



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

MED OVISSHETEN SOM FÖLJESLAGARE

**-OLIKA AKTÖRERS ERFARENHETER AV HÄLSA OCH OHÄLSA
HOS ENSAMKOMMANDE FLYKTINGBARN**

Emma Vennman, Lisa Ånskog

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5300
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2015/ Vt 2016
Handledare:	Carina Sparud Lundin
Examinator:	Karin Ringsberg

Titel (svensk):	Med ovissheten som följeslagare – olika aktörers erfarenheter av hälsa och ohälsa hos ensamkommande flyktingbarn
Titel (engelsk):	Uncertainty as a companion – different professionals experiences of health and illhealth among unaccompanied refugee minors
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2015/ Vt 2016
Handledare:	Carina Sparud Lundin
Examinator:	Karin Ringsberg
Nyckelord:	Kvalitativ innehållsanalys, ensamkommande flyktingbarn, erfarenheter, hälsa och ohälsa

Sammanfattning:

Bakgrund: Miljontals människor befinner sig idag på flykt från sina ursprungsländer. En särskilt utsatt grupp bland dessa flyktingar är de ensamkommande flyktingbarnen. Dessa barn är en extra sårbar grupp som behöver trygghet för att kunna uppnå hälsa. Detta ställer nya krav på olika aktörer inom vård och omsorgsarbete.

Syfte: Syftet med studien är att fånga hur olika aktörer runt ensamkommande flyktingbarn beskriver barnens behov samt hur de ser på det egna ansvaret och de utmaningar som finns i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn.

Metod: En kvalitativ ansats valdes som metod. Data har samlats in genom tio kvalitativa intervjuer med aktörer som arbetar med ensamkommande flyktingbarn inom vård och omsorg. Materialet har sedan analyserats med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom två kategorier, *aktören och barnet* samt *aktörer i samverkan*. Båda kategorierna genererades utifrån ett antal subkategorier. Ett genomgående tema; *ovissheten som följeslagare* växte fram under dataanalysen. Ovissheten var ständigt närvarande hos både barnen och aktörerna på flera olika sätt.

Slutsats: Studien bidrar till ökad förståelse för ensamkommande flyktingbarns specifika behov av vård och omsorg samt vilka utmaningar aktörer runt dessa barn möter och hur aktörerna ser på sitt ansvar i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn. Fler studier krävs inom detta område för att skapa förutsättningar för evidensbaserad vård och omsorg av dessa barn.

Nyckelord: Kvalitativ innehållsanalys, ensamkommande flyktingbarn, erfarenheter, hälsa och ohälsa.

Abstract:

Introduction: Millions of people are now fleeing their countries. An specially exposed group amongst these refugees are the unaccompanied refugee minors. These minors are a particularly vulnerable group in need of safety to achieve health which imply new demands on social-, health- and medical care.

Aim: The aim of the study is to capture how different professionals working with unaccompanied refugee minors describe the needs among these children and their views on their own responsibilities and the existing challenges in relation to health and ill-health among these children.

Method: A qualitative approach was chosen. Data was collected by means of ten qualitative interviews. with professionals in social-, health- and medical care, working with unaccompanied refugee minors. The data was analyzed using a qualitative content analysis.

Result: Two categories evolved in the result, *the child and the professional actor and professional actors in cooperation*. Both categories were generated from several subcategories. An underlying theme: *uncertainty as a companion* emerged during the data analysis. The uncertainty was constantly present in different ways for both the children and the professional actors.

Conclusion: This study contributes to an increased understanding of unaccompanied refugee minors specific needs for social-, health- and medical care. Moreover to the challenges actors around these children face and how they look at their responsibilities in relation to health and illhealth of these children. More studies are needed in this area to create opportunities for evidence based care for these children.

Keywords: Qualitative content analysis, unaccompanied refugee minors, experiences, health and illhealth

Förord:

Vi vill härmed framföra vårt djupaste tack till alla som ställt upp och engagerat sig så att detta examensarbete kunnat bli verklighet. Ett särskilt stort tack vill vi rikta till Carina Sparud-Lundin vars stora engagemang och stöttande varit ovärderligt.

/Emma och Lisa

Flykten valde oss

Fågeln väljer flykten. Vi valde den icke.

Flykten valde oss. Därför är vi här.

Ni som ej blev valda – men ändå frihet äger,

hjälp oss att bära den tunga flykt vi bär!

Bojan väljer foten. Vi valde att vandra.

Natten var barmhärtig. Nu är vi här.

Ni är för många, kanske den frie trygge säger.

Kan vi bli för många som vet vad frihet är?

Ingen väljer nöden. Vi valde den icke.

Den valde oss på vägen. Nu är vi här.

Ni som ej blev valda! Vi vet vad frihet väger!

Hjälp oss att bära den frihet som vi bär!

-Stig Dagerman

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HISTORIK	1
MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER.....	2
<i>Ursprung och tillämpning</i>	2
<i>Rätten till hälsa</i>	2
<i>Barnkonventionen</i>	3
<i>Rätten att söka asyl</i>	3
<i>Ensamkommande flyktingbarn</i>	3
OLIKA AKTÖRERS ANSVARSOMRÅDE VID MOTTAGANDE AV ENSAMKOMMANDE FLYKTINGBARN.....	4
<i>Migrationsverket</i>	4
<i>Kommunen och socialtjänsten</i>	4
<i>God man</i>	5
<i>Särskilt förordnad vårdnadshavare</i>	5
<i>Hälsa- och sjukvård</i>	5
TEORETISK REFERENSRAM	7
<i>Sårbarhet</i>	7
<i>Trygghet</i>	7
<i>Hälsa</i>	7
TIDIGARE FORSKNING.....	8
<i>En sårbar grupp</i>	8
<i>Hälsa och ohälsa hos ensamkommande barn</i>	8
<i>Betydelsen av socialt stöd</i>	9
<i>Aktörernas roll</i>	10
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
METOD	11
<i>Design</i>	11
<i>Urval</i>	12
<i>Datainsamling och genomförande</i>	12
<i>Dataanalys</i>	12
<i>Etiska aspekter</i>	13
RESULTAT	14
AKTÖREN OCH BARNET	15
AKTÖRER I SAMVERKAN	20
OVISSHETEN SOM FÖLJESLAGARE.....	22
DISKUSSION	23
METODDISKUSSION.....	23
RESULTATDISKUSSION.....	25
KONKLUSION	29
KLINISKA IMPLIKATIONER	29
REFERENSLISTA	31

BILAGOR

Bilaga 1. Intervjuguide

Bilaga 2: Forskningspersonsinformation

Inledning

Miljontals människor befinner sig nu, under mitten av 2010-talet på flykt. Från januari till mitten av december 2015 har 900 000 människor korsat medelhavet för att komma till Europa, uppger FN:s flyktingorgan United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2015). Det här är den största flyktingtillströmning Europa upplevt i modern tid. Bakom dessa siffror finns även barn under 18 år som tvingats fly ensam utan vårdnadshavare, så kallade ensamkommande flyktingbarn. Under år 2014 sökte cirka 7 000 ensamkommande flyktingbarn asyl i Sverige vilket kan jämföras med siffror från januari till november år 2015 då drygt 30 000 ensamkommande flyktingbarn sökte asyl i Sverige, enligt Migrationsverket (2015). Barnen kommer främst från Afghanistan, Syrien, Somalia och Eritrea. Bland dessa barn är de flesta pojkar. Endast 8% är flickor (Migrationsverket, 2015, december). Alla barn ska skyddas från krig enligt Barnkonventionen och alla barn har också rätt till liv och överlevnad, en social trygghet och en barndom (Regeringskansliet, 2014).

Eftersom ensamkommande flyktingbarn är en växande grupp i Sverige ställer det nya krav på vård och omsorgsarbetet. Detta är barn som flytt från traumatiska omständigheter, som krig och förföljelse. De har dessutom separerats från sina familjer. Barnen har också med sig erfarenheter av att resa långa sträckor under farliga omständigheter. Detta gör dem till en extremt sårbar grupp. De traumatiska upplevelser barnen bär med sig har stor påverkan på deras hälsa och välbefinnande under den första tiden i det nya landet. På längre sikt finns dock möjlighet för barnen att kunna hantera tidigare upplevelser, om de får rätt sorts stöd. Däremot kan misstänkliggörande, våld och att mötas av främlingsfientlighet vara riskfaktorer för fortsatt ohälsa hos barnen. De behöver bemötas med respekt, omsorg och kunskap för att kunna kompensera de avbrott i omsorgen de fått erfar och de behöver trygga och kärleksfulla vuxna omkring sig (Ascher, 2009). Barnkonventionen erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa samt barnets rätt till sjukvård och rehabilitering (Regeringskansliet, 2014). Vidare skall konventionsstaterna sträva efter att säkerställa att alla barn får ta del av nödvändig sjukvård och hälsovård (Regeringskansliet, 2014). Detta kräver att de aktörer inom vård och omsorg som möter dessa barn har kunskap om barnens specifika behov och den situation de befinner sig i (Ascher, 2009). Som blivande specialistsjuksköterskor med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar kan sådan kunskap bidra till kunskapsutveckling både inom barnhälsovård, skolhälsovård och i öppen och sluten barnsjukvård.

Bakgrund

Historik

Sverige har stor erfarenhet av att ta emot ensamkommande flyktingbarn. Under krigsåren 1939-1945 kom 70 000 finska barn ensamma till Sverige. Dessa barn var mellan 6 månader och 15 år. Ofta fick de finska barnen flytta fram och tillbaka mellan Sverige och Finland beroende på krigsläget. Hur de finska krigsbarnen klarade av att leva med sina traumatiska upplevelser berodde till stor del på hur de togs emot i det nya landet; Sverige. Vikten av att knyta kärleksfulla relationer till någon vuxen som kunde hjälpa dem bearbeta vad som hänt har lyfts i flera doktorsavhandlingar och i skönlitteratur om denna period (Brendler-Lindqvist, 2004).

Mellan år 1938-1939 kom 500 judiska flyktingbarn till Sverige. Dessa barn var mellan 1 och 16 år och kom till Sverige genom judiska församlingens barnkvot. De kom från Tyskland, Österrike, dåvarande Tjeckoslovakien och Polen. Bland dessa barn hamnade några i gruppboenden. Det har

visat sig att dessa barn hade lättare att hålla fast vid sitt kulturella arv. De kunde samtala med sina medboende på det egna språket och de delade kultur och historia med varandra. När kriget sedan tog slut har många kunnat vittna om vilken skuld det inneburit att tillhöra de få överlevande. Av de judiska flyktingbarnen har 18 % tagit universitetsexamen och flera av dessa har disputerat. Det är intressant sett till de dåliga förutsättningar som fanns för dem när det gällde att anpassa sig och mot bakgrund av deras traumatiska upplevelser (Brendler-Lindqvist, 2004).

Mänskliga Rättigheter

Ursprung och tillämpning

Förenta Nationerna (FN) har utformat det vi kallar de mänskliga rättigheterna. Redan före andra världskriget hade flera stater egna lagar om medborgares rättigheter gentemot staten, men det fanns få internationella regler som gällde mellan de olika staterna. Efter andra världskrigets erfarenheter fanns en stark vilja att skapa gemensamma överenskommelser om universella och odelbara rättigheter så att liknande övergrepp aldrig skulle kunna ske i framtiden. År 1948 skapades för första gången i världshistorien internationella överenskommelser kring mänskliga rättigheter (FN-förbundet, 2008). Utgångspunkten för dessa lagar och regler är att alla människor har lika värde och samma rättigheter. Centralt är att ingen ska diskrimineras. De mänskliga rättigheterna omfattar grundläggande friheter såsom, yttrandefrihet, religionsfrihet och mötesfrihet. De innefattar också skydd mot övergrepp, som slaveri och tortyr. En mänsklig rättighet är också att få grundläggande behov tillgodosedda, vilket till exempel innebär rätten till mat, boende och sjukvård. Alla mänskliga rättigheter är lika viktiga. De kan heller inte fråntas människor. Varje enskild person har dessa rättigheter, de är alltså individuella (UN, 2015). De mänskliga rättigheterna är nedskrivna i internationella dokument som ofta kallas deklarationer och konventioner. Deklarationer är målsättningar som olika stater enats om. De är alltså inte juridiskt bindande. Ett exempel på en deklaration är deklarationen om de mänskliga rättigheterna. Konventioner är internationella dokument som ofta arbetats fram i internationella organisationer, såsom Europarådet och FN. Konventionerna har tydligare mål och är ofta juridiskt starkare. Varje stat får genom ett eget beslut ratificera konventionerna, vilket innebär att konventionerna blir juridiskt bindande. Staten har då som skyldighet att respektera, skydda och uppfylla rättigheterna i konventionerna (FN-förbundet, 2008). I princip är det den stat där individen befinner sig som är ansvarig för att individens mänskliga rättigheter följs.

Rätten till hälsa

I FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (artikel 12.1) tas rätten till hälsa fram som en grundläggande mänsklig rättighet (FN-förbundet, 2008). Det innebär inte att någon kan garanteras att alltid vara frisk men de stater som ansluter sig till denna konvention har en skyldighet att göra allt för att verka hälsofrämjande för sin befolkning. Rätten till hälsa innefattar rätten till kontroll över sin egen kropp och rätten till frihet från tortyr och övergrepp. Även rätten att inte bli utsatt för medicinska experiment eller medicinsk behandling utan eget godkännande innefattas här. Varje människa har rätt till ett hälsosystem där alla människor får samma möjligheter till att uppnå bästa möjliga hälsa. Även tillgång till mat, rent vatten, boende, sanitet, hälsosam miljö och säkra, hälsosamma arbetsförhållanden tas upp i denna konvention. Slutligen står det här att rätten till att få uppleva hälsa är den grundläggande förutsättningen för en människa för att sedan kunna ta del av alla övriga mänskliga rättigheter (FN-förbundet, 2008).

Barnkonventionen

För barn finns en speciellt framtagen konvention ”Konventionen om barnets rättigheter”. Barn definieras i socialtjänstlagen kap 1, 2 §. som varje människa under 18 år (SFS 2001:453). FN:s Barnkonvention har samma definition av vad ett barn är (Regeringskansliet, 2014). Sverige är en av de stater som har ratificerat Barnkonventionen, vilket innebär att Sveriges regering ansvarar för att se till att alla myndigheter följer barnets rättigheter. Det innebär i praktiken att alla som arbetar inom t ex hälso- och sjukvården ska arbeta för att alla patienter får sina rättigheter till bästa möjliga hälsa tillgodosedda (Regeringskansliet, 2014).

Barnkonventionen utgår från att alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter. Alla barn har rätt till en barndom där de kan leva och utvecklas. Detta är i första hand föräldrarnas ansvar men i de fall där föräldrarna inte är kapabla till detta är det staternas ansvar. De barn som varit med om vanvård, utnyttjande, försummelse, tortyr, väpnade konflikter eller annan omänsklig behandling, har rätt till rehabilitering och social återanpassning. I artikel 22 står det specifikt att flyktingbarnet har rätt till skydd och hjälp om det kommer ensamt eller tillsammans med sin förälder eller annan person (Regeringskansliet, 2014).

Rätten att söka asyl

Att söka asyl innebär att söka skydd i ett annat land i väntan på att få uppehållstillstånd. Under asylprocessen är det Migrationsverket som ansvarar för att asylsökande har boende om de inte kan ordna detta själva. Migrationsverket kan också bistå med dagersättning (Migrationsverket, 2014). Som asylsökande omfattas man av lagen om mottagning av asylsökande (SFS 1994:137).

Ensamkommande flyktingbarn

Ensamkommande barn, som begrepp används mer och mer i Sverige men det finns olika definitioner av begreppet. I regeringens proposition (2005/06:46) presenteras några av de olika definitionerna. I FN:s rapport från 2001 definieras ett ensamkommande barn som följande: ”ett ensamkommande barn är en person under 18 år som är åtskild från båda sina föräldrar eller från en person som enligt lag eller sedvana har det primära ansvaret för barnet. FN:s flyktingorgan United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) använder även uttrycket ”unaccompanied/separated children”. Detta begrepp innefattar även barn som efter ankomsten till det nya landet lämnas utan vuxen företrädare. EU definierar ensamkommande barn som medborgare i ett land utanför EU som är yngre än 18 år och som anländer till medlemsstaternas territorium utan att vara i sällskap med en vuxen som enligt lag eller sedvana ansvarar för dem och så länge de inte faktiskt tas om hand av sådan person. Barn som anländer ensamma såväl som barn som lämnas ensamma efter ankomsten till Sverige bör innefattas i begreppet ensamkommande barn (Prop. 2005/06:46). Sverige har antagit FN:s barnkonvention och är därför skyldigt att erkänna det ensamkommande flyktingbarnets rättigheter. Ett asylsökande barn har rätt att komma till tals och varje barn har rätt att få tala och bli lyssnad på. Ett barns asylskäl ska också behandlas enskilt. Då asylskäl ska prövas ska handläggningen anpassas efter barnets hälsa, ålder och mognad. Barnet har rätt att ha med sig en vuxen. Då barnet saknar förälder eller annan anhörig kan denne vuxne vara barnets gode man och/eller ett offentligt biträde (Migrationsverket, 2014).

Enligt Barnkonventionen har alla barn rätt att få vara med sin familj (Regeringskansliet, 2014). Svenska myndigheter, närmare bestämt Migrationsverket, har därför ett ansvar att försöka hitta barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare. Detta arbete ska ske parallellt med utredningen av asylansökan. I första hand eftersöks om barnet kan förenas med sin familj i ursprungslandet. Är detta inte tryggt, arbetar myndigheter för att barnet ska kunna återförenas i ett annat land där

familjen befinner sig. Är detta inte heller möjligt kan återföreningen ske i Sverige. Beroende på vilken typ av uppehållstillstånd barnet fått, kan även familjen få uppehållstillstånd i Sverige (Migrationsverket, 2014).

Alla barn har också rätt att gå i skolan, vilket är kommunernas ansvar. Barn som har uppehållstillstånd, permanent eller tidsbegränsat har skolplikt. Barn som är asylsökande har inte skolplikt men de har rätt till utbildning (Socialstyrelsen, 2015).

Olika aktörers ansvarsområde vid mottagande av ensamkommande flyktingbarn

Migrationsverket

Personer som vill söka asyl i Sverige, kan göra detta vid landsgränsen till polisen, som sedan lämnar ärendet vidare till Migrationsverket eller direkt till Migrationsverkets ansökningsenheter. Där får den asylsökande lämna ett fingeravtryck, berätta vem han/hon är och hur han/hon har rest till Sverige. Först bedömer Migrationsverket om Sverige, eller något annat land ska ha ansvaret för asylprövningen. Sker asylprövningen i Sverige ska den asylsökande redogöra för varför han/hon behöver asyl. Här har den som söker asyl rätt till tolk och juridisk hjälp vid behov. Under denna tid ska Migrationsverket erbjuda boende (Migrationsverket, 2014). Migrationsverket prövar om den som söker asyl har rätt till uppehållstillstånd enligt utlänningslagen (SFS 2005:716). Att få ja på sin ansökan innebär att få stanna i Sverige så länge man vill. I vissa fall kan Migrationsverket utfärda tillfälliga uppehållstillstånd. Enligt regeringens proposition (2015/16:174), som överlämnades till riksdagen den 28 april 2016, föreslår regeringen att tillfälliga uppehållstillstånd ska börja gälla under en begränsad tid. Här föreslås att alla asylsökande ska kunna få tillfälliga uppehållstillstånd förutom kvotflyktingar som ska fortsätta beviljas permanenta uppehållstillstånd. Detta innebär att även ensamkommande flyktingbarn kan komma att beviljas tillfälliga uppehållstillstånd. Att få uppehållstillstånd innebär att bli utskriven från Migrationsverket och att kommunen man bor i tar över ansvaret (SFS 2005:716). Under asylprocessen är det Migrationsverket som har det övergripande ansvaret för mottagandet av ensamkommande flyktingbarn, men det praktiska mottagandet görs i en kommun (Socialstyrelsen, 2015).

Kommunen och socialtjänsten

När ett ensamkommande flyktingbarn anlant till Sverige och sökt asyl är det socialtjänsten i kommunen dit barnet kommer (ankomstkommunen) som ska ordna ett tillfälligt boende samt utreda och möta just det barnets behov av hjälp och stöd. Socialnämnden ansvarar för denna utredning. Migrationsverket ansvarar för att barnet sedan anvisas till en anvisningskommun (SFS 1994:137). När barnet anvisats till denna kommun, är det socialnämnden där som ansvarar för att barnet får ett boende och att barnets behov utreds och tillgodoses (SFS 2001:453). Socialnämnden ska arbeta för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden.

Anvisningskommunen är ansvarig för att barnet har ett boende och får den hjälp och stöd det behöver under placeringstiden. Anvisningskommunen står för det sammanhållna vårdansvaret (Socialstyrelsen, 2015). Det behöver dock inte betyda att barnet bor i den kommun som är anvisningskommun, men anvisningskommunen och dess socialnämnd ansvarar för barnet. socialtjänsten i anvisningskommunen behöver i flera fall samverka och samarbeta med kommunen där barnet faktiskt bor, men barnet är ankomstkommunens ansvar fram tills barnet flyttas över till den kommun det bor i, barnet lämnat Sverige eller tills dess att barnet inte längre har ett vårdbehov (Socialstyrelsen, 2015).

Det är socialtjänsten i anvisningskommunen som ska hitta ett boende till det ensamkommande barnet, utifrån de behov varje enskilt barn har. De vanligaste boendena kan vara i form av familjehem, jourhem eller HVB-hem för ensamkommande barn och unga, där HVB står för hem för vård eller boende (Socialstyrelsen, 2015). Hur barnen placeras styrs av Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), Socialtjänstförordningen (SFS 2001:937), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (SOSFS 2003:20) och Socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende (SOSFS 2012:11). Socialnämnden i anvisningskommunen ska också verka för att det ensamkommande barnet får god hälso- och sjukvård samt en lämplig utbildning (Socialstyrelsen, 2015).

God man

Alla personer under 18 år är omyndiga i Sverige. Därför kan de inte ingå avtal eller själva föra sin talan inför myndigheter. På grund av detta behöver ensamkommande flyktingbarn ha en ”god man”. När en god man utsetts blir han/hon barnets förmyndare och vårdnadshavare och ansvarar för barnets personliga, rättsliga och ekonomiska angelägenheter. En god man är i föräldrarnas ställe, men har inte ansvar för den dagliga omsorgen (Socialstyrelsen, 2015) Enligt lag ska en god man utses så snart det är möjligt (SFS 2005:429). I Göteborg är det överförmyndarnämnden som tillsätter gode män (Överförmyndarförvaltningen, 2015).

Särskilt förordnad vårdnadshavare

Då barnet beviljats uppehållstillstånd i Sverige, permanent eller tidsbegränsat, ska en särskilt förordnad vårdnadshavare utses. Detta ska socialnämnden i barnets vistelsekommun ansöka om. Rent juridiskt är uppdraget detsamma som för en god man, men uppdraget är mer inriktat på en långsiktig planering och på barnets integration (Socialstyrelsen, 2015). Den särskilt förordnade vårdnadshavaren ska sörja för att barnet får trygghet, omvårdnad och en god fostran (SFS 1949:381).

Hälso- och sjukvård

Alla barn har rätt till samma hälso- och sjukvård samt tandvård, oavsett om de är asylsökande eller inte. Detta är lag i Sverige och återfinns i lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344).

Alla asylsökande har rätt till en hälsoundersökning i samband med ankomsten till Sverige. (SFS 2008:344, SOSFS 2013:25). Det är landstingen som ska erbjuda detta (Socialstyrelsen, 2015). I hälsoundersökningen samtalar det ensamkommande flyktingbarnet och vårdpersonal kring barnets fysiska och psykiska hälsotillstånd, nu och tidigare. Hur ser barnets psykosociala situation ut och hur påverkar de traumatiska upplevelserna barnets hälsotillstånd? I samtalet ska de också tala om och undersöka barnets vaccinationsstatus. Har barnet varit utsatt för smittorisk eller finns det andra oklarheter ur smittskyddssynpunkt? En läkare ska göra en helkroppsundersökning och ordinera prover utifrån de behov som kommit fram i samtalet (Socialstyrelsen, 2015). Vad som ska ingå i en hälsoundersökning och i samtalet kring hälsa bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. (SOSFS 2011:11). Målet med hälsoundersökningen är en medicinsk bedömning, där barnets behov av vård och andra åtgärder ska framkomma. Socialtjänsten, som ansvarar för att barnets behov av hälso- och sjukvård tillgodoses, behöver denna undersökning som underlag för att tillsammans med socialsekreterare kunna planera åtgärder och insatser för att kunna möta barnets behov. Detta skall ske genom samverkan med olika aktörer (Socialstyrelsen, 2015). I Göteborgs kommun anmäler Migrationsverket uppgifter om barnets namn och adress samt god man (om detta finns) till Västra Götalandsregionens asylenhet. Härifrån skickas sedan uppgifterna vidare

till berörd vårdinrättning som sedan skickar en kallelse till barnet och den gode mannen. Kallelsen ska skickas ut inom tre månader. Många ensamkommande barn i Göteborg kallas till en flyktingmedicinsk mottagning (Göteborgs Stad, 2013).

Elevhälsan i skolan ska finnas till för nyanlända elever på samma villkor som för alla andra elever. Detta innebär att varje barn har rätt till hälsobesök och allmänna hälsokontroller. Barnen ska också erbjudas begränsade hälsokontroller såsom syn- och hörselkontroller. Vaccin och ett kompletterande vaccinationsskydd ska också erbjudas eleverna (Socialstyrelsen, 2015).

Barnsjuvsköterskans ansvarsområde

Organisationen International Council of Nurses (ICN) har arbetat fram en etisk kod för sjuvsköterskor. Koden syftar till att, oberoende av nationella lagar, vägleda och samla alla världens sjuvsköterskor till ett gemensamt förhållningssätt. Koden grundar sig på respekt för de mänskliga rättigheterna. Enligt ICN:s etiska kod för sjuvsköterskor är sjuvsköterskans fyra grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Omvårdnad ska ges respektfullt oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, nationalitet och social ställning. Vidare står det i den etiska koden att sjuvsköterskan erbjuder vård till enskilda personer, familjer och allmänheten. Sjuvsköterskan samordnar sitt arbete med andra yrkesgrupper. Tillsammans med samhället delar sjuvsköterskan ansvar för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens och, i synnerhet, sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov (International Council of Nurses, 2014).

Riksföreningen för barnsjuvsköterskor och Svensk Sjuvsköterskeförening har tillsammans arbetat fram en kompetensbeskrivning för legitimerad sjuvsköterska med specialistsjuvsköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Den beskriver den professionella kunskap, färdighet och kompetens en specialistsjuvsköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar bör besitta (Riksföreningen för barnsjuvsköterskor, 2008). Härmed kommer specialistsjuvsköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar benämnas barnsjuvsköterska, då kompetensbeskrivningen använder denna benämning. Kompetensbeskrivningen innehåller framtagna rekommendationer som ska ge barnsjuvsköterskan underlag och vägledning i sitt arbete, så att barn och ungdomar ska få en säker och trygg vård. Beskrivningen har sin grund i Barnkonventionen och nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB:s standard). Kompetensbeskrivningen syftar också till att styrka professionen (Riksföreningen för barnsjuvsköterskor, 2008).

För barnsjuvsköterskor, som arbetar med ensamkommande flyktingbarn inom barnhälsovård, skolhälsovård och i öppen- och slutna barnsjukvård, finns det i kompetensbeskrivningen aktuella rekommendationer för att kunna ge barn och ungdomar en trygg och säker vård. Här står bland annat att barnsjuvsköterskan bör ha fördjupade kunskaper, färdigheter och kompetens om barns fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella behov. Då barnet lider av fysisk, psykisk, social, existentiell, psykosocial eller psykosomatisk ohälsa bör barnsjuvsköterskan ha fördjupad kunskap, färdighet och kompetens när det gäller den omvårdnad som bedrivs (Riksföreningen för barnsjuvsköterskor, 2008). Vårdandet av barn, sker i samverkan med andra yrkeskategorier. I de fall barn far illa, eller riskerar att fara illa bör barnsjuvsköterskan ha kunskaper, färdigheter och kompetens att upptäcka eller uppmärksamma detta i sitt arbete. I samarbete med barnet, dess närstående, andra vårdgivare och myndigheter, ska barnsjuvsköterskan se till att barnet får vård och/eller annat omhändertagande. I kompetensbeskrivningen uppmärksammas också att barnsjuvsköterskan har fördjupade kunskaper, färdigheter och kompetens om betydelsen av samverkan med olika aktörer som andra aktörer i vårdkedjan, men också personal som företräder

andra yrken och verksamheter kring barns omsorg och behandling. Samverkan rör också olika myndigheter och organisationer som berör barns miljö, uppväxt, utveckling, vård och omsorg (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008).

Teoretisk referensram

I detta examensarbete tillämpas tre vårdvetenskapliga begrepp, hälsa, sårbarhet och trygghet. Samtliga begrepp är kopplade till det problemområde som lyfts fram och utgör den teoretiska referensramen. Den teoretiska utgångspunkten är att det ensamkommande flyktingbarnet är sårbart och behöver trygghet för att kunna uppnå hälsa.

Sårbarhet

Berg (2006) skriver att den vårdande relationen är en balans mellan sårbarhet och värdighet. Vården kan, om en helhetssyn tillämpas, minska sårbarheten och upprätta värdigheten (Berg, 2006). Sårbarhetens omfattning är relaterat till risken en människa har att utsättas för skada eller sjukdom, samt människans förmåga att skydda sig från skada (Arpö & Sandgren, 2013). Sårbarhet är en mänsklig faktor som kan drabba alla oavsett sociala grupperingar eller status. Socialt utsatta människor är mer mottagliga för riskfaktorer, vilket ökar deras sårbarhet (Arpö & Sandgren, 2013). Arpö och Sandgren (2013) beskriver i deras begreppsanalys om sårbarhet att det engelska ordet för *sårbar* är *vulnerable* och förklaras i engelska lexikon som att en person är sårbar på grund av att den är svag eller skyddslös, vilket leder till att personen lättare kan såras psykiskt eller fysiskt. Ordet sårbar beskrivs även i svenska lexikon som att vara själsligen känslig, psykiskt känslig, ömtålig eller särskilt utsatt som ett barn (Arpö & Sandgren, 2013). Arpö och Sandgren (2013) beskriver att tillhöra en sårbar grupp i sig kan bidra till en ökad sårbarhet. De skriver också att barn är naturligt sårbara och att emotionella sår ytterligare ökar deras sårbarhet. En tillfogad sårbarhet kan väcka önskan om skydd och trygghet (Arpö & Sandgren, 2013).

Trygghet

Dahlberg och Segesten (2010) skriver att trygghet innebär säkerhet, stabilitet, skydd, frihet från kaos, rädsla och ångslan. Trygghet är att få ordning och struktur i tillvaron, att få gränser och att uppleva rättssäkerhet. Först och främst behöver de grundläggande behoven tillgodoses. Det vill säga fysiska behov som att ha tillgång till mat, dryck, sömn, värme och tak över huvudet. Det är när dessa behov är tillgodosedda som människan börjar sträva efter trygghet. Upplever människan trygghet kan han/hon sträva efter högre behov som tillhörighet, uppskattning, egenvärde, positiv självupplevelse och självförverkligande. Tryggheten är central även om behovet av trygghet inte alltid visar sig direkt (Dahlberg & Segesten, 2010).

Hälsa

Hälso- och sjukvårdens mål är hälsa, enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver i sin bok att hälsa är vårdandets övergripande mål. Vårdpersonalens uppdrag är inte bara att minska lidande utan även att stödja och styrka människors hälsoprocesser och välbefinnande då sjukdomar och annan ohälsa hotar existensen (Dahlberg & Segesten, 2010). Begreppet hälsa är ett mångtydigt och komplext fenomen. Världshälsoorganisationens, WHO's, definition från år 1946 definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. En definition som kritiserats och diskuterats då få människor kan uppnå hälsa utifrån denna definition som snarare kan ses på och tolkas som ett ideal (Dahlberg & Segesten, 2010). Katie Eriksson (1984) som genomförde en begreppsbestämning och analys av hälsa, beskriver att hälsa innebär ett tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande. Hälsa kan beskrivas som ett tillstånd som berör hela människan.

Hälsa uppnås då en människa upplevs vara i jämvikt, att det råder en inre balans samtidigt som det finns en känsla av jämvikt i relationen till medmänniskor och till livet i övrigt (Eriksson, 1984). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver inte hälsa som något konstant utan ett tillstånd som är föränderligt. En individs hälsa påverkas av den värld och livssituation han/hon lever i. Upplevelsen av hälsa påverkas av identitet, dvs vem man är och hur väl man känner och förstår sig själv. Hälsan påverkas också av hur individen i fråga förstår samspelet till andra människor och övriga värden. Identitet, självkänsla och upplevelsen av att kunna vara sig själv och leva det liv man önskar påverkar individens upplevelse av hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010).

Tidigare forskning

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed, CINAHL och psycINFO mellan september till december, 2015. I CINAHL och psycINFO lades kriteriet "peer reviewed" till i sökningarna. Sökord som användes i olika kombinationer var: unaccompanied refugee children, unaccompanied refugee minors, health care, health of unaccompanied refugee minors, safety, belonging, unaccompanied asylum seekers, unaccompanied minors, health services och health. Artiklar skrivna innan år 2007 sorterades bort för att studierna skulle bli så aktuella som möjligt. Störst fokus lades på artiklar från Europa och särskilt norra Europa för att hitta förhållanden mest liknande Sveriges. Av de 10 artiklar som analyserats var fyra artiklar kvalitativa, fyra artiklar kvantitativa och två artiklar litteraturöversikter.

En sårbar grupp

Flera vetenskapliga studiers resultat visar på att ensamkommande flyktingbarn är en extra känslig och sårbar grupp (Majumder, O'Reilly, Karim & Vostanis, 2015; Geltman, Grant-Knight, Ellis & Landgraf, 2008; Thommessen, Corcoran & Todd, 2015; Groark, Sclare & Raval, 2010; Oppedal & Idsoe, 2015). Thommassen et al. (2015) skriver att dessa barn utsätts för större risker än barn som följs av föräldrar, släktingar eller andra vuxna. Marquardt, Krämer, Fischer och Prüfer-Krämer (2015) beskriver att ensamkommande barn därför är den mest sårbara gruppen. Bean, Eurlings-Bontekoe och Spinhoven (2007) skriver i sin artikel att barnen på grund av att de saknar föräldrar riskerar att inte få lära sig de copingstrategier de behöver för att kunna klara påfrestningar och motgångar i livet. Eide och Hjern (2013) menar att detta leder till en ökad sårbarhet. Thommassen et al. (2015), Groark et al. (2010) och Majumder et al. (2015) beskriver i sina studier att barnen när de väl är framme i värdlandet får en ökad stress på grund av väntan på uppehållstillstånd och rädslan för att utvisas. Huemer, Karnik, Voelkl-Kernstock, Granditsch, Dervitch, Friedrich och Steiner (2009) skriver att ensamkommande flyktingbarn är en heterogen grupp men har gemensamt att de är sårbara på grund av det svåra läge de befinner sig i vad gäller asylprocessen, deras stressfyllda förflutna och den känsliga utvecklingsperiod de befinner sig i när dessa händelser drabbar dem.

Hälsa och ohälsa hos ensamkommande barn

Psykisk ohälsa är mycket vanlig bland ensamkommande flyktingbarn, vilket tidigare forskning har fokuserat på (Marquardt et al., 2015). Groark et al. (2010) beskriver att traumatiska händelser i ensamkommande flyktingbarns förflutna kan orsaka posttraumatisk stress medan nya stressfaktorer i värdlandet kan leda till depressionssjukdomar). Ett exempel på en signifikant stressfaktor är som tidigare nämnts, asylprocessen enligt Thommassen et al. (2015).

I en studie av Groark et al. (2010) framkom att när ensamkommande flyktingbarn kände sig sjuka hade de svårt att skilja på fysiska och psykiska problem. Det är därför bra om allmänläkare och socialarbetare är medvetna om att huvudvärk och andra kroppsliga smärtor kan vara uttryck för

psykiska problem (Groark et al., 2010). En studie av Geltman et al. (2008) visar att ensamkommande flyktingbarn som inte mår bra psykiskt söker sig till akutmottagningar eller till skolsköterskan för fysiska besvär som trötthet, huvudvärk, bröstsmärta och magont. I en tysk pilotstudie av Marquardt et al. (2015) undersöktes särskilt fysisk ohälsa hos ensamkommande flyktingbarn. Deras resultat visade att ensamkommande flyktingbarn har komplexa hälsoproblem. Förutom psykisk ohälsa fanns en hög förekomst av infektioner och järnbristanemi. Kroniska sjukdomar var dock ovanliga (Marquardt et al., 2015). Deras resultat visade också på att ensamkommande flyktingbarn från Afrika söder om Sahara i högre grad led av infektioner samtidigt som barnen från västra Asien i högre utsträckning led av psykiska sjukdomar. Politiska och miljömässiga omständigheter verkade reflektera barnens individuella hälsostatus (Marquardt et al., 2015). Ju mer traumatiska erfarenheter ett ensamkommande flyktingbarn varit med om, desto mer ångest hade de (Vervliet, Demott, , Jakobsen, Broekaert, Heir och Derluyn, 2014). Lättillgänglig psykiatrisk hälsovård kan hjälpa dessa barn att få psykologiska verktyg som är nödvändiga för att klara av höga nivåer av osäkerhet, förlust, ångest, negativ stress och emotionell smärta i sina liv (Bean et al., 2007).

Betydelsen av socialt stöd

Sociala relationer och kontakter är av stor betydelse för ensamkommande flyktingbarn (Thommessen et al., 2015). Eide och Hjern (2013) beskriver att ett bra stöd under barnets första år i det nya landet är av stor betydelse för anpassningen på längre sikt. I en studie av Bean et al. (2007) framkom att negativa erfarenheter och traumatiska händelser var fler ju äldre barnen var. Möts ensamkommande flyktingbarn av en öppen, vänlig och stödjande miljö i det nya landet kommer det ha en positiv effekt på barnets förmåga att anpassa sig i samhället (Bean et al., 2007). Thommessen et al. (2015) menar att då barnet däremot kommer till ett land som inte erbjuder gott socialt stöd kan detta bli en större orsak till depressiv sjuklighet än traumatiska upplevelser i ursprungslandet. Eide och Hjern (2013) beskriver att den utbildning och den vård ensamkommande flyktingbarn får under det första året i det nya landet tillsammans med den egna drivkraften att vilja skapa en positiv framtid är nyckelfaktorer till psykisk hälsa och en möjlighet till anpassning på lång sikt. De menar att nyckeln till att främja ett ensamkommande barns kapacitet handlar till största delen om att identifiera och skapa skyddsfaktorer hos både barnet och miljön (Eide & Hjern, 2013). Enligt dessa författare är det viktigt för aktörer kring det ensamkommande barnet att lära sig identifiera faktorer som kan främja motståndskraften hos barnen då detta kan hjälpa dem hantera traumatiska upplevelser. Bland dessa faktorer ingår effektiva copingstrategier samt byggandet av en skyddande och stabil psykosocial vård kring det ensamkommande barnet och dess skolmiljö (Eide & Hjern, 2013). En annan studie (Oppedal et al., 2015) har undersökt det sociala stödets roll för ensamkommande flyktingbarn och deras mentala hälsa efter att de kommit till Norge. Resultatet i denna studie visar att ensamkommande flyktingbarn parallellt med höga nivåer av psykisk ohälsa går igenom normativa anpassningsprocesser och på så sätt återskapar de stöttande nätverk och utvecklar kulturkompetens. Detta kan vara en konsekvens av att de har ambitionen att ”lyckas” i det nya landet (Oppedal et al., 2015). Eide och Hjern (2013) betonar att en adekvat skolgång kan vara avgörande för ett ensamkommande flyktingbarns hälsa. Skolan kan öka barnets trygghet genom att erbjuda dagliga aktiviteter så att varje dag blir strukturerad och förutsägbar. Skolan är viktig för anpassningen till det nya landet då den hjälper barnet att lära sig språket, skapa en vardagsrytm, få en känsla av mening och riktning och att återskapa ett nätverk av jämnåriga. Förutom detta kan skolan skapa en känsla hos barnet av att bara få vara ett ”vanligt” barn (Eide & Hjern, 2013).

En arbetsmodell, framtagen av The National Institute for Clinical Excellence (NICE), för hur man i olika faser behöver arbeta och möta unga flyktingars behov, vid framförallt posttraumatisk stress (PTSD) beskrivs i en studie av Groark et al. (2010). Vikten av unga flyktingars behov av att känna sig trygga och säkra poängteras. Författarna menar att detta kan vara svårt, då barnen befinner sig i en asylprocess som är allt annat än säker. Den första fasen handlar om att möta flyktingens primära och basala behov, som till exempel att ha ett boende. I denna fas ska också stödjande nätverk skapas och förtroendefulla relationer byggas. När detta gjorts kan insatser som terapi påbörjas. Den sista fasen handlar om att flyktingen ska integreras i det nya samhället. I arbetet med alla flyktingar är en holistisk utgångspunkt viktig (Groark et al., 2010). Denna modell bygger inte specifikt på ensamkommande flyktingbarns behov. Groark et al (2010) lyfter frågan om samma modell kan användas på ensamkommande flyktingbarn samt vilka typer av socialt och psykologiskt stöd som behövs för att möta dessa barns behov. En trygg och säker bas runt de ensamkommande barnen behövs för att parallellt kunna arbeta med deras psykiska ohälsa (Groark et al. 2010). Eide och Hjern (2013) skriver att vårdare som kan skapa en nära, långvarig relation med ensamkommande flyktingbarn är av yttersta vikt om barnen ska kunna nå sin fulla potential.

Aktörernas roll

De skandinaviska länderna har haft ett rykte om sig att vara i framkanten när det gäller mänskliga rättigheter och bidrog stort till utformandet av Barnkonventionen. De asylsökande ensamkommande barnen har tänjt på marginalerna av dessa vackra principer, där ”barnets bästa” vägs mot migrationskontroller och integrationspolitik (Eide & Hjern, 2013; Majumder et al., 2015). Eide och Hjern (2013) menar att vårdare hamnar i dilemmat mellan att ta hand om barnen på ett humant sätt samtidigt som de måste rätta sig efter rådande lagar och asylopolitiken. De kan hamna i situationer då de måste ta hand om de barn som fått uppehållstillstånd tillsammans med barn som ska utvisas till sitt hemland (Eide & Hjern, 2013).

Huemer et al. (2009) skriver att psykiatrisk hälso- och sjukvård för ensamkommande flyktingbarn behöver ta hänsyn till barnens specifika behov och problem. Det är viktigt att möjliggöra tillgång till rätt vård för ovanliga sjukdomar och att känna igen emotionella hälsoproblem särskilt när dessa är relaterade till tidigare erfarenheter av våld (Huemer et al., 2009). De modeller och handlingsplaner som finns för att kunna hjälpa och stötta dessa ungdomars psykiska hälsa, bygger i första hand på studier kring barn som flytt från krigshärjade länder tillsammans med vuxet stöd (Groark et al., 2010; Oppedal et al., 2015). Ungdomar som kommer ensamma kan därför behöva en annan typ av hjälp och stöttning än den samhället erbjuder (Groark et al., 2010; Oppedal et al., 2015).

Eide och Hjern (2013) skriver att det är viktigt att vårdare fokuserar på barnets friskfaktorer. Groark et al. (2010) lyfter fram att barnen har en stor återhämtningsförmåga och kan leva nya, produktiva liv, trots ett traumatiskt förflutet. Många ensamkommande flyktingbarn klarar sig bra trots den sårbara situation de befinner sig i. Eide och Hjern (2013) beskriver att ensamkommande flyktingbarns högsta önskningar ofta är stabila, långsiktiga boenden och tydligt definierade nyckelpersoner som kan hjälpa dem att navigera genom byråkratiska institutioner som hälso- och sjukvård, utbildningsinstanser och bostadsmarknaden. Eide och Hjern (2013) fortsätter att beskriva att många också vill ha en ansvarstagande vuxen i sitt liv som kan ta rollen som ett föräldrasubstitut och som vårdare. Det finns anledning att tro att ensamkommande flyktingbarn behöver det som alla andra barn behöver, det vill säga att få uppleva trygghet, tillhörighet och att få lyckas i livet. Ensamkommande flyktingbarn som deltagit i studier har även uttryckt att de önskar bli behandlade som andra barn (Eide & Hjern, 2013).

Problemformulering

Ensamkommande flyktingbarn är en växande grupp i samhället. Det är extremt sårbara individer som ställer helt nya krav på olika aktörer inom vård och omsorg. FN:s deklaration om de grundläggande mänskliga rättigheterna gäller för vuxna såväl som för barn; samma rättigheter för alla människor, Människans lika värde och rätten till hälsa. Sverige har ratificerat Barnkonventionen, vilket innebär att alla som arbetar med barn inom hälso- och sjukvård ska arbeta för att barnen får möjlighet till att uppnå bästa möjliga hälsa. Alla barn har rätt till en barndom där de kan leva och utvecklas. Barnsjuksköterskor har en skyldighet att arbeta mot detta mål. Hur ensamkommande flyktingbarn ska mottas i Sverige styrs av lagar och regler. Flera olika organisationer och myndigheter samarbetar kring det ensamkommande barnet som därmed omges av flera olika aktörer som behöver samverka på ett integrerat sätt.

Tidigare forskning visar att ensamkommande flyktingbarn är en sårbar grupp, då de ofta har ett traumatiskt förflutet och flyr ensamma utan vuxet stöd. Dessa omständigheter utgör ett hot mot hälsan. Ett gott mottagande i det nya landet är av största betydelse för att kunna bearbeta tidigare trauman, vilka annars kan förvärras. Aktörerna kring det ensamkommande flyktingbarnet ansvarar för att skapa en stabil och trygg miljö runt barnet. I en sådan miljö har barnet möjlighet att utvecklas, integreras och bearbeta sitt förflutna.

Genom samverkan med andra vårdgivare i vårdkedjan ska barnsjuksköterskor se till att barnet får god vård och ett gott omhändertagande. I denna studie har vi för avsikt att beskriva erfarenheter från olika aktörer runt ensamkommande flyktingbarn, då det saknas omvårdnadsforskning kring dessa barns behov och samverkan mellan olika aktörer.

Denna kunskap kan bidra till kunskapsutveckling så att de barn och ungdomar som barnsjuksköterskor möter i barnhälsovård, skolhälsovård, öppen och slutna sjukvård kan mötas med den respekt, omsorg och kunskap de behöver, för att få rätt till en barndom och för att få möjlighet att utvecklas på ett hälsosamt sätt.

