

MASTEROPPGAVE

Empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2019

Psykisk helse blant asylsøkere og flyktninger

Halldis Grøtvedt

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt sykepleie og helsefremmende arbeid

FORORD

Nå er to år som masterstudent snart over. Det er nokså vemodig. Jeg er lite fornøyd med at studenttilværelsen er over, men temmelig fornøyd med at jeg har produsert en hel masteroppgave. Tenk at jeg har fått lov til å bruke et helt år på å skrive om et tema som virkelig engasjerer meg. Og det har vært kjempespennende å få være del av et internasjonalt forskningsprosjekt som har samlet inn både kvalitativ og kvantitativ data.

Jeg kunne ikke ha vært heldigere med tildeling av veiledere. Jeg vil sende en stor takk til mine to veiledere Idunn Brekke og Sverre Varvin. Disse to har vært en utrolig god kombinasjon av ekspertise på det aktuelle fagområdet og pedagogisk formidling av kvantitativ metode. Den ene akkurat passe abstrakt og den andre akkurat passe konkret. Dette har gjort arbeidet med masteroppgaven inspirerende og morsomt.

Jeg vil også sende en takk til Bojana Trivuncic som satt av flere timer til å svare på mine mange spørsmål da jeg besøkte Serbia i november.

Takk til Petter, Nina og mamma for innspill og gjennomlesning. Og takk til Chad - både for å være en god samboer og for å være en god korrekturleser på engelsk.

Og til slutt, takk til mine kjære medstudenter. Det er trist at tiden på den såkalte "stille"-lesesalen nå er over. Takk for både faglige, og ikke fullt så faglige, samtaler og diskusjoner.

Oslo, Mai, 2019

Halldis N. Grøtvedt

Sammendrag – forskningsartikkel og refleksjonsoppgave

Stadig flere mennesker blir tvunget til å flykte fra sine hjem som følge av krig og konflikt. Antallet mennesker på flukt fortsetter å stige på verdensbasis til tross for at det i dag er få asylsøkere som når Europas grenser. Flukten til Europa har blitt vesentlig farligere som en konsekvens av EU-Tyrkia-avtalen og stengte fluktruter langs Balkan. Flere asylsøkere og flyktninger som kommer til Europa har opplevd alvorlige påkjenninger både i hjemlandet og på flukten. Forskningsartikkelen til denne masteroppgaven kartlegger og sammenlikner symptomer på depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) blant asylsøkere og flyktninger under flukt (i Serbia) og etter flukt (i Norge). Studien har et tverrsnittsdesign, og baseres på spørreskjemadata (HTQ og HSCL) fra to utvalg blant asylsøkere og flyktninger i Serbia og Norge. Resultatene fra studien viser høye forekomster av symptomer på depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i begge land. Jeg fant høyere forekomster av psykiske helseplager blant asylsøkere og flyktninger under flukt i Serbia, enn etter flukt i Norge. Oppgavens refleksjonsnotat har til hensikt å belyse forhold som kan fremme god psykisk helse ved mottakelsen av asylsøkere og flyktninger. Salutogenese benyttes som teoretisk perspektiv i denne oppgaven. Jeg argumenterer for at anerkjennelse i relasjoner, institusjoner og samfunnsdiskurser bidrar til å fremme god psykisk helse blant asylsøkere og flyktninger. Hvordan asylsøkere og flyktninger mottas i det nye landet ser ut til å være av stor helsemessig betydning.

Nøkkelord: flyktninger, transitt, mental helse, salutogenese og anerkjennelse

Abstract – article and reflection paper

War and conflict force an ever increasing number of people to flee their home country each year. The number of refugees continues to rise on a global basis, in spite of the fact that few reach a European border. The flight to Europe has become gradually more dangerous as a consequence of the EU-Turkey deal, and a closure of the Balkan route. Many of the refugees that come to Europe have experienced potentially traumatic events, both prior to, and during flight. The article of this master's thesis assesses and compares symptoms of anxiety, depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees during flight (in Serbia), and after flight (in Norway). The study has a cross-sectional design, and uses data from two quantitative questionnaires (HTQ and HSCL) gathered from two samples of refugees in Serbia and Norway. Results indicate high levels of mental distress in both samples of refugees. Symptoms of mental distress were found to be higher among the participants during flight (in Serbia), than among the participants after flight (in Norway). The reflection paper accompanying the thesis aims to highlight factors that can promote mental health for asylum seekers and refugees upon their arrival. The paper uses the theoretical perspective of Salutogenesis. I argue that recognition in relations, institutions and social discourses contributes to mental health promotion among asylum seekers and refugees. How asylum seekers and refugees are received appears to be important for mental health.

Keywords: refugees, transit, mental health, salutogenesis and recognition

INNHOLDSLISTE

I. Forskningsartikkel

Vedlegg 1) Tabell 1 og 2

Vedlegg 2) Tabell 3 og 4

II. Refleksjonsoppgave

III. Felles vedlegg

Vedlegg 1) Spørreskjema: HSCL

Vedlegg 2) Spørreskjema: HTQ

Vedlegg 3) NSD-godkjenning

Vedlegg 4) REK-godkjenning

Vedlegg 5) Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-skjema)

Vedlegg 6) Author guidelines NMR

Mental Health among Refugees During and After Flight: A Cross-Sectional Study of Refugees in Norway and Serbia

Nordic Journal of Migration Research

May 2019

Halldis Grøtvedt

Master student

Institute of nursing and health
promotion

Oslo Metropolitan University

s197592@oslomet.no

Sverre Varvin

Professor

Institute of nursing and health
promotion

Oslo Metropolitan University

sverre.varvin@oslomet.no

Idunn Brekke

Professor

Centre for Welfare and Labour
Research

Oslo Metropolitan University

idunn.brekke@oslomet.no

ABSTRACT

The number of refugees is continuing to rise on a global basis. The EU-Turkey-deal and the closure of the Balkan-route have led to a decrease in refugees to Europe. These measures have made the flight increasingly dangerous, and the stay in transit countries, like Serbia, severely prolonged for refugees that defy border control. This cross-sectional study assesses and compares symptoms of anxiety, depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees during flight (in Serbia) and after flight (in Norway). Results indicate high levels of mental distress in both samples of refugees (Serbia: N= 100, Norway: N=78). Symptoms of mental distress were found to be higher among the participants during flight (in Serbia), than among the participants after flight (in Norway). Moreover, the study found that *female gender, low education, refused asylum, high age, and concerns about family* are predictors of mental distress among the participants.

Keywords

Refugee, transit, mental health, border control

Introduction

The civil war in Syria and ongoing wars in Afghanistan, Iraq, and Somalia have forced a large number of people to flee their homes for protection. In 2015, Europe experienced the largest influx of refugees since World War II (UNHCR 2016). The majority of refugees from the Middle East and Central Asia reached Northern Europe via, what is known as, the Balkan-route (Eleni *et al.* 2018). Serbia is in the centre of this route. The geographical location of the country makes it a locus of transit for refugees. Some of the refugees fleeing through Serbia find their way to Norway. Norway is a destination country where refugees submit their application for protection (UDI 2018). In March 2016 the EU and Turkey signed an agreement to reduce the number of refugees to Europe. This deal calls for the return of refugees, which cross from Turkey to the Greek Islands, back to Turkey. It also tasks Turkey to take measures to prevent new sea or land routes opening from Turkey to the EU (European Commission 2016). The EU-Turkey deal was accompanied by border closures along the Balkan route. This has led to a large decrease in refugees to Europe. However, the closure of the Balkan route did not entirely prevent refugees from crossing the border to Europe (Eleni *et al.* 2018), it only made it more difficult to do so. Consequently, the flight has become increasingly more dangerous (Arsenijevi *et al.* 2017, MSF 2017) and the stay in transit countries, like Serbia, severely prolonged (Jović 2018). Despite a decrease in refugees to Europe, migration caused by war and conflict continues to rise on a global basis. The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) estimated that there were 68.5 million forced migrants in 2018. Forty million people are internally displaced, and 28.5 million have been forced to emigrate (UNHCR 2018b). Many of the refugees that come to Europe have experienced potentially traumatic events, both prior to and during flight, and several develop psychological and somatic health problems (Lie 2002, Mölsä *et al.* 2014, Vukčević, Jovana, and Jovana 2017). Concurrently, refugees can be a particularly resourceful group, and many cope well despite severe stressors (Beiser 2014, Vaage *et al.* 2010). Individuals in refugee groups have risked their life to create a safe future for them self and their family. The experiences of refugees can also be understood as an expression of resilience (Varvin 2018).

Research on mental health in different phases of migration is limited. Muecke *et al.* (1992) conducted a cross-sectional study of Cambodian refugee adolescents. Two samples of adolescents were studied, one group during flight in a refugee camp in Thailand (N=71) and

the other after resettlement in the US (N=48). The authors expected to find higher symptoms of anxiety among the adolescents in Thailand, due to difficult living conditions in the refugee camp. Contrary to what they hypothesized, Muecke *et al.* (1992) found higher symptom levels among the US-group than the Thailand-group. Muecke *et al.* (1992) explained their findings among the Cambodian adolescents as attributed, in part, to the unusually hopeful circumstances that surrounded the Thailand group. The youths were actively preparing for imminent resettlement in the US. McKelvey & Webb (1997, 1996) found similar results in their longitudinal study of Vietnamese Amerasians (N=101). The authors found a significant decrease in symptoms of anxiety and depression between the transit centre in Vietnam and the refugee camp in the Philippines. After resettlement in the United States, those of the participants that the authors could reach (25 participants) showed higher symptoms of depression than they had in either Vietnam or the Philippines. Coherent with Muecke *et al.* (1992), McKelvey & Webb (1997) interpret the results among the Vietnamese Amerasians participants in light of future hope and prospects for a better life. To our knowledge, no study outside of the United States (Muecke *et al.* 1992, McKelvey and Webb 1997, 1996) has assessed mental health among refugees during flight, in a transit country, and after flight in reception centres. The aim of this study is to gain knowledge of mental health among refugees in these two phases of migration. This study aims to assess and compare symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees during flight (in Serbia) and after flight (in Norway), and to identify sociodemographic characteristics associated with high levels of symptoms. Based on previous research, we hypothesize higher symptom rates among the Norwegian-group, after flight, than the Serbian-groups, during flight.

Serbia: During Flight

Serbia's geographical location, in the central Balkans, makes it a key transit country in several of the refugee routes to northern Europe. Refugees enter Serbia primarily from Macedonia or Bulgaria. During 2015, as many as 577,995 refugees expressed their intent to seek asylum in Serbia, but this was not their actual goal. However, in order to enter Serbia, refugees must claim this as their intention. The majority were from Syria, Afghanistan, and Iraq (BCHR 2015), and were just passing through the country. In 2017 this number was reduced to 6,199 people, mainly from Afghanistan, Iraq, and Pakistan (BCHR 2017). Most of the refugees entering Serbia intend to continue their journey through Hungary, Croatia, Romania, or

Bosnia-Herzegovina to Northern Europe. In 2015 the average stay in Serbia was one day. The EU-Turkey deal, and the closure of the Balkan-route led to a considerable extension of the stay in Serbia. Today refugees are stranded in Serbia for several months (Eleni *et al.* 2018). The time in Serbia often consists of multiple attempts to cross the northern, or western border using insecure channels, which are mostly organized by smugglers (BCHR and MYLA 2017). Many experience inhumane and degrading treatment from border guards on each of these attempts. Refugees have described severe beatings, use of attack dogs, pepper spray, the pouring of water on their bodies and making them stand in the cold by border guards (HCIT 2017, MSF 2017, BCHR and MYLA 2017). A few refugees, mostly women, and families with children, cross the border to Hungary legally through an admission system, known as “*transit zones*”. A daily admission quota of refugees has been established between the two countries (BCHR 2017).

Refugees in Serbia are quartered in asylum centres and transit centres. Asylum centres are intended to accommodate refugees that have applied for asylum, while transit centres are meant for refugees in transit (UNHCR 2018a). In practice, this distinction has not been possible to maintain (BCHR 2017). The centres offer a shelter, limited non-food items and meals, while non-governmental organizations (NGOs) provide medical and psychosocial services (Jović 2018). Overcrowding, lack of privacy, and poor hygiene have been addressed as issues in some of the centres (BCHR and IRC 2018). Half of the participants in the current study lived in an asylum centre close to the Macedonian border. This centre is an old tobacco factory, and has the capacity to host 900 refugees. The living standard at the centre is described as basic, but adequate (Jankovic, Trivuncic, and Durasinovic 2015). The other half of the participants were recruited in a park near the Central Station in Belgrade. Refugees and smugglers gather in this park to organize attempts to cross the border to Hungary, or Croatia irregularly. Since most of the reception centres are located in rural areas, some refugees choose to sleep in the park (Jović 2018). In the same article, Jović (2018) discusses sexual abuse as a common aspect of life in transit countries.

Norway: After Flight

Some of the refugees that are in transit in Serbia express the desire to seek asylum in Norway (Jankovic, Trivuncic, and Durasinovic 2015). Norway, like other Northern European countries, is a destination country. There were 31,150 applications for asylum registered in

2015. This represents a noteworthy increase from previous years. The largest groups came from Syria, Afghanistan, Eritrea, and Iraq (UDI 2015). The EU-Turkey deal and closed borders throughout Europe have led to a decrease in refugee arrivals to Norway. In 2018 the number of asylum applications was reduced to 2,655, mainly from Turkey, Syria, Eritrea, Iran, Iraq, and Afghanistan (UDI 2018).

There are different types of asylum reception centres in Norway. Upon arrival, refugees are temporarily housed in transit centres. Refugees are moved to ordinary reception centres after an interview with The Norwegian Directorate of Immigration (UDI). They stay in ordinary reception centres while their application is being processed. The centres can be organized as centralized institutions or decentralized apartments. Refugees that have been granted residence permits, or are likely to be granted residence, can apply to be accompanied to an integration reception centre, where they follow a full-time qualification program.

Unaccompanied refugee minors between the ages of 15 and 18 are placed in separate centres or units (UDI 2019). Refugees living in reception centres are in different stages, regarding their asylum process. Some are waiting on an outcome of their application, others have been granted residence and are waiting to be settled in a municipality. A third group have received a final, negative answer on their asylum application, and are waiting to be returned to their home country; or they have lodged a complaint and are waiting for the final outcome of their case (NOAS 2019).

The centralized centres are often located in rural areas in former health institutions, hotels or military bases, which for various reasons are no longer in use. The living standard is described as basic with low maintenance and with very little private space (Hauge, Støa, and Denizou 2017). Centres from the current study have the capacity to host around 100 refugees. Passivity, meaningless waiting, frustration and powerlessness are examples of how life in reception centres has been described by refugees (Andrews, Solstad, and Anvik 2014, Kolstad and Thorud 2010).

Methods

Sample

This cross-sectional study is based on two convenience samples of refugees; one sample from Serbia (N=100), and one from Norway (N=78). All of the participants filled out identical questionnaires after a qualitative interview on resilience and mental health. The Serbian sample was recruited between January and April 2017. Interpreters approached the participants with oral information about the study. Written consent was then obtained by research assistants. Half of the participants were recruited from an asylum centre close to the Macedonian border, the other half were recruited in the above-mentioned park near the Central Station in Belgrade. Data collection was conducted in the centre and outside in the park. The Norwegian sample was recruited between September 2016 and June 2018. The participants were recruited at five reception centres for families and single adults in different counties. An information meeting about the study, with the aid of translator, was held in all centres. Participants were recruited through centre administration and staff, research assistants and researchers. Verbal information about the study stressed the fact that the research had no link to the asylum process. Unfortunately, there is no information, neither in Serbia nor in Norway, on how many were asked to participate, but declined. All participants from the Serbian sample are from the Middle East and Central Asia. The majority of the participants from the Middle East and Central Asia in the Norwegian sample have fled through Serbia.

Instruments

All questionnaires were translated and back-translated into Dari, Arabic, and Somali. Interpreters assisted illiterate participants fill out the questionnaires.

Outcome measures on mental health

The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) Part IV and Hopkin Symptom Checklist-25 (HSCL-25) were used to assess symptoms of PTSD, depression, and anxiety. Both instruments are cross-culturally validated, and are widely used in studies among refugees (Mollica *et al.* 1992, Silove *et al.* 2007, Thapa and Hauff 2005).

HTQ is developed by Mollica *et al.* (2004) to measure potentially traumatic events and their consequences. *HTQ Part IV* assesses symptoms of PTSD and consists of 41 items. The items

are derived from the three symptom clusters, re-experiencing, arousal, and avoidance, which comprise the criteria for PTSD, according to DSM-V. The symptoms range from 1 (not at all) to 4 (always). In the present study, a mean score above 2.5 is used to indicate a possible diagnosis of PTSD (Mollica *et al.* 2004).

HSCL-25 was adopted by Mollica, Wyshak & Lavelle (1987) for use among refugees from Southeast Asia to measure symptoms of anxiety and depression. The first 10 statements map out symptoms of anxiety, and the last 15 statements assess symptoms of depression. The items regarding depression are consistent with the DSM-IV diagnosis for major depressive disorder. The symptoms range from 1 (not at all) to 4 (always), and a mean score above 1.75 on both categories of items is used to indicate a possible diagnosis of anxiety or depression (Mollica *et al.* 2004).

Socio-demographic data

Socio-demographic characteristics, including *age*, *gender*, *marital status*, *children*, *educational level*, *country of origin*, *religion*, *asylum status*, *waiting time*, and *family concerns*, were collected through a questionnaire designed for the present study. The variable *family concerns* consists of the following three questions; (1) Do you still have close family in your home country? (2) Do you have close family that are missing? (3) Do you have close family in danger? Respondents answering yes to one or more of these questions were coded as experiencing concerns about family. *Family concerns*, *children*, *living alone* and *refused asylum* were employed as dummy variables, taking the value 1 if yes and 0 if no. The variable *age* was measured by number of years, and the variable *waiting time* was measured by number of months in current country. *Marital status* was used as a dummy variable, receiving the value 1 if the participants were married and 0 if otherwise. *Gender* was coded 0 for male and 1 for female. *Educational level* was divided into three categories: primary school or no education, high school and university. Primary school or no education was used as the omitted category. The main exposure variable *during flight/after flight* was used as a dummy, receiving the value 0 for participants during flight (Serbian sample) and the value 1 for participants after flight (Norwegian sample).

Statistical Analysis

The questionnaires from both countries were entered and analysed using SPSS version 24. If less than 10 % of the items on a scale (HSCL or HTQ) were missing, participants were excluded from analyses on the given scale. This applied to 13 participants (7.3 %) on the HTQ, and seven participants (3.9 %) on the HSCL. An independent sample t-test and Chi-square were used to examine patterns of missing data. Participants with completely missing data on HTQ reported a significantly longer waiting time ($p= 0.02$). Having no education, or only having primary school education was also more often reported among participants with completely missing data on HTQ than participants with complete data ($p= 0.04$). Descriptive statistics were calculated for all variables in both samples. Numerical variables were summarized as frequency and mean \pm SD and categorical variables were summarized by frequency and percentage. An independent sample t-test and Chi-square was used to test descriptive differences between the two samples. Bivariate intercorrelations for all variables were examined with Pearsons Correlations. Linear regression analyses were conducted for both samples separately and combined. The relationship between mental health and socio-demographic variables were explored by using a nine-step approach to building a regression model, developed by Veierød et al. (2012). A two-tailed p-value of $p < .05$ was considered statistically significant. Preliminary analyses were conducted in order to ensure that there was no violation of the assumption of normality, linearity, multicollinearity and homoscedasticity. The interaction effect was tested on all covariates, both using ANOVA and linear regression.

Ethical approval

The collection and analyses of data from Norway and Serbia was approved by the Norwegian South-East Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (2016/ 651).

Results

Descriptive statistics

Demographic characteristics for both samples are presented in table 1. The two samples differed significantly ($<.05$) on all socio-demographic variables, with the exception of *marital status*, *living alone*, and *family concerns*. Refugees in Norway were older, with higher education and more often with children. More female participants were recruited in Norway

(35 %) compared to Serbia (10 %) ($p=0.00$). In Serbia participants were recruited from a park and a reception centre for both adults and minors. One-fourth (28%) of the sample in Serbia are minors, several of which were unaccompanied and from Afghanistan. A large majority of the participants in Serbia (94.8 %) had not applied for asylum, while all of the participants in Norway had applied (47.2 % application pending, 23.6 % granted asylum and 29.2 % refused asylum). Participants from Norway are in a process of asylum, and the *waiting time* in current country is therefore significantly different ($p=0.00$).

Table 1 here.

The results in table 2 reveal that 74 % of the refugees in Serbia reported symptoms of anxiety, 90 % had symptoms of depression and 54 % reported symptoms of PTSD. In Norway the levels were lower than in Serbia, with 54 % of the refugees in Norway reporting symptoms of anxiety, 69 % of depression, and 26 % of PTSD. Levels of mental health problems were higher in Serbia, than in Norway (Anxiety, $p=0.01$, Depression, $p=0.00$, and PTSD, $p=0.00$). An independent sample-test was used to test differences in scores on the three symptom-clusters of PTSD (re-experiencing, arousal and avoidance) between the two country-groups. Significant group differences were found in all three clusters (re-experiencing, $p=.00$, arousal, $p=.02$, and avoidance, $p=.00$). The mean score for all three clusters was higher in Serbia, than in Norway.

Table 2 here.

Intercorrelations for all variables are shown in table 3. The strongest correlations were found between the three outcome variables (depression & anxiety: $p= 0.743$, depression & PTSD: $p= 0.733$, anxiety & PTSD: $p= 0.655$) and between marital status and children ($p= 0.755$).

Table 3 here.

Predictors of mental health

As shown in table 1, the two samples differ significantly on most of the sociodemographic variables. Therefore, we also ran separate analyses for the two countries (table 4). Table 4 presents results from the last stage in the regression procedure used in the current study. Only covariates $P <.05$ were presented. Since there were only ten women in the Serbian sample,

gender was excluded in these analyses. This sections presents results separately for Serbia and Norway. *High age* (depression: $\beta = 0.39$ $p=0.00$, anxiety: $\beta = 0.39$, $p= 0.00$ and PTSD: $\beta = 0.37$, $p= 0.00$) and *family concerns* (depression: $\beta = 0.21$, $p=0.05$, anxiety: $\beta = 0.29$, $p=0.01$ and PTSD: $\beta = 0.36$, $p=0.00$) were significant predictors on all outcome variables of poor mental health in the Serbian sample. *High school level education* was a significant predictor for reduction in symptoms of depression ($\beta = -0.23$, $p=0.02$). In the Norwegian sample, *refused asylum* was the strongest predictor on all outcome variables for poor mental health (depression: $\beta = 0.42$, $p=0.00$, anxiety: $\beta = 0.42$, $p=0.00$ and PTSD: $\beta = 0.37$, $p=0.00$). *Female gender* was a significant predictor for symptoms of depression ($\beta = 0.40$, $p=0.00$) and anxiety ($\beta = 0.52$, $p=0.00$). Education at university and high school level was significant predictors for reduction in symptoms of anxiety (high school: $\beta = -0.23$, $p=0.04$ and university: $\beta = -0.23$, $p=0.04$). *Waiting time* was no longer significant when the variable *refused asylum* was controlled for in the Norwegian sample. The results from the total sample are as follows: *Norway (after flight)* (depression: $\beta = -0.38$, $p=0.00$, anxiety: $\beta = -0.29$, $p=0.00$ and PTSD: $\beta = -0.34$, $p=0.00$) and *gender* (depression: $\beta = 0.28$, $p=0.00$, anxiety: $\beta = 0.27$, $p=0.00$ and PTSD: $\beta = 0.22$, $p=0.01$) were significantly associated with all three outcome variables. The exposure *family concerns* was significantly associated with symptoms of depression ($\beta = 0.19$, $p=0.01$) and PTSD ($\beta = 0.20$, $p=0.02$). *Waiting time* appears to be significantly associated with symptoms of depression ($\beta = 0.26$, $p=0.00$) and anxiety ($\beta = 0.29$, $p=0.00$). The effect on the outcome variables disappears when the covariate *refused asylum* is controlled for in the Norwegian sample. The results from the total sample show that *Norway (after flight)* was the strongest independent predictor for all three outcome variables. Interaction effects between the two countries were tested for on all covariates. No significant interaction was found.

Table 4 here.

Regression analyses were conducted for participants from the Middle East and Central Asia (participants from African countries were not included). This was done so as to only include participants from the Norwegian sample that are likely to have fled through Serbia. Because the results from these analyses were virtually the same as those that included African countries, results from the analyses with all participants have been presented previously.

Discussion

One main finding of the current study is severe symptoms of mental distress among refugees in both countries. High levels of symptoms of anxiety (74 % and 54 %), depression (90 % and 69 %) and PTSD (54 % and 26 %) were found among participants in Serbia and Norway. However, symptom levels were higher in Serbia, than in Norway. Reviews of mental health among resettled refugees have found lower prevalence rates of distress in rigorously conducted studies of high methodological quality (Fazel *et al.* 2012, Bogic *et al.* 2012). High prevalence rates in the current study could reflect methodological limitations. The results are, not ideally, obtained from convenience samples with relatively few respondents. However, high symptom levels could also be explained by contextual factors in both countries. As a consequence of the EU-Turkey deal and closed borders in the Balkans, the flight has become severely lengthened and increasingly more dangerous (Arsenijevi *et al.* 2017, Eleftherakos *et al.* 2018, MSF 2017). Refugees in Serbia describe extreme violence from border guards when trying to cross the border to Hungary or Croatia irregularly (HCIT 2017, BCHR and MYLA 2017). The housing quality is described as low and basic in both countries (Hauge, Støa, and Denizou 2017, BCHR and IRC 2018, Jankovic, Trivuncic, and Durasinovic 2015), although it is possible that “low” and “basic” are relative terms. Qualitative studies point out that life in reception centres in Norway is passive, frustrating and meaningless. Refugees have described their life in centres as being deprived of control, and their lacking ability to plan for future opportunities (Kolstad and Thorud 2010, Andrews, Solstad, and Anvik 2014). Refugees from both samples live in a state of limbo, caught between their previous life in the country of origin, and a possible new future after resettlement. Previous studies show that refugees awaiting decision on their asylum application report higher symptoms of mental distress than those granted asylum (Gerritsen *et al.* 2006, Heeren *et al.* 2014), and that higher symptom levels are reported among refugees refused asylum than those awaiting decision (Mueller *et al.* 2011).

Female gender, low education, living alone and refused asylum were found to predict poor mental health among the Norwegian-group. High age, low education and concerns about family were predictors of poor mental health among the Serbian-group. In the total sample, the predictors during flight, female gender and concerns about family were found to be significant for symptoms of poor mental health. Female gender has been associated with poor

mental health in previous studies on refugees (Porter and Haslam 2005, Gerritsen *et al.* 2006, Bogic *et al.* 2012, Acarturk *et al.* 2018, Schweitzer *et al.* 2006). Female refugees are especially vulnerable to sexual abuse and gender-based violence during armed conflict, during flight from that conflict, and in refugee camps (Hynes and Lopes Cardozo 2000, Hassan *et al.* 2016). Perera *et al.* (2013) found that women, in their longitudinal study of Somali and Oromo refugees, reported more premigration, transit, and resettlement stressors than did the men. High age also has shown to be significantly associated with poor mental health in previous studies (Gerritsen *et al.* 2006, Porter and Haslam 2005, Bogic *et al.* 2012), consistent with current findings in the Serbian-group. A significant association between low education and symptoms of poor mental health was found in separate analyses in the two samples (symptoms of anxiety in the Serbian sample and symptoms of depression in the Norwegian sample). Previous refugee studies have shown conflicting results. Porter and Haslam (2005) found high education to be associated with poor mental health in their metasynthesis, while Hosseini *et al.* (2017) and Bogic *et al.* (2012) found the opposite results, where low education was found to be associated with symptoms of poor mental health. The variable refused asylum was found to be the strongest predictor on all outcome variables in the Norwegian sample. These findings are consistent with previous studies where refused asylum has been significantly associated with poor mental health (Hocking, Kennedy, and Sundram 2015, Morgan, Melluish, and Welham 2017, Silove *et al.* 2007). Concerns about family was found to be a significant predictor for symptoms of depression and PTSD in the total sample, and on all outcome variables in the Serbian group. Living alone showed to be a significant predictor for symptoms of depression in the Norwegian group. These findings might be understood in light of the importance of social and emotional support for psychological coping and well-being after flight (Lemaster *et al.* 2018, Hooberman *et al.* 2010, Lie 2002, Schweitzer *et al.* 2006).

In the total sample the main exposure during flight showed to be the strongest predictor for all outcome variables on mental health. These findings are inconsistent with results from Muecke *et al.* (1992) and McKelvey & Webb (1997, 1996). Muecke *et al.* (1992) find, in their cross-sectional study, higher levels of mental distress among Cambodian refugee adolescents after resettlement in the US, than during flight in a refugee camp in Thailand. McKelvey & Webb (1997, 1996), in their longitudinal study of Vietnamese Amerasians, showed higher symptoms of mental distress after resettlement in the US, than in either a

transit centre in Vietnam, or in a refugee camp in the Philippines. The hypothesis of this study is that symptoms of depression, anxiety, and PTSD would be higher in Norway than in Serbia. The present results show otherwise. However, to test this hypothesis, one would ideally need to follow the same sample over time, in this context from Serbia to Norway. The two samples in the present study differ significantly in age, gender, education, family status, and nationality. One-fourth of the Serbian sample are unaccompanied minors from Afghanistan. Present results could be explained by differences between the two samples. A larger, random sample would also be preferable to test the hypotheses. Perea *et al.* (2013) found that exposure to potentially traumatic events differs between ethnic groups, even within the same region. Previous studies show that potentially traumatic events predict a significant proportion of the variance in mental distress among refugees (Bogic *et al.* 2012, Schweitzer *et al.* 2006, Steel *et al.* 1999). Exposure to potentially traumatic events is not assessed in the current study, and could not be controlled for. Although current findings must be interpreted with caution, they may give an indication of symptom levels of depression, anxiety, and PTSD during flight, in Serbia and after flight, in reception centres in Norway. As a consequence of the EU-Turkey deal and a closure of the Balkan-route the flight has become increasingly dangerous and severely prolonged (Arsenijevi *et al.* 2017, Eleftherakos *et al.* 2018, MSF 2017). Muecke *et al.* (1992) explained their findings among the Cambodian adolescents as attributed, in part, to the unusually hopeful circumstances that surrounded the Thailand group. The youths were actively preparing for imminent resettlement in the US. Coherent with Muecke *et al.* (1992), McKelvey & Webb (1996, 1997) interpret the results among the Vietnamese Amerasians participants in light of future hope and prospects for a better life. Beiser, Turner & Ganesan (1989) found that a cognitive orientation toward the future helped to moderate refugees' depressive symptoms. The refugees in Serbia are stranded in the country, and they may have begun to lose hope of reaching Northern Europe. The living conditions are poor and many are beaten, humiliated, and harassed multiple times when trying to cross the border to a country within the EU (BCHR and MYLA 2017, HCIT 2017, MSF 2017). Refugees in Serbia are living under "realistic expectations of ongoing threats and danger" (Stevens *et al.* 2013). Eleftherakos *et al.* (2018) used the term "continuous traumatic stress" to describe the circumstances for refugees stranded in the Moria camp on Lesbos, Greece. Refugees describe the living conditions in the camp as a permanent state of emergency caused by continuous tension and fighting. These descriptions could also apply to refugees in Serbia. Médecins Sans Frontières (2017) reported a large increase in symptoms of

depression, anxiety, and PTSD after the EU-Turkey deal among refugees stranded on Lesbos, Greece. From a more hopeful climate surrounding refugees that manage to reach the European continent in 2015, today's situation is characterized by an extreme hopelessness. Contextual conditions following the EU-Turkey deal and closure of the Balkan-route could thus be a possible interpretation of present results.

Limitations and strengths

External validity is limited in this study due to relatively few respondents and with a non-random sample (Hellevik 1999). It is possible that only the most resourceful and outspoken participants who expressed an interest in the project were included. Alternatively, maybe the most frustrated and troubled wanted to share their experiences. Self-selection is seldom representative. It is, however, difficult to conduct random samples of refugees in different phases of migration, as it is a population that is difficult to access. Despite this, the current study presents a relatively large sample. The use of interpreters to assist illiterate participants fill out the questionnaires also made it possible to include marginalized refugees. As mentioned, participants filled out questionnaires after a qualitative interview. On the one hand, this could have contributed to the participants being connected to the topic. On the other hand, it could have made the participants tired and exhausted when filling out the questionnaires. Symptoms of depression, anxiety, and PTSD are self-reported in the current study. Diagnostic interviews would be a more precise method of assessing symptoms. Jakobsen *et al.* (2011) found over-reporting of mental distress with the use of HTQ and HSCL among participants from the Middle East, and a corresponding under-reporting among participants from Somalia.

Implications

Severe symptoms of mental distress among refugees during flight in Serbia and after flight in Norway should enable both clinical involvement and political changes. High symptoms of distress may be understood in light of the state of limbo that the participants are living in, both in Serbia and Norway. As a result of the EU-Turkey deal and the closure of the Balkan-route the flight to Europe has become increasingly long and dangerous. Higher symptomatic rates during flight in Serbia, than after flight in Norway can be interpreted as a consequence of this.

Notes

1. The terms «refugees» and «asylum seekers» differ in reference to an individual's legal status. “Refugees” have been granted asylum, while “asylum seekers” are in the process of awaiting a result on their application. This distinction does not apply to people during flight in Serbia. The term refugees has therefore been used to refer to both groups.
2. There is a common assumption that symptoms of mental distress occur after flight, because refugees are in state of alertness during flight, and the focus of their attention is directed towards external threats and danger. After flight, when the external conditions are safe, attention can be directed toward their own body and reactions, and painful memories are allowed to resurface. We could not find any studies that supported this assumption.

References

- Acarturk, C, Cetinkaya, M, Senay, I, Gulen, B, Aker, T & Hinton D 2018, "Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress and Depression Symptoms Among Syrian Refugees in a Refugee Camp", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 206, no. 1, pp. 40-45, DOI: 10.1097/NMD.0000000000000693.
- Andrews, T, Solstad, M & Anvik CH 2014, *Mens de venter : hverdagsliv i asylmottak*, Nordlandsforskning, Bodø.
- Arsenijevi, J, Schillberg, E, Ponthieu, A, Malvisi, L, Ahmed, WE, Argenziano, S, Zamatto, F, Burroughs, S, Severy, N, Hebting, C, Harries, A & Zachariah R 2017, "A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe", *Conflict and Health*, vol. 11, no. 1, DOI: 10.1186/s13031-017-0107-z.
- BCHR 2015, *Right to Asylum in the Republic of Serbia*, BCHR: Belgrade.
- BCHR 2017, *Right to Asylum in the Republic of Serbia*, BCHR: Belgrade.
- BCHR & IRC 2018, *Access to Asylum and Reception Conditions in the Republic of Serbia*, BCHR & IRC: Belgrade.
- BCHR & MYLA 2017, *A DANGEROUS 'GAME'. The pushback of migrants, including refugees, at Europe's borders*, BCHR & MYLA: Oxford.
- Beiser, M 2014, "Personal and Social Forms of Resilience: Research with Southeast Asian and Sri Lankan Tamil Refugees in Canada" in *Refuge and resilience : promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants*, ed Laura Simich and Lisa Andermann, Springer, Dordrecht pp. 73-90
- Beiser, M, Turner, RJ & Ganesan S 1989, "Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees", *Social Science & Medicine* vol. 28, no 3, pp. 183-195, DOI: 10.1016/0277-9536(89)90261-X.
- Bogic, M, Ajdukovic, D, Bremner, S, Franciskovic, T, Galeazzi, GM, Kucukalic, A, Lecic-Tosevski, D, Morina, N, Popovski, M, Schützwohl, M, Wang, D & Priebe, S 2012, "Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 200, no. 3, pp. 216-223, DOI: 10.1192/bjp.bp.110.084764.
- Eleftherakos, C, Boogaard, W, Barry, D, Severy, N, Kotsioni, I & Roland-Gosselin L 2018, ""I prefer dying fast than dying slowly", how institutional abuse worsens the mental

- health of stranded Syrian, Afghan and Congolese migrants on Lesbos island following the implementation of EU-Turkey deal", *Conflict and Health*, vol. 12, nr. 1, DOI: 10.1186/s13031-018-0172-y.
- Eleni, T, Irena, Kiprovski M, Pine M, Osmani N, Ymeri M, Krasic B, Stefanovic A, Markovic O, Prcanovic E, Kadric A, Bakalović V & Kekuš S 2018, *2017 CSOs Report on Irregular Migration for South-Eastern Europe*, MYLA: Skopje.
- European Commission 2016, *European Commission - Fact Sheet*. Available from: [http://europa.eu/rapid/press-release MEMO-16-963 en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-16-963_en.htm). [Last accessed 21.12].
- Fazel, M, Reed, R, Panter-Brick, C & Stein A 2012, "Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors", *The Lancet*, vol. 379, nr. 9812, pp. 266-282, DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60051-2.
- Gerritsen, A, Bramsen, I, Devillé, W & Hovens J 2006, "Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, nr. 1, pp. 18-26, DOI: 10.1007/s00127-005-0003-5.
- Hassan, Ventevogel, GP, Jefee-Bahloul, H, Barkil-Oteo, A & Kirmayer L 2016, "Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 25, nr. 2, pp. 129-141, DOI: 10.1017/S2045796016000044.
- Hauge, ÅL, Støa, E & Denizou K 2017, "Framing Outsidedness – Aspects of Housing Quality in Decentralized Reception Centres for Asylum Seekers in Norway", *Theory and Society*, vol. 34, nr. 1, pp. 1-20, DOI: 10.1080/14036096.2016.1200668.
- HCIT 2017, *Forcible irregular returns to the republic of Serbia from neighbouring countries*, HCIT: Novi Sad.
- Heeren, M, Wittmann, L, Ehlert, U, Schnyder, U, Maier, T & Müller, J 2014 "Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 55, nr. 4, pp. 818-825, DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.02.003.
- Hellevik, O 1999, *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Hocking, D, Kennedy, G & Sundram, S 2015, "Mental Disorders in Asylum Seekers: The Role of the Refugee Determination Process and Employment", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 203, nr. 1, pp. 28-32, DOI: 10.1097/NMD.0000000000000230.

- Hooberman, J, Rosenfeld, B, Rasmussen, A, & Keller, A 2010, "Resilience in Trauma-Exposed Refugees: The Moderating Effect of Coping Style on Resilience Variables", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 80, nr. 4, pp.557-563, DOI: 10.1111/j.1939-0025.2010.01060.x.
- Hosseini, A, Kakuma, R, Ghazinour M, Davern M, Evans, WP, & Minas, H 2017, "Migration experience, resilience and depression: a study of Iranian immigrants living in Australia", *International Journal of Culture and Mental Health*, vol. 10, nr. 1, pp. 108-120, DOI: 10.1080/17542863.2016.1270977.
- Hynes, M, & Lopes, BC 2000, "Sexual violence against refugee women", *Journal of women's health & gender-based medicine*, vol. 9, nr. 8, pp. 819-823.
- Jakobsen, M, Thoresen, S & Johansen, LE 2011, "The Validity of Screening for Post-traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries", *Journal of Refugee Studies*, vol. 24, nr. 1, pp. 171-186, DOI: 10.1093/jrs/feq053.
- Jankovic, JA, Trivuncic B, & Durasinovic V 2015, *The demographic picture, the assessment of the legal status and needs as well as examination the traumatic experiences of refugees who are in transit through Serbia*, IAN: Belgrade.
- Jović, V 2018, "Working with traumatized refugees on the Balkan route." *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, vol. 15, nr. 3, pp. 187-201, DOI: 10.1002/aps.1586.
- Kolstad, A & Thorud, S 2010 "Maktesløs i ventetida ; asylsøkeres hverdagsliv og mentale helse", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 7, nr. 2, pp.153-162.
- Lemaster, JW, Broadbridge, CL, Lumley MA, Arnetz, JE, Arfken, C, Fetters, MD, Jamil, H, Pole, N, Arnetz, BB, McLeigh, JD & Spaulding, W 2018, "Acculturation and Post-Migration Psychological Symptoms Among Iraqi Refugees: A Path Analysis", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 88, nr. 1, pp. 38-47, DOI: 10.1037/ort0000240.
- Lie, B. 2002 "A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 106, nr. 6, pp. 415-425, DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002.01436.x.
- McKelvey, RS & Webb, JA 1996, "Premigratory expectations and postmigratory mental health symptoms in Vietnamese Amerasians", *Journal of the American Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, nr. 2 pp. 240-245, DOI: 10.1097/00004583-199602000-00018
- McKelvey, RS & Webb, JA 1997, "A prospective study of psychological distress related to refugee camp experience", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 31, pp. 549-554.
- Mollica, FR, Caspi-Yavin, Y, Bollini, P, Truong, T, Tor, S & Lavelle J 1992, "The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, nr. 2, pp. 111-116, DOI: 10.1097/00005053-199202000-00008.
- Mollica, FR, McDonald, L, Massagli, MP & Silove, D 2004, "Measuring trauma, measuring torture. Instructions and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)", <http://hpert-cambridge.org/>.
- Mollica, FR, Wyshak, G & Lavelle, J 1987, "The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, nr. 12, pp. 1567-1572, DOI: 10.1176/ajp.144.12.1567.
- Morgan, G, Melluish, S & Welham, A 2017, "Exploring the relationship between postmigratory stressors and mental health for asylum seekers and refused asylum seekers in the UK", *Transcultural Psychiatry*, vol. 54, pp. 653-674, DOI: 10.1177/1363461517737188.
- MSF 2017, *ONE YEAR ON FROM THE EU-TURKEY DEAL: CHALLENGING THE EU'S ALTERNATIVE FACTS*, MSF: Athens.
- Muecke, MA, Sassi, L, Lipson, JG & Paul, C 1992, "Anxiety among Cambodian Refugee Adolescents in Transit and in Resettlement", *Western Journal of Nursing Research*, vol. 14, nr. 3, pp. 267-291, DOI: 10.1177/019394599201400302
- Mueller, J, Schmidt, M, Staeheli, A & Maier, T 2011, "Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers", *European Journal of Public Health*, vol. 21, nr. 2, pp. 184-189, DOI: 10.1093/eurpub/ckq016.
- Mölsä, M, Punamäki, RL, Saarni, SI, Tiilikainen, M, Kuittinen, S & Honkasalo, ML 2014, "Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland", *Transcultural Psychiatry*, vol. 51, nr. 4, pp. 499-525, DOI: 10.1177/1363461514526630.

NOAS 2019, *Asylprosessen i Norge*, Available from:

<http://www.noas.no/asylsoker/informasjon-om-asylprosessen/asylprosessen-i-norge/>.

[Last accessed 3.5.2019].

Perera, S, Gavian, M, Frazier, P, Johnson, D, Spring, M, Westermeyer, J, Butcher, J, Halcon, L, Robertson, C, Savik, K & Jaranson J 2013, "A Longitudinal Study of Demographic Factors Associated With Stressors and Symptoms in African Refugees" *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 83, nr. 4, pp. 472-482, DOI: 10.1111/ajop.12047.

Porter, M & Haslam, N 2005, "Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis", *JAMA*, vol. 294, nr. 5, pp. 602-612, DOI: 10.1001/jama.294.5.602.

Schweitzer, Robert, Fritha Melville, Zachary Steel, and Philippe Lacherez. 2006. "Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 40, nr. 2, pp. 179-187, DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01766.x.

Silove, D, Manicavasagar, v, Mollica, R, Thai, M, Khiek, D, Lavelle, J & Tor, S 2007, "Screening for Depression and PTSD in a Cambodian Population Unaffected by War: Comparing the Hopkins Symptom Checklist and Harvard Trauma Questionnaire With the Structured Clinical Interview", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 195, nr. 2, pp. 152-157, DOI: 10.1097/01.nmd.0000254747.03333.70.

Steel, Z, Silove, D, Bird, K, McGorry, P & Mohan P 1999, "Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 12, nr. 3, pp. 421-435, DOI: 10.1023/A:1024710902534.

Stevens, G, Eagle, G, Kaminer, D, Higson-Smith, C, Opotow, S, Kaminer, D, Eagle, G & Stevens, G 2013, "Continuous Traumatic Stress: Conceptual Conversations in Contexts of Global Conflict, Violence and Trauma", *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, vol. 19, nr. 2, pp. 75-84, DOI: 10.1037/a0032484.

Thapa, S & Hauff E 2005, "Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 40, nr. 8, pp. 672-679: DOI: 10.1007/s00127-005-0943-9.

UDI 2015, *Asylsøknader etter statsborgerskap og måned (2015)*. Available from:

<https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/>. [Last accessed 18.11.2018]

- UDI 2018, *Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn (2018)*. Available from: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2018/>. [Last accessed 18.11.2018]
- UDI 2019, *Asylum reception centres (different types)*. Available from: <https://www.udi.no/en/word-definitions/asylmottak-ulike-typer/>. [Last accessed 02.10.2018].
- UNHCR 2016, *Global Trends, Forced Displacement in 2015*, UNHCR: Geneva.
- UNHCR 2018a, *Centre profiling Serbia*. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/55034>. [Last accessed 03.11.2018].
- UNHCR 2018b, *Figures at a Glance, Statistical Yearbooks*. Available from: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>. [Last accessed 02.03.2019].
- Vaage, AB, Thomsen, PH, Silove, D, Wentzel-Larsen, T, Van Ta, T & Hauff, E 2010, "Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma", *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, vol. 196, nr. 2, pp. 122-125, DOI: 10.1192/bjp.bp.108.059139.
- Varvin, S 2018, *Flyktingers psykiske helse*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Veierød, MB, Lydersen, S & Laake, P 2012, *Medical statistics : in clinical and epidemiological research*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Vukčević, MM, Jovana, G Jovana, B 2017, *Regugees' Mental Health, 2017 Research Report*, PIN & UNHCR: Belgrade.

Table 1 Sample Characteristics

	NORWAY (N= 78)		SERBIA (N=100)		P-value
	n	% or mean (SD)	n	% or mean (SD)	
Age	75	29.9 (8.1)	99	22.9 (8.14)	.00
Gender					.00
<i>Female</i>	28	35.9 %	10	10 %	
<i>Male</i>	50	64.1%	90	90%	
Marital Status					.07
<i>Married</i>	30	40.5 %	26	26.3%	
<i>Single/other</i>	44	59.5%	73	73.7%	
Children					.00
<i>Yes</i>	34	46.6 %	22	22%	
<i>No</i>	39	53.4 %	78	78 %	
Educational Level					.04
<i>Illiterate</i>	3	4 %	9	9 %	
<i>Primary School</i>	24	32 %	44	44 %	
<i>High School</i>	22	29.3 %	34	34 %	
<i>University</i>	26	34.7 %	13	13 %	
Country of Origin					
<i>Syria</i>	27	35.5 %	13	13 %	
<i>Afghanistan</i>	11	14.5 %	67	67 %	
<i>Turkey</i>	3	3.9 %			
<i>Eritrea</i>	4	5.3 %			
<i>Iran</i>	9	11.8 %	3	3 %	
<i>Tunisia</i>	2	2.6 %			
<i>Ethiopia</i>	2	2.6 %			
<i>Palestine</i>	2	2.6 %			
<i>Iraq</i>	9	11.8	15	15 %	
<i>Congo</i>	2	2.6 %			
<i>Rwanda</i>	1	1.3 %			
<i>Egypt</i>	1	1.3 %			
<i>Kuwait</i>	1	1.3 %			
<i>Zimbabwe</i>	1	1.3 %			
<i>Lebanon</i>			2	2 %	
Religion					
<i>Islam</i>	35	67.3 %	100	100 %	
<i>Christianity</i>	8	15.4 %			
<i>Non-religious</i>	9	17.3 %			
Asylum Status					
<i>Not Applied</i>			91	94.8 %	
<i>Applied/ Waiting</i>	34	47.2 %	4	4.2 %	
<i>Residence</i>	17	23.6 %	1	1 %	
<i>Rejected</i>	21	29.2			
Living Conditions					
<i>Unknown/ Recruited from the streets</i>			42	42.9 %	
<i>Reception Centre</i>	68	89.5 %	55	56.1 %	
<i>Apartments/other</i>	8	10.5 %	1	1 %	
Waiting Time	68	23.2 (30)	99	3.9 (2.2)	.00
Living Alone					.67
<i>Yes</i>	43	58.9 %	37	37 %	
<i>No</i>	30	41.1 %	63	63 %	
Family Concerns					.053
<i>Yes</i>	42	64.6 %	48	48 %	
<i>No</i>	23	35.4 %	52	52 %	

Table 2 Mental Health Outcomes.

	NORWAY (N=78)		SERBIA (N= 100)		P-value
	n	% or mean (SD)	n	% or mean (SD)	
Anxiety					
Mean Score	72	2.05 (.79)	99	2,18 (.64)	.28
>1,75	72	54 %	99	74 %	.01
Depression					
Mean Score	72	2.28 (.77)	99	2.52 (.60)	.03
>1,75	72	69 %	99	90 %	.00
PTSD					
Mean Score	66	2.15 (.66)	99	2.51 (.57)	.00
>2,5	66	26 %	99	54 %	.00
Re-experiencing	66	2.17 (.73)	99	2.69 (.72)	.00
Arousal	66	2.18 (.76)	99	2.44 (.68)	.02
Avoidance	66	2.08 (.68)	99	2.53 (.67)	.00

Table 3 Bivariate Correlations between the Variables for the Total Sample (N= 178) (Pearson's Correlation).

SERBIA AND NORWAY	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Symptoms of depression	.74**	.73**	-.17*	.04	.23**	-.09	.01	.01	-.17*	.16*	.03	.04
2. Symptoms of anxiety		.66**	-.09	.11	.29**	-.07	.04	-.01	-.16*	.25**	-.02	.04
3. Symptoms of PTSD			-.280**	.04	.089	-.00	.02	-.01	-.17*	-.03	-.07	.10
4. Norway: After Flight				.39**	.314**	.15*	.26**	-.06	.24**	.44**	-.04	.16*
5. Age					.264**	.51**	.68**	-.05	.29**	.18*	-.26**	-.21**
6. Gender						.22**	.25**	.09	.02	.34**	-.28**	-.19*
7. Marital Status							.76*	-.14	.16*	-.11	-.48**	.23**
8. Children								-.07	.09	.06	-.44**	-.14
9. Middle Education									-.36**	.17*	-.06	.07
10. High Education										-.11	-.08	-.11
11. Waiting Time											-.07	-.03
12. Living Alone												.41**
13. Family Concerns												

* Denoted a statistically significant two-tailed p-value <,05

** Denoted a statistically significant two-tailed p-value <,01

*** Denoted a statistically significant two-tailed p-value <,001

Table 4 Results from the last stage in the linear regression procedure. Relations between sociodemographic predictors on mental health were explored. Non-significant results are denoted NS.

Self-reported symptoms	NORWAY (N=78)			SERBIA (N=100)			NORWAY AND SERBIA (N=178)		
	Depression	Anxiety	PTSD	Depression	Anxiety	PTSD	Depression	Anxiety	PTSD
	Std. β s	Std. β s	Std. β s	Std. β s	Std. β s	Std. β s	Std. β s	Std. β s	Std. β s
Norway: After Flight (Ref: Serbia: During Flight)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Age (years)	NS	NS	NS	.397***	.395***	.374***	NS	NS	NS
Gender (ref: Male)	.398***	.516***	NS	-	-	-	.279**	.265**	.223**
Married (Ref: Single/other)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Children (ref: No Children)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Educational level (ref: no edu/primary school)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
High School	NS	-.229*	NS	-.225*	NS	NS	NS	NS	NS
University	NS	-.227*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Waiting Time (months)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.259**	.291***	NS
Living Alone (Ref: Living with Family)	.208*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Family Concerns (Ref: No Family Concerns)	NS	NS	NS	.209*	.294**	.363**	.194*	NS	.196*
Refused Asylum (Ref: Waiting/Residence)	.425***	.418***	.368**	-	-	-	-	-	-
R2 Adjusted	31 %	38.3 %	12.2 %	13.9 %	12.6 %	13.9 %	15.8 %	14.7 %	10.0 %

* Denoted a statistically significant two-tailed p-value <,05

** Denoted a statistically significant two-tailed p-value <,01

*** Denoted a statistically significant two-tailed p-value <,001

Hvordan kan mottakelsen av asylsøkere og flyktninger bidra til å fremme deres psykiske helse?

Refleksjonsoppgave

Antall ord: 7021

Mai 2019

Halldis N. Grøtvedt

INNHold

1. INTRODUKSJON	34
1.1 Begrepsavklaring.....	35
1.2 Faglig og personlig forankring.....	35
1.2.1. <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	35
1.2.2 <i>En sosialfaglig forståelsesramme</i>	36
1.3 Oppgavens oppbygning.....	37
2. SALUTOGENESE	38
3. LITTERATURSØK	40
4. HVA KAN BIDRA TIL Å FREMME GOD PSYKISK HELSE?	41
4.1 Anerkjennelsesformen kjærlichkeit.....	42
4.2 Anerkjennelsesformen rettigheter.....	43
4.3 Anerkjennelsesformen solidaritet.....	45
5. MOTTAKELSEN AV ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER I DAGENS NORGE: HELSEFREMMENDE ELLER HELSEHEMMENDE?	48
6. KONKLUSJON	53
7. LITTERAUR	54
 Tabeller og figurer	
Figur 1	47

1. INTRODUKSJON

Borgerkrigen i Syria og pågående konflikter i Afghanistan, Irak og Somalia har tvunget et økende antall mennesker til å forlate sine hjem og hjemland. Ved inngangen av 2018 var totalt 68,5 millioner mennesker drevet på flukt fra krig og konflikt. 28,5 millioner av disse flyktet over nasjonale landegrenser, og 40 millioner var fordrevet innad i eget hjemland. Antallet mennesker på flukt har de siste årene vært historisk høye (UNHCR, 2018). En relativ lav andel finner veien til Europa (UNHCR, 2019) og noen få søker asyl i Norge (UDI, 2019). Betegnelsen asylsøker referer til en person som har søkt beskyttelse, mens begrepet flyktning betegner en person som har fått innvilget asyl (UDI, 2018a). Asylsøkere og flyktninger er en mangfoldig gruppe med ulik nasjonal og etnisk bakgrunn, og med hver sin individuelle livshistorie. I løpet av året 2015 ble det registrert totalt 31 150 asylsøknader i Norge. Det representerer en kraftig økning fra tidligere år (UDI, 2015). I mars 2016 inngikk EU en omstridt migrasjonsavtale med Tyrkia (den såkalte EU-Tyrkia-avtalen) som førte til en sterk nedgang i antall asylsøkere til Norge. Avtalen innebærer blant annet at migranter som ankommer Hellas skal returneres til Tyrkia, og at Tyrkia forpliktes til å hindre migranter i å flykte videre nordover i Europa (European Commission, 2016). EU-Tyrkia-avtalen ble ledsaget av økt grensekontroll langs fluktruten på Balkan (Arsenijevi et al., 2017; Jović, 2018). I 2018 ble det registrert totalt 2655 asylsøkere i Norge (UDI, 2018b), en sterk nedgang fra 2015. Globalt har det imidlertid ikke blitt færre, men flere flyktninger, forårsaket av krig, konflikt og klimaendringer (UNHCR, 2018). Mange av asylsøkerne og flyktningene som kommer til Europa og Norge har opplevd alvorlige påkjenninger i hjemlandet og/eller på flukten, og flere utvikler psykiske og somatiske helseplager (Jakobsen, Thoresen & Johansen, 2011; Lie, 2002; Mölsä et al., 2014). I min egen artikkel (Grøtvedt, Varvin & Brekke, 2019) fant jeg svært høye forekomster av mentale helseplager blant asylsøkere og flyktninger i både Norge og Serbia. Blant asylmottaksbeboere i Norge fant jeg at 54,2 prosent har symptomer på angst, 69,4 prosent symptomer på depresjon og at 26,2 prosent har symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Asylsøkere og flyktninger er samtidig en særlig ressurssterk gruppe, og flere klarer seg godt til tross for alvorlige påkjenninger (Beiser, 2014; Vaage et al., 2010). Dette er mennesker som har risikert eget liv for å skape en trygg fremtid for seg selv og sin familie. Erfaringene asylsøkere og flyktninger har med seg kan forstås som et uttrykk for menneskets evne til motstandsdyktighet og aktiv tilpasning under belastende forhold (Varvin, 2018). I denne refleksjonsoppgaven vil fokus rettes mot forhold som kan

styrke ressursene for god psykisk helse blant asylsøkere og flyktninger. Denne oppgaven søker å belyse følgende problemstilling; *Hvordan kan mottakelsen av asylsøkere og flyktninger bidra til å fremme deres psykiske helse?*

1.1 Begrepsavklaring

Helse er et mangesidig begrep som det finnes en rekke ulike definisjoner på (Mæland, 2009, s. 10). Fugelli og Ingstad (2014) skriver om helse som trivsel, likevekt, helhet, tilpasning, funksjon, bevegelse mot et mål, livskraft, motstandskraft, fravær av tanker om helse og fravær av sykdom. *Psykisk helse* defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) (2005, s. 12) som en tilstand hvor den enkelte kan realisere sitt potensial, håndtere normalt stress i livet, arbeide produktivt og fruktbart og har mulighet til å bidra til fellesskapet. I denne oppgaven forstås psykisk helse i lys av begrepene resiliens og posttraumatisk vekst. *Resiliens* kan betegnes som motstandsdyktighet, og handler om en evne til å håndtere stress og risiko (Betancourt & Khan, 2008). Tilnærmingen retter fokus mot faktorer og prosesser som bidrar til god psykisk helse under risikofylte og belastende forhold. Masten (2014) beskriver resiliens som hensiktsmessig tilpasning. Mens resiliens forstås som motstandsdyktighet og tilpasning, handler *posttraumatisk vekst* om å oppleve en positiv psykologisk endring etter en traumatisk hendelse. En slik positiv endring kan for eksempel være endrede livsprioriteringer, en opplevelse av økt personlig stryke, flere meningsfulle og nære relasjoner til andre mennesker og/eller en opplevelse av i større grad å verdsette eget liv. Disse positive endringene forstås ikke som en dirkede konsekvens av hendelsen, men som en konsekvens av håndteringen og bearbeidelsen av den traumatiske erfaringen (Tedeschi & Calhoun, 2004).

1.2 Faglig og personlig forankring

1.2.1. Bakgrunn for valg av tema

I egen artikkel sammenlikner jeg mental helse blant asylsøkere og flyktninger i Serbia og Norge (Grøtvedt, Varvin & Brekke 2019). Ved oppstart av masterprosjektet hadde jeg opprinnelig planlagt å gjøre analyser på de respondentene som ikke hadde symptomer på mentale helseplager, altså de som klarte seg godt til tross for de store påkjenningene de hadde vært utsatt for. Jeg var interessert i å undersøke hva som kjennetegnet denne gruppen. Da jeg hadde lagt inn alle spørreskjemaene i statistikkprogrammet og fått tilsendt datamaterialet fra Serbia oppdaget jeg at dette gjaldt svært få av respondentene. De fleste hadde symptomer på depresjon, angst og PTSD (målt med instrumentene Harvard Trauma Questionnaire IV (HTQ)

og Hopkin Symptom Checklist-25 (HSCL)). Antallet som befant seg i gruppen uten symptomer var for få til at det var mulig å foreta egne analyser på disse. Det ble viktig for meg å framheve et ressurs- og helsefremmende fokus i denne refleksjonsoppgaven. For å lære mer om konteksten bak tallene jeg analyserte dro jeg på en studietur til Serbia. Der snakket jeg med tolker, helsepersonell og forskere og studenter tilknyttet forskningsprosjektet¹. Jeg fikk også mulighet til å snakke med unge flyktninger som planla nye forsøk på å krysse grensene nord i landet. Historier om håpløshet og tortur fra grensevakter gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg har også jobbet med enslige mindreårige flyktninger i Norge de siste fire årene. Jeg har jobbet både som representant og verge, og dermed fulgt dem gjennom asylprosessen, og som miljøterapeut i bofellesskap. Jeg har stått i nære relasjoner til ungdom som har med seg erfaringer med krig, overgrep og bunnløse tap. Jeg har kommet tett på ettervirkningene av flukthistoriene. Jeg har også opplevd å kjempe mot en, etter min mening, umenneskelig politisk behandling av barn og unge som flykter alene til Norge². Med bakgrunn i erfaringer fra arbeid med artikkelen og med enslige mindreårige flyktninger i Norge har jeg i denne oppgaven et samfunnskritisk blikk og utgangspunkt.

1.2.2 En sosialfaglig forståelsesramme

Jeg er utdannet sosionom og har dermed en sosialfaglig tilnærming til oppgavens problemstilling. Sosialt arbeid som fag kjennetegnes av en flerdimensjonal analyse som inkluderer både individet og konteksten, samt interaksjonen mellom disse. Det yrkesetiske grunnlagsdokument for helse- og sosialfaglig arbeid slår fast at sosialarbeidere skal ha et helhetssyn på mennesket, altså at de mange aspektene ved menneskets liv legges til grunn som betydningsfulle, samt en forståelse av at individ og samfunn påvirker hverandre gjensidig (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 6). Sosialt arbeid som fag handler om å forstå mennesket som unikt, men formet av de relasjoner og den konteksten det inngår i (Levin, 2004). I følge den internasjonale sosialarbeiderorganisasjonen (IFSW) er sosialt arbeid et fag som «benytter seg av teorier om menneskelig atferd og sosiale systemer for å intervensere på de punkter hvor mennesket samhandler med sine miljøer» (Seksjonsrådet for sosionomer, 2013). Fagets

¹ Masteroppgaven er en del av forskningsprosjektet «Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees: an international multicentre study». Prosjektet er tilknyttet forskningsinstitusjoner i Serbia, Australia, Tyskland og Sverige, og benytter mixed method design. Prosjektet har et ressurs- og mestringsfokus (resiliens) og ledes av professor Sverre Varvin ved OsloMet – Storbyuniversitet.

² Blant annet tidsbegrenset opphold til fylte 18 år, utbredt bruk av midlertidige tillatelser, alderstesting, hyppig flytting mellom mottak og mangelfull skolegang og oppfølging for ungdom over 15 år.

analyseenhet, altså fokus for oppmerksomhet, er relasjonene mellom personen og dens omgivelser, uttrykt som «personen i situasjonen» (Levin, 2004, s. 15). Hansen (2001) hevder at relasjonene mellom personen og dens omgivelser må forstås på alle nivåer. I motsetning til det psykologiske perspektiv som hovedsakelig fokuserer på individet og dets psyke, og det sosiologiske som fokuserer på samfunnet og dets strukturer, har sosialt arbeid et flerdimensjonalt fokus. Sosialt arbeid skal fange opp både enkeltmennesket eller gruppen og disses forhold til samfunnet (Levin, 2004). En sosialfaglig tilnærming til mottakelsen av asylsøkere og flyktninger vil derfor inkludere både individet og konteksten, samt interaksjonen mellom disse i en flerdimensjonal analyse. Mental helse blant asylsøkere og flyktninger forstås i denne oppgaven innenfor en slik helhetlig og kontekstuell vurdering.

1.3 Oppgavens oppbygning

Denne refleksjonsoppgaven består av følgende tre deler; (1) presentasjon av salutogenese som teoretisk perspektiv, (2) en redegjørelse for anerkjennelsesprosesser som kan bidra til å fremme god psykisk helse blant asylsøkere og flyktninger og (3) en drøfting av helsefremmende anerkjennelsesprosesser i lys av dagens asyl- og integreringsklima i Norge. Mottakelsessystemet rundt asylsøkere og flyktninger kan virke fremmende eller hemmende for aktiv tilpasning og psykologisk vekst. Jeg argumenterer for at det bør legges til rette for anerkjennelsesprosesser i relasjoner, institusjoner og samfunnsdiskurser som kan mobilisere kropp og psyke, og på den måten bidra til å fremme psykologisk motstandsdyktighet og vekst. En helsefremmende mottakelse av asylsøkere og flyktninger krever anerkjennelse på flere nivåer samtidig.

2. SALUTOGENESE

Salutogenese er et teoretisk perspektiv utviklet av den israelske sosiologen Aron Antonovsky. Begrepet stammer fra latinsk, *salut* betyr helse og *genese* betyr opprinnelse, og handler om helsens opprinnelse (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) tar avstand fra en dikotomisering av helse som klassifiserer mennesker som enten syke eller friske. Helse forstås innenfor den salutogene modellen som et kontinuum; «Vi er alle døende. Vi er alle, så lenge det finnes snev av liv i oss, i en eller annen forstand friske» (Antonovsky, 2012, s. 27). Det rettes fokus mot «faktorer som ser ut til å fremme en bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet» (Antonovsky, 2012, s. 28). *Heterostase* er en grunnforutsetning ved den salutogene modellen (Antonovsky, 2012). Den menneskelige tilværelse kjennetegnes av kompleksiteter, konflikter og kaos (Antonovsky, 1993), og stressfaktorer er en uunngåelig del av livet. Stressfaktorer innehar imidlertid en funksjonell karakter ved at kroppen mobiliseres til å skape orden. Stressfaktorer kan med andre ord også virke helsebringende. Behandling, eller en bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet, forstås som aktiv tilpasning, og ikke som en mirakelkur eller trylleformel. Antonovsky (1993, s. 972) skriver følgende: «Human beings have an extraordinary capacity for what is called autopoiesis, the reorganisation of life after living through chaos». Et salutogent perspektiv handler om å rette fokus mot de menneskene som klarer seg godt til tross for påkjenninger. Antonovsky (2012) intervjuet mennesker som hadde overlevd Holocaust og som likevel klarte seg forbausende godt. Et gjennomgangstema blant de overlevende var en livsinnstilling preget av høy begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse tre komponentene utgjør betegnelsen *opplevelse av sammenheng*. Antonovsky (2012, s. 41) definerer begrepet på følgende måte:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.

De tre komponentene er imidlertid uløselig knyttet til hverandre, og undersøkelser har vist at det er en høy korrelasjon mellom komponentene. Antonovsky (2012) fremhever likevel at motivasjonskomponenten som ligger i opplevelsen av mening ser ut til å være mest sentral (punkt 3 ovenfor). Betegnelsen *opplevelse av sammenheng* kan brukes til å belyse innholdet i begrepet *empowerment* (Brekke, 2004; Førde, 2007; Lønne, 2019). Empowerment-begrepet

kan knyttes til prinsipper om medvirkning, maktfordeling og anerkjennelse av de(n) berørtes ekspertise på seg selv (Tveiten & Boge, 2014, s. 16). Empowerment handler om å mobilisere ressurser til å håndtere utfordringer på individ, gruppe og/eller samfunnsnivå. Det motsatte av opplevd empowerment er maktesløshet. Denne tenkningen springer ut i fra et positivt menneskesyn. Enhver person har en iboende kraft som kan mobiliseres for å komme ut av en avmaktssituasjon (Askheim, 2012). Det å oppleve kontroll og innflytelse over eget liv bidrar til god psykisk helse. Motsatt vil manglende kontroll og innflytelse gi en opplevelse av avmakt, og kan bidra til psykiske plager (Betancourt, 2012; Wallerstein, 1992; WHO, 1986). Makt, kontroll og innflytelse over eget liv er kjernekomponenter i empowerment (Braye & Preston-Shoot, 1995, s. 48).

En forståelse av stress som allestedsnærværende er betegnende for flyktningtilværelsen. Erfaringene som asylsøkere og flyktninger har med seg kan forstås som aktiv tilpasning under svært konfliktfylte og kaotiske forhold. For å fremme en bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet bør mottakelsen av asylsøkere og flyktninger legge til rette for en livsinnstilling preget av høy begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse komponentene er viktige ressurser for å mestre vanskeligheter i livet. Mottakelsen av asylsøkere og flyktninger bør, etter dette perspektivet, organiseres slik at den enkeltes opplevelse av sammenheng optimaliseres.

3. LITTERATURSØK

Jeg har foretatt et avansert litteratursøk i databasene Medline, PsychINFO, Social Care Online og Academic Search Premier. Jeg brukte følgende søkeord og kombinasjon: MH Refugees OR MH Emigration and Immigration AND MH Health Promotion OR MH Sense of Coherence OR MH Resilience, Psychological OR MH Posttraumatic growth, Psychological OR Empowerment. Jeg søkte med MESH eller andre kontrollerte emneordslister der det var mulig. I databaser uten slike emneordslister søkte jeg i fritekst. Alle søkene var avgrenset til fagfelleverderte artikler utgitt etter år 1990. Søket ga 210 treff i Medline, 627 treff i PsychINFO, 5661 treff i Social Care Online og 82024 treff i Academic Search Premier. Ved å gjennomgå deler av dette søket fant jeg flere relevante artikler. I tillegg til litteratursøk har jeg gjennomgått pensum i emnet MAPSD5100 «Psykisk helsearbeid med minoritetspasienter: migrasjon og eksil».

Valg og sammensetning av litteratur er påvirket av et sosialkonstruktivistisk ståsted. Sosialt arbeid, som er min fagbakgrunn, preges av interaksjonistiske og sosialkonstruktivistiske forståelsesrammer (Eskelinen, 2008). Kunnskap forstås som sosialt konstruert gjennom språklige praksiser. Vi er som mennesker avhengig av språklige begreper for å kunne forstå og begripe virkeligheten, og språket vi benytter oss av er aldri nøytralt. Språk er per definisjon et sosialt fenomen ved at det utvikles og formes i mellommenneskelig samhandling. Når all kunnskap er språklig fundert innebærer det at kunnskap oppstår og utprøves innenfor en sosial og samfunnsmessig kontekst, og er underlagt sosiale og samfunnsmessige strukturer (Thomassen, 2006).

4. HVA KAN BIDRA TIL Å FREMME GOD PSYKISK HELSE?

Asylsøkere og flyktninger er en mangfoldig gruppe med ulik nasjonal og etnisk bakgrunn, og med hver sine individuelle livshistorier. Felles for denne gruppen er likevel at de har vært utsatt for en rekke komplekse tap; tap av sosialt nettverk, tap av morsmål som allment kommunikasjonsmiddel, tap av sosial anseelse, tap av kulturell identitet, i tillegg til ofte flere individuelle tap. Kompleksiteten og mengden av tap gjør at også sorgprosessen blir komplisert og lang (Skytte, 2008). Varvin (2015) beskriver hjemmet og hjemlandet som mer enn et fysisk sted. Hjemmet består av en totalitet av sanselige, følelsesmessige og kognitive kvaliteter som virker identitetsbekreftende. Dersom tilknytningen til nære omsorgspersoner har vært god kan hjemmet representere foreldrenes basefunksjon, altså en grunnfølelse av trygghet. Når identitetsbekreftende forhold i omgivelsene går tapt eller forandres vil identiteten utfordres, og en vil oppleve at man må revurdere flere sider ved en selv som en tidligere tok for gitt (Varvin, 2015). I tillegg til å være utsatt for en rekke komplekse tap har asylsøkere og flyktninger ofte opplevd potensielt traumatiske erfaringer. Flere har opplevd grov vold og mishandling, seksuelle overgrep og/eller fengsling og tortur i hjemlandet og/eller på flukten til Europa (Arsenijevi et al., 2017; Jakobsen, Meyer DeMott & Heir, 2017; Lie, 2002). Varvin (2017) påpeker imidlertid at forhold etter traumatiseringen kan se ut til å være av større betydning enn selve traumatiseringen. Hvordan asylsøkere og flyktninger blir møtt og mottatt i det nye samfunnet kan virke bestemmende for den videre psykiske helsen (Keilson, 1980). I følge sosialfilosof Axel Honneth (2008) konstitueres identiteten gjennom gjensidige anerkjennelsesprosesser. Identiteten formes og blir synlig gjennom den andres bekræftende blikk; «da jeg kun kan se meg selv i en annen, som ser meg» (Høilund & Juul, 2015, s. 30). Anerkjennelse handler om en opplevelse av å bli sett, forstått og verdsatt. For asylsøkere og flyktninger kan, som nevnt, identiteten utfordres i det nye landet (Varvin, 2015). At det nye samfunnet legger til rette for anerkjennelsesprosesser blir derfor særlig viktig. Anerkjennelse blir forstått som et grunnleggende menneskelig behov. Honneth (2008, s. 145) skriver at «mennesket er avhengig av å erfare anerkjennelse for å kunne være menneske». Motsatsen til anerkjennelse er krenkelse. Honneth (2008) skiller mellom tre former for anerkjennelse; kjærlighet, rettigheter og solidaritet. Mennesket kjemper for anerkjennelse innenfor ulike sosiale fellesskap, eller anerkjennelsessfærer. Honneth (2008) knytter de tre formene for anerkjennelse til den private, den rettslige og den solidariske

sfæren. Anerkjennelsesformen kjærlighet i den private sfære handler om sosial støtte og muligheten til å knytte gode og nære relasjonelle bånd. Den rettslige sfæren handler om å bli anerkjent som et fullverdig samfunnsmedlem, mens den solidariske sfæren knyttes opp til en kulturell og ideologisk anerkjennelse av ulike samfunnsgrupper. God psykisk helse forutsetter anerkjennelse i alle tre sfærer (Honneth, 2008). Jeg vil i det følgende presentere forskning og litteratur fra litteratursøket redegjort for ovenfor. Litteraturen presenteres med utgangspunkt i de tre anerkjennelsesformene kjærlighet, rettigheter og solidaritet. Dette er også illustrert i figur 1 på side 47.

4.1 Anerkjennelsesformen kjærlighet

Vi mennesker skapes og formes i relasjoner, dialoger og samspill med andre mennesker. Erfaringer fra anerkjennende relasjoner er et grunnfundament i god psykososial fungering. Honneth (2008, s. 104) bruker begrepet kjærlighet om former for anerkjennelse innenfor den private sfæren. Kjærlighet handler om gode og nære emosjonelle bånd til andre mennesker (Honneth, 2008). Denne formen for anerkjennelse knyttes opp til et grunnleggende behov for omsorg, nærhet og vennskap (Skjefstad, 2007). Flere studier peker på sammenhengen mellom sosial støtte og god psykisk helse. Enslig mindreårig ungdom mente at alliansen med en tillitsvekkende voksen, en som så dem, trodde på dem og likte dem, gjorde dem psykologisk sterkere, viste en kvalitative studie på mottak i Norge (Førde, 2007, 2017). I en kvalitativ studie blant pakistanske og somaliske flyktninger i Nepal fant Thomas et al. (2011) at nære og støttende relasjoner kan knyttes til resiliens. Deltakerne i studien forteller om emosjonell støtte fra familie og venner som en viktig mestringsstrategi. En av deltakerne fra studien uttaler følgende: «Our community has been living like a family. Everyone comes together whenever anyone faces trouble. This helps to lessen the tension.» (Thomas et al. 2011, s.6). I en longitudinell studie blant irakiske flyktninger (N=298) fant LeMaster (2018) at lav sosial støtte predikerte høyere symptombelastning et år etter bosetting i USA. Berg, Fladstad og Lauritsen (2006) intervjuet kvinner med flyktningbakgrunn som forteller om ensomhet og isolasjon etter bosetting i Norge. En av kvinnene uttrykker følgende: «Jeg var isolert og trist, og jeg kjente et trykk i hodet, i hele kroppen. Jeg hadde ingen venninner og satt bare hjemme hver dag. Beina verket. Det var veldig vanskelig.» Samme kvinne forteller at hun var vant til «å bo sammen med en stor familie, med mor, brødre, svigerforeldre og svigerinner.» Hun var også vant til «gode naboer og mye kontakt. I Norge var det plutselig ingen. Jeg laget mat og inviterte nabokona, men hun kom ikke» (Berg et al. 2006, s. 57). Flere studier blant personer

med flyktningebakgrunn har pekt på betydningen av samhold og støtte i familien og lokalsamfunnet som resiliensfremmende. Emosjonell støtte fra familien var viktig for mestring og resiliens blant hjemvendte barnesoldater i Betancourt sin (2012) longitudinelle studie fra Sierra Leone. Sossou et al. (2008) intervjuet 7 kvinner med flyktningebakgrunn fra Bosnia bosatt i USA. Kvinnene fra studien fortalte at støtte fra familien hadde gitt dem styrke til å håndtere vonde erfaringer fra tiden før, under og etter flukten. En av kvinnene uttaler: «My children and my family keep my going strong.» (Sossou et al. 2008, s. 378). Emosjonell støtte fra familie, venner og lokalsamfunn ble også trukket fram som viktig for mestring og resiliens i Schweitzer, Greenslade & Kagee (2007) sin kvalitative intervjustudie blant 13 sudanske flyktninger bosatt i USA. Den sosiale og praktiske støtten som ligger i det å bo i et lokalsamfunn med flere fra samme etniske gruppe kan virke beskyttende (Fazel, Reed, Panter-Brick & Stein, 2012). Sosial støtte er en viktig komponent også ved posttraumatisk vekst (Tedeschi & Calhoun, 2004). Kroo & Nagy (2011) fant en positiv sammenheng mellom opplevd sosial støtte og posttraumatisk vekst blant somaliere (N= 53) bosatt i Ungarn. Bhat & Rangaiah (2015) fant også en positiv sammenheng mellom sosial støtte og posttraumatisk vekst blant internt fordrevne flyktninger i Kashmir (N=803). Blant flyktninger bosatt i Nederland fant Sleijpen, Haagen, Mooren & Kleber (2016) at sosial støtte bidro til å predikere posttraumatisk vekst (N= 76).

4.2 Anerkjennelsesformen rettigheter

Å ha rettigheter er å bli tildelt rettsstatus, bli respektert og å være selvstendig (Skjefstad, 2007). I følge Honneth (2008) er rettslig anerkjennelse grunnlaget for selvrespekt, og handler om å bli anerkjent som medlem av fellesskapet. Vi mennesker trenger å oppleve at vi er en del av et større samfunnsmessig fellesskap. En opplevelse av å kunne bidra inn til, og å være en del av det nye samfunnet ser ut til å være viktig for god psykisk helse (Human Aspect & Unisef, 2019). Kontroll og innflytelse i beslutninger som gjelder eget liv handler om å anerkjenne den andres ressurser som betydningsfulle. Det å være aktivt handlende og deltakende i eget liv (personal agency) kjennetegnet de resiliente ungdommene i Betancourts (2012) longitudinelle studie av tidligere barnesoldater fra Sierra Leone. I Førde sin (2007, 2017) kvalitative intervjustudie uttrykte alle de enslige mindreårige ungdommene et behov for få mer informasjon, og større innflytelse over asylprosessen. Først når ungdommene opplevde forutsigbarhet og indre kontroll og trygghet, sov de bedre, lærte lettere, fikk bedre karakterer på skolen, bedre humør, og plagsomme symptomer avtok (Førde, 2017, s. 7). Et ønske om økt

informasjon, forutsigbarhet og innflytelse i asylprosessen ble også uttrykt av asylmottaksbeboerne i Brekke (2004) sin kvalitative studie fra Sverige. En av deltakerne fra Brekke (2004, s.21) sin studie karakteriserte asylmottakstilværelsen på følgende måte: «Even in a prison they operate with a time limit! «This is when you are going to be free», they tell you. But here they only tell you to wait, just wait..». Qouta, Punamäki & Sarraj (1995; 1995) fant i sin studie (N=108) at palestinsk ungdom som deltok aktivt i intifadaen mot den israelske okkupasjonsmakten på Gaza viste lavere symptombelastning på sikt. Aktiv deltakelse i intifadaen utløste anerkjennelse i lokalmiljøet, som i sin tur resulterte i økt selvtillit blant flere av ungdommene. Anerkjennelse av den enkeltes ressurser som et positivt bidrag til samfunnet kan også handle om tilgang til arbeid og utdanning. Deltakelse i arbeidslivet eller muligheter for skolegang kan gi en opplevelse av tilhørighet i det nye samfunnet. Flere studier peker på sammenhenger mellom arbeid eller utdanning og god mental helse. Panter-Brick et al. (2012) fant i sin studie blant ungdommer i Afghanistan (N= 1011) at tilgang til arbeid eller skolegang hadde betydning for utvikling av resiliens. I en longitudinell studie blant bosatte flyktninger i Norge (N= T1: 462 og T2: 222) blir arbeid og opplæring trukket fram som betydningsfullt for inkludering i samfunnet (Lie, 2002). Kia-Keating & Ellis (2007) fant en sammenheng mellom positive skoleopplevelser og lave symptomer på depresjon og høy mestringstro blant somaliske ungdommer (N= 76) bosatt i USA. Salo, Qouta & Punamäki (2005) har undersøkt posttraumatisk vekst blant 275 tidligere politiske fanger i Palestina. Forfatterne fant at utdanning, og det å stå i arbeid korrelerte positivt med posttraumatisk vekst. I Beiser og Hou (2001) sin longitudinelle studie blant sørasiatiske flyktninger (N= T1: 1348 og T2: 1169) bosatt i Canada bidro arbeidsledighet og dårlige språkferdigheter i engelsk til å predikere mentale helseplager. Hosseini et al. (2017) fant også en sammenheng mellom arbeidsledighet og symptomer på depresjon i sin studie blant iranere bosatt i Australia (N=182). Det motsatte av opplevd inkludering er opplevd marginalisering. En opplevelse av å ikke ha de samme rettighetene som majoritetsbefolkningen kan gi en følelse av å være annenrangsborger. I følge Honneth (2008) handler anerkjennelsesformen rettigheter ikke bare om lovfestede rettigheter, men også en anerkjennelse av den andres rettigheter i praksis. Den rettslige tilgangen til den norske velferdsstatens ytelser og tjenester er avhengig av oppholdsstatus (Folketrygdloven, 1997, s. § 2-1; Forskrift om sosiale tjenester, 2011; Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011). Blant flyktninger som er innvilget lovlig oppholdstillatelse, og som dermed har flere av de samme juridiske velferdsrettighetene som majoritetsbefolkningen, kan tilgangen til

bolig, arbeid og utdanning likevel begrenses av diskriminering. Tronstad (2009) har undersøkt opplevd diskriminering i arbeidsliv, boligmarked, helsevesen og på utesteder blant innvandrere i Norge. Forfatteren fant at litt over halvparten av deltakerne hadde opplevd diskriminering på ett eller flere av områdene. Midtbøen & Rogstad (2012) fant at sannsynlighet for å bli innkalt til jobbintervju dersom søkeren har et utenlandskklingende navn reduseres med i gjennomsnitt om lag 25 prosent sammenlignet med identisk kvalifiserte søkere med majoritetsbakgrunn.

4.3 Anerkjennelsesformen solidaritet

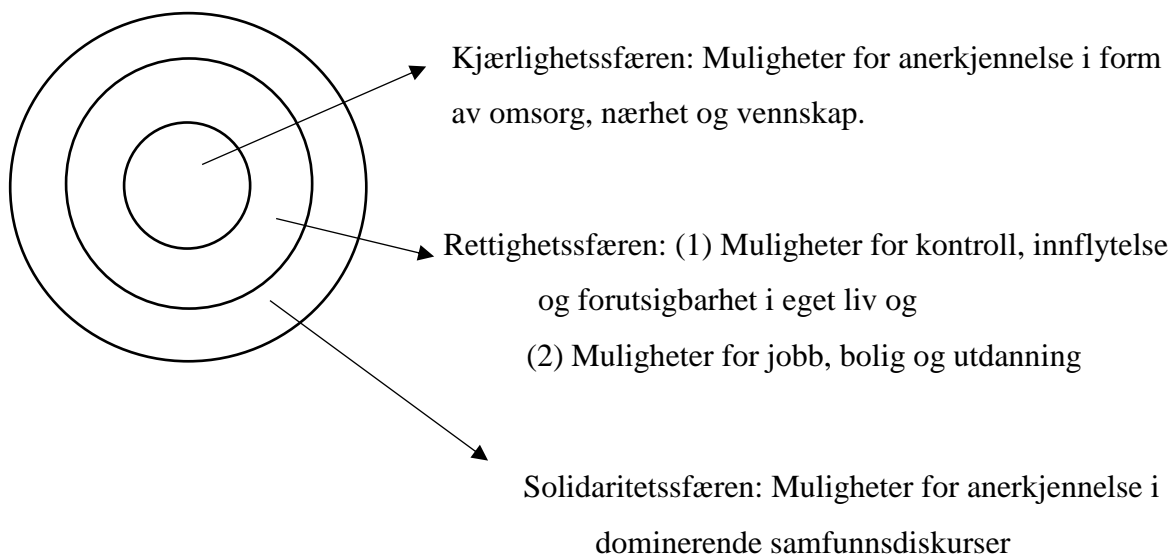
Den solidariske sfæren knyttes opp til ulike former for verdifelleskap, og handler om en anerkjennelse av forskjellighet (Honneth, 2008). Krenkelser handler om negative vurderinger av enkelte samfunnsgrupper, der noen får definert en lavere sosial status enn andre.

Anerkjennelse i storsamfunnet kan ha betydning for asylsøkere og flyktningers psykiske helse. I følge Honneth (2008) handler denne anerkjennelsesformen om selvaktelse.

Menneskets oppfattelse av seg selv konstrueres og formes i interaksjon med omgivelsene (Johnsen, Sundet & Torsteinsson, 2000). De fleste psykiske vansker kjennetegnes ved at selvoppfattelsen rammes negativt (Axelsen, 2009). Innvandring og integrering er hete temaer både i det offentlige og private rom. Hvordan det snakkes om grupper en selv tilhører virker inn på selvoppfattelsen. Vi forstår oss selv og verden gjennom språkets kategorier og klassifiseringer. Foucault (1980) var oppfattet av hvordan makt utøves gjennom språklige praksiser. Språklige praksiser inkorporeres i vår kroppslige erfaring av verden, i vår habitus, i Bourdieus (2000) terminologi. Samfunnsdiskurser lagres i våre før-refleksive følelses- og reaksjonsmønstre. Foucault (1980) definerer makt som allestedsnærværende i samfunnet. Bourdieu (1995, 1996) skiller mellom fire ulike former for makt: kulturell, økonomisk, sosial og symbolsk. Den symbolske makten innebærer å ha makt over persepsjonskategoriene, altså hvordan virkeligheten fremstilles. I fremstillingen av flyktninger og asylsøkere er det majoritetsbefolkningen som har det symbolske overtaket. Ahmadi (2008) intervjuet minoritetskvinner med flyktningbakgrunn i sin etnografiske studie fra innvandrer-tette områder i Oslo. Kvinnene i Ahmadi (2008) sin studie opplevde at norske medier ofte omtalte innvandrere i negative ordlag. Ahmadi (2008, s. 112-113) skriver at «mangelen på anerkjennelse av minoritetsbefolkningen som likeverdige ligger nedfelt i norske medier». Journalister skriver om minoritetsbefolkningen som «noe annet enn dem selv, og kulturelle uttrykk som kan knyttes til minoritetsbefolkningen fremstilles ofte som en motsetning til det

norske demokratiske og åpne samfunnet». En av kvinnene fra studien uttrykker at hun blir «stiv i nakken og får hodepine når hun ser mulla Krekar på TV: «Det norske samfunnet presenterer min fiende som min representant!»» (Ahmadi, 2008, s. 116). Motstanden mot asylsøkere og flyktninger handler ofte om en fiendtlighet mot islam. Allen (2010, s. 116) skriver at media i Europa ofte fremstiller islam og muslimer i sammenheng med vold, terrorisme og kvinnehat. Kearns, Betus & Lemieux (2019) fant at terrorangrep begått mellom årene 2011 og 2015 av muslimske gjerningspersoner fikk langt større mediadekning i CNN og Lexis Nexis Academica sammenliknet med angrep utført av ikke-muslimer. Kvinnene fra Ahmadi (2008) sin studie uttrykte en bekymring for populistiske holdninger i samfunnet, og en økende oppmerksomhet rettet mot ekstreme og religiøse uttrykk blant muslimer i media, et fokus som, ifølge kvinnene, skapte frykt for muslimer blant majoritetsbefolkningen. I løpet av de siste tiårene har det skjedd en økning i vandalisering av moskeer, voldshandlinger og hatytringer mot muslimer i Europa (Stormark & Strømmen, 2015). Flere studier peker også på rasisme og stigmatisering av etniske minoriteter i Norge. Politidirektoratet (2016) rapporterer om en økning i antall anmeldelser av hatkriminalitet på bakgrunn av religion og etnisk tilhørighet fra 2011 til 2015. En rapport fra Oslo politidistrikt viser en økning i anmeldt hatkriminalitet fra 2015 til 2017. Av den anmeldte hatkriminaliteten gjaldt 57 prosent av sakene etnisitet og 17 prosent gjaldt personer med antatt muslimsk bakgrunn (Hansen, 2018). Etniske minoriteter opplever også oftere nedlatende kommentarer ved offentlige ytringer (Midtbøen & Steen-Johnsen, 2014; Staksrud et al., 2014). Mens personer med majoritetsbakgrunn hovedsakelig opplever ubehagelige eller nedlatende kommentarer knyttet til innholdet i det de skriver og deres politiske ståsted, rapporterer minoritetene langt oftere om negative kommentarer knyttet til religion, etnisk bakgrunn, nasjonalitet og hudfarge (Staksrud et al., 2014, s. 44). Enslige mindreårige ungdommer uttrykte, i en kvalitativ studie av Førde (2017, s. 150), at negative verbale utsagn fra «viktige personer» i samfunnet påvirket deres helse og velvære. Betancourt og hennes kollegaer (2012; 2013) fant at opplevelsen av å bli akseptert i lokalsamfunnet virket resiliensfremmende i deres studie blant tidligere barnesoldater fra Sierra Leone.

Anerkjennelsesprosesser på tre nivåer:



Figur 1. En flerdimensjonal modell for forståelse av helsefremmende anerkjennelsesprosesser ved mottakelsen av asylsøkere og flyktninger

5. MOTTAKELSEN AV ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER I DAGENS NORGE: HELSEFREMMEDE ELLER HELSEHEMMEDE?

For å fremme god psykisk helse blant asylsøkere og flyktninger er det viktig at samfunnet legger tilrette for enkeltmenneskers mulighet til å mestre belastende livshendelser (Varvin, 2018). Keilson (1980) fant i sin studie av jødiske barn som har overlevd konsentrasjonsleirer eller levd i skjul under andre verdenskrig at forhold etter hjemkomsten var av større helsemessig betydning enn selve traumatiseringen. Opplevelsen av å bli lyttet til, og at noen forsøkte å forstå hva de hadde opplevd, i tillegg til å få sin identitet bekreftet var særlig viktig etter hjemkomsten. Hvordan asylsøkere og flyktninger blir mottatt i det nye landet ser ut til å være av stor betydning. Anerkjennelsesinteraksjoner i mellommenneskelige relasjoner, så vel som i møte med institusjoner og samfunnsdiskurser er sannsynligvis viktig ved mottakelsen av asylsøkere og flyktninger. Psykiske vansker har blitt knyttet opp mot opplevelser av å være «utenfor» (Biong, Karlsson & Svensson, 2008), «være en fremmed i livet og på steder» (Andersen & Larsen, 2012) og «å ikke høre til noe sted» (Mezzina et al., 2006). Psykiske vansker handler ofte om å være ekskludert fra relasjoner og sosiale fellesskap. På tilsvarende måte blir bedring beskrevet som å «komme seg inn» fra et sted «utenfor», å «føle seg velkommen», bli sluppet inn, bli inkludert, bli regnet med og verdsatt (Bøe & Thomassen, 2017). Anerkjennelse i relasjoner og samfunnsmessige fellesskap er ifølge Honneth (2008) grunnleggende menneskelige behov.

Sosial støtte og gode, nære relasjoner er gjennomgående temaer i studier av resiliens og postraumatisk vekst (Betancourt, 2012; Bhat & Rangaiah, 2015; Fazel et al., 2012; Førde, 2007; Kroo & Nagy, 2011; Lemaster et al., 2018; Schweitzer et al., 2007; Sleijpen et al., 2016; Sossou et al., 2008; Thomas et al., 2011). Anerkjennelsesformen kjærlighet i betydningen av omsorg, nærhet og vennskap er viktige ingredienser for mestring og vekst. Opplevelsen av å bli sett og hørt, at noen engasjerer seg for deg, at noen liker deg, at noen tar seg tid og har tro og håp for deg, kan bidra til en bevegelse ut av det vanskelige, smertefulle eller fastlåste (Bøe & Thomassen, 2017). Motsatt kan tap av kjærlighetsrelasjoner bidra til psykisk uhelse (Varvin & Sveaass, 2016). Asylsøkere og flyktninger har ofte opplevd flere tap av anerkjennende relasjoner til nære andre (Jakobsen et al., 2017; Lie, 2002). I egen artikkel (Grøtvedt, Varvin & Brekke, 2019) fant jeg at bekymringer rundt familiemedlemmer

i hjemlandet bidro til å predikere symptomer på mentale helseplager blant asylsøkere og flyktninger. Muligheten for gjenforening med gode og anerkjennende relasjoner etter ankomst til Norge er begrenset. Det stilles nokså strenge krav til gjenforening med familiemedlemmer etter innvilget asyl. I tillegg til krav om inntekt over et visst (og for flere uoverkommelig) beløp, må søknaden leveres ved personlig oppmøte ved en norsk ambassade. Det betyr at familiemedlemmer fra flere land preget av krig og konflikt må krysse nasjonale grenser for å ta seg til en norsk ambassade i naboland³. I praksis innebærer det at gjenforening er umulig for mange. Enslige mindreårige flyktningungdommer får også som hovedregel avslag på søknad om gjenforening med småsøsken som er forlatt i hjemlandet etter at mor og far er drept i krigshandlinger⁴. I forbindelse med høye ankomster av asylsøkere i 2015 strammet norske myndigheter ytterligere inn retten til familiegjenforening (UDI, 2016). Begrensninger i muligheten for gjenforening med anerkjennende kjærlighetsrelasjoner kan oppleves krenkende. Samtidig vokste det fram en frivillighetsbølge i Norge i 2015. Det var mange som viste støtte og sympati med asylsøkere som kom til landet. Ulike «refugees welcome to Norway» grupperinger stilte opp med klær, møbler, transport og tilbud om aktiviteter. Flere norske frivillige reiste også til Hellas for å ta imot båtflyktningene som kom til de greske øyene. I kvalitative intervjuer med respondentene fra egen artikkel (Grøtvedt, Varvin & Brekke, 2019) forteller flere om en anerkjennende velkomst fra frivillige (Varvin, 2018, September). Anerkjennende relasjoner i mottaksapparatet etter ankomst til Norge kan også være av betydning for den enkeltes psykiske helse. Enslig mindreårig ungdom forteller at relasjoner til voksne omsorgspersoner i bofellesskapene, omsorgssentrene og på mottak er viktig for hvordan de har det i Norge (Førde, 2007; Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017). Anerkjennelse i den rettslige sfæren forstås i denne sammenhengen i lys av tilgang til arbeid, bolig og utdanning, og muligheter for kontroll, innflytelse og forutsigbarhet i eget liv. Det handler om anerkjennelse av den enkeltes ressurser, og en opplevelse av å kunne bidra til fellesskapet. Et forutsigbart og trygt liv, med muligheter for innflytelse og kontroll kan anses som grunnbetingelser for menneskelig utvikling og vekst. Det er også forhold som er avgjørende for å kunne mestre vanskeligheter i livet. Asylsøkere og flyktninger har erfart at

³ Norge har ingen ambassade i Syria, Eritrea, Somalia og Afghanistan.

⁴ I arbeid som miljøterapeut i bofellesskap for enslige mindreårige flyktninger har jeg flere ganger erfart dette. Ungdom jeg har jobbet med har mistet far før flukten og opplever å miste mor (drap eller kidnapping) etter at de har fått oppholdstillatelse og etablert seg i Norge. Når de har søkt om gjenforening med småsøsken som er forlatt i hjemlandet uten mulighet til å klare seg selv har de mottatt avslag. I de tilfellene jeg har vært med på har småsøsknene endt opp som tjenere eller blitt rekruttert og radikalisert av islamistiske terrororganisasjoner.

disse betingelsene har blitt totalt endret, og flere har også blitt påført alvorlige skader etter tortur og krig. Betydningen av å gjenetablere tilværelsens struktur blir dermed vesentlig større (Varvin, 2018). Tilværelsen på asylmottak kan imidlertid karakteriseres som det motsatte av kontroll, innflytelse og forutsigbarhet. Det å være asylsøker på mottak innebærer tap av kontroll på flere viktige livsområder (Berg, 2012). Vesentlige avgjørelser, slik som utfallet på asylsøknaden, egen alder (for dem som kommer som enslige mindreårige), hvilke mottak og hvor i landet en skal bo i løpet av ventetiden bestemmes av Utlendingsdirektoratet, og den enkelte asylsøker har liten eller ingen innflytelse over dette (Lidén mfl. 2013). I kvalitative intervjustudier om hverdagslivet på asylmottak i Norge beskriver beboerne tilværelsen som preget av formålsløs venting, passivitet og fravær av meningsfulle aktiviteter, og en voksende redsel og maktesløshet knyttet til utfallet av asylsøknaden (Andrews, Solstad & Anvik, 2014; Kolstad & Thorud, 2010). Mangelen på begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet blir også trukket fram som betegnende for mottakstilværelsen i Brekke (2004) sin kvalitative intervjustudie fra Sverige. Mottaksbeboerne opplevde saksbehandlingen av asylsøknadene som vilkårlig ved at migrasjonsmyndighetene ikke fulgte et køsystem. Ventetiden ble opplevd som totalt ute av deres kontroll. Viktige områder i livet var bestemt av migrasjonsmyndighetene og flere følte seg maktesløse i møte med det svenske systemet. Et nytt språk, nye kulturelle koder og fraværet av eget sosiale nettverk svekket den enkeltes opplevelse av håndterbarhet. Selv om det å søke beskyttelse i Sverige absolutt var et meningsfullt prosjekt, var det likevel vanskelig for deltakerne å finne mening i ventingen og usikkerheten som preget hverdagen på mottakene. Brekke (2004) foreslår bestemte datoer eller tidsintervaller hvor mottaksbeboerne kan vente svar på spørsmål knyttet til faser i asylprosessen. Det kan bidra til økt forutsigbarhet og forståelse i ventetiden (Brekke, 2004). Blant asylsøkere og flyktninger fra det norske utvalget i egen studie (Grøtvedt, Varvin & Brekke, 2019) var gjennomsnittlig ventetid 23,2 måneder (botid på mottak varierte mellom 1 måned til 144 måneder).

Anerkjennelse i den solidariske sfæren knyttes opp mot samfunnsmessige diskurser. Selvoppfattelsen konstrueres dialogisk gjennom språklige praksiser, og er av avgjørende psykologisk betydning. Anerkjennelse i storsamfunnets diskurser kan påvirke asylsøkere og flyktningers psykiske helse positivt. Den offentlige retorikken om asylsøkere og flyktninger blir imidlertid stadig mer tilspisset. Varvin (2017) skriver om en voksende islamfiendtlig retorikk i Europa som rettes mot asylsøkere og flyktninger, og dens negative psykologiske

konsekvenser. Motstanden mot asylsøkere og flyktninger forstås ofte i sammenheng med en fiendtlighet mot islam. Som nevnt har det i løpet av de siste årene skjedd en økning i hatkriminalitet rettet mot muslimer og etniske minoriteter i Norge og Europa (Hansen, 2018; Politidirektoratet, 2016; Stormark & Strømmen, 2015). Det tradisjonelle rasismebegrepet knyttes ofte til historiske grusomheter som kolonialismen, nazismen, segregeringspolitikken i USA og apartheidregime i Sør-Afrika. Rasisme som handler om ulikheter i biologi er imidlertid grundig tilbakevist, og få vil i dag vedkjenne seg et slikt syn. Den nye rasismen handler om kultur heller enn biologi, og fremmer et hierarkisk verdimeslig syn på kultur (Midtbøen & Rogstad, 2010). Quershi (1997) skriver at det store problemet i dagens multietniske samfunn ikke er «innvandring og flyktningproblemet», men fordommer, diskriminering og rasisme. Negativt ladede samfunnsdiskurser om innvandring og islam kan inkorporeres, og påvirke de berørtes selvoppfattelse og dermed også psykiske helse. Hvordan asylsøkere og flyktninger fremstilles i media og av mektige personer i samfunnet kan med andre ord bidra til å fremme eller hemme deres psykiske helse. Opplevelsen av å bli lyttet til og forstått, og å oppleve at egen identitet bekreftes i samfunnet ble trukket fram som resiliensfremmende i nevnte studie av Keilson (1980). Ahmadi (2008, s. 120) skriver at traumatiske erfaringer som flyktningkvinner ofte opplever befinner seg hinsides medias bilder. Asylsøkere og flyktninger som har opplevd forferdelige menneskerettighetsbrudd føler seg ofte overlatt til seg selv og kan oppleve å bli gående alene med de vanskelige opplevelsene. Slike overgrep kan ha en sterk dehumaniserende effekt. Ofre for menneskerettighetsbrudd kan kjenne på en dyp følelse av hjelpeløshet, en følelse av å være forlatt av alle gode og hjelpende objekter. At det øvrige samfunnet bekrefter at det har blitt begått menneskerettighetsbrudd, at det har skjedd noe forferdelig som aldri burde ha skjedd, kan bidra til å bryte isolasjonen og følelsen av å være forlatt (Varvin, 2018). Asylsøkere og flyktninger som har vært utsatt for sterke dehumaniserende handlinger har et særlig behov for å oppleve anerkjennelsesprosesser som kan bidra til rehumanisering (Varvin, 2017). I følge Honneth (2008, s. 145) er anerkjennelse en forutsetning for opplevelsen av å være en del av det menneskelige fellesskap; «vi er som mennesker avhengig av anerkjennelse for å kunne være menneske».

Anerkjennelsesinteraksjoner i mellommenneskelige relasjoner, så vel som i møte med institusjoner og samfunnsdiskurser kan være viktig ved mottakelsen av asylsøkere og flyktninger. De tre anerkjennelsesformene kjærlighet, rettigheter og solidaritet befinner seg

imidlertid ikke innenfor lukkede og atskilte sfærer, men påvirker hverandre gjensidig. Anerkjennelse i samfunnsdiskurser vil kunne gjenspeiles i mulighetsrommet for mellommenneskelige relasjoner mellom majoritetsbefolkningen og asylsøkere og flyktninger. Hvordan etniske minoriteter omtales i offentlige diskurser vil kunne påvirke majoritetsbefolkningens tilnærming til asylsøkere og flyktninger, og motsatt, hvordan asylsøkere og flyktninger tilnærmer seg majoritetsbefolkningen. Omtale av etniske minoriteter i media vil også kunne påvirke politiske bestemmelser om å liberalisere eller stramme inn regelverket rundt innvandring og integrering. Samtidig kan erfaringer fra gode mellommenneskelige relasjoner virke inn på møte mellom etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen, og dermed bidra til å forme majoritetsbefolkningens oppfatning og omtale av asylsøkere og flyktninger. At det i mottakelsen av asylsøkere og flyktninger legges til rette for en optimalisering av komponentene begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet vil ha betydning for den enkeltes mulighet til å mobilisere ressurser i seg selv og omgivelsene. Anerkjennelse av asylsøkere og flyktninger som bidragsytere og ressurser i samfunnet kan også virke inn på både mellommenneskelige relasjoner og offentlige diskurser. Anerkjennelsesprosesser i en av sfærene kan med andre ord ha positive ringvirkninger, og sette i gang anerkjennende prosesser i de andre sfærene. I tråd med et sosialfaglig helhetssyn på mennesket, legges de mange aspektene ved menneskets liv til grunn som betydningsfulle, og individ og samfunn forstås som gjensidig påvirket av hverandre (Fellesorganisasjonen 2015, 6). Omsorg, støtte og nærhet i kjærlighetsrelasjoner ser ut til å fremme psykologisk tilpasning, mestring og vekst. Fravær og tap av slike gode og anerkjennende relasjoner kan motsatt oppleves som krenkelse, og hemme tilpasning, mestring og vekst. Tilgang til arbeid, bolig og utdanning kan bidra til å fremme god psykisk helse, mens en utestengelse fra disse arenaene kan bidra til å hemme god psykisk helse. Muligheter for kontroll, innflytelse og forutsigbarhet i asylmottaksfasen kan virke helsefremmende. Motsatt vil en mottakstilværelse preget av mangel på kontroll, innflytelse og forutsigbarhet kunne hemme muligheter for tilpasning, mestring og vekst. Anerkjennelse i samfunnsdiskurser kan fremme god psykisk helse. Motsatt kan negative omtaler av asylsøkere og flyktninger i media kunne hemme god psykisk helse.

6. KONKLUSJON

Stress og risiko kan fungere funksjonelt ved at kropp og psyke mobiliseres til å skape orden. Mange asylsøkere og flyktninger klarer seg godt til tross for alvorlige påkjenninger. Erfaringene som disse menneskene har med seg kan forstås som et uttrykk for en evne til aktiv tilpasning under belastende forhold. En mobilisering av kropp og psyke til aktiv tilpasning ser imidlertid ut til å være avhengig av en rekke miljømessige betingelser. Hvordan asylsøkere og flyktninger blir mottatt i det nye landet kan være av stor helsemessig betydning. Jeg har i denne oppgaven benyttet ulike innfallsvinkler for å belyse forhold som kan bidra til god psykisk helse ved mottakelsen av asylsøkere og flyktninger. Et mottakelsessystem som organiseres slik at den enkeltes opplevelse av sammenheng kan optimaliseres, og skape muligheter for å etablere eller gjenetablere nære, trygge relasjoner virker anerkjennende. En slik anerkjennelse i relasjoner, institusjoner og samfunnsdiskurser vil ha betydning for om mottakelsen virker helsefremmende eller helsehemmende. Anerkjennelse i gode og nære relasjoner, anerkjennelse i form av i å bli tildelt rettsstatus, bli respektert og verdsatt som en bidragsyter og ressurs i samfunnet kan bidra til å fremme god psykisk helse. Innskrenkninger i muligheter for anerkjennelse på disse områdene kan motsatt virke krenkende, og bidra til psykisk uhelse blant asylsøkere og flyktninger.

7. LITTERAUR

- Ahmadi, F. (2008). *Tause skrik. Minoritetskvinnens behov for anerkjennelse*. Oslo: Pax forlag.
- Allen, C. (2010). *Islamophobia*. Farnham: Ashgate.
- Andersen, A. & Larsen, I. (2012). Hell on earth: Textual reflections on the experience of mental illness. *Journal of Mental Health*, 21(2), 174. doi: 10.3109/09638237.2012.667885
- Andrews, T., Solstad, M. & Anvik, C. H. (2014). *Mens de venter : hverdagsliv i asylmottak* (NF-rapport (Nordlandsforskning : online), Vol. 1/2014.).
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37(8), 969-974. doi: 10.1016/0277-9536(93)90427-6
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (Unraveling the mystery of health). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arsenijevi, J., Schillberg, E., Ponthieu, A., Malvisi, L., Elrahman Ahmed, W., Argenziano, S., . . . Zachariah, R. (2017). A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Conflict and Health*, 11(1). doi: 10.1186/s13031-017-0107-z
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Axelsen, E. D. (2009). *Symptomet som ressurs : psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax.
- Beiser, M. (2014). Personal and Social Forms of Resilience: Research with Southeast Asian and Sri Lankan Tamil Refugees in Canada. I L. Simich & L. Andermann (Red.), *Refuge and resilience : promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants* (s. 73-90). Dordrecht: Springer.
- Beiser, M. & Feng, H. (2001). Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Social Science & Medicine*, 53(10), 1321.
- Berg, B. (2012). Mottakssystemet - historikk og utviklingstrender. I M. Valenta & B. Berg (Red.), *Asylsøker: i velferdsstatens venterom* (s. 17-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B., Fladstad, T. & Lauritsen, K. (2006). *Kvinneliv i eksil*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Betancourt, T. S. (2012). The social ecology of resilience in war-affected youth: A longitudinal study from Sierra Leone. I M. Ungar (Red.), *The social ecology of resilience : a handbook of theory and practice* (s. 347-356). New York, NY: Springer.
- Betancourt, T. S. & Khan, K. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317. doi: 10.1080/09540260802090363
- Betancourt, T. S., McBain, R., Newnham, E. A. & Brennan, R. T. (2013). Trajectories of Internalizing Problems in War-Affected Sierra Leonean Youth: Examining Conflict and Postconflict Factors. *Child Development*, 84(2), 455-470. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01861.x
- Bhat, R. M. & Rangaiah, B. (2015). The impact of conflict exposure and social support on posttraumatic growth among the young adults in Kashmir. *Cogent Psychology*, 2(1). doi: 10.1080/23311908.2014.1000077
- Biong, S., Karlsson, B. & Svensson, T. (2008). Metaphors of a shifting sense of self in men recovering from substance abuse and suicidal behavior. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 46(4), 35-41. doi: 10.3928/02793695-20080401-02
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen : en sosiologisk kritikk av dømmekraften* (A. Prieur, Overs.). Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt : artikler i utvalg* (En Pax-bok, A. Prieur, Overs.). Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (2000). *Den maskuline dominans* (La domination masculine, K. Stene-Johansen, Overs.). Oslo: Pax.
- Braye, S. & Preston-Shoot, M. (1995). *Empowering practice in social care*. Buckingham: Open University Press.
- Brekke, J.-P. (2004). *While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden* (Institutt for samfunnsforskning Rapport 2004:10). Hentet fra <http://www.samfunnsforskning.no/>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid : å skape rom for hverandre* (Fra psykiatri til psykisk helsearbeid, 3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eskelinen, L. (2008). *Potentialer i sosialt arbejde : et konstruktivt blik på faglig praksis*. København: Hans Reitzel.

- European Commission. (2016). European Commission - Fact Sheet. Hentet fra http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-16-963_en.htm
- Fazel, M., Reed, R., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.
- Fellesorganisasjonen. (2015, 25. oktober 2017). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere. Hentet fra https://www.fo.no/getfile.php/1320310/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument_2015.pdf
- Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven>
- Forskrift om sosiale tjenester, b. (2011). Forskrift 16. desember 2011 nr. 1251 om sosiale tjenester for personer uten fast bopel i Norge. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1251>
- Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold. (2011). Forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge : selected interviews and other writings 1972-1977* (C. Gordon, Overs.). Brighton: Harvester Press.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk : god helse slik folk ser det* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Førde, S. (2007). *Refugee children and resilience : empowerment, participation and subjective wellbeing*. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.
- Førde, S. (2017). Det tar en landsby å oppdra et barn ; oppvekstmiljøets betydning for enslige mindreårige flyktningers navigering mot opplevelsen av psykisk helse og resiliens. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2), 145-155.
- Grøtvedt, H., Brekke, I., & Varvin, S. (2019). *Mental Health Among Refugees During and After Flight: A Cross-sectional Study of Refugees in Norway and Serbia* (Journal Article). OsloMet - Oslo Metropolitan University,
- Hansen, I. (2018). *Hatkriminalitet. Anmeldt hatkriminalitet 2017*. Oslo politidistrikt.
- Hansen, R. (2001). Sosialt arbeids identitet som fagområde. *Embla*(2), 55-56.

- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse : om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk* (Kampf um Anerkennung zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte). Oslo: Pax.
- Hosseini, A., Kakuma, R., Ghazinour, M., Davern, M., Evans, W. P. & Minas, H. (2017). Migration experience, resilience and depression: a study of Iranian immigrants living in Australia. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(1), 108-120. doi: 10.1080/17542863.2016.1270977
- Human Aspect & Unisef. (2019, 21.02). WAR & CONFLICT, REFUGEE, IDENTITY. Hentet 18.04.2019 fra <https://thehumanaspect.com/video-preview/443/farhad-young-refugee>
- Høilund, P. & Juul, S. (2015). *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde* (2. udg.). København: Reitzel.
- Jakobsen, M., Meyer DeMott, M. A. & Heir, T. (2017). Validity of screening for psychiatric disorders in unaccompanied minor asylum seekers: Use of computer-based assessment. *Transcultural Psychiatry*, 54(5-6), 611-625. doi: 10.1177/1363461517722868
- Jakobsen, M., Thoresen, S. & Johansen, L. E. E. (2011). The Validity of Screening for Post-traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries. *Journal of Refugee Studies*, 24(1), 171-186. doi: 10.1093/jrs/feq053
- Johnsen, A., Sundet, R. & Torsteinsson, V. W. (2000). *Samspill og selvopplevelse : nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Jović, V. (2018). Working with traumatized refugees on the Balkan route. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 15(3), 187-201. doi: 10.1002/aps.1586
- Kearns, E. M., Betus, A. E. & Lemieux, A. F. (2019). Why Do Some Terrorist Attacks Receive More Media Attention Than Others? (s. 1-24).
- Keilson, H. (1980). Sequential traumatization of children. *Danish Medical Bulletin*, 27(5), 235-237.
- Kia-Keating, M. & Ellis, B. H. (2007). Belonging and Connection to School in Resettlement: Young Refugees, School Belonging, and Psychosocial Adjustment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 29-43. doi: 10.1177/1359104507071052
- Kolstad, A. & Thorud, S. (2010). Makteløs i ventetida ; asylsøkeres hverdagsliv og mentale helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 153-162.

- Kroo, A. & Nagy, H. (2011). Posttraumatic Growth Among Traumatized Somali Refugees in Hungary. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 440-458. doi: 10.1080/15325024.2011.575705
- Lemaster, J. W., Broadbridge, C. L., Lumley, M. A., Arnetz, J. E., Arfken, C., Fetters, M. D., . . . Spaulding, W. (2018). Acculturation and Post-Migration Psychological Symptoms Among Iraqi Refugees: A Path Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(1), 38-47. doi: 10.1037/ort0000240
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid* (Sosialt arbeid, Bind 7). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 415-425. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.01436.x
- Lønne, A. (2019, 22.01). Salutogenese. Hentet 18.04.2019 fra <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A. & Davidson, L. (2006). From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 39-61. doi: 10.1080/15487760500339428
- Midtbøen, A. H. & Rogstad, J. (2010). Den utdannede, den etterlatte og den drepte: Mot en ny forståelse av rasisme og diskriminering. *Sosiologisk tidsskrift*(01), 31-52.
- Midtbøen, A. H. & Rogstad, J. C. (2012). Diskrimineringens omfang og årsaker : Etniske minoriteters tilgang til norsk arbeidsliv. (Institutt for samfunnsforskning Rapport 2012:1). Hentet fra <http://www.samfunnsforskning.no/>
- Midtbøen, A. H. & Steen-Johnsen, K. (2014). Ytringsfrihet i det kulturelle og flerkulturelle Norge. I B. Enjolras, T. Rasmussen & K. Steen-Johnsen (Red.), *Status for ytringsfriheten i Norge. Hovedrapport fra prosjektet* (s. 53-77). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse* (Hva er, Bind 29). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mölsä, M., Punamäki, R.-L., Saarni, S. I., Tiilikainen, M., Kuittinen, S. & Honkasalo, M.-L. (2014). Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), 499-525. doi: 10.1177/1363461514526630

- Panter-Brick, C., Eggerman, M. & Ungar, M. (2012). *Understanding Culture, Resilience, and Mental Health: The Production of Hope*. New York, NY: New York, NY: Springer New York.
- Politidirektoratet. (2016). *Anmeldelser med hatmotiv, 2011-2015*. Oslo: Politidirektoratet.
- Qouta, S. & et al. (1995). The Impact of the Peace Treaty on Psychological Well-Being: A Follow-Up Study of Palestinian Children. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 19(10), 1197-1208. doi: 10.1016/0145-2134(95)00080-R
- Qouta, S., Punamäki, R.-L. & Sarraj, E. E. (1995). The relations between traumatic experiences, activity, and cognitive and emotional responses among palestinian children. *International Journal of Psychology*, 30(3), 289-304. doi: 10.1080/00207599508246571
- Quershi, N. A. (1997). Antirasistisk perspektiv på sosialt arbeid. *Embla*(2), 37-48.
- Salo, J. A., Qouta, S. & Punamäki, R.-L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress & Coping*, 18(4), 361-378. doi: 10.1080/10615800500289524
- Schweitzer, R., Greenslade, J. & Kagee, A. (2007). Coping and Resilience in Refugees from the Sudan: A Narrative Account. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 282-288. doi: 10.1080/00048670601172780
- Seksjonsrådet for sosionomer. (2013). *Sosionomer og sosialt arbeid*. Oslo.
- Skjefstad, N. S. (2007). Respekt og anerkjennelse. I E. Marthinsen & N. S. Skjefstad (Red.), *Tiltaksarbeid i sosialtjenesten og NAV: tett på!* (s. 81-105). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skytte, M. (2008). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid* (Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbejde, 2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårdalsmo, B.E. & Harnischfeger, J. (2017). Vær snill! Råd fra enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger til voksne omsorgsgivere. *Norsk barnevern*, 94(1), 6-21.
- Sleijpen, M., Haagen, J., Mooren, T. & Kleber, R. J. (2016). Growing from experience: An exploratory study of posttraumatic growth in adolescent refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, doi: 10.3402/ejpt.v7.28698
- Sossou, M.-A., Craig, C. D., Ogren, H. & Schnak, M. (2008). A Qualitative Study of Resilience Factors of Bosnian Refugee Women Resettled in the Southern United States. *Journal of Ethnic And Cultural Diversity in Social Work*, 17(4), 365-385. doi: 10.1080/15313200802467908

- Staksrud, E., Steen-Johnsen, K., Enjolras, B., Gustafsson, M. H., Ihlebæk, K. A., Midtbøen, A. H., . . . Utheim, M. (2014). Ytringsfrihet i Norge : Holdninger og erfaringer i befolkningen. Resultater fra befolkningsundersøkelsen 2014.
- Stormark, K. & Strømmen, Ø. (2015). *HATING MUSLIMS. Anti-Muslim hate crimes and terrorism, 2010-2014*. Oslo: Hate Speech International.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thomas, F. C., Roberts, B., Luitel, N. P., Upadhaya, N. & Tol, W. A. (2011). Resilience of refugees displaced in the developing world: a qualitative analysis of strengths and struggles of urban refugees in Nepal. *Conflict and Health*, 5(1), 5-20.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tronstad, K. R. (2009). *Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land* (9788253777160). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: Nye perspektiver* (s. 13-22). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- UDI. (2015, 18.05.2018). Asylsøknader etter statsborgerskap og måned (2015). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/>
- UDI. (2016). Samleside for innstramningene på utlendingsfeltet. Hentet fra <https://www.udiregelverk.no/no/nyheter/samleside-for-innstramningene-pa-utlendingsfeltet/?fbclid=IwAR3Hqxu7BrwM97AjTIH8SjXVieKqmkZQTFw2YMzs qkFzCu1KmfTD9RZ5Fc>
- UDI. (2018a, 18.05.). Asylsøker. Hentet fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylsoker/>
- UDI. (2018b). Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn (2018). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2018/>
- UDI. (2019, 27.03). Asylsøknader etter statsborgerskap og måned (2019). Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-20182/>

- UNHCR. (2018, 19. June). Figures at a Glance, Statistical Yearbooks. Hentet fra <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
- UNHCR. (2019, 27.03). UNHCR Statistics, The World in Numbers. Hentet fra http://popstats.unhcr.org/en/overview#_ga=2.112837316.1721568664.1553674676-1313236459.1521047519
- Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Silove, D., Wentzel-Larsen, T., Van Ta, T. & Hauff, E. (2010). Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 196(2), 122. doi: 10.1192/bjp.bp.108.059139
- Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, S. (2017). Our Relations to Refugees: Between Compassion and Dehumanization. *Am J Psychoanal*, 77(4), 359-377.
- Varvin, S. (2018). *Flyktingers psykiske helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, S. (2018, September). *Mental Health and Quality of Life among Asylum Seekers and Refugees: An International multicentre Study*. Paper presentert på: Forskningsgruppemøte. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet - Storbyuniversitet
- Varvin, S. & Sveaass, N. (2016, 16.12). Endringene i utlendingsloven er som å pålegge de ansatte å røyke i barnehagene *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/47bg/Endringene-i-utlendingsloven-er-som-a-palegge-de-ansatte-a-royke-i-barnehagene--Sverre-Varvin-og-Nora-Sveaass>
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* (3), 197-205.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health : Concepts, Emerging Evidence, Practice : A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization.

VEDLEGG 1, SPØRRESKJEMA HSCL-25 PÅ NORSK

HSCL-25

Løpenummer i prosjektet:

Dato:

Instruksjoner:

Nedenfor er det en liste over symptomer eller problemer som folk av og til har. Vær vennlig å lese hvert enkelt grundig, og vurder hvor mye hvert symptom var til plage eller ulempe for deg siste uke, til og med i dag. Sett kryss i den raden som passer best.

	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Blir plutselig skremt uten grunn.....				
2. Føler deg engstelig.....				
3. Føler deg svimmel eller kraftløs.....				
4. Nervøs eller urolig.....				
5. Hjertebank.....				
6. Skjelving.....				
7. Føler deg ansent eller opphisset.....				
8. Hodepine.....				
9. Anfall av redsel eller panikk.....				
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig.....				
11. Føler deg slapp og uten energi.....				
12. Anklager deg selv for ting.....				
13. Har lett for å gråte.....				
14. Tap av seksuell interesse eller nytelse.....				
15. Dårlig appetitt.....				
16. Vanskelig for å få sove.....				
17. Følelse av håpløshet med tanke på framtida.....				
18. Føler deg nedfor.....				
19. Føler deg ensom.....				
20. Har tanker om å ta ditt eget liv.....				
21. Følelse av å være fanget.....				
22. Bekymrer deg for mye.....				

- 23. Føler ikke interesse for noe.....
- 24. Føler at alt krever stor anstrengelse.....
- 25. Føler at du ikke er noe verdt.....

HSCL 25

Løpenummer i prosjektet:

Dato

VEDLEGG 2, SPØRRESKJEMA HTQ DEL 4 PÅ NORSK

HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE, DEL 4. SYMPTOMER

Løpenr. :

Dato:

Det følgende er symptomer som mennesker kan ha etter vonde eller skremmende opplevelser i Livet. Nå stiller vi deg noen spørsmål om slike symptomer. Kan du si hvor mye du selv har vært plaget **den siste uken**?

	Aldri	Av og til	Ofte	Alltid
1. Gjentatte tanker eller minner om de vondeste og mest skremmende hendelser				
2. Følt det som om hendelsen skjer igjen.....				
3. Gjentatte mareritt.....				
4. Følt meg atskilt fra andre mennesker.....				
5. Ikke vært i stand til å føle noe.....				
6. Følt meg skvetten.....				
7. Hatt vanskeligheter med å konsentrere meg.....				
8. Hatt søvnproblemer.....				
9. Følt meg på vakt.....				
10. Følt meg irritabel eller hatt sinneutbrudd.....				
11. Unngått aktiviteter som minner meg om de vonde og smertefulle hendelsene				
12. Vært ute av stand til å huske deler av de vondeste hendelsene.....				
13. Vært mindre interessert i daglige aktiviteter.....				
14. Følt det som om jeg ikke har noen fremtid.....				
15. Unngått tanker og følelser som jeg forbinder med de vonde opplevelsene				
16. Hatt plutselig følelsesmessige eller kroppslige reaksjoner når jeg blir minnet om det smertefulle som hendte.....				
17. Følt at jeg har mindre ferdigheter enn tidligere				
18. Hatt vansker med å takle nye situasjoner				
19. Følt meg utmattet / uten krefter				
20. Hatt kroppslige smerter				
21. Har vært plaget av fysiske problemer.....				
22. Dårlig hukommelse				

- 23. Lagt merke til eller blitt fortalt at jeg har gjort noe jeg ikke kan huske
- 24. Hatt problemer med oppmerksomhet, følge med, konsentrere meg
- 25. Følt det som om jeg er satt sammen av to personer der den ene ser på hva den andre gjør

HTQ, del 4, fortsatt.

Løpenr.

Dato:

Aldri	Av og til	Ofte	Alltid

- 26. Følt meg ute av stand til å legge planer for dagen
- 27. Klandret meg selv for ting som har skjedd.....
- 28. Følt meg skyldig fordi jeg har overlevd
- 29. Følt håpløshet
- 30. Skammet meg over de smertefulle eller traumatiske hendelsene som har skjedd med meg.....
- 31. Følt at andre ikke kan forstå hva jeg har gått gjennom
- 32. Følt at andre er fiendtlige mot meg
- 33. Følt at jeg ikke har noen jeg kan stole på
- 34. Følt at noen jeg stolte på har sviktet meg
- 35. Føler meg ydmyket av mine opplevelser
- 36. Føler ingen tillit til andre
- 37. Føler meg ute av stand til å hjelpe andre
- 38. Tenkt mye på hvorfor dette hendte med meg
- 39. Følt at jeg er den eneste som har vært utsatt for slike hendelser
- 40. Følt trang til å hevne meg
- 41. Følt at jeg har vært redd for å bli gal

VEDLEGG 3, AUTHOR GUIDELINES



NJMR submission guidelines

HOW TO PREPARE YOUR MANUSCRIPT?

The submitted manuscripts should be no longer than 8,000 words, including the abstract, keywords, endnotes, tables, figures and references.

In all manuscripts, there should be an abstract of 150 words, which summarises the content and conclusion of the article.

Please provide also five keywords in the end of the abstract.

Use the font size 12 (Times New Roman or equivalent) and double spacing throughout the text, also in the list of references and endnotes. Pages should be numbered consecutively.

Footnotes should be avoided, but there may be a **limited number of endnotes**, numbered consecutively at the end of the text.

Pictures (300 dpi), tables and figures (excel or Word) can be sent as separate files or they can be embedded in the text. When sending them as separate files, the eventual position should be clearly indicated in the text.

Articles should be original and not under simultaneous consideration for publication elsewhere, either in part or full. Please note that **any attempts of plagiarism will be taken very seriously**, and standard academic ethical guidelines should be followed by all our authors.

HOW TO SUBMIT?

Please submit your manuscript in RTF or Word format through the Editorial Manager submission platform at <http://edmgr.editool.com/njmr/default.htm>

You will have to register when submitting to the system for the first time. When submitting a coauthored manuscript all authors will get an email after the submission, asking them to register to the platform.

The submitted manuscript should be fully anonymised, without a title page or any other details that may help the reviewers to identify the author(s). **Please anonymise also the references to your own work.**

When submitting a manuscript, please provide the journal also with 2-3 names of potential referees along with their contact details (email).

Please read carefully also the NJMR reference guidelines below, and follow them punctually.

NJMR reference guidelines

When submitting your MS, you should provide complete, correct and properly structured references, as instructed in these guidelines.

*Please note that this is not only a stylistic issue, but highly important also for the **reference linking** of your article:* Complete and correct references may allow automatic creation of active links by the MetaPress technology that we use for making the electronic version of our journal. Active reference linking is regarded as the greatest benefit of electronic publishing and it adds a lot of value to your publication.

For the same reasons, **it is important also for the Special Issue authors and editors to follow these guidelines in all referencing** – including the citations to other articles in the same Special Issue. This means that the Special Issue authors should **not** use the expression (Author, this issue), but instead (Author, 2014).

The following sections give you detailed instructions on citing books, journal articles, newspaper articles, conference papers, webpages and others.

Please provide all the required elements in the references to your paper, paying particular attention to spelling, capitalization and punctuation. Accuracy and completeness of references are the responsibilities of the author.

Please note also that if your references have **DOI numbers** (DOI = digital object identifier, see <http://www.doi.org/>), these should be included in the references. DOIs are very easy to find. Most publishers, if they use DOI numbers, place them at the top of the article front page. *The DOI number will automatically make the active reference link in an online publication, hence adding the value of your publication.*

Harvard style referencing⁵

⁵ The guidelines are adapted from the following online manual, published and update by the University of Western Australia: <http://libguides.library.uwa.edu.au/data/files2/49275/Harvard%20LibGuide%20%20All%20Examples%20PDF.pdf> last accessed 17.5.2011.

NJMR uses Harvard style referencing, which means that you must provide (a) in-text (parenthetical, author/date) citations in the main body of the article, and (b) a list of references at the end.

N.B. If you need to clarify your arguments by adding notes in the text, please use **endnotes**.

The in-text (parenthetical) citation:

Each reference in the text must be identified with the name(s) of the author(s), the year of publication and pagination, which are separated from the text by parentheses.

E.g.

Their subjectivity is at once deterritorialized in relation to a particular country, though highly localized in relation to family (Ong 1993: 771-772).

or

Ong (1993: 771-772) writes that...

Please note that there is no punctuation between the surname and the date, and that the page numbers are separated from the date by a colon.

Other examples:

Books, articles, conference papers, theses etc.:

- with single author: (Holt 1997: 1)
- with 2 or 3 authors: (McCarthy, William & Pascale 1997: 22-24)
- with more than 3 authors: (Bond et al. 1985: 3)
- with no author: (A history of Greece 1994: 45)
- with organization as author: (UNHCR 2000: 33)
- by same author(s) in the same year: (Bond 1991a, 1991b)

Webpages:

- with no author: use first few words of the page title, e.g. (Improve indigenous housing 2007)
- with no date: (Jones, n.d.)
 - web document: (Name of Document 2006)
- N.B. date here is the year of publication
 - Website: (Name of Website 2011)
- N.B. date here is the year when the website is accessed

Citing information someone else has cited:

- (O'Reilly, cited in Byrne 2008: 2)
 - in the reference list give the details of the work in which you found the citation (e.g. in this case Byrne)

N.B. More than one reference must be separated by a semicolon, and organized alphabetically: (Bond et al. 1985: 36-40; Guevarra 2010a: 2; Jones n.d.; UNHCR 2011)

The listing of references:

Please compile all the sources referred to in the text at the end of your MS, and organize them alphabetically under the title “References”.

N.B. The list should include *all sources in one alphabetical order*; there is no need to categorise the references into subgroups such as “Books and articles”, “Websites” etc.

Below, such categorization is used so as to instruct on the correct format of different types of references. ***Please make sure, that the punctuation, spacing and formatting follows these guidelines⁶:***

Books:

- with single author:
Holt, DH 1997, *Management principles and practices*, Prentice-Hall, Sydney.
- with more than one author:
McCarthy, EJ, William, DP & Pascale, GQ 1997, *Basic marketing*, Irwin, Sydney.
- with no author:
A history of Greece 1994, Irwin, Sydney.
- with organization as author:
UNHCR 2000, *The state of the world's refugees 2000: fifty years of humanitarian action*, UNHCR, Geneva.
- with single editor:
Jones, MD (ed.) 1998, *Management in Australia*, Academic Press, London.
- with more than one editor:
Bullinger, HJ & Warnecke HJ (eds) 1985, *Toward the factory of the future*, Springer-Verlag, Berlin.
- E-book: Aghion, P & Durlauf, S (eds.) 2005, *Handbook of economic growth*, Elsevier, Amsterdam. Available from: Elsevier books. [Last accessed 04.11.2004].
- Different works by the same author the same year:
Bond, G 1991a, *Business ethics*, McGraw-Hill, Sydney.
Bond, G 1991b, *Corporate governance*, Irwin, London.

Articles and book chapters:

⁶ If you have a reference that does not fall under the below categorization, please check the following online manual: <http://libguides.library.uwa.edu.au/data/files2/49275/Harvard%20LibGuide%20%20All%20Examples%20PDF.pdf> , or contact the managing editor.

- Journal article: Conley, TG & Galenson, DW 1998, 'Nativity and wealth in mid-nineteenth century cities', *Journal of Economic History*, vol. 58, no. 2, pp. 468-493, DOI:10.2478/s11533-007-0023-3.
- Articles/chapters in an edited book: White, H 2002, 'The westernization of world history' in *Western historical thinking: an intercultural debate*, ed J Rusen, Berghahn Books, New York pp. 111-119.

Websites:

- Website, no author:
Improve indigenous housing now, government told, 2007. Available from: <<http://www.architecture.com.au/i-cms?page=10220>> . [Last accessed 8.2.2009].
- Website, no date:
Jones, MD n.d., *Commentary on indigenous housing initiatives*. Available from: <<http://www.architecture.com.au>>. [Last accessed 6.6.2009].
- Web document:
Department of Industry, Tourism and Resources 2006, *Being Prepared for an Influenza Pandemic: a Kit for Small Businesses*, Government of Australia, Available from: <<http://www.innovation.gov.au>>. [Last accessed 28.2.2009].
- Website:
Australian Securities Exchange 2009, *Market Information*. Available from: <http://www.asx.com.au/professionals/market_information/index.htm>. [Last accessed 5.7.2009].

Conference papers:

- Published:
Riley, D 1992, 'Industrial relations in Australian education', in *Contemporary Australasian industrial relations: proceedings of the sixth AIRAANZ conference*, ed. D. Blackmur, AIRAANZ, Sydney, pp. 124-140.
- Electronic publications:
Fan, W, Gordon, MD & Pathak, R 2000, 'Personalization of search engine services for effective retrieval and knowledge management', *Proceedings of the twenty-first international conference on information systems*, pp. 20-34. Available from: ACM Portal: ACM Digital Library. [Last accessed 24.6.2004].
- Unpublished:
Brown, S & