



**Masteroppgave i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger
Samfunnsvitenskapelig fakultet. Institutt for helsefag.**

**Helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere.
En kvalitativ studie om helsefremming for enslige mindreårige
asylsøkere i skolen**

Anne Gro Hetland Bergh

Veileder: Kristin Humerfelt

1. Amanuensis

Stavanger 13. desember 2013

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2013

(vår/høst – årstall)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Anne Gro Hetland Bergh

VEILEDER: Kristin Humerfelt

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere. En kvalitativ studie om helsefremming i skolen for enslige mindreårige asylsøkere

Engelsk tittel: Health promotion for unaccompanied minors. A qualitative study of health promotion in school for unaccompanied minors

EMNEORD/STIKKORD:

Enslig mindreårig asylsøker, Fysisk, psykisk, psykososial helse, helsefremming, skole, ansatte.

ANTALL SIDER: 45

STAVANGER

DATO/ÅR 13. desember 2013

Forord

Denne studien er en avslutning på et masterstudium ved Universitetet i Stavanger. Det har vært en hektisk og krevende, men fremfor alt lærerik periode. Det er mange som skal takkes. Først og fremst vil jeg takke mine positive informanter som tok av sin tid til å stille til intervju. Jeg vil få takke min veileder Kristin Humerfelt for tålmodig å ha lost meg gjennom prosessen med oppgaven og gitt meg konstruktiv kritikk. Jeg vil takke gode kolleger som har stilt opp for meg i denne tiden. Jeg vil også få rette takk til min avdelingsleder Anne Mette Karlsen og mine kolleger Kristine Fosse og Oddlaug Næss som har bidratt med gode råd underveis. Til slutt vil jeg takke min familie som har stått på sidelinjen og heiet meg fram. Takk!

Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om hvordan ansatte i skolen arbeider med helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere ut fra opplæringsloven Kapittel 9A-1 om å fremme elevenes fysiske, og psykososiale helse. Formålet med studien var å få innsikt i, kunnskap om og forståelse for hvordan ansatte i skolen arbeidet for å fremme enslige mindreårige asylsøkeres fysiske, psykiske og psykososiale helse. Kvalitativ metode ble brukt. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med semistrukturert intervjuguide, materialet ble transkribert og analysert ut fra studiens fenomenologiske ståsted, og funn ble sett i lys av teoretisk rammeverk. Funn bekreftet det som var forventet ut fra ansattes arbeid med helsefremming, og indikerte et behov for å styrke enslige mindreårige asylsøkeres psykiske helse i skolen.

Innholdsfortegnelse:

1. Bakgrunn for valg av tema -----	6
2. Oppgavens oppbygning -----	7
3. Enslige mindreårige asylsøkere -----	7
4. Tidligere forskning -----	9
5. Formål og problemstilling -----	11
6. Lover og regler/Offentlige publikasjoner -----	12
6.1. Lover og regler-----	12
6.1.1. FNs konvensjon om Barns rettigheter (Barnekonvensjonen)----	12
6.1.2. Opplæringsloven-----	12
6.1.3. Barnevernloven-----	13
6.2. Offentlige publikasjoner-----	13
7. Teoretisk tilnærming -----	14
7.1. Definisjoner og begrepsavklaringer.-----	14
7.1.1. Hva er helse?-----	14
7.1.2. Fysisk helse-----	15
7.1.3. Psykisk helse.-----	15
7.1.4. Psykososial helse-----	16
7.1.5. Begrepet helsefremming-----	17
7.1.6. Begrepet mestring.-----	17
8. Presentasjon av modeller og teori -----	18
8.1. Den biopsykososiale modellen.-----	18

7.2. Tannahills helsefremmingsmodell.....	19
9. Metode.....	20
9.1 Vitenskapsteoretiske refleksjoner.....	20
9.2. Design.....	21
9.3. Fokusgrupper – Fordeler og ulemper.....	22
9.4. Utvalg.....	23
9.5. Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	24
9.6. Transkribering.....	25
9.7. Analyse.....	25
9.8. Validitet – Reliabilitet – Overførbarhet.....	27
9.9. Forskningsetiske vurderinger.....	28
10. PRESENTASJON AV FUNN.....	28
10.1. Fysisk helse.....	29
10.1.1. Fysisk aktivitet og tilrettelegging for fysisk aktivitet.....	29
10.2. Psykisk helse.....	30
10.2.1. Migrasjonshelse (psykiske plager – angst – traumer).....	30
10.2.2. Religiøs utøvelse.....	31
10.3. Psykososial helse.....	31
10.3.1. Psykososialt klassemiljø/Sosial kompetanse.....	31
10.3.2. Viktigheten av søvn og tid.....	32
10.3.3. Omsorgs- fagpersoner i enslige mindreåriges liv.....	33
11. DRØFTING.....	34
11.1. Fysisk helse.....	34
11.2. Psykisk helse.....	37

11.3. Psykososial helse-----	40
11.4. Sammenfattende drøfting-----	42
11.5. Implikasjoner for praksis og videre forskning-----	43
11.6. Metodiske refleksjoner-----	44
12. AVSLUTNING-----	45

Litteraturliste

Vedlegg 1: Den biopsykososiale modellen

Vedlegg 2: Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgaven

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

1. Bakgrunn for valg av tema

Tema for masteroppgaven er hvordan ansatte i skolen arbeider med helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere. Tema er aktuelt fordi enslige mindreårige asylsøkere som kommer til Norge ofte har problemer med fysisk, psykisk og psykososial helse. Skolen er ikke bare en arena for faglig læring, den er også en helsefremmende arena som er med å fremme elevenes fysiske, psykiske, og psykososiale helse (Andersen m.fl.2010; Eide, 2000; Eide & Brock, 2010; Neumayer m. fl. 2006; Mock-Munoz de Luna, 2009 i Eide, 2012). Skolen har et lovfestet ansvar til å jobbe med helsefremming. Jamf. opplæringsloven Kapittel 9A-1. Årsakene til at enslige mindreårige asylsøkere drar fra landet sitt kan være ulike. Det kan være på grunn av krig eller væpnet konflikt, opplevd fare og trusler i familie eller annet sosialt nettverk. Det kan være for å få et bedre liv, som muligheter for skole, utdanning og arbeid, og det kan være på grunn av et livs prosjekt som både den enslige mindreårige og familien har (Øien, 2010). Norge får stadig nye enslige mindreårige asylsøkere som trenger hjelp, støtte og omsorg enten de får bli i landet eller må reise ut. I 2012 kom 960 asylsøkere til Norge som opplyste at de var enslige mindreårige, og 85% var gutter. Av enslige mindreårige som kom til Norge i 2012 var 420 fra Afghanistan, 210 fra Somalia, 60 fra Eritrea, 40 fra Marokko, 40 fra Algerie, 20 statsløse og 10 fra Etiopia (UDI, 2012). Når enslige mindreårige kommer til Transittmottaket i Norge, må de gjennom en helseundersøkelse for å kartlegge eventuelle helseproblemer. Da gjennomføres en vurdering av psykisk helse, og en somatisk undersøkelse (Veileder IS 1022, 2010; Brunvatne, 2009). Undersøkelsen avdekker at flere har psykiske problemer som post traumatiske stressreaksjoner, depresjon og angst, uro og ustabilitet og rusmiddelbruk, spesielt blant gutter. Videre viser undersøkelsen at barna har somatiske lidelser som tuberkulose, dårlig behandlede kroniske lidelser, for eksempel leddgikt og diabetes, smittsomme sykdommer som Hepatitt B og C, mangel på vitamin D, jernmangel og feilernæring. Etter det de enslige mindreårige har vært igjennom før, under og etter flukt, har de en høyrisiko for psykososiale problemer som for eksempel relasjonsproblemer, problemer med rus og kriminalitet (Brunvatne, 2009; Veileder IS 1022, 2010). Etter ankomst til Norge

skal det oppnevnes hjelpeverge for enslige mindreårige asylsøkere under 18 år dersom foreldre eller den som utøver foreldreansvar er bekreftet døde (Veileder, 2010).

Skolen er valgt som arena for studien fordi enslige mindreårige asylsøkere tidlig vil møte skolen da rask oppstart i skolen kan bidra til at enslige mindreårige får muligheter for læring og utvikling, får venner og kan bygge sosiale nettverk. Skolen gir også håp for fremtiden (Øien, 2010); Mock-Munoz De Luna, 2009).

2. Oppgavens oppbygning.

Jeg vil i det kommende kapitlet, kapittel 3, informere om enslige mindreårige asylsøkere. Kapittel 4 har fokus på tidligere forskning, nasjonalt og internasjonalt. I kapittel 5 presenteres studiens formål og problemstilling som tar utgangspunkt i opplæringslovens paragraf 9A-1 om å fremme elevenes fysiske, og psykososiale helse, og definere disse og andre sentrale begrep. Lover, regler og utvalgte offentlige publikasjoner presenteres i kapittel 6 for å underbygge og belyse samfunnets rolle overfor skolen og enslige mindreårige asylsøkere. I kapittel 7 presenteres teoretisk perspektiv med definisjoner. Georg Engels biopsykososiale modell (1977/1981) og Tannahills (Downie et al. i Naidoo & Wills, 2011) helsefremmingsmodell blir presentert i kapittel 8. Kapittel 9 vil ha fokus på metode og vitenskapsteoretiske refleksjoner og analyse, I kapittel 10 presenteres funn, før drøfting av funn i kapittel 11 og avslutning i kapittel 12.

3. Enslige mindreårige asylsøkere

Enslige mindreårige asylsøkere er barn under 18 år som kommer til Norge som asylsøkere eller som overføringsflyktning uten foreldre eller andre med foreldreansvar overfor barnet. (Ot.prop.28, 2007-2008; Eide, 2012).FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR, 1994) definerer denne gruppen slik: *"Those who are separated from both parents, and are not being cared for by an adult who by law or custom is responsible to do so"*(Eide, 2012).

Utlendingsdirektoratet (UDI) har delt enslige mindreårige som kommer til Norge i tre kategorier. Dette er:

1. *”Enslige mindreårige som kommer alene og er uten slektstilknytning i Norge.”*
2. *”Enslige mindreårige som kommer alene, men som har nær familie i Norge som etter særskilt vurdering kan være aktuelle omsorgspersoner for den enslige mindreårige.”*
3. *”Enslige mindreårige som kommer sammen med en eller flere følgepersoner over 18 år som etter særskilt vurdering kan være aktuelle omsorgspersoner for den enslige mindreårige”* (Eide, 2012, s.16).

De enslige mindreårige er en heterogen gruppe med ulik bakgrunn og erfaring og med ulike behov, men de har også en del fellestrekk. De er sårbare, mange har ikke omsorgspersoner her i landet, og de trenger ekstra beskyttelse, omsorg og trygghet (Eide, 2012). Mange enslige mindreårige asylsøkere har opplevd ekstreme fysiske og psykiske påkjenninger (Brunvatne, 2009). Forskning viser at denne gruppen barn og unge er særlig utsatt for psykiske helseplager som angst, depresjon og post traumatisk stresslidelse. Videre kan de ha vonde minner, søvnproblemer, mareritt og være irritable (Eide, 2012). Hvilke konsekvenser dette får er avhengig av flere faktorer. Barnets alder spiller en rolle, hvor robust eller hvor sårbart barnet er og hvordan det blir tatt i mot. Det er viktig å ta hensyn til barnets kulturelle behov (Eide, 2012). Mange enslige mindreårige gir uttrykk for at de savner familie. De trenger som andre barn og unge hjelp og støtte til praktiske gjøremål og hjelp til å ta viktige avgjørelser (Oppedal et al. 2009). Via egne historier har barna selv gitt uttrykk for at de synes det er viktig å ha voksne som bryr seg og at de synes det er viktig med skole og utdanning og å få være en alminnelig ungdom (Myhrer & Stenerud, 2011). I tillegg til at barn og unge har vonde opplevelser bak seg, vil mange i tillegg bekymre seg for familien i hjemlandet, spesielt hvis konflikter tilspisser seg (Oppedal et al. 2009). Ut fra en undersøkelse som er gjort med enslige mindreårige og ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn som er i Norge med familie, rapporterte 53% av enslige mindreårige og 33% av etnisk minoritetsungdom med familie, at de ofte hadde vært urolige for ting som skjer i hjemlandet deres (Oppedal et al. 2009). I følge Oppedal et al.(2009) er det også en del enslige mindreårige som klarer å tilpasse seg og fungere godt i en ny kultur (Oppedal et al. 2009). Situasjonen for enslige mindreårige

flyktninger er langt mer usikker nå en på 1970 tallet da vietnamesiske flyktninger kom via Fn systemet som overføringsflyktninger. De enslige mindreårige som kommer til Norge i dag, kommer som individuelle søkere som har brukt lang tid på å komme hit, men de vet ikke om de får bli her i landet eller må reise ut. De har et liv på vent. (Berg, 2009) I denne studien vektlegges ikke kjønn, men langt de fleste som kommer hit er gutter.

4. Tidligere forskning

Ut fra søk etter tidligere forskning, fant jeg flere studier som har likheter med min studie. Jeg har valgt å fokusere på seks artikler som kan ha overføringsverdi i forhold til min studie. Disse artiklene beskriver helefremming i skolen på områder innen fysisk, psykisk og psykososial helse.

For å finne fram til tidligere forskning ble følgende nøkkelord brukt: Unaccompanied minors, Refugee children, Asylum seekers, Health promotion, Physical health, Psychological health, Psychosocial health, Enslige mindreårige asylsøkere, Asylsøkere, Flyktninger Helsefremming, Fysisk helse, Psykisk helse, Psykososial helse.

Søk er gjort i databasene: Cinahl, Academic Search Elite, Idunn, Medline, Eric, Proquest, Academic Search Premier, Google Scholar.

Burnette & Peel (2001), har foretatt en studie av asylsøkeres helsebehov på bakgrunn av andres studier av flyktningers fysiske og psykiske helsebehov gjort i USA. Disse studiene viste at 5% av flyktingene fra Korea og 15% av flyktninger fra Kambodia testet positivt på Hepatitt B. I Spania testet 21% positivt på Hepatitt A og B. I 1998 hadde 3-4% av flyktingene som kom til USA tuberkulose. 25% av en gruppe asylsøkere i Australia hadde gastrointestinal symptomer. Diabetes, hypertensjon, hjertesykdom ble funnet hos flyktninger fra øst Europa. I en studie basert på irakiske asylsøkere i London viste at depresjon var sterkere knyttet til sosial støtte enn til tidligere vold og tortur. Burnett & Peel (2001) fant at asylsøkeres helsebehov er den samme som befolkningen generelt, men bakgrunn og tidligere dårlig tilgang på helsehjelp, kan bety at mange tilstander er ubehandlet. Symptomer på psykologisk stress er vanlig, men trenger ikke bety mental sykdom. Mange asylsøkere og

flyktninger har problemer med å uttrykke sine helsebehov og å tilegne seg helsehjelp. Det viser seg at fattigdom og sosial ekskludering virket negativt på helsen (Burnette & Peel, 2001). Videre påpeker Burnette og Peel (2001) at det er viktig for asylsøkerbarna som har angst og traumer å bli trygge og opparbeide seg selvtillit gjennom for eksempel skole (Burnett & Peel, 2001).

Samdal (1998) har i samarbeid med senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEML) ved universitetet i Bergen gjennomført en undersøkelse i regi av Verdens helseorganisasjon hvor skolen som arbeidsmiljø ble studert. Funn viste at Norge lå ganske godt an i forhold til trivsel i skolen. De fant at det som var mest sentralt for elevene, var at de fikk oppleve innflytelse. Det samme ble konstatert i de andre landene som var med i undersøkelsen. Den faktoren som hadde størst innvirkning var at elevene ble tatt med på beslutninger. Et godt skolemiljø er viktig for å utjevne forskjeller mellom elevene. (Samdal, 1998)

En studie gjort av Andersen & Nord, (2010), fokuserte på et veiledningsprogram for psykisk helse i skolen, ”VIP” som betyr veiledning og informasjon om psykisk helse. Målet med veiledningsprogrammet var å øke elevenes kunnskap om psykisk helse og på den måten å gjøre elevene i bedre stand til å ta vare på sin egen psykiske helse, og å forbeder elevenes evne til å kunne identifisere signaler på psykisk lidelse (Andersen & Nord, (2010). Studien hadde en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. 64 klasser fra 13 fylker med 943 elever ble trukket ut som intervensjonsgruppe, og 61 klasser med til sammen 943 elever ble trukket ut som kontrollgruppe i evalueringen. To spørreskjema ble brukt hvor elevene i det ene skulle angi ulike psykiske lidelser som de visste om. Det andre målte kunnskap om psykisk helse. Funn viste at de elevene som gjennomførte ”VIP” programmet hadde en klar fremgang når det gjaldt kunnskap om psykiske lidelser og kunnskap om helse generelt. De hadde lettere for å kople symptomer til diagnoser, og de hadde en større kunnskap om hjelpeapparatet (Andersen & Nord, (2010).

Rousseau & Guzder (2008) har på bakgrunn av studier tatt for seg ulike helsefremmende skoleprogrammer for å fremme mental helse for enslige mindreårige asylsøkere og andre asylsøkerbarn i skolen. På bakgrunn av utprøving av skolebaserte helse program fra ulike land, fant Rousseau & Guzder, (2008) at de skolebaserte programmene spilte en viktig helsefremmende rolle for elevenes mentale helse. Det vil være viktig for fremtiden i følge Rousseau & Guzder (2008) å bruke intervensjonsmodeller som fokuserer på hele skolemiljøet

for å fremme samhandling mellom de ulike faggrupper. Rousseau & Guzder (2008) mener lærerne må få støtte og opplæring til å møte denne gruppen elever. Klasseroms aktiviteter som fokuserer på tilpassning for flyktningebarna er viktig, og å støtte barna i sammensmeltingen mellom tidligere og nåværende erfaringer i en klassesammenheng. Likeledes har det vist seg at å få uttrykke seg gjennom kreative uttrykk kan ha en helsefremmende gevinst for elevene.

Huemer et al. (2009) fant på bakgrunn av 22 kvantitative og kvalitative studier fra 1998 til 2000 at enslige mindreårige oftere hadde symptom på post traumatisk stress syndrom (PTSD) enn den vanlige populasjonen og flyktingene som kom med følge. Videre påpekes det i studien at det er nødvendig med videre forskning på perspektiver på integreringsmodeller som går på å mestre stress, personlighetsprofiler og langsiktige resultat av tiltak. (Huemer et al. 2009).

Ommundsen, (2013) har skrevet en artikkel på bakgrunn av at kroppsøvfingsfaget har blitt svekket som et lærings- og dannelsesfag. Han retter fokus mot elevenes personlighetsutvikling, allmenndannelse og bevegelseslyst. Han hevder at den fysiske aktiviteten i skolen ikke bare må fokusere på vektøkingsproblematikken, men fokuset må også rettes mot elevenes fysiske og motoriske ferdigheter. Dette vil øke elevenes aktivitet og slik vil de få en bedre fysisk og mental helse (Ommundsen, 2013; Perreira & Ornelas, 2011).

5. Formål og problemstilling.

På bakgrunn av det ovennevnte er formålet med studien å få økt kunnskap om, innsikt i og forståelse for hvordan ansatte i skolen arbeider for å fremme enslige mindreåriges fysiske, psykiske og psykososiale helse. Dette kan bidra med kunnskap om svakheter og styrker innenfor det helsefremmende arbeidet i skolen som igjen kan være med på å gjøre at de enslige mindreårige asylsøkerne kan få et bedre liv.

Problemstillingen for studien formuleres slik: *Hvordan arbeider ansatte med helsefremming i skolen for enslige mindreårige asylsøkere?*”

Begrepet skole er dekkende for innføringsskole og skolesenter. Helsefremming handler her om fysisk, psykisk og psykososial helse, og disse begrepene defineres senere.

Ansatte interessante for denne studien og som arbeider med enslige mindreårige asylsøkere i skolen begrenses til å ta utgangspunkt i elevenes fysiske, psykiske og psykososiale helse generelt, og skolens faglig pedagogiske innhold er ikke inkludert.

6. Lover og regler/Offentlige publikasjoner

Norge har lover og regler og offentlige dokument som legger føringer for hvordan ansatte i skolen skal ta vare på og gi opplæring til enslige mindreårige asylsøkere.

6.1. Lover og regler.

6.1.1. FNs konvensjon om barns rettigheter (Barnekonvensjonen)

I følge FNs konvensjon om barns rettigheter (Barnekonvensjonen) blir det lagt vekt på at enslige mindreårige ikke skal forskjellsbehandles eller diskrimineres mellom asylsøker barn eller andre barn uavhengig av om de oppholder seg ulovlig i landet eller ikke. Myndighetene må alltid ha barnets beste i fokus og oppfylle krav til sikkerhet, helse og personalets antall og kvalifikasjoner når det gjelder de tilbud barnet får. Enslige mindreårige har rett til de helsetjenester som tilbys befolkningen for øvrig. Barn som har vært utsatt for traumer, fysisk eller psykisk som misbruk, krig, tortur eller annen umenneskelig behandling har rett til fysisk og psykisk rehabilitering og integrering i et helsefremmende miljø med fokus på selvrespekt og verdighet (FNs barnekonvensjon, 2003; Sandberg, 2012). Denne studiens fokus er å få kunnskap om ansatte i skolen sin rolle innenfor det helsefremmende arbeidet når det gjelder å hjelpe enslige mindreårige som har vært utsatt for slike traumer og umenneskelig behandling.

6.1.2. Opplæringsloven:

For enslige mindreårige asylsøkere er det viktig at de kommer tidlig til skolen for å få mulighet til å skape tilhørighet (Brunvatne, 2009).

Etter opplæringsloven § 2-1 har ”Barn og unge rett og plikt til grunnskoleopplæring og rett til en offentlig grunnskoleopplæring.” Retten til grunnskoleopplæring gjelder når det er

sannsynlig at barnet skal være i Norge i mer enn tre måneder. Plikten til grunnskoleopplæring begynner når oppholdet har vart i tre måneder. Departementet kan i særlige tilfeller fritta elever fra denne plikten. Etter § 2-8 skal det gis særskilt språkopplæring til språklige minoriteter.” (Norges lover, 2011-2012) I kapittel 9a-1: ”Alle elever i grunnskolen og i videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring.” (Norges Lover, 2011-2012). Videre i kapitlet, 9a-2, blir det påpekt at det fysiske miljøet rundt elevene skal holde en faglig standard. Elevene har rett til en tilpasset arbeidsplass. Helse, miljø og trygghet skal vektlegges. Etter § 9a-3 skal skolen legge vekt på at elevene skal ha et godt psykososialt miljø der hver og enkelt av elevene kan føle seg trygge og oppleve sosial tilhørighet. Det skal settes i gang strakstiltak dersom elever blir utsatt for mobbing, diskriminering, rasisme, vold eller annen krenkende atferd. Det skal også her settes i gang med strakstiltak hvis elever eller foreldre eller andre melder om dette. Skoleledelsen har daglig ansvaret for å arbeide for å fremme helse, for et godt miljø og for trygghet til elevene.

6.1.3. Barnevernloven.

Barnevernloven i Norge gjelder for alle barn og unge under 18 år. Formålet med loven er å ”Sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår” Kapittel 5A § 5A-1 og § 5A-2 omhandler enslige mindreårige asylsøkere omsorgs behov. Barnevernet skal gi disse barna tilbud om å bo på omsorgsentre. Omsorgssenteret skal gi barna den omsorg og trygghet det har behov for (Norges lover 2011-2012; Eide 2012; Brunvatne 2009). I Barnevernloven § 3-2 står det at barnevernet skal ha ”Samarbeid med andre deler av forvaltningen” (Norges lover 2011-2012) dvs. at barnevernet også skal ha et skolesamarbeid. Et godt hjem - skole samarbeid er viktig for enslige mindreårige asylsøkeres helseutvikling.

6.2. Offentlige publikasjoner.

I NOU (2010:/) Mangfold og mestring foreslår Østbergutvalget at ungdom som er mellom 16 og 18 år og som kom til landet før de fylte 18, bør ha rett til videregående opplæring som

alle i den aldersgruppen har i landet. Regjeringen vurderer også ”rett til grunnskoleopplæring for ungdom over grunnskoleopplæringspliktig alder, vanligvis 16 år, og rett til videregående skole for ungdom under 18 år som søker asyl eller opphold på annet grunnlag.” Ungdom over 16 år som har fått opphold i landet, får tilbud om frivillig norskopplæring. Meld. St.27 (2011-2012) om Barn på flukt, har satt søkelyset på alle barn som søker om beskyttelse i Norge. Regjeringen søker å legge til rette for opplæringstilbud, helse- og aktivitetstilbud som skal styrke den enkelte og følge opp den som får avslag. Dette er i tråd med FNs barnekomite. Det er viktig for enslige mindreårige at de blir fulgt opp allerede fra starten når de kommer til landet, slik at de raskt kan integreres i samfunnet.

7. Teoretisk perspektiv

Jeg vil i dette kapittelet definere ulike begrep og presentere helsefremmende modeller og teori som senere benyttes til å belyse mine funn.

7.1. Definisjoner

Først defineres begrepet helse. Deretter defineres og avklares fysisk- psykisk- og psykososial helse før definisjon og avklaring av begrepene helsefremming og mestring.

7.1.1. Hva er helse?

Verdens helseorganisasjon(WHO) ble opprettet etter andre verdenskrig og i deres konstitusjon fra 1946 defineres helse som: ”*a complete state of physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*”(Taylor, 2012, s.3, Mæland, 2009)I stedet for bare å fokusere på helse som fravær av sykdom, har definisjonen en mer holistisk holdning. Helse involverer også en balanse mellom fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende.

Innen helse har jeg valgt å inkludere fysisk, psykisk og psykososial helse. Disse begrepene er nær knyttet til hverandre, spesielt som det fremkommer nedenfor forholdet mellom psykisk helse og psykososial helse. Selv om ikke opplæringsloven kapittel 9A-1 spesifikt nevner psykisk helse som egen komponent, vil likevel denne studien fokusere på psykisk helse i

likhet med komponentene fysisk og psykososial helse fordi enslige mindreåriges psykiske helse blir sterkt berørt når de flykter fra et land til et annet.

7.1.2. Fysisk helse.

Litteraturen gir ikke en klar definisjon på hva fysisk helse er. Naidoo & Wills (2009, s.45) mener at fysisk helse er menneskers egenvurdering av fysisk mobilitet med mulighet for å utføre dagligdagse aktiviteter. Fysisk helse er en kroppslig helse og handler om en kropps sunnhet. I dagens samfunn legges stor vekt på fysisk aktivitet. Det er viktig også for enslige mindreårige for å hjelpe til med å styrke og opprettholde god helse. Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energibruk. (Caspersen mfl.1985) Ved å være fysisk aktiv kan en redusere risikoen for sykdom. Gode matvaner styrker den fysiske helsen (Kunnskapsdepartementet 2013; Lerdal & Fagermoen 2011).

7.1.3. Psykisk helse.

Videre har jeg valgt WHO's definisjon av psykisk helse som er:

” A state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.”

I definisjonen legges det blant annet vekt på det å befinne seg vel. Mæland (2009) skriver om positiv mental helse. Å sette en standard for mental helse er ikke enkelt. Hvor går grensen mellom det en oppfatter som normal helse og annerledeshet. Våre oppfatninger styres av den kultur og det samfunn vi lever i. Noe som oppleves normalt i en kultur, kan oppleves helt annerledes i en annen. Marie Jahoda (1958, i Mæland,209)) legger vekt på seks kjennetegn på mental helse, som a) holdninger til seg selv, at en har en positiv identitet og akseptere seg selv. b) Det neste hun nevner er vekst, utvikling og selvrealisering. c) Her vektlegges en integrert personlighet. Hun skriver at mentalt sunne personer har lett for å tiltrekke seg

venner. De er interessert i andre mennesker og bryr seg om dem. Hun legger også vekt på angst mestring og evne til å motstå stress. d) Det fjerde kriteriet er det hun kaller autonomi. Det dreier seg om selvbestemmelse. Mentalt sunne personer kan ta egne valg uavhengig av omgivelsene. e) Den femte gruppen nevnes som realistisk oppfatning av virkeligheten, dvs. den oppfatter virkeligheten uten noen forstyrrende elementer. Personen fungerer godt sosialt og har evne til å vise empati. f) Det siste punktet går på å kunne mestre sine omgivelser (Mæland, 2009). Nordenfelt sin teori basert på Ingmar Pørm skriver det slik at: ”Grunntanken er nemlig at en person er ved helse om han/hun kan oppnå sine vitale mål” (Nordenfelt, 1991, s.82). Videre i forhold til mental helse sier Nordenfelt: ”P har mental helse hvis og bare hvis P har mental evne til å oppnå sine vitale mål, forutsatt akseptable omstendigheter” (Mæland, 2009, s.75).

7.1.4. Psykososial helse.

Verdens helseorganisasjon (WHO) (2010) definerer psykososial helse slik:

”The term psychosocial denotes the interconnection between psychological and social processes and the fact that each continually interacts with and influences the other.”