Syfte

Syftet med studien är att fånga hur olika aktörer runt ensamkommande flyktingbarn beskriver barnens behov samt hur de ser på det egna ansvaret och de utmaningar som finns i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn.

Metod

Design

Eftersom vi ville beskriva fenomenet aktörers erfarenheter, valdes en induktiv kvalitativ ansats, där data samlats in med kvalitativa intervjuer och analyserats med en latent kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ design har en humanistisk utgångspunkt där helheten eftersträvas. När ett fenomen studeras behöver forskaren vara engagerad och involverad i arbetet, då denne/denna är det främsta forskningsinstrumentet i kvalitativa studier (Polit & Beck, 2012). En kvalitativ ansats är vanlig inom omvårdnadsforskning (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv metod valdes då vi ville studera fenomenet utan att förhålla oss till en redan existerande teori. Eftersom fenomenet inte beskrivits i vid bemärkelse tidigare och då det är ett relativt nytt fenomen ville vi studera detta förutsättningslöst, vilket gjorde att en induktiv ansats lämpade sig (Priebe & Landström, 2012).

Urval

För att få en så mångfacetterad bild som möjligt samlades data in från olika professioner, som möter ensamkommande flyktingbarn inom vård och omsorg. Samtidigt som informanterna, i fortsättningen kallade aktörer, hade en del gemensamma kriterier då de alla möter ensamkommande flyktingbarn i sitt arbete inom vård och omsorg, önskades en variation av erfarenheter. Ett strategiskt urval tillämpades därför, där olika yrkeskategorier valdes ut strategiskt för att kunna fånga en så varierad och rik bild av fenomenet som möjligt (Polit & Beck, 2012). Genom de olika infallsvinklarna informanterna gav förväntades en rikare bild av fenomenet (Patton, 2002). Tips på lämpliga aktörer gavs av flyktingbarnteamet i Göteborg. Därefter kontaktades verksamhetschefer och rektorer innan kontakt togs med deras medarbetare. Totalt intervjuades 10 aktörer; en socialsekreterare; en god man; en personal på ett HVB-hem; en förälder i ett familjehem; två skolsköterskor varav en arbetar på grundskola och en på ett gymnasium; en barnsjuksköterska på en barnmedicinsk mottagning, dit flyktingbarn remitteras; en specialistläkare i allmänmedicin (pga att hälsokontrollerna genomförs där); en barnläkare på en flyktingmedicinsk mottagning, samt en barnsjuksköterska på en vårdavdelning där dessa barn ibland vårdas vid akuta tillstånd. Gruppen bestod av åtta kvinnor och två män. Arbetslivserfarenhet av den aktuella rollen varierade från 3 månader till 8 år.

Datainsamling och genomförande

Data har samlats in med hjälp av kvalitativa forskningsintervjuer. Den kvalitativa forskningsintervjumetoden försöker förstå världen utifrån informanternas perspektiv och utveckla vad dessa erfarenheter betyder. Intervju valdes som datainsamlingsmetod då den ger en möjlighet att fånga olika personers upplevelser och uppfattningar av ett fenomen eller ett ämne och för att få en mångsidig bild av det valda fenomenet (Kvale, 2014). Semistrukturerade intervjuer har använts som tillvägagångssätt, där öppna frågor ställts för att ge möjlighet till rikare svar (Polit & Beck, 2012). En tematisk intervjuguide (bilaga 1) har använts som stöd under intervjun för att bibehålla en struktur och ett fokus. Under en semistrukturerad intervju ställs öppna frågor för att ge informanterna större frihet i deras berättelse men frågorna saknar inte riktning utan rör det tänkta området (Kvale, 2014).

I denna studie har informanterna fått bestämma när och var intervjuerna ska ske. Det har framförallt skett på informanternas arbetsplats. Innan första intervjun gjordes en provintervju då författarna intervjuade varandra för att öva på att ställa frågorna och få ett grepp om hur lång tid intervjun kunde tänkas ta. Båda författarna deltog sedan i den första intervjun, där en av författarna ställde frågor utifrån intervjuguiden och den andra författaren deltog som observatör och enbart ställde följdfrågor. Resterande intervjuer delades upp mellan författarna och genomfördes av en av examensarbetets båda författare. Detta innebar att båda författarna genomförde fem intervjuer var, men att en av författarna var med som observatör på en av intervjuerna och därför deltog i sex intervjuer. Det insamlade materialet från alla tio intervjuerna analyserades sedan och har använts för att besvara studiens syfte. Varje intervju varade 30-60 minuter. De spelades in på band. Ljudinspelningarna har sedan, ordagrant, transkriberats till text av båda medförfattarna. En av författarna transkriberade sex intervjuer till text och den andra författaren transkriberade således fyra intervjuer till text.

Dataanalys

Textmaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Att göra en kvalitativ innehållsanalys innebär att analysera texter utan att låta egna förutfattade meningar påverka innehållet. Texterna i detta fall är baserade på informanternas berättelser om egna erfarenheter och upplevelser. Vid kvalitativ innehållsanalys beskrivs variationer genom att identifiera skillnader och likheter i

innehållet. Intervjuerna analyserades enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjun användes som en analysenhet, eftersom den är stor nog att betraktas som en helhet samtidigt som intervjun är en tillräckligt liten enhet, i samma kontext, som går att hålla ihop under analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Det transkriberade materialet lästes sedan igenom flera gånger, för att få en helhet. Utifrån texten valdes sedan meningsbärande enheter ut, det vill säga ord, meningar eller paragrafer som hörde ihop, rörande innehåll och kontext. De meningsbärande enheter som valdes ut relaterade till examensarbetets syfte. I nästa steg kondenserades de meningsbärande enheterna då de kortades ner till mindre text med färre ord, fast med bibehållen kärna och kvalitet. Under analysprocessen skedde en abstraktion av materialet där beskrivningar och tolkningar betonas på en högre logisk nivå. Enheterna skrevs sen ner på post-it-lappar, för att lättare ge en överblick över materialet. Därefter grupperades enheterna grovt under rubriker, koder, kategorier och teman på varierade nivåer. Då bildades innehållsområden; enheter som delade ett gemensamt innehåll. Rubrikerna på dessa fick sedan utgöra koder där nya perspektiv på de kondenserade meningsbärande enheterna framkom. I nästa steg analyserades kategorier fram. Enligt Graneheim och Lundman (2004) visar kategorier i huvudsak det analyserade materialets beskrivande innehåll och anger i första hand dess manifesta innehåll. Kategorierna innehåller ofta flera underkategorier, eller subkategorier beroende på abstraktionsnivå. Kategorierna utgör en grupp av innehåll som delar ett gemensamt innehåll. Alla meningsbärande enheter som relaterades till detta arbetes syfte kategoriserades. Inga enheter sorterades bort för att de inte passade in i befintlig kategori. Enheterna ska heller inte passa in i mer än en kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen skedde bildandet av ett tema. De teman som framkom under analysen visar på innehållets underliggande meningar, dess latenta innehåll. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att teman, på en beskrivande nivå går som en röd tråd genom materialets kondenserade meningsenheter, koder och kategorier.

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
...det som jag tycker ger bäst effekt är att va konsekvent, och att hålla ganska hårt på regler, även såna småsaker som ingen juice efter kl tolv och bara såna småsaker ger nån slags trygghet och om man låter dom styra och göra som dom vill så märker man att det inte är att visa kärlek det inte relationsbyggande...	Att dra gränser och vara konsekvent skapar trygghet	Skapa förtroendefulla relationer	Att möta oro	Aktören och barnet

Figur 1. Exempel på analysprocessen.

Etiska aspekter

Forskningen skall vara till nytta för individer, grupper, professioner eller samhället i stort (Cöster, 2014). Etikprövningslagen (SFS 2003:460) har till uppgift att skydda den enskilda människan och se till att människovärdet respekteras vid forskning. I forskning ska människors välfärd ges företräde framför samhällets och vetenskapens behov. Etikprövningen innefattar en avvägning mellan risker och kunskapsvinster i den aktuella studien. All forskning som rör människor och biologiskt material ska etikprövas, annars får den inte utföras. Vid vetenskaplig eller teoretisk forskning med syfte att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete inom ramen för

högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå (magisteruppsats) behövs dock inte ett godkännande från etikprövningsnämnden (SFS 2003:460). För att värna ett gott och etiskt förhållande mellan forskare och uppgiftslämnare finns etiska principer att följa. I denna uppsats har nedanstående etiska principer för forskning följts.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I denna studie har en forskningspersoninformation FPI (bilaga 2) lämnats ut till samtliga deltagare enligt informationskravet. Där har informanten fått information om studiens syfte, datainsamling, frivillighet att delta i studien samt att deltagandet kan avbrytas närsomhelst om så önskas. Inför kontakt med deltagare har verksamhetschefer och vårdenhetschef kontaktats för information om studien samt samtycke. Efter detta har informanterna tillfrågats om de vill medverka i studien. Samtycke har lämnats skriftligt eller muntligt i och med att informanterna tackat ja till att delta i en intervju. Härmed har samtyckeskravet uppfyllts. Uppgifter om deltagare och insamlat material har förvarats på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem enligt kravet om konfidentialitet. Insamlade data kommer endast användas till detta examensarbete och materialet förstörs efter det att examensarbetet godkänts, vilket stämmer överens med nyttjandekravet.

Resultat

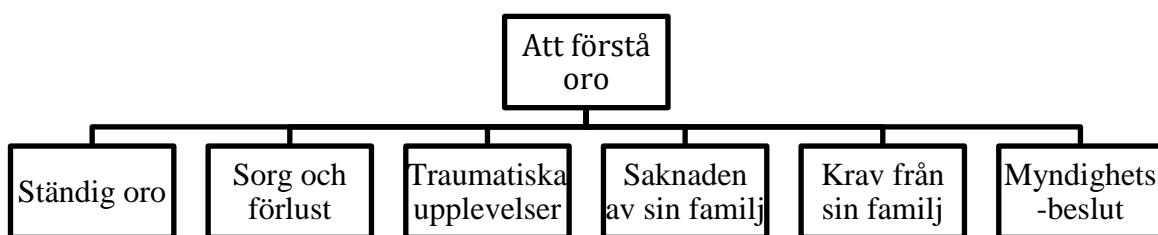
Dataanalysen genererade två kategorier, *aktören och barnet* samt *aktörer i samverkan*; vilka i sin tur är relaterade till tre respektive fyra subkategorier och utmynnar slutligen i ett övergripande tema, *ovissheten som följeslagare*. De citat som presenteras i resultatredovisningen efterföljs av yrkeskategorin samt ett nummer, för att särskilja de olika aktörernas berättelser.

Subkategori:	Kategori:	Tema:
<ul style="list-style-type: none"> • att förstå oro • hur oro visar sig • att möta oro 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktören och barnet 	Ovissheten som följeslagare
<ul style="list-style-type: none"> • samverkan som utgångspunkt • nödvändigt med gränsöverskridande arbete • oklar ansvarsfördelning • att förhålla sig till nya villkor 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktörer i samverkan 	

Figur 2. Översikt av tema, kategorier och subkategorier.

Aktören och barnet

Att förstå oro



Figur 3. Översikt av koder som bildar subkategorin "Att förstå oro".

De olika aktörerna beskrev att de ensamkommande flyktingbarnen levde med en ständig oro och att denna oro har sin grund i en rad olika skäl. Dels handlade barnens oro om det som de varit med om innan de kom till Sverige, både i ursprungslandet och under färden hit. Det handlade inte bara om oro och psykiskt illabefinnande utan även om fysiska men. Aktörerna hade erfarenhet av att barnen kunde ha gamla skador orsakade av misshandel. De berättade om felläkta frakturer och besvärande ärr efter misshandel av polis eller av smugglare under resan till Sverige. Även tortyrskador från fängelsevistelse förekom. Barnen beskrevs dock må relativt bra under den första tiden i Sverige.

Nu har dom kommit till ett land där ingen kommer skjuta ner dom. De behöver inte sitta i en gummibåt och guppa i några timmar, alltså det kan ju göra att de av ren utmattning känner; nu är jag trygg, nu kan jag sova en tid, sen kanske det kommer ikapp. (Skolsköterska 2)

Aktörerna beskrev att ett annat skäl till oro hos barnen gällde den familj som eventuellt lämnats kvar, då barnet kommit till Sverige ensamt. Denna oro kunde bero på att barnet inte hade kontakt med sin familj och inte visste hur de hade det. De kunde ha skuld känslor över att de lyckats ta sig till Sverige och lämnat kvar övriga i familjen. Barnen kunde på nära håll ha sett andra, familjemedlemmar eller närstående förgås under färden vilket skapade ångest. De frågade sig varför just de själva klarade sig och brottades med skuld känslor mitt i tacksamheten. Det kunde också finnas en oro hos barnen som kunde bero på krav och önskemål från familjen de lämnat. Det kunde gälla att de skulle få uppehållstillstånd här eller krav på att kunna bidra ekonomiskt till familjen som är kvar i ursprungslandet eller i annat land. De barn som hade kontakt med sin familj upplevdes dock må bättre än de som inte hade någon kontakt alls.

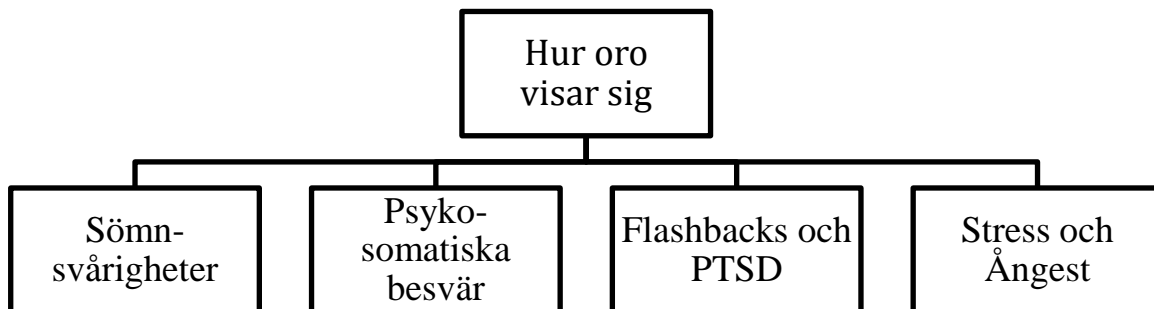
Det är vanligt med oro, oro för anhöriga, både om att man inte vet var dom är, eller att de kan ha dött eller att vissa har kontakt, andra vet inte var de finns eller vet att de är döda och grubbleri på framtiden hur det ska bli, vad som ska hända om de ska få uppehållstillstånd eller inte och så. (Barnsjuksköterska 1)

En annan aspekt av ensamkommande barns oro var oron över Migrationsverkets beslut om uppehållstillstånd eller att få avslag på ansökan. Så länge barnen inte fått uppehållstillstånd, menade aktörerna att det kunde vara svårt för dem att slå sig till ro i sitt nya land. Vissa aktörer

beskrev denna oro som överhängande i barnets liv, vilket gjorde det svårt att påbörja behandlingar hos traumatiserade ensamkommande flyktingbarn. Aktörerna beskrev också hur barnen kunde få en krisreaktion efter att de väl fått sitt uppehållstillstånd. En aktör benämnde detta fenomen som "PUT-svacka". När det permanenta uppehållstillståndet tilldelades barnen blev det så definitivt för dem och motstridiga känslor kunde komma fram. Det blev en slags kluvenhet pga att barnen hade längtat efter ett permanent uppehållstillstånd så länge men när det väl kom uppstod delade känslor, de kunde fråga sig: Ska jag stanna här nu för alltid? Ibland behövde barnen samtalsstöd efter att de fått sitt permanenta uppehållstillstånd. Det nya lagförslaget om tillfälliga uppehållstillstånd och om dessa ska införas eller inte skapade oro hos aktörerna, då de var bekymrade över hur detta skulle kunna påverka ensamkommande flyktingbarn och deras psykiska hälsa.

