

**Enslige mindreårige flyktninger under 16 år og deres
kontakt med psykisk helsevern for barn og unge i årene
etter ankomst til Norge**

Silje Iselin Haukeland



**Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo**

Høsten 2020

2020

Enslige mindreårige flyktninger under 16 år og deres kontakt med psykisk helsevern for barn og unge i årene etter ankomst til Norge

Forfatter: Silje Iselin Haukeland

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Forfatter: Silje Iselin Haukeland

Tittel: Enslige mindreårige flyktninger under 16 år og deres kontakt med psykisk helsevern for barn og unge i årene etter ankomst til Norge

Veiledere: Ane-Marthe Solheim Skar og Tine K. Jensen

Bakgrunn: Enslige mindreårige flyktninger anses for å være i stor risiko for å utvikle psykiske helseplager. Studier viser at de skårer høyere på blant annet depresjon, angst og posttraumatisk stress, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. For å vite om psykisk helsevern for barn og unge (BUP) møter behovene til de unge flyktningene med bakgrunn som enslige mindreårige trengs det studier som undersøker symptomtrykk av psykiske plager og eventuell kontakt med BUP. Videre er det behov for kunnskap om hvorvidt det er en sammenheng mellom kontakt med BUP og reduksjon av symptomer på psykiske plager.

Metode: Studien er basert på materiale fra den longitudinelle studien «Enslige mindreårige asylsøkere: Kartlegging av traumeerfaringer og psykisk helse» i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Datainnsamling er gjort på en gruppe enslige mindreårige flyktninger som var mellom 10-16 år da de ankom Norge i perioden 2010-2012. Barna/ungdommene ble målt på blant annet symptomer på posttraumatisk stress, depresjon og angst etter seks måneder, to år og fem år etter ankomst. I tillegg brukes data hentet fra norsk pasientregister som viser om de unge flyktningene har hatt kontakt med BUP og eventuelt hvor mye kontakt de har hatt. Ved hjelp av krysstabulering har jeg undersøkt forekomsten av psykiske plager over klinisk grenseverdi og kontakt med BUP, samt sammenhengen mellom reduksjon av symptomtrykk og kontakt med BUP. Hva som predikerer kontakt og om nivå av psykiske plager predikerer antall konsultasjoner hos BUP er undersøkt ved bruk av logistisk og lineær regresjonsanalyse.

Resultat: Resultatene viste at halvparten av de som har psykiske plager over klinisk grenseverdi i løpet av de første fem årene i Norge har hatt kontakt med BUP i løpet av samme periode. Verken type psykiske plager, nivå av psykiske plager eller alder predikerte kontakt med BUP. Av de som hadde hatt kontakt med BUP etablerte de fleste denne kontakten før de hadde vært i landet i to år. Videre viste resultatene at flere av ungdommene med høyt

symptomtrykk og kontakt med BUP opplevde bedring av sine plager over tid, sammenlignet med de som ikke hadde kontakt med BUP.

Konklusjon: Resultatene i denne studien peker i retning av et underforbruk av BUP blant enslige mindreårige flyktninger i Norge. I tillegg viste resultatene at flere som har hatt kontakt med BUP opplevde en forbedring av symptomtrykk sammenlignet med de som ikke har hatt kontakt med BUP. Dette er viktig kunnskap, da det etter hva jeg kjenner til finnes få studier som har sett på sammenhengen mellom psykiske plager hos enslige mindreårige flyktninger og deres kontakt med psykiske helsetjenester over tid, og ingen studier som har hatt et spesifikt fokus på de som ankommer landet før de er fylt 16 år. For å kunne undersøke eventuelle sammenhenger mellom kjønn og bruk av BUP trengs større utvalg med flere jenter. Resultatene indikerer at mer kunnskap om enslige mindreårige flyktningers bruk av BUP kan være nyttig for å tilpasse og utvide tjenestene slik at de i større grad kan imøtekomme disse ungdommenes behov.

Forord

Arbeidet med denne hovedoppgaven har vært veldig spennende og lærerikt, og til tider krevende. Jeg er takknemlig for at jeg har fått tilgang på data samlet inn i forbindelse med den longitudinelle studien om enslige mindreårige asylsøkere i regi av NKVTS, i tillegg til data fra Norsk pasientregister for de samme ungdommene. Arbeidet har gjort inntrykk på meg og forsterket mitt engasjement for flyktninger generelt, og enslige mindreårige flyktninger spesielt.

Jeg har flere å takke for at jeg har kommet i mål med denne oppgaven. For det første vil jeg rette en meget stor takk til mine to veiledere, Ane-Marthe Solheim Skar og Tine Jensen, for deres innspill, refleksjoner og kunnskap. Takk til Ane-Marthe for at du alltid er tilgjengelig og for din tette oppfølging gjennom hele prosessen. Takk til Tine for ditt inspirerende engasjement og entusiasme. Takk til dere begge for solide og konstruktive tilbakemeldinger. Vil også rette en takk til Elin Sofia Andersson som har hjulpet med å hente fram data fra den longitudinelle studien om enslige mindreårige flyktninger som denne studien er basert på, og til statistiker ToRe Wentzel-Larsen for verdifulle tilbakemeldinger.

Jeg ønsker også å takke min arbeidsgiver, Bjørknes Høyskole, som har vist stor fleksibilitet og velvilje i alle de seks årene jeg har vært student, og spesielt nå i forbindelse med hovedoppgaven. Også familie og venner fortjener en takk for alle oppmuntrende ord, tålmodighet og forståelse som er vist meg gjennom hele studietiden.

- Silje

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Enslige mindreårige og deres psykiske helse	2
1.2 Ulike utviklingsveier	4
1.3 Rett til likeverdige helsetjenester og ansvarsfordeling	5
1.4 Bruk av psykiske helsetjenester	7
1.5 Barrierer for bruk av helsetjenester	8
1.5.1 Teoretisk bakgrunn	8
1.5.2 Potensielle barrierer for enslige mindreårige	10
1.5.3 Ungdom i terapi.....	13
1.6 Studiens problemstillinger	14
2. Metode	17
2.1 Prosedyre	17
2.2 Utvalget	18
2.3 Måleinstrumenter	18
2.3.1 Generell psykisk helse: Hopkins Symptoms Checklist-37 (HSCL-37A)	18
2.3.2 Symptomer på posttraumatisk stress: Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	19
2.4 Norsk pasientregister (NPR)	20
2.5 Beskrivelser av analyser	20
2.5.1 Gjennomgang av data.....	20
2.5.2 Preliminære analyser	21
2.5.3 Statistiske analyser	23
2.5.4 Statistisk program	24
2.6 Etske betraktninger	25
3 Resultater	27
3.1 Preliminære analyser	27
3.1.1 Gulv- og takeffekter, normalfordeling og utliggere	27
3.1.2 Egenskaper ved skalaene som måler generelle psykiske plager og symptomer på posttraumatisk stress	28

3.2	Hvor mange enslige mindreårige skårer over klinisk grenseverdi for psykiske plager og hvor mange har hatt kontakt med BUP?	28
3.3	Hva predikerer kontakt og antall konsultasjoner hos BUP?	32
3.4	Hvor lang tid tar det før kontakt med BUP etableres?	34
3.5	Er det forskjell på de som skårer over klinisk grenseverdi og som har hatt kontakt med BUP og de som ikke har hatt kontakt når det kommer til bedring av psykiske plager (reduisert symptomtrykk)?	35
4	Diskusjon	38
4.1.1	Underforbruk av tjenestene	38
4.1.2	Ingen prediksjoner for kontakt	41
4.1.3	Tid før kontakt	43
4.1.4	Bedring med eller uten kontakt med BUP	45
4.2	Styrker og begrensninger	46
4.2.1	Utvalgsstørrelse og generaliserbarhet	47
4.2.2	Måleinstrumentenes validitet og reliabilitet	48
4.3	Oppsummering og kliniske implikasjoner	48
	Litteraturliste	51
	Vedlegg/ Appendiks	62
	Måleinstrumenter	62
	Generell psykisk helse: HSCL-37A	62
	Posttraumatiske stressymptomer: CPSS	63

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1:	Gjennomsnitt og normalfordeling ved HSCL og CPSS ved T1, T2 og T3	27
Tabell 2:	Gjennomsnitt og normalfordeling ved antall konsultasjoner hos BUP	27
Tabell 3:	Cronbachs alfa til måleinstrumentene HSCL og CPSS ved T1, T2 og T3	28
Tabell 4:	Skårer på HSCL ved T1, T2 og T3: Gjennomsnitt, standardavvik, variasjonsbredde og mulig min/maks	30
Tabell 5:	Skårer på CPSS ved T1, T2 og T3: Gjennomsnitt, standardavvik, variasjonsbredde og mulig min/maks	31
Tabell 6:	Krystabulering: Over klinisk grenseverdi i løpet av femårsperioden* vært i kontakt med BUP	32
Tabell 7:	Logistisk regresjonsanalyse med bootstrapping: Utfallsmål: vært i kontakt med BUP	33
Tabell 8:	Logistisk regresjonsanalyse med bootstrapping. Utfallsmål: Vært i kontakt med BUP	33

Tabell 9: Multippel regresjonsanalyse med bootstrapping. Utfallsmål: Antall konsultasjoner	34
Tabell 10: Krysstabulering: Blitt bedre i løpet av femårsperioden* vært i kontakt med BUP	37
Figur 1: Oversikt over enslige mindreårige flyktninger og deres totalskårer på HSCL etter seks måneder, to år og fem år i Norge	29
Figur 2: Oversikt over enslige mindreårige flyktninger og deres totalskårer på CPSS etter seks måneder, to år og fem år i Norge	30
Figur 3: Oversikt over de enslige mindreåriges skårer på psykiske plager ved T1, T2 og T3. 0-9 står for antall personer	31
Figur 4: Oversikt over tidspunkt for når ungdommen skårer lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager og tidspunkt for når ungdommen kommer i kontakt med BUP første gang. 0-30 står for antall personer	35
Figur 5: Oversikt over bedring blant ungdommene som skårer over klinisk grenseverdi ved T1 og som har vært i kontakt med BUP.....	36
Figur 6: Oversikt over bedring blant ungdommene som skårer over klinisk grenseverdi ved T1 og som ikke har vært i kontakt med BUP.	37

1. Innledning

I følge FNs høykommissær for flyktninger nådde antallet mennesker drevet på flukt nye høyder i 2018, med 70,8 millioner individer verden over på flukt som følge av konflikt, vold, forfølgelse eller brudd på menneskerettigheter (United Nations High Commissioner for Refugees, 2019). Det var registrert 138 600 enslige mindreårig flyktninger i verden i 2018, men tallet vurderes til å være et betydelig underestimat (United Nations High Commissioner for Refugees, 2019). En enslig mindreårig asylsøker er en person under 18 år som ankommer et land alene, uten foreldre eller andre omsorgspersoner, og som søker beskyttelse (asyl) på det grunnlaget (Utlendingsdirektoratet, 2020). I Norge har det vært store svingninger i antall enslige mindreårige som har søkt asyl de siste årene. Fra 892 og 858 søknader i 2010 og 2011 til 5480 i 2015 (Utlendingsdirektoratet, 2020). I 2019 søkte 135 enslige mindreårige om asyl i Norge (Utlendingsdirektoratet, 2020). Av de enslige mindreårige som ankom Norge mellom 1996-2018 var gjennomsnittsalderen 15,7 år og én av fem var under 15 år ved bosetting (Kirkeberg & Lunde, 2020).

Noen av de enslige mindreårige asylsøkerne får avslag på søknaden sin, mens andre får innvilget opphold og blir etter hvert bosatt i en norsk kommune (Svendsen, Berg, Paulsen, Garvik & Valenta, 2018). Barna og ungdommene går da fra å ha status som asylsøker til status som flyktning. De enslige mindreårige som kommer til Norge er en sammensatt gruppe og har varierende behov for psykososial oppfølging (Svendsen et al., 2018). Huemer og kollegaer (2009) argumenterer allikevel for at enslige mindreårige har likehetstrekk som samler dem som en gruppe, tross deres ulikheter. De er en spesielt sårbar gruppe barn og unge på grunn av deres vanskelige lovgivningsmessige situasjon, deres vanskelige fortid og den følsomme utviklingsperioden av deres liv der disse hendelsene skjer (Huemer et al., 2009). Sannsynligheten er stor for at de har opplevd flere potensielt traumatiske hendelser i hjemlandet eller på sin flukt (Dittmann & Jensen, 2010). Videre mangler de foreldrenes omsorg, veiledning og beskyttelse, samt øvrig nettverk i et nytt land med fremmed språk, kultur og tradisjoner (Svendsen et al., 2018). Dette bidrar til at enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger er ansett å være en gruppe som løper betydelig risiko for å utvikle psykiske helseplager som angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2013; Mitra & Hodes, 2019; Sanchez-Cao, Kramer & Hodes, 2013; Vervliet, Demott, Jakobsen, Broekaert, Heir & Derluyn, 2014).

Denne studien fokuserer på en gruppe enslige mindreårige flyktninger som ankom Norge da de var under 16 år, og deres kontakt med psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i tiden etter ankomst. I en nylig utgitt oversiktsartikkel over publiseringer som omhandler asylsøkeres helse og bruk av helsetjenester i Norge, etterlyser forfatterne mer kunnskap om enslige mindreåriges bruk av helsetjenester (Berg, Straiton, Vikum, Myhre, Danielsen & Gopinathan, 2020). Videre trekkes det fram at kunnskap om enslige mindreårige under 15 år er spesielt mangelfull (Berg et al., 2020). Mitra og Hodes (2019) påpeker i sin systematiske litteraturgjennomgang et signifikant gap mellom identifisering av enslige mindreårige flyktninger som trenger psykiske helsetjenester, henvisninger og vilje til å bruke tjenestene som tilbys. Lignende funn er gjort av Lidén, Aasen, Seeberg og Staver (2020) blant enslige mindreårige flyktninger i Norge.

Tematikken som belyses i denne studien omhandler enslige mindreårige flyktninger under 16 år og deres psykiske plager og bruk av BUP over tid. Studien er basert på materiale fra den longitudinelle studien «Enslige mindreårige asylsøkere: Kartlegging av traumeerfaringer og psykisk helse» i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I tillegg brukes data hentet fra norsk pasientregister (NPR) som viser om de enslige mindreårige flyktningene har hatt kontakt med BUP og eventuelt hvor mye kontakt de har hatt. Jeg vil undersøke hvor mange enslige mindreårige i utvalget mitt som har psykiske plager over klinisk grenseverdi i løpet av de fem første årene sine i Norge, og hvor mange som har hatt kontakt med BUP i løpet av samme periode. Videre vil jeg undersøke om type psykiske plager, nivå av psykiske plager og/eller alder predikerer kontakt med BUP, samt om symptomtrykk kan predikere antall konsultasjoner. I tillegg vil jeg undersøke når kontakten eventuelt etableres, samt sammenligne bedring i symptomtrykk mellom de som har hatt kontakt med BUP og de som ikke har hatt kontakt. Studiens mål er å bidra med mer kunnskap om barn og ungdom med bakgrunn som enslige mindreårige asylsøkere og deres bruk av BUP for videre utvikling og tilpasning av psykiske helsetjenester for denne gruppen unge flyktninger.

1.1 Enslige mindreårige og deres psykiske helse

I en stor systematisk gjennomgang av studier som undersøkte prevalensen av psykiske lidelser hos barn og ungdom med bakgrunn som asylsøkere i europeiske land, fant Kien og kollegaer

(2019) en forekomst på 19,0%-52,7% for posttraumatisk stresslidelse, 10,3%-32,8% for depresjon, 8,7%-31,6% for angstlidelser, 0,7%-9,3% for selvmordstanker og selvmordsatferd og 19,8%-35,0% for eksternaliserende vansker. Gjennomgangen inkluderte både studier gjort på unge asylsøkere og flyktninger som ankom landet med sine omsorgspersoner, og på unge som ankom uten noen foreldre eller andre nære omsorgspersoner. Studien viste at enslige mindreårige asylsøkere hadde høyere forekomst av posttraumatisk stresslidelse, depresjon og angst enn asylsøkere som kom til landet med omsorgspersoner (Kien et al., 2019). En kan derfor anta at forekomsten av psykiske lidelser for enslige mindreårige asylsøkere ligger i øvre sjiktet av de angitte anslagene. Studien til Kien og kollegaer (2019) skiller ikke mellom de yngre og de eldre enslige mindreårige. Blant de eldste enslige mindreårige er det funnet at 40,9% kvalifiseres til diagnose for en psykisk lidelse fire måneder etter ankomst til Norge (Jakobsen, Demott & Heir, 2014). Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven (2007) fant i sin studie at alder var positivt assosiert med høyere internaliserende og eksternaliserende vansker, samt mer symptomer på posttraumatisk stress et år etter ankomst i Nederland. Forskerne hevdet at årsaken til at eldre enslige mindreårige har flere psykiske plager kun delvis kan forklares ved at de har opplevd flere stressende livserfaringer. Andre forklaringer som trekkes fram er at yngre barn ikke forstår det fulle omfanget av krigsrelaterte hendelser og at de i mindre grad er utsatt for foreldrenes angst som kan forverre barnets egne stressreaksjoner (Bean et al., 2007). Motsatt funn presenteres av Sourander (1998) som peker på at alder under 15 år er assosiert med mer alvorlige psykiske plager. Fazel, Reed, Panter-Brick & Stein (2012) konkluderer i sin litteraturgjennomgang at sammenhengen mellom alder og psykiske plager blant enslige mindreårige flyktninger ikke framkommer tydelig nok i eksisterende studier og etterlyser flere longitudinelle studier for å forstå mer av beskyttelse- og risikofaktorene for denne gruppen.

Noen få studier har sett på utviklingen av psykiske plager hos enslige mindreårige flyktninger over tid. En studie av 103 belgiske enslige mindreårige flyktninger mellom 14-17 år (gjennomsnitt 16,0 år) fant at symptomer på posttraumatisk stress, angst og depresjon etter seks og 18 måneder i vertslandet ikke hadde endret seg vesentlig (Vervliet, Lammertyn, Broekaert & Derluyn, 2014). Oppfølgingsstudien til Jensen, Skar, Andersson & Birkeland (2019) er en av få studier som har fokusert på utviklingen av psykiske plager over tid for den yngste gruppen enslige mindreårige flyktninger. Ved ankomst var deltakerne mellom 10-16 år (gjennomsnitt 13,8 år) (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015). Etter to år fant forskerne ingen indikasjoner på vesentlig endring i nivåer av posttraumatiske stresssymptomer

og symptomer på depresjon og angst (Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). Ved oppfølging av den samme gruppen enslige mindreårige etter fem år var det fortsatt ingen indikasjoner på vesentlig endringer i nivåer av symptomer på angst, posttraumatisk stress og eksternaliserende vansker, mens det gjennomsnittlige nivået av symptomer på depresjon hadde hatt en markant nedgang (Jensen et al., 2019). Studien viste imidlertid betydelig individuell variasjon i graden av bedring versus forverring av psykiske plager. Dette mener forskerne at er en tydelig indikator på behovet for å følge opp de enslige mindreåriges psykiske helse over tid og gi behandling til de som har en negativ utvikling.

1.2 Ulike utviklingsveier

Enslige mindreårige flyktninger er en heterogen gruppe barn og ungdommer med ulike kulturbakgrunner, erfaringer og individuelle ressurser (Oppedal, Seglem & Jensen, 2009). Individuelle forskjeller framtrer blant annet ved ulik påvirkning av påkjenninger og traumatiske opplevelser (Keles, Friborg, Idsøe, Sirin & Oppdal, 2018).

Bonanno og Diminich (2013) presenterer flere ulike faktorer som kan bidra til å påvirke hvilken utviklingsvei en person kan ha etter en traumatisk hendelse. Innad i en gruppe som viser en stabil utvikling og lave symptomer på posttraumatisk stress finner de store variasjoner når det kommer til både demografi, personlighet, eksponering for potensielt traumatiske hendelser, sosiale og økonomiske ressurser, stress relatert til traumatiske opplevelser fra fortiden og nåtiden, positive emosjoner, mestringsstrategier og fleksibilitet. Selv om noen av disse faktorene er mer stabile, er andre flytende og kan endres over tid (Bonanno, Westphal & Mancini, 2011). Dette betyr at hvordan en person responderer på en potensielt traumatiserende opplevelse kan variere ettersom livsforholdene endres (Bonanno & Diminich, 2013).

Bonanno (2004) gjenkjenner heterogeniteten av responser til traumatiske hendelser og introduserer noen potensielle utviklingsveier som kan fange variabiliteten i denne responsen. De fire vanligste utviklingsveiene etter en potensiell traumatisk hendelse er resiliens, bedring, kronisk stress og forsinket reaksjon (Bonanno, 2004), der resiliens er funnet å være den aller vanligste (Bonanno & Diminich, 2013). Resiliens har blitt definert som en sunn, tilpasningsdyktig eller integrert positiv fungering i tiden etter noe vanskelig (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick & Yehuda, 2014), og kan vise seg ved at personen har

forbigående symptomer, minimal svekkelse av funksjon og relativt stabil utvikling kort tid etter en traumatisk hendelse (Bonanno et al., 2011). Bedring er en utviklingsvei kjennetegnet av forhøyede symptomer og noe tegn til dårligere funksjon etter den traumatiske hendelsen, etterfulgt av en gradvis bedring mot normal funksjon (Bonanno et al., 2011). Personer som opplever kronisk stress er preget av en kraftig utvikling av symptomer og et dårlig funksjonsnivå som kan vedvare i mange år etter hendelsen (Bonanno et al., 2011). Derimot er moderate til forhøyede symptomer kort tid etter hendelsen og deretter en gradvis forverring over tid kjennetegnene til utviklingsveien forsinket reaksjon (Bonanno et al., 2011).

Det er viktig å være bevisst på at sårbarhet og resiliens ikke er gjensidig ekskluderende eller motstridende kategorier (Rehn-Mendoza, 2020). En enslig mindreårig kan ha med seg en sårbarhet som potensielt kan føre til psykiske plager, men samtidig ha egenskaper som hjelper i en fase der han eller hun skal bosette seg i et nytt land. Blant gruppen enslige mindreårige går sårbarhet og resiliens hånd i hånd, og de kan derfor både anses som avhengige og selvstendige på en og samme tid (Oppedal et al., 2009). De bør ikke bli betraktet som uavhengige voksne som klarer seg på egenhånd, men heller ikke som svake og ute av stand til å klare seg selv (Rehn-Mendoza, 2020).

1.3 Rett til likeverdige helsetjenester og ansvarsfordeling

Når enslige mindreårige asylsøkere har ankommet Norge har de rett til å motta tjenester og tiltak på lik linje med alle barn i landet, uansett asylsøkerstatus og statsborgerskap (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010). Norge er også forpliktet til å følge FNs barnekonvensjon som ble inkorporert i norsk lov i 2003 (Svendsen, Berg, Paulsen, Garvik & Valenta, 2018). Barnekonvensjonen definerer barns rettigheter knyttet til omsorg og beskyttelse og inneholder grunnprinsipper som omhandler ikke-diskriminering, hensynet til barnets beste og barnets uttalerett (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010). Hensynet til barnets beste skal være utgangspunktet for alle saker som har innvirkning på barnet, og for alle tilbud som barnet får. For institusjoner som har ansvar for barnet betyr dette at de må oppfylle krav med hensyn til sikkerhet, helse, kvalifikasjoner, overoppsyn og nok personell (Svendsen et al., 2018).

I Norge skilles det mellom enslige mindreårige asylsøkere som er under eller over 15 år. Barnevernsmyndighetene (Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har ansvaret for

enslige mindreårige asylsøkere under 15 år og for at disse barna blir bosatt på omsorgssenter for mindreårige i statlig eller privat regi mens asylsøknaden behandles. Videre har de ansvar for å bosette barna som har fått vedtak om opphold i en kommune (Bufetat, 2019).

Utlendingsdirektoratet har omsorgsansvaret for de mellom 15-18 år og disse blir ofte plassert i ordinære asylmottak eller i egne avdelinger på ordinære mottak, mens integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) har ansvar for å finne en bosettingskommune etter innvilget oppholdstillatelse (IMDi, 2018).

Borchgrevink, Christie og Dybdahl (2019) peker på store forskjeller i bemanning, omsorg og kompetanse knyttet til å ivareta de enslige mindreåriges behov når det gjelder de over og under 15 år. Det er kommunene som har ansvar for å etablere et helhetlig tilbud i form av helsetjenester, skolegang og tilrettelegging for sosiale nettverk til de enslige mindreårige flyktingene (Svendsen et al., 2018). Det er imidlertid opp til kommunen hvilken kommunal myndighet som har ansvaret for å følge opp barnet (Paulsen, Thorshaug og Berg, 2014). Handlingsrommet kommunen har til å selv vurdere om de ønsker å forankre arbeidet i flykting- eller barneverntjenesten gjør at det er variasjon i boløsninger, skoletilbud, omsorgsnivå og helsetilbud mellom kommunene (Svendsen et al., 2018). Berg og Tronstad (2015) anbefaler at Bufetat får ansvar for alle enslige mindreårige opp til 18 år slik at alle har de samme rettighetene etter barnevernloven. Enslige mindreårige flyktingers situasjon er kompleks og må møtes med løsninger som gjenspeiler denne kompleksiteten (Svendsen et al., 2018). For å få til dette trengs det en helhetlig oppfølging som vektlegger et samarbeid mellom bo- og omsorgstilbud, samt skole- og opplæringstilbud (Svendsen & Berg, 2017).

I en nylig rapport om enslige mindreårige flyktinger og det kommunale tjenestetilbudet i Norge finner Lidén, Aasen, Seeberg og Staver (2020) forskjeller i det psykiske helsetilbudet for enslige mindreårige blant kommuner og botiltak. Kun én av ti bosettingsansvarlige i kommunene opplever at tilbudet som gjelder psykisk helse er godt, mens to av fem mener det er mangelfullt. Kompetansehevingstiltak i botiltak og i helsetjenesten trekkes fram som en av de viktigste forbedringspotensialene for å imøtekomme barna og ungdommenes helseplager. Ansatte i kommunen peker på et behov for bedre tilbud til barn og unge med psykiske helseproblemer da de opplever at BUP ikke har den kompetansen som trengs for å møte denne gruppen (Lidén et al., 2020). Videre kommer det fram i studien at de enslige mindreårige kommer til konsultasjonene som er satt opp med BUP, men at de lukker seg og forteller lite, og kontakten brytes. Ungdommene vegrer seg for å gå i behandling og vet for

lite om hva tjenesten kan gi dem. For å redusere variasjonen i tjenester som tilbys mellom kommunene etterspørres det mer kunnskap om systemrettet samarbeid mellom blant annet botiltak, skole og psykiske helsetilbud (Lidén et al., 2020). Forskerne mener det bør være et krav til kvalifisert bemanning i botiltakene slik at personalet har kompetanse til å forstå og ivareta de som strever med psykiske plager, og anbefaler at flere kommuner blant annet sørger for å tilby kompetansehevende kurs i traumbasert omsorg. Videre etterspørres det mer tilgjengelige psykiske helsetjenester som lavterskeltilbud med både individuell behandling og gruppebehandling på stedet der de bor, samt spesialtiltak som en måte å styrke kompetansen i helsetjenesten og utvikle tilbudet på (Lidén et al., 2020).

1.4 Bruk av psykiske helsetjenester

Til tross for at studier viser høy prevalens av psykiske plager blant enslige mindreårige flyktninger, tyder de få tilgjengelige studiene på bruken av psykiske helsetjenester på at denne gruppen i liten grad mottar hjelp for sine psykiske plager (Majumder, 2019), og i mindre grad tar i bruk helsetjenester enn befolkningen ellers i landet der de søker asyl (Majumder, Vostanis, Karim & O'Reilly, 2019). I følge Lidén og kollegaer (2020) er det mange enslige mindreårige i Norge som ikke får den behandlingen i BUP som kunne hjulpet dem.

Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooijaart og Spinhoven (2006) undersøkte bruken av psykiske helsetjenester blant en gruppe på 920 enslige mindreårige asylsøkere i Nederland, 557 av deres juridiske verger og 496 av deres lærere. De fant at nesten 60% av ungdommene ytret et behov for psykisk helsehjelp men at kun 12% hadde mottatt denne typen hjelp. I tillegg oppdaget kun en tredjedel av vergene og lærerne behovet ungdommene hadde (Bean et al., 2006). Sanchez-Cao, Kramer og Hodes (2013) fant imidlertid at en gruppe enslige mindreårige asylsøkere i London var flinke til å formidle sine behov for helsehjelp om de først hadde vært i kontakt med psykiske helsetjenester. Studien viste at det var forskjeller på kontakt med psykiske helsetjenester ut ifra hvilke symptomer ungdommene beskrev.

Depressive symptomer heller enn symptomer på posttraumatisk stress predikerte kontakt (Sanchez-Cao et al., 2013). Dette antyder at mange med psykiske plager ikke oppsøker helsehjelp og at dette gjelder spesielt de med symptomer på posttraumatisk stress. Forfatterne kommer med flere mulige forklaringer på dette. Symptomer på depresjon som sosial tilbaketrekning og tristhet kan være lettere å formidle for ungdommen og lettere for personer

rundt å oppdage (Sanchez-Cao et al., 2013). Symptomer på posttraumatisk stress kan være mindre synlig for andre enn den det gjelder. Videre er unngåelse et kjennetegn ved posttraumatisk stress og kan gjøre at ungdommen unngår tanker, mennesker, steder eller situasjoner som kan være traumepåminnere. Også det å unngå og snakke om det som har skjedd er et vanlig unngåelsessymptom (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018). Et resultat av dette kan være at ungdommene som har mye posttraumatisk stress ikke blir så lett identifisert av omsorgspersoner eller andre som skal ivareta dem. Enslige mindreårige kan også la være å fortelle om sine tidligere erfaringer om de frykter at det kan gå utover søknaden om asyl (Sanchez-Cao et al., 2013).

1.5 Barrierer for bruk av helsetjenester

1.5.1 Teoretisk bakgrunn

Teori om tilgang til helsetjenester kan brukes som en forståelsesramme for å undersøke sammenhengen mellom personer som har behov for psykiske helsetjenester og tilbudet som er tilgjengelig. Målet med teorien er å tilby en forståelsesramme som kan brukes til å optimalisere tilgangen til tjenester slik at en person med behov får riktig omsorg fra riktig tjenestetilbyder, til rett tid og på rett sted, avhengig av konteksten personen er i (Saurman, 2016). Tilgang er definert som graden av kompatibilitet mellom brukeren og tjenesten (Penchansky & Thomas, 1981). Jo mer kompatibilitet, jo bedre tilgang. Teori om tilgang til helsetjenester ble utviklet av Penchansky og Thomas og summerer et sett av mer spesifikke dimensjoner som beskriver kompatibiliteten mellom brukerne og tjenestene. De ulike dimensjonene er uavhengige av hverandre, men likevel sammenkoblet, og hver dimensjon er viktig for å kunne vurdere optimaliseringen av tilgangen til helsetjenester (Saurman, 2016).

En av dimensjonene er tilgjengelighet og handler om sammenhengen mellom mengde og type eksisterende tjenester og klientens mengde og type behov. Det refererer til om det er tilstrekkelig tilførsel av leger, psykologer, tannleger og annet helsepersonell, samt tilstrekkelig med klinikker og sykehus, for å dekke mengden og type av kontakt med tjenestene som trengs (Penchansky & Thomas, 1981). Den andre dimensjonen er en annen form for tilgjengelighet og handler om forholdet mellom plassering av tjenesten og lokasjonen til klienten. Tilgangen til helsetjenesten påvirkes av avstanden mellom tjenesten som trengs og klientens mulighet til å reise dit ut ifra klientens transportressurser, reisetid, og

økonomiske midler til å dekke transportutgifter. Imøtekommelse av organisatoriske behov er en tredje dimensjon som er med på å beskrive kompatibiliteten mellom brukeren og tjenesten. Denne dimensjonen beskriver sammenhengen mellom hvordan tjenestene er organisert for å ta imot klienter, for eksempel i form av system for avtalebooking, åpningstider, drop-in timer og telefontjenester, og klientens oppfatning av organiseringens egnethet. For en god kompatibilitet mellom brukeren og tjenesten må det også være en overkommelig pris. Dette regnes som den fjerde dimensjonen i teorien til Penchansky og Thomas. Pris er relevant i land der klienten må betale for å bruke tjenesten, som blant annet i USA der disse teoretikerne er fra. Dimensjonen handler om sammenhengen mellom prisen for en tjeneste og klientens mulighet til å betale. Her er klientens oppfattelse av verdi relativ til kostnad viktig, i tillegg til kunnskap om priser, totale kostnader og mulige tilbakebetalingsordninger. Akseptabilitet er den siste dimensjonen og beskriver forholdet mellom klientens og tjenestetilbydernes holdninger til og aksept av hverandre. Klientens potensielle reaksjon på alder, kjønn, etnisitet eller religiøs tilhørighet hos person eller tjeneste kan påvirke den opplevde tilgangen til en tjeneste. Videre kan tjenestetilbyderens holdning til spesifikke klientgrupper og deres finansieringsmuligheter føre til at tjenestetilbyderen gjør seg selv mindre eller mer tilgjengelig for en klientgruppe framfor en annen (Penchansky & Thomas, 1981).

Emily Saurman (2016) foreslår å inkludere bevissthet rundt tjenesten som en ekstra dimensjon i teorien om tilgang til helsetjenester. Bevissthet gjelder både for klienten og tjenestetilbyderne. For tjenestetilbyderne handler det om å være klar over lokal kontekst og spesifikke behov for populasjonen for å kunne tilby tilpassede og effektive tjenester. For klientene handler det ikke bare om å vite at tjenesten eksisterer, men også hvem den er for, hva de kan få hjelp med, hvorfor og hvordan de bør bruke tjenesten, samt hvordan de kan identifisere og dele informasjon om tjenesten til andre som kan ha nytte av den (Saurman, 2016). Slik Saurman (2016) beskriver det kan ingen tjenester være effektive så lenge de ikke responderer på kontekst eller hvis brukeren ikke vet at den eksisterer. Forbedring av tilgangen til helsetjenester kan optimalisere hvordan ressurstildelingen til tjenestene foregår og maksimere kompatibiliteten med samfunnets behov for tjenestene (Saurman, 2016). På den måten kan tilgang til helsetjenester påvirke bruken av helsetjenesten, tilfredshet med tjenesten og systempraksis (Saurman, 2016). En studie som undersøkte voksne asylsøkere og flyktningers bruk av helsetjenester i England finner blant annet at mangelfull bevissthet rundt struktur og funksjon til tjenestene hindrer denne gruppens tilgang til helsetjenestene (Kang, Tomkow & Farrington, 2019), og støtter Saurman's bidrag om bevissthet som en viktig

dimensjon i teorien om tilgang til helsetjenester. Det er så vidt jeg vet ikke gjort tilsvarende studier på unge asylsøkere.

1.5.2 Potensielle barrierer for enslige mindreårige

Studier viser at enslige mindreårige er en gruppe som er mer utsatt for psykiske plager sammenlignet med andre flyktninger og befolkningen for øvrig, samtidig som de i liten grad har kontakt med de psykiske helsetjenestene de har rett på. For å forstå denne sammenhengen er det nyttig å utforske hvilke potensielle barrierer som kan påvirke kompatibiliteten mellom enslige mindreårige med behov for psykisk helsehjelp og psykiske helsetjenester i Norge.

Studier viser at tilgjengeligheten av tjenester som dekker enslige mindreåriges mengde og type behov er varierende. Opaas (2019) hevder at kapasiteten i psykisk helsevern er sprengt og at det er lange ventelister for å komme til psykolog med driftstilskudd/avtalepraksis for alle i befolkningen, men at det er ekstra vanskelig for flyktninger å få psykisk helsehjelp. Lidén og kollegaer (2020) peker på at tilgjengeligheten til psykisk helsevern i Norge er begrenset og etterspør bedre lavterskeltilbud med riktig kompetanse som bedre kan imøtekomme behovet for en mer tilgjengelig psykisk helsetjeneste for enslige mindreårige flyktninger. Det kan også minske en eventuell barriere for bruk av tjenesten at tilbudet lokaliseres nærmere de enslige mindreårige, for eksempel ved at tjenesten tilbys på botiltaket der de bor de første årene (Lidén et al., 2020).

En annen potensiell barriere omhandler tjenestens imøtekommelse av de organisatoriske behovene som de enslige mindreårige har. Sanchez-Cao og kollegaene (2013) fant at vanskeligheter med å registrere seg hos fastlegen var en faktor som var med å forklare underutnyttelsen av psykiske helsetjenester blant enslige mindreårige i London. I tillegg kan mangel på tilrettelegging for å redusere språkbarrierer føre til mindre bruk av tjenester. Alle som skal i en konsultasjon i helsevesenet i Norge skal ha mulighet til å få tolk (Fuglestad & Djup, 2019), men det oppleves imidlertid ikke så lett for alle å få (Opaas, 2019). Opaas (2019) argumenterer for at bruk av tolk i en konsultasjon tar dobbelt så lang tid som uten bruk av tolk, og at en psykolog bør sette av mer tid per time eller dobbelt så mange utrednings- og behandlingstimer for at de med tolkede konsultasjoner skal få en likeverdig helsetjeneste. Dersom språkbarrierer ikke reduseres på adekvat måte kan dette føre til at tjenestene ikke får møtt behovene de enslige mindreårige har for kontakt med psykiske helsetjenester. En studie i

Danmark finner at kommunikasjonsutfordringer og begrensede muligheter for å gi flyktninger visse behandlinger på grunn av språkbarrierer gjør at helsepersonell opplever forskjell på psykiske helsetilbud gitt til flyktninger sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Jensen, Norredam, Priebe & Krasnik, 2013).

I Norge har vi gode økonomiske ordninger som gjør at pris for tjenestene ikke kan anses for å være en av dimensjonene som påvirker kompatibiliteten mellom de enslige mindreårige og psykiske helsetjenester i stor grad. Imidlertid kan tjenestetilbydernes og enslige mindreåriges holdninger til hverandre og aksept for hverandre være potensielle barrierer for kontakt. Ellis, Miller, Baldwin & Abdi (2011) peker på at unge asylsøkere og flyktninger kan ha liten tiltro til autoriteter og/eller systemer og at stigma rundt psykisk helse og tjenestene som blir tilbudt kan føre til barrierer for kontakt. Fra et kulturelt perspektiv finner man forskjeller mellom kulturer knyttet til stigmatisering, diskriminering og åpenhet rundt psykisk helse som kan ha konsekvenser for hvilke holdninger man har til tjenester som tilbys (Majumder, 2019). Noen enslige mindreårige vegrer seg for å forstå seg selv som behandlingstrengende (Lidén et al., 2020), mens andre vegrer seg for å fortelle om fortiden sin (Majumder et al., 2019). Studien til Majumder og kollegaer (2019) viste at oppfatningen den enslige mindreårige har av terapeuten kan være en potensiell barriere for terapeutisk kontakt. Flere opplevde forholdet mellom terapeut og seg selv som asymmetrisk, der terapeuten hadde kontroll og der de selv kun fulgte instruksjonene som ble gitt dem. I tillegg følte de enslige mindreårige at terapeuten ikke nødvendigvis forsto deres behov. Ungdommene var også opptatt av terapeutens humor, kjønn og etniske bakgrunn (Majumder et al., 2019). Disse funnene er tegn som peker på at holdning og aksept for tjenestetilbyderen kan påvirke bruken og nytten av psykiske helsetjenester.

Bevissthet er den siste dimensjonen som blir inkludert i teorien om tilgang til tjenester og kan antas å være viktig for å forstå enslige mindreåriges bruk av psykiske helsetjenester. Sanchez-Cao og kollegaene (2013) peker på at begrenset bevissthet om tilgjengelige tjenester som finnes er en faktor som påvirker underutnyttelsen av psykiske helsetjenester blant enslige mindreårige asylsøkere. Lidén og kollegaer (2020) påpeker at enslige mindreårige vet for lite om hva psykiske helsetjenester kan gi dem. At enslige mindreårige er usikre på om samtalerapi kan være til hjelp for å løse deres problemer fremkommer også i studien til Majumder og kollegaer (2019). Mange så ikke fordelene med samtalerapi og fant det enten ubehagelig eller unødvendig. De synes det var vondt å snakke om fortid og ønsket heller å

prate om utfordringene de sto ovenfor nå, samt om framtiden (Majumder et al., 2019). En barriere for bruk av psykiske helsetjenester kan derfor dreie seg om uklarheter rundt hva den enslige mindreårige kan få hjelp med og hvorfor tjenesten bør brukes. Bevissthet gjelder imidlertid også for tjenestetilbyderne. Flere studier peker på et behov for mer kompetanse og økt bevissthet rundt de enslige mindreåriges behov for å kunne tilby passende tjenester (Paulsen et al., 2014; Lidén et al., 2020).

Mitra & Hodes (2019) påpeker et behov for å undersøke hvordan enslige mindreårige som har ankommet et europeisk land får informasjon om de ulike helsetjenestene som finnes. I tillegg opplever de at verger og lærere ikke vet nok om psykiske plager blant denne gruppen og hvordan hjelp kan oppsøkes (Mitra & Hodes, 2019). Lidén og kollegaer (2020) viser til at denne kunnskapen er mangelfull også i Norge. Mangel på nære omsorgspersoner er noe av det som skiller denne gruppen barn og unge fra mange andre barn og unge i samme alder med psykiske plager. Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven (2007) påpeker at behov for kontakt med psykiske helsetjenester blant enslige mindreårige kan gå helt ubemerket grunnet fravær av foreldre eller permanente omsorgspersoner og bosituasjoner der det er minimalt tilsyn av voksne.

For å kunne tilby enslige mindreårige flyktninger med behov for psykiske helsetjenester den oppfølgingen som trengs, er det avgjørende å nærmere undersøke tilgangen til tjenestene og eventuelle barrierer ungdommen står overfor. Kompatibiliteten mellom tjenesten og brukeren kan optimaliseres ved god tilgjengelighet i form av mengde og type tjenester, kort avstand, imøtekommelse av organisatoriske behov, overkommelig pris, gode holdninger til tjenesten og klientene, samt bevissthet om tjenestenes tilstedeværelse og hva klientene har behov for. Potensielle barrierer enslige mindreårige flyktninger møter er både systemiske, organisatoriske, relasjonelle og individuelle. For å møte behovene til en sårbar gruppe som enslige mindreårige flyktninger er forståelse av hvordan gi riktig tilbud til riktig tid og med riktige rammer spesielt viktig. Avdekking av barrierer kan øke kompatibiliteten mellom unge flyktninger og psykiske helsetjenester som BUP, og dermed øke gruppens bruk av tjenester som er tilgjengelige for dem.

1.5.3 Ungdom i terapi

Enslige mindreårige er ikke bare flykninger men også barn og ungdommer som andre barn og ungdommer. I samtalerapi har ungdommer ofte vært ansett som å være den mest utfordrende gruppen å ha i behandling (Shirk, Caporino, Karver, 2010). Det er flere årsaker til det. En av grunnene er at det kan oppstå en konflikt mellom terapiprosessen og ungdommens naturlige utvikling mot større autonomi (Shirk et al., 2010). I overgangen fra barndom til voksenliv er det blant annet vanlig å gjennomgå en identitetsprosess og bli opptatt av aksept, tillit og gjensidig forståelse fra de rundt seg (Erikson, 1997). På grunn av økende grad av selvstendighet kan ungdommen bli motvillig til å støtte seg på voksne når det kommer til veiledning eller for å få hjelp til å løse problemer (Shirk et al., 2010). Det er sannsynlig at de samme prosessene vil gjøre seg gjeldende for ungdommer med bakgrunn som enslige mindreårige asylsøkere og som kanskje lenge har måttet være selvstendige og som muligens har mistet tillit til voksne.

En annen utfordring med unge i terapi er at det ofte er voksenpersoner rundt dem som har initiert terapien, og at de voksne har en annen oppfatning av hva ungdommen trenger enn det ungdommen selv føler av hjelpebehov (Bengtson 2017). Dette kan i høyeste grad også gjelde flyktningbarn- og ungdommer. Det er ikke sikkert at voksne rundt disse unge flyktningene har tilstrekkelig innsikt i hva de trenger, og de kan ha andre grunner for å henvise dem til behandling. Helt nødvendig for en god terapiprosess er å få en god terapeutisk allianse (Martin, Garske & Davis, 2000). Terapeutisk allianse er definert som samarbeidsrelasjonen og den emosjonelle relasjonen mellom terapeut og pasient (Martin, Garske & Davis, 2000), og består av de tre komponentene emosjonelt bånd, oppgaver og mål (Bordin, 1979). Allianansen kan vanskeligjøres dersom de voksne rundt ungdommen har andre behandlingsmål enn ungdommene selv. Mange andre forhold kan også gjøre det utfordrende å etablere en god allianse med unge flykninger, slik som kulturelle ulikheter og manglende fellesspråk. Dette kan både føre til at den unge slutter å komme til terapien og et dårligere utfall.

En annen terapeutisk utfordring i møte med ungdommer handler om at ungdommer ofte er opptatt av å snakke om livet slik de opplever det her og nå, i motsetning til å bruke tid på å prate om tidligere opplevelser (Bengtson, 2017). Dette fordi de kan oppleve å være ferdig med fortiden og ha et ønske om å komme videre i livet (Bengtson, 2017). Det kan være utfordrende å finne en god balansegang mellom å fokusere på fortid, nåtid og framtid i terapiløpet og uten en god allianse vil man risikere at den unge ikke ønsker å fortsette

behandlingen. For traumatiserte unge og flyktninger som strever med posttraumatisk stress vil ofte en traumefokuset behandling være å anbefale. Slike intervensjoner handler blant annet om å eksponere seg for traumehistorien (fortiden), og dette kan være vanskelig for barn og unge uten tilstrekkelig støtte fra andre. Det kan være særlig utfordrende for enslige mindreårige flyktninger som ikke har omsorgspersoner som kan støtte dem til å stå i vanskelige endringsprosesser. En metaanalyse som så på behandling av ungdom med psykiske plager viste for eksempel at mellom 28%-75% av ungdommene dropper tidlig ut av behandling uten å ha avtalt dette med terapeuten (Haan, Boon, de Jong, Hoeve & Vermeiren, 2013).

Allmenne forhold ved ungdomstiden kan gjøre det utfordrende å ha ungdom i terapi, og særegne forhold ved det å være enslig mindreårig kan føre til at de ikke kommer i terapi eller dropper ut. Det vil være ekstra viktig for enslige mindreårige at den voksne evner å identifisere hva ungdommen har behov for og gir støtte gjennom en potensielt vanskelig endringsprosess. Et godt tillitsforhold og god begrunnelse av hvorfor det er nyttig med fokus på traumehistorie vil være essensielt for at unge flyktninger skal komme i terapi og ønske å fortsette et påbegynt terapiløp.

1.6 Studiens problemstillinger

Målsettingen med denne studien er å forstå mer av enslige mindreårige flyktningers bruk av psykiske helsevern for barn og unge (BUP) i Norge, og bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom psykiske plager og kontakt med BUP. Mer innsikt i enslige mindreårige flyktningers bruk av BUP kan være nyttig for videre utvikling og tilpasning av helsetjenestene for denne spesifikke gruppen barn og unge i Norge.

Jeg undersøker kontakten enslige mindreårige flyktninger som ankom landet før fylte 16 år har hatt med BUP fra ankomst og ca. fem år framover i tid. Mer spesifikt undersøker jeg hvordan gruppen skårer på psykiske plager og hvem som har vært i kontakt med BUP. I studien vil jeg finne ut av om type eller nivå av psykiske plager og/eller alder kan predikere kontakt med BUP, i tillegg til om nivå av psykiske plager kan predikere antall konsultasjoner. Jeg undersøker også når kontakten med BUP eventuelt etableres. Videre vil jeg sammenligne de unge flyktingene med høyt symptomtrykk og som har hatt kontakt med BUP med de som

ikke har hatt kontakt for å se om det er forskjeller på bedring i form av redusert symptomtrykk over tid.

Målet med denne studien blir derfor å undersøke disse fire problemstillingene:

1. Hvor mange enslige mindreårige flyktninger i studien skårer over klinisk grenseverdi for psykiske plager i løpet av sine første fem år i Norge og hvor mange har hatt kontakt med BUP i løpet av samme periode?

Min hypotese er at flertallet av de enslige mindreårige vil ha et høyt symptomtrykk av psykiske plager ved ett eller flere av måletidspunktene i studien, men at færre vil ha hatt kontakt med BUP. Antagelsene gjøres på bakgrunn av studier som viser høy forekomst av psykiske plager blant enslige mindreårige flyktninger (Jakobsen et al., 2014; Jensen et al., 2019; Kien et al., 2019; Vervliet et al., 2014), men at denne gruppen, til tross for dette, i liten grad har kontakt med psykiske helsetjenester (Bean et al., 2006; Lidén et al., 2020; Majumder, 2019; Majumder et al., 2019).

2. Hva predikerer enslige mindreårige flyktnings kontakt med BUP? Mer spesifikt vil jeg undersøke hvorvidt a) type psykiske plager, b) nivå av psykiske plager, og/eller c) alder predikerer kontakten enslige mindreårige flyktninger har med BUP. I tillegg vil jeg undersøke hvorvidt d) nivå av psykiske plager kan predikere antall konsultasjoner i BUP. På bakgrunn av studien til Sanchez-Cao som finner at enslige mindreårige med posttraumatisk stresssymptomer har mindre kontakt med psykiske helsetjenester enn de med symptomer på depresjon, er min hypotese at generelle psykiske plager (internaliserende vansker som depresjon og angst og eksternaliserende vansker) predikerer mer kontakt med BUP sammenlignet med symptomer på posttraumatisk stress. Videre er min antagelse at et høyere symptomtrykk vil predikere mer kontakt og flere konsultasjoner hos BUP sammenlignet med lavere symptomtrykk, og at høyere alder vil predikere mer kontakt med BUP sammenlignet med lavere alder, slik Bean og kollegaer (2007) tidligere har funnet.

3. Hvor lang tid tar det før enslige mindreårige flyktninger med høyt symptomtrykk av psykiske plager etablerer kontakt med BUP?

Jeg har ikke grunnlag fra tidligere litteratur til å lage en hypotese om tiden det har hatt fra ungdommene rapporterte om psykiske plager til de eventuelt har kommet i kontakt med BUP. Jeg stiller meg derfor eksplorerende til denne problemstillingen.

4. Blir de med høyt symptomtrykk og som har hatt kontakt med BUP bedre av sine plager, sammenlignet med de med høyt symptomtrykk og som ikke har hatt kontakt med BUP? Hypotesen er at de som har vært i kontakt med BUP i større grad blir bedre av sine psykiske plager sammenlignet med de som ikke har hatt denne kontakten. Antagelsen er basert på at enslige mindreårige har vist å være flinke til å formidle sine behov om de først er i kontakt med psykiske helsetjenester (Sanchez-Cao et al., 2013), og at det derfor er grunn til å tro at behandling hos BUP i større grad bidrar til å redusere symptomtrykk hos ungdommene.

2. Metode

2.1 Prosedyre

Data er hentet fra den siste datainnsamlingen (T3) fra den longitudinelle studien til Jensen og kollegaer (2019). Den første datainnsamlingen (T1) i studien (Jensen et al., 2015) ble gjennomført mellom høsten 2010 og våren 2012. I alt 93 enslige mindreårige asylsøkere under 16 år ble rekruttert til studien. De ble rekruttert fra fem av de på daværende tidspunkt seks boliger for enslige mindreårige drevet av barnevernet i Norge, og ble spurt om å delta i studien av de ansatte i boligene. Forskerne har ikke oversikt over hvor mange som ble spurt om å delta men som takket nei, eller det totale antallet som var kvalifisert for studien. Det var imidlertid registrert 260 barn mellom 10-16 år i boligene i løpet av 2010 og 2011 (Jensen et al., 2013). Ved den første datainnsamlingen hadde barna og ungdommene vært i Norge i gjennomsnitt seks måneder.

Den neste datainnsamlingen (T2) ble gjennomført mellom høsten 2012 og høsten 2013. I alt deltok 75 av de 93 enslige mindreårige flyktingene som var med på første måletidspunkt i studien. Selv om det ikke finnes noe systematisk informasjon om årsaker til at noen av deltakerne fra T1 ikke deltok ved T2, viser Jensen og kollegaer (2014) til at det ikke var noen signifikante forskjeller i symptomtallene ved T1 mellom de som deltok på T1 og de som ikke var med ved videre oppfølging. Ved dette måletidspunktet hadde de enslige mindreårige vært i Norge i gjennomsnitt to år.

Etter å ha bodd i gjennomsnitt 5 år i Norge ble det gjort en ny datainnsamling (T3) der 47 av de enslige mindreårige flyktingene deltok. Datainnsamlingen ble gjennomført mellom mai 2016 og februar 2017. Alle ungdommene ble spurt om de godkjente at forskerne kunne innhente helsedata fra Norsk pasientregister som viser ungdommens bruk av helsetjenester. Til sammen var det 45 av ungdommene som samtykket til dette. For å innhente data fra Norsk pasientregister var det imidlertid nødvendig med fødselsnummer, og da noen av de 45 ungdommene kun hadde midlertidig identitetsnummer (d-nummer) og ikke fødselsnummer, ble helsedata samlet inn for 39 av ungdommene.

2.2 Utvalget

Denne studien baseres på et utvalg av i alt 39 ungdommer som har vært med i den longitudinelle studien til Jensen og kollegaer siden ca. seks måneder etter ankomst til Norge, og som i tillegg samtykket til at forskerne kunne samle inn data fra Norsk pasientregister. Av de 39 ungdommene er 32 gutter og 7 jenter. Ungdommenes selvrapporterte fødselsår er mellom 1992-1999 og de var mellom 10-16 år ved ankomst til Norge, med et gjennomsnitt på 13,7 år ($SD=1,4$). Den største gruppen er fra Afghanistan (20), mens de andre er fra Somalia (6), Eritrea (5), Sri Lanka (3), Irak (1), Kongo (1), Tsjetsjenia (1), Vest Sahara (1) og Usbekistan (1). Dette er representativt for de som kom til Norge rundt 2010-2012, der den største gruppen er gutter fra Afghanistan (Kirkeberg & Lunde, 2020).

2.3 Måleinstrumenter

2.3.1 Generell psykisk helse: Hopkins Symptoms Checklist-37 (HSCL-37A)

For å måle selvrapporterte symptomer på internaliserende og eksternaliserende plager har spørreskjemaet Hopkins Symptoms Checklist-37 (HSCL-37A) blitt brukt ved studiens tre måletidspunkt (Jensen et al., 2013; Jensen et al., 2014; Jensen et al., 2019). HSCL-37A er en modifisering av HSCL 25 og er rettet mot ungdom med bakgrunn som asylsøkere og flyktninger og er tilpasset multikulturelle populasjoner (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2007). Spørreskjemaet måler symptomer på internaliserende og eksternaliserende plager slik det er opplevd den siste måneden (Bean et al., 2007).

Spørsmålene besvares på en Likert-skala fra 1-4 (1 = ikke i det hele tatt, 2 = av og til, 3 = ofte, 4 = svært ofte/alltid) for å måle alvorlighetsgraden av symptomene, følelsene eller atferden (Bean, et al., 2007). Den internaliserende skalaen er delt inn i 10 spørsmål som undersøker angst og 15 spørsmål som undersøker depresjon. Eksternaliserende vansker blir undersøkt med 12 spørsmål (Bean, et al., 2007). De 37 spørsmålene i HSCL-37A gir en minimumsskåre på 37 og maksimumsskåre på 148. Klinisk grenseverdi for totalskåre er foreslått å være ≥ 69 (Bronstein, Montgomery & Ott, 2013), og er brukt som klinisk grenseverdi i denne studien (Jensen et al., 2013; Jensen et al., 2014; Jensen et al., 2019).

Dersom deltakerne ikke svarte på alle spørsmålene på spørreskjemaet ble total skåre beregnet i henhold til «half item rule» (Jensen et al., 2019). Denne regelen innebærer å beregne gjennomsnittet av de gyldige spørsmålene dersom minst halvparten er gyldige, og deretter

gange med totalt antall spørsmål for å få samleskåren (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993).

HSCL-37A viser god reliabilitet og validitet over ulike kulturelle populasjoner og kan med det sies å være et godt psykometrisk instrument for å måle opplevde internaliserende og eksternaliserende plager hos ungdom med bakgrunn som asylsøkere eller flyktninger (Bean et al., 2007). I denne studien var Cronbachs alfa på 0,90 ved T1, 0,95 ved T2 og 0,96 ved T3 og bekrefter dermed god reliabilitet på HSCL-37A.

2.3.2 Symptomer på posttraumatisk stress: Child PTSD Symptom Scale (CPSS)

Child PTSD Symptom Scale (CPSS) er brukt i denne studien for å måle selvrapporterte symptomer på posttraumatisk stress (Jensen et al., 2013; Jensen et al., 2014; Jensen et al., 2019). Spørreskjemaet er utviklet for barn og ungdom mellom 10 og 18 år som har opplevd traume(r) for å undersøke alvorlighetsgraden av posttraumatiske stresssymptomer slik de beskrives i DSM-IV (Foa, et al., 2001). De 17 spørsmålene i spørreskjemaet besvares på en Likert-skala fra 0-3 (0 = ikke i det hele tatt, 1 = én gang i uka eller sjeldnere, 2 = 2-4 ganger i uken, 3 = 5 eller flere ganger i uken/nesten hele tiden) og gir totalskåre i tillegg til skårer på subskalaene gjenopplevelse, unngåelse og aktiveringsnivå (Foa, et al., 2001). Spørsmålene besvares slik det er opplevd de to siste ukene. En klinisk grenseverdi på 11 eller høyere på CPSS er satt som et skille mellom lave og høyere posttraumatisk stresssymptomer (Foa, et al., 2001), og brukes i denne studien som klinisk grenseverdi for psykiske plager. Der deltakerne hadde manglende svar på noen av spørsmålene ble samleskåren beregnet i henhold til «half item rule» (Jensen et al., 2019).

CPSS viser god intern konsistens og test-retest reliabilitet i tillegg til å demonstrere konvergent validitet, og kan med det anses å være et nyttig psykometrisk instrument for å måle symptomer på posttraumatisk stress blant barn og unge (Foa, et al., 2001; Nixon, Meiser-Stedman, Dalgleish, Yule, Clark, Perrin & Smith, 2013). I denne studien var Cronbachs alfa på 0,85 ved T1, 0,91 ved T2 og 0,88 ved T3 og bekrefter dermed god reliabilitet på CPSS.

2.4 Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister samler inn data fra hele spesialisthelsetjenesten og er en av landets største helseregistre (Bakken, Surén, Håberg, Cappelen & Stoltenberg, 2014). Registeret inkluderer aktivitets- og ventetidsdata fra somatiske sykehus, enheter innen psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne, rehabiliteringsinstitusjoner og avtalespesialister (Bakken et al., 2014). Data har blitt samlet inn siden 1997 og i 2007 fikk Norsk pasientregister hjemmel til innsamling av fødselsnummer (Bakken, Enstad, Gystad, Németh & Huse, 2010).

Personidentifiserbare opplysninger ble søkt utlevert fra Norsk pasientregister for de ungdommene som godkjente denne innhenting etter tredje måletidspunkt (T3). Det mottatte datamaterialet inneholdt opplysninger om kontakt med somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og unge, samt private avtalespesialister innen psykisk helsevern i tidsperioden 01.01.2008-31.12.2016. Tidsperioden er satt til før barna og ungdommene i studien ankom landet for å sikre at all aktivitet er innhentet. Det er ikke registrert noe aktivitet mellom 2008-2009 og lite aktivitet i 2010. Ettersom studien fokuserer på de enslige mindreårige flyktingenes kontakt med psykiske helsetjenester vil ikke kontakt med helsevesenet av somatiske årsaker bli tematisert videre.

2.5 Beskrivelser av analyser

2.5.1 Gjennomgang av data

Studien baserer seg på datamateriale fra to datasett. Det ene datasettet er fra den longitudinelle studien og inkluderer blant annet de enslige mindreårige flyktingenes skårer på HSCL og CPSS ved tre måletidspunkt (T1, T2 og T3). Det andre datasettet inkluderer helsedata fra Norsk pasientregister og inneholder all kontakt med norsk helsevesen.

Først lagde jeg en ny datafil basert på data som jeg ønsket å bruke i videre analyser. Fordi datamaterialet fra Norsk pasientregister inneholdt mange kontaktpunkter i helsevesenet lagde jeg en midlertidig datafil per ungdom for bedre oversikt. Der diagnosekode ikke var oppført førte jeg inn koden «1999» med forklaring «mangelfull informasjon». Noen av de ulike kontaktpunktene registrert i Norsk pasientregister var overlappende, for eksempel ved at

innleggelse var oppført over fire dager og deretter over to dager med overlappende datoer. I slike tilfeller førte jeg det opp som ett kontaktpunkt med fire dagers innleggelse. Dersom det var overveiende sannsynlig at flere oppføringer var fra samme kontaktpunkt (for eksempel flere oppføringer med samme dato og fagområde) ble det registrert som ett kontaktpunkt.

Datamaterialet fra de to datasettene ble sammenstilt. I dette arbeidet kalkulerte jeg nye variabler for å muliggjøre videre analyser. Jeg delte kontaktpunktene med helsevesenet opp i undergrupper avhengig av om det var kontakt av psykiske eller somatiske årsaker. Videre definerte jeg ekstra variabler for om ungdommen hadde hatt kontakt med BUP eller ikke, tidspunkt for første kontakt med BUP, antall konsultasjoner hos BUP, og for om ungdommen skåret under eller minst lik klinisk grenseverdi for psykiske plager ved de ulike måletidspunktene. I tillegg definerte jeg en variabel for om ungdommen hadde en reduksjon av psykiske plager eller ikke i løpet av de fem første årene sine i Norge.

2.5.2 Preliminære analyser

Målenivå og analysemetode

Det er ulik oppfatning blant forskere om hvilket målenivå og hvilke analysemetoder som er passende å bruke når man har med Likert-skalaer å gjøre. Field (2018) argumenterer for at Likert-skalene er ordinale da det ikke nødvendigvis er lik avstand mellom punktene på skalaen og fordi dataen påvirkes av respondentenes subjektive tolkning av skalaens alternativer. Dersom dataen fra Likert-skalaer anses å være ordinal og på et kategorisk målenivå bør de statistiske analysene testes med ikke-parametriske tester (Awang, Afthanorhan og Mamat, 2016). Andre argumenterer imidlertid for at Likert-skalaer kan anses å være på et kontinuerlig målenivå og at resultatene kan gi meningsfylte funn med denne antagelsen (Knapp, 1990; Stevens, 1946). Leung (2011) og Wu & Leung (2017) fant at jo flere punkter på Likert-skalaene jo mer ville skalaen nærme seg intervallskala. Carifio & Perla (2008) argumenterer for at Likert-skalaen får egenskaper lik de man får ved intervallskalaer dersom den samlede skåren fra de ulike leddene i Likert-skalen brukes. Dette gjør det hensiktsmessig å bruke parametriske tester i statistiske analyser for maksimal sensitivitet og styrke (Carifio & Perla, 2008). Parametriske analyser benyttes derfor i denne studien.

Grafiske framstillinger ble brukt for å undersøke gulv- og takeffekter. Gulveffekt er et begrep som brukes for å beskrive hva som skjer dersom mange av deltakerne skårer nær den laveste mulige verdien på en skala (Cramer & Howitt, 2004). I et slikt tilfelle vil ikke innføringen av en eksperimentell behandling kunne senke deltakernes skåre ytterligere, og dersom gulveffektene ikke er anerkjent kan det tas som et tegn på at den eksperimentelle behandlingen er ineffektiv. Takeffekter oppstår når mange deltakere i en studie skårer på en variabel som er nær den øvre grensen på skalaen (Cramer & Howitt, 2004). En slik effekt kan forårsake problemer for noen type analyser fordi den reduserer den mulige mengden variasjon i variabelen og kan føre til en feilaktig konklusjon om at den uavhengige variabelen ikke har noen effekt.

Fordi utvalgsstørrelsen er liten og fordi høye skåre på psykiske plager er lavfrekvente i de fleste populasjoner, forventet jeg ikke at variablene i studien vil være normalfordelte. For å måle normalfordeling i datasettet brukte jeg grafiske framstillinger og Shapiro-Wilk test. Shapiro-Wilk testen sammenligner skårene i utvalget med et annet sett av skåre som er normalfordelt og som har samme gjennomsnitt og standardavvik (Field, 2018). Dersom Shapiro-Wilk testen er signifikant ($p < 0,05$) kan det bety at distribusjonen av data i datasettet er signifikant forskjellig fra en normal distribusjon (González-Estrada & Cosmes, 2019). Wasserstein, Schirm og Lazar (2019) hevder imidlertid at en aldri bør gjøre konklusjoner av vitenskapelig eller praktisk betydning basert på statistisk signifikans eller mangel på dette alene. Shapiro-Wilk test anbefales for å teste normalitet i en liten utvalgsstørrelse, men kan allikevel ha for lav sensitivitet til å avdekke ikke-normalitet om utvalgsstørrelsen er for liten (Ruxton, Wilkinson & Neuhäuser, 2015).

En utligger er en skåre som skiller seg ut fra resten av datamaterialet og som kan påvirke estimer av parameter som for eksempel gjennomsnittet (Field, 2018). Jeg brukte grafiske framstillinger for å finne utliggere i datasettet. Ved bruk av histogram vil SPSS vise eventuelle utliggere som skiller seg fra resten av datamaterialet. I tilfeller der utliggere er notert med sirkel i histogrammet er resultatet ukorrekt 50% av tilfellene og det anbefales å beholde utliggeren i datasettet (Hoaglin & Iglewicz, 1987). Utliggere notert med stjerne gir imidlertid grunnlag for å fjerne dataen fra datasettet (Hoaglin & Iglewicz, 1987). I denne

studien er utligger en del av den naturlige variasjonen og ble ikke fjernet fra datasettet for videre analyser.

2.5.3 Statistiske analyser

Måleinstrumentenes reliabilitet

Reliabilitet handler om å undersøke om måleinstrumentet kan tolkes konsekvent på tvers av forskjellige situasjoner (Field, 2018). Jeg brukte Cronbachs alfa for å måle reliabiliteten til måleinstrumentene HSCL og CPSS. Alfaverdien går vanligvis fra 0 til 1. Er det liten konsistens i målene vil alfaverdien bevege seg mot 0, og med god konsistens i målene beveger alfaverdien seg mot 1.

Den vanligste anbefalingen er en Chronbachs alfa på minimum 0,70, men det argumenteres for at man bør ha en alfa på 0,80 for å ha god indre reliabilitet i variablene (Field, 2018). I tillegg argumenteres det for at det er realistisk å forvente en alfa lavere enn 0,70 dersom en har med psykologiske fenomener å gjøre. Dette fordi det er stor heterogenitet i konstruksjonene som måles (Field, 2018).

Deskriptive data

I datasettet har jeg både kategoriske og kontinuerlige variabler. Denne deskriptive dataen er utgangspunktet for statistisk inferens som lar meg se om jeg kan utlede resultatene fra utvalget på populasjonen som utvalget representerer (McCormick, Salcedo & Poh, 2015). Den deskriptive statistikken som beskriver datagrunnlaget i utvalget er utgangspunktet for krysstabulering, kjikvadrattest og regresjonsanalyser som er benyttet i studien for å nå konklusjoner om populasjonen.

For å gjøre testing av parametere av interesse, som for eksempel gjennomsnitt, mer robust kan bootstrapping brukes (Field, 2018). I studien brukte jeg bootstrapping med 5000 utvalgstrekk for alle gjennomsnittsverdier. Bootstrapping er designet for å beregne konfidensintervaller selv om forutsetningen om normalfordeling eller annen spesifikk fordeling ikke er tilstede (Mooney & Duval, 1993), men kan brukes uansett om en variabel er normalfordelt eller ikke. Prinsippet er at det trekkes ut mange utvalg med tilbakelegging fra det opprinnelige utvalget

og gjennomsnittet blir kalkulert for hvert utvalg (Field, 2018). Resultatene man får ved å bruke bootstrapping kan brukes til både å estimere et 95% konfidensintervall og for å estimere standardfeil (Field, 2018). Field (2018) hevder av 2000 er et rimelig antall utvalgstrekk, men fordi andre mener 5000 gir mer robust resultat (Preacher & Hayes, 2008), ble dette brukt i denne studien.

Sammenheng mellom variablene

Krystabulering er brukt for å undersøke sammenhengen mellom to kategoriske variabler i studien. Fordi det vanligvis er lettere å oppdage mønstre dersom man ser på prosentvis fordeling vil prosenter bli inkludert i tabellen (McCormick, 2015). For å sikre at sammenhengen i tabellen jeg fikk ikke skyldes tilfeldigheter utførte jeg også en kjiqvadrattest. Her brukte jeg Pearsons kjiqvadrat som beregnes ved å teste forskjellene mellom de observerte antallene i tabellen med det antallet som forventes dersom det ikke var noen sammenheng mellom variablene (McCormick, 2015).

Multipel lineær regresjonsanalyse er brukt når den avhengige variabelen er en kontinuerlig måleskala og jeg har to eller flere uavhengige variabler som vil predikere utfallet av den avhengige variabelen. De uavhengige variablene kan være på enten kontinuerlige eller kategoriske målenivå. Prediksjonene er statistisk signifikante dersom p-verdien mindre enn 0,05. Logistisk regresjonsanalyse er brukt når en avhengig variabel, som er utgangspunktet for prediksjon, er en dikotom variabel med to kategorier, og den eller de uavhengige variablene er enten kontinuerlige eller kategoriske (Field, 2018; How2stats, 2011, 4.august). Binær logistisk regresjon brukes hvis den avhengige variabelen er todelt, og multinomial logistisk regresjon brukes hvis den avhengige variabelen er kategorisk med mer enn to kategorier (Field, 2018). Både ved lineær og logistisk regresjonsanalyse er bootstrapping med 5000 utvalgstrekk brukt for å gjøre regresjonsanalysen mer robust. Dette fordi konfidensintervallet og signifikansnivået ved bootstrapping ikke avhenger av blant annet antagelsen om normalitet eller homoskedastisitet (Field, 2018).

2.5.4 Statistisk program

Alle analysene i studien er først utført ved bruk av statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 25. På grunn av en kjent bug i IBM SPSS versjon 25 var det ikke mulig å bruke menylinjen

for å få programmet til å ta i bruk bootstrapping. I stedet ble kommandoene for bootstrapping skrevet i syntaksen manuelt. Etter hvert fikk jeg tilgang til IBM SPSS versjon 26 og alle analysene med bootstrapping ble gjennomført på nytt. Nye analyser viste ingen vesentlige forskjeller i resultatene.

2.6 Etiske betraktninger

Studien (Jensen et al., 2019) som data er hentet fra er godkjent av regional etisk komite. I gjennomføringen av en studie som denne er det viktig å være seg bevisst etiske betraktninger og reflektere over etiske spørsmål som kan oppstå i løpet av studiens forløp, da ungdommene som undersøkes i studien er en spesielt sårbar gruppe. All data som har blitt innhentet er basert på informert samtykke. Ungdommens konfidensialitet er blitt sikret, og data fra alle intervjuene og fra Norsk pasientregister er anonymiserte. Datafilene jeg fikk tilgang til inneholdt ikke direkte identifiserbar informasjon. Videre ble datafilene oppbevart og analyser gjennomført i Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo.

For noen av ungdommene kan det å bli spurt om vanskelige hendelser være opprørende og noe de ønsker å unngå. For å redusere risiko for å gjøre skade og for å ivareta ungdommene best mulig hadde alle som gjennomførte intervjuene erfaring med å snakke med barn og unge i vanskelige livssituasjoner. Det var også utarbeidet prosedyrer for å imøtekomme udekkede behov som kunne framkomme av intervjuene. Ekstra oppfølging ble gitt ved bekymring for ungdommens psykiske helse og tiltak ble iverksatt etter behovene som den enkelte måtte ha. De fleste ungdommene fortalte intervjueren sin at de opplevde det som meningsfylt å dele deres erfaringer slik at det kan komme til nytte for andre, selv om noen av temaene var vanskelig å snakke om. Videre fortalte flere at det var godt å bli hørt og å oppleve at noen lytter og bryr seg om det de har å si.

Det finnes ingen andre studier som undersøker de yngste enslige mindreåriges psykiske plager og bruk av BUP slik denne studien har gjort. Det er behov for mer kunnskap om denne gruppens psykiske helse og bruk av tjenester som BUP. Nytteverdien av dette er å få vite om enslige mindreårige flyktninger bruker psykiske helsetjenester, hvem som tar tjenestene i bruk, og om bruken bidrar til reduksjon av psykiske plager, og vurderes til å være så viktig at det veier opp for de eventuelle belastningene det kan være å delta i studien. Forskning viser også at det ikke nødvendigvis er så belastende å spørre barn om traumatiske hendelser de har

opplevd (Dos Santos, Jensen & Ormhaug, 2016). Å få informasjon om symptomer på posttraumatisk stress, normalisere barn og ungdoms reaksjoner og kommunisere håp kan i tillegg være terapeutisk i seg selv (Smith, Perrin, Yule & Clark, 2010).

3 Resultater

3.1 Preliminære analyser

3.1.1 Gulv- og takeffekter, normalfordeling og utliggere

Grafiske framstillinger viste ingen vesentlige gulv- og takeffekter på skårene på HSCL og CPSS. Under 10% av deltakerne skåret på enten den laveste eller den høyeste mulige verdien på HSCL og CPSS på alle tre måletidspunktene, med unntak av CPSS ved T3, der 11,8% av deltakerne skåret på den laveste mulige verdien på skalaen.

Videre fant jeg ved grafiske framstillinger at skalaene for HSCL ikke var nær normalfordelte. CPSS var nær normalfordelt ved T1, men ikke ved T2 og T3. Videre var ikke antall konsultasjoner hos BUP nær normalfordelt. Dette bekreftes også ved Shapiro-Wilk test da alle skalaene med unntak av CPSS ved T1 viste å ha signifikansverdier mindre enn 0,05.

Resultatene er gjengitt i tabell 1 og 2, sammen med gjennomsnitt.

Tabell 1: Gjennomsnitt og normalfordeling ved HSCL og CPSS ved T1, T2 og T3

	N	Gjennomsnitt	Shapiro-Wilk	
		observator	p-verdi	
HSCL T1 Total	37	58,7	0,918	0,021
HSCL T2 Total	39	59,7	0,906	0,010
HSCL T3 Total	37	53,3	0,769	<0,001
CPSS T1 Total	37	14	0,973	0,602
CPSS T2 Total	39	14	0,887	0,004
CPSS T3 Total	34	10,6	0,873	0,002
Validerte N (listvis)	31			

Tabell 2: Gjennomsnitt og normalfordeling ved antall konsultasjoner hos BUP

	Gjennomsnitt		Shapiro-Wilk	
	N	observator	p-verdi	
Antall konsultasjoner hos BUP	39	12,1	0,650	<0,001

Som vist i tabell 1 og 2 har jeg ikke med normalfordelte data å gjøre og noen utliggere ble funnet. Utliggerne er imidlertid en del av naturlig variasjon, og ble ikke bli fjernet fra hovedanalysen. Da bootstrapping er robust mot brudd på antagelser om blant annet normalitet og utliggere ble denne metoden brukt i testing av parametere som gjennomsnitt og ved lineære og logistiske regresjonsanalyser.

3.1.2 Egenskaper ved skalaene som måler generelle psykiske plager og symptomer på posttraumatisk stress

Som gjengitt i tabellen under er alle verdier for Cronbachs alfa mellom 0,85-0,96 på HSCL og CPSS ved alle måletidspunktene. Verdiene tilsier at alle skalaene er reliable skalaer med god intern konsistens.

Tabell 3: Cronbachs alfa til måleinstrumentene HSCL og CPSS ved T1, T2 og T3

	Reliabilitetsmål		
	Cronbachs Alfa	Cronbachs Alfa for standardiserte ledd	Antall ledd
HSCL ved T1	0,903	0,895	33
HSCL ved T2	0,946	0,944	33
HSCL ved T3	0,964	0,960	35
CPSS ved T1	0,852	0,855	24
CPSS ved T2	0,908	0,906	24
CPSS ved T3	0,875	0,807	27

3.2 Hvor mange enslige mindreårige skårer over klinisk grenseverdi for psykiske plager og hvor mange har hatt kontakt med BUP?

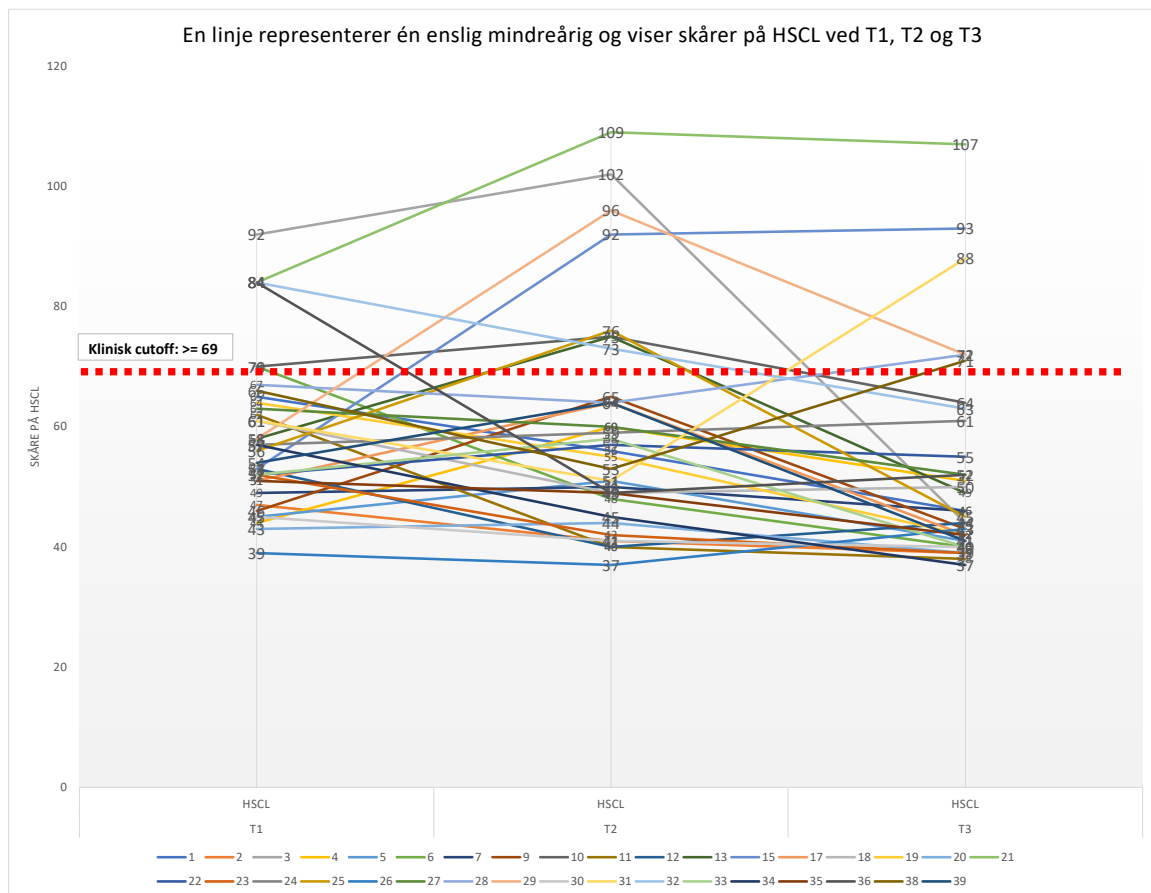
Over klinisk grenseverdi for psykiske plager

Av de enslige mindreårige flyktningene i denne studien skåret 24 av 38 (61,5%) lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager etter seks måneder i Norge (ved T1). Det vil si at de skåret lik eller over klinisk grenseverdi på enten HSCL eller CPSS eller på begge. I alt 19 av 39 (48,7%) skåret lik eller over klinisk grenseverdi etter to år (ved T2), og 18 av 37 (46,2%) skåret lik eller over klinisk grenseverdi etter fem år i landet (ved T3). Til sammen skåret 32 av

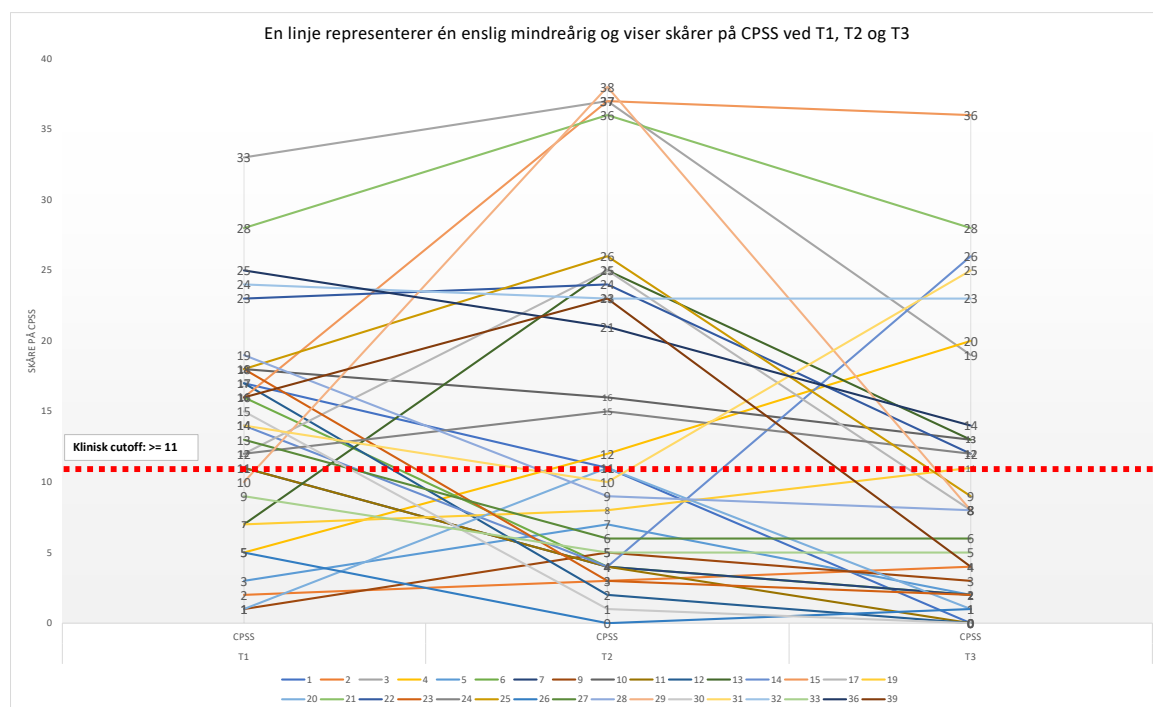
39 (82,1%) av ungdommene lik eller over klinisk grenseverdi på psykiske plager (HSCL og/eller CPSS) ved en eller flere av de tre måletidspunktene i studien. Resultatene viser at antall ungdommer som skårer lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager har gått noe ned i løpet av femårsperioden og denne nedgangen er statistisk signifikant ($p=0,031$). Nedgangen ser ut til å være størst mellom seks måneder og to år etter ankomst. Mellom to og fem år etter ankomst ser nedgangen i symptomtrykk å flate ut.

Figur 1 og 2 viser skårene til ungdommene på HSCL og CPSS etter seks måneder, to år og fem år etter ankomst til Norge. Skåre på 69 eller høyere er over klinisk grenseverdi på HSCL, og skåre på 11 eller høyere er over klinisk grenseverdi på CPSS. Den røde stiplede linjen viser klinisk grenseverdi. Alle som skårer over linjen har psykiske plager over klinisk grenseverdi og dermed et høyt symptomtrykk.

Figur 1: Oversikt over enslige mindreårige flyktninger og deres totalskårer på HSCL etter seks måneder, to år og fem år i Norge



Figur 2: Oversikt over enslige mindreårige flyktninger og deres totalskårer på CPSS etter seks måneder, to år og fem år i Norge



Tabell 4 viser gjennomsnitt, standardavvik, variasjonsbredde og minimums- og maksimumsskårer på HSCL ved T1, T2 og T3, mens tabell 5 viser det samme for CPSS. Selv om antallet ungdommer som skårer lik eller over klinisk grenseverdi går noe ned med tiden, går gjennomsnittsskåren på både HSCL og CPSS opp ved T2. Standardavviket tyder på at det er større forskjeller mellom ungdommenes skårer ved T2 og T3 enn det er ved T1.

Tabell 4: Skårer på HSCL ved T1, T2 og T3: Gjennomsnitt, standardavvik, variasjonsbredde og mulig min/maks

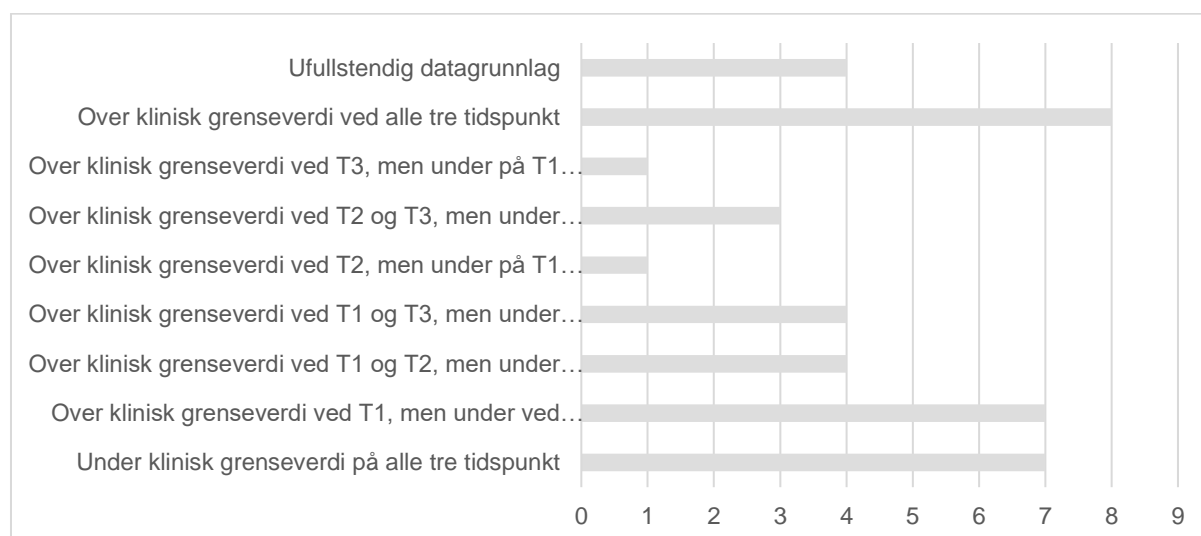
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde	Mulig min/maks
HSCL T1	58,7	12,7	39-92	37-148
HSCL T2	59,7	18,1	37-109	37-148
HSCL T3	52,4	17,0	37-107	37-148

Tabell 5: Skårer på CPSS ved T1, T2 og T3: Gjennomsnitt, standardavvik, variasjonsbredde og mulig min/maks

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde	Mulig min/maks
CPSS T1	13,8	7,8	1-33	0-51
CPSS T2	14,2	11,8	0-38	0-51
CPSS T3	9,9	9,6	0-36	0-51

Figuren under gir oversikt over variasjonen i gruppen når det kommer til tidspunkt og varighet av symptomer på samlede psykiske plager over klinisk grenseverdi (HSCL og CPSS).

Figur 3: Oversikt over de enslige mindreåriges skårer på psykiske plager ved T1, T2 og T3. 0-9 står for antall personer



Kontakt med BUP

Som tabell 6 viser skårer 32 av de 39 (82,1%) enslige mindreårige i studien lik eller over klinisk grenseverdi på psykiske plager samlet sett ved en eller flere av måletidspunktene, og 19 av 39 (48,7%) har vært i kontakt med BUP i løpet av de fem første årene i Norge. Videre viser tabellen at 16 av de 32 (50,0%) som skårer lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager har vært i kontakt med BUP. Videre har tre av ungdommene som skåret under klinisk

grenseverdi for psykiske plager på både HSCL og CPSS har vært i kontakt med BUP. Av disse tre ble to diagnostisert med posttraumatisk stresslidelse av sin behandler ifølge helsedata fra Norsk pasientregister.

Tabell 6: Krysstabulering: Over klinisk grenseverdi i løpet av femårsperioden* vært i kontakt med BUP

			Vært i kontakt med BUP		
			Nei	Ja	Total
Lik eller over klinisk grenseverdi i løpet av femårsperioden	Nei	Antall	4	3	7
		% innen lik eller over klinisk grense	57,1 %	42,9 %	100,0 %
		% innen kontakt	20,0 %	15,8 %	17,9 %
	Ja	Antall	16	16	32
		% innen lik eller over klinisk grense	50,0 %	50,0 %	100,0 %
		% innen kontakt	80,0 %	84,2 %	82,1 %
Total	Antall		20	19	39
	% innen lik eller over klinisk grense		51,3 %	48,7 %	100,0 %
	% innen kontakt		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Resultatet av en kjikvadrattest viser at det ikke er statistisk signifikant sammenheng mellom variablene i krysstabuleringen i tabell 6. Pearsons kjikvadrattest gir en p-verdi på 0,732 og indikerer at det ikke kan utelukkes at resultatene har oppstått tilfeldig. Dette fordi p-verdien ikke er under et signifikansnivå på 0,05.

3.3 Hva predikerer kontakt og antall konsultasjoner hos BUP?

Type og nivå av psykiske plager

Som gjengitt i tabell 7 er det ingen signifikant sammenheng mellom type psykiske plager og kontakt med BUP. Dette indikerer at det ikke er signifikante forskjeller mellom ungdommer og deres kontakt med BUP ut ifra deres symptomtrykk på enten HSCL eller CPSS.

Nivå av psykiske plager er målt med skårer på HSCL og CPSS ved T1, T2 og T3.

Regresjonsanalysen under viser at det heller ikke er statistisk signifikant sammenheng mellom nivå av psykiske plager og kontakt med BUP. Dette gjelder for begge målene for psykiske plager ved alle tre måletidspunktene i studien.

Tabell 7: Logistisk regresjonsanalyse med bootstrapping: Utfallsmål: vært i kontakt med BUP

	B	Bias	SE	P-verdi	BCa 95% Konfidensintervall	
					Nedre	Øvre
T1 HSCL						
Total	0,072	2,068	36,121	0,239	-31,746	148,35
T1 CPSS Total	-0,11	-4,263	62,543	0,322	-2,886	0,12
T2 HSCL						346,30
Total	0,011	0,999	30,539	0,734	-61,828	7
T2 CPSS Total	0,159	5,777	77,313	0,074	-	-
T3 HSCL						262,78
Total	0,033	0,651	24,14	0,482	-260,39	4
T3 CPSS Total	-0,219	-7,374	93,861	0,035	-0,793	-0,15

Alder

Resultatene vist i tabell 8 viser at det ikke er statistisk sammenheng mellom alder og kontakt med BUP. Dette indikerer at det ikke er statistisk signifikante forskjeller mellom ungdommer og deres kontakt med BUP ut ifra hvor gamle ungdommene er.

Tabell 8: Logistisk regresjonsanalyse med bootstrapping. Utfallsmål: Vært i kontakt med BUP

	B	Bias	SE	P-verdi	BCa 95% Konfidensintervall	
					Nedre	Øvre
Oppgitt f.år ved						
T1	-0,105	-0,001	0,322	0,711	-0,713	0,519

Antall konsultasjoner

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos BUP var 12,1 ($SD=21,0$). Det høye standardavviket tyder på store forskjeller innad i gruppen. Antall konsultasjoner per enslige mindreårige

varierer fra mellom 0 til 93 konsultasjoner. I alt 20 av de 39 enslige mindreårige flyktningene i studien har ikke hatt noen konsultasjoner hos BUP i løpet av sine første fem år i Norge.

En multipel regresjonsanalyse viser at det ikke er statistisk signifikante sammenhenger mellom nivå av psykiske plager på enten HSCL eller CPSS og antall konsultasjoner i BUP i løpet av fem første årene i Norge. Se tabell 9.

Tabell 9: Multipel regresjonsanalyse med bootstrapping. Utfallsmål: Antall konsultasjoner

	B	Bias	SE	P-verdi	BCa 95% Konfidensintervall	
					Nedre	Øvre
T1 HSCL Total	0,43	-0,088	0,552	0,412	-0,637	1,191
T1 CPSS Total	-1,189	0,098	0,756	0,162	-3,233	0,516
T2 HSCL Total	0,624	0,072	0,799	0,477	-0,847	2,494
T2 CPSS Total	0,249	-0,004	1,049	0,82	-1,981	2,239
T3 HSCL Total	-0,434	-0,027	0,476	0,309	-1,591	0,351
T3 CPSS Total	-0,178	0,051	0,97	0,824	-1,998	2,182

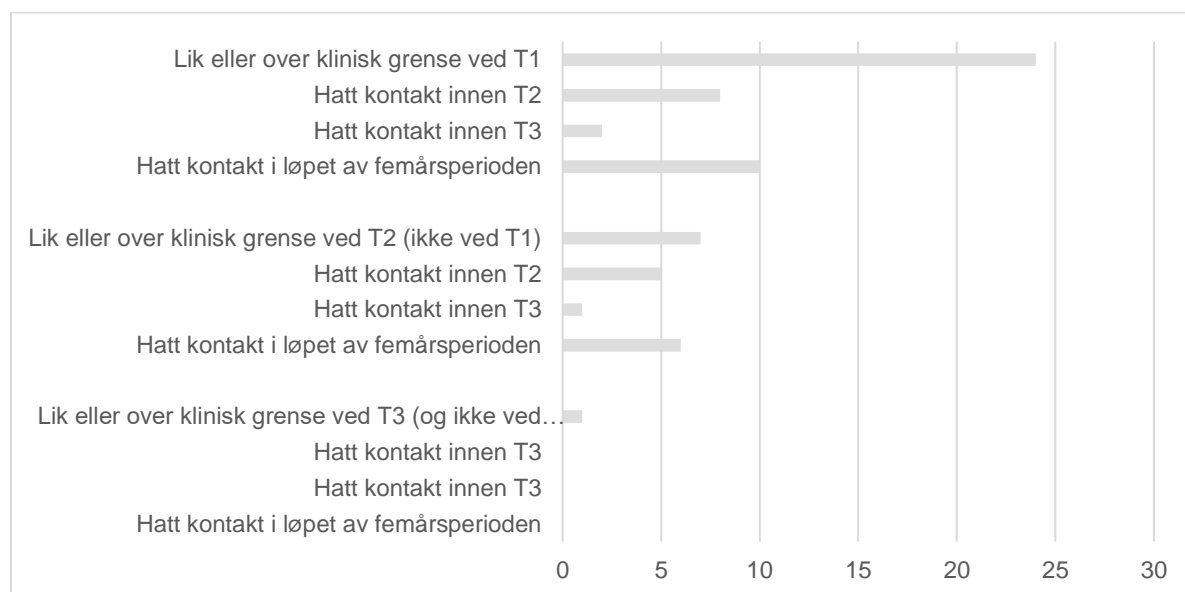
3.4 Hvor lang tid tar det før kontakt med BUP etableres?

Dette er undersøkt ved å utforske tiden mellom da psykiske plager lik eller over klinisk grenseverdi ble målt i studien og til ungdommen var i kontakt med BUP for første gang. Som gjengitt i figur 4 skåret 24 lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager ved T1, hvorav 10 kom i kontakt med BUP i løpet av de fem første årene etter ankomst. Av de 10 som har hatt kontakt, fikk åtte (80,0%) kontakt før T2 og to (20,0%) før T3. Syv ungdommer som skåret under klinisk grenseverdi for psykiske plager ved T1, skårer lik eller over klinisk grenseverdi ved T2. Av disse syv har seks hatt kontakt med BUP i løpet av femårsperioden etter ankomst, hvorav fem (83,3%) før T2 og én (16,7%) før T3. Ved T3 var det kun én ungdom som skåret lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager som ikke hadde skåret over klinisk grenseverdi ved T1 eller T2. Denne ungdommen hadde ikke hatt kontakt med BUP i løpet av de fem første årene i Norge.

Av de som skårer lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager ved enten T1, T2 eller T3, og som har vært i kontakt med BUP, har 80-83% etablert kontakt før T2. Av de som skårer lik eller over klinisk grenseverdi ved T1 har 80,0% kontakt med BUP før det har gått

1,5 år (mellom T1 og T2), og 83,3% av de som skårer lik eller over klinisk grenseverdi ved T2 har etablert kontakten før T2. Dette betyr at de fleste som etablerer kontakt med BUP har etablert kontakten før T2, altså før de har vært i landet i to år.

Figur 4: Oversikt over tidspunkt for når ungdommen skårer lik eller over klinisk grenseverdi for psykiske plager og tidspunkt for når ungdommen kommer i kontakt med BUP første gang. 0-30 står for antall personer



3.5 Er det forskjell på de som skårer over klinisk grenseverdi og som har hatt kontakt med BUP og de som ikke har hatt kontakt når det kommer til bedring av psykiske plager (reduisert symptomtrykk)?

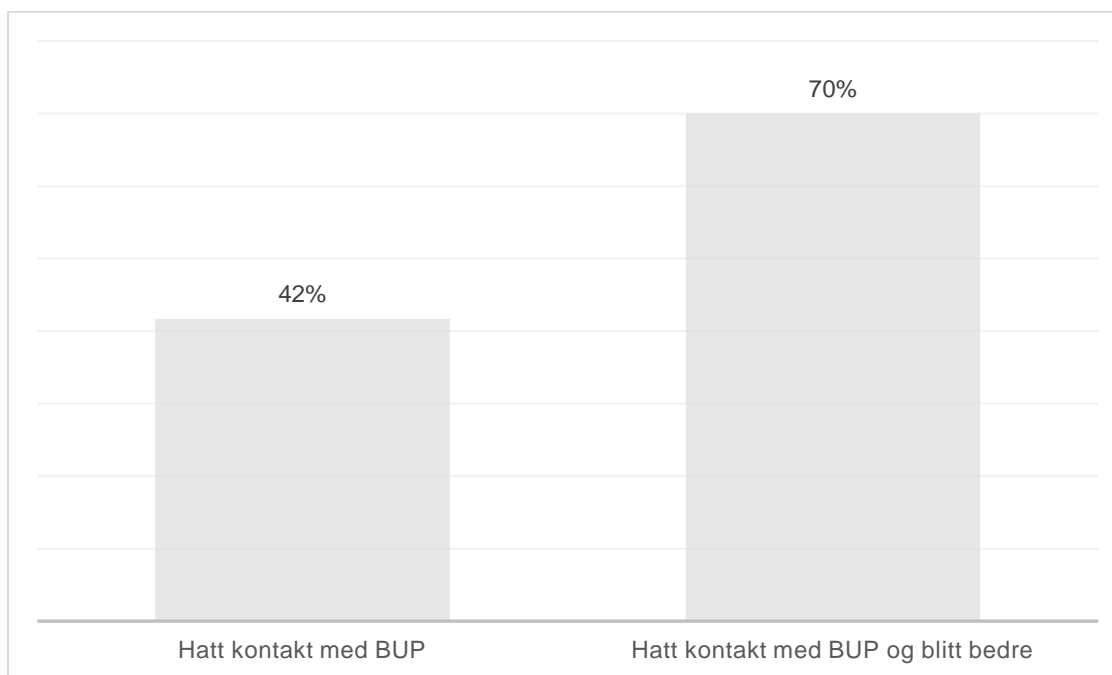
Bedring i denne studien regnes som en endring av skårer over tid fra lik eller over til under klinisk grenseverdi på enten én eller begge målene på psykiske plager (HSCL og CPSS). Av de 24 ungdommene som skåret lik eller over klinisk grenseverdi ved T1 hadde 10 (42%) hatt kontakt med BUP i løpet av fem år etter ankomst. Av de 10 ungdommene som har hatt kontakt med BUP hadde 7 (70%) blitt bedre, altså rapportert om et lavere symptomtrykk. I alt 2 (20%) av ungdommene hadde redusert symptomtrykk ved T2, og 5 (50%) ved T3.

Resultatene er gjengitt i figur 5.

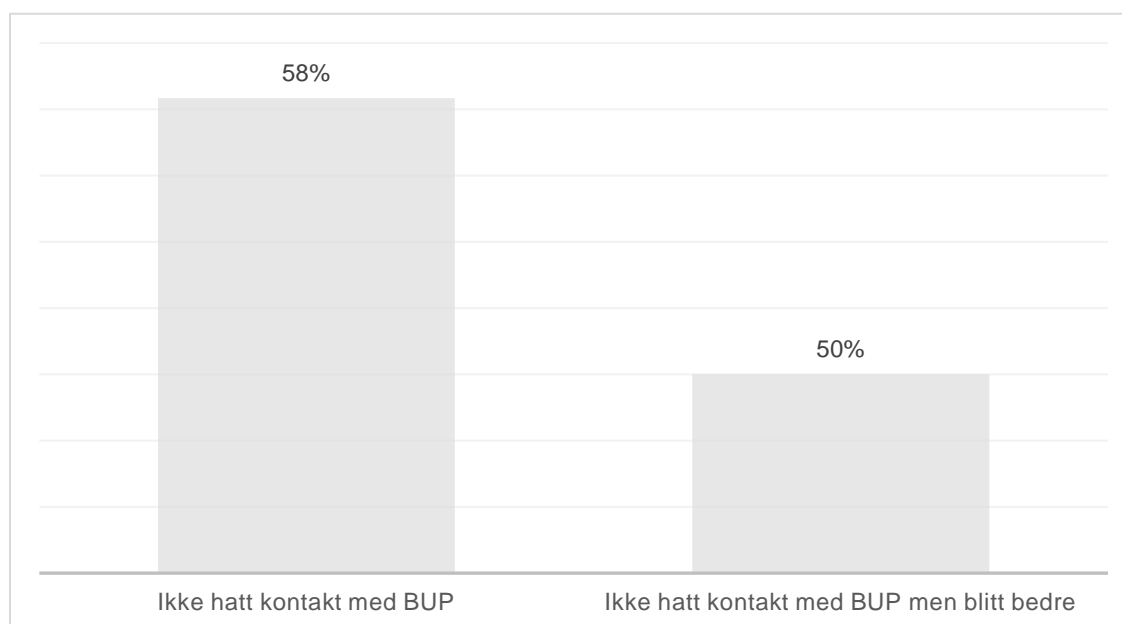
Videre har 14 (58%) av ungdommene som skåret lik eller over klinisk grenseverdi ved T1 aldri vært i kontakt med BUP. Av disse har 7 (50%) blitt bedre i løpet av femårsperioden, mens 7 (50%) opprettholdt et høyt symptomtrykk også ved siste måletidspunkt. Se figur 6.

Disse resultatene tyder på at flere av de unge flyktningene som er i kontakt med BUP blir bedre av sine plager sammenlignet med de som ikke er i kontakt med BUP, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant. Dette framkommer ved krysstabulering og kjikvadrattest som tester sammenhengen mellom de to kategoriske variablene *blitt bedre i løpet av femårsperioden* og *vært i kontakt med psykisk helsevern*. Pearsons kjikvadrattest ga en p-verdi 0,202 og indikerer at det ikke kan utelukkes at resultatene har oppstått tilfeldig da p-verdien ikke er under et signifikansnivå på 0,05. Se tabell 10 for krysstabulering.

Figur 5: Oversikt over bedring blant ungdommene som skårer over klinisk grenseverdi ved T1 og som har vært i kontakt med BUP.



Figur 6: Oversikt over bedring blant ungdommene som skårer over klinisk grenseverdi ved T1 og som ikke har vært i kontakt med BUP.



Tabell 10: Krysstabulering: Blitt bedre i løpet av femårsperioden* vært i kontakt med BUP

		Vært i kontakt med BUP			
		Nei	Ja	Total	
Blitt bedre i løpet av femårsperioden	Ingen bedring	Antall	7	2	9
		%	50,0 %	20,0 %	37,5 %
	Bedring	Antall	7	7	14
		%	50,0 %	70,0 %	58,3 %
	Mangler data	Antall	0	1	1
		%	0,0 %	10,0 %	4,2 %
Total		Antall	14	10	24

4 Diskusjon

Utgangspunktet for denne studien var å bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom enslige mindreårige flyktningers psykiske helseplager og bruk av BUP. Fokuset har vært på de aller yngste i denne gruppen, barn og unge som ankom Norge uten foreldre eller andre omsorgspersoner før fylte 16 år. Flere studier viser til at enslige mindreårige er en gruppe som opplever stor grad av psykiske helseplager (Kien et al., 2019) og at disse psykiske plagene varer over tid (Vervliet et al., 2014; Jensen et al., 2019). Til tross for dette, viser foreliggende data at unge flyktninger i liten grad har kontakt med psykiske helsetjenester (Bean et al., 2006; Majumder, 2019; Majumder et al., 2019). Funnene i min studie viser de samme tendensene og er så vidt jeg vet den første studien som har sett på bruken av psykiske helsetjenester hos den yngste gruppen enslige mindreårige flyktninger over tid.

4.1.1 Underforbruk av tjenestene

På bakgrunn av tidligere forskning var min antagelse at de fleste ungdommene ville ha betydelige plager men at langt færre ville ha hatt noe kontakt med BUP. Resultatene viste at blant de 39 ungdommene i utvalget skåret 32 over klinisk grenseverdi for psykiske plager men bare 19 av disse hadde hatt kontakt med BUP. Resultatene er således i tråd med tidligere forskning som har funnet at enslige mindreårige har en høy prevalens av psykiske plager men at bruken av psykiske helsetjenester allikevel er relativt lav (Bean et al., 2006; Majumder, 2019). Samtidig er det viktig å påpeke at tilstedeværelse av symptomer ikke i seg selv indikerer et behov for behandling (Harrington, Kerfoot & Verduyn, 1999). Når det kommer til enslige mindreårige peker studier imidlertid på et høyt nivå av uoppfylt behov for behandling (Michelson & Sclare, 2009).

Funnet som tyder på et underforbruk av BUP gir en indikasjon på hvordan tjenestene benyttes av enslige mindreårige flyktninger slik det er i dag. At mange med høyt symptomtrykk ikke har hatt kontakt med BUP kan bety at tjenestene ikke er optimaliserte for å møte behovene ungdommene har. At ikke flere er eller har vært i kontakt med BUP kan ha flere årsaker og forstås som at unge flyktninger muligens opplever noen barrierer som hindrer dem i å bruke tjenestene. Dersom barrierene fjernes kan det tenkes at flere unge flyktninger etablerer kontakt med BUP og får hjelp til å redusere sine psykiske plager. Spesielt de tre dimensjonene tilgjengelighet, akseptabilitet og bevissthet fra teorien til Penchansky og Thomas (1981) kan

være nyttige for å forstå potensielle barrierer og årsaker til underforbruket av BUP blant enslige mindreårige flyktninger i Norge.

Mangel på tilgjengelighet i form av mengde og type tjenester kan forstås som en potensiell barriere unge flyktninger kan ha for å etablere kontakt med BUP. Forskning på dette viser at psykiske tjenestetilbud til unge flyktninger i norske kommuner er mangelfull og ikke klarer å møte behovene til gruppen på en tilfredsstillende måte (Lidén, 2020). Det pekes på at det kan være vanskelig å få henvisning til BUP og at det er behov for bedre kompetanse hos de ansatte på BUP for å imøtekomme ungdommenes psykiske plager. Fordi tilgjengeligheten til BUP er begrenset har noen kommuner opprettet mer tilgjengelige lavterskeltilbud. Tjenestene er imidlertid varierende på tvers av kommuner, og det kan derfor tenkes at noen av ungdommene har hatt mer tilgjengelige BUP enn andre, avhengig av bosted (Lidén et al., 2020). Det trengs imidlertid flere studier for å identifisere om dette er en barriere i Norge.

En annen grunn til underforbruket av BUP kan være ulike kulturelle forståelser av psykiske plager og relatert til dimensjonen akseptabilitet i teorien til Penchansky og Thomas.

Ungdommene i denne studien kommer fra kulturer der det ofte er lite åpenhet rundt psykiske plager og der flere har negative oppfatninger av psykiske lidelser (Ellis et al., 2011; Majumder, 2019). I studien til Majumder (2019) fant forskeren at de fleste unge flyktningene i utvalget hans kom fra kulturer der det var mye stigmatisering rundt psykiske plager og der det var frarådet å prate om temaet med andre. Dette kan påvirke de unges syn på psykiske lidelser og deres vilje til å innrømme egne psykiske plager, da de ikke ønsker å bli oppfattet som gale eller sykelige (Majumder, 2019). Ungdommene kan være engstelige for hva det vil si å fortelle om sine psykiske plager til BUP, og for at følger av å prate om det kan være institusjonalisering og sosial isolasjon. Dette er i tråd resultatene til Lidén og kollegaer (2020), som finner at unge flyktninger vegrer seg for å være hjelpetrengende. De lukker seg og forteller lite om hva som plager dem. Stigmatisering og frykt for diskriminering fra andre kan også ha fungert som en barriere for kontakt med BUP (Majumder, 2019).

At ungdommene ikke er bevisst eller vet om tjenestene og de mulighetene de har til å få hjelp for sine plager kan være en barriere for kontakt med BUP. Bevissthet er en ekstra dimensjon i teorien om tilgang til helsetjenester (Saurman, 2016) og legger vekt på at ingen tjenester kan være effektive dersom den ikke responderer på kontekst eller hvis brukeren ikke vet at den eksisterer. De store ankomsttallene i 2015 førte til et større fokus på å imøtekomme behovene til enslige mindreårige flyktninger og mer oppmerksomhet rundt behovet for nye løsninger og

utvikling av bredere tilbud til denne gruppen (Svendsen et al., 2018). På tross av dette kan resultatene mine indikere at BUP ikke når alle unge flyktninger med behov for hjelp med tjenestene sine. Videre kan det hende at unge flyktninger selv ikke er bevisst på hvilke tjenester som finnes, hva de kan få hjelp med og hvorfor tjenesten finnes. Mangelfull bevissthet rundt strukturen og funksjonen til BUP kan være med å forklare at ungdommene ikke tar i bruk tjenesten tross høyt symptomtrykk. At det er mangel på bevissthet om psykiske helsetjenester er i tråd med studien til Lidén og kollegaer (2020) som finner at ungdommene vet for lite om hva tjenesten kan gi dem.

Videre viser studier at det ofte er voksenpersoner rundt ungdommer som initierer terapi, ikke ungdommene selv (Shirk et al., 2010; Bengtson, 2017). Fordi de unge ofte ikke henviser seg selv til terapi vil de trenge hjelp fra de rundt seg for å etablere kontakt med BUP, og dersom de voksne har vansker med å identifisere hva ungdommene har behov for vil de ikke bli henvist. Selv om noen av ungdommene har store psykiske plager er det ikke nødvendigvis lett å oppdage av omsorgspersoner eller andre som skal ivareta dem. Ungdommene kan ha symptomer på et indre plan som ikke nødvendigvis er synlige for andre rundt dem, eller så kan unngåelse av det vanskelige være en del av symptombildet (Cohen et al., 2018). At voksne ikke ser ungdommenes behov kan være med på å forklare underforbruket av BUP, da ungdommene selv sjeldent initierer terapi på egenhånd og derfor trenger voksnes hjelp til dette.

Det er viktig å påpeke at ungdommene som ikke har hatt kontakt med BUP kan ha fått hjelp til å takle sine psykiske plager på andre måter enn det som er undersøkt i denne studien. Jeg har kun sett på kontakt mellom de enslige mindreårige og spesialisthelsetjenesten. Det kan tenkes at de enslige mindreårige som skårer over klinisk grenseverdi for psykiske plager har støttende samtalepartnere i helsesykepleier, sosiallærere, ansatte i boligen, verger, førstelinjetjenester eller andre som kan ha bidratt til å lette symptomtrykket de opplever. Lidén og kollegaer (2020) peker på at noen boliger gir ansatte opplæring i traumebasert omsorg, i tillegg til å tilby lavterskeltjenester på stedet der de bor. Dette er tilbud som kan være til stor hjelp for ungdommer med psykiske plager og kan bidra til å redusere behovet for kontakt med BUP.

4.1.2 Ingen prediksjoner for kontakt

Hypotesen min var at generelle psykiske plager ville predikere mer kontakt med BUP sammenlignet med posttraumatiske stressymptomer. Dette på bakgrunn av studien til Sanchez-Cao og kollegaer (2013) som fant at spesielt få med posttraumatisk stressymptomer har kontakt med BUP. Videre var min hypotese at nivå av psykiske plager ville predikere kontakt og antall konsultasjoner i BUP, og at høyere alder ville predikere mer kontakt med psykisk helsevern sammenlignet med lavere alder, slik Bean og kollegaer (2007) tidligere har funnet. Imidlertid fant jeg at verken type plager, nivå av plager eller alder predikerte kontakt med BUP. Videre predikerte heller ikke nivå av plager antall konsultasjoner.

Funnet kan tyde på en tilsynelatende vilkårlighet når det kommer til hvem som er i kontakt med BUP, og videre at det ikke nødvendigvis er ungdommene med høyest symptomtrykk som er mest i kontakt med BUP eller har flest konsultasjoner. Det kan tenkes at dette blant annet kan være knyttet til mangel på tilgjengelige tjenester, slik som diskutert over. Alternativt kan graden av sosial støtte, forskjeller mellom kommuner og dropout bidra til å forklare en mulig vilkårlighet i kontakt med BUP.

Graden av sosial støtte fra voksne kan tenkes å bidra til å forklare den tilsynelatende vilkårligheten jeg finner i resultatene mine. Lidén og kollegaer (2020) påpeker i sin studie at bemanningen på omsorgssentrene og andre botiltak er for lav og at det er for lite kompetanse blant ansatte når det kommer til psykiske plager som er vanlige for unge flyktninger. Det kan tenkes at minimalt tilsyn av voksne som er «tett» på ungdommene og som ungdommene kan ha tillit til kan bidra til at enslige mindreåriges psykiske plager går ubemerket over lengre tid. Det kan også hende det er mangel på gode nok systemer som kan identifisere og motivere ungdommene til å få hjelp. Dersom det ikke er nok voksenpersoner rundt ungdommene kan det bli vanskelig å vie nok tid til å bli kjent med hver enkelt ungdom og vanskeligere å oppdage om ungdommene strever og eventuelt hva de strever med. Mer omsorg kan føre til at ungdommene føler seg trygge på å kunne dele mer av sine plager. Det kan også tenkes at ansatte med kompetanse på psykisk helse lettere kan oppdage symptomer på psykiske plager og hjelpe ungdommen med å skaffe henvisning til fastlege for så å få henvisning videre til BUP for de som har behov for det. Kunnskap om hvordan å møte og motivere ungdommene til behandling er viktig for at de med behov for kontakt med BUP får etablert denne kontakten. Å etablere behandlingskontakt med BUP forutsetter to ting, at noen voksne oppdager at den unge strever og at den voksne kan motivere den unge til å ta imot hjelp.

Variasjonen i det psykiske helsetilbudet mellom kommunene kan også være med på forklare den tilsynelatende vilkårligheten for kontakt mellom unge flyktninger og BUP. Unge flyktninger med bakgrunn som enslige mindreårige asylsøkere har rett til likeverdige omsorgstilbud som gis andre barn som kommunen har ansvaret for. Samtidig stilles det ofte spørsmål om enslige mindreårige mottar et likt og likeverdig tilbud overalt i landet når kommunen står fritt til å velge løsninger selv (Svendsen et al., 2018). Ulik lovhjemmel og ulike botilbud ved bosetting gir ulike krav til kvalitet, faglig kompetanse, oppfølging og tilsyn og betyr varierende tjenestetilbud for unge flyktninger (Paulsen et al., 2014). Aadnanes og Pastoor (2013) reflekterer over om enslige mindreårige blir diskriminert når det gjelder rettigheter til omsorg etter bosetting, og peker på at hjelpetilbudet varierer fra kommune til kommune og at de enslige mindreårige ikke alltid får tilbud om hjelp på lik linje med andre barn og unge i Norge. Videre hevder Aadnanes og Pastoor (2013) at det i mange tilfeller kan virke som statusen som flyktninger veier tyngre enn deres status som barn. Flere andre studier peker på store forskjeller i de psykiske helsetilbudene mellom kommunene (Berg & Tronstad, 2015; Svendsen et al., 2018; Lidén et al., 2020).

Nivå av plager predikerte heller ikke antall konsultasjoner hos BUP. En årsak til at flere har lite kontakt med BUP kan være at mange dropper tidlig ut av behandling. Dette er i tråd med metaanalysen til Haan og kollegaer (2013) som fant at opptil 75% av ungdommer i terapi dropper ut av behandling før behandlingens slutt. Kulturelle utfordringer og mangel på et felles språk er terapeutiske utfordringer i møte med unge flyktninger og kan tenkes at kan føre til tidlig dropout. En av de viktigste prediktorene for utfallet av terapien og for å forhindre tidlig dropout er terapeutisk allianse (Haan et al., 2013; Shirk et al., 2010). Det kan tenkes at rammene rundt behandlingen hos BUP bidrar at det er vanskelig å bygge en behandlingsallianse. Ofte er behandlingen basert på at ungdommen skal oppsøke terapeuten og sette seg ned å prate. Et mer fleksibelt alternativ som gir rom for flere ulike terapeutiske metoder er blant annet ambulante rammer der terapeuten kan skreddersy behandlingen på ungdommens egne arenaer. Slike rammer kan gi mulighet for kontinuitet i relasjonen i ulike kontekster og med ulike terapeutiske metoder (Nyhus, 2016). Unge flyktninger har ikke nødvendigvis voksne rundt seg til å støtte dem i å stå i vanskelige endringsprosesser, og dette kan også være med å forklare tidlig dropout og hvorfor flere har lite kontakt med BUP tross høyt symptomtrykk.

Den tilsynelatende vilkårligheten er bekymringsfull og kan peke på at mange unge flyktninger med høyt symptomtrykk går ubehandlet over tid. Konsekvensene av at mange av disse ungdommene ikke får den hjelpen de trenger er store. For ungdommene kan det føre til lavere livskvalitet, mindre sosial kontakt og dårlig fungering på skole og jobb. På et samfunnsnivå kan sen oppdagelse av psykiske plager være kostbart. Ungdommen kan ha behov for betydelig lenger behandlingsløp og kan ha vansker med å være delaktig i samfunnet før symptomtrykket er redusert.

Jeg kan imidlertid ikke utelukke enhver sammenheng mellom psykiske plager, nivå av psykiske plager eller alder og kontakt med BUP, selv om funnene i denne studien er negative. Som Altman og Bland (1995) hevder er ikke fravær av bevis et bevis for fravær, og en høy p-verdi fra én studie alene er ikke nok til å kunne konkludere med at det ikke er en sammenheng. Det trengs derfor flere studier med større utvalg og klinisk kartlegging for å undersøke eventuelle sammenhenger mellom type psykiske plager, nivå av psykiske plager, alder og kontakt med BUP.

4.1.3 Tid før kontakt

Jeg stilte meg eksplorerende til denne problemstillingen fordi jeg ikke hadde grunnlag fra litteraturen til å lage en hypotese om hvor lang tid det ville ta fra ungdommene rapporterte om sine psykiske plager til de eventuelt etablerte kontakt med BUP. Resultatene mine viser tre hovedfunn. Antallet med høyt symptomtrykk er størst kort tid etter ankomst. Majoriteten av de med høyt symptomtrykk og som hadde hatt kontakt med BUP, etablerte kontakten før de hadde vært i landet i to år. I tillegg viser funnene mine at antallet som kom i kontakt med BUP var høyest blant de ungdommene som rapporterte om en forverring av symptomer i løpet av tiden sin i Norge.

Antallet med et høyt symptomtrykk er størst blant enslige mindreårige ved første måletidspunkt. Barna og ungdommene har da vært i landet i gjennomsnitt seks måneder og har blitt plassert på omsorgssentre rundt i landet. Mange har opplevd potensielt traumatiske opplevelser og store påkjenninger før flukten, i løpet av flukten, og er nå i et nytt land uten nære omsorgspersoner. I tråd med dette viser flere studier høy forekomst av psykiske plager kort tid etter ankomst til vertslandet (Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014; Jensen et al., 2015; Kien et al., 2019).

Kontakten mellom de enslige mindreårige flyktingene og BUP ble for majoriteten av utvalget etablert før andre måletidspunkt, to år etter ankomst. Hiller og kollegaer (2016) finner at barn og ungdom med alvorlige symptomer på posttraumatisk stress som ikke viser bedring seks måneder etter den traumatiske hendelsen mest sannsynlig vil trenge hjelp for å klare å redusere symptomtrykket sitt. Videre anbefales tidlig intervensjon for å forhindre kroniske forløp (Hiller et al., 2016). I lys av dette er det positivt at funnene i denne studien tyder på at de fleste ungdommene etablerer kontakt med BUP før de har vært i landet i to år. Jeg har imidlertid ikke eksakt data for hvor lenge ungdommene har gått med store psykiske plager før de har fått kontakt med BUP. Det trengs flere studier for å få mer innsikt i dette. En grunn til at de fleste har etablert kontakt med BUP i løpet av de første to årene i Norge kan tenkes å ha med oppfølgingen på omsorgssentrene å gjøre. Selv om jeg tidligere har pekt på underbemanning i boligene til enslige mindreårige, har omsorgssentre der enslige mindreårige under 15 blir bosatt høyere bemanning enn andre boliger der de senere blir bosatt. Flere ansatte kan tenkes å bidra til tettere oppfølging av hver enkelt barn og ungdom som igjen kan tenkes å ha betydning for å fange opp de som strever med psykiske plager og har behov for hjelp av BUP. Bevegelsen mellom omsorgssentre til boliger skjer mellom første og andre måletidspunkt i studien. Ved en slik overgang blir det gjort en lovpålagt kartlegging av de enslige mindreårige av personalet ved omsorgssentrene, der de blant annet går igjennom de unges ressurser og behov (Lidén et al., 2020). Mens Bufetat har det overordnede ansvaret for kartlegging for de under 15 år, er kartleggingen styrt gjennom UDIs rundskriv og veiledere for de mellom 15 og 18 år. I følge Lidén og kollegaer (2020) melder kommunene fra om at kartleggingen av de yngste er mer faglig solid, og at den varierer i større grad for den eldre aldersgruppen. Selv om det påpekes at kommunene har behov for mer informasjon for å matche den enkelte enslige mindreårige flyktingen med kommunens tiltak, kan det tenkes at denne kartleggingsfasen bidrar til å identifisere flere av de yngste som kan ha behov for tettere oppfølging av spesialisthelsetjenesten og som kan ha nytte av kontakt med BUP.

Et interessant funn i studien er at flere ungdommer med forverring av symptomtrykk over tid hadde hatt kontakt med BUP sammenlignet med ungdommene med et høyt symptomtrykk ved ankomst. En mulig forklaring på dette er at det er enklere for omgivelsene å oppdage en forverring av psykiske plager etter ankomst til Norge, og at denne forverringen over tid gjør flere voksenpersoner rundt ungdommene alarmerte. Det kan tenkes at dette har sammenheng med at voksenpersonene ikke har grunnlag for å vite hva som i utgangspunktet er normalt for

disse ungdommene. Atferd som kan være typiske kjennetegn på psykiske plager kan også forklares som vanlig atferd for noen personlighetstyper. Tolkningen kan derfor bli at personen er sjenert, har behov for mye alenetid eller har et voldsomt temperament, heller enn at ungdommen strever med vanskelige tanker og følelser. Dette funnet bidrar til ytterligere forståelse av grunnene til hva som gjør at noen enslige mindreårige asylsøkere etablerer kontakt med BUP mens andre ikke gjør det. Mer kunnskap om hva som kan være bekymringsfull atferd og som bør alarmere voksenpersoner til å opprette kontakt med hjelpeapparatet kan føre til at flere ungdommer som strever får hjelp. For å øke forståelsen av enslige mindreåriges bruk av psykiske helsetjenester som BUP trengs bedre innsikt i hvilke mekanismer som spiller inn for oppdagelse av psykiske plager blant denne gruppen. Funnene i denne studien bidrar til dette.

4.1.4 Bedring med eller uten kontakt med BUP

Blant gruppen med psykiske plager over klinisk grenseverdi viste resultatene som forventet at forekomsten av de som ble bedre over tid (70%) var høyere blant de som hadde hatt kontakt med BUP sammenlignet med de som ikke hadde hatt kontakt (50%). Forskjellen mellom gruppene var imidlertid ikke statistisk signifikant med p-verdi under 0,05. I følge McShane, Gal, Gelman, Robert & Tackett (2019) bør ikke p-verdien brukes uten kategorisering, med 0,05 eller andre skilleverdier. Videre foreslår McShane og kollegaer (2019) å betrakte p-verdien sammen med andre faktorer som for eksempel tidligere forskning, nytteverdien i den faktiske verden og nyhetsverdien av funnene når forskningsresultater presenteres. En bør ikke konkludere med noe av vitenskapelig eller praktisk betydning basert på statistisk signifikans eller mangel dette (Wasserstein et al., 2019). Tidligere behandlingsforskning viser at psykoterapi gir bedre effekt enn ingen behandling, og psykoterapi for ungdom gir like god effekt som for voksne (Kelley, Bickman & Norwood, 2010). Selv om jeg ikke kan utelukke at resultatene har oppstått tilfeldig eller at ungdommene som har hatt kontakt med BUP og har blitt bedre har oppnådd denne bedringen av andre grunner enn kontakten i seg selv, er det grunn til å tro at det hjelper å gå i terapi.

Det er fint at det kan se ut som at behandling for ungdom med bakgrunn som enslige mindreårige asylsøkere hjelper. Videre er det positivt at unge flyktninger med ulik kulturell bakgrunn kan ha nytte av terapi. Utvalget mitt består av ungdommer fra ni ulike land i Asia

og Asia og er en heterogen gruppe med ulike kulturelle forståelser av hva det vil si å ha psykiske plager. Som Majumder og kollegaer (2019) argumenterer, bør ulike sosiokulturelle forståelser av psykiske lidelser adresseres for å øke bruken av psykiske helsetjenester blant enslige mindreårige flyktninger.

Det kan være flere grunner til at flere som har hatt i kontakt med BUP opplevde bedring sammenlignet med de som ikke har hatt kontakt. Behandling hos BUP kan videre bidra til å hjelpe unge flyktninger til å dra nytte av ressursene de selv innehar. Det kan tenkes at hjelp til å bruke de menneskene de har rundt seg for å få sosial støtte kan bidra til en reduksjon av psykiske plager hos ungdommen. Sammenheng mellom opplevd sosial støtte og symptomer på posttraumatisk stress er funnet hos barn og unge under psykoterapibehandling (Birkeland, Holt, Ormhaug & Jensen, 2020). Studien til Birkeland og kollegaer (2020) viste sammenheng mellom et høyt nivå av symptomer på posttraumatisk stress og mindre opplevd sosial støtte før terapi, samt en sammenheng mellom reduksjon av symptomer på posttraumatisk stress og en økning av opplevd sosial støtte i løpet av traumeterapien. I tillegg har studien basert på det store utvalget som data fra min studie er hentet fra vist at sosial støtte kan fungere som en buffer mot stress (Jensen et al., 2019). Det kan tenkes ungdommene i studien min som har hatt kontakt med BUP har fått hjelp til å ta imot støtte og fått mer tillit til voksne og at dette har bidratt til bedring over tid.

Samtidig viser resultatene at 50% med høyt symptomtrykk opplever bedring over tid uten å ha vært i kontakt med BUP, og det kan forstås som at det har foregått en naturlig helingsprosess for flere av ungdommene. Kort tid etter ankomst er det naturlig om ungdommene kjenner på et forhøyet symptomtrykk (Bonanno et al., 2011). At noen av ungdommene blir bedre uten kontakt med BUP kan indikere en stor grad av resiliens og forstås som en sunn og adaptiv fungering etter noe vanskelig (Southwick et al., 2014).

4.2 Styrker og begrensninger

Det er etter hva jeg kjenner til få studier som har sett på sammenhengen mellom psykiske plager hos enslige mindreårige flyktninger og deres kontakt med psykiske helsetjenester, og ingen studier som har hatt et spesifikt fokus på de som ankommer landet før de er fylt 16 år. I tillegg til å adressere dette gapet har studien undersøkt sammenhengen mellom psykiske plager og bruk av BUP for en gruppe enslige mindreårige over en tidsperiode på fem år etter

ankomst til landet. Videre er datagrunnlaget for studien en styrke, da resultatene er basert på data hentet fra både selvrappport og objektive målinger. Tilgang til data fra Norsk pasientregister har gitt meg anledning til å koble data knyttet til faktisk bruk av helsetjenester til forskningsdata. Studiens resultater må allikevel sees i lys av visse svakheter.

Datagrunnlaget fra den longitudinelle studien er samlet inn ved tre måletidspunkt over en periode på fem år. Flere og tettere målinger i løpet av denne tidsperioden kan tenkes å kunne bidratt til mer presise resultater i studien. Det går ett og et halvt år mellom første og andre måletidspunkt og tre år mellom andre og tredje måletidspunkt. Få målinger er en begrensning i studien. Det kan tenkes at flere målinger ville bidratt til mer detaljerte funn på blant annet tiden det tar fra ungdommen rapporterte om et høyt symptomtrykk til han eller hun etablerte kontakt med BUP.

En begrensning ved bruk av HSCL og CPSS er at dette er screeninginstrumenter som identifiserer symptomer på psykiske plager, men som ikke gir en helhetlig klinisk beskrivelse som ved diagnostiske intervjuer. Sceeninginstrumenter som for eksempel CPSS kan fange opp flere enn de som tilfredsstillter kriterier for en diagnose (Hukkelberg, Ormhaug, Holt, Wentzel-Larsen & Jensen, 2014). Studien til Hukkelberg og kollegaer (2014) peker på at et screeninginstrument som CPSS kan gi både sensitiv og spesifikk informasjon om ungdommens symptomer på posttraumatisk stress, men at diagnostiske intervjuer gir et mer korrekt bilde av symptomene blant annet fordi det ikke er basert på selvrappport fra ungdommen selv. I denne studien kan resultatene indikere at noen av ungdommene har underrapportert på CPSS, men i og med at screeninginstrumentet ofte fanger bredere enn diagnostiske intervjuer kan jeg ikke utelate at CPSS også har fanget opp andre som i utgangspunktet ikke tilfredsstillter kravene til en diagnose. Det kan tenkes at bruk av diagnostiske intervjuer hadde gitt et mer nøyaktig bilde av symptomene til ungdommene som deltok i studien.

4.2.1 Utvalgsstørrelse og generaliserbarhet

Studien har et lite utvalg og resultatene bør tolkes i lys av dette. Et lite utvalg kan føre til lavere statistisk styrke og kan med det ha påvirket hvilke effekter jeg har funnet. Utvalget består av langt flere gutter enn jenter og er representativt for den forskjellen i antall gutter og jenter som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere i rekrutteringsperioden. Det var

for få jenter i utvalget mitt til å kunne si noe om forskjeller mellom kjønn, og resultatene bør tolkes i lys av at utvalget har en stor overvekt av gutter.

Utvalget ved T1 var ifølge forskerne representativt for populasjonen av enslige mindreårige asylsøkere som kom til Norge i løpet av rekrutteringsperioden (Jensen et al., 2015). I tillegg ble det ikke funnet signifikante forskjeller i skårer på CPSS og HSCL mellom ungdommene som deltok ved alle måletidspunktene og de som falt fra studien etter enten T1 eller T2 (Jensen et al., 2019). Likevel, ettersom jeg har ikke hatt tilgang på data fra Norsk pasientregister som viser kontakt med BUP for andre enn de 39 enslige mindreårige som samtykket til dette, kan det ikke utelukkes at utvalget ikke er representativt for enslige mindreårige flyktninger under 16 og deres bruk av BUP i løpet av de første fem årene etter ankomst til Norge. Det kan tenkes at ungdommene som takket ja til å delta i studien ved tredje måletidspunkt er ungdommer som har positive opplevelser rundt det å bli spurt om sine psykiske plager og som dermed er mer positivt innstilt til kontakt med BUP, enn de som falt av studien ved et tidligere tidspunkt.

4.2.2 Måleinstrumentenes validitet og reliabilitet

En styrke ved studien er bruk av måleinstrumenter som er godt validert på tvers av ulike kulturelle populasjoner. Validitet brukes for å vurdere om måleinstrumentet som brukes måler det som den er ment å måle (Field, 2018). CPSS viser god validitet og anses som å være et nyttig psykometrisk instrument for å måle symptomer på posttraumatisk stress blant barn og unge (Foe et al., 2001; Nixon et al., 2013). Det samme gjør HSCL-37A, og viser med det å være et godt instrument for å måle opplevde internaliserende og eksternaliserende plager hos ungdom med bakgrunn som asylsøkere og flyktninger (Bean et al., 2007). Videre viser begge måleinstrumentene god reliabilitet, som betyr at instrumentene har konsistente og stabile målinger over tid (Field, 2018). God reliabilitet på både HSCL og CPSS i studien betyr at ungdommene har sammenfallende opplevelser av samme fenomen.

4.3 Oppsummering og kliniske implikasjoner

For å få mer innsikt i om helsetjenestene i Norge møter behovene til enslige mindreårige flyktninger i tiden etter ankomst trengs kunnskap om sammenhengen mellom de unge

flyktingenes psykiske helse og deres bruk av psykiske helsetjenester som BUP. Slik kunnskap er nyttig for å kunne utvikle bedre systemer for å fange opp og tilby behandling så tidlig som mulig til de som har behov for det. Ved hjelp av data fra den longitudinelle studien Enslige mindreårige asylsøkere: «Kartlegging av traumeerfaringer og psykisk helse» i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, samt helsedata fra Norsk pasientregister, har denne studien vist at flere enslige mindreårige strever med store psykiske plager uten å etablere kontakt med BUP for å få hjelp. Dette indikerer et underforbruk av spesialisthelsetjenesten blant denne gruppen i Norge. Selv om det trengs flere studier for å undersøke sammenheng mellom blant annet nivå av psykiske plager og kontakt med BUP, kan mine funn tyde på at hvem som har hatt kontakt med BUP er tilsynelatende vilkårlig. Dette kan peke på et behov for bedre systemer og mer kunnskap om hvordan å best fange opp enslige mindreårige med høyt symptomtrykk og behov for hjelp. Unge flyktninger som viser en forverring av sin psykiske helse over tid har mer kontakt med BUP enn med de som har psykiske plager ved ankomst, og disse resultatene kan tyde på at omgivelsene har lettere for å plukke opp behov om psykisk helsehjelp fra ungdom som opplever en forverring av psykiske plager. Et annet viktig funn i studien er at flere unge flyktninger med høyt symptomtrykk og kontakt med BUP opplevde bedring over tid, sammenlignet med de som ikke hadde kontakt med BUP. Et slikt resultat kan indikere at ungdommene har nytte av kontakt med BUP og at behandling for denne gruppen hjelper.

Selv om denne studien inneholder unike funn, var utvalget lite, og det er behov for mer forskning. Et fokus i fremtidig forskning kan være å undersøke eventuelle kjønnsforskjeller, aldersforskjeller (fra de aller yngste enslige mindreårige til de eldste) og bruk av andre psykiske helsetjenester enn spesialisthelsetjenesten. Ved å inkludere førstelinjetjenester eller andre lavterskeltilbud kan vi få et mer helhetlig bilde av den psykiske helsehjelpen de enslige mindreårige mottar etter ankomst til Norge.

Det er alarmerende at resultatene i studien kan tyde på at mange unge flyktninger ikke mottar den hjelpen de har rett på. Rettighetene er de samme for enslige mindreårige flyktninger som for alle andre barn i Norge, og er nedfelt i både barnevernloven og barnekonvensjonen som er inkorporert i Norges Lov. Mange unge flyktninger strever med psykiske plager etter ankomst til Norge og noen trenger hjelp til å redusere disse plagene. Vi trenger systemer som kan fange opp hvem som trenger hjelp og gi den hjelpen vi tror kan fungere. I tillegg bør hjelpen være lik for alle. For å gjøre dette må det arbeides med å fjerne de barrierene disse

unge menneskene kan ha for å etablere kontakt med psykiske helsetjenester slik det er i dag. Barrierene kan sies å være både organisatoriske og mellommenneskelige. På et organisatorisk plan bør det sikres et likt tjenestetilbud for alle, uansett hvor i landet de unge flyktingene bor. Videre kan blant annet flere kontaktpunkter, lettere tilgang på tolk og enklere muligheter for henvisning øke tilgang på helsetjenestene. Ungdommene trenger mer og bedre informasjon om hva psykiske plager er, hvilke fordeler samtaleterapi kan ha og hvordan å opprette kontakt for å få hjelp. Det vil være viktig med et kulturperspektiv når informasjon om psykiske helsetjenester formidles til ungdommene. På et mellommenneskelig plan vil bedre kunnskap om hvordan møte denne gruppen ungdommer blant ansatte ved botiltakene og i BUP bidra til å redusere barrierer for kontakt og å opprettholde kontakten som først etableres. Et krav til kvalifisert bemanning vil bety boliger med ansatte som har kompetanse til å forstå og ivareta ungdommene som strever med psykiske plager. Dette er i tråd med flere studier som etterspør mer kompetanse og økt bevissthet rundt de enslige mindreåriges behov for å kunne tilby passende psykiske helsetjenester (Paulsen et al., 2014; Liden et al., 2020).

Selv om noen utviser stor grad av resiliens og blir bedre uten kontakt med BUP, kan psykiske plager over tid føre til kroniske sykdomsforløp (Jensen et al., 2019). Mer inngående kartlegging ved ankomst og i tiden etter bosetting i kommunene kan tenkes å føre til raskere identifisering av de som strever med psykiske plager og har behov for videre oppfølging og hjelp til å redusere sine plager. Ikke bare kan tidligere kontakt med BUP føre til mindre lidelser for den enkelte ungdommen, men det kan også være kostnadsbesparende for samfunnet for øvrig. Det er positivt at funnene i denne studien viser at flere enslige mindreårige som har hatt kontakt med BUP blir bedre av sine psykiske plager, sammenlignet med de som ikke har hatt kontakt med BUP. Dette kan bety at bedre tilgang til psykiske helsetjenester kan føre til bedre psykisk helse blant denne gruppen ungdommer.

Det er bekymringsfylt at flere av ungdommene strever med psykiske plager over lang tid uten å opprette kontakt med psykiske helsetjenester som BUP. For ungdommene det gjelder innebærer dette store lidelser som kan føre til dårlig fungering i sosiale relasjoner, på skolen og i arbeidslivet. Håpet er at resultatene i studien vil motivere til utvikling av mer tilpassede psykiske helsetjenester som bedre møter behovene til unge flyktinger som nylig har ankommet Norge. Som samfunn har vi et ansvar for å tilrettelegge for positiv utvikling og gode framtidsutsikter for alle, inkludert barn og ungdom med bakgrunn som enslige mindreårige asylsøkere.

Litteraturliste

- Altman, D. G. & Bland, J. M. (1995). Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ*, 311, 485. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7003.485>
- Bakken, I. J., Estenstad, M. G., Gystad, S. O., Németh J. & Huse, U. E. (2010) Nytt Norsk pasientregister gir nye forskningsmuligheter. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 119-124, <https://doi.org/10.5324/nje.v20i1.1302>
- Bakken, I. J., Surén, P., Håberg, S. E., Cappelen I. & Stoltenberg, C. (2014). Norsk pasientregister – en viktig kilde for forskning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1, 12-13, doi: 10.4045/tidsskr.13.1417
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2010). Barneverntjenestens ansvar for enslige mindreårige asylsøkere og andre mindreårige personer i mottak, omsorgssentre og kommuner (Q-06/2010). Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2018, 22.januar). Bosetting av enslige mindreårige flyktninger. Hentet fra: <https://www.udi.no/ord-og-begreper/enslig-mindrearig-asylsoker/>
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert E. & Spinhoven P. (2007). Comparing Psychological Distress, Traumatic Stress Reactions, and Experiences of Unaccompanied Refugee Minors With Experiences of Adolescents Accompanied by Parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288-297. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93>
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. *Adolescence*, 42(165), 51-71.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A. & Spinhoven, P. (2006). Factors Associated with Mental Health Service need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 342-355. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0046-2>

- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1204-1215.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.010>
- Berg, B & Tronstad, K. R./NTNU Samfunnsforskning. (2015). *Levekår for barn i asylsøkerfasen*. Hentet fra https://samforsk.no/Publikasjoner/Laevekar_2015_WEB.pdf
- Berg, M. S., Straiton, M. L., Vikum, E. F., Myhre, S. I., Danielsen, A. S. & Gopinathan, U. (2020). Asylsøkeres helse og bruk av helsetjenester i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(4). doi: 10.4045/tidsskr.19.0470
- Birkeland, M. S., Holt, T., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2020). Perceived social support and posttraumatic stress symptoms in children and youth in therapy: A parallel process latent growth curve model. *Behaviour Research and Therapy*, 132, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103655>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <http://dx.doi.org.ezproxy.uio.no/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A. & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity – trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Westphal, M. & Mancini, A. D. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511-525.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Borchgrevink, M. C., Christie, H. J. & Dybdahl, R. (2019). Psykososiale perspektiver i arbeid med flyktningbarn. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, I. Julardzija & H. H. Bakke (Red.), *Asylsøkere og flyktninger: Psykisk helse og livsmestring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Bronstein, I., Montgomery, P. & Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 285-294.
<https://doi.org/10.1007/s00787-012-0344-z>
- Bufetat (2019, 26.juni). Enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger – hvem gjør hva?
Hentet fra
https://bufdir.no/Barnevern/enslige_mindrearige_asylsokere_og_flyktninger/Ansvar/
- Carifio, J. & Perla, R. (2008). Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*, 42(12), 1150-1152. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03172.x>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget
- Cramer, D. & Howitt, D. (2004). *The Sage dictionary of statistics: a practical resource for students in the social sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Dittmann, I. & Jensen, T. K. (2010). Enslige mindreårige flyktningers psykiske helse – en litteraturstudie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(9), 812-817.
- Dos Sandos, N. E. Jensen, T. K. & Ormhaug, S. M. (2016). Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(7), 536-545.
- Ellis, B. H., Miller, A. B., Baldwin, H. & Abdi, S. (2011). New Directions in Refugee Youth Mental Health Services: Overcoming Barriers to Engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 69-85. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545047>
- Erikson, Erik H. (1997). *Identitet. Ungdom og kriser*. København: Hans Reitzels forlag
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick C. & Stein A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379(9812), 266-282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)

- Field, A. P. (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed). London: Sage Publications Inc
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. & Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 376-384, https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Fuglestad, Å. B. & Djup, H. W. (2019). Bruk av tolk i samtale. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, I. Julardzija & H. H. Bakke (Red.), *Asylsøkere og flyktninger. Psykisk helse og livsmestring*. Oslo: Universitetsforlaget
- González-Estrada, E. & Cosmes, W. (2019). Shapiro-Wilk test for skew normal distributions based on data transformations. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 89(17), 3258-3272. <https://doi.org/10.1080/00949655.2019.1658763>
- Haan, A. M. de., Boon, A.E., Jong, J.T.V.M. de., Hoeve, M. & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Bengtson, M. (2017). Ungdommens prosjekt. I H. Haavind & H. Øvreeide, H. (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind 1* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Harrington, R. C., Kerfoot, M. & Verduyn, C. (1999). Developing needs-led child and adolescent mental health services: Issues and prospects. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s007870050077>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A. & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma – a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884-898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>

- Hoaglin, D.C. & Iglewicz, B. (1987). Fine-Tuning Some Resistant Rules for Outlier Labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400), 1147-1149.
<https://doi.org/10.1080/01621459.1987.10478551>
- How2stats. (2011, 4.august). Logistic Regression – SPSS (part 1) [Videoklipp]. Hentet fra:
<https://www.youtube.com/watch?v=OvQShzJ7Sns>
- Hukkelberg, S., Ormhaug, S. M., Holt, T., Wentzel-Larsen T. & Jensen, T. K. (2014). Diagnostic utility of CPSS vs, CAPS-CA for assessing posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 51-56.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.11.001>
- Jakobsen, M., Demott, M. A. M. & Heir, T. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 53-58. DOI: [10.2174/1745017901410010053](https://doi.org/10.2174/1745017901410010053)
- Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe S. & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark, *BMC Family Practice*, 14(17), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-17>
- Jensen, T. K., Fjermestad, K., Granly, L., & Wilhelmsen, N. (2015). Stressful Life Experiences and Mental Health Problems among Unaccompanied Asylumseeking Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116.
<https://doi.org/10.1177/1359104513499356>
- Jensen, T. K., Skar, A.-M. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1671-1682. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>.
- Jensen, T. K. Skårdalsmo, E. M. B., & Fjermestad, K. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(29), 1-10.

- Kang, C., Tomkow, L. & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *British Journal of General Practice*, 69, 537-545. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.3399/bjgp19X701309>
- Keles, S., Friberg, O., Idsøe, T., Sirin, S. & Oppedal, B. (2018). Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Behavioral Development* 42(1), 52-63, <https://doi.org/10.1177/0165025416658136>
- Kelley, S. D., Bickman, L. & Norwood, E. (2010). Evidence-based treatments and common factors in youth psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 utg) (s.325-355). Washington, DC: American Psychological Association
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., ... Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugee and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1295-1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kirkeberg, M. I & Lunde, H. (2020). *Enslige mindreårige flyktninger 1996-2018: Demografi, utdanning, arbeid og inntekt* (Statistisk Sentralbyrå rapport 2020/13). Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/416335?_ts=1711597fb30
- Knapp, T. R. (1990). Treating Ordinal Scales as Interval Scales: An Attempt To Resolve in Controversy. *Nursing Research*, 39(2), 121-123. <https://doi.org/10.1097/00006199-199003000-00019>
- Leung, S. O. (2011). A comparison of psychometric properties and normality in 4-, 5-, 6-, and 11-point Likert scales. *Journal of Social Service Research*, 37, 412-421. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.580697>
- Lidén, H, Aasen, B., Seeberg, M. L. & Staver, A. B./Institutt for Samfunnsforskning. (2020). Fra bosetting til voksenliv. Den kommunale tjenestekjeden for enslige mindreårige flyktninger. (Rapport 2020:1). Hentet fra

<https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2641091/Fra%2bbosetting%2btil%2bvoksenliv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Majumder, P. (2019). Exploring stigma and its effect on access to mental health services in unaccompanied refugee children. *BJPsych Bulletin*, 43, 275-181.

<https://doi.org/10.1192/bjb.2019.35>

Majumder, P., Vostanis, P., Karim, K. & O'Reilly, M. (2019). Potential barriers in the therapeutic relationship in unaccompanied refugee minors in mental health. *Journal of Mental Health*, 28(4), 372-378. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466045>

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

McCormick, K., Salcedo, J. & Poh, A. (2015). *SPSS Statistics for Dummies* (3.utgave). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

McShane, B. B., Gal, D., Gelman, A., Robert C. & Tackett, J. L. (2019). Abandon Statistical Significance. *The American Statistician*, 73(1), 235-245.

<https://doi.org/10.1080/00031305.2018.1527253>

Michelson, D. & Sclare, I. (2009). Psychological Needs, Service Utilization and Provision of Care in a Specialist Mental Health Clinic for Young Refugees: A Comparative Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273-296.

<https://doi.org/10.1177/1359104508100889>

Mitra, R. & Hodes, M. (2019). Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child: Care Health and Development*, 45(2), 198-215. <https://doi.org/10.1111/cch.12640>

Mooney, C. Z. & Duval, R. D. (1993). *Bootstrapping: A nonparametric approach to statistical inference*. California: SAGE Publications, Inc.

- Nixon, R. D. V., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D. M., Perrin S. & Smith, P. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: An Update and Replication of Its Psychometric Properties. *Psychological Assessment*, 25(3), 1025-1031.
<https://doi.org/10.1037/a0033324>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15, 625-632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Nyhus, C. F. (2016). Hvem skal jeg være – og hvem skal jeg bli? Psykoterapi med ungdom i ambulant behandlingsramme. I H. Haavind & H. Øvreeide, H. (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind 2* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Opaas, M. (2019). Med traumer i bagasjen. Vanskeligheter de første årene i Norge. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, I. Julardzija & H. H. Bakke (Red.), *Asylsøkere og flyktninger. Psykisk helse og livsmestring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Oppedal, B., Seglem, K. B. & Jensen, L./ Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009). Avhengig og Selvstendig. Enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale (Rapport 2009:11). Hentet fra: <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/220539>
- Ormhaug, S. M. (2016). *The Therapeutic Alliance in the Treatment of Traumatized Youths: Relationship to Outcome and Dropout Across Rater Perspectives and Therapeutic Interventions* (Doktoravhandling). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress: Oslo.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T. & Shirk, S. R. (2014). The Therapeutic Alliance in Treatment of Traumatized Youths: Relation to Outcome in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64.
<https://doi.org/10.1037/a0033884>
- Paulsen, V., Thorshaug, K. & Berg, B. (2014). Møter mellom innvandrere og barnevernet - Kunnskapsstatus. Hentet fra: <https://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/M%C3%B8ter-mellom-innvandrere-og-barnevernet.aspx>

- Penchansky, R. & Thomas, W. (1981). The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Rehn-Mendoza, N./Nordic Welfare Centre (2020). Mental health and well-being of unaccompanied minors: A Nordic overview. Hentet fra:
<https://nordicwelfare.org/en/publikationer/unaccompanied/>
- Ruxton, G. D., Wilkinson, D. M. & Neuhäuser, M. (2015). Advice on testing the null hypothesis that a sample is drawn from a normal distribution. *Animal Behaviour*, 107, 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.anbehav.2015.07.006>
- Sanchez-Cao, E., Kramer, T. & Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child; care, health and development*, 39(5), 651-659. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x>
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39.
<https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Shirk, S. R., Caporino, N. E. & Karver, M. S. (2010). The alliance in adolescent therapy: conceptual, operational, and predictive issues. I D. Castro-Blanco & M. S. Karver (Red.). *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high risk adolescents*. Washington DC: American Psychological Association
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W. & Clark, D. M. (2010). *Post Traumatic Stress Disorder: Cognitive Therapy with Children and Young People*. London: Routledge
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 719-727. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00053-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00053-2)

- Southwick, S., Bonanno, G. A., Mastern, A. S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(25338), 1-14. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science*, 103(2684), 677-680. <https://doi.org/10.1126/science.103.2684.677>
- Svendsen, S., Berg, B., Paulsen, V., Garvik, M. & Valenta, M. (2018). Kunnskapsoppsummering om enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. Hentet fra: <https://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/Kunnskapsoppsummering-om-enslige-mindre%C3%A5rige-asyls%C3%B8kere-og-flyktninge.aspx>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2019). Global trends. Hentet fra <https://www.unhcr.org/globaltrends2018/>
- Utlendingsdirektoratet (2020, 23. januar). Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere (2019). Hentet fra: <http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-20182/>
- Utlendingsdirektoratet. (2020, 4.september). Asylsøknader enslige mindreårige asylsøkere (2020). Hentet fra: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-2020/>
- Vervliet, M., Demott, M. A. M., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T. & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 33-37. <https://doi.org/10.1111/sjop.12094>
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 337-346, <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0463-1>
- Wasserstein, R. L., Schirm, A. L. & Lazar, N. A. (2019). Moving to a World Beyond “ $p < 0.05$ ”. *The American Statistician*, 73(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/00031305.2019.1583913>

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center

Wu, H. & Leung, S. O. (2017). Can Likert Scales be Treated as Interval Scales? – A Simulation Study. *Journal of Social Service Research*, 43(4), 527-532.
<https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1329775>

Vedlegg/ Appendiks

Måleinstrumenter

Generell psykisk helse: HSCL-37A

Instruksjon: Nå kommer en liste over ulike følelser ungdom kan ha og måter de kan oppføre seg på. Fortell hvor ofte du har hatt disse følelsene eller hvor ofte du har oppført deg på denne måten i løpet av **den siste måneden** ved å sette et kryss i ruten som passer best.

		Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært ofte
1.	Blitt plutselig redd uten grunn				
2.	Har følt meg rastløs, kan ikke sitte				
3.	Blitt fort sint				
4.	Drukket alkohol i helgene				
5.	Følt meg engstelig/redd				
6.	Gitt meg selv skylden for ting som skjer				
7.	Plaget eller truet andre				
8.	Røkt sigaretter				
9.	Besvimt, følt meg svimmel og slapp				
10.	Hatt lett for å gråte				
11.	Ødelagt andres ting				
12.	Følt meg nervøs eller skjelven inni meg				
13.	Hatt manglende seksuell interesse				
14.	Startet slåsskamper				
15.	Følt at jeg har lite energi eller vært sløv				
16.	Hatt hjertebank eller rask puls				
17.	Hatt dårlig appetitt				
18.	Såret noen med vilje				
19.	Følt meg skjelven				
20.	Hatt vansker med å sovne eller våknet lett				
21.	Har kranglet ofte				
22.	Har følt meg anspent eller oppjaget				
23.	Har tenkt at fremtiden er håpløs				
24.	Ikke klart å interessere meg for ting				
25.	Drukket alkohol i løpet av uka				
26.	Hatt hodepine				
27.	Følt meg trist				
28.	Brukt sovepiller eller beroligende midler				
29.	Blitt plutselig vettskremt eller fått panikk				
30.	Følt meg ensom				
31.	Hatt tanker om å ta livet mitt				
32.	Følt meg innesperret eller fanget				
33.	Har bekymret meg for mye				
34.	Har stjålet ting				
35.	Har følt at alt er et ork				
36.	Har følt meg verdiløs				
37.	Har brukt stoff (hasj, kokain, LSD, amfetamin)				

Posttraumatiske stressymptomer: CPSS

Nedenfor finner du en liste med plager og problemer som ungdom noen ganger opplever etter at de har opplevd en oppskakende hendelse. Slike plager kalles symptomer på posttraumatisk stress. Les hver av dem nøye og sett en sirkel rundt det tallet (0 – 3) som best beskriver hvor ofte problemet har plaget deg **de siste to ukene**.

0	1	2	3
Ikke i det hele tatt	En gang i uken eller mindre/ en gang i blant	2 til 4 ganger i uken/ halvparten av tiden	5 ganger i uken/ nesten hele tiden

- (1) 0 1 2 3 Oppskakende tanker eller bilder av hendelsen(e) har dukket opp i hodet ditt når du ikke ville det
- (2) 0 1 2 3 Har hatt vonde drømmer eller mareritt
- (3) 0 1 2 3 Handlet eller følt som om hendelsen(e) skjedde igjen (hørt noe eller sett et bilde av det og følt det som om jeg var der igjen)
- (4) 0 1 2 3 Følt deg oppskaket når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e) (for eksempel følt deg redd, sint, trist eller skyldig osv.)
- (5) 0 1 2 3 Har hatt kroppslige reaksjoner når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e), (for eksempel begynt å svette, fått hjertebank)
- (6) 0 1 2 3 Prøvd å ikke tenke på, snakke om eller ha følelser om hendelsen(e)
- (7) 0 1 2 3 Prøvd å unngå aktiviteter, mennesker eller steder som minner deg om de(n) traumatiske hendelsen(e)
- (8) 0 1 2 3 Ikke klart å huske viktige deler av de(n) oppskakende hendelsen(e)
- (9) 0 1 2 3 Har vært mye mindre interessert i, eller ikke gjort, de tingene du pleide å gjøre
- (10) 0 1 2 3 Ikke følt deg nær menneskene rundt deg
- (11) 0 1 2 3 Ikke klart å ha sterke følelser (for eksempel ikke klart å gråte, eller ikke klart å være veldig glad)
- (12) 0 1 2 3 Følt at dine planer eller håp for fremtiden ikke kommer til å skje (for eksempel at du ikke vil få jobb eller bli gift eller få barn)
- (13) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å sovne eller sove gjennom natten

- (14) 0 1 2 3 Følt deg irritabel eller hatt raseriutbrudd
- (15) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å konsentrere deg (for eksempel mistet tråden i en film på TV, glemt hva du har lest, ikke greid å følge med på skolen)
- (16) 0 1 2 3 Har vært overdrevent forsiktig (for eksempel sjekket hvem eller hva som er rundt deg)
- (17) 0 1 2 3 Har vært nervøs eller lettskremt (for eksempel når noen kommer gående bak deg)

Vær så snill å indikere om de problemene du har vurdert ovenfor har påvirket noen av de følgende områdene i livet ditt den siste uken. Lag en sirkel rundt J for Ja og N for Nei.

- (22) J N Morsomme aktiviteter og hobbyer
- (23) J N Forhold til venner
- (24) J N Skolearbeid
- (25) J N Forhold til familien din
- (26) J N Plikter og oppgaver hjemme
- (27) J N Generelt hvor fornøyd du er med livet