

Albert Turner

# Psykisk helse hos enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Brit Hauger

Mai 2019



Albert Turner

# Psykisk helse hos enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Brit Hauger

Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

**Tittel:** Psykisk helse og enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger

**Bakgrunn:** Økningen av flyktningstrømmen den siste tiden har åpnet for en rekke problemstillinger, spesielt da over halvparten av de 65 millioner mennesker på flukt i verden er barn. Opplevelsen av katastrofale hendelser, samt ulike belastninger på sin vei til Europa har gjort at denne populasjon har en forhøyet sårbarhet for utviklingen av psykiske lidelser. **Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven er å identifisere faktorer som kan hemme utviklingen av god psykisk helse, samt prosesser som kan hjelpe å mestre inntrengende tanker og følelser. Dette for å besvare problemstillingen; “hvordan ivareta den psykiske helsen til enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger som har opplevd traume?”

**Metode:** Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode. Gjennom strukturerte og manuelle søk ble 5 forskningsartikler inkludert i teksten.

**Resultat:** Funnene i de presenterte forskningsartiklene viser til ulike faktorer som kan påvirke den psykiske helsen negativt, blant annet: akkulturasjonsproblemer, dysfunksjonell emosjonsregulering, asylprosessen og bruk av disengagement strategier. Gruppesamtale metoder fra Teaching Recovery Techniques, følelses- og emosjonsmessige mestringsverktøy og økt kulturelt kompetanse viser å kan redusere depressive symptomer. I tillegg til dette viser resultatene at enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere (EMA) kan ha en iboende resiliens.

**Konklusjon:** Den psykiske helsen til EMA påvirkes av traumatiske opplevelser pre-migrasjon, som videre blir opprettholdt av ulike faktorer i hverdagen post-migrasjon. Oppgaven argumenter for at forhindring av ulike faktorer i hverdagen, samt det å lære mestringsverktøy og strategier kan redusere depressive symptomer slik at en kan jobbe fremover mot en god psykisk utvikling.

## **Abstract**

**Title:** Mental health and unaccompanied refugee minors

**Background:** During the latest years, the increase of refugees has led to a range of topical questions, especially when over half of the 65 million refugee in the world are children.

Experiencing catastrophic events and other stressful events on their way to Europe gives this population an increased vulnerability to different mental illnesses.

**Purpose:** The purpose of this bachelor thesis is to identify different factors that help prevent a positive mental development, as well as processes and strategies to help cope with unwanted feelings and emotions. This to help answer the topic question; “how to take care of the mental health of unaccompanied refugee minors who have experienced trauma?”.

**Method:** This thesis uses literary study as its method. Through structured and manual searches, 5 research articles were included in this thesis.

**Result:** Findings in the research articles indicate different factors that have a negative influence on mental health, which include: acculturation difficulties, dysfunctional emotion regulation, the asylum process and the use of disengagement strategies. Group-therapy through Teaching Recovery Techniques, emotional and feeling coping tools and increased cultural knowledge have shown to reduce depressive symptoms. The resilience-phenomenon that unaccompanied refugee minors can display has also been displayed in the results.

**Conclusion:** This thesis argues that the mental health of unaccompanied refugee minors is affected by traumatic experiences pre-migration, and further maintained by different post-migration factors. Therefore this thesis argues that the prevention of post-migrational factors shown to affect mental health, as well as learning different coping strategies will help reduce depressive symptoms enough to then work towards a positive mental growth.

|  |    |
|--|----|
| <b>1.0 Innledning</b>  | 3  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema                                  | 3  |
| 1.2 Relevans for vernepleieryrket                              | 3  |
| 1.3 Problemstilling  | 4  |
| 1.4 Avgrensninger  | 4  |
| <b>2.0 Teori</b>   | 4  |
| 2.1 Begrepsavklaring   | 4  |
| 2.2 Enslige mindreårige - hvem er de?                          | 5  |
| 2.3 Internasjonal og nasjonal lov                              | 6  |
| 2.4 Symptomer og problemer hos flyktninger                     | 7  |
| 2.5 Psykiske helse hos enslige mindreårige flyktninger i Norge | 8  |
| <b>3.0 Metode</b>  | 9  |
| 3.1 Litteraturstudie   | 9  |
| 3.2 Litteratursøk  | 10 |
| 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier                        | 11 |
| 3.4 Søkehistorikk  | 11 |
| 3.5 Kvalitetssikring   | 13 |
| <b>4.0 Resultat</b>  | 13 |
| 4.1 Litteratormatrise  | 13 |
| 4.2 Resiliens  | 19 |
| 4.3 Akkulturasjon  | 20 |
| 4.4 Asylprosessen som psykisk belastning                       | 22 |
| 4.5 Teaching Recovery Techniques (TRT)                         | 23 |
| <b>5.0 Diskusjon</b>   | 24 |
| 5.1 Identifisering av hemmende utviklingsfaktorer              | 24 |
| 5.2 Mot en god psykisk helse                                   | 26 |
| <b>6.0 Konklusjon</b>  | 28 |
| <b>7.0 Litteraturliste</b>                                     | 29 |

## **1.0 Innledning**

Den massive økningen av flyktninger og asylsøkere de siste årene som følge av ulike kriser, har åpnet for en rekke problemstillinger. Disse problemstillingene knyttes ofte opp mot helseproblemer forårsaket av forholdet til flukten, som kan være psykiske og fysiske skader etter vold, tortur, krigføring og tap. Per dags dato er det over 30 millioner barn og unge på flukt (Sommerseth, 2017). Opplevelsene til disse barn og unge, etter gjentatte påkjenninger før, under og etter flukten, gjør at de har en høyere forekomst av psykiske problemer enn resten av den unge befolkningen (Berg & Tronstad, 2015, s. 46)

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg hadde min fordypningspraksis ved et bofellesskap for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. Barna utgjorde en sammensatt gruppe fra ulike land, folkegrupper, religioner, kulturer med ulik sosialt og økonomisk bakgrunn fra hjemlandet. De var likevel alle i samme livssituasjon med manglende foreldre nærvær, bosatt i et fremmed land og i varierende grad traumatisert som følge av hendelser før, under og etter flukten (IMDi, 2017).

Etterhvert i praksisperioden ble det synlig at alle bar et preg av sin vanskelig fortid på ulike måter. For noen ble disse tidligere traumene et stort hinder i hverdagen, da det kunne gå ut over søvn og gi sterke gjenopplevelser, mens andre klarte seg tilsynelatende godt. Disse problemene utgjorde også en belastning på andre aspekter av livet, som skolegang, helse og det sosiale. Denne forskjellen på ungdommene, som hadde noenlunde like opplevelser i hjemlandene, gjorde at jeg ville fordype meg i flere ting; hva disse ulikhetene i hverdagen og tilpasningen skyldtes og hvilken faktorer som påvirket ungdommenes psykiske helse. Hva vi som omsorgspersoner kan gjøre for at ungdommene kunne utvikle en god psykisk helse, til tross for traumatiske opplevelser, viste å være spesielt interessant.

### **1.2 Relevans for vernepleieryrket**

Oppgaven og tema er relevant for vernepleierfaget da den omhandler potensielt vanskeligstilte ungdommer. I følge rammeplan for vernepleierutdanningen skal vernepleieren kunne utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske eller sosiale vansker (Utdannings- og Forskningsdepartementet, 2015). Ungdommene som denne oppgaven tar for seg vil ha varierende grad av psykiske og somatiske plager som følge av sine oppvekstvilkår og tidligere opplevelser og dermed være av relevans for en vernepleier jf. rammeplanen. Vernepleierfaget har også krav om helsefaglig kompetanse, hvor psykisk helse er en del av helsebegrepet (Nordlund, Thronsen & Linde, 2015, s. 20).



### 1.3 Problemstilling

Basert på erfaringene gjort i praksis ble det tydelig at de tidligere traumene disse barn og unge hadde gjennomgått, kunne for noen gi store konsekvenser i hverdagen, mens for andre ikke.

Problemstilling ble formulert på bakgrunn av dette: *“Hvordan ivareta den psykiske helsen til enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger som har opplevd traumer?”*

### 1.4 Avgrensninger

Jeg velger å avgrense oppgaven til å omhandle enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger (EMA) mellom 15-18. Dette basert på erfaringene jeg fikk i fordypningspraksisen og alderen på ungdommene som bodde der.

## 2.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenterer jeg teori og kunnskap som er relevant for valgt problemstilling. Kildene brukt er enten av anerkjente fagpersoner, organisasjoner eller statlige organer sine skriftlige verk, publisert i bøker, tidsskrifter, nettsider, eller fra studier gjort av fagpersoner. Kunnskapen som er presentert omhandler enslige mindreårige asylsøkere, med begrepsdefinisjon, demografi, tall fra Norge, nasjonale og internasjonale lover og vanlige psykiske og somatiske lidelser.

### 2.1 Begrepsavklaring

Akkulturasjon: Beskrives som *“kulturell tilpasning og forandringer når en gruppe eller personer kommer i kontakt med en annen kultur enn sin egen”* (Egidus, 2000, s. 20)

Resiliens: Kan forklares som prosessen etter å ha møtt betydelige vansker, som traumer, tragedier m.m (American Psychological Association, 2019). Brukt i sammenheng med EMA beskriver resiliens evnen til å klare daglige oppgaver tross ulike psykologiske belastninger, traumatiske hendelser og en generell sårbarhet for psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 404).