Om du kan bli utkastad närsomhelst, vid nästa prövning. Om det blir så, så kommer vi få enorma problem. Och dom psykiska problemen tror jag kommer öka. Beroende på just det att dom inte får permanent uppehållstillstånd. (Läkare 1)

Hur oro visar sig



Figur 4. Översikt av koder som bildar subkategorin "Hur oro visar sig".

Gemensamt för alla aktörer var att de vittnade om att psykisk ohälsa förekom ofta hos barnen. Oro, ångest och psykiska besvär beskrevs som de största problemen hos gruppen. Det var inte alltid som barnen själva tog upp problematiken med vårdpersonal eller andra aktörer runt barnen utan ångesten, rädslan och oron kunde ta sig uttryck i sömnsvårigheter, magont, huvudvärk och andra psykosomatiska problem som diffusa smärtor, svimningstillbud, konstanta muskelsmärter, och buksmärta. Det beskrevs som att "det psykiska sätter sig i magen", precis som hos andra barn. Mer uttalat fysiska besvär hos barnen som utreddes av sjukvården kunde visa sig vara av psykisk karaktär.

De olika aktörerna beskrev att det var mer regel än undantag att barnen hade sömnproblem. Aktörerna menade att barnens oro var den främsta orsaken till sömnsvårigheterna. Det kunde gälla oro över anhöriga, över framtiden och inför ovissheten kring om de skulle få uppehållstillstånd eller inte.

Ja och ångest är svårt att tala om så jag tror att det är fler som har ångest än som säger det och det finns många olika former av ångest också så dom kanske inte är medvetna om att det är ångest dom har även om det är många som har mardrömmar så pekar ju det lite på ångest. Att nån sätter ett vapen i handen på dom och dom måste skjuta ihjäl sin familj, sånt där... // Jag vet

inte om det är nån som sover en hel natt här. Jag tror inte att nån gör det. (personal, HVB-boende)

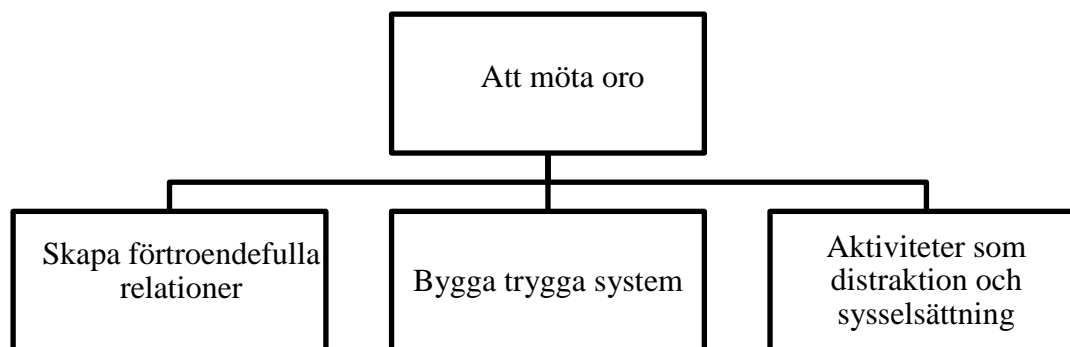
En del av aktörerna resonerade vidare kring barnens sömnsvårigheter och fann problemet mer komplext. T.ex. är ensamkommande flyktingbarn oftast i tonåren och sömnproblem hos tonåringar är något som förekommer även bland andra tonåringar och inte endast hos dessa barn. Sociala medier och ständig uppkoppling på smartphones kunde göra att barnen höll sig sysselsatta med detta även nattetid istället för att sova. Detta var något som aktörerna kände igen från sina egna barn eller andra tonåringar som inte var ensamkommande flyktingbarn.

Sen blir ju sömnen, jag tror att sömnproblem är det största som finns hos dom här barnen samtidigt som att alltså ehm dels så är det ju sömnproblem såklart men sen vet jag ju att väldigt många är vakna på natten, alltså vad som är hönan och ägget vet jag inte riktigt för att väldigt många är ju vakna på nätterna och håller på med telefonerna, med datorerna, kollar på film, och sådär och jag har en 18-åring och en 17-åring hemma och känner liksom precis igen problemet liksom ja, jag kan inte sova så därför måste jag titta. Eller är det så att det kanske är tvärtom? (God man)

Just sömnproblemen togs upp som det största hälsoproblemet hos barnen. Aktörerna menade att de leder till en negativ spiral och till svårigheter att gå upp i tid till skolan, trots att barnen ofta beskrevs som mycket motiverade att gå till skolan och med höga ambitioner för framtiden.

Att barnen mådde psykiskt dåligt och kände oro togs upp i intervjuerna som normala reaktioner men det gavs även exempel på när oron påverkade barnens vardag på ett mer konkret sätt. Det gällde barn som uppvisade tecken på posttraumatisk stress, eller flashbacks från tidigare upplevelser, vilket kunde vara handikappande i deras vardag. Tystnad, till exempel i ett klassrum eller mitt i natten, kunde vara mycket obehagligt och outhärdligt för barnen. Aktörerna beskrev att dessa barn ofta behöver specialistkunskap direkt i anslutning till ankomsten till Sverige. Förekommande suicidtankar och suicidförsök hos ensamkommande flyktingbarn togs främst upp av de aktörer som hade en mer tät kontakt med barnen. Det förekom att barnen frågade om tips på hur de kunde avsluta sina liv och att de sökte efter tips på nätet.

Att möta oro



Figur 5: Översikt av koder som bildar subkategorin "Att möta oro".

Att ensamkommande flyktingbarn saknade familj och närvarande föräldrar problematiserades av aktörerna. Istället hade barnen professionella vuxna runt omkring sig vilket inte var likvärdigt en

familj. Barnen beskrevs inte kunna få tillgång till den sociala trygghet de egentligen behövde. De kunde ha med sig en vuxen som stöd och sällskap vid sjukhusbesök till exempel, men det var inte säkert att barnen kände den vuxne som följde med eller att de ens talade samma språk. Barnen fick då inte den grundtrygghet de behövde och ett vanligt vårdmoment, som ett nålstick kunde upplevas som väldigt skrämmande.

Social trygghet är svårt. För vi kan ju inte ge det behovet av social trygghet som dom behöver. Dom behöver ju en familj men så gott det går, allting är ju bättre än ingenting. (Personal, HVB-boende)

För att kunna möta ensamkommande barns behov beskrev flera av aktörerna att det handlade om att skapa en personlig kontakt och en förtroendefull relation till barnet. Viktiga utgångspunkter i mötet var att visa barnet att man fanns där, var tillgänglig och genuint intresserad. Att ingjuta hopp, utan att ge falska förhoppningar. Aktörer beskrev att de ville arbeta utifrån det enskilda barnets behov och önsknings. De ville vara genuint intresserade av barnen och göra individuella bedömningar. Barnets egna önsknings skulle vara i fokus och det skulle inte tas för givet att barnets högsta önskan var att få hjälp med att bearbeta sina trauman. Det handlade om att möta barnen i nuet, där de befann sig just nu. Barnens främsta funderingar rörde sig ofta om helt "vanliga" tonårsproblem.

Så det är det dom går och klurar på. Och det kan ju vara såna enkla saker som akne hos tonåringarna! Det är det som de fokuserar på fast de varit med om traumatiska vidrigheter. Så dom är ju vanliga tonåringar mitt uppe i allt. Inte att glömma. (Läkare 2)

Aktörerna talade också om vikten av att inte stämpla alla ensamkommande flyktingbarn som offer utan istället se det "vanliga" barnet mitt i allt. Flera av aktörerna påtalade att majoriteten av de ensamkommande flyktingbarnen är fysiskt friska eftersom det är dessa barn som har klarat av att överleva flykten till Sverige. De talade om barnen som individer med mycket resurser och beskrev dem som ambitiösa, villiga att lära sig mycket i skolan och med stora drömmar. Av de aktörer som intervjuats var det bara en som berörde språksvårigheter som ett hinder för att kunna möta barnens behov.

Aktörerna beskrev att de ensamkommande flyktingbarnen ofta har en bristande tilltro till vuxna och myndigheter. Detta kan bero på att barnen tidigare misshandlats och trakasserats av vuxna, till exempel av en släkting eller av polis, i ursprungslandet eller på färden till Sverige. Dessa barn kan vara misstänksamma och inte alltid så kontaktsökande. Ibland kan det också bero på att de inte vill vara till besvär. Om de mår dåligt kan det bero på rädsla för att sjukvårdspersonal skall skvallra till Migrationsverket, vilket i sin tur skulle kunna leda till att barnet får avslag på sin asylansökan. Det är därför viktigt, menade aktörerna, att i mötet med barnet förklara att sjuk- och hälsovården inte rapporterar vidare någonting till Migrationsverket.

Många är misstänksamma därför att dom har blivit trakasserade av myndigheter och polis och så vidare i många olika länder. Så dom kanske tänker att vad är det här för jäkla ställe liksom. Så måste man ju förklara att vi har ingenting med Migrationsverket att göra. Vi är fristående från Migrationsverket. För Migrationsverket är en myndighet som har makt att besluta om deras kommande liv. (Läkare 1)

Aktörerna berättade att det tog tid att skapa en förtroendefull relation, så att barnet skulle känna tillit till den vuxne, något som inte alltid fanns. För att kunna skapa trygghet beskrev aktörerna att det handlade om att bygga trygga system. De beskrev att vuxna runtomkring barnen behöver ge trygghet och vara pålitliga. Enligt aktörerna handlar det om att vara tydlig, ge instruktioner och att sätta gränser så att vardagen fungerar. De beskrev att de behöver hjälpa barnen att hitta vardagsstrukturer där dagarna är förutsägbara. Barnens behov behöver mötas med fasta rutiner och kärlek. Några av aktörerna, framförallt de som träffade barnen dagligen, beskrev att det var viktigt att den vuxne också var närvarande i stunden genom att exempelvis lugna ner ett oroligt barn genom att klappa, krama och sätta sig ner och prata en stund. Att det ensamkommande flyktingbarnet fick en kontaktfamilj omnämndes som grundläggande för barnets integration enligt flera aktörer.

Men för dom här, så måste ju vi runt omkring vara deras trygghet på nåt sätt, eftersom dom inte vet om dom har nån mamma och pappa längre eller var dom är och kommer dom komma hit eller var är dom? Vad har hänt med dom? (Skolsköterska 2)

Aktiveter som tröttade ut både kropp och hjärna, var något som beskrevs som viktigt i barnens liv. Aktiviteter fungerade också som en form av distraktion medan tystnad och ensamhet kunde trigga igång barnens tankar, oron och ångesten. Att hålla sig aktiv och att trötta ut kroppen med exempelvis fotbollsträning gav barnen möjlighet att fokusera på nuet. Aktörerna menade att om kroppen blev fysiskt trött, blev det också lättare att sova och barnen kunde få utlopp för sina känslor genom fysisk aktivitet. Inte bara fysiska aktiviteter utan även aktiviteter som läxhjälp ansågs ha god effekt på barnets välbefinnande.

Dom avskyr att gå sysslolösa, dom tränar olika sporter, dom försöker plugga. Dom vill va aktiva hela tiden. (Läkare 1)

.... helst skulle dom ju va aktiverade alla vakna timmar på dygnet. (Personal, HVB-boende)
Att skolan var extremt bra och viktig för dessa barn var något som tydligt framkom i intervjuerna. Aktörerna menade att skolan står för struktur och trygghet, barnet får fasta rutiner och vardagen blir förutsägbar. I skolan kommer barnen också i kontakt med "svenska" barn. Skolan kan också distrahera från oro och ge barnen vanliga tonårsbekymmer, som ångest inför prov och kärlekstrubbel. Det beskrevs också att det ensamkommande barnet ofta hamnade i en väntan, ett slags vakuum då de först anlände till Sverige. Att vara sysslolös beskrevs som tärande och det blir därför mycket viktigt att snabbt bli placerad i skolan.

När skolan kommer igång så blir saker och ting lite lättare. Den jobbigaste tiden är den här sysslolösheten som man har innan skolan kommer igång, för det är väldigt påfrestande, eller att gå liksom... för man har inget att distrahera sig med utan man går väl och bara väntar liksom. (Socialsekreterare)

De ensamkommande flyktingbarnen beskrevs ofta ha ganska dålig kroppskänedom. Flertalet aktörer tog upp hur de använde sin tid med barnen genom att förklara hur kroppen fungerar. Detta kan t ex ske genom att visa kroppens muskler på en plansch eller genom att förklara för ett barn med huvudvärk innan lunch att det inte är konstigt att ha huvudvärk innan lunch om barnet inte ätit frukost. Därigenom kan vikten av matvanor och hälsa och hur detta hänger ihop med huvudvärk diskuteras. Grundläggande kunskaper om kropp och hälsa verkade ofta saknas. Det gällde t ex okunskap om hur tänderna skulle skötas, tandvärk och andra problem med munhälsan.

Då frågar jag, har du ätit nåt idag? Nä det har jag inte. Då är det ju inte så konstigt du har ont i huvudet. Du kommer väl ihåg vad vi sa sist? Du ska äta frukost först så slipper du ha ont i huvudet innan lunchen. Sådana grejer är ju jätteviktigt, att få dom att förstå och hur det hänger ihop. (Skolsköterska 1)

Hon visste ju inte hur man skulle borsta tänderna när hon är sju, och man bara fick lära henne att borsta... (Familjehem)

I intervjuerna beskrev olika aktörer att det var svårt att komma åt och möta barnets egentliga oro. En av aktörerna beskrev just att denne i sin roll egentligen inte kunde göra något åt den oro barnet hade, utan det handlade om ett "hållande" av barnen. "Hållandet" handlade om att aktörerna kring barnet får se till att allt fungerar runt det. Att stötta barnet och till exempel påminna om läkarbesök. En slags omsorg som barnets föräldrar annars skulle utfört. Aktörens ansvar och uppdrag var så långt det gick att försöka göra barnet tryggt i nuet, att ge barnet verktyg och en möjlighet till en fungerande vardag.

Aktörer i samverkan

Samverkan som utgångspunkt

Något som genomgående togs upp i intervjusamtalen var att det i arbetet med ensamkommande flyktingbarn krävdes samarbete med flera olika professioner. Att samverka med olika aktörer beskrevs som både ett ansvar och en utmaning. Denna samverkan beskrevs som mycket viktig, som nyckeln till att kunna möta barnens behov. Att i gruppen arbeta mot samma mål, oavsett om det rör sig om det lilla sammanhanget som familjen och elevhälsan, eller i det större sammanhanget, mellan till exempel vårdinstanser och boende. En aktör inom vården, beskrev en situation där ett barn på ett HVB-hem fick läkemedel utskrivet. Läkemedlet skulle tas regelbundet och för att detta skulle fungera behövde personalen vid boendet vara insatta i situationen och se till att barnet fick läkemedel på rätt tider. Här krävdes samarbete mellan vård, personal vid boendet och god man för att situationen skulle fungera. Olika aktörer var beroende av varandra.

Samverkan är ju nyckeln, samtidigt en utmaning och får man inte samverka att funka så är det ju svårt att få resultat. (Barnsjuksköterska 1)

Flera av aktörerna beskrev att deras ansvar i mångt och mycket var att samordna olika instanser kring barnet, så att omhändertagandet runt barnet skulle fungera. De såg det också som sitt uppdrag att vid behov undervisa och informera andra aktörer om barnens specifika behov.

Nödvändigt med gränsöverskridande arbete

Att arbeta med ensamkommande flyktingbarn kräver, enligt aktörernas berättelser, flexibilitet och en öppenhet inför andra professioner. Att inte stirra sig blind på sitt eget område utan se mer till hela sammanhanget kring barnet. Det går inte att endast arbeta i den egna yrkessfären. Bland de sjuksköterskor som intervjuades beskrevs barnens hälsa som det primära ansvarsområdet, men för att barnet skulle kunna uppleva hälsa krävdes att även se till sociala faktorer. Utan detta synsätt skulle inte vården fungera.

För att sitta jag för mycket på min egen kammare och bara jobbar enligt metodhandboken bland annat så missar jag väldigt mycket både information, input till mig själv om eleven och får liksom inte det här bollplanket heller som jag tycker mig ha stort behov av. Så man kan liksom inte bara sitta. Det är bara jag som kan det här va för så är det inte kring den här gruppen utan vi måste gemensamt komma fram till nånting här. (Skolsköterska 1)

Elevhälsan lyftes fram som ett viktigt forum i vården runt ensamkommande flyktingbarn. Där möts olika aktörer, som skolsköterska, kurator och lärare, runt barnet och arbetar gränsöverskridande för att barnet skall må bra och för att kunna gå i skolan. Elevhälsan och skolsköterskan har, menade några aktörer också en unik möjlighet, då de ser barnen nästan varje dag. Aktörer, som inte själva arbetar i skolan, lyfte fram just elevhälsan och skolsköterskan som särskilt viktiga för de här barnen. Skolsköterskan är närvarande och tillgänglig i barnens dagliga liv. Det framkom att det därför önskades ytterligare resurser till just elevhälsan.

Klargörande av ansvarsfördelning

Det framkom en tydlig frustration bland de olika aktörerna, att det var oklart vem som hade ansvar för vad. Barnen slussas runt mellan olika instanser och samverkan beskrevs som tungrott. Kommunikationen mellan instanser fungerar olika bra och aktörerna berättade att engagemanget från olika instanser också är varierande. Det upplevdes finnas en brist på tydliga rutiner och tillvägagångssätt, vilket gör det svårarbetat och extra tidskrävande att ha hand om dessa barn. Remisser skickades fram och tillbaka mellan instanser och situationen upplevdes som rörig. En aktör uppgav att remisser ibland skickades i ren frustration, för att en instans ville bli av med problemet.

Jag upplever att det ofta är ganska tungrott och att ingen situation är den andra lik. Vi ska gå tillväga på olika sätt varje gång. Både vad gäller kontakt med Migrationsverket, med socialtjänsten. Boka transporter... Olika boenden har olika rutiner så att det tar ofta ganska mycket tid att ta hand om dom här barnen och det är väl inte alltid vi har den tiden riktigt och det är lite frustrerande att det ska vara så tungrott. (Barnsköterska 2)

Exempel gavs på en frustration som gällde när barn behövde hjälp med exempelvis sömnsvårigheter och lättare orossymtom. Några av aktörerna beskrev att detta ansågs vara för enkelt för barn och ungdomspsykiatri (BUP) att ta hand om men för svårt för vårdcentralerna att ta ansvar för. När det gällde samtalsgrupper eller enskild samtalshjälp för barnen lyfte flera aktörer fram hur frivilligorganisationer stöttar, men att kommunala satsningar på detta saknades.

Alla behöver ju inte samtalsstöd men många. En del gör ju det och många när man frågar dom säger att dom vill ha det och prata med nån och det finns vissa frivilligorganisationer, nåt som heter XXX har jag hört

...

vissa vårdcentraler är bättre än andra men alltså det... Regeln verkar vara när jag pratar också med kontaktmän som kommer hit att det är nästan hopplöst nu och få psykologiskt samtalsstöd för dom här barnen. (Läkare 2)

Flera aktörer beskrev också att de ofta gjorde det där lilla extra, som egentligen inte låg på deras ansvar, för att barnen inte skulle bli lidande eller få sina rättigheter kränkta.

Att förhålla sig till nya villkor

Flera av aktörerna uttryckte frustration över att de inte kan påverka barnens situation. En av aktörerna berättade att detta exempelvis kunde ta sig uttryck då ett barn skickades till en vårdinstans för att få hjälp med sitt illabefinnande, samtidigt som det tydligt framkom att barnet vantrivdes i sin boendesituation. De kunde då känna en frustration över att det inte gick att påverka den sociala situationen. Å andra sidan uppgav aktörerna från boende och socialtjänst frustration över att det saknades naturliga samarbetspartners som var vårdkunniga. Det fanns en övergripande frustration över att inte kunna göra mer och att vara begränsad i sin roll.

Flertalet av aktörerna tog upp det faktum att det kommit så många fler ensamkommande barn den senaste tiden (2015-) och att detta skapat större press på vård och omsorgsarbetet, vilket försvårat samarbetet aktörer emellan. Det fanns klara rutiner för vad som gällde i olika fall, men med den ökade pressen kunde inte dessa rutiner följas. Ökade resurser och mer personal på fler poster efterfrågades därför av flera aktörer. De berättade vidare att den ökade pressen har lett till att det blev skiftande kvalitet på boendena. Då boende för ensamkommande flyktingbarn har blivit allt svårare att hitta, får de använda sig av de som finns och boenden som kanske just öppnat och därför inte alltid uppfyller standardkraven, vilket i sin tur i sin tur resulterar i skiftande kvalitet.

Det är ju eftersom det har varit så svårt att hitta plats så blir det ju lite desperat. Då använder man sig kanske av sådana boenden som man inte gärna hade gjort annars. (Socialsekreterare)

Det uttrycktes också en önskan om att barn inte skulle behöva vänta länge på de möten och bedömningar som påverkar det dagliga livet, exempelvis boendeform och skolstart. Aktörer uttryckte även att de kunde känna en oro över Migrationsverkets beslut om uppehållstillstånd eller avslag på ett barns asylansökan. Detta blev som tydligast i intervjuerna där aktörerna hade en närmre relation med barnet.

Vi känner ju alla på nära håll och vet att det är ju ingen som fejkar nånting utan det är ett helvete innan dom kommer hit så vi vill ju att alla ska få uppehållstillstånd som kommer hit. Man är mer orolig för vissa än för andra. (Personal, HVB-boende)

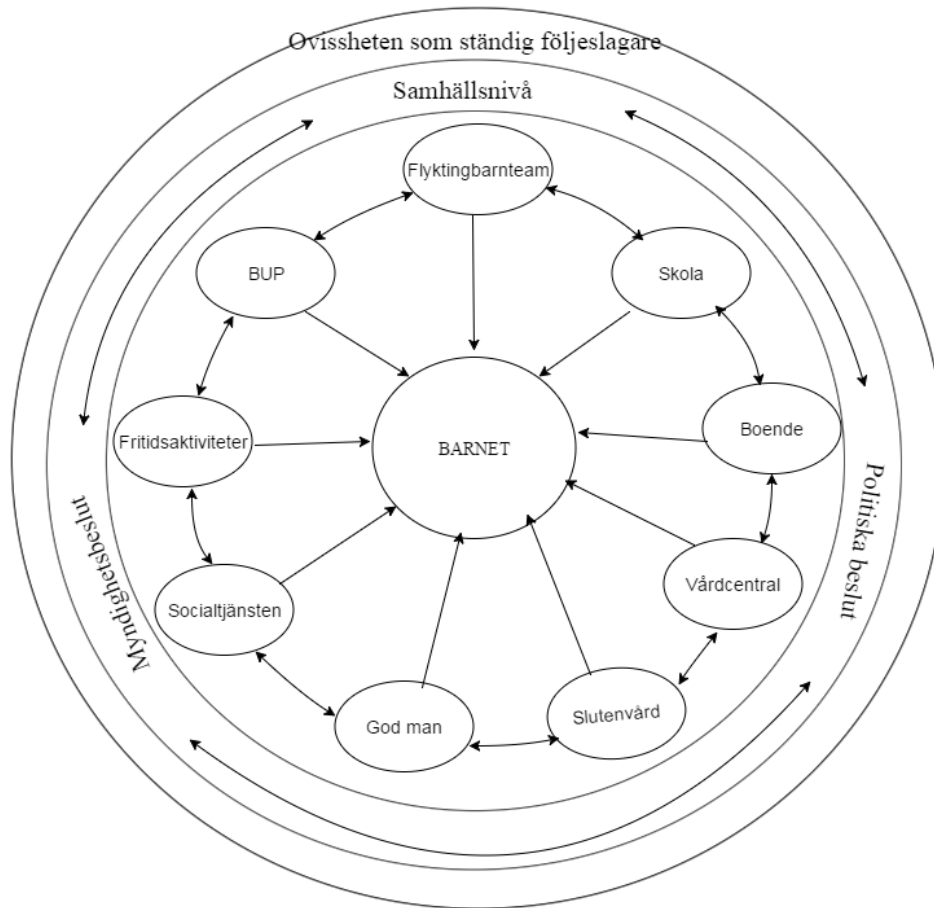
I relation till just Migrationsverket upplevdes en slags hopplöshet då det handlade om beslut och processer som ej kunde påverkas. Det beskrevs att flera instanser kunde skicka remisser där det fanns önskemål att snabba på asylprocessen eller en familjeåterförening om barnen mådde särskilt dåligt, men det var oklart om detta egentligen hade så stor effekt.

Migrationsverket är en ganska, liksom fyrkantig myndighet på nått sätt, och det kanske det måste vara också. Det är ju liksom viktigt att det är korrekt liksom å så, så det behöver ju inte va dåligt för det, men det är liksom en separat process helt och hållet och det är ju viktigt att förklara det för barnen också. Att vi kan inte påverka Migrationsverkets process. (Socialsekreterare)

Ovissheten som följeslagare

Att ovissheten var en ständig följeslagare, både hos barnen och de olika aktörerna var något som visade sig genomsyra intervjuerna. Barnens oro beskrevs ha mycket av sin grund i just ovissheten; att inte veta om man får stanna i Sverige, att inte veta hur ens familj har det eller var de är. Ovissheten var även en följeslagare i aktörernas arbete. Det handlade om att deras arbetsmiljö var oviss och osäker. Dels på grund av att det ofta rådde en oklar ansvarsfördelning aktörer emellan, det var inte alltid tydligt vem som skulle göra vad. En annan aspekt var att

aktörernas arbete och förutsättningar styrdes och påverkades av de beslut som fattas på en samhällsnivå, det vill säga politiska beslut och myndighetsbeslut. Det framkom ett tydligt samspel mellan barnet, aktörerna och samhällsnivå, vilket illustreras i figur 5. Ovissheten var närvarande på alla nivåer.



Figur 6. Figur som visar förhållandet mellan olika nivåer, barnet, aktörerna och samhället

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att beskriva olika aktörers erfarenheter av ensamkommande flyktingbarns behov samt aktörers syn på sitt eget ansvar och de utmaningar de möter i sitt arbete med denna grupp, ansågs en kvalitativ design lämpa sig bäst. Detta för att vi ville få en uppfattning om aktörers upplevelser, erfarenheter och tankar. I kvalitativa studier bedöms tillförlitligheten utifrån tre viktiga begrepp; trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet enligt Graneheim och Lundman (2004). För att stärka trovärdigheten hos studien har vi beskrivit forskningsprocessen tydligt avseende design, urval av informanter, genomförande och analys. Resultaten har belysts med citat från de intervjuade.

För att få en så rik bild av fenomenet som möjligt, valde vi att i denna studie intervjuva olika yrkeskategorier som arbetar med ensamkommande flyktingbarn i olika sammanhang. Polit och Beck (2012) skriver att genom att använda informanter med varierande erfarenheter ökar möjligheten att forskningsfrågan belyses ur ett vidare perspektiv. De skriver också att kvalitativa studiers resultat inte syftar till att ge ett resultat som är generaliserbart för en viss målgrupp, utan syftet är att finna mening och flera olika verklighetsuppfattningar (Polit & Beck, 2012). Vi valde därför att använda ett strategiskt urval, där aktörer från olika områden som omger barnet har berättat om sina erfarenheter. Resultatet bygger på intervjuer med 10 stycken olika aktörer runt ensamkommande flyktingbarn.

Vilka yrkeskategorier som skulle kunna bidra med kunskap och information framkom i samtal med flyktingbarnsteamet. Flyktingbarnsteamet träffar ensamkommande flyktingbarn och har kontakt med flera av de aktörer som finns runt barnet, som god man, boenden och familjehem. Barnet får också remisser från socialsekreterare, skolsköterskor och vårdcentraler. De gav tips på 7 av de 10 informanter som sedan deltog. De gav dock inte namn på specifika personer, utan rekommenderade oss att höra av oss till det här boendet och den här skolan osv. Flyktingbarnsteamet var noga med att delge att de aktörer som rekommenderats och sedan använts till insamling av material är ”goda” exempel. Detta kan ha inneburit ett s.k selektivt bias, dvs att gruppen inte är slumpmässigt vald utan är en förut existerande grupp (Polit & Beck, 2012). De ställen där informanter valdes ut är välfungerade institutioner, där barnen blir väl omhändertagna. Detta kan ha vinklat det resultat som framkom i studien. De tre aktörer som inte rekommenderades av flyktingbarnsteamet var familjehem, socialsekreterare och en barnsjuksköterska på det lokala barnsjukhuset. En av författarna i studien är verksam på den avdelning där tidigare nämnda barnsjuksköterska intervjuats. För att intervjun skulle bli så objektiv som möjligt genomfördes intervjun av den författare som ej var verksam på avdelningen. Som det beskrivits i bakgrunden finns det även andra aktörer runt barnen, än de som intervjuats. Vi valde att intervjuva ett fåtal aktörer, då vi bedömde att det fanns en risk för att resultatet skulle bli spretigt med för många aktörer inblandade. Vi valde också att fokusera på de aktörer som är mer direkt ansvariga för barnets hälsa och välbefinnande, dvs aktörer inom vård och omsorg. Om fler eller andra aktörer intervjuats hade resultatet sett annorlunda ut och kanske gett en annan bild av fenomenet. Dessutom hade det varit alltför tidskrävande inom ramen för detta examensarbete.

En semisstrukturerad intervju valdes som datainsamlingsmetod. Denna utgår från i förväg tematiska frågor där det sedan under samtalet finns plats för att ställa ytterligare frågor kring ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kändes värdefullt att ha en nedskreven struktur för frågorna, dvs intervjuguiden, för att kunna bibehålla fokus i intervjuerna. Samtidigt fanns det möjlighet att ställa fler frågor och följdfrågor när detta behövdes så att aktörerna berättelser kunde utvecklas. Detta gav ett omfattande och rikt intervjumaterial. I några intervjuer har det också varit tydligt att informanten försökt anpassa sin berättelse utifrån att det varit en sjuksköterska som lyssnar. Det har uppfattats som att berättelsen varit styrd av osynliga regler trots att frågorna varit öppna. Intervjuerna som gjordes med sjukvårdspersonal gav ofta rikare material. Här spelar troligen förförståelsen in och samspelet mellan intervjuare och informant (Patton, 2002).

Intervjuerna delades upp, så att författarna gjorde fem intervjuer var. Under den första intervjun deltog båda författarna, en agerade intervjuare och den andre var observatör. Detta för att få en gemensam utgångspunkt i resterande intervjuer och göra så lika som möjlig. Övriga intervjuer

gjordes enskilt. Detta arbetssätt tillämpades för att minska risken för att det insamlade materialet skiljer sig åt allt för mycket.

Hur det insamlade materialet har tolkats och analyserats i detta arbete är ett resultat av den kompetens och den erfarenhet vi som författare har. I föreliggande arbete är det samma personer som gjort datainsamlingen som sedan analyserat materialet, detta förväntas påverka resultatet (Patton, 2002). Vi tror att detta har haft en positiv påverkan på resultatet då själva datainsamlingen genererar en förståelse för det sammanhang, kontext, berättelsen kommer ur. Detta bör i sin tur öka trovärdigheten i analysen av resultatet, då det minskar risken för feltolkning. I föreliggande arbete har ingen av författarna tidigare analyserat en text med kvalitativ innehållsanalys. Att välja ut lämpliga meningsbärande enheter och sedan arbeta fram koder och kategorier var därför svårt eftersom det var första gången. Hade analysen gjorts av mer erfarna personer hade troligen resultatet kunnat se annorlunda ut (Patton, 2002). Graneheim och Lundman (2004) skriver att det är en styrka att texten analyserades av två personer, där bedömningar, idéer och tolkningar bollades och diskuterades. Detta stärker trovärdigheten hos resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatets tillförlitlighet bedöms också utefter resultatets pålitlighet där det tas i beaktande att data förändras över tid och förändras i takt med att den bearbetas (Polit & Beck, 2012). Den som analyserar texten ändrar och fattar beslut som påverkar analysprocessen. Den första intervjun som görs skiljer sig sannolikt från den sista intervjun, då intervjuaren under processens gång får en annan förståelse, en större förståelse för det fenomen som undersöks. Detta påverkar materialet och dess pålitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). I föreliggande arbete har datamaterial samlats in och analyserats under en tidsperiod på två månader, vilket får anses som en kort tidsperiod. Dataanalysen gjordes under 3-4 veckor och krävde reflektioner och diskussioner mellan författare och handledare.

Studiens tillförlitlighet bedöms även utifrån dess överförbarhet. Eftersom föreliggande studie har en kvalitativ ansats kan resultaten inte generaliseras i statistisk bemärkelse. Däremot är resultatet överförbart då det kan appliceras på andra liknande sammanhang eller grupper (Polit & Beck, 2012). Vi hoppas att vi har bidragit till en djupare förståelse av fenomenet. För att läsaren ska kunna avgöra studiens överförbarhet behöver studien vara transparent. Läsaren ska få en klar bild av hur studien gått till och hur resultatet frambringats. Då har läsaren möjlighet att förstå och göra en bedömning huruvida det kan överföras till andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har försökt att tydligt beskriva hur studien har lagts upp och genomförts, vilket bidrar till att transparens av studien.

Resultatdiskussion

Att ensamkommande flyktingbarn och aktörer runt dem lever med ”ovissheten som ständig följeslagare” är något som genomsyrar intervjuerna och resulterar i det övergripande temat. Ovissheten tar sig uttryck på flera olika sätt. Aktörerna menar att för barnen är ovissheten närvarande genom att de till exempel inte alltid vet vad som händer eller kommer hända med deras familj och anhöriga i ursprungslandet. Ovissheten handlar också om huruvida de kommer få permanent uppehållstillstånd eller inte. En ovisshet barnen får leva med längre tid nu när handläggningstiderna är längre (2015 -). Ovissheten hos aktörerna grundar sig i att de upplever att det finns otydliga ansvarsfördelningar och icke fungerande rutiner. Aktörernas ovisshet beskrivs också som att de i sin roll är utlämnade till samhällslig påverkan som politiska beslut,

migrationsbeslut och yttre faktorer som exempelvis den ökade tillströmningen av ensamkommande flyktingbarn under de senaste åren.

Aktörerna runt ensamkommande flyktingbarn beskriver att de kan hamna i dilemmat av att vara i en intressekonflikt där barnets bästa vägs mot migrationskontroller och integrationspolitik. Detta överensstämmer med tidigare forskning (Eide & Hjern, 2013; Majumder et al., 2015). Flera aktörer, framför allt de som arbetar nära barnen, talar om att de ensamkommande flyktingbarnen känner stor oro inför om de kommer få uppehållstillstånd eller inte. Aktörerna beskriver också att det är en stor utmaning att skapa trygghet för barnen under den tid de väntar på att få besked. Även tidigare forskning tar upp den stressen det innebär att vänta på uppehållstillstånd (Thommesen et al., 2015; Groark et al., 2010, Majumder et al., 2015).

I en svensk studie av Ramel, Täljemark, Lindgren och Johansson (2015) beskrivs att majoriteten (86 %) av de ensamkommande flyktingbarn som sökte akut barn- och ungdomspsykiatri och sedan blev inlagda under år 2011, sökte för symtom som var relaterade till stressen av asylprocessen (Ramel et al., 2015).

I en brittisk studie av Bronstein, Montgomery och Ott (2013) fann författarna att en orsak till varför ensamkommande flyktingbarn utvecklar ett ökat problembeteende är hur länge de varit i landet. I denna studie menar författarna att detta skulle kunna bero på att de flesta ensamkommande barn som kommer till just England får ett slags tillfälligt uppehållstillstånd, som sedan omprövas när barnen närmar sig 18 års ålder. I studien diskuteras om det är detta som triggar igång barnets psykiska ohälsa (Bronstein et al., 2013). Flera av aktörerna i vår studie uttrycker en oro över om det blir aktuellt med tillfälliga uppehållstillstånd för ensamkommande flyktingbarn i Sverige, vilket diskuteras på nationell nivå under perioden då examensarbetet skrivs. Ett lagförslag är skrivet och beslut om detta kommer i juni år 2016. Aktörerna uppger att det känns svårt att hjälpa barnen om själva grundorsaken till oron handlar om att inte få permanent uppehållstillstånd då detta inte alls ligger i aktörens makt. Just denna ovisshet tas upp i den brittiska studien av Broinstein et al. (2013). De har studerat afghanska ensamkommande och asylsökande flyktingbarn och beteendeproblem hos dessa. Författarna till denna studie diskuterar att en anledning till exempelvis utåtagerande hos denna grupp kan vara att barnen lever i en kontext som innebär lång tid av ovisshet och väntan på beslut om uppehållstillstånd. De upplever en situation som är utom deras kontroll. Bronstein et al. (2013) skriver att detta sätter barnen i en begränsande situation, fylld med motstridiga budskap. Det ena budskapet kommer från vårdgivarna som möter barnens fysiska behov och som skapar en känsla av tillflykt, skydd och en slags tillhörighet. Bronstein et al. (2013) skriver sedan fortsättningsvis att det tillkommer en annan verklighet, nämligen den som styrs av budskapen som asyl- och immigrationsramverket presenterar. Det vill säga att barnen befinner sig i en osäker position i samhället och asyl- och immigrationsinstanserna kanske förmedlar känslor av att de är oönskade, en osäkerhet inför framtiden och rädslan inför ännu en tvångsförflyttning - nu tillbaka till ursprungslandet (Bronstein et al., 2013). Detta är särskilt intressant i relation till aktörernas berättelse i vår studie då de också kan vittna om upplevelsen av ovisshet och maktlöshet. Dels hos dem själva men även hos de ensamkommande flyktingbarn de möter. Skulle lagförslaget om tillfälliga uppehållstillstånd aktualiseras, vilka konsekvenser skulle det få för barnens ovisshet, och hur kommer detta påverka deras välmående och hälsa? Hur kan aktörerna runt dessa utsatta, sårbara barn skapa förutsättningar så att barnen ska kunna uppleva trygghet? Resultatet i vår studie och tidigare forskning visar tydligt på hur just ovissheten därför är ett reellt hot mot hälsa och att tillfälliga uppehållstillstånd sannolikt skulle orsaka ännu mer ohälsa.

I mötet med det ensamkommande flyktingbarnet beskrev flera av aktörerna att det är viktigt att se det "vanliga barnet" trots de ovanliga omständigheterna runt det. Det framkommer också i vår studie att det finns en attityd och en risk att barnen blir stämplade som offer i vårt samhälle, något som inte alltid är gynnsamt för dem. Psykiskt illabefinnande är mycket vanligt i denna grupp (Marquardt et al., 2015), men det drabbar inte alla barn lika hårt. Under intervjuerna i vår studie beskrivs barnen ofta som fysiskt friska. Många aktörer beskrev barnen som ambitiösa, med stora drömmar och en stor drivkraft att lyckas.

Det finns många riskfaktorer för ohälsa, främst psykisk ohälsa hos dessa barn men det är också en resursstark grupp som tagit sig hit en lång väg utan några garantier om att de någonsin kommer få se sin familj igen. De bör därför ses som en grupp med ovanliga styrkor samtidigt som de är sköra (Unicef, 2016). Ensamkommande flyktingbarn har en stor återhämtningsförmåga och kan leva nya, produktiva liv, trots ett traumatiskt förflutet (Groark et al., 2010). Genom att skapa och identifiera skyddsfaktorer hos barnet och miljön kan det ensamkommande barnets egen kapacitet främjas (Eide & Hjern, 2013). Asylsökande barn kan finna sig tillrätta i det nya landet om de har en trygg och stöttande plats att leva på (Kohli, 2011).

När ensamkommande flyktingbarn kommer till ankomstlandet behöver de mötas av en vänlig, öppen och stödjande miljö för att kunna integreras och kunna utvecklas på ett hälsosamt sätt, detta framkommer i denna studies resultat och beskrivs även i tidigare forskning (Bean et al., 2007; Eide & Hjern, 2013). Mottagandet i ankomstlandet har större långsiktig effekt på barnets hälsa än vad deras traumatiska förflutna har enligt Ascher (2009). Barn som flyr till Sverige, flyr hit av en anledning; de är en extremt utsatt och sårbar grupp, som behöver få möjlighet att bli trygga för att kunna få den barndom de har rätt till (Ascher, 2009). Eftersom Sverige är en av konventionsstaterna åligger det oss att arbeta mot detta mål (Regeringskansliet, 2014). Att barn tvingas fly ensam från sina ursprungsländer är inte ett nytt fenomen, utan detta har även skett tidigare i historien. Då dessa tidigare ensamkommande barnkullar studerats har det framkommit att betydelsefulla vuxna och ett gott socialt stöd är en avgörande faktor för hur barnets liv kommer utvecklas (Brendler-Lindqvist, 2004). I föreliggande studie är det flera av aktörerna som reflekterar över att det ensamkommande barnet saknar familj och att de, i egenskap av professionella, har ett ansvar att försöka bygga relationer med barnen som kan "ersätta" det stöd föräldrarna annars ger. Kohli (2011) menar att människor som är vänliga, ärliga och som lägger sin tid på att försöka förstå barnens värld samtidigt som de respekterar barnens integritet har visat sig vara trösterika för barnen. Även Unicefs rapport (2016) visar att de ensamkommande flyktingbarnen, oavsett om de så småningom återförenas med sin ursprungsfamilj eller inte, behöver få knyta an till en eller flera trygga vuxna. Detta skulle kunna vara en god man, en skolsköterska, personal på boende eller en socialsekreterare (Unicef, 2016). Kohli (2011) beskriver att möjligheten att få omges av trygga vuxna visat sig vara en viktig hälsofrämjande faktor när det gäller ensamkommande flyktingbarn. För aktörer runt barnen är det viktigt att fokusera på tillit samt att vara hjälpsamma och känslomässigt inställda på den komplexitet dessa barn möter i sin vardag då de försöker känna sig hemma i en kontext där hotet om uppbrott ständigt är närvarande (Kohli, 2011). Eide och Hjern (2013) lyfter att specialistkunskap kring barns särskilda behov och skapande av trygghet gagnar barnen. Barnsjuksköterskan kan därför bidra då deras kompetens innefattar både barns hälsa och ohälsa samt utvecklingspsykologi. Ett gott bemötande och goda relationer är inte bara viktigt för stunden utan kan på ett positivt sätt påverka barnens förmåga att anpassa sig i samhället, på samma sätt som ett dåligt stöd leder till ökad depressiv sjuklighet (Thommessen et al., 2015). Rapporten från Unicef (2016) beskriver att aktörer runt dessa barn behöver förstå och ha i bakhuvudet att barnens tidigare erfarenheter av kontakt med vuxna inte alltid är positiva och barnen kan därför vara på sin vakt. De

ensamkommande flyktingbarnen har en bristande tillit till vuxna och behöver få möjlighet att återskapa den tillit och trygghet som gått förlorad (Unicef, 2016).

Barnen har ur ett barnrättsligt perspektiv rätt till en barndom, med den trygghet och stabilitet detta innebär (Regeringskansliet, 2014). Det kräver tid och engagemang. I den nuvarande situationen, med ökad tillströmning av ensamkommande flyktingbarn och de resurser som finns till att ta hand om dessa, finns det anledning att ifrågasätta om den tid och de resurser som tilldelats är tillräckliga för att kunna etablera trygga relationer med dessa barn.

Ett vanligt hälsoproblem hos ensamkommande flyktingbarn som aktörerna beskriver, är sömnproblem. För barnsjuksköterskan är sömnproblem viktiga att uppmärksamma då en icke fungerande sömn påverkar hälsan negativt. Intressant är att aktörer i vår studie finner sömnproblemen mer komplexa. Sömnen beskrivs bero på barnets psykiska ohälsa och oro men det kan även finnas andra förklaringar. En förklaring till sömnproblemen förutom oron antas vara att barnen ständigt är uppkopplade med sina smartphones, även nattetid, något som orsakar sömnproblem även hos de tonåringar som inte är ensamkommande flyktingbarn (Lemola, Perkinson-Gloor, Brand, Dewald-Kaufmann & Grob, 2015). En annan aspekt som aktörerna i vår studie påtalar är att barn med ett traumatiskt förflutet kan lida av flashbacks, som gör att barnet har svårt för lugnet och tystnaden då detta kan trigga igång dessa flashbacks. Sociala medier och skärmar kan då fungera som en distraktion. Aktörer i föreliggande studie beskriver också att andra hälsoproblem som magont och huvudvärk t ex kan bero på eller förvärras av att barnen inte ätit frukost innan de kommer till skolan på morgonen. Aktörerna menar att flera av barnen har stort behov av hälsoundervisning, då de saknar grundläggande kunskaper om kropp och hälsa. Några av de aktörer som träffar barnen dagligen eller som arbetar inom hälso- och sjukvården, beskriver att de tar sig tid med barnen för att förklara hur kroppen fungerar. Andra aktörer, som inte arbetar inom hälso- och sjukvården eller träffar barnen dagligen lyfte också fram att barnen har ett tydligt behov av hälsoundervisning. Barn som flytt till Sverige från andra länder har sällan eller aldrig genomgått några hälsoundersökningar tidigare (Plantin & Demmer Selstam, 2013). Svensk barnhälsovård arbetar hälsofrämjande och arbetet ska leda till att alla barn, ungdomar och föräldrar får ökad kunskap och kontroll över positiva och negativa hälsosfaktorer (Magnusson, 2009). Skolsköterskan har som målsättning att arbeta för att eleven ska få hjälp och stöttning för att ha möjlighet att kunna utveckla hälsosamma levnadsvanor (Riksföreningen för skolsköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2011). Vår studie indikerar att hälsoundervisning därför skulle kunna visa sig vara en väl investerad åtgärd i arbetet med ensamkommande flyktingbarn. Att få hjälp med goda sömn- och matvanor kan möjliggöra en adekvat skolgång, som har visat sig vara så viktig för dessa barn. Hälsoundervisning kanske inte kan ta bort oron, eller dess orsaker, men den skulle kunna vara en åtgärd i nuet som gör hela situationen något lättare.

Aktörerna beskriver skolan som en mycket viktig trygghetsfaktor i ensamkommande flyktingbarns liv eftersom barnen i skolan får en struktur och en vardagsrytm. Detta framhålls också i tidigare forskning. Eide & Hjern (2013) menar att en adekvat skolgång är avgörande för ett ensamkommande flyktingbarns hälsa. Att få möjlighet att lyckas i skolan är också en viktig faktor i att kunna skapa en känsla av att ha någon slags kontroll mitt i den ovissa tillvaron (Kohli, 2011). En av skolsköterskorna som intervjuades påpekade att skolsköterskor har en unik möjlighet och position, då de faktiskt träffar barnen flera dagar i veckan. Om inte inne på skolsköterskans rum så möts de i korridorer eller i matsalen. Enligt skollagen (SFS 2010:800 kap. 2, § 25) ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. Enligt

skollagen (SFS 2010:800) finns vid elevhälsan olika yrkeskategorier som samverkar över gränserna för att förebygga och främja en god hälsa hos eleverna. I elevhälsan samverkar skolsköterskor, skolläkare, psykologer, kuratorer och specialpedagoger i elevhälsoteamet, samtidigt som dessa har kontakt med andra yrkesgrupper och instanser som lärare, boenden för ensamkommande, socialtjänsten och gode män. Resultatet i denna studie indikerar att just elevhälsan skulle kunna vara ett viktigt forum, där ensamkommande flyktingbarns behov skulle kunna mötas.

Aktörerna i denna studie hjälper till att belysa problematiken kring ensamkommande flyktingbarn. Marquardt et al. (2015) skriver att tidiga insatser av individuell behandling kan minska negativa och långsiktiga hälsoeffekter (Marquardt et al. 2015). En god hälsostatus hos flyktingbarn är nödvändig för att de ska kunna integreras i det nya landet, detta beskrivs i studier av Marquardt et al., (2015) och Sandahl, Noredam, Hjern, Asher och Nielsen (2013). God integration främjar framtida ekonomiska, sociala och politiska kostnader och minskar diskriminering på grund av sjukdomar (Marquardt et al. 2015; Sandahl et al., 2013). Vi ser därför all anledning att satsa samhällsresurser på gruppen ensamkommande flyktingbarn i ett tidigt skede då större psykisk ohälsa kan undvikas, något som annars skulle kunna bli mer kostsamt i längden både i pengar och i lidande. Bristande rutiner och en osäker situation i omsorgen kring dessa barn torde vara en onödig ekonomisk belastning för samhället i stort, samtidigt som det drabbar aktörerna i sig samt barnens välbefinnande ur både en individuell och samhällelig aspekt.

Konklusion

I denna studie har tio aktörer kring ensamkommande flyktingbarn intervjuats. Enligt dessa är barnen en utsatt och sårbar grupp som lever med en ständig oro. Oro över vad de varit med om, oro för familj och anhöriga, oro för Migrationsverkets beslut. Oron resulterar ofta i dåligt mående och ofta psykiska besvär. Viktigt för barnen är att återfå trygghet genom stöttande och närvarande vuxna som finns där som socialt stöd. Resultatet visar också att de vuxna aktörer som arbetar runt barnen behöver kunna samverka över gränserna för att kunna möta barnens behov. Det finns också en frustration hos de olika aktörerna då det råder en oklar ansvarsfördelning om vem som gör vad. Då de kommit många barn på kort tid, har detta satt stor press på situationen, som fått lösas efter bästa förmåga. Detta har enligt aktörerna lett till bristande kvalité och längre väntetider på uppehållstillstånd. Både barnen och aktörerna runt barnet lever i ovisshet och maktlöshet över att inte veta hur framtiden ser ut och att inte heller kunna påverka Migrationsverkets beslut.

Kliniska implikationer

Denna studie bidrar till ökad förståelse för ensamkommande flyktingbarns specifika behov av vård och omsorg. Studien ger också en ökad förståelse för vilka utmaningar aktörer runt dessa barn möter och hur dessa aktörer ser på sitt ansvar. Det har också getts indikationer på hur barnsjuksköterskan kan arbeta för att främja en god hälsa hos dessa barn. Förslag på ytterligare forskning beskriv nedan:

- Då omvårdnadsforskning saknas inom detta område krävs fler studier för att skapa förutsättningar för evidensbaserad vård och omsorg av dessa sårbara barn. Exempelvis genom att studera konkreta grupper, som elevhälsoteamet, medicinska flyktingmottagningar eller flyktingbarnteam.
- Större, kvantitativa studier där barnets hälsostatus kartläggs hade kunnat bidra till ytterligare kunskap och förståelse för vilka konkreta hälsobehov dessa barn har.

- I relation till detta hade det också varit värdefullt med kvalitativa studier utifrån barnets perspektiv där de ensamkommande flyktingbarnen själva fick komma till tals och berätta om sina upplevelser

Referenslista

- Arpö, S., Sandgren, D., S. (2013). *Människans föränderliga existens - essensen av begreppet sårbarhet En begreppsanalys* (Kandidatuppsats). Stockholm, Röda Korsets Högskola.
Tillgänglig:
<http://rkh.diva-portal.org/smash/get/diva2:628470/FULLTEXT01.pdf>
- Ascher, H. (2009). Ensamkommande flyktingbarn måste få stöd. *Läkartidningen*, 106 (18-19), 1254-1255.
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow up. *Social Science & Medicine*, 64, 1204-1215. doi:10.1016/j.socsimed.2006.11.010
- Berg, L. (2006) Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård (Doctoral thesis, Gothenburg Studies in Educational Sciences). Göteborg: Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet. Tillgänglig:
<https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/743/1/Linda%20Berg%20ram.PDF>
- Brendler-Lindqvist, M. (2004). *Att möta de ensamkommande barnen*. Stockholm: Rädda Barnen.
Tillgänglig:
<http://temaasyl2.episerverhotell.net/Documents/Organisationer/Rädda%20Barnen/Att%20Möta%20De%20Ensamkommande%20Barnen.pdf>
<http://temaasyl2.episerverhotell.net/Documents/Organisationer/R%C3%A4dda%20Barnen/Att%20M%C3%B6ta%20De%20Ensamkommande%20Barnen.pdf>
- 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(5): 285-294. doi: 10.1007/s00787-012-0344-z
- Cöster, H. (2014) *Forskningsetik och ömsesidighet - vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber AB. ISBN: 9789147105564
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur. ISBN 978-91-27-12211-6
- Eide, K., & och Hjern, A. (2013). Unaccompanied refugee children – vulnerability and agency *Acta Paediatrica*, 102, 666-668. doi:10.1111/apa.12258
- FN-förbundet UNA Sweden. (2008). *FN:s arbete med mänskliga rättigheter och demokrati*. Hämtad 2015-12-16, från <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/>
- Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Ellis, H., & Landgraf, J. M. (2008). The "Lost Boys" of Sudan: Use of Health Services and Functional Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in the U.S. *Immigrant Minority Health*, 10, 389-396. doi:10.1007/s10903-007-9110-6

- Graneheim, U.H. & Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-113
- Groark, C., Sclare, I., & Raval, H. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology*, 16(3), 421-442. doi:10.1177/1359104510370405
- Gustafsson, L. H., & Ödquist Drackner, K. (2016). *Möta barn på flykt. Enkel handbok för alla*. Göteborg: UNICEF Sverige. Tillgänglig: <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/mota-barn-pa-flykt>
- Göteborgs Stad. (2013). *Ensamkommande barn och ungdomar i Göteborg 25 frågor och svar. Göteborg 25 frågor och svar*. Göteborg: Göteborgs Stad. Hämtad från <https://goteborg.se/wps/wcm/connect/97103208-9f02-4a10-9c3d-bbed6ee1b512/Ensamkommande+barn+och+ungdomar+i+Göteborg+-+25+frågor+och+svar,+mars+2014.pdf?MOD=AJPERES>
- Huemer, J., Karnik, S. N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 1-10. doi:10.1186/1753-2000-3-13
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Kohli, R. K. S. (2011). Working to ensure safety, belonging and success for unaccompanied asylum-seeking children. *Child Abuse Review*, Volume 20, 311-323. doi: 10.1002/car.1182
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J.F., & Grob, A. (2015) Adolescents' Electronic Media Use at Night, Sleep Disturbance, and Depressive Symptoms in the Smartphone Age. *Journal of Youth and Adolescence*, Volume 44 (2), 405-418. doi: 10.1007/s10964-014-0176-x
- Magnusson, M. (2009). *Barnhälsovård: att främja barns hälsa*. (5. uppl.) Stockholm: Liber.
- Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2015). 'This doctor: I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 6(12), 129-136. doi:10.1177/0020764014537236
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F., & Prüfer-Krämer, L., (2015). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking in Bielfeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine and International Health*, 00(00). doi:10.1111/tmi.12649

- Migrationsverket. (2014). *Asylsökande barn*. Hämtad 2015.11.25, från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Asylregler/Asylsökande-barn.html><http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Asylregler/Asylsökande-barn.html>
- Migrationsverket. (2015, december). *Aktuellt om... ensamkommande barn & ungdomar*. Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se/download/18.23e76fe91505855cf76382e/1449040556462/Aktuellt+om+ensamkommande+barn+december+2015.pdf>
- Oppedal, B., & Idsoe, T., (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 203-211. doi: 10.1111/sjop.12194
- Patton, M.Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods* (3. uppl.) London: SAGE Publications. ISBN 978-0-7619-1971-1
- Plantin, I., & Demmer Selstam, V. (2013). Skolan – en hälsofrämjande arena. I AC. Bramhagen & A. Carlsson (Red.), *Hälsöfrämjande arbete för barn och ungdomar* (s. 137-158). Lund: Studentlitteratur
- Polit, D.F & Tatano Beck, C. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-708-4
- Priebe, C., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar -grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Prop. 2005/06:46. *Mottagande av ensamkommande barn*. Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/Mottagande-av-ensamkommande-ba_GT0346/?text=truehttp://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/Mottagande-av-ensamkommande-ba_GT0346/?text=true
- Prop. 2015/16:174. *Tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/contentassets/075968fdd8c94788977dba14bae16444/forslag-om-att-tillfalligt-begransa-mojligheten-att-fa-uppehallstillstand-i-sverige-prop.-201516174>
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B. A. (2015). *Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care*. Springerplus, 4:131. Doi: DOI 10.1186/s40064-015-0902-1
- Regeringskansliet, socialdepartementet. (2014). *Konventionen om barnets rättigheter – med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Stockholm: Regeringskansliet. ISBN 978-91-673-5127-1

- Riksföreningen för barnsjuksköterskor. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm: Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>
- Riksföreningen för skolsköterskor. (2016). *Kompetensbeskrivning. Kompetensbeskrivning för skolsköterska inom elevhälsans medicinska insatts, EMI*. Örebro: Riksföreningen för skolsköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.skolskoterskor.se/wp/wp-content/uploads/2016/04/kompen-för-skolsköterskor-klar-för-webb.pdf>
- Sandahl, H., Norredam, M., Hjern, A., Asher, H., & Smith Nielsen, S., (2013). Policies of access to healthcare services for accompanied asylum-seeking children in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of public Health*, 41, 630-636. doi:10.1177/1403494813484555
- SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1994:137. *Lag om mottagande av asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:937. *Socialtjänstförordningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2005:429. *Lag om god man för ensamkommande barn*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2005:716. *Utlänningslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet.
- SOSFS 2003:20. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:11. *Socialstyrelsens föreskrifter om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.* Stockholm, Socialstyrelsen.
- SOSFS 2012:11. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2013:25. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.* Stockholm, Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2015). *Ett gemensamt ansvar för ensamkommande barn och ungdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/ensamkommande-barn-2015.pdf>
- Thommessen, S. A. O., Corcoran, P., & Todd, B. K. (2015). Experiences of arriving to Sweden as an unaccompanied asylum-seeking minor from Afghanistan: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Violence*, 5(4), 374-383. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0038842>
- United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR. (u.å). *Sverige för UNHCR. FN:s flyktingorgan*. Hämtad 2015.11.10, från <https://sverigeforunhcr.se/europa>
- United Nations, UN. (2015). *The Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 2015-11-16, från <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Vervliet, M., Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 33-37. doi:10.1111/sjop.12094
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig: http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Överförmyndarförvaltningen. (2015). *Överförmyndarförvaltningen – Göteborgs stad*. Hämtad 2015-12-07, från https://goteborg.se/wps/portal/enheter/fackforvaltning/overformyndarforvaltningen!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zijUy9A52MvIwN_N0CXQyMQtwcwwJCfJxMPcz0C7IdFQHSY9pO/

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

- Kan du beskriva hur du möter ensamkommande flyktingbarn i ditt arbete?

Behov – (i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn)

- Kan du beskriva vilka hälsoproblem du ser hos de ensamkommande flyktingbarn du möter?
- Kan du beskriva vilka känslomässiga behov du ser hos de ensamkommande flyktingbarn du möter?
- Kan du beskriva de sociala behov du ser hos de ensamkommande flyktingbarn du möter?

Ansvar – (aktörens ansvar i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn)

- Hur kan du utifrån din roll, ansvar och befogenheter möta dessa barns behov?
- Vilka aktörer behöver du samverka med för att möta barnens behov?- Hur behöver du samverka med andra aktörer?

Utmaningar – (i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn)

- Vilka utmaningar ser du när det gäller att kunna möta dessa barns behov, utifrån din roll?

Bilaga 2: Forskningspersonsinformation



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Erfarenheter i vardagen av hur olika aktörer runt ensamkommande flyktingbarn ser på behov, ansvar och utmaningar i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn

Bakgrund och syfte

Antalet ensamkommande flyktingbarn som kommer till Sverige har ökat drastiskt de senaste åren. Tidigare forskning visar att dessa barn ofta inte mår bra psykiskt, att de är traumatiserade av olika anledningar. Det finns främst psykologisk och sociologisk forskning gjord på området. Som blivande barnsjuksköterskor kommer vi att möta dessa barn inom barn- och skolhälsovård samt inom sjukvården. Inom ramen för ett examensarbete under specialistsjuksköterske-utbildningen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar hoppas vi kunna öka förståelsen kring dessa barn inom hälso- och sjukvården.

Syftet med studien är att beskriva erfarenheter av hur olika aktörer runt ensamkommande flyktingbarn ser på behov, ansvar och utmaningar i relation till hälsa och ohälsa hos dessa barn.

Förfrågan om deltagande

Vi vänder oss till dig som i ditt arbete träffar ensamkommande flyktingbarn. Eftersom vi är intresserade av olika aktörers perspektiv har vi först kontaktat din verksamhetschef för att få tillstånd att kontakta dig för frågan om deltagande.

Studiens genomförande

Studien är en intervjustudie. Intervjun kommer ske enskilt på valfri plats och beräknas ta ca 45-60 minuter. Frågorna utgår från dina erfarenheter av att möta ensamkommande flyktingbarn, dina erfarenheter av barnens behov i relation till hälsa och ohälsa samt din syn på ansvar och utmaningar utifrån din roll.

Intervjun kommer att spelas in för att senare transkriberas till text och analyseras. Texten kommer att koda så att det som sägs inte kan härledas till respektive deltagare. Personuppgifter, ljudupptagning och den utskrivna texten kommer att förvaras inlåsta så att inga obehöriga kan ta del av dessa. Materialet kommer att förstöras då examensarbetet är godkänt. Det slutliga examensarbetet kommer att finnas publicerat på Göteborgs universitets hemsida

Risker och fördelar

Vi ser inte att det finns några risker med att delta. Studiens resultat kan bidra till en djupare kunskap om vårdpersonals erfarenheter av att möta dessa barn inom olika vårdsmiljöer. Du kan som deltagare i studien kontakta ansvariga för att få ta del av studiens resultat. Det utgår ingen ersättning för att delta i studien.

Frivillighet

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att skäl behöver anges.

Ansvariga för studien

Lisa Ånskog: gusansli@student.gu.se Tel: 0705-78 33 68

Emma Vennman: gusvennem@student.gu.se Tel: 070-604 75 68

Handledare:

Carina Sparud Lundin: carina.s-lundin@fhs.gu.se

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa
Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet