

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan enslige mindreårige asylsøkeres situasjon påvirke deres helse?

Påvirkningsfaktorer i barnets situasjon

av

Kandidatnummer: 1
Marlene G. Wangensteen

**How can unaccompanied asylum seeking minors' situation
affect their health?**

Influencing factors in the child's situation

Barnevern, bachelorstudium

BSV5-300

Mai - 2015



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 1 og Marlene G. Wangenstein

JA NEI

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
2.0 Forforståelse	1
2.1 Oppgavens problemstilling og avgrensing.....	2
2.1.1 Begrepsavklaring.....	2
2.2 Hvem er de enslig mindreårige?.....	3
3.0 Litteraturstudie	4
3.1 Kildekritikk.....	5
4.0 Teori	6
4.1 Den psykososiale utviklingens påvirkning på barnets helse.....	6
4.1.1 Normalutvikling og vekst i ungdomsårene.....	7
4.1.2 Barnets tilknytning.....	8
4.2 Omsorgssenterets betydning for barnets situasjon.....	9
4.2.1 Resiliens – barnets iboende styrke.....	10
4.2.2 Opplevelser som setter spor hos barnet.....	11
5.0 Diskusjon	12
5.1 Faktorer for barnets utvikling.....	13
5.1.1 Jeg vil bare være som de andre.....	15
5.1.2 Bosettingsmodell.....	16
5.2 Kan tilknytning fremme god helse?.....	17
5.2.1 Transnasjonale nettverk.....	18
5.3 Profesjonsutøveren i møte med barnet.....	18
6 Avslutning	20
Litteraturliste	21
Vedlegg 1: Søkekart	24

1 Innledning

Store overskrifter om asylbarna har preget nyhetsbildet de siste årene. Lengeværende barn som enten er født og oppvokst i Norge, eller kom som flyktning da de var små sammen med sine omsorgspersoner blir tvangsreturnert til sine hjemland. Når foreldrene ikke får opphold, blir heller ikke barnas rettigheter gjennom FNs barnekonvensjon vurdert (Lepperød, 2014). Det er en selvfølge at familier med barn som søker oppholdstillatelse vil leve i frykten for å ikke få bli i landet, og at de er innenfor en svært sårbar livssituasjon. En av grunnene til at familiene med barn representerer nyhetsbildet i sterkere grad enn de enslige mindreårige, kan være fordi de er en større andel mennesker. Praktisk talt vil det si at barna i familiene og de enslige mindreårige er i en forskjellig omsorgssituasjon.

I denne oppgaven skal jeg undersøke og diskutere hvordan de enslige mindreårige asylsøkernes, heretter EMA, situasjon påvirker deres helse i påvente av svar på søknad. Jeg mener det er viktig å sette søkelys på dette temaet, for så å få en bedre innsikt i deres livssituasjon og eventuelt senere sette denne gruppen på dagsordenen. Som en kommende barnevernspedagog er jeg ekstra opptatt av at barna kartlegges ved ankomst. Ved å kartlegge mener jeg å undersøke hva barna har blitt utsatt for, hva som eventuelt har gitt eller kan gi utslag for deres helse på omsorgssenteret. Om kartleggingen blir gjennomført, er det også enklere å møte barnet, redusere og eventuelt hindre at problem oppstår. En vil derfor lette det omsorgsgivende arbeidet, hvis kartleggingen er til stede. Jeg vil nå komme med min for forståelse for valgt tema i mitt forskningsarbeid.

2.0 For forståelse

Jeg mener at EMA ikke er belyst godt nok i min utdanning, og at denne sårbare gruppen kan fort bli oversett. Før jeg fikk tilbud om praksis på et omsorgssenter for EMA, visste jeg ikke at denne gruppen eksisterte her i Norge. Hvis jeg ikke hadde mottatt tilbudet om denne praksisplassen, ville jeg nok ha hatt svært liten kunnskap om dette feltet. Siden gruppen er vesentlig ny i Norge, finnes det derfor få lærebøker om dette temaet. Dette kan være en av grunnene til at disse barna lett blir oversett.

2.1 Oppgavens problemstilling og avgrensning

Ut i fra oppgavens tema har jeg valgt ut følgende problemstilling:

” Hvordan kan enslige mindreårige situasjon påvirke deres helse?”

For å avgrense mitt arbeid har jeg valgt å fokusere på de enslige mindreårige asylsøkerne under 15 år som bor på omsorgssenter. Omsorgssenter er et statlig omsorgstilbud for de enslige, et sted hvor noen tar hånd om barna 24 timer i døgnet, jf. Barnevernloven (1992) § 5A-1, første ledd, barna har rett på tilbud om opphold på et omsorgssenter. Jeg vil omtale gruppen som barn, selv om jeg er innforstått med at de fleste som søker om asyl er ungdommer over 13 år. Juridisk sett er alderen for barn 0 – 18 år i Norge, jf. Bvl. §§ 1-1, lovens formål er å sikre barn og unges oppvekstvilkår, 1-3, første ledd, å treffe tiltak for barn under 18 år. Jeg vil også se på hvordan de enslige mindreåriges situasjon kan påvirke deres helse. På bakgrunn av at EMA er en ny gruppe, må jeg også innhente opplysninger som gjelder flyktninger generelt og ikke bare enslig mindreårige. Selv om alderen er forskjellig kan eldre flyktninger inneha eller bli utsatt for, de samme psykiske eller fysiske plagene som de enslige mindreårige.

2.1.1 Begrepsavklaring

Jeg vil nå forklare kort hvilket utgangspunkt jeg har tatt i begrepet, helse. Verdens helseorganisasjon har definert helse på denne måten ” En tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom” (WHO, u.å). Denne definisjonen er kort og presis. Likevel mener jeg at en person aldri er helt frisk eller syk, fordi det er andre funksjoner i kroppen som fungerer selv om man for eksempel er trist. Derfor vil jeg vise til, og ta utgangspunkt i Aaron Antonovskys teori om begrepet helse. Han mener det er viktig å se på faktorene som bidrar til god helse, som han kaller salutogenese, og ikke hva som forårsaker sykdom, patogenese (Ruud, 2011, s. 82). En kan se for seg en linje hvor det ene ytterpunktet er 100 prosent god helse, og det andre ytterpunktet er 100 prosent dårlig helse. Antonovskys teori baserer seg på at ingen mennesker er verken 100 prosent friske eller syke, men at det finnes grader av salutogenese og patogenese innenfor denne linjen. Ut i fra dette mente han at det er viktig å se på hvilke faktorer som bidrar til en god helse for den enkelte (Ruud, 2011). Dette er noe jeg vil gå nærmere inn på både i teori og diskusjonsdelen i oppgaven.

2.2 Hvem er de enslig mindreårige?

For at et barn skal regnes som enslig, må barnet komme til landet uten sine foreldre eller med andre som har den daglige omsorgen, jf. Bvl. § 5A-1, første ledd. FNs høykommissær definisjon for enslig mindreårig er "those who are separated from both parents, and are not being cared for by an adult who by law or custom is responsible to do so" (Eide, 2012, s. 16). Man er fremdeles enslig mindreårig selv om man er over 15 år, men man vil bli plassert på såkalte EMA-mottak eller mottak som er samlokalisert med asylmottak og ikke omsorgssenter. Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvaret for de under 15 år, mens Utlendingsdirektoratet (UDI) har ansvaret for de som er over. I lov om barneverntjenester (1992), kapittel 5A, er omsorgssentre for mindreårige regulert. § 5A-1, første ledd, Bufetat skal gi barn som har kommet til riket og søkt asyl uten foreldre eller andre med foreldreansvar, tilbud om opphold på et omsorgssenter for mindreårige. Tredje ledd, bestemmelsen gjelder barn som er under 15 år når asylsøknaden fremmes. Når barnet ankommer Norge blir man hentet av Politiets Utlendingsenhet, deretter plassert på transittmottak som gjennomfører helsesjekk og asylintervju. Deretter vil transittmottaket plassere barnet på omsorgssenter eller EMA-mottak (Eide, 2012).

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2011) har utviklet en håndbok for norske kommuner i møte med de enslige mindreårige. Håndboken skal være et enkelt og oppdatert verktøy som skal være en veileder i arbeidet med de enslige mindreårige. Håndboken viser til at barna er ulike i form av at de kommer fra forskjellige land, har ulik religion, kultur og språk, men at de er under samme livssituasjon. Det er listet opp tre sentrale punkt innenfor livssituasjonen deres (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2011, s. 17):

- Foreldrene er ikke til stede og de vil mangle deres omsorg, belæring og beskyttelse.
- De er i et land som er fremmed fra deres eget, har ulikt språk, mat, kultur og tradisjoner.
- Deres tidligere hverdag har vært preget av væpnede konflikter, eller annen organisert vold. De kan ha opplevd traumatiske ting som savn, tap og sorg.

For å skape et bilde på hvor mange enslig mindreårige som kom til Norge i 2014, har jeg benyttet UDIs årlige statistikk. Det kom totalt 1204 enslig mindreårige til landet, som er en økning med 156 barn fra 2013. De landene som var overrepresenterte i 2014 var Afghanistan med 324, Eritrea med 409 og Somalia med 185 barn (Utlendingsdirektoratet, 2015). Det er varierende med antall flyktninger og opprinnelsessted fra år til år. Det kan forklares med at det er varierende hvor det bryter ut væpnede konflikter eller andre årsaker som fører til flukt.

3.0 Litteraturstudie

Metode er et redskap man bruker for å fremskaffe eller tilegne seg ny kunnskap. Man innhenter de opplysninger eller informasjon som enten vil føre til et resultat eller mulige løsninger på et problem (Stordalen & Støren, 2004). I mitt forskningsarbeid har jeg valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode. Et litteraturstudie vil være nyttig, i form av at det vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig og relevant måte. I følge Magnus og Bakketeig (2000) er et litteraturstudie et forskningsprosjekt som ikke tar sikte på å vise til nye funn i forskningsprosessen, men at man innhenter elementer fra allerede eksisterende forskning. Det skriftlige arbeidet i et litteraturstudie bygger på andres vitenskapelige undersøkelser og annen fag-litteratur. I et litteraturstudie skiller man mellom primær- og sekundærkilder. Primærkilder er når en person har gjennomført en forskning og deretter publiserer sine resultater. Ved å benytte primærkilder kan man unngå feiltolkninger eller unøyaktigheter. Sekundærkilder er når forfatteren bruker eksisterende kilder, typisk for dette er lærebøker (Dalland, 2007). Et litteraturstudie i mitt forskningsarbeid vil derfor være med på å belyse sentrale faktorer rundt min problemstilling. Ut fra oppgavens tema utformet jeg en problemstilling, som tar utgangspunkt i spørsmål jeg stilte meg etter gjennomført praksis. Først tok jeg i bruk litteratur jeg ble anbefalt i praksisperioden, deretter benyttet jeg de forskjellige databasene til skolen for å søke opp relevant litteratur til min oppgave. For å finne litteratur har jeg også i stor grad brukt litteraturlistene til de aktuelle bøkene som tematiserer enslig mindreårige.

Jeg vil benytte kvalitativ forskning i mitt arbeid, dette for å få en virkelighetsforståelse av barnas tidligere opplevelser som kan gi utslag for deres helse. Den kvantitative forskningen vil også være relevant for å vise hvem de er, hvor de kommer fra og hvilke

problemer de kan inneha, i forhold til det å se på hvem og hvor stort antall barn dette gjelder. Forsberg og Wengstöm (2008) beskriver kvalitativ forskning som tar sikte på å fange menneskets subjektive forståelse av omverdenen. Den kvalitative forskningen lar seg ikke tallfeste eller målfeste, men forskeren samler inn dataene og analyserer samtidig. Fordelen med å benytte både kvalitativ og kvantitativ forskning er at fenomenet kan ses ut i fra ulike synspunkt. Et resultat fra en studie med en kvalitativ metode kan lede til nye spørsmål eller problemer som undersøkes med hjelp av kvantitativ metode (Forsberg & Wengstöm, 2008). Jeg vil i mitt arbeid benytte både primær- og sekundærlitteratur. For å sikre kvaliteten og relevansen i mitt arbeid har jeg et kritisk syn på dette. Noe som jeg vil omtale i neste kapittel.

3.1 Kildekritikk

I følge Dalland (2007) er det to sider ved kildekritikk. Den første omhandler hvordan man innhenter litteratur som kan belyse problemstillingen på en god og faglig måte. Den andre siden er hvordan jeg klarer å anvende litteraturen i arbeidet. Etter å ha benyttet skolens forskjellige databaser som ORIA, Academic Search Premier, Bibsys Ask og Brage for å finne aktuell litteratur for mitt tema, har det vært viktig for meg å være kritisk til hvem utgiveren er. Om utgiveren er en fagperson eller forsker på temaet, eller om organisasjonens hjemmeside er troverdig nok. Det er derfor viktig å vurdere litteraturens relevans og gyldighet i møte med problemstillingen. En må også tenke på om kilden besvarer de spørsmålene man ønsker å undersøke. Ved å vurdere mine kilder får leseren ta del i mine refleksjoner (Stordalen & Støren, 2004).

I min oppgave skal jeg undersøke og diskutere hvorfor enslig mindreåriges situasjon kan påvirke deres helse. Gruppen jeg har valgt å forske på er vesentlig ny og derfor har det heller ikke blitt forsket så mye på denne gruppen før det siste tiåret. Jeg vil nå gi et innblikk i hvordan jeg har vurdert litteraturens relevans i min oppgave. Jeg vil først si noe om hvordan jeg fant frem til litteraturen og deretter vurdere dens relevans og gyldighet.

¹Å finne søkeord som er relevant for min oppgave har vært vesentlig i forhold til kildens gyldighet og antall treff i de forskjellige databasene. Eksempel på søkeord som har blitt brukt er "enslig mindreårige", "etnisitet", "psykisk helse", "Unaccompanied asylum

¹ Vedlegg 1: Søkekart.

seeking children”, ”enslig” og ”maktesløshet”. Det har også vært viktig å finne litteratur som er fagfellevurdert og som vil stå sentralt i min oppgave. For å vurdere kildens gyldighet har jeg avgrenset tidsrommet for utgivelsene jeg har brukt. Dette fordi det er mange faktorer og ny informasjon om EMA som har kommet frem de siste ti årene, enn hva det var tidligere. En annen vesentlig faktor har vært om søketreffets tittel og utgiver har fanget meg som leser. Boken *Barn på flukt* (2012) av Ketil Eide, er den første boken i Norge som omhandler mottak og bosettingsfasen for EMA. Den viser også til at denne gruppen er svært sårbar fordi de har flyktet fra sine hjemland, kanskje opplevd å miste sine nærmeste og traumatiserende hendelser. Boken er ikke bare relevant i seg selv, men har også mange gode kilder i litteraturlisten. Med tanke på min problemstilling har Eides litteraturliste vært den mest sentrale kilden i søk av litteratur.