Emosjonsregulering: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) beskriver emosjonsregulering som; “*evne til å regulere intensitet, latens, frekvens og varighet av emosjonelle uttrykk i henhold til situasjonen*” (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, 2018)

## 2.2 Enslige mindreårige - hvem er de?

Enslige mindreårige *asylsøkere* (EMA) er en fellesbetegnelse på alle barn og unge under 18 år som, uten foreldre eller andre med foreldreansvar, ber myndighetene om vern og *flyktningstatus* (Varvin, 2003, s. 35). Etter ankomst får barnet en representant, som skal ivareta EMA juridiske og økonomiske rettigheter. Det daglige omsorgsansvaret ligger hos asylmottaket eller omsorgssenteret som EMA bor. Etter å ha søkt om beskyttelse vil søknaden bli behandlet og enten godkjent eller avvist. De som får innvilget asyl blir etterhvert bosatt i en norsk kommune og blir da en enslig mindreårig *flyktning*. Asylsøkerne som får avslag, blir etterhvert returnert til hjemlandet (Utlendingsdirektoratet, 2019).

Det er mange årsaker som driver barn på flukt. Det kan være ytre faktorer som krig, fattigdom, mangel på arbeid og familiekonflikter, eller et indre ønske om et bedre liv og sosial mobilitet, eller en kombinasjon av disse. Ungdommene får ofte selv være med på å bestemme at de skal reise ut, i samarbeid med foreldre, besteforeldre, onkler eller søsken (Øien, 2010, s. 40).

Antall asylsøkere som oppgir at de er under 18 år ved ankomst har falt de siste årene. Tall fra UDI viser at i 2015 var det 5480 enslige mindreårige som søkte asyl i Norge. Dette sank til 320 asylsøkere i 2016, 191 i 2017, 159 i 2018 og ved mars 2019 var det kun 32 søkere (Utlendingsdirektoratet, 2019). Det er flere årsaker til denne nedgangen i asylsøkere, blant annet Tyrkia-EU avtalen hvor flyktninger som ankommer Hellas returneres til Tyrkia, noe som fører til strengere grensekontroll (European Council, 2016). En annen årsak er den strengere innvandringspolitikken i Norge, illustrert i opphevingen av rimelighetsvilkåret i §38 i utlendingsloven, hvor enslige mindreårige som hadde fylt 18 kunne returneres til Afghanistan selv om dette vil føre til ny internflukt (Justis- og Beredskapsdepartementet, 2017).

### 2.3 Internasjonal og nasjonal lov

Forente Nasjoner (FN) vedtok 20.11.1989 den første internasjonale menneskerettighetskonvensjonen for barn. Denne konvensjonen, populært kalt barnekonvensjonen, sikrer juridiske rettigheter for alle under 18 år og krav på spesiell beskyttelse. FN sine egne sider hevder at alle land i verden, unntatt USA, har sluttet seg til denne konvensjonen og lovene som medfølger. Denne konvensjonen er en av de mest omfattende og har vist seg vanskelig å inkorporere i alle lands regler. Stater har derfor muligheter til å reservere seg mot deler av konvensjonen om det strider mot nasjons gjeldende lover (FN-sambandet, 2018). Eksempelvis har Afghanistan reservert seg mot alle konvensjonens lover som strider mot landets gjeldende Sharia lover (United Nations Treaty Collection, 2019).

I 1991 forpliktet den norske regjering å følge barnekonvensjonen, ved at den ble ratifisert. En rapport om barns situasjon i riket skal hvert femte år innsendes til FN, som gjennomgår den og påpeker forbedringspotensial (FN-sambandet, 2018). I 2003 ble konvensjonen gjeldende som norsk lov, som sørget for at konvensjonen og dens bestemmelser ble fulgt av alle i riket. Konvensjonen kan forkortes til to deler, rettigheter og prinsipper. Rettighetene består av barns rett til liv og helse, skolegang og utvikling, omsorg og beskyttelse, deltakelse og innflytelse. Prinsippene i “barnas egen grunnlov” handler om å ikke diskriminere barn, handle etter barnets beste og å høre på barnet (Regjeringen, 2019).

Kanskje de viktigste artiklene i Barnekonvensjonen som berører enslige mindreårige asylsøkere er artikkel 20, 2 og 22. Artikkel 20 sier at barn som midlertidig eller permanent er fratatt sitt familiemiljø, skal ha rett til særlig beskyttelse og bistand fra staten. Artikkel 2 forsterker likestillingen for barn da den fastslår at statene som tar part i konvensjonen (derav, Norge) skal sikre rettighetene for *alle* barn i riket, uten diskriminering av noe slag. Artikkel 22 er bestemmelser for flyktningbarn for gi dem egnede tiltak, beskyttelse og humanitært hjelp. Andre artikler som er viktig å nevne 3. hensyn til barnets beste, 6. barnets rett til liv og utvikling og 12. barnets rett til å uttrykke sin mening og bli hørt (Barneombudet, 2019).

Enslige mindreårige asylsøkere som kommer til Norge deles i to grupper. Barnevernet tar over omsorgsansvaret for asylsøkerne under 15, mens de over er det Utlendingsdirektoratet som har ansvaret for (Regjeringen, 2018). I likhet med andre barn under Barnevernet er det vanlig at de under 15 blir plassert i fosterhjem eller hos slekt som bor i landet, mens de over 15 ofte ender i et bofellesskap, hybel eller ubemannet kollektiv (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2018). Denne praksisen har blitt sterkt kritisert av flere faginstanser, blant annet Barneombudet. Barneombudet er Norges representant for barnekonvensjonen, som skal sikre forpliktelsene til konvensjonen følges. I

et brev skrevet til regjering fra 2017, viser Barneombudet store bekymringer knyttet til EMA over 15 som bor i mottak og brudd på Barnekonvensjonens krav om ikke-diskriminering. Dette fordi tilbudet til EMA over 15 er ikke likestilt med andre barn i Norge (Barneombudet, 2017).

## 2.4 Symptomer og problemer hos flyktninger

*“Et traume kan svekke den grunnleggende opplevelsen av at verden er et godt sted, at livet er meningsfullt og at en selv har verdi som menneske”.* (Berge, 2005)

Som hos alle andre mennesker, kan tidligere traumer og dårlig livsvilkår resultere i ulike psykiske- og somatiske sykdommer. Flyktninger har en økt sårbarhet for psykiske lidelser som følge av en eller flere belastninger i hjemlandet, under den lange turen til Europa eller som følge av asylsøker-tilværelsen (Varvin, 2008, s. 70). Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) er den vanligste tilstanden i etterkant av påkjenninger av truende eller katastrofal natur, hvor det mest typiske trekket er gjenopplevelser av traumaet (“flashbacks”). PTSD er ikke den umiddelbare skrekken eller sjokket etter hendelsen, men heller en forsinket reaksjon (Snoec & Engedal, 2017, s. 124).

En av forsvarsmekanismen menneskekroppen har utviklet mot traumatisering er dissosiasjon fenomenet, hvor bevisstheden beskyttes ved å fjerne seg fra situasjonen. I øyeblikket har dissosiasjonen fordelen ved at smerten minker, men konsekvensene i ettertid vil være manglende mentalt bearbeiding av hendelsen (Snoec & Engedal, 2017, s. 129). Trauma-hendelsen splitter seg fra psyken og etterlater seg kroppslige spor i hormonbalansen og nervesystemet. Dette kan resultere i at lukter, lyder og andre sanseintrykk forbundet med traumaet kan utløse panikk- og angstreaksjoner (Varvin, 2008, s. 71).

Traume er inngangsporten til en rekke problemstillinger og symptomer knyttet til posttraumatisk stress. I tillegg til dissosiasjons fenomenet, kan PTSD pasienter oppleve søvnevansker som følge av mareritter og en forhøyet autonom alarmberedskap (Snoec & Engedal, 2017, s. 124).

Unngåelsesatferd og følelsesmessig avflating eller nummenhet er andre typiske symptomer på PTSD, og er kriterier for å kunne få en PTSD-diagnose. Unngåelsesatferd vil si at pasienten unngår plasser, ting, aktiviteter eller den traumatiserende erfaringen i samtale, dette for å unngå gjenopplevelse. Følelsesmessig nummenhet er at pasienten har en endring i følelser knyttet til andre som tidligere stod de nært, som familie og venner, samt interesser en hadde i forkant av traume-hendelsen (Dyb, 2017).

Hos traumatiserte personer vil forekomsten av komorbide lidelser være høyere, eksempelvis depresjon med typiske symptomer som tap av interesse, manglende energi og konsentrasjonsvansker. Andre eksempler på komorbide lidelser som følge av PTSD er ulike angstlidelser og alkohol- og rusmisbruk (Johnsen, Kanagaratnam & Asbjørnsen, 2013). Går disse posttraumatiske problemene ubehandlet i lang tid kan det utvikle seg til en kronisk tilstand hvor kroniske smerter er vanlige. I slike tilfeller omgjør kroppen de erfaringene i psyken som ikke er fullt bearbeidet, om til fysiske smerter, gjerne relatert til plasser på kroppen tidligere utsatt for krenkelser eller skader (Varvin, 2008, s. 74).

## **2.5 Psykiske helse hos enslige mindreårige flyktninger i Norge**

I doktoravhandlingen til Grete Dyp, *Posttraumatic stress reactions in children and adolescents* (2005), skriver hun at identifikasjonen av PTSD hos barn kom langt senere enn hos voksne.

Diagnosen PTSD ble først publisert i American Psychiatric Association (APA) sin diagnostikk og statistisk manual for psykiske lidelser (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (*DSM-III*) i 1980. På den tiden var det enighet om at barn og unge ikke kunne utvikle PTSD og var derfor ikke relevant for dem (Dyb, 2005). Dette har i senere tid vist seg å ikke være sant, eksempelvis da the National Collaborating Centre for Mental Health publiserte i 2005 en håndbok for behandlingen av PTSD hos barn helt ned til under 7-års alderen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Berg og Tronstad (2015) gjorde i mellom 2013 og 2015 en levekårsundersøkelse for barn i asylsøkerfasen. Med bruk av vurderingsskjema for mental helse hos ungdom, *strengths and difficulties questionnaire (SDQ)*, viser undersøkelsen at asylbarna har en merkbar høyere skår enn resten av den unge norske befolkningen (sammenlignet med en studie av 30 000 norske barn). Denne skåren er summen av vurderingsskjemaets fire tema; emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, oppmerksomhetsproblemer og problemer i relasjon til venner. Det mest fremtredende området i undersøkelsen av asylbarn var emosjonelle problemer, hvor 59% av partisipantene har grense- eller kritiske verdier. Disse funnene var like med tilsvarende studier gjort i Belgia, Nederland, Sverige og Danmark (Berg & Tronstad, 2015, s. 40).

En annen studie av 209 nylig ankommet enslig mindreårige asylsøkere i Norge, som fulgte dem over 2.5år, viste at 96% hadde opplevd en alvorlig livshendelse. Av disse hadde 82% vært utsatt for livstruende hendelser, 78% fysisk vold og 78% hadde mistet nær familie. Gjennom studiens forløp

viste gruppen høye nivåer av psykologiske problemer, som forble generelt uendret over de to årene de deltok i studiet. Stressfaktorer som hadde innvirkning på videre *forhøyet* nivåer av psykologisk problematikk, var ventetiden og negativ utfall av asylsøkerprosessen samt botiltaket de ble passert i (Jakobsen, DeMott, Wentzel-Larsen & Heir, 2017). European Child & Adolescent Psychiatry sin litteraturstudie viste at opptil 52.7% av alle EMA i alle land i Europa hadde verdier tilsvarende diagnosen depresjon, 32.8% hadde ulike angstlidelser, 31.6% hadde emosjonelle problemer og 35% atferdsrelaterte problemer (Kien et al., 2018)

### **3.0 Metode**

*“Metode er den systematiske fremgangsmåten benyttet for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling”* (Thidemann, 2015, s. 76) I dette kapittelet skal det redegjøres for hvilken metode som er brukt i forbindelse med denne bacheloroppgaven, for søkeprosessen, inklusjons- og eksklusjonskriterier og relevante søkeord. Gjennom dette kapittelet vil jeg også vise til vurderinger gjort underveis og av forskningsartiklene i forhold til validitet og reliabilitet.

#### **3.1 Litteraturstudie**

I rammene satt for denne bacheloroppgaven, skulle arbeidet baseres på eksisterende litteratur og dermed var metodevalget allerede gjort. Uavhengig av dette ville nok denne metoden passet best til problemstillingen som er valgt og omfanget av den. Dette da andre metoder for datainnsamling, som intervju og spørreskjema, ville vært for tidskrevende og ikke besvart problemstillingen godt nok. I tillegg til dette er det juridiske rammer for å kunne utføre en slik undersøkelse for datainnsamling, i forhold til anonymisering og sensitiv informasjon. Det er også etiske problemer knyttet til oppgaven, da det kunne vist seg krevende og følsomt å intervjuer enslige mindreårige asylsøkere om dette sensitive temaet.

En litteraturstudie er en kvalitativ metodetilnærming, en kvalitativ metode har hensikt om å hente kunnskap om menneskelige egenskaper, tanker, holdninger og dynamiske menneskelige prosesser. Dette i motsetning til en kvantitativ studie, hvor en finner målbare enheter og utregninger (Thidemann, 2019, s. 78). I oppgavens teoridel ble kvantitative studier benyttet for å blant annet belyse enslige mindreårige asylsøkeres demografi. I denne bacheloroppgaven systematiserer jeg kunnskap fra skriftlige kilder funnet gjennom litteratursøk, for så å presentere den for å belyse problemstillingen. Materialet brukt i denne oppgaven er eksisterende kunnskap presentert i ulike artikler, bøker, tidsskrift m.m.

### 3.2 Litteratursøk

For litteratursøket ble det brukt to ulike metoder, manuell søking og søk i databaser. Hvis jeg kom over en litterær kilde som var av relevans for oppgaven kunne jeg manuelt gå gjennom kildens referanseliste for å finne andre artikler som kunne være interessante, spesielt i ulike fag- og pensumbøker. Når det gjaldt internettartikler og ulike bachelor- og masteroppgaver ble manuelt søk benyttet for å komme frem til en primærkilde, dette for å forsikre at jeg ikke tok over andres feiltolkninger (Thidemann, 2019, s. 83).

Da jeg begynte å lese teori relevant for valgt tema, ga disse god veiledning til hva jeg kunne søke etter. Mange av publikasjonene var på engelsk, noe som ga indikator til hvilket begreper de bruker for å beskrive eksempelvis *enslige mindreårige asylsøkere (EMA)* som på engelsk ble

*Unaccompanied refugee minors (URM)*. Tidligere bachelor- og masteroppgaver ga også gode råd til hvilket databaser som inneholder relevant teori og forfattere. Gjennom manuell søking i artikler og tidligere oppgaver, kunne jeg også finne flere gode kilder og litteratur. Både bachelor-undervisning og veileder ga også gode råd for hvilket databaser kunne være aktuelle å bruke.

Formuleringen av et avgrenset søk viste seg i begynnelsen å være vanskelig, da det å finne balansen mellom vage og upresise søkeord som kunne gi 100 000 treff og et veldig definert søk som kunne resultere i ingen treff. Pensum boken *Bachelor skriving for sykepleierstudenter* (Thidemann, 2019, s. 86) viste til bruken av PICO-modellen for å operasjonalisere problemstillingen. PICO ga gode råd i hvordan å komme frem til det problemstillingen etterspør. I PICO modellen betegner hver av bokstavene elementer for søket (Helsebiblioteket, 2016)

P: (pasient/problem) hvilken type pasient/pasientgruppe som problemstillingen etterspurte:  
*Enslig mindreårige asylsøkere/ Unaccompanied refugee minor*

I: (intervention) tiltak eller intervensjon som var ønsket, dette kunne være informasjon, veiledning, råd. I henhold til min oppgave ønsker jeg å finne: *Forebyggende tiltak/ Preventive measures*

C: (comparison) sammenligne ulike tiltak, brukte ikke dette søke alternativet.

O: (outcome) utfallet eller effekten av tiltaket/intervensjonen: *Positive*

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg hadde nå ulike emneord/søkeord og mulige kombinasjoner som jeg kunne anvende i databasene. Etter å ha forsøkt å finne litteratur i de ulike databasene, ble det klart at mange inneholder artikler som krever innlogging og/eller betaling. De som viste seg å inneholde flest artikler av relevans og som ikke krever innlogging eller betaling var Google Scholar og PubMed. I databasen PubMed ga søket “*Unaccompanied refugee minor*” i utgangspunktet 134 treff, men hadde et søkekriterie som ekskluderte alle som krevde betaling for hele teksten, tallet ble da redusert til 42. Jeg valgte også å ekskludere alle tekster som var over 10 år gammel, da disse kunne være utdaterte i forhold til nyere forskning.

I rammene satt for denne bacheloroppgaven var det krav om at litteraturen anvendt skulle være fagfellevurdert. Dette viste seg vanskeligere å bruke som inklusjonskriterie da få databaser hadde det som et alternativ. I praksis betydde dette at etterhvert som en relevant artikkel ble funnet, måtte det manuelt gåes gjennom for å forsikre at den var fagfellevurdert. I enkelte tilfeller kunne notatene i artiklene vise dette, da det sto når den ble sendt til databasen, når den ble vurdert og når den ble akseptert som en vitenskapelig artikkel. I andre artikler måtte jeg gå til nettsiden hvor den først ble publisert for å bekrefte fagfellevurdering.

### 3.4 Søkeshistorikk

Som nevnt over ble flere databaser brukt tidligere, men flere faktorer bidro til at PubMed og Google Scholar var de som gjensto. Under er søkeshistorikken i hvert database som resulterte i funn av forskningsartikler til denne oppgaven.

| <i>Database</i>   | <i>Søk nummer</i> | <i>Søkeord/ordkombinasjoner</i>                             | <i>Antall treff</i> | <i>Leste abstrakt</i> | <i>Leste artikler</i> | <i>Artikler inkludert</i> |
|---|-------------------|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>PubMed</b><br>Eksklusjon:<br>“Free full text”<br>“Publication<br>10 years or<br>newer” | 1                 | “Unaccompanied”<br>AND “Refugee”<br>AND “Minor” OR<br>“URM” | 219                 | 14                    | 4                     | 0                         |
|   | 2                 | “Unaccompanied”<br>AND “Refugee”<br>AND “Minor”             | 40                  | 9                     | 6                     | 1 (1)                     |



|  |   |   |    |   |   |       |
|--|---|---|----|---|---|-------|
|  | 3 | “Unaccompanied”<br>AND “Refugee”<br>AND “Minor” AND<br>“Mental” AND<br>“Health” | 17 | 4 | 4 | 1 (2) |
|--|---|---|----|---|---|-------|

| <i>Database</i>                                   | <i>Søk nummer</i> | <i>Søkeord/ordkombinasjoner</i>   | <i>Antall treff</i> | <i>Leste abstrakt</i> | <i>Leste artikler</i> | <i>Artikler inkludert</i> |
|---|-------------------|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Google Scholar</b><br>“Time period: 2010-2019” | 1                 | “Unaccompanied” AND “Refugee” AND “Minor”   | 19 600              | 18                    | 12                    | 0                         |
|   | 2                 | “Unaccompanied” AND “Refugee” AND “Minor” AND “Prevention” AND “Psychological” AND “Problems” | 7 900               | 6                     | 4                     | 1 (3)                     |
|   | 3                 | “Unaccompanied” AND “Refugee” AND “Minor” AND “Promoting resilience”                          | 2080                | 4                     | 3                     | 1 (4)                     |
|   | 4                 | “Unaccompanied” AND “Refugee” AND “Minor” AND “Self development”                              | 4 860               | 7                     | 2                     | 1 (5)                     |