Det kan være nødvendig å se på hva psykososial helse innebærer for å få et helhetsbilde av disse begrepene som er så nær knyttet sammen. Sosial helse spiller en stor rolle for individet og hvordan individet forholder seg til miljøet rundt, og hvordan miljøet forholder seg til individet. Antonovsky (1987) definerer sosial helse slik: Den sosiale dimensjon på helse er i hvilken grad menneskene fungerer adekvat som medlemmer av samfunnet. Individets særtrekk påvirker og påvirkes av forholdene rundt. Et viktig punkt er å ha et godt nettverk og egen følelse av tilstrekkelighet (Mæland, 2009; Naidoo & Wills, 2009; NOU, 1998:18; Ommundsen 2000).

7.1.5. Begrepet helsefremming.

Jeg har valgt en definisjon på helsefremming som bygger på Ottawa Charter (WHO) fra 1986 for å gjelde for denne studien.

”Health promotion represents a comprehensive social and political process. It not only embraces actions directed at strengthening the skills and capabilities of individuals, but also actions directed towards changing social, environmental and economic conditions so as to alleviate their impact on public and individual health. Health promotion is the process of enabling people to take control over the determinants of their health and thereby improve their health.”

(Naido & Wills, 2011, s. 52; Espnes & Smedslund, 2012).

Her forklares helsefremming med en prosess, sosialt og politisk som omfatter tiltak for å styrke individets ferdigheter og evne, en prosess som også er viktig for enslige mindreårige asylsøkere i skolen. Videre sier definisjonen noe om de sosiale, økonomiske og miljømessige forhold som må hjelpe mennesker, voksne og barn til å kunne bli i stand til best mulig å ivareta egen helse.

7.1.6. Mestring.

En av skolens viktige oppgaver er å gi enslige mindreårige asylsøkere opplevelse av mestring.

Mestringsbegrepet er en viktig komponent av helsefremming. Mestring kan defineres som:

”The thoughts and behaviours used to manage the internal and external demands of situations that are appraised as stressful.”

(Folkman & Moskowitz, 2004; Taylor & Stanton, 2007, i Taylor, 2012).

Lazarus, (2009) hevder at; *”Under alle omstendigheter er mestring et avgjørende aspekt av stress og følelsesreaksjoner.”* (Lazarus, 2009) Mestring og stress forholder seg til hverandre på den måten at når mestringsfølelsen er lav, vil stressnivået være høyt og omvendt (Lazarus, 2009). Mestring blir ofte forbundet med negative følelser som angst, skyld og skam, men også

positive følelser kan kreve mestring hvis det innebærer at en er utsatt for skade (Lazarus, 2009). En skal også være oppmerksom på at god mestring kan føre til et for hardt press på seg selv, som igjen kan øke stressnivået (Lazarus, 2009).

Garcia og Pintor, (2012) retter søkelyset på hvordan ungdom mestrer livene sine. Ungdommen står overfor store psykologiske forandringer og påkjenninger fra barn, gjennom ungdomså til voksne. Det er derfor avgjørende hvordan de klarer å mestre de ulike utfordringene. For enslige mindreårige er det ikke bare det å mestre å bli ungdom, men de må i tillegg mestre vonde opplevelser og et nytt liv i ny kultur. Det er viktig for ansatte å være oppmerksom på hvordan enslige mindreårige mestrer skolehverdagen sin, og hvilke mestringsressurser som iverksettes. Mestringsressurser er viktig for hvordan ungdom vil utvikle seg i positiv retning. Mestringsressurser kan være sosial støtte, kultur, religion og verdier, fysisk og biokjemiske ressurser, kontinuitet, oversikt og kontroll og materielle verdier som klær, penger, mat, og bolig (Lerdal & Fagermoen, 2011). Lazarus (2009, s.186) har listet opp flere mestringsstrategier som: ”å skape mening, aksept, fokus på det positive, flukt, årvåkenhet, følelsesmessige uttrykk, optimisme, pessimisme, humor, søke hjelp, forklaring.” Etter hvert som ansatte i skolen blir kjent med de enslige mindreårige, er det viktig å merke seg hvilke mestringsstrategier de bruker for å mestre de ulike situasjonene slik at de kan hjelpe elevene til å ta i bruk positive mestringsstrategier. (Erikson (1968) trekker frem identitetskrisen i ungdomsårene. Den er avgjørende for hvordan unge utvikler selvet, hvordan de opplever sosiale interaksjoner og sin fremtid (Garcia & Pintor, i Hill Rice,).

8. Presentasjon av modeller og teori

8.1. Den biopsykososiale modellen.

Den biopsykososiale modellen ble introdusert av indremedisiner og psykiater George L. Engel (1913-1999) inspirert av Bertalanffys systemteori og illustrerer dette med et helhetlig syn på det fysiske, psykisk og det psykososiale (Falkum, 2008). Modellen er utviklet fra en biomedisinsk forståelse. En vanlig slik forståelse er at ”Helse er tilstanden når det ikke finnes forstyrrelser i kroppens biologiske struktur og deres funksjoner.” Det trekkes opp en grense mellom det normale, dvs. friske og det unormale dvs. syke. (Mæland, 2009, s. 23) Engel

lanserte sin modell som et alternativ til den biomedisinske modellen. Modellen inneholder forhold helt fra atom og molekyl nivå til Samfunn og biosfære. (Se vedlegg 1) Engel mente at hver av disse nivåene ikke kunne sees isolert, men at alle har en gjensidig påvirkning på hverandre. (Falkum, 2008) Den biopsykososiale modellen kan ses som en holistisk modell som uttrykker et helhetlig syn på helse i det at kropp, sjel og sosiale forhold interagerer. (Mæland, 2009) Den biopsykososiale modellen hjelper oss til å forstå hvordan en kan opprettholde god helse og helsevaner ved nettopp å rette søkelyset mot interaksjon av fysiske, psykiske og sosiale faktorer.

8.2. Tannahills helsefremmingsmodell.

Tannahill (Downie et al. 1996 i Naidoo & Wills, 2009) har tre områder som det fokuseres på: Det er helse opplæring, forebygging og helsebeskyttelse. Når det gjelder opplæring legges det vekt på kommunikasjon, gode holdninger og å hindre negativ helseutvikling, og opplyse ungdom om negative påvirkninger av røyking, alkohol og andre stoffer. Forebygging er å prøve og unngå risiko for sykdommer og helsebeskyttelsen må samfunnet hjelpe til med gjennom lover og regler og ulike tiltak for befolkningen. Det er en interaksjon mellom alle disse områdene som er med på å fremme helsen for individet og befolkningen (Downie et al. 1996 i Naidoo & Wills, 2009). Det er viktig for ansatte i skolen å legge vekt på helsefremmende tiltak som helseopplysning og helseforebygging når enslige mindreårige asylsøkere møter skolen. Noe av det viktigste vil være å skape god kommunikasjon mellom elever og mellom elever og ansatt. På den måten øker en forståelsen for hverandre og for en ny kultur. Det blir da lettere for ansatte å skape gode holdninger som enslige mindreårige kan ta med seg ut i samfunnet.

9. Metode

I det følgende beskrives vitenskapsteoretiske refleksjoner og vitenskapsteoretiske utgangspunkt. Jeg tilkjennegir studiens ståsted. Fokusgrupper med fordeler og ulemper belyses, og utvalg nevnes. Dernest beskrives forberedelse til og gjennomføring av intervju med etterfølgende transkribering og analyse, etterfulgt av Giorgis analysetrinn modifisert av Malterud. Forskningens reliabilitet, validitet og overførbarhet blir vektlagt etterfulgt av forskningsetiske vurderinger.. Funnene blir så presentert.

9.1. Vitenskapsteoretiske refleksjoner.

Studien er inspirert av en fenomenologisk tilnærming. Ordet fenomenologi kommer fra det greske *phai`nomenon*, det som viser seg og *logos* som betyr lære. Fenomenologien er altså læren om det som viser seg. Fenomenologien vektlegger hvordan verden erfares for subjektet. Historisk sett har fenomenologien sitt utspring fra empirismen (1700 tallet) representert ved John Locke (1632-1704) og David Hume (1711-1776) via positivismen, August Comte (1798-1857) og Wienerkretsens Otto Newarth (1882-1945) og Rudolf Carnap (1891-1919) (Thornquist, 2010). Edmund G.A Husserl (1859-1938) sies å være grunnleggeren av fenomenologien. Han var opptatt av kunnskap og kunnskapens natur. Denne studien søker å beskrive de fenomenene som viser seg for oss gjennom informantenes stemmer, når de beskriver hvordan de arbeider med helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere. I følge Husserl (Thornquis, 2010) påvirkes vår bevissthet av inntrykk som den blir utsatt for. Husserls uttrykk ”til saken selv” hvor saken selv er de fenomener som kommer til syne for oss, her den kunnskap som formidles via ansattes erfaring og livsverden. Husserl presenterte begrepet *epoche* som betyr å sette i parentes, dvs. at vår forforståelse settes i parentes i møte med mennesker som vi vil vite noe om. Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er innen fenomenologi, inspirert av Husserl. I en slik prosess må jeg være bevisst informantenes livsverden, lytte til deres erfaringer og kunnskap og sette egen forforståelse i parentes. Det kan være problematisk å sette sin egen forforståelse i parentes. En vil alltid bære preg av de

erfaringer og den kunnskap en har med seg. Foruten den erfaringen og kunnskapen vil det være vanskelig å formulere spørsmål som skal belyse de fenomenene en ønsker å vite noe om. Idealet vil likevel være å etterstrebe en så fordomsfri beskrivelse som mulig av fenomenene, og jeg vil, sammen med mine informanter, gå gjennom en bevisstgjøringsprosess som vil gi meg økt innsikt og ny kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2010).

9.2. Design.

I forhold til mitt fenomenologisk inspirerte utgangspunkt valgte jeg en kvalitativ studie med eksplorerende design for å utforske erfaring og mening som ansatte i skolen har når det gjelder arbeidet med helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere. Jeg valgte kvalitativ forskningsmetode fordi jeg ønsket å tre inn i andres livsverden for å få svar på mine spørsmål og problemstilling (Thagaard, 2010). Kvalitativ metode bygger på vitenskapsteorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermenautikk) (Malterud, 2011). Jeg fulgte den kvalitative forskningsprosessen, dvs. prosessen fra problemstilling, datainnsamling, analyse og tolkning hvor alle delene overlapper hverandre (Thagaard, 2010). Fordelen med metoden er at den er fleksibel og kan tilpasses nye data. Metoden gir mulighet for endringer underveis i prosessen. Gjennom kvalitativ metode fikk jeg nærhet til informantene og informasjon om deres holdninger, tanker, følelser og opplevelser. Dette bidro til mangfold og nyanser. Det ga meg en dypere forståelse, og min forståelse vil gjenspeiles i resultatene. I følge Polit & Beck (2012), kan kvalitativ metode sies å være holistisk, dvs. at den søker å forstå mennesket som et hele som inkluderer menneskets fysiske, psykiske og sosiale aspekt (Mæland, 2009). Dette prosjektet har forankring i en slik holistisk tanke. Ved bruk av den kvalitative metoden slipper en sterk strukturering med tall og statistikker som kjennetegner kvantitativ metode, men mens kvantitativ metode stort sett har avstand til materialet kan en ved bruk av kvalitativ metode ha både nærhet og avstand. Ved at jeg hadde nærhet til materialet kunne jeg fange opp nonverbale uttrykk. Ved at jeg hadde distanse til materialet kunne jeg også se ting på avstand. En ulempe ved metoden var at det tok tid å samle inn og analysere data. Det var mye data som skulle bearbeides, og det ga mulighet for feiltolkninger. Utvalget var lite, og det ble derfor vanskelig å generalisere (Kvale & Brinkmann, 2009). Innenfor kvalitativ metode har jeg brukt fokusgruppeintervju.

9.3. Fokusgrupper- Fordeler og ulemper.

Etter annen verdenskrig brukte markedsforskerne fokusgruppeintervju i markedsundersøkelser og de har gradvis økt siden 1970. Fra 1980 har fokusgrupper blitt anvendt av samfunnsforskerne. I dag brukes fokusgrupper til mange ulike formål, for eksempel i helsepropaganda, innen samfunnsforskning og i evaluering av sosiale programmer. Fokusgrupper hører til kvalitativ forskningsmetode hvor samhandling blir representert ved tekster. (Stewart, D, W, et.al. 2007; Malterud, K, 2012; Kvale og Brinkmann, 2010). I følge Malterud, (2010) er det ulike meninger om hva som er en fokusgruppe. Noen oppfatter en slik gruppe til å være strengt opptatt av formål, størrelse, antall, fremgangsmåte og hvordan gruppen er sammensatt. Andre igjen hevder at enhver gruppediskusjon er en fokusgruppe når forskeren forholder seg til gruppens samhandlingsprosess. Det finnes stor variasjon når det gjelder antall grupper for et prosjekt. Morgans (1997 i Malterud, 2012) konkluderte med at en skal gjennomføre antall fokusgrupper en har behov for slik at empiriske data blir nøye belyst. Erfaringsmessig anbefaler Malterud, (2012) grupper med 5-8 deltakere som møtes en enkelt gang. Forskeren i en fokusgruppe får rollen som moderator, dvs, å lede gruppen (Malterud, K, 2011, 2012; Kvale og Brinkmann, 2010).

Denne studien er basert på to fokusgrupper med intervjuguide. Grunnen til at fokusgrupper ble valgt, var at gruppeintervju kan være med å utdype tema som tas opp, fordi deltakerne har felles referanseramme, de gir hverandre respons underveis i samtalen/diskusjonen og det er viktig at ulike synspunkt kommer fram i samtalen/diskusjonen (Thagaard, 2010). I en fokusgruppe kan også negativ samhandling oppstå og data bli dårlig (Halkier, 2006; Kvale & Brinkmann, 2010). Fordeler og ulemper med fokusgrupper vil avhenge av det enkelte prosjekts formål og utforming. Men erfaringer gjennom tid har vist at det finnes noen generelle fordeler og ulemper ved fokusgrupper som er verd å merke seg (Halkier, 2006). Intervjuformen er ressursbesparende. Det kreves mindre enn om deltakerne skulle bli intervjuet individuelt (Malterud, K, 2012). Deltakerne i prosjektet sammenliknet og delte erfaringer og forståelser som virket positivt på gruppeprosessen. Jeg la vekt på å ha kontroll på samtalen slik at samtalen ikke skulle spore av fra tema. Til tross for få i gruppene, gikk samtalen greit. Men som uerfaren moderator, opplevde jeg at det var vanskelig å bryte inn i

samtalen og stille tilleggsspørsmål. En ulempe var at i en av gruppene var det en av deltakerne som lite ytret sine synspunkt verbalt. Det kan ha ulike årsaker. Det kan ha en sammenheng med at hun var den yngste i gruppen og sammen med sin overordnet, eller hun kan ha hatt mindre å si om tema, eller hun satt og tenkte på andre ting. Hun var innimellom aktiv med kroppsspråk og hodenikk.