4.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg først presentere litteratur fra studiet mitt. Jeg vurderer litteraturen som relevant på bakgrunn av at den beskriver et barns utvikling og behov på en sentral og god måte. Videre vil jeg trekke frem mine sentrale funn opp i mot problemstillingen.

4.1 Den psykososiale utviklingens påvirkning på barnets helse

Det kan være flere faktorer som påvirker barnets oppvekst; sosialisering, tilhørighet og trygghet kan være noen av dem. Jeg vil nå ta utgangspunkt i normalutviklingen hos barn for å vise til hvilke kjennetegn de innehar. Erik H. Erikson (1902 – 1994) var psykolog og psykoanalytiker, både han og Sigmund Freud hadde en utviklingsmodell for å se hvordan barnet utviklet seg, steg for steg. Erikson mente at barnet fra fødselen av ble påvirket av samfunnet rundt, og at dette kunne påvirke barnets utviklingsforløp i stor grad. Det sosiale miljøet rundt barnet er derfor en viktig faktor i Eriksons psykososiale teori (Bunkholdt, 2000, s. 192).

Erikson har fem utviklingsfaser, men jeg vil ta utgangspunkt i den siste fasen.

Bakgrunnen for at jeg vil ta utgangspunkt i denne fasen er fordi de fleste EMA som ankommer Norge er i ungdomsårene (Eide, 2012). Eriksons femte fase har betegnelsen puberteten. Bunkholdt (2000, s. 206) viser til at det er i denne fasen man skal finne sin identitet. Personen skal kjenne til seg selv og ha et definert ønske om hvem man vil

være, noe som vil oppleves som kontinuitet. Hvis de tidligere fasene i utviklingsmodellen har gitt stabil identitet, vil også barnets selvbylde bli bekreftet til barnets videre identitet. Dette forutsetter at miljøfaktorene rundt barnet er med på å bekrefte dette. Hvis miljøet rundt barnet ikke bekrefter deres identitet, vil det skape forvirring på hvem barnet egentlig er. Det er flere faktorer som kan spille inn på deres usikkerhet om identitet, og en vesentlig faktor i denne sammenheng kan være familieoppløsning (Bunkholdt, 2000, s. 207). I den vestlige verden har vi et mer individualistisk samfunn, som betyr at vi fokuserer mer på oss selv, er mer selvstendige og fokuset står ikke på fellesskapet. Gjennom det kollektivistiske samfunnet, som de enslige gjerne kommer fra tenker man mer på fellesskapet og hva som er bra for storfamilien. Familien har derfor stor betydning (Skytte, 2008). I følge Bunkholdt (2000) viser noen kulturer en klar overgang fra å være barn til å gå over i den voksne rollen. Om personen klarer å finne sin plass i denne rollen, vil også pubertetstiden bli mindre problematisk. Jeg oppfatter dette som om at ungdommen tar eller vil få mer ansvar, for både husstell, familie og søsken, som ofte forekommer i de kollektivistiske samfunnene. Jeg har nå gått gjennom den siste fasen i Eriksons psykososiale teori, for å se hvordan barnet utvikler seg steg for steg. Videre i denne delen vil jeg ta for meg ungdomsårene, og se på hvilke prosesser en ungdom i dagens vestlige samfunn står ovenfor.

4.1.1 Normalutvikling og vekst i ungdomsårene

Jeg vil nå ta for meg prosesser som starter før man blir 15 år, og som videreutvikles gjennom ungdomsårene mot voksen alder. Overgangen fra å aktivt leke som barn til å gå over i en passiv tilværelse i ungdomsårene, kan være en stor overgang for mange ungdommer. I denne prosessen kan den unge gli inn i en fase hvor man først tar total avstand fra det motsatte kjønn, for så å tilnærme og utforske det motsatte kjønn. Kringlen (2008, s. 68) beskriver den passive tilværelsen som om den unge kan føle rotløshet og hvor livsproblemene står i sentrum. De unge er i stor grad opptatt av seg selv, skaper sterke bånd til venner med samme kjønn og er ikke like opptatt av foreldrene i samme grad som tidligere. På bakgrunn av dette vil den unge søke grupper som en føler seg akseptert i. Deretter vil man identifisere seg med medlemmene både gjennom klær, holdning og språk (Kringlen, 2008).

Kringlen (2008, s. 68) viser til de mest sentrale faktorene av identitetsutviklingen i ungdomsårene. Som ung står man ovenfor mange valg og muligheter for fremtiden.

Hvilken utdanning er det som interesserer, hvilke sosiale holdninger velger man, livssyn og religion er vesentlige faktorer i den unges liv. Dette er valg dagens vestlige unge står ovenfor, og en kan se at Kringlen (2008) tar utgangspunkt i deres tilværelse. Mange enslige har ikke disse valgene, men valget om å redde seg selv og flykte. Selv om Kringlen (2008) tar utgangspunkt i de vestlige ungdommene, står de enslige foran et hav av muligheter når de ankommer Norge og vil i denne sammenheng være relevant for disse barna.

Valgene som blir tatt i denne fasen kan oppleves som forvirrende og en kan ha følelsen av maktesløshet. Ofte blir valgene eksperimentelle hvor prøving og feiling står sentralt. Den unge knytter kontakt med forskjellige grupper og kan ofte skifte venner (Kringlen, 2008). Fraskillelsen mellom barnet og foreldrene kan være med på å oppnå modenhet og uavhengighet. Gjennom uavhengigheten kan den unge lage opprør mot foreldrene, som viser tilbake på deres tidligere følelser om usikkerhet. Identitetsforvirring er en stor del i denne perioden. Mange unge kan undre seg over hvem man egentlig er, hva andre mener om en og hvordan man skal komme seg videre i livet. Man ser og hører på jevnaldrende og kan oppleve et forventningspress. Den unge kan misforstå deres erfaringer, som for eksempel utprøving av narkotiske stoffer eller at man debutterer seksuelt. Man fraskriver seg mer og mer de jevnaldrende når den unge får varig intimkontakt med det motsatte kjønn. På denne måten kan man være mer beslutningsdyktig i møte med de jevnaldrende (Kringlen, 2008, s. 69).

Jeg har nå sett på barnets normalutvikling og vekst i ungdomsårene. Den resulterte i at en går gjennom en lang prosess for å finne ut hvem man egentlig er, og at det er mange faktorer rundt som kan påvirke valgene man tar i livet. Min forståelse av dette er at dagens ungdom i den vestlige verden blir påvirket i særlig grad gjennom familie og venner. En annen nevneverdig påvirkningsfaktor i dagens samfunn er sosiale medier. I forfølgelsen av normalutviklingen i ungdomsårene, vil jeg nå ta for meg barnets tilknytning.

4.1.2 Barnets tilknytning

I spedbarnsalder etablerer barnet tilknytning til nære omsorgspersoner. Barnet vil bruke disse personene som en trygg base når de har behov for trygghet og nærhet. Videre i utviklingen kan en se på barnet som et utforskende vesen, utforskningen oppstår

gjør i førskolen. Barnet har behov for sine tilknytningspersoner også i denne fasen, men løsriver seg mer for å selv kunne utforske. Dette forutsetter at barnet lever under normale omstendigheter (Golding, 2010). Forskning viser at det er en risiko å leve med foreldre som ikke har omsorgsevne, men også miljøfaktorene rundt barnet og dens påvirkning kan være en faktor i seg selv (Broberg, 2005). I ungdomsårene begynner man igjen å bli mer avhengig av sine tilknytningspersoner. Den unge løsriver seg mer og prøver å bli mer selvstendig. Den unge trenger derfor aksepten og tryggheten hos tilknytningspersonene en tidligere var mer avhengig av (Golding, 2010). Venner og kretsen rundt den unge blir mer viktig for den enkelte, og en inngår mer intime relasjoner. Denne overgangen krever at man får støtte i form av at foreldrene følger opp, og veileder barnet for å lykkes. Forutsetningen vil da være at de har en trygg tilknytning (Golding, 2010). Senere i oppgaven vil jeg diskutere hvilke konsekvenser brutt tilknytning kan ha for enslige mindreåriges helse.

4.2 Omsorgssenterets betydning for barnets situasjon

Omsorgssenteret er pålagt å gi de enslige god omsorg og trygghet, og bidra til at barnet får den oppfølgingen og behandlingen det har behov for på vegne av Bufetat, jf. Bvl. § 5A-2, første og andre ledd. Det er lovfestet gjennom § 5A-4 at omsorgssenteret skal i samarbeid med barnet utrede dets situasjon, behov og utarbeide et forslag til oppfølging av barnet. Omsorgssenteret og Bufetat har ansvaret for å følge opp barnets utvikling, og hvis det oppstår endringer i barnets behov skal det om nødvendig treffes nytt oppfølgingsvedtak jf. § 5A-5, første ledd. Det er særlige punkt jeg vil trekke frem i arbeidet med enslig mindreårig. Det første jeg vil trekke frem er Engebrigtsen (2012, s. 165) som omtaler omsorg som et generalisert begrep i vår moderne velferdsstat. Før benyttet man begrepet omsorgsevne i form av hvordan foreldre eller profesjonelle skal ivareta de hjelpetrengende. Omsorg er en bevisstgjørende term for å sikre at barnet får gode oppvekstvilkår (Engebrigtsen, 2012).

I profesjonsutøverens yrkesetikk omtales brukermedvirkning som en sentral faktor. For EMA vil brukermedvirkning omhandle barnets medbestemmelse. Medbestemmelse kan sees i sammenheng med Barnekonvensjonen artikkel 12. Barnet skal være delaktig i beslutninger som omhandler en selv, når alder og modenhet er til stede. På omsorgssenteret er det svært viktig at man respekterer barnets rett til egen kultur, språk, tankefrihet og at de har religionsfrihet jf. Art. 14. EMA er enten midlertidig eller

permanent borte fra sin familie eller omsorgspersoner, det er derfor viktig at omsorgssenteret i samarbeid med Bufetat gir de rett til beskyttelse og nødvendig omsorg gjennom Art. 20 og 22 (Sandberg, 2012).

Lidén, Eide, Hidle, Nilsen og Wærdahl (2013) har utført et forskningsprosjekt som baserer seg på kartlegging av levekår for EMA på mottak. De har blant annet snakket med beboere som både har fått opphold og de som venter på svar. Ut fra rapporten viser det seg at selv om barnet har fått opphold, kan en inneha de samme følelsene eller tankene som de som fortsatt venter på svar.

Jeg vil nå ta for meg barnas beskrivelser på hvordan det føles og oppleves å være EMA på et mottak. Dette for å vise deres perspektiv og lage en virkelighetsforståelse av barna. Flere av de EMA føler et sterkt savn etter familie, omsorgspersoner og venner. Bekymringen og uvissheten er stor når det gjelder familiens situasjon, mange lurer på om de faktisk er i live, om de har det bra, om de har mat og om de er trygge der de oppholder seg. Noen innehar skyldfølelse for at de har flyktet, da deres nærmeste er igjen. Andre sier at de vonde tankene og følelsene glir ofte bort når man er delaktig på skole- og fritidsaktiviteter, men har en tilbakefallende effekt når kvelden kommer og kan ofte medføre søvnproblemer (Lidén et al., 2013). Lidén et al., (2013, s. 125) viser til en beboer som venter svar på asyløknaden og forteller at det er ingen vits å hjelpe til på mottaket, gjøre noe for fellesskapet eller være snill og grei. Dette på bakgrunn av at det ikke har noen innvirkning for deres søknad, og forklarer at det er vanskelig å vise hvem man er når myndighetene kun baserer seg på opprinnelsesland, årsak til flukt og hvorfor en søker asyl i landet. Når man kommer til et fremmed land alene, innehar man følelsen av å være alene. En jente forteller: " Selv om du er i selskap med mange, så er du den eneste der, - alt - er skremmende nesten hele tiden. Men du klarer deg jo, og det er godt å se at du klarer deg. Du må ha tro på livet" (Lidén et al., 2013, s. 124). I forhold til utfordringer i hverdagen viser rapporten at barna er i en utrygg, sårbar og vanskelig posisjon. Likevel har de enslige håp, vilje og mål med fremtiden, noe som kan vise til deres iboende resiliens (Lidén et al., 2013). Dette er noe jeg vil forklare nærmere i neste avsnitt.

4.2.1 Resiliens – barnets iboende styrke

Når man opplever traumatiske hendelser eller er i en vanskelig livssituasjon, er det

mange som klarer seg bra på tross av deres erfaringer eller opplevelser. Det vil si at man er robust i forhold til hva en har opplevd (Eide & Lidèn, 2012). Avslutningsvis i forrige kapittel viste jeg til Lidéns et al., (2013) rapport, hvor de enslige er i en ensom og utrygg posisjon, men likevel har vilje og mål med fremtiden. Noen EMA er mer resiliente enn andre, dette betyr at man kan komme styrket ut fra opplevelser og hendelser som har vært en stor påkjenning for den enkelte (Eide & Lidèn, 2012). Førde (2014, s. 51) hevder at utviklingen av resiliens ikke skjer av seg selv, men at barnet vil bli påvirket i det miljøet man lever i. En kan derfor se på beskyttelsesfaktorene og de biologiske faktorene rundt barnet. De individuelle egenskapene hos barnet, kjennetegn i deres familiesituasjon og hva som kjennetegner nettverket rundt barnet har derfor noe å si. Individuelle faktorer kan være barnets medfødte robusthet, evnen til sosiale ferdigheter, om barnet er et selvstendig individ og innehar en god mestringsevne. Kjennetegnene gjennom familiesituasjonen kan være om foreldrene har et godt samspill i spedbarnsalderen. Regler, struktur og grensesetting i hverdagen er også faktorer som kan spille inn på barnets iboende resiliens (Førde, 2014). Nettverket rundt barnet kjennetegnes gjennom at barnet har en svært god relasjon til en gruppe mennesker som for eksempel har samme religion eller trosretning (Waaktaar & Christie, 2000 i Bengtson & Ruud, 2012). Senere i oppgaven vil jeg diskutere beskyttelsesfaktoren skole, som kan være med på å utvikle resiliens hos EMA.

4.2.2 Opplevelser som setter spor hos barnet

Ofte kan den eneste muligheten EMA har til å overleve, være å flykte fra landet. Det å forlate det kjente og nære, til å være på flukt kan sies å være en traumatisk hendelse i seg selv. Mange enslig mindreårige har opplevd eller har vært vitne til væpnede konflikter, tap, sorg og trussel mot egen eller næres død i hjemlandet. Barna er ekstra sårbare under flukten, mange flykter alene og de kan være enkle mål for de som ikke vil de vel (Eide, 2012). Det at et barn utsettes for sjokkerende hendelser, kan gjøre en hjelpeløs. Det er ikke bare frykten som er sentral, men også det at en mister evnen til å mestre. En traume er en eller flere hendelser, som kan gi langvarige og omfattende påkjenninger. Barnet vil derfor bli svekket for trygghet, ha vanskeligheter med å regulere følelser, kjenne andres nærhet og tilpasse seg (Benum, 2006, s. 23). Når et barn i tidlig alder opplever å bli utsatt for traumatiske opplevelser, vil det være problematisk å tenke rasjonelt og forholde seg til omgivelsene. I tillegg er det viktig å se på om barnet

var alene eller med omsorgspersoner når hendelsen inntraff. Gjentatte traumer vil gi gjennomgripende skadevirkninger i personlighetsutviklingen (Benum, 2006). Når traumatiske opplevelser oppstår vil minnene lagres. Hjernen har problemer med å frasi disse minnene fordi de blir lagret som bruddstykker. Man gjenkjenner traumene gjennom bilder fra hjernen og sanseinntrykkene. Kroppslige reaksjoner som smerte kan også oppstå når traumeopplevelsen gjenoppstår. Når en har blitt utsatt for traumer, er det også vanlig å bli rammet av somatiske lidelser som for eksempel depresjon (Jakobsen, 2006).

Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjennomført en undersøkelse som beskriver de enslig mindreåriges situasjon i Norge. Rapporten viser at det forekommer særlig angst, depresjon og traumatisk stress-reaksjoner hos de enslige mindreårige. Rapporten baserer seg på barn som allerede har fått opphold og fått bostedskommune (Oppedal, Seglem & Jensen, 2009). Hvis man som barn er vitne til grusomme opplevelser eller adskillelse fra sine nærmeste omsorgspersoner, kan dette forklares som ytre hendelser. Det trenger ikke bare være de ytre hendelsene som forårsaker depresjon, men det kan også være genetisk. Det at man har medfødt ekstra sårbarhet (Grøholt, Sommerschild & Garløv, 2005, s. 132). For at en person skal inneha depresjon er det to av tre kriterier som må overensstemme diagnosens kjennetegn. Det første kjennetegnet kan være tristhet eller at barnet er nedstemt. Dette må gjelde mesteparten av dagen i minst to uker. Andre kjennetegnet er at barnet må ha mistet sin interesse for en aktivitet en tidligere har likt og verdsatt. Siste kjennetegn må være personens lave energinivå eller trøtthet. Barnet må også bli preget av minst fire symptom, for at det skal defineres som depresjon. De mest sentrale kjennetegnene kan være dårlig selvtillit, selvmordstanker, enten være passiv eller være uvanlig rastløs (Grøholt et al., 2005, s. 136).

5.0 Diskusjon

Kvello (2010) hevder at barn som bor på omsorgssenter eller EMA – mottak over lengre tid, er ekstra risikoutsatt gruppe. Det er fordi de lever i uvissheten om deres søknad, de er alene og uten foreldrenes nærvær. Jeg vil nå ta for meg mine funn fra forrige kapittel, og diskutere hva som kan styrke og svekke helsen i det enkelte barns situasjon.

5.1 Faktorer for barnets utvikling

Erikson hevder at det er en rekke faktorer som påvirker barnet gjennom deres utviklingsforløp, og at det sosiale miljøet rundt barnet er en vesentlig faktor (Bunkholdt, 2000). Barn som vokser opp i land uten krig, konflikter og uroligheter har en større mulighet til å utvikle seg i en positiv retning enn de som er i en slik situasjon. De enslig mindreårige kommer fra land som er preget av konflikter og usikkerhet. Gjennom usikkerhet i hverdagen kan redsel for hva som kan skje med familie, venner og samfunnet rundt være en påkjenning for det enkelte barnet. En kan på denne måten se at det sosiale miljøet rundt kan hemme deres utvikling gjennom årene, om dette er den enkeltes hverdag. Familieoppløsning er også en risikofaktor i Eriksons psykososiale utviklingsmodell (Bunkholdt, 2000). Man kan se på en familieoppløsning på forskjellige måter. Noen barn kan oppleve at familien eller deres omsorgspersoner blir frarøvet, kidnappet eller drept. Andre kan flykte fra elendigheter og komme bort fra hverandre under flukten. En annen årsak kan være at foreldrene ønsker at barnet skal få bedre muligheter til å lykkes og overleve i et annet land. Men noen barn blir også sendt til velstående land i håp om gjenforening med familie, eller at de skal tjene penger og sende hjem til familien (Engebrigtsen, 2012). Hvis barnet forlater familien frivillig, kan barnet ha en tanke om et bedre liv eller forutsetninger i et annet land. Dersom barnet reiser mot sin vilje, vil både den frivillige og tvungne adskillelsen påvirke barnets utvikling (Engebrigtsen, 2012). Barnet vil stå alene i alle situasjoner som inntreffer. Dersom omsorgspersonene hadde vært til stede, kunne de tatt beslutningen for barnet og vurdert situasjonen etter fornuft. Familieoppløsning kan derfor være en faktor som skaper usikkerhet rundt egen identitet, og kan påvirke barnets situasjon på omsorgssenteret (Bunkholdt, 2000).

Identitet er også en sentral del av Eriksons siste fase. Hvem barnet er, hva man står for og hvilke fremtidsplaner er en del av identiteten (Bunkholdt, 2000). Mange barn kan være rotløse og lete etter sin identitet når de blir plassert på omsorgssenter. Alt er fremmed, språket kan være til hindring, maten er annerledes og man har ingen bekjentskaper. Det kan derfor oppstå en identitetsforvirring i barnets liv, som igjen skaper usikkerhet for en selv og omgivelsene rundt barnet. Identitetsutvikling kan beskrives som en prosess som omhandler å skape seg selv (Bunkholdt, 2000). Noen kan inneha følelsen av å være annerledes, og blir derfor lett påvirket i en sårbar posisjon.

Ofte vil man være som majoriteten, dette for at andre ikke skal oppfatte en som annerledes. I majoriteten kan en bli sett på som annerledes, fordi majoriteten mangler kunnskap om personens identitet. Noe som vil føre til at migranten ikke blir bekreftet ut fra identitet, og som igjen vil skape utilpasshet i den ensliges situasjon og utvikling av uhelse (Skytte, 2008).

Hvis et barn skal oppleve kontinuitet og stabilitet er identitetsutvikling viktig for den enkelte. Når et barn ankommer et omsorgssenter er det flere barn i samme situasjon, noe som ofte kan være til hjelp. Det er flere faktorer innenfor identitetsutviklingen som kan komme til nytte, og som kan fremme både deres helse og situasjon (Skytte, 2008). Det er som oftest jevnaldrende barn som bor på omsorgssenteret, og alder kan bidra til at en søker kontakt til hverandre. Språk, nasjonalitet, religion kan også være faktorer innenfor identitetsutviklingen som bidrar til positiv opplevelse og utvikling på omsorgssenteret. Likeså kan felles interesser være en faktor som påvirker helsen i en positiv retning.

I forlengelsen av dette kan betydningsfulle mennesker bli viktig i barnets situasjon. Når et barn er uten foreldre som omsorgsgivere, kan såkalte "signifikante andre" bli gode støttespillere. Signifikante andre kan sies å være noen som er mer viktig for oss enn andre (Rye, 2013). På denne måten kan en si at ansatte på omsorgssenteret kan være signifikant for enkelte beboere. Dette er på bakgrunn av deres daglige evne til å utøve omsorg, som innebærer å sette grenser og stabilitet rundt barnet. De signifikante kan derfor være tilstrekkelig til en viss grad for en positiv utvikling. Dette fordi barnet er uten sine omsorgspersoner, og omsorgssenteret er et mellomledd i asylprosessen før de eventuelt får tildelt en bostedskommune. På en annen side er det ikke en selvskreven regel at et barn skal få signifikante personer i sin tilværelse på omsorgssenteret. Dette omhandler både hvordan barnet og den ansatte klarer å tilnærme seg. Om barnet ikke får noen betydningsfulle personer som kan være en midlertidig erstatter, kan dette utvikle uhelse hos barnet, som vil være en risiko i barnets situasjon.

En annen risikofaktor kan være mangel på resiliens hos barnet. Som Førde (2014) beskriver det, skjer ikke utvikling av resiliens av seg selv, men gjennom miljøet man lever i. Hvis miljøet ikke er en beskyttende faktor, vil det utsatte barnet ha problemer med å utvikle seg. En kan derfor se at barnet ikke mestrer å regulere stress og tidligere

erfaringer (Borge, 2010). Hvis de beskyttende miljøfaktorene er til stede vil barnet ha en mulighet til å finne sin iboende styrke. I denne sammenheng mener jeg at skole kan være en beskyttelsesfaktor, som er med på å sikre en god utvikling. I Opplæringsloven (1998) § 2-1, første ledd, står det at alle barn mellom 6 og 16 år har krav på skole om de oppholder seg i Norge mer enn tre måneder. Ved at den enslige får mulighet til å gå på skole, kan optimismen økes i barnets situasjon. Mange av barna har ingen erfaring med skole tidligere, men har hatt et ønske om dette. Barnet får fylt dagen og skolen kan være en frisone hvor barnet kan glemme tid og sted (Lidén et al., 2013). På skolen kan barnet tilegne seg normer, regler og verdier i det norske samfunn. I tillegg vil både det norske språket læres og morsmålet videreutvikles.

Tidligere har jeg omtalt skolearenaen som medvirkende positiv faktor i barnas situasjon. Likeså kan interesser eller fritidsaktiviteter fremme god helse. Gjennom aktivitet kan barnet få muligheten til å fokusere på noe annet, enn det som kan være vondt og vanskelig. Det fremkommer i rapporten av Lidén et al., (2013) at fotball er en av aktivitetene som er mest utbredt på mottaket. Fotball er en aktivitet som er kjent for de fleste, som kan skape godt samhold og være en brobygger gjennom beboerne.

5.1.1 Jeg vil bare være som de andre

Når et barn flykter er det svært få personlige eiendeler som blir medbragt. Som regel har barnet det han eller hun står og går i når de ankommer omsorgssenteret. Barnet begynner etterhvert på skolen og sosialiserer seg med beboere og medelever. Da vil selvbildet bli påvirket i det sosiale miljøet barnet omgås (Bjerke & Svebak, 2001). Derfor kan barnet sammenligne seg selv med majoriteten for å ikke skille seg ut. En kan derfor se at barna møter en vestlig forståelse for hvordan ungdomslivet er i Norge (Lidén et al., 2013). Som tidligere nevnt innebærer identitetsutviklingen blant annet å ikke bli sett på som annerledes. For en del barn er det derfor viktig å identifisere seg med andre gjennom klær og holdninger. Noe som Kringlen (2008) beskriver som en faktor i normalutvikling i ungdomsårene. Om barnet får tillatelse og mulighet til å eksperimentere med klær, sko og hårsveis vil barnet inneha følelsen av å være en del av majoriteten. Dette kan være en positiv faktor i deres situasjon. På en annen side hevder Kringlen (2008) at utviklingen i ungdomsårene er preget av utforskning av det motsatte kjønn. På et omsorgssenter vil beboerne bo tett på hverandre, jenter som gutter. Derfor er det viktig at de ansatte synliggjør grensen mellom å være jente og gutt, hvis dette blir

et faktum. Ellers kan det skape uheldige situasjoner som vil hemme den enkeltes situasjon.

5.1.2 Bosettingsmodell

Jeg vil nå vise til en bosettingsmodell som har blitt utprøvd i en rekke norske kommuner, i tidsperioden 2011-2012. Bosettingsmodellen innebar at EMA ble plassert direkte i en kommune fra et transittmottak. De enslig mindreårige ble derfor ikke flyttet fra et transittmottak til omsorgssenter, og videre til en kommune om søknad om opphold ble innvilget. Dette er dagens prosedyre. Modellen hindrer derfor en ekstra flytting for barna (Thorshaug, Paulsen, Røe & Berg, 2013).

Det er en rekke negative og positive faktorer for barnet om man benytter en slik modell. Jeg vil først ta for meg de negative faktorene som vil ha en innvirkning på barnets situasjon, utvikling og helse. Det fremkommer i rapporten at transittmottakene opplevde nye og altfor utfordrende oppgaver enn hva de hadde forventet. Et transittmottak er ikke like godt bemannet som for eksempel et omsorgssenter. Dette vil være en risiko som kan skape mindre generelle behov som et barn trenger i sin oppvekst og utvikling. (Thorshaug et al., 2013). Oppfølging, utviklingstøttende omsorg, stabilitet og kontinuitet hos barnet er viktig for barn som har spesielle erfaringer, eller som har opplevd gjentatte flyttinger og tilknytningsbrudd (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). En annen negativ faktor som fremkommer av rapporten er om transittmottaket vil gi et godt nok tilbud til EMA. Et godt tilbud vil i denne sammenheng omhandle skoletilbud, fritidsaktiviteter og generell oppfølging for det enkelte barnet (Thorshaug et al., 2013). Rapportens forfattere konkluderer med at det er en rekke negative faktorer som ikke fungerer ved å praktisere en slik modell i Norge. Likevel mener jeg at rapporten belyser de ensliges situasjon på en relevant måte.

Ved å benytte seg av en slik modell, mener jeg den største fordel er at man hindrer en flytting og tilknytningsbrudd. Barna blir plassert på et omsorgssenter og dette er et mellomledd som kan gi negativ innvirkning for barnet. Ved at barnet bor på omsorgssenter får barnet relasjon og tilknytning til sted, miljø, beboere, ansatte og skole. Om barnet hadde blitt plassert direkte ville ventetiden blitt redusert, en hadde hindret tilknytning og relasjonsbrudd, og skapt mer forutsigbarhet i deres situasjon. I neste kapittel vil jeg diskutere hvordan tilknytningsbrudd kan påvirke enslig mindreåriges helse. I tillegg vil jeg vise til faktorer som kan styrke og svekke deres helse.

5.2 Kan tilknytning fremme god helse?

I første omgang vil tilknytningen til deres foreldre bli brutt når de reiser. For mange barn kan dette oppleves som en stor belastning når de blir adskilt (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). Likevel vil de oppleve å bli kjent med andre mennesker som de får relasjon eller tilknytning til på veien, og som igjen blir brutt når de reiser videre. Det er varierende fra det enkelte barn hvor lenge de er på flukt. Noen bruker flere måneder og andre kan bruke et par dager. Noen barn kan ha såkalte midlertidige "stopp" på veien, dette for å kunne opparbeide seg penger eller tjene penger til resten av deres flukt (Eide, 2012). Mange av barna har verken tilknytning eller bekjentskap når de kommer til landet. Når barnet blir plassert på omsorgssenteret er det bare et midlertidig bosted, situasjonen deres blir midlertidig i påvente av asylsøknaden.

Barnets relasjon og tilknytning til omsorgssenteret, miljøterapeutene, andre beboere, klassekamerater, lærere og andre mennesker de blir kjent med, vil også bare bli midlertidig. Knudsen (1990) viser til en beboer som hadde problemer med å se at andre flyttet, enten de fikk opphold eller avslag. For denne beboeren ble det vanskelig å knytte relasjoner, når en visste at de ville bli borte etter hvert. Bengtson & Ruud (2012, s. 181) viser til en Somalisk gutt som var 15 år da han ankom Norge. "...Jeg kom til Norge uten noen tilknytninger og ikke familie. Hva skulle skje med meg? Jeg var helt borte. Savnet av familie og venner var stort...". Gutten følte selv at han trengte noen som kunne høre på hans opplevelser og erfaringer fra krigen i hjemlandet. Savnet var stort etter å ha noen som kunne forstå han. Ut fra hva gutten uttrykte, var det savn etter familie og en samtalepartner som manglet i hans nye tilværelse. En beskyttende faktor i den ensliges situasjon vil derfor være personer som utøver omsorg, er støttende og er i hyppig kontakt med barnet (Kvello, 2010). Fra å være på flukt til å komme inn i et nytt levesett, er det viktig å ikke glemme fortiden, men også ha fokus på fremtiden. I denne sammenheng ser jeg brobygging sentralt. Hvis man bygger en bro mellom fortid og nåtid, vil kanskje vanskelige situasjoner bli enklere å håndtere (Berg, 2012). De ansatte og jevnaldrende rundt og på omsorgssenteret, kan derfor bli betydningsfulle relasjoner om de legger til rette for det enkelte barnet. Den miljøterapeutiske grunnstrukturen er derfor sentral i arbeidet for å styrke deres helse. En må kunne se barnets behov, ivareta deres interesser innenfor de strukturelle rammene omsorgssenteret har (Bengtson & Ruud, 2012).

5.2.1 Transnasjonale nettverk

I noen tilfeller kan en se at barna har kontakt med familie og venner på tvers av landegrensene, og kan betegnes som transnasjonale nettverk (Eide, 2012).

Kommunikasjonen kan foregå gjennom telefonsamtaler, brev, tekstmelding eller Facebook. Dette nettverket kan være en styrke i deres situasjon, som bidrar til at barnet opprettholder kontakten. Familiemedlemmer kan da følge med på barnets situasjon, og være oppdragere selv om barnet er i et annet land (Eide, 2012). På en annen side kan det transnasjonale nettverket true barnets helse. Som tidligere nevnt kan barnet bli sendt til et annet land med et formål. Noen barn blir sendt fordi familien skal motta pengeoverføringer, som kan oppleves som krevende i en situasjon på et omsorgssenter. De møter også et nytt levesett hvor holdninger og verdier endres, som vil skape usikkerhet hos foreldrene. Dette gjelder særlig når omsorgspersonene ikke har tilknytning eller kjennskap til landet (Eide, 2012).

5.3 Profesjonsutøveren i møte med barnet

Det finnes flere forskningsdata på EMA over 16 år etter bosetting og hvordan deres psykiske helse er, men mindre om de nyankomne EMA under 16 år før bosetting. Jeg vil nå ta for meg en undersøkelse gjennomført av Jensen, Fjermestad, Granly og Wilhelmsen (2015). *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*. Målet med denne undersøkelsen var å undersøke livserfaringer og psykisk helse blant EMA i alderen 10 – 16 år, som var nyankomne, fremdeles i asylprosessen og som bodde på omsorgssenter. Det var 93 respondenter, og de overrepresenterte var gutter og fra 14 forskjellige land. Spørsmålene omhandlet tristhet, sinneutbrudd, stressende livshendelser (posttraumatisk stress) som for eksempel separasjon fra familie, krig eller væpnet konflikt (Jensen et al., 2015). Resultatene i undersøkelsen viser til at 5,5 % av barna hadde opplevd stressende livshendelser. Når spørsmålet omhandlet, når noen du bryr deg om dør, var resultatet 68%. Det var også høy grad av depressive symptomer, noe som kan ses i sammenheng med at nesten 70% av barna har opplevd å miste noen av sine nærmeste (Jensen et al., 2015).

På bakgrunn av denne undersøkelsen kan en stille seg spørsmålet, hvordan kan jeg som profesjonsutøver styrke EMAs helse i deres situasjon? Bengtson og Ruud (2012) hevder at utviklingsstøttende omsorg er særlig viktig i møte med EMA. Det innebærer at man

skal møte og ivareta de spesielle behovene til barnet. Slik jeg ser det kan man dele opp termen og tenke seg at enslig mindreårige trenger tilrettelegging for utvikling, og at man støtter oppom barnet. Dette er med på å bekrefte det barnet gjør og barnets utvikling vil fortsette. Gjennom utviklingsstøttende omsorg vil den voksne forstå barnets følelser og tanker som gir de holdepunkter i hverdagen (Bengtson & Ruud, 2012). På en annen side kan de ansatte svikte i arbeidet med den enslige. Varvin (2003) viser til en gruppe mennesker som har opplevd stressende livshendelser. Noe av det verste de opplevde var å ikke bli tatt hånd om på en god måte, og at de ble sviktet når en trodde man var i trygge hender. Videre hevder Varvin (2003) at anerkjennelse er en viktig faktor i arbeidet med mennesker som har opplevd stressende livshendelser. Som profesjonsutøver er det derfor viktig å forstå hva den enkelte har gått gjennom, og ha tro på det barnet forteller. I likhet med Varvin (2003) hevder også Killén (2012) at anerkjennelse er et viktig prinsipp innenfor profesjonsutøverens relasjonskompetanse. Som profesjonsutøver er det særdeles viktig å etablere kontakt til de enslige, for at den enkelte skal føle seg trygg og ivaretatt. De resterende prinsipp som Killén (2012, s. 46) hevder er viktig i sosialt arbeid er respekt, aksept, selvbestemmelsesrett og ikke-dømmende holdninger. Dersom profesjonsutøveren benytter sin relasjonskompetanse i arbeidet med EMA, kan dette være en faktor som styrker barnets helse.

De enslige lever i en uforutsigbar tilværelse, og ønsket om opphold i landet er stort. I 2012 var saksbehandlingstiden for EMA i gjennomsnitt på 64 dager (Lidén et al., 2013). Tallet har nok forandret seg i 2015, men erfaringsmessig har jeg opplevd at noen barn kan ha bodd på omsorgssenter opp til 12 måneder og lengre. En ser store variasjoner i barnas ventetid, som kan forklares med deres ulike bakgrunn for søknad om asyl. Ventetiden kan derfor være et moment som skaper uforutsigbarhet i barnets situasjon.

«Jeg ønsker at det skulle vært mer å gjøre mer og gå til, mer aktiviteter. Hvis det hadde vært mer å ta seg til mens vi venter på svar jeg ville hatt det bedre psykisk... Når vi bor sånn... Du blir gal» (Kolstand & Thorud, 2010, s. 158).

Profesjonsutøverens utviklingsstøttende omsorg og relasjonskompetanse blir desto viktigere i arbeidet med EMA. Dette for å skape meningsfulle dager, og for at ventetiden skal føles kortere for barnet. Halvorsen (2004) hevder at mennesker som har mangel på

struktur og aktiviteter i hverdagen, kan være i risikozonen for utvikling av psykiske problemer.

6 Avslutning

I dette arbeidet har jeg gjennomført et litteraturstudie, og tatt utgangspunkt i problemstillingen hvordan enslige mindreårige asylsøkeres situasjon kan påvirke deres helse. En ser at de enslige mindreårige er en gruppe barn og unge som er i en sårbar posisjon. Mange har opplevd tap av viktige identitetsgivende faktorer, som foreldre eller familiemedlemmer kan gi. De kan være engstelig for sitt gjenværende nettverk i hjemlandet, som kan gjøre det vanskelig i barnets situasjon. Gjennom identitetsutvikling kan barnet møte både positive og negative faktorer, som kan påvirke deres identitet på omsorgssenteret. Jeg har blant annet diskutert at barnet kan inneha følelsen av å bli sett på som annerledes, som kan svekke dets utvikling. Dersom barnet blir integrert på omsorgssenteret med jevnaldrende som har felles nasjonalitet og språk, kan barnet finne sin plass i den nye situasjonen. Signifikante andre har jeg trukket frem som en ressurs, og kan bidra til en bedre utvikling hos den enkelte. Om barnet har manglende resiliens, vil dette være en risikofaktor i deres situasjon. Ved hjelp av miljøfaktorer som skole- og fritidsaktiviteter kan resiliens utvikles og være en beskyttende faktor for den enslige.

Barnet opplever tilknytningsbrudd når de flykter fra hjemlandet, i den grad at de kan få problemer med å knytte seg til andre senere. Under flukt kan de også knytte seg til viktige støttespillere. Barnet har da opplevd tilknytningsbruddet fra hjemlandet, deretter under flukt. Før en eventuell oppholdstillatelse eller tilbakeføring, vil også personene barnet blir kjent med føre til brutte tilknytninger. Derfor vil tilknytningen bare bli midlertidige på omsorgssenteret. Om barnet har opplevd krig, drap og væpnede konflikter som vil prege deres situasjon. Er det særlig viktig at profesjonsutøveren styrker barnet i dets situasjon. Profesjonsutøveren kan være en bidragsyter i utviklingen til den enslige. Styrken i en profesjonsutøver kan være å utøve utviklingsstøttende omsorg ovenfor barnet. Dette innebærer at miljøterapeuten skal møte, forstå og anerkjenne barnet i en uforutsigbar tilværelse.

Litteraturliste

- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2011). *Arbeid med enslig mindreårige asylsøkere og flyktninger: en håndbok for kommunene* (Q-1185B). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/arbeid_med_enslige_mindreaarige.pdf.
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester av 17. Juli 1992 nr. 100*. Hentet 08. 04. 2014, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Bengtson, M. & Ruud, A.K. (2012). Utviklingsstøttende omsorg i mottaksfasen. I K. Eide. (Red.), *Barn på flukt* (1.utg., s. 183-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (s. 22-41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B. (2012). *Fra et liv på vent til bosetting i kommunene*. I K. Eide. (Red.), *Barn på flukt* (1. utg., s. 199-218). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Broberg, A. G. (2005). Anknnytning, rädsla och omsorgssvikt. I A. L. Lippe & S. R. Wilkinson (Red.), *Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging: Et jubileumsskrift til Kari Killén* (Vol. 7/2005, NOVA-rapport (trykt utg.)). (s. 15-34). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2008). *Praktisk barnevernarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjerke, T., & Svebak, S. (2001). *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, K. (Red.). (2012). *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med enslig mindreårige flyktninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, K. & Lidén, H. (2012). Mottak av enslige mindreårige asylsøkere. I B. Berg. (Red.), *Asylsøker i velferdsstatens venterom* (s. 181-204). Oslo: Universitetsforlaget.

- Engebriqtsen, I. A. (2012). Omsorg og barn utenfor barndommen. I K. Eide. (Red.), *Barn på flukt* (1.utg., s. 157-179). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Førde, S. (2014). *Tapt barndom, eller...?*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Golding, S. K. (2010). *Styrk barnets tilknytning*. Danmark: Psykologisk forlag AS
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2011). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K. (2004). *Når det ikke er bruk for deg: arbeidsløshet og levekår*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jakobsen, M. (2006). Kroppen husker. I M. Jakobsen. (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg* (1. utg., s. 43-59). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, T.K., Fjermestad, K.W., Granly, L., & Wilhelmsen, N.H. (2015). Stressfull life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(1), 106-116.
- Killén, K. (2012). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning: Et fellesfaglig perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knudsen, J. (1990). *De trodde jeg var fattig: Om asylsøkerbarn i Norge*. Bergen: MiCo Forlag.
- Kolstad, A., & Thorud, S. (2010). *Maktesløs i ventetiden: asylsøkeres hverdagsliv og mentale helse*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(02), 153-162.
- Kringlen, E. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lepperød, T. (2010, 30. 14). 106 asylbarn sendt ut av Norge i september. *Nettavisen*. Hentet fra <http://www.nettavisen.no/nyheter/innenriks/106-asylbarn-sendt-ut-av-norge-i-september/8502650.html>.
- Lidén, H., Eide, K., Hidle, K., Nilsen, E. C. A., & Wærdahl, R. (2013). *Levekår i mottak for enslig mindreårige asylsøkere* (Vol. 2013:3, Rapport). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

- Magnus, P., & Bakketeig, S.L. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oppedal, B., Seglem, K., & Jensen, L. (2009). *Avhengig og selvstendig: Enslige mindreårige flyktningers stemme i tall og tale* (rapport 2009:11). Hentet fra http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/HSF:TN_brage11250/220539
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og vidaregåande opplæringa av 17. Juli 1998. nr. 61*. Hentet 28. 04. 2015, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven>.
- Ruud, K. A. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rye, J. F. (2013). Mead, Berger & Luckmann og de signifikante andre. *Sosiologisk tidsskrift*, 02/2013, 169-189.
- Sandberg, K. (Red.).(2012). *Barnekonvensjonen* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skytte, M. (2008). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stordalen, J., & Støren, I. (2004). *Bare skriv!* Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Thorshaug, K., Paulsen, V., Røe, M., & Berg, B. (2013) *Mot en ny bosettingsmodell?: Direkte plassering av enslig mindreårige*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Utlendingsdirektoratet. (2015). *Flere enslige mindreårige asylsøkere i 2014*. Hentet 11.04.2015, fra <http://www.udi.no/aktuelt/flere-enslige-mindrearige-asylsokere/>.
- Varvin, S. (2003) *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World health organization. (u.å). *Mental health*. Hentet 24. 04. 2015, fra http://www.who.int/topics/mental_health/en/ .

Vedlegg 1: Søkekart

DATO	DATABAS E	SØKEORD/ SØKEORD	Evt. Avgrensninger FAGFELLEVDERT /ÅR	Treffprose nt	Kommentar
19.03.15	Oria	Brukermedvirkning asylsøkerbarn		1	Sjekk litteratur til denne teksten
19.03.15	Oria	Asylsøk*		695	Mange gode kilder, vurdert – lagrede treff
19.03.15	Premier	Unaccompanied asylum seeking children	Scholarly	42	Benytt
11.04.15	Oria	Plag* / def*	År 2000 - 2015	1970	Sjekk boken; frisk, syk eller bare plaget?
11.04.15	Bibsys	Etnisitet og psykisk helse		14	Svært relevant: Psykososial tilpasning og psykisk helse blant ungdom med innvandrerbakgrunn i Norge, sjekk kildene til denne artikkelen.
14.04.15	Oria	Unaccompanied asylum seeking children		508	Benytt omsorgssenteret, lagret treff.
14.04.15	Oria	maktesløshet AND enslig*		9	Maktesløs i ventetiden - risikofaktorer for voksne på asylmottak