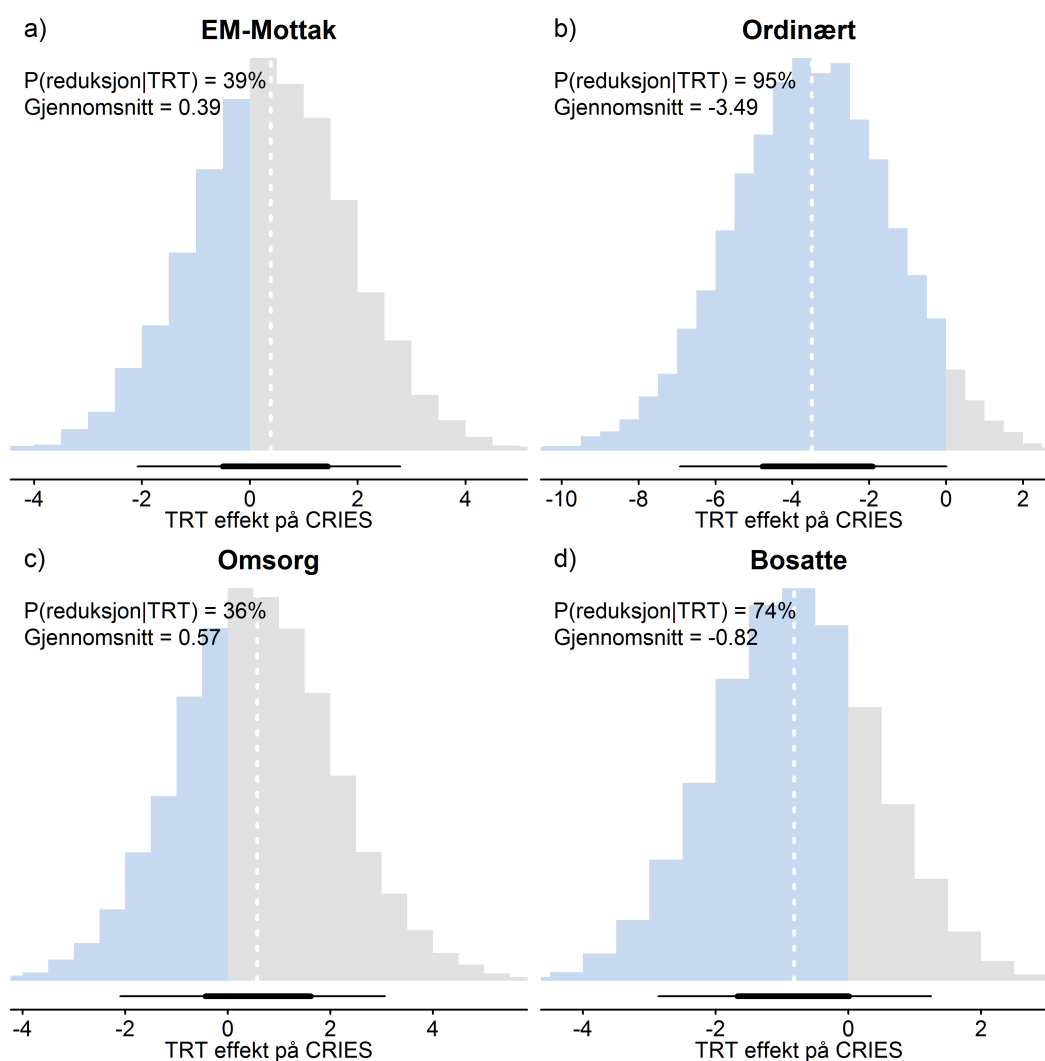
Den hvite stiplede linjen markerer en forventet gjennomsnittseffekt.
BLÅ farge betyr redusert CRIES-8 skåre.
GRÅ farge indikerer økt CRIES-8 skåre.
Den horisontale linjen illustrerer sannsynligheten for en effekt. Den tykke delen av linjen viser en 50 % sannsynlighet, og den tynne linjen viser 90 % sannsynlighet for at effekten ligger innenfor dette intervallet.
DENNE TOLKNINGEN GJELDER FOR ALLE FIGURENE

En alternativ forklaring kan være at omsorgsbetingelsene var ulikt fordelt på de to gruppene, og at det kunne være spesielt store problemer blant ungdommene i de omsorgsbetingelsene som hadde flest deltakere i intervensjonsgruppen, det vil si omsorgssentrene og EM-mottakene. For å undersøke dette, modellerte vi en utvidet hierarkisk regresjons-analyse som inkluderte hele utvalget, på alle tidspunkter, og som tok høyde for at:

- ✚ Effekten av TRT kan variere mellom omsorgsbetingelser og organisasjoner
- ✚ Symptomnivå kan forandres over tid uten intervensjon (regresjonseffekt)

Figur 2 (a, b, c og d) viser resultatet av en analyse som bare justerer for regresjonseffekter. Figur 3a viser at sannsynligheten for en reduksjon i PTSD-skåren i EM-mottak er 39 %, mens Figur 3c viser at den er 36 % i omsorgssentrene. I bosettingskommunene er sannsynligheten for en reduksjon en del høyere, 74 %, men den gjennomsnittlige reduksjonen i PTSD-symptomer er liten, bare 0.8 CRIES-skårer (Figur 2d). Høyest sannsynlighet for en reduksjon finner vi blant deltakerne i de ordinære mottakene, med 95 %. I denne gruppen var den gjennomsnittlige reduksjonen 3.5 CRIES-skårer (Figur 2b).

Figur 2 a, b, c, d: estimerte effekter av TRT innen de ulike omsorgsbetingelsene

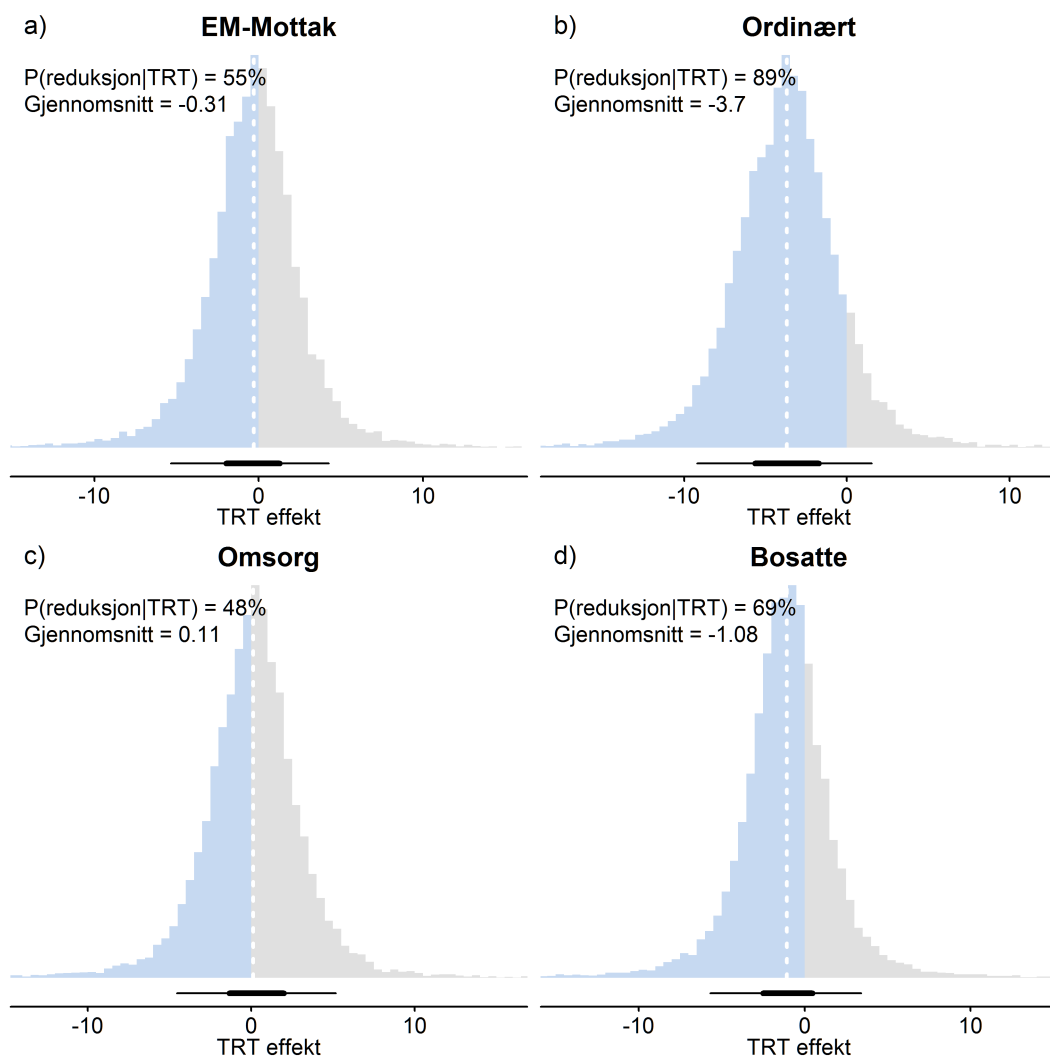


Med bakgrunn i denne analysen kan vi slutte at TRT hadde en effekt blant deltakerne i bosettingskommunene, men at den var relativt svak, mens den estimerte effekten var størst blant asylsøkende barn i følge med foreldrene sine i de ordinære mottakene. Vi kan derimot ikke trekke noen konklusjoner om effekten av TRT blant enslige mindreårige asylsøkere i EM-mottak og omsorgssentrene.

3.2.2 Modellen justert for kjønn, antall TRT-moduler og asyl-status

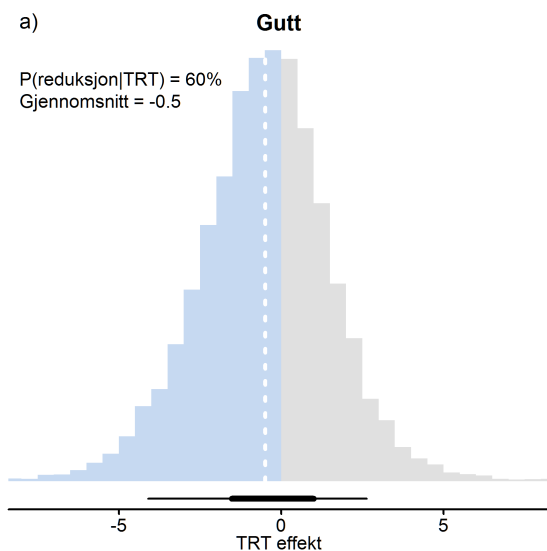
For å undersøke om effekten av TRT varierer avhengig av deltakernes kjønn, hvor mange TRT-moduler de har gjennomført og status på asylsøknaden deres, utvidet vi den forrige analysen (med hele utvalget og fire måletidspunkt) til også å inkludere disse variablene. Av Figur 3 a – d går det fram at sannsynligheten for en effekt av TRT øker noe i EM-mottak, (fra 39 til 55 %), i omsorgssentrene (fra 36 til 48 %), mens det er en ubetydelig reduksjon i sannsynligheten blant bosettingskommunene (fra 74 til 69 %) og de ordinære mottakene (fra 95 til 89 %). Men endringene har ingen praktiske konsekvenser, og konklusjonen forblir den samme som for den ujusterte modellen.

Figur 3 a – d: Estimert effekt av TRT innen hver omsorgsbetingelse, når det er justert for kjønn, antall TRT-moduler og asylstatus

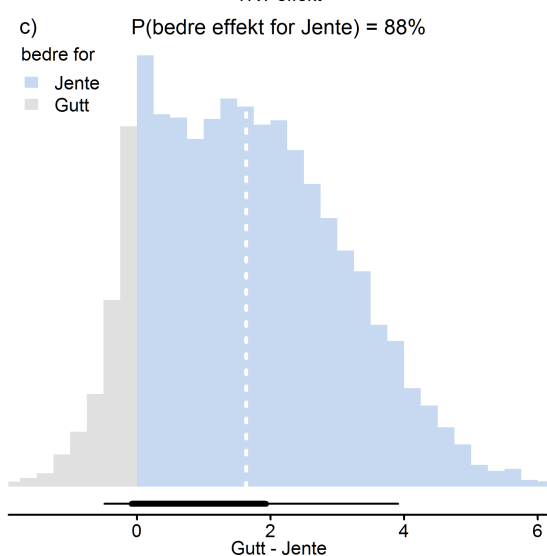
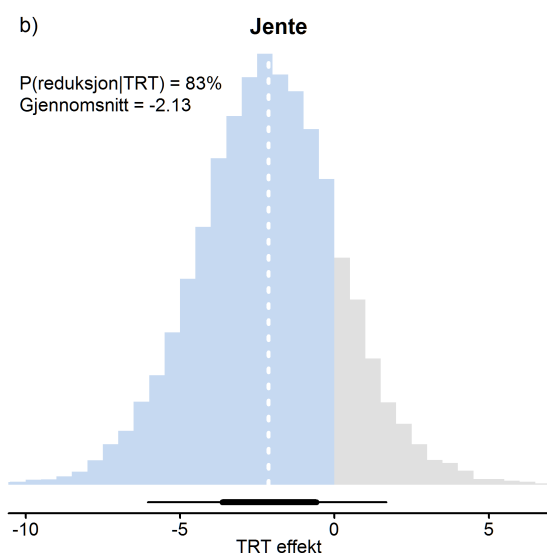


3.2.3 Effekten av kjønn, antall TRT-moduler og asyl-status

Det er en nær sammenheng mellom kjønn, asyl-status og omsorgsbetingelse (Se Tabell 6). Andelen jenter i utvalget vårt er, i likhet med andelen jenter blant enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger generelt, svært liten. Det er ingen jenter i EM-mottakene, flesteparten av de kvinnelige deltakerne er i ordinære mottak og bosettingskommuner.



Figur 4 a – b: Estimert effekt av TRT på PTSD-symptomer for gutter og jenter



Figur 4 c: Sannsynligheten for at TRT har bedre effekt blant jentene enn blant guttene

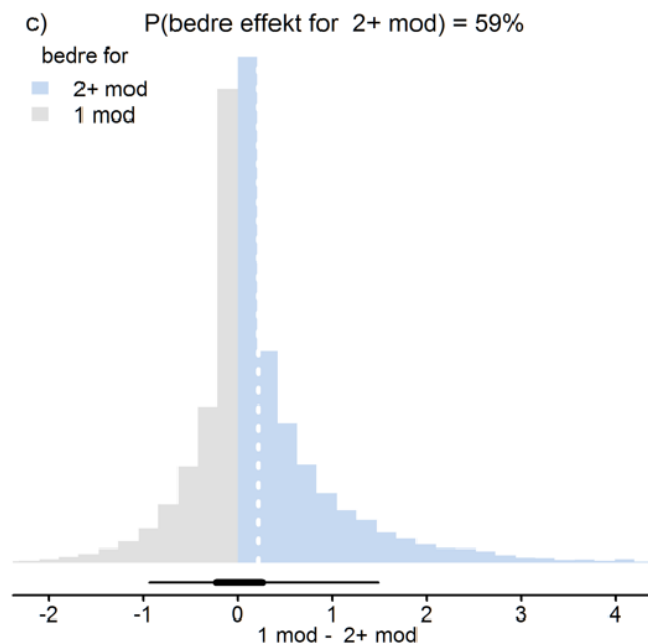
Vi benyttet derfor den samme justerte analysen til å undersøke om effekten av TRT på PTSD-symptomer varierte for jenter og gutter, med antall TRT-moduler eller med status på asylsøknaden.

Av Figur 4 a og b, går det frem at sannsynligheten for at TRT hadde en effekt på nivået av PTSD-symptomer var 60 % blant guttene og 83 % blant jentene. Sannsynligheten for at effekten var bedre blant jentene enn blant guttene var 88 % (Figur 4 c).

Når det gjelder status på asyl-søknaden, finner vi flest ungdommer med midlertidig opphold til de blir 18 år i EM-mottakene, mens det ikke er noen deltakere med denne statusen i de ordinære mottakene. Nesten alle deltakerne i bosettings-kommunene har fått varig opphold i Norge.

Har det en betydning for effekten av TRT om man gjennomfører én eller flere TRT-moduler? Denne problemstillingen er relevant, fordi noen ungdommer av forskjellige grunner bare gjennomførte én modul. Resultatene av denne analysen viste at deltakere som bare gjennomførte én TRT-modul hadde 66 % sannsynlighet for lavere nivå av PTSD-symptomer, mens de som gjennomførte 2 – 5 moduler hadde en sannsynlighet for redusert symptomnivå på 69 %. Det var altså ikke store forskjellene. Figur 5 viser at sannsynligheten for at de som har deltatt i flere TRT-moduler har bedre effekt enn de som bare har gjennomført én modul, er marginal, bare 59 %.

i **Figur 5: Sannsynligheten for at å ha gjennomført 2 eller flere TRT-moduler har mer effekt på PTSD-symptomer enn å ha gjennomført én modul**



Det var særlig den kritiske situasjonen til ungdommene i EM-mottakene som bidro til at FHI fikk i oppdrag å implementere og evaluere TRT av direktoratene. Blant disse ungdommene syntes lang ventetid på å få svar på asylsøknaden og midlertidig opphold å overbelaste deres mestrings-ressurser og resultere i sterke mentale reaksjoner, både i form av frykt, angst, depresjon, skolevegring, tilbaketrekning og selvmordsforsøk, ifølge massemediene og ansatte i mottakene. Det er også et tankekors at ungdommer i samme situasjon bor sammen, og påvirkes av hverandres spenning, fortvilelse og opplevelse av

håpløshet for fremtiden når noen i mottaket får avslag på sin søknad, eller blir deportert tilbake til hjemlandet. Som det kommer frem av intervjuene med ungdommene, er det flere av dem som gir uttrykk for at de ikke har kognitiv kapasitet til å nyttiggjøre seg denne typen intervensjon, fordi tankene deres i så stor grad er konsentrert om belastningene i hverdagen knyttet til status på asylsøknaden (s. 43 - 44).

Analysene av sammenhengen mellom status på asyl-søknaden på effekten av TRT, viste imidlertid ingen endringer i forhold til effekten av omsorgsbetingelsene. Antakeligvis skyldes dette resultatet den tette sammenhengen det er mellom omsorgsbetingelse og asyl-status.

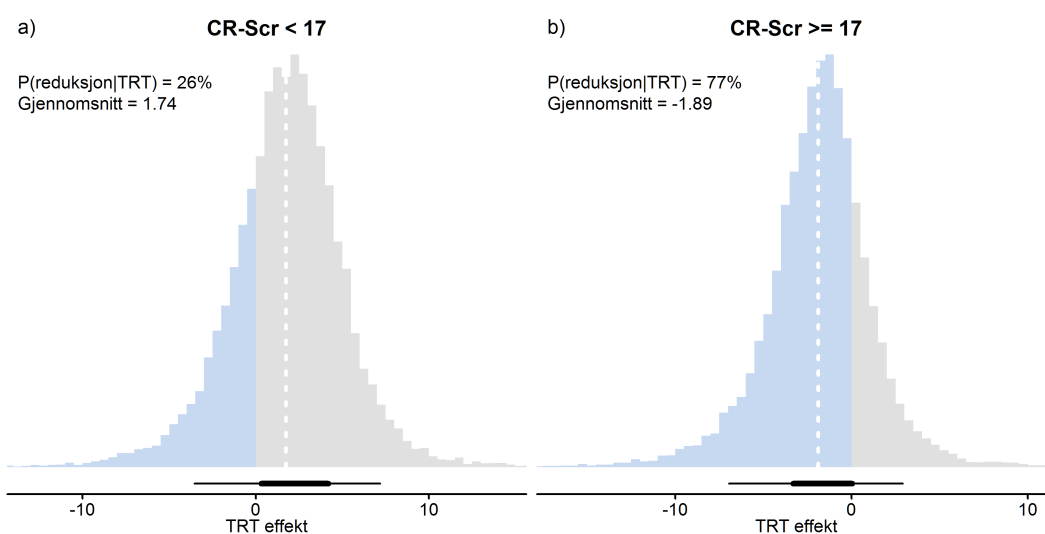
3.2.4 PTSD-symptomer før TRT-kurset

Den neste analysen er basert på samme modell som analysene over, men med tillegg av variabelen som skiller mellom deltakere som rapporterte ikke-klinisk vs. klinisk nivå på kartleggingen av PTSD-symptomer under informasjonsmøtet.

I teorien var symptomskåre på kartlettingen under den kliniske grenseverdien på 17 et eksklusjonskriterium. I praksis har det altså skjedd at enkelte ungdommer med ikke-klinisk symptomnivå har deltatt i MiMK. De kan ha blitt med fordi vennene deres deltok, og de hørte rykter om at det var et bra kurs. De kan selv ha vurdert at de ville ha nytte av kurset selv om de ifølge de selvrapporterte symptomene på PTSD ikke var særlig plaget, eller det kan være andre grunner til at de kom med i prosjektet.

Vi undersøkte derfor om effekten av TRT varierte avhengig av hvor høyt symptomnivå ungdommene rapporterte før de startet med TRT. Resultatene er presentert i Figur 6 a og b. Vi ser at det blant deltakere som hadde en symptom-skåre under den kliniske grenseverdien på T1, bare var en sannsynlighet på 26 % for at TRT skulle føre til mindre PTSD-symptomer. Det var tvert imot en stor sannsynlighet for at denne gruppen fikk *økt* symptomnivå etter TRT. Blant ungdommene med symptom-nivå over den kliniske grenseverdien på T1, var sannsynligheten for en effekt av TRT på 77 %. Sannsynligheten for at ungdommer med klinisk nivå PTSD-symptomer skulle ha en større effekt av TRT enn ungdommer med nivå under klinisk grenseverdi, var 99 %.

Figur 6 a og b: Sannsynligheten for redusert symptomskåre etter TRT for deltakere som på kartleggingen hadde ikke-klinisk (7a) versus klinisk (7b) nivå av PTSD-symptomer



Det er to mulige tolkninger av disse resultatene: *Den kliniske tolkningen*, i overensstemmelse med CAW sine erfaringer, er at barn som enten ikke har vært utsatt for traumatiske hendelser, eller ikke lenger har traume-relaterte symptomer, kan bli dårligere / retraumatisert av å delta i kurset, og være vitne til de andres fortellinger. En slik tolkning er bakgrunnen for at CAW understreker at TRT-kurset er laget for barn og unge som har høyt nivå av PTSD-symptomer (Smith et al., 2014).

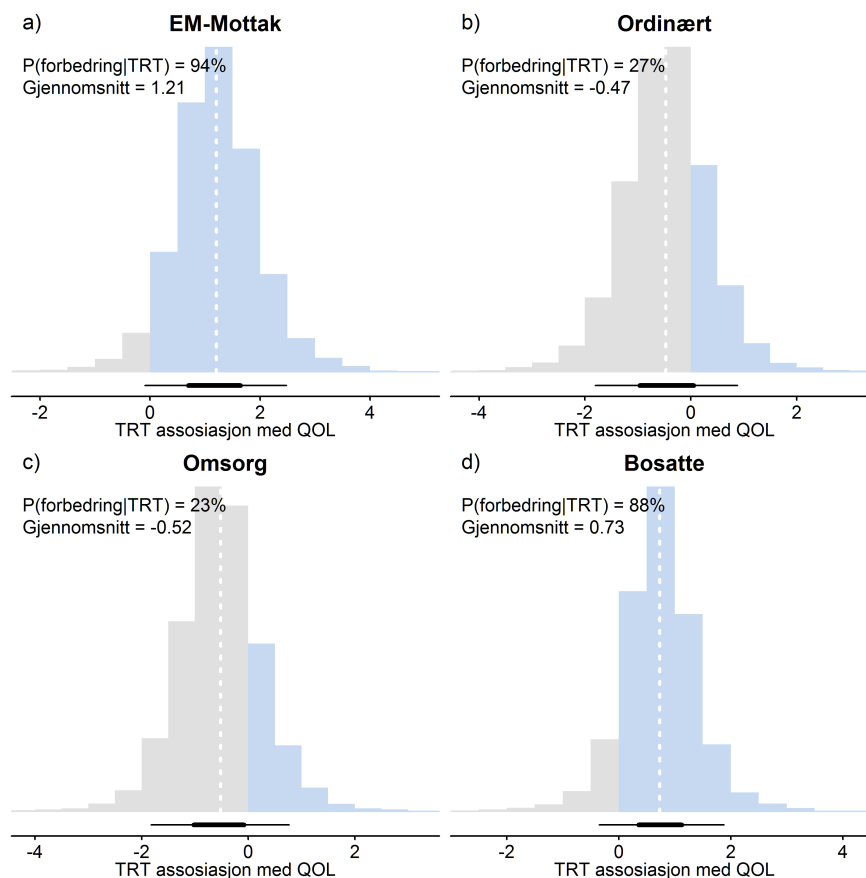
Den statistiske tolkningen vil være at resultatene skyldes det statistiske fenomenet «regresjon mot gjennomsnittet», som innebærer en statistisk sannsynlighet for at personer med ekstreme skårer i den ene eller den andre retningen på pre-test, på post-test vil ha skårer som nærmer seg gjennomsnittet. Deltakere som i utgangspunktet har lav PTSD-skåre, vil ha en tendens til å få høyere skåre over tid, mens deltakere som i utgangspunktet hadde høy PTSD-skåre, vil ha en tendens til å få lavere skåre, uavhengig av tiltak.

I virkeligheten gjenspeiler antakeligvis resultatet en kombinasjon av disse forholdene.

3.3 Livskvalitet

Til sist følger vi opp med bayesianske analyser av effekten av TRT på livskvalitet blant deltakerne. Fordi vi ikke har informasjon om livskvalitet fra kartleggingen på informasjonsmøtet, tilpasser vi en modell basert på informasjon fra T1, T2 og T3 som inkluderer hele utvalget.

Figur 7 a - d: Estimert sannsynlighet for TRT-assosierte endringer i livskvalitet i de fire omsorgsbetingelsene



Det er ikke like bra å estimere regresjonseffekten basert på T2 og T3, som den andre analysen som også inkluderer informasjon om kartlegging. Den grunnleggende antakelsen her er at regresjonseffekten etter TRT er lik regresjonseffekten før TRT.

Også denne modellen er justert for kjønn, antall TRT-moduler og status på asylsøknaden, den modellerer effekten av tid (regresjon) og effekten av TRT, og kontrollerer for kluster-effekter. Fordi vi i disse analysene mangler informasjon fra kartleggingen, er grunnlaget for å trekke konklusjoner om den estimerte effekten av TRT svakere, og vi tolker det derfor som TRT-assosierte forandring i livskvalitet.

Vi undersøker først om det er forskjellige effekter av TRT på livskvalitet mellom omsorgsbetingelsene. Figur 7 a - d viser betydelige forskjeller i endringer i livskvalitet etter TRT: Sannsynligheten for at TRT-kurset er assosiert med økt livskvalitet blant deltakerne i de ordinære mottakene og omsorgssentrene var svært liten, h.h.v. 27 og 23%. Derimot var sannsynligheten for økt livskvalitet etter TRT-kurset blant ungdommene i EM-mottakene og bosettingskommunene betydelig, hele 94 og 88 %.

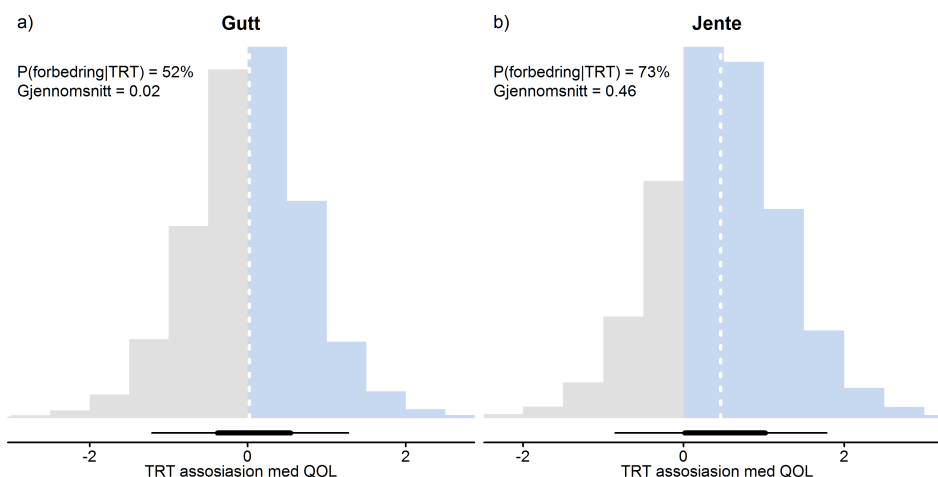
I EM-mottakene var gjennomsnittlig økning i livskvalitet på over ett trinn på Cantril-stigen, mens den var på rundt $\frac{3}{4}$ trinn i bosettingskommunene.

Det var altså forskjeller i hvordan PTSD-symptomer og livskvalitet endret seg etter TRT. Mens sannsynligheten for at TRT hadde effekt på symptomnivået var ubetydelig blant deltakerne i EM-mottakene, var det en stor sannsynlighet for at de rapporterte bedre livskvalitet etter TRT. Deltakerne i de ordinære mottakene, som hadde sterk effekt av TRT-kurset på symptomnivået, hadde ingen klare endringer i livskvalitet. Deltakerne i bosettingskommunene hadde en sannsynlig bedring både av symptomnivået og livskvalitet etter TRT, mens vi ikke fant endringer hverken i nivå av PTSD-symptomer eller livskvalitet i omsorgssentrene.

3.3.1 Endringer etter TRT, knyttet til kjønn, antall TRT-moduler og asyl-status

Figur 8a og b viser at når vi justerer for effekten av omsorgsbetingelsene og antall gjennomførte TRT-moduler, var sannsynligheten for at jentene fikk økt livskvalitet etter TRT høyere enn blant guttene, hhv 73 og 52 %.

Figur 8 a – b: TRT-assosierte endringer i livskvalitet for gutter og jenter



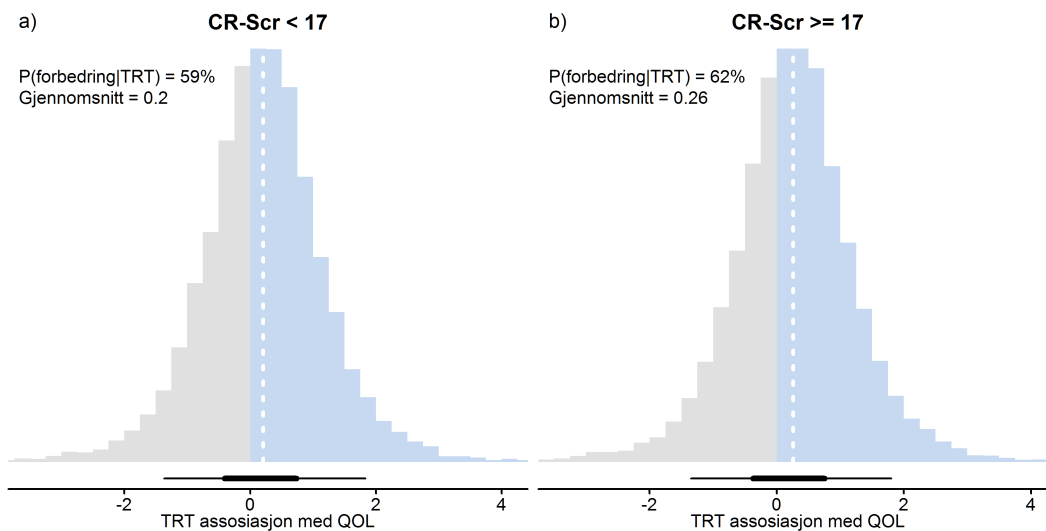
Det er usikkert hvorvidt antall gjennomførte TRT-moduler hadde noen betydning for forandringer i livskvalitet etter TRT-kurset. Ungdom som bare gjennomførte én modul, hadde 57 % sannsynlighet for bedre livskvalitet etter TRT. Blant deltakerne som var med på 2 – 5 moduler, var sannsynligheten 62 %. Den gjennomsnittlige endringen var bare hhv. 0.13 og 0.24 skårer på Cantril stigen.

På samme måte som med PTSD-symptomer, var det ingen variasjoner i TRT-assosierte forandringer i livskvalitet forbundet med status på asylsøknaden, utover effekten av omsorgsbetingelsene.

3.3.2 Nivå av PTSD-symptomer før TRT-kurset

Som det fremgår av Figur 9 a og b, var TRT-assosierte endringer i livskvalitet heller ikke knyttet til symptomnivået på kartleggingen. Sannsynligheten for en bedring i livskvalitet var 59 % i gruppen med ikke-klinisk symptomnivå, og 62% i gruppen med som i utgangspunktet hadde skårer over den kliniske grenseverdien.

Figur 9 a – b: TRT-assosierte endringer i livskvalitet blant deltakere med PTSD-symptomer på kartleggingen under og over den kliniske grenseverdien



3.4 Oppsummering av resultater fra de kvantitative analysene

I denne rapporten har vi benyttet bayesiansk mikset-effekt modellering for å undersøke sannsynligheten for at ungdom med fluktbakgrunn rapporterer bedring i PTSD-symptomer og livskvalitet etter å ha deltatt i TRT-kurs som ble ledet av personer uten spesialutdanning i psykologi eller psykiatri.

Nedlegging av mottak i rekrutteringsperioden, samt måten studien var finansiert på, bidro til at randomiseringen av organisasjoner til intervensjons- og ventelistegruppen ikke fungerte etter planen. Forskjellene i fordelingen av omsorgsbetingelsene på de to gruppene vanskeliggjorde en direkte sammenlikning av endringer i PTSD-symptomer og livskvalitet for å estimere effekten av TRT.

I stedet tilpasset vi en modell som skiller forventede endringer i symptomer og livskvalitet over tid (regresjon) fra effekten av TRT, og som tar hensyn til at effekten intervensjon kan

være forskjellig for deltakerne i de ulike omsorgsbetingelsene. I modellen justerte vi for kjønn, antall TRT-moduler deltakerne hadde gjennomført, status på asylsøknaden, samtidig som vi undersøkte om det var variasjoner i effekten av TRT knyttet til disse faktorene. I en egen, utvidet analyse undersøkte vi også om det var variasjoner i effekten av TRT knyttet til symptomnivået blant deltakerne før de begynte på TRT-kurset.

3.4.1 PTSD-symptomer

Omsorgsbetingelsene: Med bakgrunn i denne analysen fant vi at sannsynligheten var høy for at TRT hadde en effekt blant deltakerne i bosettingskommunene og de ordinære mottakene, men at effekten var relativt svak. Den estimerte effekten var størst blant asylsøkende barn i følge med foreldrene sine i de ordinære mottakene. Vi kan derimot ikke trekke noen konklusjoner om effekten av TRT blant enslige mindreårige asylsøkere i EM-mottak og omsorgssentrene.

Det betyr ikke at *alle* deltakerne i bosettingskommunene og de ordinære mottakene rapporterte en bedring i PTSD-symptomer mens *ingen* av deltakerne i EM-mottakene og omsorgssentrene gjorde det. Det er snarere forholdet mellom andelen som rapporterer forbedring og andelen som ikke gjør det, som bidrar til forskjellene. Eksempel 1: dersom en deltaker i EM-mottak rapporterer en reduksjon i symptomnivå på 10 CRIES-skårer etter TRT, mens en annen deltaker rapporterer en økning på 10 skårer, vil gjennomsnittet i endring for de to personene være 0. Eksempel 2: én person rapporterer en reduksjon på 9 CRIES-skårer etter TRT, én har ingen forandring i symptomnivå, én har en økning på 5 CRIES-skårer, mens en fjerde deltaker har en økning på 4 CRIES-skårer. Gjennomsnittet i forandring i PTSD-symptomer fra før TRT til etter for disse fire personene vil også i dette tilfellet være 0. Eksempel 3: to av deltakerne fra bosettingskommunene rapporterer en reduksjon i symptomnivå på 10 CRIES-skårer (til sammen en nedgang på 20), mens én deltaker har en økning på 5. Da vil den gjennomsnittlige endringen i symptomer for disse tre deltakerne være -5. Det er altså hvordan endringene over tid fordeler seg mellom deltakerne i hver av omsorgsbetingelsene, som er avgjørende for utfallet. I omsorgssentrene og EM-mottakene er det en utjevning mellom dem som opplever forbedring, forverring eller stabilitet av symptomnivået. I bosettingskommunene og de ordinære mottakene er summen av reduksjonen i symptomer større enn summen av økte og stabile skårer. Som det fremgår av Kapittel 3.8 bekrefter informasjonen fra intervjuene vi gjorde med ungdommene at enkelte deltakere i EM-mottakene og omsorgssentrene opplevde en forbedring i fungering etter TRT-kurset.

Kjønn. Både jenter og gutter hadde effekt av TRT, men de estimerte effektene var betydelig sterkere blant jentene.

Antall TRT-møter. Den estimerte effekten av TRT på PTSD-symptomer var bare marginalt sterkere for ungdommer som hadde gjennomført 2- 5 TRT-moduler, sammenliknet med ungdommer som bare deltok i én modul. Det var ikke forskjeller mellom omsorgsbetingelsene i hvor mange møter ungdommene hadde deltatt på.

Status på asylsøknaden hadde ikke noen betydning for effekten av TRT utover forskjellene som skyldtes omsorgsbetingelsene. Antakeligvis skyldes dette resultatet den tette sammenhengen det er mellom omsorgsbetingelse og asyl-status.

Symptomnivå før TRT. Selv om et kriterium for inkludering av deltakere i MiMK var at man måtte ha en symptomskåre over den kliniske grenseverdien (17) på CRIES-8 på kartleggingen, var det av ulike grunner noen ungdommer med ikke-klinisk skåre som

deltok i studien. Deltakere med en symptom-skåre under den kliniske grenseverdien på kartleggingen, hadde bare var en sannsynlighet på 26 % for at TRT skulle føre til mindre PTSD-symptomer. Eller omvendt, det var 76 % sannsynlighet for at de rapporterte en *økning* i symptomnivå etter TRT. Blant ungdommene med symptom-nivå over den kliniske grenseverdien på kartleggingen, var sannsynligheten for en effekt av TRT på 76 %. Sannsynligheten for at ungdommer med klinisk nivå PTSD-symptomer skulle ha en større reduksjon i symptomer etter TRT enn ungdommer med nivå under klinisk grenseverdi, var 99 %.

Den kliniske tolkningen av disse resultatene er at barn som enten ikke har vært utsatt for traumatiske hendelser, eller ikke lengre har traume-relaterte symptomer, kan bli dårligere / retraumatisert av å delta i TRT-kurset og der være vitne til de andres fortellinger. En slik tolkning er bakgrunnen for at CAW understreker at TRT-kurset er laget for barn og unge som har høyt nivå av PTSD-symptomer (Smith et al., 2014).

Den statistiske tolkningen vil være at resultatene skyldes det statistiske fenomenet «regresjon mot gjennomsnittet», som innebærer en statistisk sannsynlighet for at deltakere som i utgangspunktet har lav PTSD-skåre vil ha en tendens til å få høyere skåre over tid, mens deltakere som i utgangspunktet hadde høy PTSD-skåre vil ha en tendens til å få lavere skåre, uavhengig av tiltak.

I virkeligheten gjenspeiler antakeligvis resultatet en kombinasjon av disse forholdene.

3.4.2 Livskvalitet

Selv om TRT i utgangspunktet ikke er rettet mot å øke livskvaliteten blant traumatiserte barn og unge, undersøkte vi likevel endringer livskvalitet hos deltakerne i MiMK. Livskvalitet henger sammen med opplevd mestring, og hovedmålsettingen med TRT-kursene er å lære deltakerne å mestre traumereaksjonene sine.

Fordi vi ikke har informasjon om livskvalitet fra kartleggingen på informasjonsmøtet, tilpasset vi en modell basert på informasjon fra hele utvalget på T1, T2 og T3. Også denne modellen er justert for kjønn, antall TRT-moduler og status på asylsøknaden, og vi modellerte effekten av tid (regresjon) og effekten av TRT og kontrollerte for kluster-effekter.

Et viktig funn fra disse analysene er at endringene i livskvalitet ikke følger de samme linjene som endringene i PTSD-symptomer. Det er m.a.o. ikke slik at det som fører til reduksjon i symptomer fører til økt velvære. De estimerte TRT-assosierte endringene i livskvalitet var generelt svakere enn i PTSD-symptomer.

Et annet viktig funn er at nivået av livskvalitet blant deltakerne i MiMK synes å være bekymringsfullt lavt. Uansett hvilke grupper vi analyserte, nådde aldri gjennomsnittet opp til grenseverdien på 7 som indikerer moderat god livskvalitet. Riktignok er ikke Cantril stigen validert i denne spesielle ungdomsgruppen og resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet.

Omsorgsbetingelsene. Det var signifikante forskjeller mellom omsorgsløsningene i endringene i livskvalitet.

Deltakerne i EM-mottak og bosettingskommuner rapporterte betydelig bedre livskvalitet etter de hadde deltatt i TRT-kursene, med økninger som tilsvarte rundt ett trinn på Cantril stigen.

Sannsynligheten for en økning i livskvalitet blant ungdommene i omsorgssentrene og i de ordinære mottakene var hhv. 22 og 26 %, altså minimale.

Kjønn. Jentene hadde en høyere sannsynlighet for økt livskvalitet enn guttene etter TRT, hhv. 73 og 51%. Når vi justerte for omsorgsbetingelsene, antall TRT-moduler som var gjennomført og status på asylsøknaden, var det altså en sannsynlig assosiasjon mellom TRT og økt livskvalitet blant jentene. Blant guttene var det ikke noen endringer i livskvalitet utover forandringer knyttet til omsorgsbetingelsene.

Antall TRT-møter, status på asylprosessen og CRIES-skåre på kartleggingen. Ingen av disse faktorene hadde betydning for TRT-assosierte endringer i livskvalitet.

3.5 Ungdommenes opplevelser og erfaringer med TRT

De overordnede spørsmålene i intervjuene med ungdommene var hvordan ungdom med fluktbakgrunn opplever TRT, hva som fremmer deres utbytte av TRT, og hva som bidrar til at enkelte ikke får det ønskede utbyttet av kurset. Vi spurte også kurslederne om hva de tenkte omkring ungdommenes utbytte av TRT.

Noe av det som gjorde arbeidet med MiMK så meningsfylt for oss i prosjektledelsen, var at alle deltakerne, både kurslederne og ungdommene ga så tydelig uttrykk for at de likte TRT. Det mest interessante er at vi har fått gjennomgående positive tilbakemeldinger fra alle ungdommene, enten de opplevde at TRT-kursene hjalp dem eller ei. Vi har derfor forsøkt å forstå hvilke sider med intervensjonen som var viktige for dem.

Denne delen er basert på en gjennomgang av et mindre utvalg av intervjuene vi gjorde med ungdommene. Vi har valgt intervjuer slik at alle omsorgsløsningene er representert, og slik at vi inkluderer ungdommer som selv sier at TRT har hjulpet dem, og ungdom som sier at TRT ikke var til noen hjelp for dem.

Ungdommer som ikke har en klinisk signifikant effekt av TRT kan deles inn i tre grupper. Noen ungdommer går på én kurskveld og slutter deretter. TRT svarte ikke til forventningene, og passet ikke for dem og deres behov. Den andre gruppen forteller at de har lært nye teknikker og at de opplever en positiv effekt og føler seg bedre, etter å ha deltatt i TRT. Dette viser seg i barnas engasjement for TRT og egen opplevelse av bedre fungering, men endringene i symptomskåre målt med CRIES-8 er ikke klinisk signifikante, dvs. det er ingen eller små endringer i symptomskåre (mindre enn ett standardavvik). Disse ungdommene finner vi i alle de fire omsorgsløsningene. Den siste gruppen, som vi bare finner blant enslige mindreårige i EM-mottak og omsorgssentre, opplever ikke at TRT hjelper dem, men fortsetter likevel å gå på kurset. Til oss forteller de at kurset var bra, selv om det ikke fungerte for dem. Flere av dem ønsker å anbefale kurset til andre som kommer til Norge som asylsøkere (se beskrivelsene fra EMA under).

Det ser altså ut som det er ulike nivåer av, eller typer, effekt ungdommene kan få av TRT, noe flere av kurslederne også kommer inn på. På spørsmål om hvilket utbytte de trodde ungdommene hadde av TRT, svarer noen kursledere at for ungdommene kan et godt utbytte av et kurs favne bredere enn å anvende teknikkene og dermed få en tydelig nedgang i psykiske helseplager. En kursleder forteller om ungdommer som har hatt et positivt utbytte «der og da», men som av ulike årsaker ikke klarer å ta med seg teknikkene ut av TRT-rommet.

[...] Jeg tror det er mange ting som skjer i den gruppen her, det blir etter hvert en sterk fellesskapsfølelse, jeg tror de har respektert gruppereglene og ikke gått ut og

fortalt etterpå, så det har vært en trygghet der inne. Så de har jo følt at de har blitt tatt på alvor og fått dele, og vært i noe positivt, så det er veldig mye de har opplevd som positivt, [...]. Ja, ulikt type utbytte da, på en måte.

Det kan være at slike opplevelser av trygghet, at de blir tatt på alvor, bidrar til at det er en økning i livskvalitet blant ungdom i EM-mottak, som ellers gir uttrykk for mye håpløshet og utrygghet knyttet til asylsøknaden eller vedtak om midlertidig opphold.

En annen kursleder peker både på at ungdommene opplever at erfaringene deres blir tatt på alvor i gruppene, relasjonelle aspekter ved at de får ekstra tid med en voksen og positive tilbakemeldinger på seg selv og at kursene fungerer som en distraksjonsteknikk, en hyggelig stund som et avbrekk i stresset de opplever i hverdagen:

Tror de [ungdommene] synes at det var godt med noen som gjorde dette til ett tema, disse tingene her. For det er jo ting de bærer på, mer eller mindre ubebvisst, skulle jeg til å si, så at noen kommer og setter ord på det, og gjør det til et tema, tror jeg de synes var både godt og vondt. Og at noen bruker av tiden sin, og det å få litt voksentid, rolig tid, ute av mottaket, litt mat, litt hyggelig, litt feedback på hvem du er som person, det tror jeg var likeså viktig for å få dem til å møte opp hver gang. Det relasjonelle i det.

For å gi leserne et inntrykk av ungdommenes opplevelser, oppsummerer vi inntrykk fra tre grupper: 1) de som opplevde at TRT hadde hjulpet dem, og som ifølge selvrapporterte PTSD-symptomer hadde signifikant lavere symptomskåre etter TRT-kursene; 2) ungdommer som selv opplevde en effekt av TRT, men som på selvrapporterte PTSD-symptomer ikke hadde nedgang i, eller hadde en liten, men ikke-signifikant nedgang i symptomnivået; 3) enslige mindreårige asylsøkere som ikke opplevde at TRT hadde hjulpet dem med de psykiske plagene deres. I de to første gruppene er det representanter for alle omsorgsløsningene.

3.5.1 Barn og unge med klinisk signifikant effekt av TRT

Blant ungdommene som på intervjuet sa at de opplevde en positiv effekt av TRT, var det en gruppe som hadde en klinisk signifikant reduksjon i PTSD-symptomer på et eller begge måletidspunktene (T1 til T2 og/eller T1 til T3). Vi gjengir noen av temaene ungdommene brakte opp som viktige for dem. Her er intervjuer med fem ungdommer inkludert.

Teknikker som fungerer. Ungdommene har funnet sine favoritt-teknikker, og de opplever at det fungerer for dem. For en ungdom hjelper en av pusteøvelsene når han har angst eller er sint, en annen opplever at positive tanker før leggetid hjelper og andre liker øvelsen «Trygt sted».

Jeg har merket at før man sover, de tingene man tenker på, kommer til å være i drømmene. Før jeg sov begynte jeg å forestille meg at jeg har superpower og da drømte jeg om det.

Andre kan fortelle om minieksperimenter, som har fungert godt for dem. Et barn var redd for mørket, men etter å ha gått inn i et rom og slått av lyset, så tenkte hun: «Hvorfor var jeg så redd for mørket, det er ingenting her?». For flere er det lett å vite hvilke teknikker som fungerer eller som ikke fungerer: «Du vet hvilke kan hjelpe deg, og hvilke kan ikke».

Støtte til å øve. For å lære teknikker må det øves. Ungdommene som har hatt et godt utbytte forteller at de har øvd på teknikkene. Noen barn kan fortelle oss at de øvde mye i

starten: «Hver dag i begynnelsen, etter en måned, når jeg ble bedre, da ble det færre øvelser, fordi jeg visste hvordan jeg kunne kontrollere meg selv».

Noen ungdommer setter likevel ord på at det er utfordrende å huske hvilke teknikker man skal bruke i de situasjonene hvor man er svært redd. En gutt som har hatt god effekt av kurset forteller at han strever med å huske på teknikkene: «Nei, når jeg er redd, så jeg klarer ikke huske på de». For denne gutten kan det være viktig å ikke bli overlatt til seg selv med å øve på teknikkene.

Andre ungdommer som hadde god effekt av kurset, synes teknikkene var lette å lære, og forstod selv når de skulle bruke dem: «Men det var ikke så vanskelig, det var et enkelt kurs, det var ikke så komplisert». Noen av dem ønsket ikke noe hjelp til å huske på teknikkene, dette husker de selv. En forklarer at kurslederne har beskrevet teknikkene på et ark som ble delt ut til deltakerne, som de kunne bruke for å lære seg teknikkene, om de ikke husker. En annen opplevde at det bare var å spørre om hjelp hvis hun ikke fikk det helt til. «Det har skjedd at jeg gjorde teknikkene litt feil, men så kom jeg tilbake til kurset, og jeg gjør det riktig med kurslederne, og da kommer jeg til å huske det på den riktige måten».

Relasjoner. Flere av ungdommene vektlegger relasjonene som ble skapt i gruppen, både til kurslederne og til jevnaldrende. Noen uttrykker tydelig at de liker å være sammen med kurslederne. Det er noen som bryr seg, og det er en positiv ramme rundt kurset for å utvikle nye relasjoner.

At vi snakker, at vi hadde en sånn god ting, også etter vi var ferdig med kurset, vi spiser sammen, også vi snakker med lederne, det var ikke sånn kurs som du holder, snakker og bare går.

Tro på at noen vil hjelpe. En ungdom med god effekt av TRT, uttrykte betydningen av å oppleve at det var noen som virkelig ønsket å hjelpe. Troverdigheten til kurslederne, men også relasjonen til kurslederne ble skapt og forsterket gjennom TRT, og vi forstår at dette var et viktig vendepunkt. TRT-kurset var en vellykket prøverunde for å kunne oppsøke mer hjelp.

Før jeg startet på TRT, så hadde jeg en ide om at folk rundt meg som prøvde å liksom hjelpe meg, gjorde det bare for å virke snill. Men når jeg var med på TRT, så så jeg virkelig at kurslederne virkelig ville hjelpe oss, at de virkelig ville at vi skulle ha det bra. Teknikkene var veldig bra, ikke for å glemme, men for å kontrollere og roe ned de vonde minnene og smertene og ta kontroll på det. De folkene som er bak TRT og kurslederne, dem har gitt meg tro på at det er noen som vil hjelpe meg, for dette, jeg slet mest med å stole på folk. Stole på voksne som vil, er det noen som vil meg bra. Så det har gitt tilbake håp, det er noen som bryr seg, det er noen som gjør, vil, at skal hjelpe meg, ikke bare snakke at alt kommer til å gå bra.

3.5.2 Barn og unge som opplever effekt av TRT

En gruppe ungdommer på tvers av omsorgsbetingelser opplever at TRT har hatt en effekt på problemene deres, og de føler at de fungerer bedre, selv om det ikke er reduksjon i PTSD-symptomer, eller nedgangen er liten (ikke klinisk signifikant). En ungdom forteller om opplevd effekt under kursdagene og er inkludert i denne gruppen, selv om han i ettertid ikke klarer å bruke teknikkene grunnet avslag på asyl-søknaden. Dette avsnittet baserer seg på samtaler med fire ungdommer.

Teknikker som fungerer. Flere av disse ungdommene beskriver teknikkene som effektive og hjelpsomme for seg. Én forteller at alt er så enkelt, det er bare å bli med på en aktivitet, så forsvinner de dårlige tankene. En annen ungdom fortalte at teknikkene har hjulpet henne så mye at hun nå klarer å følge med på skolen.

Før, på grunn av alle de her tankene som jeg har fortalt, så slet jeg veldig mye med å være med i timen. Når læreren snakket, så var jeg i en helt annet verden, tankene tok meg andre plasser, andre ideer og verdener. Men etter at jeg begynte å jobbe med det, så begynte jeg å jobbe med å nei, jeg skal ikke. Og så ha en kamp med tankene mine om å konsentrere seg. Også litt og litt, så begynte jeg å følge med hundre prosent i timen og ikke følge drømmene på en måte, å dagdrømme.

Som i den andre gruppen, forteller ungdommene også her at de fort merker hvilke teknikker som passer for dem og ikke. De bare kjenner på øvelsen når de øver på den, og da merker de med en gang om det fungerer for dem eller ikke.

Det var en del teknikker, som uansett hvor mye vi øvde, det påvirket ikke, det hadde ingen effekt. Og det var en del teknikker, da vi gjorde det med en gang, vi skjønte effekten, vi merket effekten. Den hjelper.

Distrasjoner. For noen fungerte også kurset i seg selv som en teknikk – en distraksjonsteknikk: «Jeg tenkte at hvis det [TRT-kurset] ikke hjelper, jeg kan gå der og liksom distrahere meg». Denne ungdommen peker på problemene med å anvende andre distraksjonsteknikker i hverdagen

Jo, det er mange andre teknikker også, for eksempel at vi må gjøre oss opptatt av andre ting for å distrahere oss, men det går ikke. Og vi har ikke nok penger, får ikke nok penger, bare 1200 kroner, hvis jeg går på trening for å distrahere meg, da har jeg ikke nok penger til å spise mat.

Sosialt i gruppa. At TRT-gruppen oppleves som et fint sted, vil være viktig for læring. Noen beskriver den som et sted hvor de hadde det gøy sammen, andre forteller at de ble bedre kjent og kom nærmere hverandre, og andre møtte på kurs hver gang for å være sammen med de andre guttene. Ungdommene, både de vi intervjuet og andre vi bare pratet med under datainnsamlingen, sa at de aldri hadde snakket om de vonde opplevelsene sine. For mange ble TRT-samlingene et sted der de følte for første gang at de kunne få det bedre – ikke verre som de fryktet – ved å fortelle.

Vi ble mye nærmere, knyttet mer til hverandre. Vi ser på hverandre mer som en hemmelig gruppe kan man si

Det er noen ting som man ikke klarer å dele med andre utenom sånne steder og sånne grupper. Det er veldig behagelig å få det ut, prate om det.

Høre andres historier. Vi spurte ungdommene hvordan de syntes det var å høre hvordan de andre hadde det. Ungdommene vektlegger at det er trist at de andre har hatt det vanskelig. Det er likevel flere som sier at det var fint. Vi får inntrykk av at de ser mer av menneskene bak ansiktene når de lærer om hvilke dramatiske opplevelser de har hatt. Flere kan fortelle oss at de ikke visste at de andre hadde opplevd det samme som dem, og at de ikke snakker med vennene sine om disse erfaringene. For en ungdom vi intervjuet, har disse historiene skapt en bevegelse i han selv. Han forteller at når han hørte om de andre som hadde det vanskelig, så bestemte han seg for at han ikke måtte gi opp selv.

Jeg hadde også dårlige tanker, men jeg bare kastet de bort etter å høre med de andre, nei, hvorfor det? Du kan kjempe mot det, du kan bli bedre! Det er ikke verre sånn du har!

En annen gutt synes det var fint å være en av dem som deler, og opplever at det var godt å dele det han hadde inni seg.




Men på det kurset, så hørte man ting og man får delt det du har inni seg, så blir man litt letta. Det hjelper å snakke om det, noen ting hørte man fra andre, man lærer litt, så er det litt lettere.

Flere av ungdommene sier at de ikke var klar over at de andre hadde de samme erfaringene som seg selv. En forteller at han ikke visste at de andre hadde vært gjennom så vanskelige ting, og deres historier fikk han til å tenke på sine egne opplevelser. Det gjorde han både stresset og nervøs. For han var det viktig at de hadde lært strategier til å håndtere dette.

Da de fortalte om sine hendelser eller opplevelser, det fikk meg til å minne på mine egne opplevelser. Når de fortalte om sine familier, eller de blir spurt om hvordan de hadde det, og de fortalte om sine, at det hadde skjedd noe sånt med broren min eller det hadde skjedd med faren min eller det er noen som har vært i en bombeeksplosjon, og da jeg hørte det, det fikk meg til å tenke mine egne opplevelser. Det fikk meg til å bli trist og bli nervøs, men de [kurslederne] var der og de snakket mye med oss og de fortalte oss mange ting, hvordan kan vi håndtere den vanskelige situasjonen, og hvordan kan vi takle den sorgen som vi har.

For en annen ble delingen av tidligere erfaringer med på å styrke båndet i gruppen og med hverandre.

Når jeg hørte dem fortelle, jeg hørte at det kom fra hjertet. Og at de var lei seg, hadde vondt, var redd mens de forteller, fordi de husket det, og samtidig ta det ut, det er ikke lett liksom, å fortelle det foran vennene dine, som du ikke egentlig er så god venn med. Også følte jeg at vi kunne hjelpe hverandre, i den her lille hemmelige gruppen, på en måte. Du er trygg å fortelle hva du vil, og det er bare vi som skal støtte hverandre, det er ikke noe å være redd for å fortelle, samtidig at, også når vi er utenfor TRT, vi vet jo sånt om hverandre, vi kan se på hverandre og få, «jeg ser deg», og hjelpe hverandre utenfor. Han vet at jeg vet om alt sånn, at hun eller han kan komme til meg og få hjelp eller trøst, for vi skjønner hverandre, vi er med på den lille gruppen.

-  Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom de estimerte effektene av TRT, og ungdommenes egne erfaringer og opplevelse av effekten.
-  Selv om sannsynligheten for at TRT hadde en effekt i EM-mottak og omsorgssentre bare var rundt 50 %, bekrefter intervjuene at det finnes deltakere i disse omsorgsbetingelsene, både med og uten klinisk signifikant reduksjon i PTSD-symptomer, som har fått hjelp av kurset.
-  Dette er bakgrunnen for at vi anbefaler en fortsatt implementering av TRT, ikke bare i ordinære mottak og bosettingskommuner, men også blant enslige mindreårige asylsøkere i omsorgssentre og EM-mottak.

Men det fremkommer av sitatene under at det også er en betydelig gruppe ungdommer i EM-mottakene og omsorgssentrene som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg TRT, på grunn av utilbørlig annet stress i hverdagen sin.

3.5.3 Barn og unge som ikke opplever effekt av TRT

Noen ungdommer forteller at TRT ikke hjelper, og at de verken har lært eller øvd på teknikkene. Vi finner heller ingen signifikant effekt av TRT på selvrappporterte PTSD-symptomer blant disse ungdommene. Dette er primært ungdommer på omsorgssenter og i EM-mottak, som har fått avslag på søknadene sine, eller midlertidig opphold til de blir 18 år. De er sterkt preget av frykten for å bli deportert til Afghanistan, og av at hverdagen og situasjonen deres er altfor stressende til at de kan tilegne seg noe som helst av læring. Vi inkluderer her tre ungdommer sine betraktninger om TRT-kurset.

Teknikkene var bra, men kurset har ikke hjulpet. Ungdommene som vi har snakket med, og som sier at de ikke har hatt noe utbytte av kurset, har likevel hatt godt oppmøte, og forteller oss at de synes TRT var bra.

Likte jo å gå på kurset, men jeg så meg ikke i det, at jeg kunne gå for det, gå skikkelig i det, lære det

Sånn i helhet, alt var bra med kurset, men det hjalp ingenting

Hva er det som får ungdommene til å gå på et kurs som de selv opplever at ikke fungerer? For noen av dem vi snakket med, var det omsorgspersonene som oppmuntret dem til å fortsette på kurset og sa at det kunne hjelpe dem senere, selv om det ikke hjalp nå. Noen ga uttrykk for at de syntes at kurset var bra, men at de ikke brukte teknikkene. Vi ble også fortalt at teknikkene var morsomme, selv om ungdommen selv ikke trodde de ville fungere. Andre hadde et håp om at teknikkene skulle kunne være nyttige senere. I tillegg bidro oppmuntring fra omsorgspersoner og trivsel på kurset til at ungdommene vi snakket med ønsket å fortsette på TRT.

Frykt og stress hindrer læring. Mange ungdommer i EM-mottak og omsorgssentre gir tydelig uttrykk for at de opplever håpløshet, er slitne, og ikke har mer energi å hente til å lære nye ting. De opplever at teknikkene ikke fungerer når de har det som de har det. Vi spør en ungdom om han kan forklare litt nærmere, og om han tenker at teknikkene ikke har effekt eller om det er situasjonen som gjør at det ikke gir effekt for han.

Både og, jeg har troen på at det hjelper, men at det ikke hjelper meg akkurat nå. Det tror jeg kommer av at jeg er så urolig, at det er så mye surr i hodet på meg, det svaret jeg har fått, at jeg skal bli sendt tilbake til Afghanistan, det er litt sånn som å bli dømt til døden, altså jeg tenker stort sett bare på det at jeg skal tilbake dit. Og det er veldig vanskelig å liksom ta disse greiene og rare teknikkene. Jeg føler man må litt ... Roen må være der. Det funker hvis det er ro og plass og rom til det.

Ungdommene som ikke opplever effekt av kurset deler sterke skildringer av hvordan det er å vente på svar på asylsøknaden sin. De forteller at de ikke har plass til andre ting og at hodet er fullt av stress og bekymringer. En ungdom som venter på svar på søknaden sin forteller at dette «bor i hodet hans».

Jeg kan jo si det jeg mener, det jeg føler. Jeg har ikke plass til noe annet føler jeg, enn noe annet enn saken min, og grunnen til at man ikke klarer å orke og stå imot den

ventetiden, jeg har ventet såpass lenge at nå bor dette her i hodet på meg, på en måte, det har det gjort ganske lenge nå, det er ikke rom for andre ting akkurat nå, uansett hvor jeg er eller hvor jeg legger meg og sånn, så er det disse tankene.

Frykten for fremtiden senker et glemselens slør over teknikkene. Flere forteller at frykten for å bli sendt tilbake er gjennomgripende, og at de ikke klarer å øve på teknikkene nå. De husker ikke teknikkene og får ikke til å øve. De husker ingen av teknikkene, men har likevel lagt merke til hva de andre guttene sa at man kunne finne på for å distrahere seg fra tankene sine. Hva de jevnaldrende har brakt med seg inn i gruppen, hadde for noen større betydning enn de konkrete teknikkene som har blitt gjennomgått av kurslederne.

En annen ungdom forteller at det er veldig vanskelig å øve. Han tematiserer at han synes det er vanskelig å overføre teknikkene han lærer på kurset til situasjoner hvor han trenger å bruke dem.

Det er litt lenge siden, det er så veldig mye annet som skjer med oss og i hodet og i livet og at man ikke klarer å ha hodet klart og få det inn. Jeg husker nesten ikke hva jeg spiste i går. Når de [kurslederne] forklarte det sånn, virket det veldig lett og synes teknikkene, at det følte greit ut, på en måte. Men når man var inne i situasjonen og du skulle teste det ut, prøvde det, så er det ikke så enkelt at man kunne få det til, da blir ikke det, det ga ingen mening, at jeg ikke klarte bruke de teknikkene. Ja, da er det veldig vanskelig å få hodet og tankene og samle det og, og bruke det på det du har hørt og lært, det er veldig vanskelig.

Flere beskriver at det ikke er noe som kan hjelpe dem, når de har så mange tanker om hvordan det skal gå med dem. Noen tror også at selv om de faktisk lærer seg teknikkene, så vil det ikke hjelpe dem. En mener at det hadde vært lettere om han hadde vært et sted hvor han visste han skulle bli.

Jeg synes kurset var fint, det var bra. Men jeg mener jo det, altså sånn med meg da, jeg tenker jo, alt mine tanker og det jeg har oppi hodet, det har med dette å gjøre, om jeg er her eller ikke, og om jeg blir kastet ut og sendt til Afghanistan, og hva som jeg skal gjøre der, at jeg holder på å bli gal, et annet sted sånn som Iran at der er det også ikke muligheter å dra tilbake til og sånne ting, og jeg føler at dette med å få hjelp, den første hjelpen burde jo være dette med at man får et sted å forholde seg til, nå er du her, også vil jeg tenke at disse tingene blir enklere, å praktisere og at man kan få utbytte av det. Så jeg mener at det ville vært ikke til stor hjelp for dem som er som meg, som har så mye tanker rundt det andre. Dette med saken og opphold.

I denne situasjonen kan likevel ulike distraksjonsteknikker være nyttige. Ungdommene setter ord på hvor fullt hodet er, og hvor vanskelig det er å leve med bekymringene sine, og sier selv at det de trenger hjelp med er å bli distraheret.

Sånn som oss, som har fått avslag, og har alt det negative, og alt, tankene går bare den veien, da blir det veldig vanskelig. Øvelser eller programmer for oss som har fått avslag, jeg mener det er en bedre med å hjelpe til, hvis man skal hjelpe til, at man har aktiviteter og sånne ting, og får rett og slett, får det ut, altså aktiviteter, at det heller vil heller hjelpe i den situasjonen vi er i. Noe sosialt, noe man blir glad av. Fotball, kampsport og sånn, få hodet et annet sted for en tid.

Ønsker likevel TRT. Selv om noen ungdommer mener at teknikkene ikke hjelper dem, er det flere som presiserer at det er deres opplevelse, og at de tror teknikkene hjelper andre, eller at det kunne hjulpet dem om de hadde vært i en annen situasjon. Med andre ord, de

mener at TRT kan være nyttig, selv om det ikke treffer dem. Vi kan spekulere i om dette kan forklarer at de gir gode tilbakemeldinger på kurset, selv om de ikke klarte å utnytte kursets innhold til det fulle.

[...] For flyktninger her, så ville disse tingene hjelpe, det de sliter med. Sånne øvelser som de hadde der, avspenningsøvelser, det er folk som er stressa og stive, og dette er noe man kunne lære der, sånn avslappende. Man kunne teste dette før man skulle legge seg.

Jeg synes, selv om det ikke har hjulpet meg, jeg vil jo at den hjelpen her skal være tilgjengelig, det kan være gutter her, som jeg bor med, som kan hatt utbytte av dette og hjulpet dem, eller at dere har vært andre steder, i andre byer, kommuner og mottak, og at det har hjulpet der. Vil jo det. Man skal fortsette, det er jo alltid noen som har behov for det, og det er ikke sikkert det, at det ikke hjelper meg, at det ikke hjelper andre.

Disse ungdommene, som har fått avslag på asylsøknaden sin, som frykter deportasjon når de fyller 18 år, eller som har gått i spenning på hva avgjørelsen på asylsøknaden deres vil bli i urimelig lang tid, opplever et så stort stress i hverdagen sin, at det går ut over helsen. De beskriver selv hvordan disse faktorene påvirker deres kognitive fungering, slik at de hverken kan lære eller huske, gir dem angst og følelser av håpløshet for fremtiden. Reaksjonene på stresset de opplever i hverdagen, overskygger reaksjonene på de traumatiske opplevelsene de hadde før og under flukten til Norge.

- ✚ TRT-manualen, i dens nåværende form, er ikke beregnet på denne klient-gruppen.
- ✚ Det virker som mange av disse ungdommene ikke klarer å ta tak i traumereaksjonene sine, før de klarer å håndtere stresset i hverdagen sin bedre.
- ✚ Det er ikke tvil om at disse ungdommene trenger hjelp, de har skåret høyt på PTSD-symptomer i utgangspunktet, og gir tydelig uttrykk for at de også sliter med angst og depresjon i tillegg.
- ✚ Det er ønskelig med en TRT-manual som er bedre tilpasset denne gruppen asylsøkere.

3.6 Oppsummering av ungdommenes erfaringer med TRT

Gjennom intervjuene med ungdommene fikk vi innblikk i at det kan være dårlig samsvar mellom hva ungdommene rapporterer på spørreskjemaene, og hvordan de opplever og tenker om hva TRT-kursene har betydd for dem. Riktignok er det en gruppe ungdommer som både rapporterer en signifikant reduksjon i symptomnivået etter deltakelse i TRT, og som gir uttrykk for å være svært fornøyde med effekten av teknikkene. Det er også en betydelig gruppe som rapporterer små eller ingen endringer i PTSD-symptomer, men som likevel opplever at TRT-kurset har hjulpet dem til å fungere bedre i hverdagen, og at de har fått kontroll over traume-reaksjonene sine. Det er også interessant i denne forbindelse at den gruppen med ungdommer som *ikke* opplever at teknikkene de lærer på TRT-kursene hjelper dem med problemene deres, likevel opplever kurset som positivt.

Kombinert med resultatene fra spørreskjemadataene, styrker informasjonen fra intervjuene med ungdommene vår oppfatning av at TRT har gunstige effekter på psykiske plager og livskvalitet blant asylsøkende ungdommer og enslige mindreårige flyktninger.

4 Implementering av TRT i mottak, omsorgssentre og kommuner

I denne delen av rapporten behandler vi den andre hovedproblemstillingen i MiMK:

Hvilke faktorer fremmer og hemmer implementering av TRT-manualen i asylmottak, omsorgssentre og kommuner som bosetter alenekommende mindreårige flyktninger?

Dette spørsmålet dreier seg om forhold som bidrar til at kurslederne fullfører hver av de fem kursmodulene slik det er beskrevet i TRT-manualen, og om de gjennomgår de to foreldremodulene slik retningslinjene tilsier. Vi belyser disse problemstillingene gjennom informasjonen vi har fra intervjuene med kursledere, ledelse og øvrige ansatte i organisasjonene, samt fra nettverksseminaret vi organiserte med alle kurslederne etter at de hadde gjennomført TRT.

Vi ønsket å fange opp hvor enkelt eller hvor krevende det har vært å være tro mot intervensjonens idealer (Century, Rudnick, & Freeman, 2010). Vi fokuserte på hvilke individuelle og strukturelle faktorer som bidrar til eller setter barrierer for en vellykket implementering.

4.1 Fidelity

Etter hvert TRT-møte registrerte kurslederne på et standardisert skjema, fidelitetskjema, hvilke deler av «dagens program» de hadde gjennomført, dvs. innledende og avsluttende aktiviteter, samt gjennomgang av alle teknikkene. De noterte også kort hvorfor de eventuelt ikke hadde fulgt manualen.

På nettverksseminaret, gjennom intervjuene med kurslederne, og fra fidelitetskjemaet kom det frem at mange ikke fulgte TRT-manualen til punkt og prikke. Det er en eller flere kursledere som ikke har gjennomgått innledende og avsluttende aktiviteter eller samtlige teknikker på hver modul. Det var likevel modul 2 som har flest udekkede teknikker, bare 15% av kurslederne hadde gjennomgått hele programmet i denne modulen. De ga uttrykk for at de ikke hadde øvd på alle, bare beskrevet dem.

Av fidelitetskjemaet fremgår det at en del kursledere ikke har gjennomført den innledende én til én kontakten med deltakerne som er starten på hver modul, ofte fordi ikke alle deltakerne møtte presis, og det gikk bort en del tid til å oppspore dem. Flere kursledere har også utelatt den siste runden med positive tilbakemeldinger til den enkelte, gjerne fordi deltakerne begynte å bli rastløse og urolige når det nærmet seg slutten, gjerne fordi de skulle videre til andre aktiviteter. Derfor prioriterte kurslederne gjerne å gi felles tilbakemelding. Andre kursledere la vekt på å gi individuelle positive tilbakemeldinger underveis, og syntes det var unødvendig med en egen runde på dette til slutt. Det kan virke hensiktsmessig at rutiner for avrundning av gruppene, inngår i gruppereglene som deltakerne blir enige om på første kurs.

Vi får inntrykk av at det er en del praktiske forhold knyttet til å samle denne gruppen ungdommer, som må tas hensyn til når man i fremtiden skal planlegge nye kurs. Det er nok en stor fordel med felles skyss for de ungdommene som bor spredd i kommunene, for eksempel.

Poenget med å prate én til én, er blant annet at alle deltakerne på kurset skal føle seg sett og hørt, og etablere en rolig inngang til og utgang fra dagens TRT-tema. Det virker som om

særlig det å samle ungdommene til en rolig oppstart, var utfordrende. Det kan være lurt av kurslederne å ha en Plan B for slike situasjoner.

4.1.1 Kursledernes prioriteringer av teknikker

Den viktigste grunnen til at kurslederne lot være å gjennomgå enkelte teknikker, var mangel på tid. Det betyr at kurslederne gjorde prioriteringer om hvilke teknikker de skulle presentere for deltakerne. Øvelser som fremsto som vanskelige for dem ble prioritert bort dersom det var tidsnød, likeså øvelser *kurslederne* tenkte at deltakerne ikke ville like eller ikke ville synes var nyttige. Dette er uheldig, i og med at én av målsettingene med manualen, er å tilby deltakerne mange ulike teknikker, for å øke sjansen for at alle vil finne én eller flere teknikker som passer for dem.

Vi ser altså at kurslederne til en viss grad foretar individuelle tilpasninger av manualen, enten utfra praktiske hensyn, eller utfra eget skjønn. Vi antar at dette ikke er til å unngå, men vi vil anbefale at CAW tydeliggjør hva som er de viktigste prioriteringene i manualen, som det ikke bør forandres på.

4.1.2 Kursledernes vurdering av foreldremodulene

I utgangpunktet planla vi at kurslederne skulle gi de to foreldremodulene i TRT til alle relevante ansatte eller omsorgspersoner i organisasjonene. Denne delen av TRT ble imidlertid ikke gjennomført konsistent, og det er store variasjoner i *hvilken informasjon* omsorgspersonene har fått, og *hvem* som har fått informasjon. Særlig påfallende er det at informasjonen ikke har rukket ut til nattevaktene, som møter ungdommene på den tiden av døgnet de er mest sårbare.

Flere kursledere har gitt oss tilbakemeldinger på at de synes foreldremodulene ikke passer så godt til ansatte i mottakssystemet og bosettingstjenestene. De fleste av dem har fått opplæring i traumefokusert omsorg, de har vært på kurs og seminarer og lært om hvordan barn og unge kan reagere på traumatiske hendelser og de opplever derfor at foreldremodulene er for elementære for dem. De har ytret ønsker om at disse modulene tilpasses til og gjøres mer relevante for «profesjonelle» omsorgspersoner, en oppgave som CAW må være involvert i og ha ansvaret for.

Dette er noen eksempler på kontekstuelle faktorer som har bidratt til at kurslederne tok individuelle avgjørelser om tilpasninger av TRT-manualen. Det var først og fremst deres opplevelse av tidsbegrensninger og omfanget i hver kursmodul som var avgjørende for de valgene de gjorde. De påpekte også at foreldremodulene var lite relevante for omsorgspersonalet i organisasjonene.

I fortsettelsen skal vi diskutere viktige strukturelle faktorer som bidro til å fremme og til å hemme implementeringen av TRT.

4.2 Tre kriterier for vellykket implementering

Implementering omfatter alle de hendelsene, handlingene og avgjørelsene som er involvert når man skal anvende en intervensjon (Rogers, 2010), i dette tilfellet TRT. Det kan være nyttig å se på implementering som en prosess, og ikke en hendelse. Målet er å fremme strukturer og prosesser som sikrer at *effektive praksiser implementeres effektivt* (Fixsen, Naoom, Blase, & Friedman, 2005).

MiMK er unikt i TRT-sammenheng på den måten at intervensjonen har blitt gjennomført AV og MED organisasjonene. Det er nok mer vanlig at det er instanser uavhengig av de organisasjonene som har ansvaret for omsorg og oppfølging av ungdommene, som gjennomfører TRT-kursene. Vi tror likevel at de følgende analysene kan ha en viss generell verdi.

I overensstemmelse med kriterier fremsatt av Fixsen et al. (2005) har vi undersøkt tre viktige sider ved vellykket implementering av TRT i organisasjonene:

- ✓ hvorvidt det er endring i profesjonell atferd, det vil si om det er blitt mer kunnskap og kompetanse i organisasjonen som fører til endring av praksis
- ✓ hvorvidt det er endring i relasjonen til partnere, her ungdommene.
- ✓ hvorvidt det er endringer i organisasjonens struktur og kultur for å støtte endring i profesjonell atferd hos alle involverte ansatte

4.2.1 Mer kunnskap og kompetanse i organisasjonen

Vi spurte kurslederene om erfaringene deres fra TRT har fått konsekvenser for hvordan de jobber, for å få en indikasjon på om de selv opplever at de har fått mer kompetanse.

Alle kurslederene ga uttrykk for at TRT-kursene har bidratt til at de føler seg mer kompetente i forhold til arbeidet med ungdommene, og tryggere i rollen sin. De sier at de har lært teknikker med overføringsverdi til andre arbeidsoppgaver, de føler seg tryggere og de kan hjelpe til med spesifikke problemer. De forteller at de får mye informasjon om ungdommene gjennom kurset, og kan hjelpe dem til «å få noen knagger til å henge sine reaksjoner på». TRT har positive effekter på deres arbeid, var tilbakemeldinger vi har fått fra samtlige kursledere.

Føler at jeg har blitt mer trygg på meg sjøl i forhold til at jeg faktisk kan, har noe å bidra med, og gjennom de konkrete teknikkene, ser at enkle ting fungerer, og det har jeg brukt når jeg jobber på videregående og, med norske, men da har jeg hatt det litt i bakhodet og trukket fram noe av det, i forhold til angsttrappen og sånne ting, og jobbet konkret med det. Bruker ting fra den inn i individuelle samtaler, så det kommer jeg til å fortsette med (kursleder).

Foruten at kurslederene selv opplevde å ha fått tilført kunnskap, fikk vi også en historie om hvordan mer kunnskap i organisasjonen fikk utilsiktede positive effekter for resten av kommunen. Kurslederene ved et mottak fortalte hvordan deres TRT-kompetanse har bidratt til at mottaket er blitt anerkjent som et sted med mye kunnskap om traumer. De fortalte at da lærerne på skolen til ungdommene opplevde hvordan TRT hjalp dem til bedre fungering og læring, så fikk mottaket flere forespørsler om å bistå med å styrke skolens traumekompetanse, for å forstå barnas reaksjoner bedre: «Det er jo mange lærere som har ringt og spør, hva gjør vi nå?».

Gjennom samtaler med de øvrige ansatte i organisasjonene, erfarte vi likevel at det var flere steder hvor den nye kompetansen ikke ble tilført hele organisasjonen. Noen steder forteller øvrige ansatte at de ikke kjenner til intervensjonen eller ikke ser sin rolle i den. Med andre ord har ikke TRT bidratt til endring i profesjonell atferd for dem. Andre vi har snakket med kan derimot fortelle at de opplevde TRT som svært lærerikt. Disse tilbakemeldingene er beskrevet i større detalj i avsnittet «Variasjoner i informasjonsflyt».

4.2.2 Endring i relasjoner til ungdommene

Det andre kriteriet for vellykket implementering framsatt av Fixens et al., er om det skjer endringer i relasjonene til partnerne, det vil her si, til ungdommene.

Endring i relasjoner til ungdommene er et gjennomgående tema som ble fremhevet som positivt ved TRT i intervjuene med kurslederne. De fortalte hvordan TRT bidro til andre og bedre relasjoner med ungdommene som gikk på kurs. En kursleder beskrev betydningen av å jobbe «via relasjonen» når man jobber med denne ungdomsgruppen. Flere fortalte om hvordan relasjonen deres til ungdommene ble forbedret, og at de ble kjent med ungdommene på nye måter:

Helt klart, vi har en helt annen relasjon til dem i dag. Jeg ser mange av de guttene som har vært litt sånn, i kamp, egentlig, litt avvisende, de hilste jo på oss, men nå når vi kommer på hjemmebesøk til dem, så er de mer åpne, nå har dem fått en nøkkel til at vi kan jo snakke med dere og fortelle mer, og er, dem er veldig imøtekommende.

Så med en gang etter kurset [TRT-opplæringen, vår anm.] i Oslo, så begynte man å tenke på en helt annen måte, med å få kontakt med ungdommene på en helt annen måte [...] Bruke mer tid, sitte kanskje mer sånn på deres nivå og prate, og ikke bare sjekke puls, sant, sånn som det ofte er i en hektisk hverdag, så allerede før vi begynte, så tenkte jeg at her må vi, her må jeg i hvert fall bygge mer kontakt, mer relasjon med ungdommene, for jeg skal faktisk jobbe med dem [...] Jeg ble mer bevisst på meg selv etter TRT-kurset i Oslo, på meg selv at her må jeg jobbe med meg selv mot ungdommene på en annen måte for å få mer kontakt og bygge bedre relasjon med ungdommene, så jeg begynte med en gang når jeg kom hjem, at her må vi gjøre ting litt annerledes.

Her beskriver kurslederne en toveisprosess. Ikke bare forteller de at ungdommene er mer åpne mot dem, men de viser også til en bevisstgjøring hos seg selv og i forhold til relasjonene de bygger til ungdommene. TRT-kursene ga dem en innsikt som fikk betydning for måten de arbeidet med ungdommene på.

Noen legger vekt på at TRT bidro til å etablere et positivt forhold til barna der de kan åpne seg mer, «på en forsiktig og kontrollert måte egentlig, ikke tilfeldig. Vanligvis dukker det opp veldig mye tilfeldig i en samtale, og her har du rammene og litt kontroll». På TRT-kursene var det en ramme og et rom hvor både kursleder og barn følte seg trygge nok til å ta opp vanskelige temaer.

En kursleder beskrev relasjonene som noe av det de fikk aller best til, at forholdet til ungdommene ble styrket ved at de ble bedre kjent, og forsto dem bedre. Likevel, dette opplevde de også som et tveegget sverd fordi de pga. omorganisering og redusert bemanning i mottaket ikke hadde mulighet til å jobbe videre med relasjonen etter at TRT var avsluttet. Her tematiserer kurslederne hvordan en etablert relasjon forplikter i etterkant, og hvordan de opplevde å ikke kunne følge opp dette. Hvem som velges som kursleder er avgjørende for at TRT skal være et bærekraftig tiltak.

[...] På det tidspunktet vi var ferdig med det kurset, så var jeg over i en ny jobb[...]. Og du [til den andre kurslederen] jobbet jo aldri med ungene på mottaket, [...], og det var jo det som vi kjente på etterpå, for nå hadde vi jo fått en relasjon til de ungene og fått masse informasjon, og vi kunne egentlig vært i en kjempeposisjon til å følge dem opp videre, så var vi ikke det på grunn av jobben. Det var litt sånn, oj...

Kurslederne opplevde altså at relasjonene mellom dem og ungdommene forandret seg. Vi fikk også noen eksempler på at ungdommene overførte disse erfaringene til andre ansatte i organisasjonene. Vi tror at dersom det jobbes enda bedre med forankring av TRT i organisasjonene (se nedenunder), så vil dette merkes tilsvarende bedre ikke bare blant kurslederne, men også blant øvrige ansatte.

4.2.3 Endring i organisasjonenes struktur og kultur, for å støtte endring i profesjonell atferd hos ansatte

For å vurdere om TRT førte til forandringer i «organisasjonenes struktur og kultur» i retning av å støtte endring i profesjonell atferd hos de ansatte, vurderte vi at følgende forhold måtte være til stede: 1) Intervensjonen måtte være forankret i en ansvarlig ledelse, 2) Intervensjonen måtte være forankret i hele personalet, og 3) Det måtte være strukturer som fremmet gjensidig informasjon.

Vi anser at gjennomføringen av de to foreldremodulene er avgjørende for å forankre intervensjonen i personalet. Fordi det bare er barna i de ordinære mottakene som har foreldrene tilgjengelig, planla vi at når det gjaldt de enslige mindreårige skulle i stedet ansatte i organisasjonene som har omsorg for dem, altså omsorgspersonene, gis opplæring i de to foreldremodulene.

Hensikten med disse modulene er å forbedre kommunikasjonen mellom barn og omsorgspersoner om traumerelaterte temaer, og at omsorgspersonene skal være orientert om hva barna holder på med, slik at de kan hjelpe dem til med å øve på teknikkene. Foreldrene og øvrige omsorgspersoner skal kunne fungere som kursledernes forlengede arm, og sikre at barna blir fulgt opp og blir minnet på teknikkene ved behov. Involverte ansatte kan lettere bistå barna og støtte dem med å lære teknikker. En manglende forankring blant foreldre og andre omsorgspersoner (øvrige ansatte) ved at de ikke har fått opplæring i foreldremodulene, eller at de ikke forstår hensikten med intervensjonen, kan være en barriere for en vellykket implementering av TRT.

Forankring i ledelsen. Ledelse påvirker hvor effektivt nye prosesser implementeres (Caldwell, Chatman, O'Reilly III, Ormiston, & Lapiz, 2008) og har naturligvis en nøkkelrolle i dette prosjektet. Forankring av MiMK i organisasjonenes ledelse har derfor vært en nødvendig målsetting. Lederne har løst dette ulikt, og det varierer hvor tett de har fulgt opp og lagt til rette for gjennomføringen av TRT i deres respektive organisasjoner. Noen har fulgt prosessen tett og vært sterkt involvert, mens i andre organisasjoner har TRT kommet i tillegg til mye annet, og ansvaret for prosjektet ble i større grad overlatt til TRT-kurslederne.

Min involvering har vært å tilrettelegge for det, å stille med ressurser, stille med mulighet for vikar når det her er ... Det er jo fordi at jeg har sagt 'go', at det har blitt og at vi stiller oss så bak det at det vært mulig å gjennomføre det. Men grovarbeidet er det kursleder som har gjort, og hun har gjort en fantastisk jobb i forkant, og det er der nøkkelen til at vi har lyktes så godt, fordi det er gjort et så enormt grundig forarbeid fra henne (leder).

Det er mye aktivitet i organisasjonene som deltok i MiMK, med mange pålagte oppgaver og daglige gjøremål. I tillegg har forestående endringsarbeid i organisasjonen eller andre forhold noen steder bidratt til at ledelsen er mindre involvert. Blant annet har gjennomføring av TRT flere steder skjedd parallelt med omleggelser i tjenesten og nedbemanning. Dette har ført til at kurslederne får et større ansvar for gjennomføringen

av intervensjonen, og flere steder synes det som om TRT i større grad var forankret i enkeltpersoner enn i organisasjonen. Mange kursledere forteller at de opplever at gjennomføringen av TRT var deres ansvar. Dette kan gjøre intervensjonen mer sårbar når det skjer endringer i personalgruppen, og kan føre til at kurslederne opplever å måtte holde i prosjektet alene.

Vi samorganiserte også to avdelinger, så det var litt sånn mye som skjedde på en gang, så de [kurslederne] fikk holde i dette prosjektet litt selv da, ikke sant, så hadde jeg mye med den samorganiseringen å gjøre, men prosjektet ruslet jo og gikk, men de fikk et veldig stort ansvar for å drive det selv (leder).

Det foregår fryktelig mye på en avdeling. Det er nok litt sånn, det er det 'Kari' som driver med det der, det har nok lett for å bli sånn (ansatt).

Jeg føler mye det har vært litt 'mitt prosjekt' her på mottaket (kursleder).

Som vi har påpekt noen ganger, hadde MiMK stramme tidsrammer. Det gikk noen ganger utover organisasjonenes muligheter til å planlegge hvordan TRT kunne tilpasses øvrige aktiviteter. Noen organisasjoner har allerede tatt tak i denne utfordringen og inkludert TRT i sin årlige aktivitetsplan for neste år. En av de viktigste oppgavene til lederne er å legge forholdene godt til rette for å forankre intervensjonen i personalet. Vårt inntrykk var imidlertid at dette ansvaret i stor grad ble overlatt til kurslederne.

Forankring i personalet. I prosjektskissen til MiMK understrekte vi at TRT burde være godt forankret i personalgruppen, og at øvrige ansatte skulle fungere som kurslederens forlengede arm i forhold til å oppmuntre ungdommene til å øve på teknikkene. I våre intervjuer finner vi eksempler på at dette har fungert svært godt, mens det i mange organisasjoner var mer utfordrende, særlig pga. de korte tidsrammene i MiMK.

I en organisasjon fikk en av de ansatte en særlig aktiv rolle da hun måtte fungere som tolk pga. problemer med fremmøtetolken. Hun var svært positiv til TRT, og bidro også med praktisk tilrettelegging og støtte for at ungdommene skulle kunne øve.

Der måtte jeg tolke, og samtidig suge til meg kunnskap. Det var veldig spennende. I tillegg så ble jeg involvert i leksene, på en måte. De oppgavene som de skulle gjøre synes de var veldig vanskelige, og de er veldig late med lekser generelt, så enda en lekse. Og unnskyldningen med at det var vanskelig med norsk å forstå. Da oversatte jeg det til arabisk, også var det 'åå, jeg skal sitte og lese når jeg skal legge meg'; da tok vi lydopptak av det, så måtte de bare høre på min stemme når de skulle legge seg. Noen synes det var veldig morsomt, noen følte som om jeg var der, og ikke komfortabel med å ha læreren med seg! (ansatt)

Dette er et godt eksempel på hvordan involverte ansatte kan være viktig bidragsytere i TRT, gjennom å hjelpe ungdommene å øve på teknikkene.

Andre steder har personalgruppen vært mindre involvert i TRT, og opplever at TRT var noe som skjedde utenfor dem. En av de vi snakket med hadde fått en mail, men var ellers lite orientert om TRT-prosjektet.

«Hadde jeg visst litt mer, så kunne jeg vært litt mer aktiv, og vist litt mer. [...] Og når du sa at vi skulle ha en sånn type foreldrefunksjon, så, det vil ikke jeg kalle det for, mer en sjåfør!» (ansatt).

Informasjonsflyt. For at omsorgspersonene skal kunne bidra med støtte og hjelp, både til ungdommene og til kurslederne, er det en forutsetning at de har fått nok informasjon både om hva TRT-kurset går ut på og om de ulike teknikkene. Informasjonen som gis om TRT gjennom foreldremodulene er det viktigste redskapet i denne formidlingen. Mange kursledere har også benyttet andre kanaler for å informere om TRT. Vi går her gjennom variasjoner i informasjonsflyt, utfordringer som aktørene peker på og mulige måter å tilrettelegge for bedre informasjonsflyt.

I flere organisasjoner opplever ansatte god informasjon og sier at de ble jevnlig oppdatert om hva som skjedde på TRT-kursene. En ansatt understrekte at konsekvensene av å ikke få all denne informasjon ville vært at hun ikke hadde forstått betydningen av kurset. Hun ville tenkt på det som bare en samtale der man lærer teknikker, og forteller her at hun med god informasjon hadde mulighet til se ungdommene, fordi hun visste hva hun skulle se etter.

Vi fikk informasjon, alltid. Underveis, etter hvert møte, teamtid, så kom hun [kursleder] og forklarte hva som har skjedd, hvilke tema de har tatt, hvordan [deltakerne] reagerte, om det var noe spesielt, passe på at vi ikke får med oss hvem [den enkelte deltakeren er], men at det skjedde en utvikling, at her var en reaksjon, at [deltakeren] ikke har skjønt helt, så vi har fått med oss hele tiden informasjon (ansatt).

Kurslederne ga informasjon til sine kollegaer gjennom flere kanaler, som nyhetsbrev, mailer, formelle og uformelle møter, informasjonsskriv og annet materiale. En ansatt forteller at kurslederen laget en plakat som visualiserte noen av teknikkene, og gjorde den tilgjengelig for de øvrige ansatte i organisasjonen.

Kursleder har laget [plakat med] muskelavspenning, ja, sånn på hvordan man gjør muskelavspenning, den henger på begge kontorene, og det bruker vi med mange av ungdommene. Et par som ikke har vært med på kurset, som har veldig godt av det. Det er spesielt en som blir veldig sint og synes ting er veldig vanskelig, han går og venter på svar, og er veldig spent i hele kroppen, og en som ble 18 som og er veldig spent i kroppen. Og dem bruker vi det med. Sitter jeg og gjør det, også hermer han etter. Det hjelper. Det at det henger på tavla på kontoret gjør at jeg husker det, ser det liksom hver dag, hele tiden (ansatt).

Andre steder var ikke informasjonsflyten like god, og dette gikk ut over de ansattes engasjement og muligheter til å bistå ungdommene med teknikkene.

I utgangspunktet er jeg veldig positiv til opplegget, men jeg synes jeg har fått for lite informasjon (ansatt).

Hadde ikke kunnet hjelpe med teknikker. Jeg kunne ikke, jeg har ikke lært noen av de teknikkene der sånn at jeg kunne lære, sånn at jeg kan være forlenget til de, det har jeg ikke. Det bør det jo være. Det er jo ofte vi som ser hvis de sliter (ansatt).

Andre ansatte har fått informasjon, men ikke sett sin rolle i prosjektet. En av kurslederne tenker at mye av dette handler om organisering og utfordringer med en dialog mellom TRT-kurset og ungdommenes hjem. Hun mener at kurslederne kanskje tror at de andre ansatte ikke støtter dem i arbeidet, men at det kanskje heller handler om at de øvrige ansatte ikke ser sitt ansvar oppe i det. «Jeg tror de tenker at dette er et kurs der ungdommen skal lære noe, også blir det ordnet her, ikke nødvendigvis at de skal gjøre noe hjemme». Dette samsvarer med hva noen av de øvrige ansatte forteller oss.

Vi har fått... Muligheten har vært der ja, til og... Hvis jeg hadde hatt anledning til å sette meg inn i det [...] Så jeg tenker, jeg har ikke sett det som om det her er noe som jeg skal inn i (ansatt).

Til tross for at ansatte i mange organisasjoner har opplevd å være godt orientert om innholdet og fremdriften i TRT-kursene, er det vår oppfatning at de i liten grad har hatt nok kompetanse og innsikt i teknikkene til å kunne hjelpe ungdommene med dem ved behov. Det virket som de færreste hadde oppfattet at det var en del av «TRT-pakken».

Arenaer og rutiner for informasjonsflyt. For å sikre en solid forankring av TRT i personalet, er det nødvendig at organisasjonene har strukturer som sikrer informasjonsflyt mellom aktørene. Mange av informantene, både kursledere og lederne i organisasjonene, understrekte ledelsens rolle når det gjelder å skape arenaer og rutiner for informasjonsflyt.

Jeg tenker at ledelsen må ta noe av det, sant, for å være sikker på at det når helt igjennom. Så tenker jeg at ledelsen må ta noe på det. Og så må vi følge det opp med informasjon kontinuerlig og sånn, men de må vite at de må være interessert i det som skjer, at deres rolle er viktig oppi dette her. At ikke det er sånn at de bare skal ta imot informasjon for å notere seg bak øret, men at de aktivt skal gjøre noe i forhold til ungdommene når de går på kurs (kursleder).

Fra ledelsens side må det kommuniseres tydelig hva som er forventningene til øvrige ansattes involvering. Kurslederne opplever ikke at de selv har myndighet til dette.

Sånn at det er jo noe der som gjør at når da kuratorene her for eksempel sender ut en melding om at dere som er på jobb må komme inn på informasjonsmøte for jeg har to gutter hos deg som skal gå på dette, så prioriterer de det vekk med noe annet, ikke sant. Så det tenker jeg at handler litt om en blanding av den forståelsen og informasjonen og kanskje og tydelighet fra ledelsen om hva som er forventning, (leder).

Nattevaktens rolle. Omsorgssentre, EM-mottak og noen enheter i kommunene er døgnbemannet, og nattevaktens rolle trekkes frem av flere. I samtaler med øvrige ansatte kommer det frem at det er viktig at nattevaktene også må lære teknikkene, og at man derfor bør finne møtearenaer hvor også de kan delta.

«Det er bedre å legge det til et sånt felles [møte] der vi alle er. Der nattevakter og der alt er, det kommer jo ofte på natten kan det komme, sant, så hvorfor skal ikke de lære teknikkene som vi som jobber på dagtid har» (ansatt).

Flere av de vi har snakket med hadde gjort seg tanker om hva som hindrer flyt av informasjon. I mange organisasjoner går de ansatte i turnus, det er store ansattgrupper og få møteplasser. For å sikre god informasjonsflyt er det flere ledere som peker på viktigheten av å planlegge i god tid i forveien. Tidsrammer, få informasjonskanaler og uklare roller er hindringer som nevnes av flere.

Å samle ansatte er ikke noen spøk. Det er vanskelig. Det er... Det må planlegges i ganske god tid, tror jeg. Og så bar jo hele prosessen [med MiMK, vår anm.] preg av, at ting gikk veldig fort, sånn at det blei litt for lite tid til å sette av tid, planlegge i god tid, sånn at det føltes litt heseblesende (kursleder).

Manglende informasjonsflyt og motstand mot intervensjonen. Konsekvensene av redusert informasjonsflyt i organisasjonen kan føre til usikkerhet om hva TRT innebærer.

Fordi informasjonen var for dårlig, var noen ansatte usikre på kurset, både når det gjaldt om kursholderne hadde nok kompetanse for å holde kurset, om det er riktig å tilby TRT i mottaksfasen og om kurset i det hele tatt var bra for barna. Dersom de ansatte ikke får god nok informasjon, kan de danne seg sine egne, feilaktige forestillinger om hva TRT går ut på og i ytterste konsekvens motarbeide kursledernes bestrebelser.

For jeg synes det var for dårlig kommunikasjon da, mellom de som hadde det og oss på avdelingen. Så vi visste ikke åssen ungdommene kom tilbake igjen, og jeg er ganske sikker på at en av de ungdommene [at det] som skjedde med han, for han var jo veldig utadventt, og han var veldig... Jeg tror han ble retraumatisert ved å følge det programmet her (ansatt).

Vi opplevde at manglende informasjon kunne føre til at ansatte uttrykte skepsis til TRT og at det utviklet seg til motstand mot intervensjonen. Dersom ansatte bekymrer seg for om dette er bra for barna, vil det også bli mer krevende for dem å støtte barna i deres TRT-prosess.

Barn i følge med foreldre. I de ordinære mottakene er det viktig med grundig og god informasjon til foreldrene i forkant av TRT, gjerne i forbindelse med gjennomgang av den første foreldremodulen. Traumatiserte barn endrer ofte atferd i samspillet med voksne, og mange foreldre opplever at de ikke vet hvordan de skal hjelpe barna sine. Denne opplevelsen forsterkes gjerne ved at foreldrene selv også sliter med traumerelaterte psykiske plager (El-Khani, Ulph, Peters, & Calam, 2016). TRT kan være et redskap ikke bare til å styrke foreldre-barn kommunikasjonen om traumerelaterte temaer, men også til å gi foreldrene tilbake en opplevelse av autoritet og mestring i rollen som omsorgsperson og oppdrager.

Da MiMK hadde informasjonsmøte for foreldre og barn på et ordinært mottak, spurte foreldrene om det var mulig at de også kunne få gå på en slikt kurs. TRT-kurslederne hadde tilsvarende erfaring fra møtet der de presenterte den første foreldremodulen og siterer foreldrenes reaksjon: «*Dette trenger vi, og ikke ungene!*».

I intervjuet vi gjennomførte med faren til en av deltakerne i et ordinært mottak kommer det frem at faren ser klare forskjeller på barnets atferd. Dette mener han delvis skyldes TRT. Han forteller at han ikke bare lærte teknikker gjennom foreldremodulene, men at barnet hans også viste ham ulike teknikker, som de gjorde sammen.

Vi har lært om forskjellige formål, og hvordan vi skal håndtere hvilke situasjoner, alle situasjoner håndteres annerledes. For eksempel. Med mareritt. Hvordan skal du håndtere mareritt (forelder).

Faren forteller videre at informasjonen som kom frem på TRT-kurset om hva barnet hadde opplevd, bidro til å utløse sterkt påtrengt og velkommen profesjonell hjelp i psykisk helsevern for hele denne familien.

Vi har sett flere eksempler på at TRT har vært en brekkstang for videre oppfølging i psykisk helsevern, enten ved at ungdommene lærer at de faktisk kan få hjelp for noen av plagene sine, eller ved at informasjonen som kommer fram på TRT-kursene fungerer som en døråpner til spesialisthelsetjenestene.

Selv om foreldrene er den naturlige målgruppen for foreldremodulene i ordinære mottak, vil vi likevel understreke betydningen av at hele personalet er orientert om tiltaket, målsettingen med det og innholdet.

4.2.4 Oppsummering om implementering

For å trekke konklusjoner om en intervensjon virker, må man undersøke om intervensjonen ble utført som tenkt (Moore et al., 2015). Helt konkret kan vi se på om TRT-manualen ble gjennomført i henhold til retningslinjene, og eventuelt hva som hindret dette.

Kurslederne syntes manualen var god og et godt hjelpemiddel. De var engasjerte og brukte mer tid på å sette seg inn i manualen enn det som ble forespeilet dem ved oppstart av prosjektet. Dette er individuelle faktorer som bidrar til suksesshistorier fra prosjektet. En tydelig tilbakemelding fra mange var likevel at det var mye innhold i manualen og for få kursdager. Kurslederne brukte ulike strategier for å overkomme dette. Noen gikk bredt ut og forsøkt å rekke over alt, mens andre valgte ut teknikker som de formidlet til ungdommene. Noen kursledere la til en ekstra dag for repetisjon av teknikkene. Ungdommene får preferanse for ulike teknikker og en barriere for implementeringen av manualen er at flere av kurslederne opplevde å ikke rekke over alt. En fremmede faktor var naturligvis kursledernes engasjement og vilje til å sette seg godt inn i manualen. Ansvar for å løse spørsmålet om prioritering av teknikker bør ligge hos CAW og ikke på den enkelte kursleder.

Informasjonen fra kurslederne vi intervjuet, viste at det har skjedd en endring i deres profesjonelle atferd: de har fått mer kunnskap og kompetanse som fører til endring i arbeidsmetoder og i relasjonene til ungdommene, for å bruke Fixsen et al. (2005) sine termer. Teknikkene er nyttige for deres arbeid, og har overføringsverdi til andre arbeidsoppgaver utover å være TRT-kursleder.

Selv om dette er en kompetanse som i utgangspunktet kan sies å være tilført organisasjonen, er det først og fremst på individnivå at den gjør seg gjeldende, hos de som har fått opplæring som TRT-kursledere. Når det gjelder informasjonsflyt i organisasjonen, får vi tilbakemelding om at mange øvrige ansatte er for lite informert. TRT-intervensjonen har derfor ikke ført til kompetanseheving blant ansatte som helhet, noe som blir en barriere for vellykket implementering. Fixsen et al. (2005) første kriterium for vellykket implementering, vil vi argumentere med at er oppfylt hva gjelder kurslederne og ved at organisasjonen har fått tilført et nytt tiltak. Likevel, i flere organisasjoner har vi ikke lykkes med et kollektivt kompetanseløft, og en samlet endring i profesjonell atferd.

Fixsen et al. (2005) sitt kriterium om endring i relasjon til partnere, her definert som ungdommene, blir også diskutert i samtaler med kurslederne. De forteller at de har fått økt relasjonskompetanse og en mulighet til å utøve miljøterapeutisk arbeid eller helsearbeid på en annen måte enn tidligere.

Hvorvidt TRT har bidratt til endring i relasjonene i hele organisasjonen, har vi dessverre ikke gode nok data til å besvare. Men vi har merket oss at øvrige ansatte i flere organisasjoner ga uttrykk for at de i liten grad kjente til det konkrete innholdet i TRT. Intervjuene med dem ga oss ingen pekepinn på at de opplevde endrede relasjoner med ungdommene.

Vi antar at hvis de øvrige ansatte hjelper ungdommene med å huske og øve på teknikkene mellom TRT-møtene, vil dette kunne medføre at også de opplever at relasjonene forandrer seg. Vi tror at disse omsorgspersonene vil forstå ungdommene de jobber med bedre hvis de har større forståelse for deres traumereaksjoner.

Vi har her gjennomgått Fixsen et al. (2005) sine to første punktene for vellykket implementering. Det tredje punktet tenker vi at er tett knyttet opp mot gjennomføring av foreldremodulen. Skal foreldremodulen lykkes, bør Fixsen et al. (2005) sitt siste kriterium om endringer i organisasjonens struktur og kultur for å tilrettelegge for endringer i profesjonell atferd være oppfylt. Her vurderte vi hva som fremmer og hemmer gjennomføringen av foreldremodulen.

Foreldremodulen er en viktig komponent i gjennomføringen av TRT. Det ideelle er en god forankring av intervensjonen i ledelsen, noe som kan sikre tilrettelegging av foreldremodulen og god informasjonsflyt i organisasjonen. Realiteten er at noen har lyktes godt, mens for andre har det vært flere faktorer som har bidratt til at foreldremodulene og informasjonsarbeidet ble for krevende.

Dette bidrar til at Fixsen et al. (2005) tredje punkt for vellykket implementering ikke står like sterkt i alle organisasjonene. Kurset gjennomføres av to kursledere, men kurslederne er avhengige av å ha medspillere rundt seg. For noen er det viktig at de kan få hjelp til å koordinere og organisere kurset, for andre må lederne fungere som døråpnere inn i organisasjonen og legitimere at øvrige ansatte skal bruke tid på dette. De faktorene som ble diskutert som strukturelle utfordringer i arbeidet med å involvere hele organisasjonen i gjennomføringen av TRT og særlig i gjennomføring av foreldremoduler var:

- ✓ tidsrammene i prosjektet
- ✓ uklare rollebeskrivelser
- ✓ problemer med å samle hele organisasjonen
- ✓ omstrukturering og nedbemanning.

Vi ser at det er forbedringspotensial i organisasjonene hva gjelder å fremme struktur og kultur som fører til endring av praksis, særlig i forhold til gjennomføringen av foreldremodulene, og i forhold til å hjelpe barna å øve på teknikkene.

5 Praktisk tilrettelegging av TRT-kurs for barn og unge med fluktbakgrunn i Norge

Basert på de positive resultatene fra de kvantitative analysene, fra den kvalitative implementeringsstudien og fra intervjuene med ungdommene, mener vi det er godt grunnlag for å anbefale fortsatt implementering av TRT blant barn og unge med fluktbakgrunn. Det er tydelig at de impliserte partene opplever manualen som relevant og nyttig i bruk med asylsøkende barn i mottak og med unge bosatte flyktninger. Målgruppen for tiltaket er også positive, enten de opplever at TRT hjalp dem eller ei. Flere mottak og kommuner har allerede planlagt nye kurs med grunnlag i deres positive erfaringer med TRT. Noen kommuner tenker å inkludere TRT i strategien for psykiske helsetjenester til barn og unge. Vi vil derfor dele noen av erfaringene fra MiMK som kan være til nytte i det videre arbeidet med TRT.

I kontrast til de enklere forholdene som TRT ble utviklet for i krigs- og katastroferammede områder, vil spørsmål om praktiske forhold, som tidspunkt og sted for møtene, være av betydning når TRT skal planlegges og gjennomføres i Norge. Her er det mange lokale hensyn som må tas og valg som må gjøres. Kursledere og organisasjoner er forskjellige og det er ikke noen fasitsvar på hvordan man best organiserer et TRT-kurs for asylsøkende og bosatte mindreårige. Vi presenterer i stedet ulike perspektiver basert på MiMK-kursledernes erfaringer. Hensikten er å tilrettelegge et læringsmiljø som fremmer konsentrasjon og deltakelse.

5.1.1 TRT-gruppene

CAW anbefaler grupper på mellom 5-15 barn og at kursene har en mest mulig homogen sammensetning når det gjelder alder og modningsnivå. I MiMK har gruppene bestått av mellom 5-16 deltakere. Kurslederne som administrerte de største gruppene med størst variasjon i forhold til alder, har erfart at de bør prioritere mindre og aldershomogene grupper. Man bør unngå at gruppene er så små at de blir sårbare for frafall.

Tid. Det er mange hensyn å ta når man skal avgjøre tidspunkt for TRT-kursene. En diskusjon vi har hatt, er hvorvidt TRT bør gjennomføres i skoletid eller ikke. De fleste kursene ble holdt etter skoletid eller i forlengelse av skoledagen. Kurslederne fortalte at dette fungerte godt når de startet med å spise litt sammen. Det var likevel utfordrende at ungdommene ofte var slitne etter skolen, og noen kursledere forteller at det var en kamp for å holde på ungdommene og oppmerksomheten deres. Et sted arrangerte de kurs på kveldstid, men kurslederne syntes ikke det var en optimal løsning. Det handler om å treffe en tid på dagen hvor ungdommene er opplagt til læring. Et TRT-kurs krever tilgjengelig kognitiv kapasitet på samme måte som annen læring. Kursledere i bosetningskommunene kommenterte at TRT ofte måtte konkurrere med andre fritidsaktiviteter og at det av den grunn kunne være hensiktsmessig å legge det til skoletiden.

Vår preferanse er at TRT-kursene blir gjennomført i skoletiden. Vi har argumentert med at TRT bør forstås som tilrettelagt undervisning, fordi TRT bidrar til at elevene kan hente ut et større læringsutbytte dersom de mestrer reaksjonene sine bedre, sover bedre og opplever større kontroll i hverdagen sin. Det følger at skolen er innforstått med dette og at elevene får gyldig fravær.

Et logistisk problem er når ungdommene er elever på forskjellige skoler.

Flere av ungdommene sier det er dumt om de mister skoletimer. De har likevel valgt å gå på TRT-kur fordi de *«lærte også masse av kurset, derfor gikk jeg på kurset»*. Det er viktig at de får god informasjon, slik at tap av skoletimer ikke blir en barriere mot å delta i TRT.

Sted. De fleste kurslederne arrangerte TRT-kurset i lokaler tilknyttet deres respektive organisasjoner. Men noen kursledere, særlig de som jobbet i mottak, hadde gode erfaringer med å legge TRT-kursene utenfor mottaket/omsorgssenteret. For dem var det viktig å komme seg ut av mottaket, og lokaler på skole, rådhus, helsestasjon og annet har blitt brukt.

Selvregulering. Opplevelsene i gruppen kan bli intense for enkelte deltakere, som føler behov for å regulere følelsene sine ved å engasjere seg i alternative aktiviteter. Det kan fort skje at de griper til mobilen. Kurslederne anbefaler imidlertid «mobilfri» sone under møtene. I stedet kan det være tilgjengelig blyanter og papir slik at ungdommene kan tegne, rable, eller skrive dersom de trenger å regulere seg vekk fra det som skjer i gruppen.

Hjelp til å samle deltakerne. Flere kursledere fortalte at det har vært utfordrende å samle ungdommene. De måtte bruke tid på å få tak i ungdommene, dermed var de stresset når møtet begynte og møtetiden ble forkortet. Andre fikk assistanse fra kollegaene sine til å hjelpe ungdommene til å komme til TRT-møtene i tide. Organisasjoner som skal starte nye TRT-kurs bør ha en plan for hvordan ungdommene skal rekke frem til møtestedet i tide.

Mat eller snacks. Ungdommer er sultne, men ofte slurver de med spising. I MiMK la vi opp til snacks eller annen mat på TRT-møtene. På nettverksseminaret og i intervjuene med kurslederne ga flere uttrykk for at dette var en viktig del, både som motivasjon for å komme til møtene, for at ungdommene skulle være opplagt til møtene, samtidig som det styrket relasjonene mellom gruppe-medlemmene. Dette er det flere ungdommer som også la vekt på da vi snakket med dem.

5.1.2 Språk og tolker

Tolker har en viktig rolle i TRT-kurs med asylsøkere og flyktninger. I MiMK har vi hatt grupper hvor alle deltagerne har samme morsmål, men også grupper hvor deltagerne har hatt opptil fem forskjellige morsmål. Så langt det er mulig, bør man benytte samme tolk(er) gjennom hele TRT-kurset, både av hensyn til barna, av hensyn til samarbeidet, og av hensyn til tolkens forståelse av hva TRT er.

Antall tolker. Ett kurs har hatt deltagerer som alle behersket norsk i stor grad og med kursleder som også behersket ett av morsmålene til deltakerne i gruppen. Kurslederne valgte her å ikke bruke tolk og fremhevet verdien av en kjappere og nærere dialog. På et annet kurs hadde de brukt fire tolker og hadde gode erfaringer med dette. Tolkene tolket samstemt i små grupper. Dette bidro til at det ble en slags aktivitet i de små tolkegruppene og barna ble mer aktive, fortalte kursleder. For at denne modellen skal fungere er det viktig med god tid, og møtene deres strakte seg utover de anbefalte to timene.

Kursledernes avgjørelser om hvor mange ulike språk og tolker de vil ha i en gruppe, må derfor ta utgangspunkt i deres egne preferanser og erfaringer.

Samarbeid med tolken. Et godt samarbeid med tolken er uansett viktig. Kurslederne mente tolken måtte være troverdig og godt innforstått med setting og tema. Det er en krevende oppgave for tolken å tolke i barne- og ungdomsgrupper, og å finne en fin balanse mellom oppdraget om å tolke, få innpass i gruppen og å formidle til ungdommene at de

blir sett og tatt på alvor. De fleste kurslederne var fornøyd med fremmøtetolker, men vi ble også fortalt om et sted som ønsker telefontolk ved eventuell ny gjennomføring av TRT.

Kurslederne fortalte at det var en del forberedelser de kunne gjøre for å få et enda bedre samarbeid med tolkene og vektlegger verdien av forberedelsestid sammen med dem. På denne måten kunne man også bli kjent med tolken. En kursleder anbefalte å bestille tolken slik at de har tid etter kurset, i tilfelle noen av barna vil prate etter kurset.

6 Diskusjon og anbefalinger

Gjennom MiMK har vi avdekket et stort behov i de deltakende organisasjonene for redskaper de kan benytte for å avhjelpe psykiske plager hos barna de har ansvar og omsorg for, i særdeleshet de enslige, mindreårige asylsøkerne og flyktningene. TRT ble oppfattet å være et slikt redskap, og det har nok bidratt til at det har vært mulig å rekruttere deltakere til MiMK med svært korte tidsmarginer.

Den ene målsettingen med denne rapporten var å undersøke om det skjer en bedring i PTSD-symptomer og livskvalitet blant asylsøkende barn og bosatte enslige, mindreårige flyktninger som har deltatt i TRT-kurs gjennomført av kursledere uten spesialkompetanse i psykologi eller psykiatri. Den andre målsettingen var å undersøke om kurslederne implementerte TRT-manualen i overensstemmelse med retningslinjene.

Det har vært svært givende for alle prosjektmedarbeiderne å erfare at TRT har fått en så positiv mottakelse blant alle involverte, både ungdommene, kurslederne og lederne i de deltakende organisasjonene. Ikke minst har det vært gode stunder når vi har snakket med ungdommene som sier at de har fått det bedre etter at de har gjennomført TRT-kurset.

6.1 Noen svakheter ved studien

Designet. Det planlagte randomiserte ventelistedesignet som evaluerings-studien var basert på, ble utfordret av en rekke praktiske hendelser underveis i prosjektet. Dermed kunne vi ikke benytte venteliste-gruppen til å undersøke effekten av TRT på den klassiske måten, slik hensikten var. Den beste måten å imøtekomme disse utfordringene på, er å benytte bayesiansk mikset-effekt modellering i analysene. Denne metoden skiller mellom regresjonseffekter, eller spontane endringer i symptomskåre over tid, og endringer som skyldes TRT, og kan derfor benyttes til å estimere effekten av en intervensjon, ettersom man justerer for regresjonseffekter ved å modellere effekten av tid. I tillegg kan bayesiansk analyse benyttes for å estimere variasjoner i effekten av en intervensjon mellom grupper. Vi benyttet med andre ord de dataene vi hadde tilgjengelig, og brukt statistiske modeller for å kompensere for svakhetene ved designet og utvalget.

Tidsintervallet. Vi undersøkte om det var bedring i PTSD-symptomer og livskvalitet to uker og to måneder etter at ungdommene avsluttet TRT. Vi vet derfor ikke hvor lenge forbedringene vil vedvare utover dette tidsintervallet. Dessverre har vi heller ikke forutsetninger for å undersøke hvilke faktorer som bidrar til stabilitet i effekten av TRT. Til det trenger vi mer informasjon om andre faktorer som påvirker ungdommene mens de venter på svar i asylsøknaden, på å bli transportert ut av Norge, eller jobber med å skape seg et nytt liv i Norge.

Korrelasjon mellom variablene. Det var en nær sammenheng mellom kjønn, status på asylsøknaden og pre-TRT symptomnivå på den ene siden, og omsorgsbetingelsene på den andre siden. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke robuste slutninger om den unike effekten fra disse variablene på TRT og på psykisk helse.

Spørreskjema. Det er mange kjente svakheter forbundet med å bruke selv-rapporterte spørreskjemadata. Selv om vi hadde tospråklige forskningsassistenter som kunne hjelpe deltakerne under datainnsamlingen, er det ikke sikkert at ungdommene har forstått spørsmålene på riktig måte. Det at de standardiserte måleinstrumentene våre har god reliabilitet og ytre validitet i overensstemmelse med våre forventinger, tyder på at dette problemet ikke er svært omfattende.

Ideelt sett skulle man ønske å samle informasjon om ungdommenes psykiske plager fra flere kilder enn ungdommene selv, f.eks. foreldre, representanter, eller ansatte i organisasjonene. Det kunne også vært ønskelig å benytte andre metoder i tillegg til selvrappport, som f.eks. klinisk intervju, men det er svært kostnadskrevenende og lå utenfor rammene av MiMK. Tidligere studier har vist at når det gjelder symptomer på angst og depresjon, reflekterer ungdommenes selv-rappport bedre nivået av plager enn foreldre- og lærerrappport. I en studie av enslige mindreårige asylsøkere var det lite samsvar mellom vergenes og ungdommenes informasjon om nivå av symptomer på PTSD (Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007).

Vi har likevel ikke full kontroll over hvorvidt respondentene svarer ærlig på spørsmålene om psykiske plager. Noen respondenter som er opptatt av stigma som følger med slike plager, kan underkommunisere plagene sine. Andre kan overdrive plagene sine. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke bastante konklusjoner om nivået av psykiske plager blant ungdommene på de ulike tidspunktene. Vi antar likevel at respondentene ikke forandrer sin måte å svare på (respons-set) fra T1 til T2 og T3. Det betyr at selv om respondentenes måte å besvare spørsmålene på bidrar til at det rapporterte nivået av psykiske plager skulle vært for høyt eller for lavt, vil den ikke påvirke hvordan de rapporterte plagene forandrer seg over tid. Ungdommenes svarmåte kan påvirke *styrken* på effektene, men det er mindre sannsynlig at den påvirker *retningen* på effektene.

Selv om vi ikke har full kontroll over alle feilkildene som er forbundet med bruken av spørreskjemadata, er funnene når det gjelder bedring i PTSD-symptomer i overensstemmelse med funn fra mange andre studier. Dette støtter våre antakelser om at TRT kan redusere traumerelaterte psykiske plager blant enslige mindreårige asylsøkere og bosatte flyktninger, og blant barn i følge med asylsøkende foreldre.

Flere metoder. I tillegg til selvrappporterte spørreskjemadata, har vi også benyttet informasjon fra kvalitative intervjuer med alle aktørene i studien, noe som gir oss et bedre grunnlag til å trekke slutninger om sannsynligheten for at TRT har en effekt.

Generaliserbarhet. Kriteriet for deltakelse i MiMK var at ungdommene var kommet til Norge som asylsøkere, alene eller i følge med voksne omsorgspersoner, og at de hadde pashto, dari, somalisk, arabisk, eller tigrinja som morsmål. Disse representerte den store majoritet av asylsøkende og bosatte enslige mindreårige. I tillegg skulle de ha en skåre over den kliniske grenseverdien på CRIES-8, som brukes for å kartlegge symptomer på PTSD, eller selv oppleve at TRT-kurset kunne være nyttig for dem. Selv om det var et begrenset antall ordinære og EM-mottak som deltok, synes det rimelig å anta at disse ungdommene ikke skiller seg vesentlig fra målgruppen som helhet. Dette impliserer at vi ville fått noenlunde samme resultater med deltakere fra andre mottak og kommuner.

En liten gruppe ungdommer, stort sett fra de ordinære mottakene, hadde svært lavt symptomnivå, men har likevel kommet med i studien. Vårt inntrykk fra intervjuene med kurslederne var at de selv ba om å få delta i kurset fordi vennene deres gikk der og snakket positivt om det. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om disse er representative for alle asylsøkende ungdommer som ikke sliter med sterke traumerelaterte psykiske plager. Vi mener likevel at det bør vektlegges at de rapporterte *høyere* symptomnivå etter TRT, i overensstemmelse med CAW sine erfaringer og antakelser. Det er derfor viktig å kartlegge potensielle TRT-deltakere for PTSD-symptomer før de begynner på kurset, og tilby TRT til de som sliter med høyt nivå av symptomer.

6.1.1 Betydningen av kontekst.

De estimerte effektene av TRT varierte med omsorgsbetingelsene. Disse resultatene indikerer at konteksten har betydning for effekten av TRT, og at faktorer både på mesonivå (i institusjoner) og makronivå (politiske og verdimessige føringer) i Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell (Bronfenbrenner, 1994), kan påvirke både den psykiske helsen til barn og unge i de respektive institusjonene og utfallet av tiltak som iverksettes i disse institusjonene.

6.1.2 Livskvalitet

Så vidt vi vet er MiMK den første studien av effekten av TRT som inkluderer mål på livskvalitet. Resultatene viste at assosiasjonen mellom TRT og livskvalitet skilte seg fra sammenhengen mellom TRT og PTSD-symptomer. Mens vi ikke fant noen effekt av TRT på PTSD-symptomer blant deltakerne i EM-mottakene, var det en stor sannsynlighet for at de fikk bedre livskvalitet. Deltakerne i de ordinære mottakene hadde stor sannsynlighet for en effekt av TRT på PTSD-symptomer, men ingen endring på livskvalitet.

Disse funnene impliserer for det første at en reduksjon av PTSD-symptomer ikke nødvendigvis er forbundet med en økning i livskvalitet. Det betyr også at TRT bidrar til å bedre ungdommenes fungering ikke bare ved å redusere psykiske plager, men også ved en opplevelse av at de har en bedre livssituasjon, noe som øker betydningen av intervensjonen.

6.2 Effekter som ikke kan måles

Intervjudata. Resultatene fra intervjuene med ungdommene om deres erfaringer med TRT utdypet funnene fra spørreskjemaene. De viser at TRT som tiltak ble positivt mottatt blant ungdommene, både blant de som opplevde en effekt av teknikkene og blant de som ikke syntes teknikkene hjalp dem. Dette er viktige erfaringer, fordi mange av disse ungdommene er svært skeptiske til å benytte seg av offentlige psykiske helsetjenester. TRT synes å være et tiltak som ikke oppleves stigmatiserende og som ikke vekker samme motstand som «snakketerapi». Mange av deltakerne la vekt på at det å lære noe nytt, var en viktig drivkraft for dem for å delta i TRT.

Ved å sammenholde ungdommenes opplevelser av forandring i fungering fra intervjuene med endringer i symptomnivå slik de rapporterte det på spørreskjemaene, fikk vi innblikk i at det var ungdommer som opplevde at teknikkene de hadde lært hjalp dem f.eks. til å redusere mareritt, sove bedre og konsentrere seg bedre på skolen, selv om dette ikke gjenspeilte seg i svarene deres på spørreskjemaene. Det betyr at de kvantitative dataene ikke gir et fullstendig bilde av hvordan TRT virker. Instrumentene som måler PTSD-symptomer synes ikke alltid å fange opp alle aspektene som bidrar til at ungdommer føler seg bedre.

Vi har også gitt eksempler på at enkelte deltakere i MiMK ønsket henvisning til BUP for å fortsette med individualterapi etter at de hadde avsluttet TRT. Dette var ungdommer som tidligere ikke hadde ønsket slik behandling fordi de ikke hadde tro på at det kunne hjelpe dem. Det at TRT ikke er en «snakke-terapi», men fokuserer på teknikker de kan bruke for å håndtere plagene sine, synes å være en mer appellerende måte til å begynne å jobbe med problemene sine på. Gjennom kurset finner de ut at det faktisk er noe som kan hjelpe og blir mer motivert for å fortsette med behandling i spesialisthelsetjenesten.

Et annet eksempel på effekter som ikke lar seg måle som vi har referert, er en deltaker som på et av de siste TRT-møtene med gruppen sin, avslørte hvilke forferdelige traumatiske hendelser vedkommende hadde vært utsatt for, noe vedkommende aldri tidligere hadde fortalt om. Dette førte til at hele familien fikk tilbud om spesialpsykiatrisk oppfølging.

Igjen ser vi at TRT ikke nødvendigvis fører til umiddelbare målbare endringer i symptomer, men snarere fungerer som en brekkstang for videre behandling, noe vi mener også er en viktig effekt. Disse funnene fra intervjuene utgjør en del av den helheten som er grunnlaget for at vi anbefaler at TRT bør tilbys som et selektert tiltak til flyktninger og asylsøkere som sliter med traume-relaterte psykiske plager.

Enslige mindreårige asylsøkere. Selv om det var enslige mindreårige asylsøkere som rapporterte redusert nivå av PTSD-symptomer, var det også i denne gruppen at vi traff ungdom som ikke opplevde at TRT-teknikkene kunne hjelpe dem. De ga likevel uttrykk for at de var positive til kurset og mange av dem deltok i alle de fem TRT-møtene. For dem kan nok samhörigheten som utviklet seg i gruppen ha vært viktig, i tillegg til at kurset fungerte som en teknikk i seg selv for å komme bort fra egne tanker på avslag eller tilbakesendelse til Afghanistan.

De ga uttrykk for at håpløsheten for fremtiden gjør dem slitne, at de ikke har overskudd hverken til å lære noe nytt eller til å huske noe de har lært. De beskrev veldig levende hvordan den overhengende usikkerheten omkring asylsøknaden, og trusselen om ikke å få opphold og eventuelt bli deportert til Afghanistan preger alle sidene ved deres eksistens. De ga tydelig uttrykk for at deres kognitive mestringsressurser er overbelastet. Det påvirker deres psykiske helsetilstand sterkt. Det er lite sannsynlig at noen psykoterapeutiske tiltak kan avhjelpe situasjonen deres. Det bør være et tankekors for myndighetene at innvandringspolitiske makrofaktorer direkte påvirker den psykiske helsen til de mindreårige asylsøkerne i svært negativ retning. Tatt i betraktning risikoen for at denne typen psykiske helseplager blir permanente eller vender tilbake, selv under gunstige oppvekstbetingelser (Keles et al., 2018), må man spørre seg om innvandringspolitiske hensyn rettferdiggjør en slik destruktiv behandling av barn.

Mange ungdommer i omsorgssentrene og EM-mottakene med midlertidig opphold eller avslag på asylsøknaden, var altså tydelige på at det var utfordrende å lære teknikkene i TRT-kurset, å prioritere å øve på dem og å huske dem. Hodene var fulle med bekymringer for fremtiden, særlig for de som hadde fått avslag og som var svært redde for den forestående returen til Afghanistan. Det ser altså ut til at det er en gruppe ungdommer i denne situasjonen som er så stresset av belastninger knyttet til asylprosessen at de ikke er i stand til å nyttiggjøre seg intervensjonen. Det kan derfor synes paradoksalt at de fortsatte å delta i kursene og at de ga uttrykk for at de syntes TRT-kurset var bra. I andre deler av rapporten påpeker vi at denne gruppen i særdeleshet burde få bedre oppfølging i forhold til å øve på teknikkene mellom hvert TRT-kurs. Vi foreslår videre at det for disse deltakerne legges mer vekt på avslapningsteknikker og distraksjon. Det beste ville vært om en egen TRT-manual kan utvikles som også fokuserer på stresset disse ungdommene opplever i sin nåværende situasjon, som av mange oppleves som mer presserende enn de traumatiske hendelsene de har vært eksponert for.

Barn i følge med foreldre. Det var en betydelig gruppe deltakere i de ordinære mottakene som ikke hadde klinisk signifikant symptomnivå før de begynte på TRT. En av grunnene til dette kan være at noen av ungdommene ba om å få bli med i TRT-gruppene fordi vennene deres gikk der og pratet positivt om kurset. Noe av ansvaret kan også

tilskrives prosjektledelsen, fordi vi uttrykte at dersom ungdommer selv mente de kunne ha utbytte av TRT kunne de få delta i kursene, selv om ikke resultatene fra kartleggingen med CRIES-8 tilsa at de ville ha utbytte av kurset. Uansett hva grunnen var, viste det betydningen av å kartlegge potensielle TRT-deltakere for traumerelaterte psykiske plager før kurset starter og forsikre seg om at potensielle deltakere er i målgruppen for TRT. CAW advarer mot at barn og unge som ikke har klinisk relevant nivå av PTSD-symptomer får delta i kursene fordi de kan bli urolige av å høre om andres opplevelser og dermed reagere med å utvikle traumerelaterte psykiske plager.

6.3 Faktorer som fremmer og hemmer implementeringen av TRT

Faktorene som har bidratt til en vellykket gjennomføring av TRT-manualen i organisasjonene som deltok i MiMK, er først og fremst knyttet til kursledernes entusiasme og lederne anerkjennelse av behovet for et slikt tiltak. Kurslederne har nedlagt et betydelig arbeid i å motivere ungdommer til å komme på informasjonsmøter og delta i TRT, forberede seg til kurset, bearbeide erfaringer, koordinere datainnsamlinger og holde kontakten med prosjektledelsen. De fleste lederne har anstrengt seg for å legge forholdene til rette og støtte kurslederne i gjennomføringen av TRT i deres organisasjon.

Implementering av manualen. De fleste kurslederne ga uttrykk for at det på noen moduler var vanskelig å gjennomgå alle aktivitetene, både én til én kontakt på begynnelsen og slutten av hvert kurs, og samtlige teknikker. Derfor måtte de gjøre prioriteringer i valg av aktiviteter. Dette kunne ha som konsekvens at én til én kontakten ble neglisjert eller at noen av teknikkene ble utelatt. I slike tilfeller er det kurslederne selv som har valgt hvilke aktiviteter og teknikker de skulle presentere for deltakerne. Dette har den uheldige konsekvensen at deltakerne i TRT-kursene får en mindre pool av teknikker å velge fra når de skal gjøre seg opp en mening om hvilke teknikker som passer for dem. Det synes derfor relevant å legge til en modul for slik å få mulighet til å gjennomgå alle teknikkene.

Kurslederne har også påpekt at foreldremodulen er lite egnet som informasjon om TRT til ansatte i organisasjonene, ettersom de har god kompetanse på traumereaksjoner og traumeomsorg. De foreslår at de to modulene blir revidert, slik at de er bedre egnet i forhold den kompetansen de profesjonelle omsorgspersonene har.

Inntrykket vi sitter igjen med fra intervjuene er at ingen kursledere har gjennomgått foreldremodulene for de profesjonelle omsorgspersonene i mottak, omsorgssentre og bosettingskommuner, på en måte som har bidratt til at deres kolleger har kunnet bistå ungdommene i å øve på teknikkene mellom hvert kurs. Selv om vi ikke har kunnet måle dette, tror vi at det er viktig at omsorgspersonene i organisasjonene inntar denne rollen som foreldrene er tiltenkt i TRT-manualen og at dette kan bidra til å øke effekten av intervensjonen.

Viktige barrierer for vellykket implementering av TRT-manualen. Gjennom intervjuer med organisasjonenes ledere, med TRT-kursledere og med øvrige ansatte, har vi også avdekket noen faktorer som kan hemme at TRT-manualen blir implementert i overensstemmelse med retningslinjene. Vi har vurdert denne informasjonen i lys av tre kriterier for vellykket implementering av et tiltak (Fixen et al., 2005): hvorvidt det skjer endring i profesjonell atferd, hvorvidt det skjer endring i relasjoner til ungdommene, samt hvorvidt det skjer endringer i organisasjonens struktur og kultur for å støtte endring i profesjonell atferd hos alle ansatte.

Vi konkluderer at det har skjedd en endring i profesjonell atferd som følge av TRT, men at denne endringen først og fremst er knyttet til kurslederne og ikke personalet som helhet. Det samme gjelder for endringer i relasjonene til ungdommene, selv om det er noen indikasjoner på at ungdommene selv endrer atferd ikke bare overfor kurslederne, men også overfor andre ansatte i organisasjonene. Det svakeste punktet i kriteriene for vellykket implementering synes å være å endre organisasjonens struktur og kultur for å støtte profesjonell atferdsendring blant ansatte. Vi vurderer at slike endringer i organisasjonens struktur og kultur først og fremst er knyttet til gjennomføringen av foreldremodulene og dertil hørende informasjonsflyt i organisasjonene. Vi har full forståelse for at det i MiMK var for dårlig tid til at organisasjonene kunne planlegge slike strukturendringer. Vi vil likevel påpeke betydningen av at slike endringer blir planlagt i forbindelse med fremtidig bruk av manualen i organisasjonene. Ikke bare bør kurslederne gjennomføre de to foreldremodulene med øvrige ansatte. Ledelsen bør også bidra til å klargjøre hvilken rolle de ansatte skal ha i TRT.

At gjennomgangen av foreldremodulene ikke fikk den tiltenkte virkningen i forhold til å involvere øvrige ansatte i TRT skyldes antakeligvis både mangelfull forankring av TRT i organisasjonen og mangelfulle strukturer for informasjonsflyt. Med bedre tid til planlegging i fremtiden, skulle det være mulig å håndtere begge disse barrierene.

Oppsummerende kan vi konkludere at det var fantastisk hvordan organisasjonene klarte å tilpasse seg de trange tidsrammene i MiMK, og tross alt legge til rette for en relativt vellykket implementering i forhold til alle de tre nevnte kriteriene. Det er likevel et forbedringspotensial når det gjelder effektiv implementering. Vi tror at ungdommene kan få enda bedre utbytte av å delta i TRT-kursene med bedre forankring og informasjonsflyt.

6.4 Anbefalinger

Selv om TRT ble utviklet for å redusere traumerelaterte psykiske plager blant barn og unge i krigs- og katastroferammede områder, iverksettes det nå forsøk med å anvende manualen blant enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger flere steder i Europa. Den regulerte måten Norge organiserer mottak og bosetting av asylsøkende alenekommende barn og unge på, stiller oss imidlertid i en unik situasjon når det gjelder å nå fram til mange barn på kort tid med denne type lavterskelintervensjoner.

At ungdommene og kurslederne som har deltatt i MiMK er udelt positive til TRT, understøtter vårt råd om at TRT bør inngå i en tiltakskjede for psykisk helsehjelp til barn og unge med fluktbakgrunn. En slik tiltakskjede bør inneholde traumefokusert omsorg til alle som universalt tiltak, TRT til barn og unge som lider av mye traumerelaterte psykiske plager på selektert nivå og individualterapi i spesialisthelsetjenesten til personer med mer komplisert symptombilde (Sarkadi et al., 2017).

Den 1. oktober 2018 avsluttes MiMK formelt fra FHI sin side. Vi har konkludert at TRT, gjennomført av personer uten profesjonell psykologisk eller psykiatrisk utdanning, kan føre til bedring av PTSD-symptomer og livskvalitet hos barn og unge med fluktbakgrunn. MiMK har bidratt til etterlengtet kompetanseheving i organisasjoner som til daglig jobber med barn og unge som har vært utsatt for krigsrelaterte traumatiske opplevelser. Mange ungdommer har fått en bedre hverdag etter at de har deltatt i TRT-grupper. Foreldrene vi møtte i de ordinære mottakene uttrykte klare behov for et slikt tilbud for seg selv. Flere av kurslederne som har deltatt i MiMK vil starte nye grupper så snart resultatene i denne rapporten blir offentliggjort. Vesentlige fortrinn ved TRT framfor andre lavterskeltilbud er at opplæringen i manualen bare tar to dager, at manualen gir detaljert informasjon om

hvordan teknikkene skal formidles og at kurslederne ikke er avhengige av eksperter for å gjennomføre TRT-kurs.

Kommunene varierer i sitt tilbud til asylsøkere og flyktninger, men vi har likevel erfart at mange ønsker seg flere redskap i arbeidet med å forebygge psykiske plager og fremme velvære blant dem. TRT kan være et slikt redskap.

6.4.1 Tilby TRT til alle barn med fluktbakgrunn

På denne bakgrunn anbefaler vi at asylmottak og bosettingskommuner som ikke deltok i MiMK bør få tilbud om opplæring i TRT-manualen, og at tilbud om å delta i TRT-kurs bør inngå som et ledd i tiltakskjeden for:

- ✓ alle enslige mindreårige som har fått opphold i Norge, som sliter med psykiske plager etter traumatiske hendelser og ikke har andre tiltak
- ✓ traumatiserte barn i følge med foreldrene sine, både i mottak og kommuner
- ✓ asylsøkende enslige mindreårige i mottak / omsorgssentre. I disse organisasjonene vil det være av betydning å følge opp deltakerne mellom hvert TRT-møte med hjelp til å praktisere teknikkene.
- ✓ traumatiserte voksne asylsøkere og bosatte flyktninger
- ✓ enslige mindreårige som flyttes over til ordinære mottak etter fylte 18 år

I det videre arbeidet med TRT bør det utarbeides retningslinjer og råd for hvordan og hvem som skal informere og rekruttere deltakere til kursene, og materiell til dette formål. Dette for å bidra til at de personer som kan ha nytte av TRT får tilbud og for å sikre at personer som ikke lider av mye traumerelaterte psykiske plager og derfor ikke er i målgruppen for TRT, utelukkes fra gruppene.

Ankomstsenteret. Vi foreslår også at det utarbeides et psykoedukativt tiltak med en eller to moduler, basert på TRT, som kan inngå i helsetilbudet til beboerne i det nye ankomstsenteret i Østfold. I første omgang kan dette tilbudet være rettet mot, og prøves ut blant, barnefamiliene.

6.4.2 TRT-manualen

Flere moduler. Antall moduler bør økes fra 5 til 6, ved å dele modul 2, pluss et møte en tid etter at TRT er avsluttet for å repetere de viktigste teknikkene.

Bedre tilpasning til enslige mindreårige asylsøkere. Det bør være en versjon av manualen som er spesielt tilpasset enslige mindreårige asylsøkere i mottak og omsorgssentre, som inkluderer tema omkring asylsøknaden, midlertidig opphold, avslag og retur og som fremhever de teknikkene som kan være særlig nyttige for å håndtere stresset som er knyttet til asylprosessen. CAW har hittil foreslått at kurslederne selv kan tilpasse dette i manualen, og foreløpig foreligger det ikke anbefalinger om hvor i kurset dette bør inngå eller om det skal være en egen modul. Vi anbefaler likevel at det legges til rette for at CAW tar ansvar for å utarbeide en TRT-manual som bedre ivaretar den spesielt stressende situasjonen til denne gruppen, bl.a. med å inkludere teknikker for å håndtere stress knyttet til asylsøknaden.

Foreldremodulene for profesjonelle omsorgspersoner. De to foreldremodulene bør revideres med tanke på bruk i EM-mottak, omsorgssentre og kommuner som bosetter

enslige mindreårige flyktninger slik at de er bedre egnet i forhold den kompetansen de profesjonelle omsorgspersonene har.

Materiell. Noen av kurslederne har på eget initiativ utarbeidet hefter med beskrivelser eller illustrasjoner av de mest sentrale teknikkene. Mange har foreslått at gjennomgangen av teknikkene blir gjort tilgjengelige på lydfiler på ulike språk. Vi tror at slikt materiell kan bidra til å øke effektiviteten av TRT, slik at flere barn og unge med fluktbakgrunn kan ha nytte og glede av kursene.

6.4.3 TRT + oppdragelse og omsorg

Et britisk forskerteam har i samarbeid med CAW utarbeidet en revidert versjon av manualen til bruk med traumatiserte flyktningbarn i familier som de kaller TRT + oppdragelse og omsorg (TRT + parenting). Utgangspunktet for den utvidede manualen er forskningsbasert kunnskap som viser at foreldre av traumatiserte barn ofte føler seg hjelpeløse stilt overfor barnas endrede atferd. Den reviderte manualen har tre ekstra moduler for foreldrene som fokuserer på å lære dem oppdragsstrategier for å opprettholde ønsket og forandre uønsket atferd hos barnet. Disse kommer i tillegg til de to modulene som allerede er inkludert, som fokuserer på å forstå hvordan barn reagerer på traumer og lære teknikkene som kan hjelpe dem. TRT + parenting er pilotert med svært positive resultater blant syriske barnefamilier i en tyrkisk flyktningleir (El-Khani et al., 2018). En randomisert kontrollert studie blant barnefamilier i en flyktningleir i Libanon er nettopp avsluttet, der effekten av TRT sammenliknes med TRT + parenting. De foreløpige resultatene tyder på at den utvidede manualen har betydelig bedre effekt enn TRT både på barnas og foreldrenes PTSD-symptomer, og at foreldre i TRT + parenting i større grad enn de som fikk TRT benytter varme og støttende foreldrestrategier etter intervensjonen.

TRT + parenting har en fordel framfor f.eks. International Child Development Program (ICDP) ved at den er direkte basert på anbefalte prinsipper i traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Derfor er den bedre egnet til å avhjelpe traumerelaterte psykiske reaksjoner både hos barna og foreldrene, i tillegg til å øke foreldrenes omsorgsevne. Den er også langt mer økonomisk.

Vi foreslår at TRT + parenting manualen oversettes til norsk og implementeres og evalueres som et lavterskeltilbud blant flyktningfamilier med traumatiserte barn i Norge.

6.4.4 TRT-nettverk og database

Kurslederne i MiMK opplevde nettverksmøtet som FHI arrangerte etter de hadde gjennomført TRT-kursene som en nyttig arena for å utveksle erfaringer og gi hverandre råd og støtte. De uttrykte ønsker om at det etableres et nettverk av TRT-kursledere som møtes jevnlig for å utveksle erfaringer og for videre læring og kompetanseheving. De ga også uttrykk for at det er viktig at det er en styrt opplæring av nye kursledere gjennom CAW for å ivareta kvaliteten i manualen og sikre at den gjennomføres slik det er tenkt.

Flere kursledere har nevnt at de ønsker å benytte manualen med barn og unge som har vært utsatt for andre typer traumatiske hendelser enn de som følger med krig og katastrofer. CAW har tydelig uttrykt at de ønsker å ha overoppsyn med manualen og at de skal ha ansvar for alle endringer av den.

Vi anbefaler at det etableres et TRT-nettverk som skal ha som målsetting å veilede og trene opp TRT-kursledere for å fremme kvaliteten i bruk av manualen og sikre at kvaliteten opprettholdes dersom bruken av TRT skal overføres til barnegrupper som ikke

har vært eksponert for krig og katastrofer. TRT-nettverket kan også ha ansvar for å utarbeide materiell som kan benyttes både i rekrutteringen til TRT og i gjennomføringen av TRT.

I overensstemmelse med retningslinjene i TRT-manualen, foreslår vi videre at det opprettes en database med informasjon om effekten av TRT. Hensikten er å monitorere effektene av TRT når nye kursledere kommer til og tiltaket eventuelt tilpasses til nye grupper. En slik database vil også gjøre det mulig å få informasjon om og sammenlikne effekten av TRT i ulike grupper, og kan eventuelt anvendes i videre forskning på intervensjoner blant flyktninger og asylsøkere.

7 Veien videre etter MiMK

De fleste organisasjonene og kurslederne som har deltatt i MiMK, ønsker å videreføre implementeringen av TRT. Vi har argumentert for at de bør avvente resultatene fra prosjektet. Med bakgrunn i de positive endringene vi har sett i PTSD-symptomer og livskvalitet ser vi ingen grunn til å utsette igangsettelsen av nye kurs blant asylsøkende og bosatte enslige mindreårige og i ordinære mottak.

Vi kan legge til at i begge de to byene som har opplevd svært dramatiske hendelser i det siste, der enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger har vært involvert, er TRT betraktet som ett av tiltakene for å hjelpe ungdommer som er berørt av hendelsene. Dette understreker betydningen av at slik kompetanse er å finne blant de som har daglig omsorg for denne gruppen, og i førstelinjetjenestene.

Etter at FHI sitt oppdrag er avsluttet og MiMK er fullført, kan en videreføring av TRT skje på ulike måter og med ulik grad av styring og organisering. De mest iøynefallende utfordringene er knyttet til rekruttering til kursene og vurdering av effekten av TRT.

Vi gjør oppmerksom på at CAW har signalisert at de i fremtiden vil ta en engangs-avgift fra nye brukere av TRT-manualen til støtte for sitt arbeid i lavinntektsland. Dette gjelder altså ikke for de kurslederne som har fått opplæring i manualen gjennom MiMK.

7.1.1 Ulike scenarier

De første scenariene har som utgangspunkt at det ikke skjer noen videre formell organisering av TRT. De siste scenariene tar utgangspunkt i våre anbefalinger om en større utrulling av TRT.

Uformell videreføring.

- 1) **CAW viderefører implementeringen av TRT basert på etterspørsel.** Dette er stort sett i overensstemmelse med slik det foreløpig fungerer i Europa i dag. Organisasjoner som ønsker å starte TRT-kurs, inngår avtaler om opplæring av kursledere med CAW.
- 2) **Kursledere som har deltatt i MiMK fortsetter å implementere TRT innad i sine organisasjoner.** Eventuell veiledning og videre opplæring organiseres på eget initiativ og med egne ressurser gjennom CAW.

Alternativ 1 og 2 vil antakeligvis gå hånd i hånd. CAW må ta stilling til hvordan de vil kvalitetssikre bruken av manualen og ivareta sin copyright til den. CAW må også lage retningslinjer for hvorvidt MiMK-kurslederne eventuelt kan lære opp nye kursledere. Revideringer av TRT-manualen må skje på initiativ fra CAW.

Alternativene 1 og 2 innebærer ingen videre organisatoriske eller økonomiske forpliktelser for direktoratene eller involvering fra FHI sin side.

Formell videreføring av TRT. En styrt videreføring av TRT bør skje i samarbeid mellom de direktoratene som har ansvar for helse, utdanning, integrering, barnevern, og asylsaker. Selv om TRT umiddelbart synes å falle inn under helsesektoren, kan tiltaket også betraktes som et tilrettelagt tilbud til elever med lærevansker knyttet til psykiske plager for å bidra til en bedre utnyttelse av deres læringspotensial. God psykisk helse fremmer sosial og økonomisk integrering som faller inn under IMDis ansvar og politikk knyttet til bosetting av flyktninger. Bufdir har en dobbelt rolle, både gjennom ansvaret for

omsorgssentrene og ved at de i mange kommuner er ansvarlige for bosatte enslige mindreårige flyktninger. UDI har ansvar for mottak og ankomstsenteret. En oppfølging av de anbefalingene FHI har gitt i denne rapporten vil kreve både organisatorisk og økonomisk innsats fra ett eller flere direktorater. **Det vil da være naturlig å planlegge over en treårsperiode for å få etablert gode rutiner for TRT.** En mulighet er at et eller flere direktorater overtar ansvaret for videre utrulling av TRT. En annen mulighet er at et eller flere direktorater gir dette ansvaret i oppdrag til en ekstern organisasjon, som f.eks. FHI.

3) **Direktorater med ansvar for helse, utdanning, integrering, barnevern og asylsaker overtar ballen etter FHI, og utarbeider og gjennomfører en strategi for videreføring av det arbeidet som er gjort med TRT basert på våre anbefalinger i denne rapporten.**

Direktoratene samarbeider med CAW om opplæring og veiledning av eksisterende og nye TRT-kursledere. Direktoratene bør ta ansvaret for å videreføre arbeidet som er igangsatt med å etablere et nettverk av TRT-kursholdere.

4) **De nevnte direktoratene gir FHI og CAW i oppdrag å utarbeide og gjennomføre en strategi for videreføring og videreutvikling av TRT.** Dette scenariet har den fordelen at den kan anvende den akkumulerte kompetansen som finnes i de to organisasjonene i forhold til å jobbe med psykisk helse blant flyktninger og asylsøkere, i ulike settinger og fra ulike innfallsvinkler. Oppdraget bør ta utgangspunkt i anbefalingene i denne rapporten, inkludert revideringer av TRT-manualen, etablering av en database for å monitorere effekten av TRT i nye grupper, legge til rette for pilotering av TRT+ parenting og videreføring av TRT-nettverket med tanke på kvalitetssikring, tilpasning av TRT-manualen til nye grupper (eks. andre barn i barnevernet) og videre kompetanseheving. CAW vil ha hovedansvaret for videre opplæring og kompetanseheving, som kan skje på nasjonalt basis for eksempel én gang i året.

7.2 En bærekraftig utrulling av TRT

I løpet av det året vi har jobbet med MiMK, har endringene i asylpolitikken i Norge og Europa ført til en dramatisk nedgang i antall asylsøkere, både voksne og mindreårige, som kommer til Norge. En følge av dette har vært at både mottak og omsorgssentre blir lagt ned og flere bosettingskommuner må omorganisere virksomheten sin. Ingen vet med sikkerhet om dette er en utvikling som vil stabilisere seg eller om verdensbegivenheter vil føre til nye bølger av asylsøkere.

Nye rutiner og samarbeid skal redusere tiden det tar å behandle asylsøknader dramatisk, slik at bosetting og integreringsarbeidet skal kunne iverksettes betydelig raskere enn det som er tilfellet i dag. Det vil antakeligvis bli en begrenset økning i antallet kvoteflyktninger.

Mot dette bakteppet reiser spørsmålet seg om hvordan den kompetansen som allerede er bygget opp gjennom MiMK kan komme til nytte i videreføringen av TRT, slik at den i størst mulig grad fortsetter å komme våre målgrupper (asylsøkere og flyktninger) til gode. Et liknende spørsmål er hvordan man strategisk kan rekruttere nye kursledere i dagens situasjon, for at asylsøkere og flyktninger som har behov får tilbud om TRT.

7.2.1 Bruk av nåværende kompetanse

Mange TRT-kursledere som fikk opplæring gjennom deltakelse i MiMK står klare til å fortsette å bruke manualen. Både i bosettingskommunene, omsorgssentrene og mottakene var det ungdommer som av praktiske hensyn ikke fikk tilbud om å delta i kurs. En del av disse kurslederne er overflyttet til nye stillinger på grunn av omorganiseringer og nedleggelse av virksomheter.

Det ideelle ville være å samle alle disse kurslederne til et nytt nettverksmøte for å formalisere TRT-nettverket. Nettverksmøtet kan være en arena for å diskutere hvordan «ubenyttede» kursledere kan utnytte sin kompetanse. Her kan man vurdere muligheten av å samarbeide på tvers av kommuner eller organisasjoner.

Nettverket er også tiltenkt en praktisk funksjon, som å diskutere og komme frem til forslag og retningslinjer for hvordan man kan informere og rekruttere nye deltakere. En del av informasjonsmateriellet vi benyttet i MiMK bør kunne revideres til dette formålet.

7.2.2 Rekruttering av nye TRT-kursledere

En førende idé bak MiMK var at prosjektet skulle være forankret lokalt og at kurslederne skulle rekrutteres fra de organisasjonene som hadde ansvaret for asylsøkerne og bosatte enslige mindreårige. En annen bærende idé var at den lokale førstelinjetjenesten også skulle være involvert. Hensikten var å styrke samarbeidet mellom mottak /omsorgssentre / bosettingstjenester og lokalt helsevesen. På grunn av tidsrammene våre var det få bosettingskommuner som klarte å etablere et slik samarbeid, de fleste lærte opp to kursledere fra egen organisasjon.

Som det har fremgått av denne rapporten var denne modellen svært suksessfull. For det første fordi vi traff et stort behov for den type kompetanse som ble tilbudt gjennom TRT i organisasjonene. Ansatte i mottakene og omsorgssentrene opplevde at de gjennom TRT fikk redskaper som de kunne benytte i mange situasjoner i jobben sin. De opplevde også at de gjennom TRT fikk bedre kommunikasjon og relasjoner til ungdommene. For det andre fordi samarbeidet mellom helsetjenesten og ansatte i mottak / omsorgssentre bar frukter også i forhold til å kunne yte bedre helsetjenester til asylsøkende voksne og barn. Modellen fremmer samarbeid mellom ulike etater som yter tjenester til asylsøkere og flyktninger, noe som er en fordel.

Vårt inntrykk er at bosettingstjenestene er komplekse organisasjoner. De kan omfatte bofellesskap, institusjoner, vertsfamilier og hybeltilbud. Det kan være utfordrende å etablere en informasjonslinje fra kurslederne og ut i boligene. Dette må planlegges nøye når man skal iverksette TRT i nye kommuner.

Noen steder var det mer naturlig å samarbeide med en representant fra flyktninghelseteamet eller fra innføringsklassene på skolen. *I rekrutteringen av kursledere bør man sette seg inn i lokale forhold, og lytte til de lokale representantenes forslag og råd.*

Så langt det er praktisk mulig, vil vi derfor anbefale at denne modellen blir brukt i rekrutteringen av nye kursledere. Dersom dette ikke anses som en god modell med tanke på lokal kompetanseheving, bør man sette i gang en prosess i samarbeid med lokale mottak / bosettingskommuner for å finne frem til den løsningen som passer best i hvert enkelt tilfelle.

Dersom det ikke er ansatte i mottakene / omsorgssentrene / bosettingsetaten som være en av kurslederne, vil det være nødvendig å sikre et godt samarbeid mellom de TRT-

kurslederne som rekrutteres og de som har ansvaret for den daglige oppfølgingen av asylsøkerne og enslige mindreårige flyktninger. Tiltaket må være godt forankret både i ledelsen og blant ansatte i de organisasjonene ungdommene tilhører. Det vil også være betydningsfullt at man har en klar strategi for hvordan foreldremodulene kan gjennomføres med omsorgspersonene, og for å styrke deres rolle i TRT som kursledernes forlengede arm i hverdagen.

7.2.3 Opplæring og veiledning

Opplæring av nye kursledere bør skje i sammenheng med nettverksmøtene. CAW må ha ansvaret for opplæring av nye TRT-kursledere og kompetanseheving blant de nåværende. Som et minimum må det læres opp to kursledere på hvert sted. Mørch (2012) anbefaler at det læres opp flere enn man trenger for å overkomme trusler mot tiltaket, som f.eks. sykdom. Å lære opp flere kan bidra til å sikre kontinuitet og gjøre TRT mindre personavhengig og styrke forankring i organisasjonen. Vi foreslår at det arrangeres årlige kursopplæring i metoden.

Veiledning er en kjernekomponent når man skal implementere nye tiltak. Vi mener at nye kurslederne bør tilbys to timers veiledning på telefon eller Skype fra representanter fra CAW i løpet av de fem (seks) ukene TRT-kursene pågår.

7.2.4 TRT-nettverk

Vi har lagt vekt på betydningen av å videreføre etableringen av et nettverk av TRT-kursledere. Nettverket drives av de nevnte direktoratene i scenarium 3, eller FHI i scenarium 4, i samarbeid med CAW. Nettverket skal være en arena for gjensidig støtte og erfaringsutveksling, for kollegaveiledning og kompetanseheving. Nettverket skal fungere som en møteplass for involverte i TRT og sikre faglig forsvarlig gjennomføring av TRT. Et nettverk er viktig for å kunne vedlikeholde tiltaket og for å vedlikeholde kompetansen. Mørch (2012) mener vedlikehold av kompetanse bør inkludere sertifiseringsordninger, resertifisering, repetering, veiledning, kollegaveiledning og regelmessige faglige oppdateringer. Dette mener vi kan ivaretas i et TRT-nettverk.

7.2.5 Rekruttering av deltagere

Når TRT skal videreføres, kan man tenke seg ulike scenarier for rekruttering. I MiMK hadde vi god erfaring med å samle ungdommene til et felles informasjonsmøte der vi også gjennomførte kartlegging av PTSD-symptomer. Et godt informasjonsmøte fungerer som en normalisering av traumereaksjoner i seg selv. Flere av ungdommene vi intervjuet fortalte at informasjonsmøtet var grunnen til at de ønsket å delta på TRT. Når informasjonen gis i gruppe virker det ikke så stigmatiserende for enkeltpersoner. En mulighet er at kurslederne i de ulike organisasjonene selv organiserer informasjonsmøtet. En annen mulighet er å overlate dette til helsesøster, evt. andre fra de lokale helsetjenestene.

Noen steder vil det være mulig å gjennomføre informasjonsmøter på skolen. Dette kan være særlig aktuelt dersom TRT-kursene skal gjennomføres på skolen.

Som nevnt tidligere kan en del av informasjonsmateriellet vi benyttet i MiMK revideres og tilpasses rekrutteringen av ungdommene, og eventuelle foreldre.

Dersom det ikke er mulig å gjennomføre gruppevis informasjonsmøter, kan det være aktuelt å lære opp en helsesøster eller annet helsepersonell til å rekruttere ungdommene individuelt, gjerne som ledd i en vanlig helseundersøkelse.

Når det gjelder ordinære mottak, anbefaler vi at foreldrene får informasjonen først, deretter kan man gi tilpasset informasjon til barna. Dersom foreldre og barn er samlet under kartleggingen av PTSD-symptomer, er det viktig at de holdes atskilt. Barna bør få hjelp av en tolk til å fylle ut et selvrappoterings skjema, mens foreldrene kan fylle ut en foreldrerapport om PTSD-symptomer.

Vi understreker at det er kun barn med skårer over klinisk grenseverdi på CRIES-8 eller barn som selv mener de trenger hjelp for dette, som bør gis tilbud om å delta i TRT-kurs.

7.3 Styrke implementeringen av TRT-manualen

Et spørsmål som har opptatt oss mye mens vi har jobbet med MiMK, er hva som kan gjøres for å styrke implementeringen av TRT-manualen slik at flere deltakere får bedre nytte av kurset. Vi vil her nevne to hovedmomenter som har kommet frem gjennom intervjuene og på nettverksseminaret.

7.3.1 Forankring

Et gjennomgangstema i intervjuene med kurslederne, var behovet for at tiltaket måtte være godt forankret i de respektive organisasjonene, så vel i ledelsen som blant de øvrige ansatte. Selv om vi i MiMKs prosjektledelse forsøkte å bidra til dette gjennom informasjonsmøtene våre, er det klart at hovedansvaret for å forankre et tiltak i en organisasjon må ligge hos organisasjonens ledelse. Det krever både god planlegging og at det finnes kanaler som fremmer informasjonsflyten mellom ledelsen, TRT-kurslederne og øvrige ansatte. Gitt de korte tidsrammene i MiMK, var nok dette en utfordring for de deltakende organisasjonene, men vi erfarte likevel at det var store variasjoner mellom dem.

Noen steder sørget ledelsen for at det ble avsatt god tid til kurslederne, til planlegging og gjennomføring av kursene. De viste interesse for hva som skjedde på kursene, de sørget for at hele personalet var godt informert om innholdet i TRT og bidro til gjennomføringen av de to foreldremodulene. De ansatte var interessert i TRT og bidro til at ungdommene møtte frem på kursdagene.

Å være TRT-kursleder i et asylmottak eller blant unge bosatte flyktninger i en kommune, kan være tidkrevende på forskjellige måter. Det er derfor viktig at ledelsen tar hensyn til dette når arbeidsoppgaver skal fordeles blant de ansatte, og turnuslistene skal utarbeides.

Ledelsen bør også ha ansvaret for at alle ansatte i organisasjonen blir informert om innholdet i TRT. Det er viktig at det utarbeides gode rutiner for informasjon fra kurslederne om hva som har foregått på TRT-møtene for å holde de øvrige ansatte, eller omsorgspersonene, oppdatert på hvilke strategier ungdommene har gjennomgått. Omsorgspersonene omgås ungdommene på ettermiddager, kvelder og netter. De har anledning til å minne ungdommene på å øve på teknikkene og repetere teknikkene med dem dersom de er glemt eller vanskelige å gjennomføre. Særlig viktig synes det å være at informasjonen når frem til nattevaktene som møter ungdommene på den tiden av døgnet når de er mest sårbare og sliter med savn, tanker og minner fra fortiden og uro for fremtiden.

Ideelt sett burde alle ansatte i TRT-organisasjoner for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger som omgås ungdommene regelmessig ha kjennskap til teknikkene. Derfor bør det tilrettelegges for gjennomføringen av de to foreldremodulene når TRT-kursene blir planlagt. Det samme gjelder selvsagt for TRT-organisasjoner for barn ifølge med foreldre:

Det må planlegges for at foreldrene deres får gjennomgå de to modulene som er beregnet på dem.

7.3.2 Egentrening

Som det har kommet frem i denne rapporten, var det store variasjoner i hvor mye ungdommene øvde på teknikkene mellom TRT-møtene. Det var mange grunner til dette, men én grunn som mange ungdommer nevnte for oss, var at de ikke husket teknikkene når de kom hjem.

Vi tror at ungdommer med fluktbakgrunn vil ha større utbytte av TRT dersom de øver oftere på teknikkene. Noen av ungdommene ga uttrykk for at noen teknikker var vanskelige, og at de derfor ikke øvde. Det betyr at de heller ikke lærer dem, selv om de kanskje kunne profitere på å ha mange teknikker på repertoaret. Dette er en viktig grunn til at foreslår at alle ansatte i de ulike TRT-organisasjonene burde kunne teknikkene, slik at de kan hjelpe dem med å huske og repetere øvelsene. Vi mener at dette er spesielt viktig i EM-mottakene og omsorgssentrene. I tillegg til at de opplever mye savn og ensomhet, forteller ungdommene at hodene deres er fulle av tankene på avslag og retur og at de derfor ikke har energi og overskudd til å øve på teknikkene. Vi tror at flere repetisjoner av teknikkene og hjelp og støtte til å gjennomføre dem når de er stresset, kan bidra til at flere av disse ungdommene kan få utbytte av TRT. Enslige mindreårige asylsøkere som opplevde at TRT hadde vært nyttig for dem, nevnte spesielt distraksjons- og avslappingsteknikkene. Denne kunnskapen bør utnyttes for alt den er verdt i arbeidet med disse ungdommene. TRT-organisasjonene bør diskutere hvordan de kan tilrettelegge for å motivere og støtte kursdeltakerne til egentrening under planleggingen av kurset. Kurslederne kan også understreke verdien av egentrening når de gir hjemmeleksene og kanskje diskutere løsninger på eventuelle barrierer for egentrening med deltakerne.

7.4 Konklusjon

Psykiske plager blant enslige mindreårige og andre asylsøkere vedvarer eller gjenoppstår. Dette kan hemme deltakelse i utdanning og arbeidsliv og annen integrering. Det øker også risikoen for isolasjon, sykefravær og kan i sin ytterste konsekvens føre til arbeidsuførhet. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det derfor mye å tjene på å bedre den psykiske helsen i disse gruppene. På grunn av mangelfull kompetanse og kapasitet i lokale helsetjenester til å behandle slike plager, er det stort behov for forskningsbaserte tiltak som kan redusere traumerelaterte plager hos mange asylsøkere og flyktninger på kort tid. Resultatene fra MiMK viser at TRT kan være et effektivt lavterskeltilbud for disse høyrisikogruppene. TRT kan også bidra til ønsket kompetanseheving blant omsorgspersoner i omsorgssentre, mottak og bosettingskommuner, og blant helsepersonell i førstelinjetjenesten. Vi anbefaler derfor at direktoratene som fra forskjellig ståsted har ansvar for helse, omsorg, undervisning, og integrering av asylsøkere og flyktninger, går sammen om å gjennomføre en formell og bærekraftig utrulling av TRT tilpasset lokale behov og forhold, fortrinnsvis under faglig ledelse av FHI og CAW.

Referanser

References

- Barber, B. K. (2001). Political violence, social integration, and youth functioning: Palestinian youth from the Intifada. *Journal of Community Psychology, 29*(3), 259-280. doi:10.1002/jcop.1017
- Barron, I. G., Abdallah, G., & Heltne, U. (2016). Randomized control trial of Teaching Recovery Techniques in rural occupied Palestine. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 25*(9), 955-973. doi:10.1080/10926771.2016.1231149
- Barron, I. G., Abdallah, G., & Smith, P. (2013). Randomized Control Trial of a CBT Trauma Recovery Program in Palestinian Schools. *Journal of Loss and Trauma, 18*(4), 306-321. doi:10.1080/15325024.2012.688712
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine, 64*(6), 1204-1215. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.010>
- Berg, B., & Tronstad, K. R. (2015). *Levekår for barn i asylsøkerfasen (Living conditions for asylum-seeking children)* Retrieved from Trondheim, Norge: <http://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/Levek%C3%A5r-for-barn-i-asyls%C3%B8kerfasen-Dokumentasjonsrapport.aspx>
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings in the development of children* (2nd ed., pp. 37 - 43). New York, NY: Freeman.
- Caldwell, D. F., Chatman, J., O'Reilly III, C. A., Ormiston, M., & Lapid, M. (2008). Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness. *Health care management review, 33*(2), 124-133.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press.
- Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development, 38*(2), 153-161. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x
- Ehnholt, K. A., Smith, P., & Yule, W. (2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*(2), 235 - 250. doi:10.1177/1359104505051214
- El-Khani, A., Cartwright, K., Ang, C., Henshaw, E., Tanveer, M., & Calam, R. (2018). Testing the feasibility of delivering and evaluating a child mental health recovery program enhanced with additional parenting sessions for families displaced by the Syrian conflict: A pilot study. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 24*(2), 188 - 200. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/pac0000287>
- El-Khani, A., Ulph, F., Peters, S., & Calam, R. (2016). Syria: the challenges of parenting in refugee situations of immediate displacement. *Intervention, 4*(2), 99 - 113. doi:10.1097/WTF.0000000000000118
- Fixen, D. L., Naom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2006). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL : University of South Florida, Louis de la Parte, Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fixsen, D. L., Naom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- Giannopoulou, I., Dikaiakou, A., & Yule, W. (2006). Cognitive-behavioural group intervention for PTSD symptoms in children following the Athens 1999 earthquake: a pilot study. *Clin Child Psychol Psychiatry, 11*(4), 543-553.

- Keles, S., Friborg, O., Idsøe, T., Sirin, S. R., & Oppedal, B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development, 42*(1), 52-63. doi:10.1177/0165025416658136
- Lange, B. (2017). *Unaccompanied minor asylum-seekers: How are they really doing?* Paper presented at the Norwegian Directorate of Immigration Breakfast Seminar, Oslo, Norway. <https://www.youtube.com/watch?v=j-VKb3c39iw&feature=youtu.be>
- Levin, K., & Currie, C. (2014). Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Social Indicators Research, 119*(2), 1047-1063.
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., . . . Wight, D. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *bmj, 350*, h1258.
- Mørch, W.-T. (2012). Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet. *Norges Barnevern, 89*(3), 136-150.
- 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*(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-8-293
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(04), 487-498. doi:doi:10.1017/S1352465805002419
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry, 51*(7), 519-531.
- Pityaratstian, N., Piyasil, V., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Ularntinon, S., & Pariwatcharakul, P. (2015). Randomized Controlled Trial of Group Cognitive Behavioural Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Exposed to Tsunami in Thailand. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(05), 549-561. doi:doi:10.1017/S1352465813001197
- Qouta, S., Palosaari, E., Diab, M., & Punamäki, R. L. (2012). Intervention effectiveness among war-affected children: A cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 1 - 11 doi:10.1002/jts.21707
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*: Simon and Schuster.
- Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., . . . Salari, R. (2017). Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-017-1093-9
- Slagsvold, K. A. L. (2014). *Trapped between disaster and uncertainty: A quantitative study of mental health of unaccompanied minor asylum-seekers in Norwegian reception centers*. (MA Master thesis), Department of Psychology, University of Oslo. Retrieved from <http://www.duo.uio.no/>
- Smith, P., Dyregrov, A., & Yule, W. (2014). CHILDREN AND WAR. Teaching recovery techniques. Bergen, Norway: Children and War Foundation.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences, 34*(2), 315-322. doi:[http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00047-8](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00047-8)
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Hercegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress, 15*(2). doi:10.1023/A:1014812209051
- Sælid, G. A., Czajkowski, N., Holte, A., Tambs, K., & Aarø, L. E. (2016). Coping With Strain (CWS) course – its effects on depressive symptoms: A four-year longitudinal randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*(4), 321-327. doi:10.1111/sjop.12289
- Sønsterudbråten, S., Tyldum, G., & Raundalen, M. (2018). *Et trygt sted å vente - omsorgspraksiser på asylmottak for enslige mindreårige*. (05). Oslo: Fafo.

- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(1), 33-37. doi:10.1111/sjop.12094
- Yule, W., Dyregrov, A., Raundalen, M., & Smith, P. (2013). Children and war: the work of the Children and War Foundation. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 10.3402/ejpt.v3404i3400.18424. doi:10.3402/ejpt.v4i0.18424

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mars 2019
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no