Søkene for relevant litteratur i PubMed databasen ga få treff, men de som ble vist tilsvarte søkeordene. På denne måten kunne hvert søk spisses inn mot problemstilling, noe som resulterte i mindre antall treff for hver gang. Søk i Google Scholar ga konsekvent veldig generelle treff for søkeordene og inkluderer absolutt alle dokumenter som inneholder minst et av søkeordene. Eksklusjonskriterier som tidsperiode for utgivelse og fullstendige setninger som dokumenter måtte inneholde (“*Unaccompanied refugee minors*”) ga etterhvert mindre å mindre treff, men likevel et høyt antall sett opp mot treff i PubMed. Søk i PubMed hadde også flere eksklusjonskriterier for å

redusere ikke-relevante treff, eksempelvis at søket kun inneholder publikasjoner som er gratis, noe Google Scholar ikke kunne tilby.

### **3.5 Kvalitetssikring**

For å kvalitetssikre forskningsartiklene ble først sammendraget eller abstrakten lest over, dette for å se om informasjonen problemstillingen i artikkelen spør etter var relevant for min oppgave. Deretter var faktorer som utgivelsesår for publikasjonen og om informasjonen/kunnskapen i selve oppgaven var av ny dato viktig å sjekke (Thidemann, 2019, s. 89). Videre var det å bekrefte at artiklene var fagfellevurdert og om tidskriften artikkelen var publisert i anerkjente databaser. For å gjøre dette brukte jeg Databasen for Statistikk om Høyere Utdanning (2019) sitt register over publiseringskanaler. Det Nasjonale Publiseringsutvalget (NPU) og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) vurderer og godkjenner publiseringskanaler etter ulike kriterier og gir deretter en samlet karakter; nivå 1 eller nivå 2 (Register over Vitenskapelige Publiseringskanaler, 2019) Alle artiklene funnet gjennom litteratursøket er publisert i kanaler vurdert som nivå 1, altså av høyeste standard.

## **4.0 Resultat**

Litteraturstudie som den valgte metoden bydde på sine utfordringer. Mye prøve og feiling i i litteratursøking resulterte i et bredt spekter av ord og begrep som videre kunne brukes til å søke etter litteratur. I dette kapittelet skal funnene i disse artiklene presenteres i korte matriser med oversikt over innhold, metode, resultater og relevans. Deretter skal informasjonen og kunnskapene studiene belyser presenteres mer fordypende. Dette kapittelet inneholder først og fremst henvisninger til de utvalgte forskningsartiklene, men jeg velger av og til å trekke inn teori og andre studier presentert i de aktuelle artiklene for å supplere og belyse viktige resultater.

### **4.1 Litteraturmatrise**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Forskningsartikkel 1</b> | Keles, S., Fribord, O., Idsøe, T., Sirin, S. & Oppedal, B. (2016) “ <i>Resiliens and acculturation among unaccompanied refugee minors</i> ”. International Journal of Behavioral Development. 2016; 42 (1): 52-63.   |
| Hensikt                     | Hensikten med studien var å vise den psykologiske utviklingen over tid hos enslige mindreårige flyktninger som hadde ankommet Norge. Videre var hensikten å forstå forskjellen mellom EMA som beholdte eller utviklet god psykiske helse (derav viste <i>resiliens</i> ) og de som beholdte eller utviklet en negativ psykisk helse. Studien viser også hvorvidt tidligere traumer, problemer og utfordringer i dagliglivet etter migrasjon og kulturell kompetanse påvirket   |
|                             | denne utviklingen.   |
| Metode                      | Denne tverrsnittstudien gjorde datainnsamlingen gjennom <i>Self-report Questionnaires</i> , en spørreundersøkelse som partisipantene selv fyller ut, i 3 bølger.   |
| Resultat                    | Resultatet av studien ble presentert gjennom ulike tabeller og tekst. Svarene gitt gjennom de 3 spørreundersøkelsen plasserte partisipantene manuelt i 4 ulike grupper etter prevalensen av depressive symptomer, <i>resilient</i> eller <i>utsatte</i> og <i>kritiske</i> eller <i>sunne</i> . Resultatene viste at 58% av de 864 subjektene var <i>resiliente</i> eller <i>sunne</i> , mens de resterende 42% beholdte eller viste en negativ utvikling av psykiske problemer. Resultatene viste også at jenter hadde høyere sjanse for å være i den <i>sunne</i> eller <i>resiliente</i> gruppen, mens andre faktorer som få dagligdagse problemer, høy kulturelt arv kompetanse og bosetting i vertsland over lang tid skilte den <i>sunne</i> og <i>resiliente</i> gruppen fra de <i>utsatte</i> og <i>kliniske</i> . |
| Relevans for studien        | Denne studien og dens resultater er av relevans for denne oppgaven da den viser ulike faktorer som kan påvirke den psykologiske utviklingen til EMA etter bosetting. Disse faktorene gir en indikator i hvilke områder som er av betydning i arbeidet med å bevare eller utvikle en god psykisk helse.   |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Forskningsartikkel 2</b> | El-Awad, U., Fathi, A., Petermann, F. & Reinelt, T. (2017) <i>“Promoting Mental Health in Unaccompanied Refugee Minors: Recommendations for Primary Support Programmes”</i> . Brain Sciences: Mental Illness in Children. 2017; 7 (11): 146.   |
| Hensikt                     | Hensikten med artikkelen var å gi anbefalinger for hvordan å støtte EMA i arbeidet med en god utvikling i psykisk helse. Dette på bakgrunn av individuell psykoterapi som en dyrebar ressurs som bør være reservert for de mest alvorlige tilfellene.  |
| Metode                      | Artikkelen benytter seg av en kvalitativ metode, der gjennom litteraturoppsummering og analyse setter lys på 3 aktuelle psykologiske prosesser som støtteprogrammer for EMA kan basere seg på.   |
| Resultat                    | Artikkelen belyser flere faktorer som kan påvirke den psykiske helsen til EMA. De tre prosessene artikkelen presenterer som arbeidsområder for psykisk utvikling, er problemer etter bosetting i vertsland og møte med ny kultur (akkulturasjon), målsetting og forventninger EMA kan ha og dysfunksjonell emosjonsregulering som konsekvens av opplevde traumer. Artikkelen beskriver disse tre prosessene som viktige og underbygger disse med relevant litteratur og studier. |
| Relevans for studie         | Relevansen for studien vises igjen gjennom å belyse faktorer som er viktige i arbeidet med å utvikle en god psykisk helse, samt faktorer som kan bidra til å forhindre en god utvikling. De 3 psykologiske prosessene presentert bidrar til å vise nødvendige arbeidsområder som en vernepleier kan ha i arbeid med enslige mindreårige flyktninger.   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Forkningsartikkel 3</b> | Jakobsen, M., DeMott, M, A, M., Wentzel-Larsen, T. & Heir, T. (2017). “ <i>The impact of the asylum process on mental health: A longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway</i> ”. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  |
| <b>Hensikt</b>             | Hensikten med studiet er å undersøke den psykiske helse til EMA gjennom de ulike delene av asylsøkerprosessen, alderstesting, bosetting og resultatet av søknaden.   |
| <b>Metode</b>              | Denne tverrsnittstudien samlet data gjennom 4 bølger av målinger rett etter ankomst, 4 måneder etter, 15 måneder etter og 26 måneder etter ankomst.  |
| <b>Resultat</b>            | Resultatene viste at ved T1 (første måling) var det et generelt høyt nivå av psykologiske  |
|                            | symptomer. En av asylsøkerprosessens ledd er alderstesting, viste at 55% av studiens partisipanter ble antatt å være over 18 år og fikk dermed ikke status som mindreårig flyktning. Dette utfallet resulterte i bosetting i botiltak for voksne, som studien viser har en klar sammenheng med forhøyet psykologiske problemer. Å være antatt som over 18 år økte også risikoen for avslag på asylsøknad, som igjen hadde negativ innvirkning på psykiske helse. |
| <b>Relevans for studie</b> | Denne studien viser faktorer som kan ha negativ effekt på flyktningers psykiske helse. Asylsøkerprosessen er noe alle EMA må gjennom og som studien viser, utgjør en betydelig belastning. Relevansen for denne litteraturstudien befinner seg i belysningen av asylprosessen som belastning og som en viktig arbeidsområde i ivaretagelsen og utviklingen av en god psykisk helse hos EMA.  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Forkningsartikkel 4</b> | Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., Fångström, K., & Salari, R. (2017). "Teaching Recovery Techniques: Evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden". <i>European Child &amp; Adolescents Psychiatry</i> . 2018; 27 (4): 467-479. |
| Hensikt                    | Hensikten med artikkelen var å evaluere Teaching Recovery Techniques programmets effekt på depressive og PTSD symptomer, samt undersøke partisipantenes erfaring av programmet.  |
| Metode                     | Studien gjorde datainnsamling gjennom utfyllingsskjema, dette for målinger av depressive og PTSD symptomer før og etter programmets 5 møter. Deretter kvalitativ intervju for å undersøke partisipantenes opplevelse av programmet.  |
| Resultat                   | Resultatene av studien viste (1) at 22% hadde regresjon i PTSD symptomer og 33% regresjon av depressive symptomer. Dette til tross for at 62% opplevde negative livshendelser under den  |
|                            | 6-ukers lange behandlingsperioden. Kvalitative intervju i ettertid (2) resulterte i 6 områder som partisipantene mener gruppeprogrammet bidro til.   |
| Relevans for studie        | Denne evaluering er av relevans til egen studie da den viser en tilsynelatende effektiv intervensjonsmetode for pasientgruppen denne oppgaven omhandler.   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Forkningsartikkel 5</b> | Seglem, K, B., Oppedal, B. & Roysamb, E. (2014). "Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country". <i>International journal of Behavioral Development</i> . 2014; 38 (3): 293-303. |
|----------------------------|--|

|                     |   |
|---------------------|---|
| Hensikt             | Hensikten med denne studien var å utdype sammenhengen mellom problemer i dagliglivet og måten EMA håndterer disse, med livstilfredshet og depressive symptomer. Deretter sette resultatene opp mot resultater fra en populasjon av videregående studenter, en gruppe med etnisk minoritetsbakgrunn og en gruppe med etnisk majoritetsbakgrunn, fra vertslandet.   |
| Metode              | Studien benyttet kvantitative tall fra tidligere undersøkelser. Data for enslige mindreårige flyktninger kom fra spørreundersøkelser enten over e-post eller oppmøte. Data for etniske minoriteter og majoriteter kom fra elektroniske spørreundersøkelser. Studien bestod av 223 EMA partisipaner, 609 videregående studenter av etnisk minoritet og 427 studenter av etnisk majoritet. Spørreundersøkelsen bestod av områder knyttet til depressive symptomer, livsglede, utfordringer/problemer i dagliglivet og ulike mestringsstrategier.                |
| Resultat            | Resultatene viste en høyere forekomst av depressive symptomer blant EMA partisipantene. Samtidige indikerte undersøkelsen at til tross for denne høyere forekomsten og opplevelsene EMA kan ha med seg, viste de lignende nivå med livstilfredshet. I likhet med tidligere studier presentert viste   |
|                     | denne en sammenheng mellom dagligdagse problemer, samt bruken av “disengagement” mestringsstrategier (unntakelse av ubehagelige opplevelser), og høyere forekomst av depressive symptomer.  |
| Relevans til studie | Denne studien supplerer teorien om at EMA har en høyere forekomst av psykologiske problemer enn den yngre befolkningen forøvrig. Studien belyser samtidig en ny side, at de likevel viser en lignende nivå av livstilfredshet. Studien er av relevans til egen studie da den viser til ulike faktorer som kan påvirke den psykologiske utviklingen (1), belyser en side av EMA som indikerer resiliens (2) og at dysfunksjonelle mestringsstrategier i møte med hinder og ubehagelige opplevelser har sammenheng med høyere nivå av depressive symptomer (3). |

## 4.2 Resiliens

Den norske studien; “Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors” av Keles, S., Friborg, O., Idsøe, T., Sirin, S. & Oppedal, B., forsøker å forstå ulikhetene mellom EMA som beholdte eller klarte å oppnå en god psykisk helse og de som beholdte eller utviklet en dårlig psykisk helse. Denne undersøkelsen legger vekt på på et område i vitenskapelig forskning med EMA som forfatterne mener har blitt litt glemt i havet av symptomatologi og diagnostisering, nemlig post-migrasjons påvirkning på et allerede utsatt individ. Undersøkelsen tar for seg faktorer som tilpasningen til en ny kultur, problemene dette kan forårsake og innvirkningen dette kan ha på enkeltes psykiske helse. I lys av dette forsøker studien til syvende og sist å skille mellom resiliente og “friske” ungdommer og de kliniske og “utsatte” (Keles, S., Friborg, O., Idsøe, T., Sirin, S. & Oppedal, B, 2016)

Forfatterne av den aktuelle studien skriver selv at resiliens begrepet ikke alltid er lett å anvende i arbeid med EMA. Dette når til tross for store belastninger, traumer og livsfarlige opplevelser før og under flukten, har de likevel lyktes med å komme til et land på andre siden av kloden. Disse enslige mindreårige asylsøkerne fullførte flukten tilsynelatende alene, uten foreldre eller voksne som støtte og beskyttelse, noe som i seg selv viser stor resiliens. Men unike opplevelser og sammensatte psykiske problemer hos individene bidrar til ulike baner hos den enkeltes psykiske helse, i akkulturasjonsprosessen. Hvorvidt den banen er positiv eller negativ, påvirkes av den enkelte EMAs resiliens (Keles et al., 2016).

Studien i seg selv bygget på en undersøkelse av 918 EMA som hadde vært i Norge i over 3 år. Dataen ansamlet indikerte depressive symptomer, plager i akkulturasjonen (både i møte med egen og norsk kultur), kulturell kompetanse (egen og norsk kulturell kompetanse) og opplevelse av belastende og traumatiske hendelser i forkant av migrasjonen. Denne undersøkelsen ble utført gjennom utfylling av spørreskjema, repetert 3 ganger. Hvorvidt partisipantenes depressive symptomer endret seg over de 3 undersøkelsene, definerte hvilken kategori de ble plassert i. Resultatene viste at omtrent 60% av de EMA som deltok, kunne defineres som *sunn* eller *resilient* mens de resterende 40% ble definert som *klinisk* eller *sårbar* (Keles et al., 2016).



Resultatene viste at mengden av opplevd traume før ankomsten til Norge, skilte ikke den *resiliente* gruppen fra de andre. Opplevelsen av traume skilte derimot den *sunne* gruppen og den *kliniske* gruppen, noe som viser at mengden traume og belastende situasjoner kan for noen ha negative innvirkninger på den enkeltes psykiske helse. Den mest merkbare skillen mellom den såkalte *resiliente* gruppen og de andre forøvrig, var mengden akkulturasjons problemer i dagliglivet. Etter hver runde med datainnsamling gjennom spørreundersøkelser, viste det seg at med nedgang i mengde akkulturasjons problemer i dagliglivet hadde innvirkning på depressive symptomer. Derav viste det seg en klar sammenheng mellom mengden av post-migrasjons stressfaktorer, som konflikter med akkulturasjonsprosessen, og depressive symptomer (Keles et al., 2016).

Som et supplement til perspektivet om EMA som utsatte men samtidig en dynamisk gruppe som viser resiliens, viser resultatene en av forskningsartiklene; “*Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment*”(2014) at til tross for store belastninger har EMA partisipantene tilsynelatende lik livstilfredshet, sammenlignet med norske ungdommer. Forfatterne av studien henviser til teorien lagt frem i “The Quality of Life Questionnaire: A Multidimensional Measure” (1985), som kan forklare disse resultatene med at EMA sammenligner livssituasjon de befinner seg i med den de flyktet fra (Evans, Burns, Robinson & Garrett, 1985). Dette høye nivået av livstilfredshet funnet i studien, kan være med å indikere EMAs evne til å være resiliente i møte med utfordringer både store og små (Seglem, Oppedal & Roysamb, 2014).

### **4.3 Akkulturasjon**

Artikkelen “Promoting mental health in Unaccompanied Refugee Minors” anbefaler ulike metoder for å hjelpe EMA lettere adaptere i akkulturasjonsprosessen. Artikkelen bygger på 3 psykologiske prosesser, som sammen skaper grunnlaget for god psykiske helse gjennom god adaptasjon (El-Awad, Fathi, Petermann & Reinelt, 2017). Artikkelen starter med å henvise til en norsk studie, som målte antall stressende livssituasjoner og symptomer på PTSD, depresjon og angst. Disse målingene ble tatt etter de 75 EMA hadde vært i Norge i 6 måneder og neste etter å ha vært bosatt i 2 år. Studien viste at det var generelt ingen eller lite endring i symptomer mellom første og andre måling (Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). For å supplere denne studien, viste en annen studie en klar sammenheng mellom problemer med adaptasjon, kulturelt tap og tap av støtte og psykiske problemer og stress-belastninger (Carswell, Blackburn & Barker, 2009).

Artikkelen fremhever disse studiene for å bedre kunne vise sammenhengen mellom post-flukt stressfaktorer og påvirkningen disse har på den psykiske helsen til enslige mindreårige flyktninger. For noen vil adaptasjonen til en ny kultur være enkel, skulle kulturen i migrasjons landet være lik kulturen i hjemlandet. For EMA som ankommer Norge vil det forøvrig være distinktive forskjeller i hvordan populasjonen kler seg, hva de spiser, ulike trosretninger, moralsk index og variabler i måten folk tenker. Store konflikter mellom den kulturelle arven en asylsøker har med seg i møte med en ny kultur, kan resultere i akkulturasjons- eller post-migrasjonsstress. Dette er noe som igjen kan forårsake eller manifestere seg som depresjon, angst eller, i ekstreme tilfeller, psykose (El-Awad et al., 2017).

I artikkelen til El-Awad et al (2017) betegner de interkulturell kompetanse som en viktig del av akkulturasjonsprosessen. En av litteratur kildene henvist til i teksten, Deardorff (2006), forklarer den interkulturelle kompetansen som kunnskapen om andre, om seg selv, om kultur og kunnskaper om kommunikasjon og samhandling. Kumulativt av disse kompetansene, tilsvarer evnen til å gjennomføre gode sosiale interaksjoner og god kommunikasjon i møte med mennesker fra ulike kulturer (Deardorff, 2006). Denne kommunikasjons kompetansen er nødvendig for en god akkulturasjon, da den danner bånd til samfunnet i vertslandet og kan påvirke andre aspekter av assimilering til en ny kultur (El-Awad et al, 2017).

Den første studien som tidligere ble presentert som en av de fem forskningsartiklene, “Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors” (2016), viser at mengde kompetanse om kultur fra hjemlandet skiller gruppen EMA beskrevet som *sunne*, og de definert som *kliniske*. Denne forskjellen skriver forfatterne, kan vise at å opprettholde og videreutvikle sin kulturelle arv, som de hadde med seg til Norge, kan bidra til at selvoppfatning og identitetsutvikling får en positiv utvikling. Kompetansen innenfor vertsnasjonens kultur, hadde ingen innvirkning på hvilken gruppe partisipantene ble plassert i, i henhold til depressive symptomer (Keles et al., 2016).

I tillegg til kulturell kompetanse, både interkulturelt og kulturelt arv, er emosjonsregulering og målsetting viktig komponenter i akkulturasjonsprosessen. For en enslig mindreårig asylsøker som har opplevd svært belastende situasjoner, kan eksempelvis skam, frykt og sinne knyttet til tidligere opplevelser resultere i en dysfunksjonell emosjonsregulering. Artikkelen “Promoting mental health in Unaccompanied refugee minors” henviser til ulike studier som viser sammenheng mellom problemer med emosjonsregulering og symptomer på depresjon og PTSD. Denne sammenhengen mellom emosjonsregulering og psykiske lidelser i møte med akkulturasjon, kan gi store vansker da emosjoner tidligere knyttet til belastende situasjoner, kan knyttes til utfordringer i akkulturasjonen (El-Awad et al., 2017).

Samtidige som dysfunksjonelle emosjonsreguleringer og problemer knyttet til det å leve i vertslandet er til stede, skriver forfatterne at asylsøkere kan ha problemer med målsetting og det å finne mål som er oppnåelige. Ved ankomst kan EMA ha store forventninger til landet og fremtid, å få en god utdannelse, en godt betalt jobb, en fin bil m.m, uten å kunne se de mange hindringene som kan gjøre disse mål uoppnåelige (El-Awad et al., 2017). Mål og forventninger knyttet til vertsnasjonen har vist seg å forårsake psykologisk stress og problemer, om ikke møtt. Forskningsartikkelen henviser til en studie fra Canada, som viser at de som føler vertsnasjonen og livssituasjon der ikke var som forventet, er 2.6-3.9 ganger mer utsatt for ulike psykiske vansker, eksempelvis søvnmangel, ulykkelighet, depresjon m.m (Simich, Hamilton & Baya, 2006).

I arbeid med enslige mindreårige flyktninger vil arbeid med disse tre psykologiske prosesser kunne redusere psykiske vansker, i følge artikkelen. For den kulturelle kompetansen burde arbeidet være rettet mot oppfatningen av kultur, likheter og ulikheter med egen kultur, respekt og kommunikative ferdigheter. Kunnskap om kultur vil kunne bidra til å gi EMA videre hjelp til å forstå normer, tradisjoner, kulturelle aktiviteter og hjelpe i sosial interaksjoner. I følge artikkelen, kan kulturelt tilpasset behandlingsformer være gode for å trene emosjonsregulering. Forfatterne nevner kognitiv atferdsterapi som et godt alternativ, og ved progresjon i emosjonsreguleringen kan en av effektene være reduksjon i PTSD symptomer. Ved å erstatte urealistiske forventninger med oppnåelige mål, kan veien mot oppnåelse være preget av motivasjon og mestring (El-Awad et al., 2017).

#### **4.4 Asylprosessen som psykisk belastning**

Artikkelen “The impact of the asylum process” er en langtidsstudie av enslige mindreårige flyktninger i Norge. Studien målte psykiske symptomer, med hjelp av Hopkins Symptom Checklist-25, 3 måneder etter ankomst, etter 4 måneder, 15 måneder og 26 måneder. Ved ankomst til Norge, var det 138 partisipanter i studien som fulgte den vanlige asylprosessen. Ved siste datainnsamling var over halvparten av partisipantene borte. Forfatterne av artikkelen skriver at dette skyldes returnering til andre land i Europa eller mennesker i skjul etter oppholds nekt (Jakobsen, DeMott, Wentzel-Larsen & Heir, 2017).

Tidlig i asylprosessen ble alle partisipantene subjekt til alderstesting, enten for at de manglet identifikasjonsdokumenter eller for myndigheten hadde tvil til oppgitt alder (Jakobsen et al., 2017). Denne prosessen har blitt kritisert av fagpersoner, da tvil over oppgitt alder er vanligst for ungdommer i tenårene, en tid hvor kroppen er i vekst og utvikling. Røntgen av tenner er en av de vanlige testene for å vise fysisk modenhet og resultatet av disse testene (eller den oppfattede alderen

av asylsøkeren) vil videre bestemme hvilke tiltak ungdommen (eller den voksne) har krav på (Childrens Legal Centre, 2017).

Av de 138 partisipantene i studien, ble 72 antatt å være over 18 år og 52 ble nektet oppholdstillatelse, av de resterende under 18 ble 25% nektet opphold. Beslutningen på asylsøket kom mellom 3 og 4 måling av psykiske symptomer, mens prosessen foregikk bodde alle partisipantene på ulike tiltak i henhold til besluttet alder. De over 18 bodde på mottakssenter for voksne, uten krav på skolegang, uten en utnevnt støtteperson og var for det meste overlatt til seg selv med lite støtte og veiledning. Dette i motsetning til de mellom 15-18 som ble plassert på institusjoner for ungdommer med døgnbemanning, aktiviteter, støtte, hjelpetiltak og mer (Jakobsen et al., 2017).

Studiens resultater viste en generell høy frekvens av psykiske symptomer og problemer ved ankomst, som forble stort sett uendret gjennom asylprosessen. Asylsøkerne som ble antatt å være under 18 ble bosatt i hjelpetiltak med gode rammer for støtte, og hadde nedgang i psykiske symptomer. Faktorer som opprettholdt eller forsterket psykiske symptomer var plassering i tiltak med lite støtte (EMA antatt å være 18 eller over) og en negativ utfall av asylsøkerprosessen (Jakobsen et al., 2017). I resultatene presenteres en lignende studie fra Nederland, som viser lignende resultater, at oppholdstillatelse og gode levekår gir en forminskning av psykiske symptomer (Lamkaddem, Essink-Bot, Devillé, Gerritsen & Stronks, 2015).

#### **4.5 Teaching Recovery Techniques (TRT)**

En svensk studie evaluerte bruken av gruppeterapi som effektiv intervensjon for mindreårige asylsøkere, da individuell behandling for traumer i Sverige var dyrt og ventetiden lang. Ifølge National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sine retningslinjer for behandling av PTSD, er det traume-fokusert kognitivt atferdsterapi (TF-CBT) som er den primære behandlingsmetoden (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Forfatterne av denne forskningsartikkelen påpeker at behandlingsformen TF-CBT har hatt mest *dokumentert* effekt hos ofre for seksuelt misbruk og det er veldig få studier gjort på effekten hos EMA (Sarkadi, Ådahl, Stenvall, Ssegonja, Batti, Gavra, Fängström & Salari, 2017).

I likhet med prinsippene i TF-CBT, gir TRT læring i stressmestring, bedre håndtering av emosjonene knyttet til traumer og etterhvert eksponering av de traumatiske hendelsene for å fremme mestring. Videre skal denne gruppe behandlingen hjelpe å gi en god selvoppfatning og vise

sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd for å bedre kunne regulere sine emosjoner og tilpasse normene i samfunnet (Sarkadi et al., 2017). Gode mestringsstrategier lært gjennom den anbefalte TF-CBT eller den evaluerte gruppeintervensjonen TRT, kan også fremme bruken av effektive håndteringsverktøy i møte med ubehagelig opplevelser i hverdagen eller gjenopplevelser av traumer.

Denne studien bygger også på målinger av psykiske symptomer, som ble foretatt før og etter de 5 gruppemøtene med TRT. Av de 46 som fullførte målingene før gruppemøtene, deltok på alle 5 møter og deretter fullførte målingene etter TRT-møtene, viste resultatet at 33% viste nedgang i depressive symptomer og 22% i PTSD symptomer. Disse positive resultatene var til tross for at 62% opplevde negative livshendelser i perioden mellom første og andre måling, som blant annet det å være midt oppi asylsøkerprosessen. Forfatterne av studien gjorde også en kvalitative undersøkelse av partisipantene i etterkant av de 5 TRT-møtene, gjennom intervju. Denne undersøkelsen viste at partisipantene oppfattet at TRT-møtene hjalp å normalisere reaksjonene de hadde til traumer i et trygt og støttende kontekst, samt ga dem gode mestringsverktøy for å regulere inntrengende tanker, følelser og emosjoner (Sarkadi et al., 2017).

## **5.0 Diskusjon**

Hensikten med dette kapittelet er å redegjøre for hvordan resultatene svarer på problemstilling; "Hvordan ivareta den psykiske helsen til enslige mindreårige flyktninger som har opplevd traumer?". Ved hjelp av kvalifiserte argumenter skal spørsmålene knyttet til problemstillingen granskes, med hjemmel i resultatene og teorien presentert tidligere i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 6108).