9.4. Utvalg.

Denne studien er basert på et strategisk utvalg. Inklusjonskriterier for deltakelse i prosjektet var ansatte som arbeidet med enslige mindreårige asylsøkere i innføringsskole/skolesenter, for eksempel lærere, sosial lærer, helsesøster og eventuelt andre fagpersoner. Eksklusjonskriterier for deltakelse i prosjektet var ansatte som arbeidet i skolene, men som ikke arbeidet med enslige mindreårige asylsøkere. Informantene ble valgt fordi de gjennom sitt arbeid best mulig kunne belyse problemstillingen (Malterud, K; 2011; Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2010). Rekruttering av informantene var en forholdsvis lang prosess da det var vanskeligere enn jeg først hadde trodd å rekruttere informanter i nærkommunene. Jeg valgte derfor å utvide søket til å gjelde flere kommuner for å få nok informanter. Inklusjonstiden varte fra februar 2013 til mai-juni 2013. Først ble det tatt telefonisk kontakt med skoler som har enslige mindreårige som elever. To skoler, en innføringsskole og et skolesenter som begge har enslige mindreårige som elever, meldte sin interesse. Elevene var mellom 13-18 år og kom fra Afghanistan, Somalia og Eritrea. Deretter ble e-post sendt til avdelingsleder ved skolene med vedlagt formelle skriv om forespørsel og deltakelse i forskningsprosjektet.(se vedlegg 2 og 3) Dette resulterte i to grupper med til sammen fire kvinner og en mann, og gjennomsnittsalderen var 50 år. Deriblant var en helsesøster, en sosiallærer og tre lærere. To av lærerne var avdelingsledere ved skolene. Lærerne hadde henholdsvis 2 og 10 års erfaring med å jobbe med enslige mindreårige. Helsesøster hadde 7 års erfaring og sosiallærer hadde 10 års erfaring med å jobbe med enslige mindreårige. Avdelingslederne ved de to skolene organiserte gruppene ut fra inklusjonskriteriene skissert i skriv om forespørsel om deltakelse og fant så tid og sted. Intervjuene foregikk på hver av de to skolene. I den første gruppen møtte to deltakere ut av tre, og i den andre gruppen møtte tre deltakere ut av fire. Grunnen til at det ble så få deltakere i gruppene var at det ikke var så mange ansatte som forholdt seg til

de enslige mindreårige. Det kan diskuteres om en gruppe på to er en gruppe. Morgans (1997 i Malterud, 2012) skriver det slik at for at en gruppe med to deltakere og en moderator skal kalles en fokusgruppe, må samtalen bære preg av interaksjon mellom deltakerne. Svakheten er at det er en liten gruppe og at en går glipp av interaksjon mellom flere medlemmer, og en kan dermed miste verdifulle data. Det viste seg også at tross få i begge gruppene, ga dette likevel gode beskrivelser av fenomenene som skulle belyses fordi interaksjonen var god for begge gruppene. Grunnen til at det ble så få deltakere i gruppene er at det ikke er så mange ansatte som forholder seg til de enslig emindreårige.

9.5. Forberedelse og gjennomføring av intervju.

Jeg valgte en semistrukturert intervjuguide for prosjektet inspirert av fenomenologien (Thagaard, 2010; Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg utformet intervjuguiden med spørsmål fra tema som kunne gi svar på problemstillingen, ansattes beskrivelser av helsefremmende arbeid for enslige mindreårige asylsøkere i skolen innenfor områdene fysisk, psykiske og psykososiale helse. Utgangspunktet var kapittel 9A-1 i Opplæringsloven. Spørsmålene ble valgt for best å kunne gi deltakerne en innfallsvinkel til tema som kunne belyse problemstillingen. Spørsmålene ble stilt innfor hvert av disse områdene, fysisk, psykisk og psykososial helse. (Se vedlegg 4)

Jeg gjorde et pilotintervju i forkant med en fokusgruppe bestående av kolleger på egen arbeidsplass.. Det var en nyttig erfaring. Jeg fikk testet lydopptaker for å se at utstyret virket. Jeg fikk prøvd ut spørsmål fra foreløpig intervjuguide og erfarte at jeg ble for opphengt i spørsmålene fra intervjuguiden og at jeg hadde for mange spørsmål til å være et semistrukturert fokusgruppeintervju. Data fra pilotintervjuet er ikke inkludert i analysen av data. Med disse erfaringene utformet jeg en ny semistrukturert intervjuguide med spørsmål som skulle svare på problemstillingen. Det ble brukt lydopptaker under intervjuene med samtykke fra informantene, . Kvaliteten på opptakene var bra for begge gruppene, og intervjulokalene var små og intime. Jeg har forsøkt å forholde meg til Kvale & Brinkmann (2010) sine kvalifikasjonskriterier som de mener en intervjuer bør ha. Intervjueren må ha kunnskap om tema, være strukturert dvs. skissere formål og fremgangsmåte, være enkel og klar i sin spørsmålsstilling. Jeg tok utgangspunkt i informasjonsskrivet som skolen hadde fått og skisserte tema, formålet med studien, hvordan jeg så for meg at det skulle forløpe og bruk av lydopptak. I intervjusituasjonen la jeg vekt på å skape en åpen og avslappet atmosfære slik at deltakerne lettere kunne snakke fritt. Jeg forsøkte å være lyttende og var alle

svaralternativene som dukket opp. Deltakerne hadde mye å formidle, og det var i perioder vanskelig å holde en fast struktur, bryte av og stille tilleggs spørsmål, men ved hjelp av intervjuguiden var det lettere å styre intervjuet, og hente ut den kunnskapen jeg ønsket (Kvale & Brinkmann, 2010). Som moderator opplevde jeg det vanskelig ut fra forforståelse og deltakernes engasjement å være kritisk til det som ble sagt. Jeg merket meg en god atmosfære for begge fokusgruppene. Jeg hadde på forhånd fortalt at intervjuet ville vare ca. 60 min. Det ene intervjuet varte i 50 minutter, det andre i 60 minutter. Like etter hvert intervju, brukte jeg tid på å reflektere og notere.

9.6. Transkribering.

I følge Malterud (2012) skal transkribering av data fra fokusgrupper reflektere samtalen mellom deltakere og moderator, og transkripsjonen skal være nyttig for intersubjektivitet i forskningsprosessen. Transkriberingen foretok jeg selv etter datainnsamlingen. Dette bidro til nærhet til datamaterialet og det var lettere å huske nyanser i informantenes stemmer. Jeg støttet meg til lydopptaket for å erindre det som ble sagt. Jeg lyttet til lydopptaket flere ganger, noterte ned hvor jeg var i opptaket for lettere å finne tilbake til det jeg måtte høre om igjen i den muntlige teksten. Dette for å forsikre meg om at transkriberingen jeg utførte var riktig. Uttrykk som bekreftelser med *hmm*, ja og nei ble notert ned og satt i parentes slik at det ble lettere å tolke informantenes følelsesmessige uttrykk. Intervjuene gav 25 transkriberte sider som var utgangspunktet for analyse av datamaterialet.

9.7. Analyse.

Jeg hadde en induktiv tilnærming til materialet, dvs. at det teoretiske perspektivet ble utviklet på bakgrunn av data jeg fikk, og jeg trakk slutninger fra det spesielle til det generelle (Thagaard, 2010; Malterud, 2011). Men samtidig var jeg påvirket av en deduktiv tilnærming ved at jeg brukte min forforståelse og vurderte hvilke teori og modell som ville støtte meg i mine funn.

Jeg har valgt å analysere materialet ut fra Malterud, (2011) sin systematiske tekstkondensering inspirert av Amadeo Giorgis (1999) fenomenologiske analyse. For Giorgi, inspirert av Husserl ” *back to the things themselves*, ” betydde det å gå til hverdagslivet hvor mennesker lever og erfarer ulike fenomen og situasjoner som kan beskrives (Giorgi, 1999)

Malterud, (2011) skriver om intersubjektivitet i den kvalitative analyseprosessen, det vil si at andre skal kunne følge den veien forskeren går. Gjennom analysen ble materialet fra fokusgruppeintervjuene organisert og bearbeidet. og skjult systematikk i mønstrene ble hentet frem og formidlet (Malterud,2012). Jeg prøvde å ha et reflektert forhold til min egen innflytelse under arbeidet med materiale, og la vekt på i hvor stor grad den påvirket meg (Malterud,2012) . Jeg valgte å følge Malterud, (2012) å gjøre en ”tematisk, tverrgående og datastyrt analyse. Målet var å gjøre en sammenfatning av det deltakerne fortalte som kunne lede til nye beskrivelser av de fenomenene som ble belyst”(Malterud, 2012,s.102).

Analyseprosessen startet med at jeg leste gjennom det transkriberte materialet flere ganger for å kunne danne meg et helhetsinntrykk. Jeg laget så et analyseskjema til bruk i analyseprosessen. Det ble laget likt analyseskjema for begge gruppene og et skjema for hver av de tre kategoriene fysisk, psykisk og psykososial helse. Gjennom analyseprosessen har jeg brukt Giorgis prosedyre i fire trinn modifisert av Malterud (Malterud, 2011).

Trinn 1: *Få helhetsinntrykk av materialet/identifisere tema.*

Trinn 2: *Identifisere meningsbærende enheter/koder.*

Trinn 3: *Abstahere innholdet i de meningsbærende enhetene/subkoder.*

Trinn 4: *Å sammenfatte betydningen av dette/ kondensere* (Malterud, 2011).

Ut fra transkripsjonene ble tema identifisert innen de ulike kategoriene fysisk, psykisk og psykososial helse for hver av gruppene. Når temaene ble endelig ble det hentet ut meningsbærende enheter/koder fra disse. Innholdet i de meningsbærende enhetene/kodene ble abstrahert til subkoder. Deretter ble det gjort en sammenfatning, et kondensat som ble skrevet i jeg-form. Det ble hentet ut et sitat fra hver av deltakerne som en illustrasjon i kondensatet. Bitene ble satt sammen igjen, rekontekstualisert, dvs. at kondensatet, subkoder og meningsbærende enheter ble sammenfattet. Sammenfatningen ga grunnlaget for nye beskrivelser (Malterud, 2011). Den ble skrevet i tredjepersons-form og det var mine funn som jeg presenterer under og skal bidra med å svare på problemstillingen og kunne deles med andre (Malterud, 2012). Det viste seg at ikke alle sitatene i teksten var illustrerende nok. Jeg valgte å utelate disse.

9.8. Validitet – reliabilitet – overførbarhet.

Reliabilitet (pålitelighet) har å gjøre med om forskningen gjennomføres på en tillitvekkende måte at den er troverdig. Validitet (gyldighet) forstås ut fra i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, om det vi observere reflekterer det som studeres (Thagaard, 2010; Kvale § Brinkmann, 2010). Kvale § Brinkmann, (2010) argumentere for at validering preger alle fasene i en forskningsprosess fra tematisering til rapportering. Malterud (2011) skriver at vi skal stille oss selv spørsmål for å finne ut om våre valg har påvirket kunnskapen vi har kommet fram til. Kvale § Brinkmann, (2010) poengterer at en i forskningsprosessen skal stille spørsmålene Hva, (hva skal undersøkes) var det dette jeg ville vite. Hvorfor (hvorfor skal jeg undersøke dette og hvordan (hvordan kan jeg finne det ut.) Jeg valgte å følge Malterud, (2011) sitt valideringsoppsett i seks punkter med støtte fra Kvale § Brinkmanns (2010) validering i syv stadier. a) Formulering av problemstilling: Hva er det jeg ønsker å vite noe om (intern validitet). Da dette var klargjort og sikret, kunne spørsmål formuleres som kunne gi svar på det jeg ønsket å få kunnskap om. Hvorfor vil jeg vite noe om dette. Og hvordan skal jeg gjøre det. Hvilken metode kan brukes for best å gi svar på mine spørsmål. Det er viktig for den interne validiteten i en fokusgruppe at deltakerne og moderator har en felles forståelse for de spørsmål som skal besvares (Malterud, 2012). b) Utvalg: For at dataene skulle være reliable og valide måtte jeg finne et pålitelig utvalg som var representativt for prosjektet og som kunne gi valide data. c) Datainnsamling: Det ble gjort ytterligere valideringer med å følge opp med spørsmål til det som ble fortalt for eksempel med spørsmål som: ”Hva mente du med, eller har jeg forstått deg rett. Validering ved transkripsjon blir å omforme fra muntlig til skriftlig tekst. d) Teoretisk referanseramme: Jeg har brukt begreper og modeller som er valide i den forstand at de er med på å støtte opp om påliteligheten og troverdigheten i de fenomenene jeg undersøkte. e) Analysestrategien: I analysen handler det å validere om hvorvidt de spørsmålene som stilles er gyldige og om tolkningene er logiske. I en intervjusituasjon kan der komme frem ulike tolkninger. Jeg var åpen for og hente ut tekstens egentlige budskap. Jeg førte analyselogg for å dokumentere prosessen (Larun, 2010; p55-56). f) Presentasjonsformen: Her har jeg validert ved å gå gjennom den dekontekstuelle teksten og hele tiden sett denne mot deltakernes stemmer i analyseskjema, og ved at jeg har brukt direkte sitat fra deltakerne i teksten. Jeg har i presentasjonen hatt problemstillingen som en førende mal for å sjekke at mine funn svarer på

problemstillingens spørsmål. Jeg har validert ved å presentere funnene for deltakerne i prosjektet. De meldte tilbake og oppklarte uklarheter. Overførbarhet er kunnskap som skal deles med andre, andre skal kunne nyttiggjøre seg den kunnskapen som utvikles gjennom forskerens funn (Malterud, 2011). Hvem kan ha nytte av den kunnskapen denne studien frembringer? Kunnskapen kan inspirere ansatte ved andre skoler til refleksjoner rundt arbeidet med enslige mindreårige asylsøkeres fysiske, psykiske og psykososiale helse, og ansatte kan få oppleve at det er en del av deres egen virkelighet. (Malterud, 2011-2012; Polit & Beck, 2012)

9.9. Forskningsetiske vurderinger.

Studien ble av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste) vurdert til ikke å være meldepliktig. Deltakerne fikk på forhånd skriftlig informasjon om prosjektet. Ved mitt møte med deltakerne informerte jeg ytterligere om at deltakelsen er frivillig og at deltakerne når som helst kunne trekke seg. Deltakerne signerte samtykkeerklæring (vedlegg 5). Deltakernes anonymitet ble ivaretatt ved at de ble gitt en bokstav som kode. Likeens i teksten hvor en deltaker henvender seg til en annen ved navn, ble denne byttet ut med en bokstav. Skolenes navn og beliggenhet nevnes heller ikke. Lydopptaket ble overført til passordbeskyttet pc som ble oppbevart i låsbart rom. Analyse materialet og transkripsjonene ble oppbevart på passordbeskyttet pc og oppbevart i låsbart rom. Jeg sikret det formelle samtykke ved at deltakerne skrev under på samtykkeerklæringen.

10. Presentasjon av funn

I presentasjonen av funn har jeg lagt vekt på deltakernes stemmer (Thagaard, 2010; Kvale, 2010). De to fokusgruppene behandles felles under kategoriene fysisk, psykisk og psykososial helse. Analysen gav tema og under- tema som brukes som overskrifter i presentasjonen.

10.1. Fysisk helse.

10.1.1. Fysisk aktivitet og tilrettelegging for fysisk aktivitet.

De ansatte ga uttrykk for at de gjennom skoledagen ga rom for elevenes fysiske aktivitet da det var viktig at elevene fikk bruke kroppen. Samtidig var det kun en av de ansatte som påpekte at det etter lov skulle legges til rette for fysiske aktiviteter, jmf. opplæringsloven § kapittel 9A-1. Ansatte la til rette for at elever, såkalt aktivitetsledere, hjelper andre elever med ulike aktiviteter i friminuttene. Ansatte brukte også nærmiljøet til fysisk fostring. Ansatte la også vekt på svømmeopplæringen ved skolen. Skolen har svømmehall hvor ansatte driver svømmeopplæring for elevene. En ansatt nevnte at målet for ansatte i svømmeopplæringen var å skape trygghet og mestring for elevene. Ansatte merket seg at fysisk aktivitet blant annet i bassenget skaper glede. De så at elevene fikk opplevelse av mestring. Ansatte la også vekt på de fysiske rammene rundt elevene slik at de skulle få et godt utgangspunkt å bygge videre på slik som at stoler og bord må passe, rommene må være godt ventilert, og elevene må få være ute i friminutt slik at de får påfyll av frisk luft. Ansatte vektla uteskole. Uterommet gir stor bevegelsesfrihet, og deltakerne mente at turer i terreng var godt for kroppen. Ansatte satte inn tiltak for at elevene skulle delta aktivt i gymtimene. En ansatt påpekte at noen elever skulket gymtimer med begrunnelse av at de hadde vondt. En av skolene noterte fravær for at elevene skulle forplikte seg. De tilrettela for ulike aktiviteter som de så elevene var interessert i for eksempel ulike lagspill og styrketrening. Deltakerne poengterte at de ga elevene individuell opplæring. En av deltakerne uttrykte det slik: *”Jeg tenker at elevene skal ha kroppen sin hele livet, og det er viktig at jeg som lærer gir hver enkelt elev kunnskap og følelse av mestring ”*Ansatte nevnte at mange elever har vektproblemer, og at det derfor var viktig for dem å fokusere på elevenes kost og kosthold. Ansatte gav elevene informasjon og veiledning om kost og kosthold. En deltaker så en sammenheng mellom kost og klima og at de som ansatte var oppmerksom på dette i undervisningen av elevene, blant annet ved bruk av egen kantine og ved informasjon og veiledning om hvor elevene kunne kjøpe sunn mat

10.2. Psykisk helse.

10.2.1. Migrasjonshelse.(psykiske plager - angst - traumer)

Ansatte opplevde at immigrasjon påvirket elevene psykisk. De sa at elevene hadde det som de kalte migrasjonshelse i forbindelse med flukt fra et land til et annet, det vil si at den psykiske helsen til elevene påvirkes av å flykte fra krig. Elevene ble påvirket av savn og traumer og ofte vonde historier fra hjemlandet og fra flukten. Elevene var preget av angst, de var redde for mennesker og spesielt for vann som følge av flukten. En av de ansatte poengterte at skolen måtte jobbe for å få elevene til å trives slik at de som var traumatisert og redde etter hvert kunne bli trygge på mennesker og vann. Noen av de ansatte sa at de jobbet for å få til en god dialog med de enslige mindreårige for å prøve å forstå hva elevene tenkte og følte for lettere å kunne gå inn å hjelpe dem. En deltaker syntes at det på den måten ble lettere å kunne bidra til å gi eleven økt selvfølelse. Det var viktig for den ansatte å jobbe med å trygge elevene i ulike situasjoner. De mente at elevene da lettere ville åpne seg i samtale. En deltaker uttrykte det slik: *”Jeg ser at når elevene er trygge i situasjoner, åpner de seg og begynner å snakke.”* En ansatt sa at det var viktig å lære elevene at psykiske plager ikke er galskap. Ofte oppfattet elevene plagene som galskap. Den ansatte mente at elevene hadde behov for god informasjon og rettleiding i forhold til dette, og elevene ble fortalt at de kunne forvente påkjenninger ved immigrasjon. En deltaker uttrykte det slik: *”Men det er dette med migrasjonshelse som det så fint heter, altså det påvirker den psykiske helsa de bare ved å immigrere.”* Ansatte ga rom for personlige samtaler med elevene. De ønsket å være gode stabile ansatte som elevene kunne bli trygge på. En ansatt sa at det var viktig at de som ansatte var med på å støtte elevene, bygge elevenes selvrespekt og selvtillit, kunnskap og innsikt, og at de som ansatte måtte være klar over det i de personlige samtalene med elevene. En annen deltaker stilte spørsmålet: *”Hva er skole og hva er behandling oppi dette?”* En deltaker sa at noen elever trengte for en tid noe annet enn skole, og at de som ansatte måtte skjerme elever ved behov. En av de ansatte nevnte et kurs for elevene som skolen kunne tilby, og som hun var engasjert i. *”Livets tre”* som kurset het, hadde et helsefremmende fokus når det gjaldt å styrke enslige mindreåriges psykiske helse. Elevene presenterte livet sitt som et tre med røtter og det hele. De fortalte sine historier og det blir fokusert på det positive i de individuelle historiene. Ansatte ønsket å formidle til elevene hva psykisk helse var slik at elevene kunne få klarhet i hva de ulike begrepene betydde. Via *”Livets tre”* var deltakeren i samhandling med andrelinjetjenesten. Hun, sammen med andre deltakere mente at deres oppgave i forhold

til å hjelpe elever med psykiske problemer, var i form av forebygging, skape trygge rammer og å kunne stille krav til elevene.

10.2.2. Religiøs utøvelse.

De to skolene i studien hadde ulik praksis når det gjaldt religiøs utøvelse. Ansatte i den ene gruppen mente at bønn var viktig for enslige mindreårige fordi det er en del av deres kultur og alltid har vært en del av deres liv. De la vekt på å gi elevene råd og veiledning i forhold til religiøs utøvelse når de kom til en ny kultur. Ansatte ønsket å hjelpe med å styrke selvtillit og minske stress ved at elevene fikk dyrke sin religion. Ansatte sa at mange enslige mindreårige er vant til å be til faste tider, og at de som ansatte kunne hjelpe til med det. En av de ansatte nevnte at det var godt å ha en fagperson med muslimsk bakgrunn som ga råd til elevene, og som hjalp ansatte og elever til å tilrettelegge for bønn. Ansatte valgte å se positivt på dette med bønn og utøvelsen av bønn i stedet for å problematisere det. De enslige mindreårige ønsket å være gode muslimer så for dem var det viktig at ansatte tilrettela for bønn. En deltaker påpekte at det at elevene kunne ta seg tid og at det ble gitt tid til å be, kunne styrke elevenes mentale helse. For den andre gruppen deltakere var ikke bønn et tema. En deltaker sa det slik: *”Bønn, det legger vi ikke til rette for her, vi gjør ikke det.” Vi har avtale med imamen at de skal komme når de er ferdig på skolen og det er viktig, skolen først.”*

10.3. Psykososial helse.

10.3.1. Psykososialt klassemiljø/sosial kompetanse.

De ansatte ga uttrykk for at alle ansatte jobber mot et godt klassemiljø. En ansatt sa at hun tenkte ut fra opplæringsloven kapittel 9A når det gjaldt elevenes psykososiale arbeidsmiljø. Ansatte jobbet for å få til et godt klassemiljø ved å tilpasse elevene til gruppene som ikke måtte være for store og uoversiktlige, og at ikke det faglige nivået var for ulikt. Elevene kommer ut i det ukjente i møtet med norsk skole og møter store utfordringer. En av de ansatte sa det slik: *”Det er ingen som kan så mye om skolen som en analfabet som aldri har vært på en skole.”* Med det mente hun at mange enslige mindreårige som kommer til norsk skole, har aldri tidligere vært på en skole. De har ikke fått noen skolegang i det landet de kom fra. En

ansatt ga uttrykk for at det er skolens oppgaver å utvikle og styrke elevenes prososiale atferd, dvs. skape positive holdninger, kunne inkludere, dele med andre og vise omsorg. En deltaker uttrykte det slik ”*Det er vår oppgave å gi elevene sosial kompetanse, gi de empati sånn at de ikke mobbe.*” Mobbeproblematikken var ikke en stor sak når det gjaldt enslige mindrerårige, men ansatte la vekt på forebygging. Ansatte hadde ulike tiltak for å jobbe med dette. De la vekt på å gi elevene tid, trygghet og støtte, vise omsorg og være til stede for elevene. Det var viktig at elevene fikk stabile forhold rundt seg slik at de kunne opprettholde tryggheten. Det ble lagt vekt på individuelle samtaler mellom fagpersoner og elev. I og med at ansatte jobbet for et godt klassemiljø, fikk elevene også et bedre samhold og omsorg for hverandre. Den ene skolen hadde fellesarrangement mot mobbing, en såkalt mobbedag og en egen marsj mot mobbing. Det ble også holdt kurs om mobbing for ansatte med ekstern kursholder. Ansatte så viktigheten av å bygge videre på elevenes sterke sider. Ansatte var opptatt av å få til et positivt læringsmiljø hvor elevene fikk økt kunnskap og valgmuligheter. En ansatt syntes at det blant elevene er stor mangel på sosiale antenner, og at skolen bør bruke mer tid på dette. En av de ansatte påpekte at ulike kulturer som møtes kan gi stor misforståelser. Dette kan ha ulike årsaker. Ulike kulturer møtes med ulik kunnskap og erfaring. Ansatte opplevde at elevene har et språklig handikap på grunn av kunnskap og erfaring. En deltaker illustrerte dette slik: ”*Vi har en elev som feiltolker signaler andre gir. Eleven har behov for vennskap, men på grunn av språk/kommunikasjon misforstår og feiloppfatter hun mennesker og situasjoner. Dette beror på manglende kunnskap og erfaring.*” En ansatt mente at trygghet kan øke kommunikasjon med andre. En annen mente at ansatte la vekt på å støtte og trygge elevene i klasse og skolemiljøet. Ansatte arrangerte uteskole for elevene, og de påpekte at uteskolen er med på å skape samhold og inkludering blant elever og ansatte. Videre sa ansatte at skolen er med på å skape gode nettverk hvor ulike faggrupper samhandler om å hjelpe elevene til å løse problemer.

10.3.2. Viktigheten av søvn og tid.

De ansatte i gruppene opplevde at elever kom trette på skolen. De var utslitt og hadde mye å tenke på. Mange hadde vonde opplevelser bak seg. De sovnet på skolen, men skolen tillot det fordi elevene trengte det også ble de opplagt etter søvn. Skolen vet at det skjer ting på nettene for elevene. Ansatte ga elevene tid. En av deltakerne ga uttrykk for at tid er noe som både elever og ansatte nyter godt av, og elevene kan godt vite at de får tid, de stoler på det. En deltaker sa: ”*Det er kultur for å jobbe litt seinere.*”

10.3.3. Omsorgs - fagpersoners viktighet i enslige mindreåriges liv.

En av de ansatte nevnte at ansatte på skolen viser medmenneskelighet og stor vilje til å ta seg av elevene. Hun mente videre at det av og til kunne gå ut over det som kunne forventes av en ansatt. Hun påpekte også at det er større behov for omsorg overfor elever som har vært kortere i landet. En annen nevnte at nye elever får en bratt læringskurve i møte med norsk skole. Det er en utfordring for lærerne. I den første fasen hvor elevene møter skolen, må ansatte arbeide med å venne elevene til skolen, gi dem støtte, omsorg, trygghet og noen stabile voksne å stole på. En av de ansatte sa at de jobbet mer med oppdragelse i starten av elevenes møte med skolen. Det var viktig for henne som hadde lederansvar overfor ansatte å ivareta dem. Hun mente at de ikke måtte slite seg ut i sine ulike oppgaver for da kunne de ikke være den bautaen, eller den ”moren” for elevene som hun uttrykte det. Ansatte erfarte at de ulike faggruppene samhandler om å hjelpe elevene til å løse sine problemer. En av de ansatte fortalte at den fagpersonen som møter elevene mest oppdager problemene først. Når en kontaktperson, ofte en lærer i starten, oppdager slike problem, ja, da får de ansatte i stand et individuelt møte mellom fagpersonen og eleven. I førstelinje er det lærerne som tar det, og hvis de ikke kommer videre så går de til avdelingsleder, sosiallærer eller til helse. Hun sa videre at eleven har et selvstendig valg til hvem han/hun vil fortelle om problemene sine. Ansatte la vekt på faste møter med eleven for å gå gjennom regler og retningslinjer slik at elevene kunne bli trygge på hva og hvordan de skulle forholde seg til skolen og ansatte.

11. Drøfting

I det følgende drøftes funnene under problemstillingens inndeling i fysisk, psykisk og psykososial helse. Først behandles kategoriene fysisk, psykisk, og psykososial helse hver for seg før de til slutt sammenfattes. Det blir gitt implikasjoner for praksis og forskning før et metodisk tilbakeblikk.

11.1. Fysisk helse

Ansatte ved skolene la vekt på fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet har en helsefremmende effekt ved at den bedrer humør, gir energi og gir et bedre forhold til egen kropp (Larsen, 2010). Fysisk aktivitet gir økt overskudd, helse og trivsel, og er nødvendig for en god vekst og utvikling for barn og unge (Helsedirektoratet, 2013; Breivik & Rafoss, 2012, Bahr, 2009). Fysisk aktivitet kan forebygge utvikling av psykiske lidelser, og kan brukes i behandling av psykiske lidelser (Larsen, 2010). Ansatte fokuserte på svømmeopplæring som en viktig komponent av fysisk aktivitet. Ansatte mente at målet med svømmeopplæringen var å skape trygghet for elevene. De mente det ga elevene en god mestringsfølelse å bli trygge i vann og etter hvert kunne lære å svømme. Svømming er en aktivitet som styrker alle muskelgruppene uten å gi noen fysiske belastninger selv om musklene brukes. Den er en skånsom treningsform ved at vannet gir støtte til kroppen, og svømming er en fin måte å trene utholdenhet på. Ved at en ligger horisontalt i vannet, vil blodet lettere strømme tilbake til hjerte og gi et større slagvolum som vil si at hjertet pumper bedre (Kjendslie, 2010; Hoel, 2012). Ansatte ga også uttrykk for at de opplevde glade elever i bassenget. Elevene trivdes med å være i vannet. Skolene hadde egne svømmebasseng til rådighet. Det har vært rettet oppmerksomhet mot at mange basseng rundt omkring i kommunene har vært stengt på grunn av ubrukelige basseng og dyrt vedlikehold.

Ansatte mente de tilrettela for ulike fysiske aktiviteter, blant annet for lagspill og for styrketrening. De la vekt på dette da de så at det var noe elevene var interessert i. Ved lagspill får elevene økt følelse av samhörighet, og erfaring i samspill og å innrette seg etter andre (Elbe, 2011, Vegge & Sæbu, 2002). Ved styrketrening utvikles benstruktur og muskler og

muskelgrupper styrkes (Tønnesen & Garthe, 2012). Ansatte så viktigheten av å bygge på elevenes interesser og sterke sider når det gjaldt fysisk aktivitet. Skolene hadde i tillegg til svømmebasseng gymsal og uteplass til bruk i de fysiske aktivitetene.

Ansatte la vekt på å bruke nærmiljøet til fysiske aktiviteter i form av uteskole. Uteskole er en undervisningsform hvor deler av eller hele skoledagen flyttes ut. Elevene får erfaring med ulike fysiske aktiviteter. I tillegg får de øve kommunikasjon og samhandling, lek og kreativitet (Udir, 2011). Ansatte mente at uteskole kunne medvirke til at elevene fikk flere innfallsvinkler til å styrke kroppen fysisk. De mente at elevene kunne føle en viss frihet ved å være ute i naturen og føle at kroppen jobbet, og at frisk luft gjorde dem godt. Dersom man er fysisk aktiv i barne- og ungdomsalderen, kan en redusere risikoen for sykdommer, blant annet diabetes. Fysisk aktivitet i barne- og ungdomsalderen er også viktig for å forebygge sykdommer i voksen alder, som benskjørhet og hjerte- karsykdommer (Maavattn & Fjørtoft, 2008). Ansatte oppfattet det som om noen elever skulket når de ga uttrykk for at de hadde vondt og var borte fra gymtimene. Dette så ansatte som en utfordring. En kan stille spørsmålet. Har ansatte gjort en god vurdering? Det at elevene hadde vondt kan ha ulike årsaker, årsaker det ikke alltid er lett å oppdage, men som er viktig å kartlegge. Som det innledningsvis ble nevnt så har mange enslige mindreårige traumer, og noen utvikler post traumatisk stresslidelse som defineres under punktet psykisk helse. Å være fysisk aktiv kan være krevende når en har dårlig søvnkvalitet som mange enslige mindreårige har. Forskning viser at det er en sterk forbindelse mellom søvnmangel, immunforsvaret og stress. Sover en ikke nok kan dette medvirke til å redusere dannelsen av stoffer som er viktige for immunforsvaret, stoffer som bekjemper infeksjoner i kroppen. Søvn bryter også ned giftstoffer i hjernen (Nygaard, 2009). Forskning viser også at dårlig søvn en gang i uken kan være bra, men dårlig søvn over tid kan være skadelig for helsen (Nygaard, 2009). Flere studier viser at søvn og humør henger sammen. Ved dårlig søvn kan en bli sur og nærtagende (Nygaard, 2009). Det å gi mye av seg selv i fysiske økter kan være vanskelig når en er sliten og nedkjørt. Fysiologiske reaksjoner på traumer er at blodtrykket går opp, hjertet slår fortere, en skjelver og svetter, blir irritabel og skvetten og får økt nivå av stresshormoner (Varvin, 2003). En av grunnene til at elevene skulket, kan være at de var traumatisert eller hadde post traumatisk stresslidelse og at det også var en av grunnene til at de sov dårlig. Ansatte syntes det var viktig å stille krav til elevene og at elevene skulle forplikte seg til å delta i gymtimene, men var det rett? Det kan diskuteres om det var rett eller ikke å stille disse kravene. På

bakgrunn av de erfaringer elevene har, kan det være enda mer traumatisk for noen elever å bli stilt krav til, mens andre elever vil kunne føle trygghet ved å bli stilt krav til..

De ansatte på de to skolene var opptatt av elevenes vekt da flere av dem hadde vektproblemer. De mente at det var viktig med informasjon og veiledning om kosthold fordi overvekt kan føre til sykdom (Helsedirektoratet, 2011; Hovengen, & Hånes, 2012). Dette bekreftes av Tannahill (Downie et al. 1996, i Naidoo & Wills, 2009) som mener at kommunikasjon og gode holdninger er viktig for barn og unges helseutvikling. I denne sammenheng var det en styrke for den ene skolen å ha kantine tilgjengelig slik at elevene med hjelp av informasjon og veiledning kunne ha tilgang til næringsrik kost. Den andre skolen brukte heimkunnskapsrommet til å lære elevene og lage sunn mat. ”*Sunt kosthold vil si å spise mer frukt og grønnsaker, begrense sukkerinntak og begrense energiinntak fra mettet fett*” (Rapport 15, 2013) I følge Tanahill (Downie et al. i Naidoo & Wills, 2009) er forebygging ved hjelp av et sunt kosthold viktig for å redusere risikoen for sykdom. I tillegg til fysisk aktivitet, trenger barn et sunt kosthold for å vokse og lære, styrke muskler og skjelett og bevare en sunn vekt (Rapport 15, 2013). I 2004 satte Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet i gang prosjektet ”*Fysisk aktivitet og måltider i skolen.*” Målet var å utvikle modeller for fysisk aktivitet og sunne måltider i skolehverdagen. Fysisk aktivitet og sunne måltider skulle bidra til en god og helhetlig helseutvikling innenfor et godt læringsmiljø som et ledd i å følge opp opplæringsloven kapittel 9A..(Sosial- og Helsedirektoratet, 2004) Forskning har vist at et godt kosthold i skolen, kan forbedre elevenes oppmerksomhet og konsentrasjon (Powney et al. 2000 i Naidoo & Wills, 2011). Det er også viktig med et godt samarbeid mellom institusjon/boligen hvor barna bor og skolen når det gjelder kosthold (Veileder, 2009, Liden & Eide, 2013). Det har vært i samfunnsdebatten med å ha et måltid i regi av skolene, etter mønster fra andre land. Et fåtalls skoler som for eksempel Nyskolen i Oslo kan tilby varm lunsj hver dag, men langt de fleste skolene tilbyr ikke mat (Hvattum, 2013).

Ansatte poengterte at de ga elevene individuell opplæring i fysiske aktiviteter, spesielt svømmeopplæring og kostholdsopplæring. De hadde mulighet for å gi individuell opplæring da gruppene var små, henholdsvis tolv i gruppen på den ene skolen og seks i den andre. I følge Myhrer og Stenerud, (2012) kan individuell opplæring være en utfordring for ansatte i skolene fordi ansatte må finne det læringsnivå som passer hver enkelt elev, og innen elev gruppen kan det være store kulturelle forskjeller. At ansatte i så stor grad kan drive med individuell oppfølging er en ressurs for disse to skolene.

Ansatte fokuserte på trygghet og mestring i de fysiske aktivitetene og i kostholds opplæringen for å fremme den fysiske helsen til enslige mindreårige. De la til rette for at elevene skulle klare oppgavene. I følge Vifladt & Hopen, 2004, s.61 i Lerdal & Fagermoen, (2011, s.61) er aktiv og god mestring en hjelp for elevene til å tilpasse seg en ny virkelighet eller situasjon.

For at enslige mindreårige skal kunne oppleve følelsen av mestring er det viktig at alle voksne rundt elevene gir positive tilbakemeldinger, at elevene føler at oppgavene ikke er for vanskelige, men heller ikke for lette. Det er viktig at elevene føler de har oversikt og kontroll, og at de opplever at ansatte har forventninger til at elevene klarer oppgaven (Lerdal & Fagermoen, 2011; Meld. St. 22, (2010-2011)). Ut fra Engels (1977/1998) helhetlig måte å se helse på, vil det å styrke kroppen ha innvirkning på kroppen helt ned til cellenivå. Den biopsykososiale modellen legger vekt på at enhver erfaring individet gjør og opplevelse individet får, påvirker de biokjemiske forholdene i kroppen (Rannestad et al.2006). Forandringer i et micro nivå henger sammen med forandringer i et meso og macro nivå og vise versa. Når elevene får økt selvbilde og mestringstro, for eksempel ved å mestre å bli trygg i vann, og å kunne svømme, vil dette innvirke på hele elevens sosiale og kulturelle sfære (Falkum, 2008; Taylor,2012). Når det gjelder de ansattes fokus på kosthold er dette i samsvar med Engels (1977/1981) modell når det gjelder å bygge opp den fysiske kroppen med stoffer som den trenger for å vokse og utvikle seg fysisk og mentalt og bygge opp et godt immunforsvar.

11.2. Psykisk helse.

En av de ansatte nevnte at migrasjonshelse preget elevene når de flyktet fra et land til et annet. Enslige mindreårige blir påvirket av det å flykte, og mange får angst og blir traumatisert. Brunvatne (2009) definerer traumatisering som: ”*Psykisk stress av så overveldende karakter at den rammede personen opplever total avmakt med sammenbrudd av evne til mestring*” Post traumatisk stress lidelse. (PTSD) utløses av store traumer. I NOU (2008:11) er post traumatisk stress lidelse beskrevet som ”*En forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon, av kort eller lang varighet, av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle ubehag hos de fleste.*” Eksempler på hendelser er krig,

naturkatastrofer, terrorisme, vold, tortur og andre kriminelle handlinger. Elever som har posttraumatisk stresslidelse etter slike hendelser kan ha skremmende minner, mareritt, hallusinasjoner, de kan være følelsemessig tilbaketrukket. De kan være skvetne, irritable og aggressive (Brunvatne, 2009). Videre sier Brunvatne, (2009) at hos noen kan post traumatisk stresslidelse utvikle seg til kroniske personlighetsforandringer hvor personen blir sosialt tilbaketrukket, har nedsatt evne til fortrolighet, nedsatt konsentrasjonsevne, nedsatt hukommelse, nedsatt innlæringsevne, en følelse av å være på vakt mot trusler, følelse av å være fremmedgjort og en fiendtlig innstilling. Når det gjelder migrasjonshelse vil i følge Engel (1977/1981) en slik psykisk påvirkning også være en påvirkning på den fysiske kroppen. Elevene kan få nedsatt immunforsvar og pådra seg andre sykdommer samtidig. I følge tidligere forskning har enslige mindreårige oftere symptom på post traumatisk stress lidelse enn den vanlige befolkningen og flyktninger som kommer med følge (Huemer et al.,2009) Enslige mindreårige i skolen kan i større eller mindre grad være preget av flere av disse komponentene, og det kan være grunnen for at de ikke alltid klarer å møte på skolen i tide, sovne på skolen eller å delta i de fysiske aktivitetene. Ansatte arbeidet for å få til en god dialog overfor elevene når de begynte på skolen for å trygge dem og styrke deres selvfølelse. Trygghet er helt nødvendig for at enslige mindreårige skal fungere godt i skolen og i samfunnet. I følge Tannahill (Downie et al. 1996, i Naidoo & Wills, 2009) er det interaksjonen mellom god kommunikasjon, opplysning og forebygge som er med på å fremme helsen. Ansatte uttrykte at det var viktig å bygge elevenes selvrespekt og selvtillit, kunnskap og innsikt. For å bygge selvrespekt, selvtillit, kunnskap og innsikt, må ansatte i samarbeid med elevene sette små mål for elevene underveis. Elevene vil respondere ulikt på de tiltak som settes i verk ut fra sine ulike forutsetninger, sine erfaringer og kulturelle bakgrunn. Hvis elevene opplever at oppgaver og situasjoner er for krevende, vil de miste troen på det de gjør og opplevelse av mestring vil ikke være til stede, og integreringsprosessen vil ta lengre tid.

Ansatt ved den ene skolen fokuserte på et prosjekt i skolen kalt "Livets tre" hvor elever som ønsket det kunne fortelle om seg selv og sitt liv. Ansatte mente det var viktig for å hente frem de positive ressursene, tenke positive tanker, og formidle dem positivt. Ansattes intensjon var å kunne utvikle elevenes trygghetsfølelse. Det negative, vonde ble dermed redusert. Ansatte la vekt på å skape en fellesskapsfølelse. Det å få fortelle om seg selv kan være terapi for noen elever, og være med å bidra til følelse av fellesskap. Andre kan ha opplevd noe lignende og kjenne seg igjen. Det kan være med på å minske stressnivået for elevene. Ansatte mente at de

på denne måten via prosjektet "Livets tre" arbeidet forebyggende for å hindre at elevene fikk en dårligere mental helse og helsefremmende for å styrke og forbedre den mentale helsen. I følge den biopsykososiale modellen vil personlighet og genetiske forhold spille inn i det helsefremmende arbeidet. Har en et lyst og lett sinn og er mye i godt humør, vil det ha positiv innvirkning på den psykiske og fysiske helsen. Trygghet vil være med på å utvikle et positivt selvbilde, tro på egne evner og styrket motstandskraft mot sykdom. Det å tenke positive tanker vil være med å styrke den mentale helsen. Kurset "Livets tre" kan knyttes til Engels (1977/1981) sammenheng mellom vår biologi og den mentale tilstand og sosial støtte. Engel (1977/1981) legger vekt på helse som sammenheng mellom kropp, sjel og kultur, og kultur har i følge Engel også sammenheng med informasjon og utdanning. I følge den biopsykososiale modellen så legges det vekt på psykologisk styrke ved å minske elevenes stressnivå, og det legges vekt på den enkeltes personlighet. (Rannestad et al. 2006)

Den ene gruppen tilrettela for bønn da de mente at dette kunne styrke elevenes mentale helse. Ansatte mente at bønn kunne styrke selvtillit og minske stress. Åndelig helse, den fjerde helsedimensjon innbefatter tro og opplevelse av at livet har en mening (Mæland, 2009). I følge Eriksson (1984, i Mæland 2009) så vil det ikke bety noe å ha helse om ikke livet selv har en mening. Håp, mening og tro er viktige sider ved livet (Mæland,2009). Det vill i så måte vært viktig for noen enslige mindreårige å kunne be hvis det var en integrert del av deres kultur og deres vaner, og at skolen kunne legge til rette for det. Denne skolen hadde ansatt en med muslimsk bakgrunn, og dette mente de var en styrke for skolen. Den ansatte kjente til ulike kulturer, og kunne flere språk som elevene snakket. Han var en veileder for skolen i forhold til å tilrettelegge for bønn i skolehverdagen. Å tilrettelegge for bønn kan for noen bidra til en bedre helse (Erikson, 1984 i Mæland, 2009 s.85). Den andre gruppen lot bønn være et tema utenfor skolen, de forholdt seg ikke til det. Siden enslige mindreårige er største delen av dagen på skolen, kan bønn for noen, hvis de er religiøse, være et redskap til å koble av, hente ny styrke, og minske stress, og å ha tro på at det kan være med å bidra til en bedre helse (Jahoda (1958) i Mæland, 2009). Til tross for en god helsefremmende gevinst for mange, kan det likevel være interessant å se på hvorfor den ene skolen valgte dette vekk. Opplæringsloven § 2-4 hevder at religion, livssyn og etikk skal være samtlende for alle elevene, og undervisningen skal ikke være forkynnende. Det kan bli oppfattet som om noen får utøve en religion fremfor en annen. Den norske skolen følger likhetsprinsippet om at det ikke skal være noen forskjellsbehandling så da kan en diskuteres om slik religiøs utøvelse bør

gjøres utenom skoletid og at det var grunnen til at denne skolen ikke tilrettela for bønn. Bønn nevnes ikke som en helsefremmende faktor i opplæringsloven paragraf 9A-1 som ansatte må forholde seg til.

11.3. Psykososial helse.

Ansatte la vekt på å utvikle elevenes psykososiale atferd ved at de hjalp elevene til å skape positive holdninger. Dette gjorde de ved å motivere elevene til kunnskap, vise dem interesse, omsorg og respekt. Ansattes målsetting var å få elevene inkludert i fellesskapet først i den lille gruppen, så i et større fellesskap på skolen for så å bli inkludert i samfunnet. Å bli inkludert i et fellesskap er viktig for helsen. Inkludering vil si at elevene skal kunne oppleve tilhørighet til en gruppe/klasse. De skal være aktive bidragsyttere ut fra sine forutsetninger og de skal bli hørt (Haug, 2003). Barn fra andre kulturer kan ha vanskeligheter med å bli inkludert i samfunnet, mange blir mobbet for sin hudfarge og kulturelle bakgrunn (Toft, 2012) Det er derfor viktig at ansatte bidrar med å styrke elevenes selvfølelse og tro på egne evner, og legger til rette for et godt gruppefellesskap.

Ansatte mente det var viktig å styrke elevenes sosiale kompetanse. Sosial kompetanse er:

”Kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Den fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse og er en forutsetning for god sosial mestring, sosial, akseptering og for kunnskap” (Ogden, 2012)

Ansatte mente også det var viktig å bruke tid på de elevene som trengte å styrke denne kompetansen fordi atferden deres kunne tolkes som om de manglet sosial kompetanse. Ansatte bemerket at grunnen til dette kunne være manglende språkkunnskaper og erfaring, så misforståelser lett kunne oppstå. Ansatte jobbet med å få til et godt klassemiljø, ved at de la til rette for å gi elevene tid, trygghet og støtte, og dette resulterte i følge ansatte i et bedre samhold blant elevene og omsorg for hverandre. I følge Rousseau & Guzder, (2008) & Ioannou et al., (2012). Er selve klassesituasjonen viktig da det fokuseres på trygghet og vennskap og sosial kompetanse. Sosial kompetanse bidrar til at barn og unge kan gi uttrykk for sine ønsker og behov og gi uttrykk for sine meninger. Sosial kompetanse gir barn og unge styrke til å mestre ulike utfordringer i livet (Ogden, 2012). Samfunnet er med på å hjelpe barn og unge

med å opparbeide seg sosial kompetanse via ulike lag og foreninger som de kan delta i, men den viktigste arenaen for å opparbeide seg sosial kompetanse er i skolen. Skolen skal bidra til at elevene utvikler seg sosialt og personlig. (Utdanningsdirektoratet, 2012). ”Steg for steg” er et skoleprogram med mål om å styrke elevenes sosiale kompetanse. Det legges vekt på å øve ferdigheter i impuls kontroll/problemløsning, empati og mestring av sinne (Nordahl, et al. 2006).

Ansatte arbeidet med å skape gode sosiale nettverk mellom elevene og mellom elever og ansatte. I følge Finset, (1996) så består *”et sosialt nettverk av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre.”* Opplevelse av tilhørighet til og støtte fra sosiale nettverk er viktig for mestring og psykososial tilpasning (Oppedal, 2009). Ut fra egen forforståelse bør tryggheten først bygges i en liten gruppe før en går over til å la elevene delta i større grupper. Det er ikke bare viktig å skape gode sosiale nettverk, men det er viktig å følge dem opp. Det har vist seg at barn/ungdom med fremmedkulturell bakgrunn ofte finner sammen i større grupperinger som ikke alltid utvikler seg i positiv retning. Dette kan hindre inkludering i samfunnet. Det er det viktig for skolene å være oppmerksomme på. Målet er å få disse elevene trygt ut i samfunnet, men til det trenger elevene tett oppfølging som gruppe og som enkeltindivid.

Ansatte la vekt på elevenes sterke sider i elevenes videre utvikling. Sterke sider som at elevene var omsorgsfulle og imøtekommende, at de var pålitelige, ærlige og tolerante, hadde evne til empati, var selvstendige og gjorde sitt beste dvs. å strekke seg etter egne forventninger og de forventninger andre har. I og med at ansatte hadde dette fokuset ville det gi elevene økt mestringsfølelse og dermed kunne elevene lettere møte nye krav og muligheter for videre utvikling. I følge Antonovsky,(2012) er det viktig å finne mening i livet dvs.at personen opplever at det er verd å bruke tid og energi på å forplikte seg til å engasjere seg i noen av livets utfordringer, krav og forventninger fra personen selv og fra andre.(Antonovsky, 2012; Lerdal & Fagermoen, 2011). Dersom personen har en høy opplevelse av mening, vil situasjonen føles som lettere å begripe og håndtere (Antonovsky,2012; Lerdal & Fagermoen, 2011). Antonovsky, (2012) definerer mestringsressurser som *”enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning”* (Lerdal & Fagermoen, 2011). Mestringsressurser kan være deltakelse i kulturelle forhold, det kan være gudstro som gir mening, sosiale forhold med familie og gode nettverk, et godt selvbilde (egoidentitet), fysiske og biokjemiske ressurser og kunnskap. (Antonovsky 1996 & 2012; Langeland, 2010; Lerdal & Fagermoen, 2011)

Tar vi utgangspunkt i Engels (1977/1981) biopsykososiale modell som sier at ting henger sammen, ser vi at personlige erfaringer er med på å påvirke individets helse inn i sosiale sammenhenger. Individet er avhengig av fysisk og psykisk helse, den familie og det lokalsamfunnet det har vokst opp i, alder og hva bakgrunn og utdanning det har (Malterud,2010; Rannestad et al.2006). I tråd med Antonovsky ser også Engels(1977/1981) biopsykososiale modell fellesskap og gode nettverk som viktige helsefremmende faktorer (Malterud, 2010). Engel(1977/1981) legger vekt på forhold mellom elev og ansatt ved at den gode relasjonen mellom dem er med på å styrke elevenes selvfølelse og selvtillit og tro på egen mestring og er således med på å fremme elevenes helse (Taylor, 2012). Den biopsykososiale modellen legger også vekt på viktigheten av å jobbe sammen i team rundt elevene (Suls & Rohtman,2004 i Taylor, 2012). De ansatte hadde faste møter hvor de jevnlig kunne dele informasjon og utveksle erfaringer og planlegge tiltak.

11.4. Sammenfattende drøfting.

I følge Engel (1977/1981) vil det å komme til Norge til en fremmed kultur og natur være en stor overgang som i følge Engel kan prege hele menneskets fysiske, psykiske, og psykososiale helse.

Som her vist med støtte av Engels(1977/1981) biopsykososiale modell og Tannahills (Downie et al. i Naidoo & Wills, 2009) helsefremmingsmodell kan en ikke skille den fysiske,, psykiske, og psykososial helsen. En kan skissere elementer som er mer fremtredende innen hver av kategoriene. Ansatte jobbet med helsefremmingstiltak innenfor hver av kategoriene samtidig som kategoriene gjensidig påvirket hverandre. Funnene viste at det var to komponenter i den helsefremmende prosessen som ansatte hadde som målsetting, som de la vekt på og som gikk som en linje gjennom de tre kategoriene. Det var trygghet og mestring for elevene. Uten trygghet og følelse av mestring ingen læring og utvikling (Lazarus,2009; Antonovsky, 2012; Engels 1977/1981; Taylor,2012; Jahoda, 2007-2001 i Mæland, 2009).

Ansatte sto overfor ulike utfordringer da arbeidet var krevende og tok mye på kreftene. Mange elever, spesielt de som var nye, hadde et sterkt omsorgsbehov som ansatte måtte

forholde seg til, og ansatte arbeidet med oppdragelses aspektet i starten av elevenes møte med skolen. Ansatte la vekt på å gi elevene tid for å støtte og trygge dem. I samsvar med Tannahill (Downie et al. i Naidoo & Wills, 2009) som legger vekt på at en god helseutvikling innbefatter gode relasjoner og god kommunikasjon med elevene for å kunne nå frem med kunnskap, hjelpe til å utvikle positive holdninger, og dermed gi en positiv helseutvikling.

Det mine funn har avdekket når det gjelder det helsefremmende arbeidet i skolen for enslige mindreårige asylsøkere var det jeg hadde forventet å finne ut fra det arbeidet ansatte gjorde i forhold til opplæringsloven kapittel 9A-1. Det synes som om ansatte var opptatt av elevenes fysiske, psykiske og psykososiale helse, og forholdt seg mye til gruppen, men det kom ikke tydelig frem hvordan de konkret arbeidet for å fremme helsen til den enkelte elev. De var dedikerte ansatte, men hvor mye tok de egentlig hensyn til de ulike problemene den enkelte elev hadde, og hvor mye tid hadde de til rådighet? Det kom heller ikke frem hvor mye av skoledagen som gikk med til å hjelpe elever med ulike problemer, ei heller på hvilken måte de ansatte ivaretok de elevene som hadde psykiske traumer og spesielt når det gjaldt elever med post traumatisk stresslidelse. Som denne studien har påpekt så er denne gruppen barn og unge spesielt sårbare, og trenger tett oppfølging over tid.

Det fremkommer at mine funn kan bekreftes av tidligere forskning når det gjelder fysisk, psykisk og psykososial helse. Mine funn bekrefter det Burnette & Peel (2001) fant at mange enslige mindreårige har symptom på psykologisk stress, og at skolen gir trygghet for disse elevene. Mine funn bekreftes også av Samdal (1998) som legger vekt på et godt skolemiljø. Likeledes kan funn når det gjelder psykisk helse. som for eksempel kurset i "Livets tre" ha overføringsverdi til de helsefremmende programmene som Rousseau & Guzder (2008) refererer til hvor elevene fikk en større bevissthet rundt sin egen psykiske helse. Det samme gjelder Andersen & Nord (2010) sitt veiledningsprogram for psykisk helse i skolen hvor elevene får økt sin kompetanse om psykisk helse. Mine funn kan også bekrefte det Ommundsen (2013) hevder at fysisk aktivitet og fysiske ferdigheter er med på å fremme en bedre fysisk og mental helse.

11.5. Implikasjoner for praksis og videre forskning.

Disse funnene kan bidra til å stille andre spørsmål innenfor tema helsefremming i skolen for enslige mindreårige asylsøkere. Funn indikerer at det er spesielt viktig å løfte frem disse

barnas psykiske helse i skolen, og finne gode metoder for å kunne trygge dem, gi dem selvtillit og tro på egne evner.

I følge Malterud, (2011) er overførbarhet kunnskap som skal deles med andre, og utvalget en har til rådighet vil være en begrensende faktor. Sjelden har lokale eller private forskningsresultater interesse for andre (Malterud, 2011). Overførbarheten for denne studien er således begrenset, men funnene kan være med å bidra til at ansatte i skoler som har enslige mindreårige som elever får en økt bevisstgjøring og vurderer sitt helsefremmende arbeid i lys av den informasjonen som har kommet frem. Således kan ansatte bli motivert til å styrke det helsefremmende arbeidet for enslige mindreårige asylsøkere. Det vil være viktig å bygge opp en samlet kompetanse når det gjelder hvordan det arbeides med helsefremming i skolen for enslige mindreårige asylsøkere, og det må legges til rette for et godt samarbeid mellom skoler som har denne typen elever. Det vil komme den enkelte elev, de ansatte og samfunnet til gode. For videre forskning på området vil det også være interessant å fokusere på enslige mindreårige jenter sin situasjon i norsk skole i forhold til å være i mindretall, i forhold til gutt/jente problematikk, i forholdet jenter imellom og i forhold til å være barn/ungdom med en annen kulturell bakgrunn.

11.6. Metodiske refleksjoner.

Å velge fokusgrupper som intervjuform føltes som det rette valg da prosjektet startet, og kanskje var det nettopp det som var det beste valget innenfor metoden. Jeg følte jeg fikk gode beskrivelser av informantene. De ga meg innsikt i og kunnskap om det arbeidet de gjorde. Jeg må likevel innta en kritisk holdning til mine valg. I ettertid kan jeg se at jeg kunne gått dypere inn i spørsmålene til informantene, visse emner kunne vært dypere belyst. Kanskje det hadde vært mulig å få et mer nyansert bilde med flere tilleggsspørsmål? Data kan ligge skjult som jeg ikke har klart å hente frem. På grunn av forholdsvis kort tid i intervjusituasjonen, kan en del emner ha blitt behandlet overfladisk. En kan heller ikke vite om informantene formidlet alt de visste om de ulike emnene som ble tatt opp. På det tidspunktet hvor intervjuform ble valgt, vurderte jeg individuelle dybdeintervju. Det er uvisst om det ville gitt bedre data siden utvalget var lite. Samhandlingen i gruppen så jeg var verdifullt. Kanskje deltakende observasjon kunne gitt mer nyanserte svar. Da kunne jeg fått direkte kontakt med feltet og studert det helsefremmende arbeidet de gjorde og så vurdert ut fra det jeg observerte. Jeg ville da brukt meg selv som et middel til å hente ut informasjon, og jeg ville fått nærhet til informantene (Thaggaard, 2010). Det blir spekulasjoner, men interessant å overveie.

12. Avslutning

Denne studien har hatt til hensikt å vise hvordan ansatte ut fra opplæringsloven Kapittel 9A-1 arbeider med helsefremming i skolen i forhold til enslige mindreårige asylsøkere. Ut fra spørsmål i intervjuguide har studien gjennom ansattes beskrivelser, belyst ved teori og drøfting, gitt økt kunnskap og innsikt i ansattes helsefremmende arbeid i skolen. Det utkrystalliserte seg tema ut fra svar som ansatte ga innenfor kategoriene fysisk, psykisk, og psykososial helse. Studien har vist at ansatte ut fra sine ulike roller har arbeidet med viktige helsefremmende tiltak for de enslige mindreårige asylsøkerne. Studien har også via sitt teoretiske perspektiv med definisjoner av begreper, tidligere forskning på området og ved hjelp av Engels (1977/1981) biopsykososiale modell og Tannahills (Downie et al. i Naidoo & Wills, 2009) helsefremmingsmodell gitt en enda større innsikt i tematikken, og den har bidratt til en større forståelse av det helsefremmende arbeidet ansatte i disse skolene gjør. Helt til slutt, et håp for fremtiden vil være at ansatte i skolen vil fortsette å rette fokus mot enslige mindreårige asylsøkeres helsefremmende behov, og at denne sårbare gruppen også vil være et fokusområde for statlige og kommunale myndigheter.

Litteraturliste.

Andersen, B.J; & Nord, E, (2010). *Et primærforebyggende program "VIP" Veiledning og Informasjon om Psykisk helse*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse. Vestre Viken HF, Bærum DPS. *Norsk Epidemiologi*, (2010); 20(1): 15-22. Hentet 03.12.2013 fra: <http://www.folkehelseinstituttet.no>

Antonovsky, A, (2012) *Helsens mysteriu.: Den salutogene modellen* .Gyldendal Akademiske.

Berg, B; Nordvik, J. E. (Red.) (2009) Et liv på vent. *KonturTidsskriftet* K15: 9. Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse. Helsedirektoratet. Norsk Kulturråd.

Bostad, T; Paulsen, T.M; Høines, Ø.(Red.) (2013) Hentet 30.11. 2013 fra: <http://www.NDLA> Helse- og oppvekstfag.

Breivik, G; & Rafoss, K. (2012) *Fysisk aktivitet, omfang, tilrettelegging og sosiale ulikheter-revisjon*. Norges idrettshøgskole. Helsedirektoratet. Høgskolen i Finnmark. IS-0366

Brunvatne, R. (2009) *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Gyldendal Akademiske.

Burnett, A; & Peel, M. (2001) Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*. 322(7285):544-547.

De Luna, C. M.M; Nordvik, J. E. (2009) Skolerollen. *KonturTidsskrift* K15:9 Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse. HelseDirektoratet. Norsk kulturråd.

Eide, K. (2012) *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger*. Gyldendal Akademiske.

Finset, A; Eriksen, K. (red.) (1996) *Sosialt Nettverk*. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Hentet 30.11.2013 fra: <http://www.helsekompetanse.no>

Garthe, I; & Tønnesen, E. (2012) *Optimal styrketrening og ernæring for muskelvekst*. Olympiatoppen. Hentet 27.11.2013 fra: <http://www.wikipedia.no>

Giorgi, A. (1999). *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press. Pittsburg, PA.

Halkier, B. (2006) *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag.

Haug, P. (2003) *Delta i fellesskapet*. Regimer i forskning om spesialundervisning i Norge. Psykologisk Pædagogisk Rådgivning. Hentet 30.11.2013 fra: NAKU Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning.

HelseDirektoratet, (2011) *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. ISBN-nr. 978-82-8081-193-6 Hentet 03.12. 2013 fra: <http://www.helsedirektoratet.no>

Henriksen, J.; Sundberg, C.J; Bahr, R (red.) (2009) *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Aktivitetshåndboken 2009 IS-1592. Hentet 27.11.2013 fra: <http://www.helsedirektoratet.no>

Hovengen, R; & Hånes, H. (2012) *Overvekt hos barn og unge*. Hentet 28.11.2013 fra: <http://www.folkehelseinstituttet.no>

Huemer, J; Karnik, N.S; Voelkl-Kernstock; Granditsch, E; Dervic, K; Friedrich, M.H; & Steiner, H. (2009) Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. doi: 10. 1186/1753-2000-3-13

- Hvattum, (2013) *Tospråkklighet er bra*. Hentet 08.12.2013 fra: <http://www.nyskolen.no>
- Høstmælingen, N; Kjørholt, E. S. Sandberg, K. (Red). (2012) ”Asylsøkende barns rettigheter: Barnekonvensjonen: Barns rettigheter i Norge. Universitetsforlaget.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2010). *Mental health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies. What Should Humanitarian Health Actors know?* IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. ISBN 978-9953-0-2558
- Kjendslie, P.L; (2010) Derfor er svømming så god trening. *Stavanger aftenblad*. Hentet 27.11.2013 fra: <http://www.aftenbladet.no>
- Kvale, S; & Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademiske.
- Larsen, B.I. (2010) *Fysisk aktivitet*. Hentet 12.11.2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no>
- Larum, L. (2010) *Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Michael 2010; suppl. 9: 55-60
- Lazarus, R.S. (2009) *Stress og følelser – en ny syntese*. Akademisk Forlag..
- Lerdal, A; & Fagermoen, M.S. (2011) *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal Akademiske.
- Liden, H; Eide, K; Hidle, K; Nilsen; E.A.C; Wærdahl, R. (2013) *Levekår i Mottak for enslige mindreårige asylsøkere*. Institutt for Samfunnsforskning. Rapport 2013: 3
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 22 (2010 – 2011). *Motivasjon – Muligheter – Mestring*. Kunnskapsdepartementet. Hentet 1/12 2013 fra <http://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 27 (2011-2012) *Barn på flukt*. Justis - og Kunnskapsdepartementet. Hentet 17.08.2012 fra: <http://www.regjeringen.no>
- Myhrer, R. & Stenerud, E. (2011) *Enslige mindreårige flyktninger i kommunene-Faglig perspektiv på bosettingsarbeid*. *Tidsskriftet Norges barnevern*. Nr.02

Myklestad, I; Rognerud, M; Johansen O.R. (2008) *WHO's definisjon av psykisk helse*. Hentet 03.04.2013 fra: <http://www.folkehelseinstituttet.no>

Mæland J.G. (2009) *Hva er helse*. Universitetsforlaget.

Maavatn, P.E; Fjørtoft, I. (2008) *Barn og fysisk aktivitet*. Barne-ungdoms og familiedirektoratet. Helsedirektoratet. Hentet 28.11.2013 fra: <http://www.bufetat.no>

Naidoo, J; & Wills, J. (2011) *Foundations for Health Promotion*. (3utg.) Baillière Tindall Elsevier.

Norges Lover. Lovsamling for Helse- og Sosialsektoren (2011 – 2012) *Barnevernloven av 17 juli 1992 nr. 100. Kapittel 5A, § 5A-1; FNs Barnekonvensjon, 21 mai nr. 30; Opplæringsloven § 2-1, § 2-8, Kapittel 9A-1, 9A-2, 9A-3*. Gyldendal akademiske.

Nordhl, T; Gravrok, Ø; Knudsmoen, H; Larsen, M.B; Rørnes (red) (2006) *Forebyggende innsatser i skolen* (2006: 45-47). Helsedirektoratet. Hentet 30.11.2013 fra: <http://www.forebygging.no>

NOU, (2010). Østbergutvalget. *Mangfold og mestring. Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringssystemet*. Hentet 30.08.2012 fra: <http://www.stortinget.no>

Nygaard, L. (2009) *Slik virker søvn*. Hentet 27.11.2013 fra: <http://www.forskning.no>

Ogden, T, (2012) *Sosial kompetanse og sosial læring hos barn og unge*. Hentet 30.11.2013 fra: <http://www.forebygging.no/skole>

Ommundsen, Y, (2000) Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskrift for den Norske Legeforening* nr. 29-30. 120: 3573-7

Oppedal, B; Seglem, K:B; Jensen, L. (2009) *Avhengig og selvstendig Enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale*. Rapport 2009: 11 Integrerings og mangfoldsdirektoratet.

Polit, D.F; & Beck, C.T, (2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Rannestad, T; Hovdenes, G; Espenes, G.A. (2006) *Psykomatikken ser kropp og sjel i sammenheng*. *Sykepleien* 2006 94 (09) 52-56. doi: 104220-

Rapport 15, (2013) *Global strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse*. Hentet 27.11.2013 fra: <http://www.sosial-oghelsemyndighet.no>

Rousseau, C; & Guzder, J, (2008) *School-Based Prevention Programs for Refugee Children*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Elsevier Saunders. doi: 10.1016/j.chc.2008.02.002

Samdal, O. & Jakobsen, S. E. (Red.) (1998) *Skoletrivsel viktig for ungdoms helse*. Norges forskningsråd. Hentet 01.12 2013 fra <http://www.forskning.no>

Sletten, A.I; & Engebretsen (2011) *Asylsøkerbarna får skoletilbudet de har krav på*. NOVA rapport 20 2011.

Taylor, S.H. (2012) *Health Psychology*. McGraw- Hill.

Thagaard, T. (2010) *Systematikk og innlevelse: En innføring I kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.

Thornquist, E, (2010) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.

Utlendingsdirektoratet. *Stabilt antall enslige mindreårige asylsøkere*. Årsrapport 2012.

Utdanningsdirektoratet, (2011) *Uteskole*. Hentet 28.11.2013 fra: <http://www.regjeringen.no>

Varvin, S. (2003) *Hvordan føre samtaler med traumatiserte barn som er uten foreldre/nære omsorgspersoner i Norge*. Bufetat. Hentet 28.11.2013 fra: <http://www.bufetat.no>

Vegge, Ø; & Sæbu, M. (2002) *Arena for sosialisering. Statens mål for ernæring og fysisk aktivitet*. Fysisk aktivitet og helse, Rapport 2/2000. SEF Oslo.

Veileder IS- 1022 (2010) *Helsetilbudet til asylsøkere og flyktninger og familiegjenforente*. Helsedirektoratet avdeling for minoritetshelse og rehabilitering.

World Health Organisation. (2011) *A state of well-being*. Hentet 19.07.2013 fra <http://www.who-int>.

Øyen, C. (2010) *Underveis*. Fafo-rapport.20 ISBN 978-82-7422-733-0

Biosfære

Samfunn-Nasjon -----samfunn,politikk

Kultur-Subkultur-----Alder,kjønn,klasse,religion,utdannelse

Lokalsamfunn-Felleskap-----Helse,arbeid,nabofelleskap,sosialt felleskap

Familie

Dyade-----Familiemedlem,kollega,venn

Person (erfaring og atferd) -----Selvbilde,helseforventninger,mål,påvirkning fra stress
mestringsressurser,personlighet,reaksjon på sykdom

Nervesystem-----Patogenese,imunrespons

Organer/organsystemer

Vev

Celler

Organeller

Molekyler

Atomer

Subatomære partikler

Vedlegg 1

Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Anne Gro H. Bergh er student ved Masterstudium i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Anne Gro har valgt å arbeide med følgende tema:

Hvordan arbeider innføringskolen/klassen for å fremme helse og mestring for enslige mindreårige asylsøkere?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har vurdert masteroppgaven til ikke å være meldepliktig.

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: Førsteamanuensis Kristin Humerfelt, Universitetet i Stavanger.

Arbeidet forventes slutført: Høst 2013.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 08.02.13

Anne Gro H.Bergh

Kristin Humerfelt

Masterstudent

Førsteamanuensis

Faglig ansvarlig

Veileder

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

I forbindelse med masterstudiet i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger ønsker jeg å skrive en masteroppgave med tema: Enslige mindreårige asylsøkere i innføringsskolen/klassen.

Studiens formål:

Formålet med studien er å få økt kunnskap om hvordan ansatte i innføringsskolen/innføringsklassen jobber for å fremme enslige mindreårige asylsøkeres helse.

Metode og etiske vurderinger:

Jeg ønsker å gjøre en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju. Det vil være ønskelig med en gruppe på ca 5-8 deltakere med for eksempel helsesøster/sykepleier, lærere og andre fagpersoner som har med enslige mindreårige asylsøkere i skolen å gjøre. Intervjuet vil ta ca 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil, samtidig som jeg vil notere underveis. Lydfilene vil oppbevares på en datamaskin med passord, og vil bli slettet i etterkant av prosjektet.

Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste har vurdert masteroppgaven til ikke å være meldepliktig.

Deltakelse i prosjektet:

Det er frivillig å delta og du kan trekke deg når som helst, uten å oppgi grunn og uten at det får noen negative konsekvenser for deg. Opplysningene behandles konfidensielt, de vil ikke utleveres til andre, og i masteroppgaven vil de ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Masterstudent Anne Gro H. Bergh og veileder Kristin Humerfelt er underlagt taushetsplikt og alle data vil bli behandlet konfidensielt. Datainnsamlingen vil foregå i løpet av mars 2013 og studien vil avsluttes ved innlevering i november 2013.

Spørsmål angående prosjektet kan sendes til e-post annegrobergh@stavanger.kommune.no eller på telefon 48138830.

Med vennlig hilsen

Anne Gro H.Bergh.

Vedlegg 3

Intervjuguide

Fysisk helse:

1. Hvordan forstår dere opplæringsloven her?
2. Hva tenker dere er målsettingen med det fysiske helsearbeidet?
3. Hvordan jobber dere med dette i forhold til enslige mindreårige asylsøkere?
4. Hvordan ser dere på den fysiske helsen til enslige mindreårige asylsøkere i forhold til skolens oppgave?
5. Hva kan være problematisk med å jobbe med dette?

Psykisk helse:

1. Hvordan ser dere på den psykiske helsen til enslige mindreårige asylsøkere?
2. Hva er viktig i det psykiske helsearbeidet?
3. Hvordan jobber dere med dette i forhold til enslige mindreårige asylsøkere?
4. Hva kan være problematisk med å jobbe med dette?

Psykososial helse:

1. Hvordan forstår dere opplæringsloven her?
2. Hva tenker dere er målsettingen med det psykososiale helsearbeidet?
3. Hvordan jobber dere med dette i forhold til enslige mindreårige asylsøkere?
4. Hvordan ser dere på den psykososiale helsen til enslige mindreårige asylsøkere i forhold til skolens oppgave?
5. Hva kan være problematisk med å jobbe med dette?

Vedlegg 4

Tittel: Helsefremming for enslige mindreårige asylsøkere i skolen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av prosjektleder, dato)

Vedlegg 5