### **5.1 Identifisering av hemmende utviklingsfaktorer**

Etter ankomsten til Norge, viser resultatene at nivåer av psykologisk stress og ubehag er veldig høye, noe som ikke endret seg selv 26 måneder etter ankomst (Jakobsen et al., 2017). Hva disse høye nivåene av psykologiske symptomer skyldes er vanskelig å definere, er det resultatet av tidligere traumer, asylsøker tilværelsen og de dagligdagse problemene dette medbringer, eller en kombinasjon av opprettholdende faktorer? I arbeidet med å forhindre en negativ psykologisk utvikling, eller fremme god utvikling, kan det da være vanskelig å vite hvor en skal begynne.

Resultatene i forskningsartiklene viser til flere ulike faktorer som kan bidra til å hindre eller fremme denne utviklingen.

I første omgang lider mange, om ikke de fleste, av konsekvensene som følge av situasjonen og opplevelsene i hjemlandet. Årsakene som driver et barn på flukt, uavhengig om det skyldes krig, fattigdom eller hunger, vil alle være kilder til stress og mulige sen-konsekvenser for ens psykiske helse (Øien, 2010). Opplevelsen av dødelige hendelser, voldsutøvelse og tapet av nær familie, gir barn og unge en forhøyet sårbarhet til utvikling av psykiske lidelser (Varvin, 2008, s. 70). Disse lidelsene kan eksempelvis være PTSD, depresjon eller angst, traumatiserte pasienter har også høyere forekomst av komorbide lidelser, eksempelvis PTSD og depressive lidelser (Scoec & Engedal, 2017, s. 126).

Gjennom resultatene fra forskningsartiklene kan man stille spørsmål om disse primære traumene blir opprettholdt av ulike faktorer i etterkant av bosetting i vertslandet. Dette basert på at flere av studiene viser til ulike aspekter av dagliglivet, livet som asylsøker, akkulturasjonen og sammenhengen disse har med forekomsten av depressive symptomer. Forskningsartikkelen “Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors” (2016) viser resultater som indikerer at høy prevalens av dagligdagse problemer, som diskriminasjon eller disputer om opprettholdelsen av etniske verdier, har sammenheng med høyere depressive symptomer. I likhet viser forskningsartikkelen til Seglem et al., (2014) lignende resultater og samtidig at høyere bruk av “disengagement strategies” kan gi høyere depressive symptomer. Måten ungdommene takler disse emosjonene har dermed også en påvirkning på den psykiske helsen, da dysfunksjonelle strategier distanserer og skyver bort problemene fremfor å løse dem.

I tillegg til akkulturasjons konflikter og andre problemer i dagliglivet, supplert med grunnleggende traumatiske opplevelser disse ungdommene kan ha opplevd i hjemlandet, har alle EMA vært en del av, eller er midt i asylsøkerprosessen. Denne prosessen utgjør en betydelig makt over livssituasjonen, da den kan bestemme om ungdommene får bo i dette landet, eller må prøve lykken i et annet land. Ved avslag på søknad trues ungdommene i verste fall å bli returnert til hjemlandet, som en konsekvens av opphevingen av rimelighets-vilkåret i Utlendingsloven, som tillater returnering selv om dette kan medføre ny flukt. Asylprosessen er lang og mens asylsøkerne venter svar møter de faktorene som tidligere ble nevnt, samtidig som frykten om avslag og utsendelse er tilstede (Jakobsen et al, 2017).

For å samle trådene, utgjør mange faktorer en trussel mot ens psykiske helse. Dette fremheves ved at disse enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger tidligere har opplevd situasjoner av betydelig

belastning og deretter møtt nye stressende situasjoner ved ankomsten til Norge. Ved manglende resiliens til disse situasjonene og/eller bruken av dysfunksjonelle mestringsstrategier, blir det dannet en slags kontinuerlighet i strømmen av faktorer som påvirker den psykiske helsen. I tråd med erfaringene fra praksistiden, virker det ikke som ungdommene har anledning til å roe ned og takle problemene de har individuelt. Hvis ikke det er konflikter med akkulturasjon, så var det utfordringer med asylprosessen, eller bekymring for familie i hjemlandet, eksempelvis. Denne vedvarende strømmen viser at ulike faktorer i hverdagen bidrar til å opprettholde en dårlig psykiske helse, eller i verste fall resultere i en negativ utvikling. Samtidig vil da disse nye faktorene konsekvent forhindre at den grunnleggende opplevelsen av traumatiske hendelser har muligheten til å arbeides med, som kan tenkes å være grunnen til den dårlige psykiske helsen i utgangspunktet.

## **5.2 Mot en god psykisk helse**

Det er ikke et faktum at alle EMA lider av store psykiske konsekvenser som manifesterer seg i etterkant av flukten, da det alltid vil være individuelle variabler. Men populasjonen som en gruppe viser høyere forekomst av psykiske plager målt med ungdommer på lik alder uten flyktningbakgrunn som følge av opplevelsen av traumatiske opplevelser før, under og etter flukten (Berg & Tronstad, 2015). Uavhengig av livssituasjonen enten tidligere i hjemland eller i senere tid hos vertsnaasjon, har de aller fleste måtte overkomme flere store og belastende hinder som alle kan resultere i påvirkning på den individuelle psykiske helsen.

Av disse individuelle variablene er, som presentert, resiliens fenomenet viktig å nevne. Det at noen av ungdommene viser positiv utvikling eller opprettholdelse av en god psykiske helse, til tross for møter med belastende situasjoner viser at den iboende evnen til å håndtere og mestre sine plager er tilstede. Men å skille og identifisere hvem an ungdommene som er resiliente, hvem som behøver hjelp i utviklingen av god psykisk helse og de som kanskje har store problemer men som ikke viser det, vil nok være vanskeligere å utføre i praksis. Med bakgrunn i dette kan det også diskuteres hvorvidt arbeid mot en god psykisk helse skal ta hensyn til skillet mellom resiliente og utsatte, da mange som sliter vil være i fare for å bli oversett. På den andre siden kan det tenkes at et bredt arbeid mot god psykiske helse, inkludert de som kanskje ikke behøver det, kanskje være med å skape uønskede konsekvenser da disse individene føler seg sykeliggjort eller generalisert.

Med kunnskap om ulike faktorer som kan påvirke den psykiske utviklingen til EMA negativt, kan det argumenteres at det sosiale arbeidet bør jobbe forebyggende mot disse, dette for å ruste opp ungdommene til å kunne videre jobbe mot en god utvikling. I presentasjonen av forskningsartiklene viser det til 3 ulike psykologiske prosesser som det anbefales å jobbe med, som er

emosjonsregulering, utvikling av kulturell kompetanse (kulturelt arv og vertsnasjonens kultur) og målsetting. Disse prosessene kan tenkes å ha effekt på flere av de tidligere nevnte negative faktorene, da god emosjonsregulering vil kunne hjelpe ungdommene håndtere og mestre ubehagelige følelser fra tidligere traumer eller nyere situasjoner. En god kulturell kompetanse vil hjelpe ungdommene i akkulturasjonsprosessen, noe som kan forhindre utviklingen av depressive symptomer i henhold til det aspektet av livet. Denne kompetansen vil også bidra til ivaretagelse og utvikling av identitet og skape sosiale bånd til vertsnasjonen. Til slutt kan det argumenteres at realistisk målsetting vil gi mestringfølelse gjennom oppnåelse av oppnåelige mål, som videre kan øke selvtillit gjennom positiv utvikling og fremgang (El-Awad et al., 2017).

I et forebyggende perspektiv kan resultatene fra Sarkadi et al., (2017) indikere at prinsippene og verktøyene Teaching Recovery Techniques (TRT) tilbyr kan være ressurser verdt å bruke i dette arbeidet. Normalisering av uønskede tanker knyttet til traumer eller flukten, kan være med å skape trygghet og samhold gjennom bruk av gruppesamtaler. Det kan tenkes at i trygge omgivelser som samtidig kan tilby sosial støtte, vil dette fremme problemløsende atferd. Med mål om å erstatte “disengagement strategies” som håndteringsverktøy og dissosiasjons atferd som PTSD kan forårsake (Seglem et al., 2014), med andre strategier som skal bidra til å regulere følelser og emosjoner samt mestre påtrengende minner og tanker. I tråd med anbefalingene fra El-Awad et al., (2017) og sammenhengen de viser mellom reguleringen av emosjoner og akkulturasjon problematikk, samt resultatene om disengagement strategies fra Seglem et al., (2014), viser TRT seg som en god metode for å redusere depressive symptomer.

Det er viktig å presisere at EMA ikke blir kvitt psykiske problemer umiddelbart, men at utviklingen av en god psykiske helse er et langtidsprosjekt som må jobbes med kontinuerlig. Uten tvil krever de mest alvorlige tilfelle profesjonelle psykiatriske tiltak, men individuell behandling er en dyrebar ressurs. Med bakgrunn i dette må en tenke på hva som kan gjøres for å bistå de som ikke oppfyller kravene til slike tiltak. Mange av de nevnte faktorene som må forhindres for å begrense psykiske symptomer, krever arbeid over flere ledd og instanser. Eksempelvis diskriminasjon, som er en av mange problemer EMA kan møte på, vil være like mye skolens ansvar å forhindre i klasserommet mens EMA har undervisning. Mange av de nevnte tiltakene gir også EMA individene selv verktøy for å kunne jobbe fremoverrettet, noe som legger litt av ansvaret for utvikling til ungdommene selv.

Resultatene fra forskningsartiklene peker ut mange ulike faktorer som kan forårsake en negativ psykisk utvikling, post-migrasjon. I tillegg til disse, har oppgaven presentert forskning og teori om den grunnleggende risikoen for at disse ungdommene har opplevd traumatiske situasjoner pre-migrasjon. Sammen danner disse et bilde av ungdommer som lider konsekvensene av



posttraumatisk stress, som ikke blir tilstrekkelig behandlet som følge av faktorer i deres nye hverdag som bidrar til opprettholdelsen eller utviklingen av en dårlig psykisk helse. Dette bilde kan antyde at ivaretagelsen av EMAs psykiske helse må først og fremst bestå av arbeid for å mitigere post-migrasjons faktorene, noe som deretter åpner døren for å kunne arbeide med de underliggende problemene. Med andre ord betyr dette at ved å forebygge negativ utvikling gjennom begrenning av negativt påvirkende faktorer i hverdagen, bygging av trygge miljø som tilbyr sosial støtte og ved å gi ungdommene muligheten til å tilegne gode mestringsstrategier for å håndtere og regulere emosjoner og tanker, vil dette danne et grunnlag for å da kunne jobbe mot en god psykisk helse.

## **6.0 Konklusjon**

For å oppsummere, utgjør enslige mindreårige flyktninger en gruppe mennesker med en forhøyet sårbarhet for å utvikle psykiske problemer. Traumatiske opplevelser fra hjemlandet eller fra under flukten til Europa kan manifestere seg som betydelige hindringer i hverdagen, opprettholdt av ulike faktorer i den nåværende livssituasjonen og asylsøker tilværelsen. Gruppen som helhet kan i utgangspunktet defineres som resiliert, uavhengig av utfallet av psykiske problemer, men innenfor denne gruppen er det mange variabler. Mange viser stor resiliens i etterkant av traumatiske opplevelser og i møte med hverdagslivet, men mange sliter også som en konsekvens av traumer og opprettholdende faktorer.

Oppgaven argumenter for at ivaretagelsen av den psykiske helsen til disse ungdommene kan foregå gjennom identifikasjonen og intervensjon av negative faktorer. Ved å mitigere mengde eksponering for disse faktorene, samt bistå ungdommen med mestringsstrategier for å håndtere hindringer og inntrengende emosjoner og følelser, kan dette resultere i en nedgang i depressive symptomer. Med tanke på individuell psykiatrisk behandling som en dyrebar ressurs anholdt for de mest alvorlige tilfellene, er det viktig at de andre tiltakene og omsorgspersonene rundt EMA også bidrar til en positiv utvikling. Med metoder som gruppesamtale for å normalisere negative følelser og skape trygge omgivelser, vil dette også bistå ungdommene til å ta ansvar for egen utvikling av en god psykisk helse.

## 7.0 Litteraturliste

American Psychological Association. (2019, 26. mai). The road to resilience. Hentet fra <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>

Barneombudet. (2019, 26. mai). Hele barnekonvensjonen. Hentet fra <https://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#20>

Barneombudet. (2017, 1. mars). Sterk bekymring for enslige mindreårige i mottak. Hentet fra <https://barneombudet.no/wp-content/uploads/2017/04/Sterk-bekymring-for-enslige-mindre%C3%A5rige-i-mottak.pdf>

Berg, B. & Tronstad, K, R. (2015). *Levekår for barn i asyløkerfasen*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Berge, T. (2005). Skundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 125-127.

<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2005/02/sekundaer-traumatisering-vikarierende-traumatisering-og-omsorgstretthet>.

Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2009). The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119.

<https://doi.org/10.1177/0020764009105699>

Childrens Legal Centre. (2017). The age assessment process. Hentet fra

<https://www.childrenslegalcentre.com/resources/age-assessment/> Deardorff, D. K. (2006).

Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241–266.

<https://doi.org/10.1177/1028315306287002>

Dyb, G. (2017, 07. juli). Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og unge. Hentet fra

<https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-43-posttraumatisk-stressforstyrrelse-ptsd-hos-barn-og-ungdom/>

Dyb, G. (2005). *Posttraumatic stress reactions in children and adolescents* (Doktoravhandling).

Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.

Egidus, H. (2000). I Rygge, J. & Anderssen, T, M. (red.) *Psykologisk Leksikon*. Oslo: Aschehoug.

Hentet fra [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008112404136?page=1#19](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008112404136?page=1#19)

El-Awad, U., Fathi, A., Petermann, F. & Reinelt, T. (2017). Promoting Mental Health in Unaccompanied Refugee Minors: Recommendations for Primary Support Programs. *Brain Sciences*, 7(11). <https://www.mdpi.com/2076-3425/7/11/146>

European Council. (2016, 18. mars). EU-Turkey statement, 18 March 2016. Hentet fra <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2016/03/18/eu-turkey-statement/>

Evans, D. R., Burns, J. E., Robinson, W. E. & Garrett, O. J. (1985). The Quality of Life Questionnaire: A Multidimensional Measure. *American Journal of Community Psychology*, 13(3). <https://doi.org/10.1007/BF00914935>

FN-sambandet. (2018, 09. januar). Barnekonvensjonen. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2017). *Arbeid med enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger - en håndbok for kommunene*. Hentet fra <https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/andre-filer/arbeid-med-enslige-mindrearige-asylsokere-og-flyktninger---en-handbok-for-kommunene-2017.pdf>

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2018, 22. januar). Bosetting av enslige mindreårige flyktninger. Hentet fra <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/slik-bosettes-flyktninger/enslige-mindrearige-flyktninger/>

Jakobsen, M., DeMott, M. A., Wentzel-Larsen, T. & Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 7(6). doi: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/6/e015157>

Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M. & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health* 8(29). <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-8-29>

Johansen, G. E., Kanagaratnam, P. & Asbjørnsen, A. E. (2013). Posttraumatisk stressforstyrrelse er forbundet med kognitive dysfunksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(3), 201-207.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/03/posttraumatisk-stressforstyrrelse-er-forbundet-med-kognitive-dysfunksjoner>

Justis- og beredskapsdepartementet. (2017). *Instruks om praktisering av utlendingsloven § 38, jf. utlendingsforskriften § 8-8 – enslige, mindreårige asylsøkere mellom 16 og 18 år som kan henvises til internflukt*. (Rundskriv GI-02/2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gi-022017--instruks-om-praktisering-av-utlendingslove-n--38-jf.-utlendingsforskriften--8-8--enslige-mindrearige-asylsokere-mellom-16-og-18-ar-som-kan-henvises-til-internflukt/id2546207/>

Keles, S., Fribord, O., Idsøe, T., Sirin, S. & Oppedal, B. (2016). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioural Development*, 42(1), 52-63. <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>

Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., ... Gartlehner, G. (2018). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>

Lamkaddem, M., Essink-Bot, M-L., Devillé, W., Gerritsen, A. & Stronks, K. (2015). Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process, *European Journal of Public Health*, Volume 25, Issue 6, December 2015, Pages 917–922. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv061>

Nasjonalt Kompetansemiljø om Utviklingshemming. (2018, 18. desember). Utviklingshemming og helse: Emosjonsregulering. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/33-emosjonsregulering#block-nm-quiz-book-header>

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Leicester (UK). Gaskell; 2005. (NICE Clinical Guidelines, No. 26.) 2, Post-traumatic stress disorder. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56506/#ch2.s36>

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i Vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Register over Vitenskapelige Publiseringsskanaler. (2019). Hentet 11. mai 2019 fra

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>

Regjeringen. (2019, 21. januar). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Regjeringen. (2018, 28. august). Enslige mindreårige asylsøkere. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barnevern/enslige-mindrearige-asylsokere/id2465298/>

Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., ... Salari, R. (2018).

Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European child & adolescent psychiatry*, 27(4), 467–479. doi:10.1007/s00787-017-1093-9

Seglem, K. B., Oppedal, B. & Roysamb, E. (2014). Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country. *Journal of Behavioural Development*, 38(3), 293-303.

<https://doi.org/10.1177/0165025414520807>

Simich, L., Hamilton, H., & Baya, B. K. (2006). Mental Distress, Economic Hardship and Expectations of Life in Canada among Sudanese Newcomers. *Transcultural Psychiatry*, 43(3),

418–444. <https://doi.org/10.1177/1363461506066985>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken* (1 utg.). Oslo: Gyldendal.

Snoec, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Sommerseth, K. (2017, 13. juli). Barn på flukt. Hentet fra <https://www.reddbarna.no/nyheter/barn-paa-flukt>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2015). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

Utlendingsdirektoratet. (2019, 26. mai). Enslig mindreårig asylsøker. Hentet fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/enslig-mindrearig-asylsoker/>

Utlendingsdirektoratet. (2019, 05. april) Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere (2015-2019). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppeog-kjonn-20182/>

United Nations Treaty Collection. (2019, 26. mai). 11. Conventions on the Rights of the Child. Hentet fra [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-11&chapter=4&clang=en#EndDec](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&clang=en#EndDec)

Varvin, S. (2008). *Flyktningpasienten*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øien, C. (2010). Underveis - en studie av enslige mindreårige asylsøkere. *Utlendingsdirektoratet*. Hentet fra [https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou\\_i/beskyttelse/underveis-en-studie-av-ensligemindrearige-asylsokere.pdf](https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/beskyttelse/underveis-en-studie-av-ensligemindrearige-asylsokere.pdf)

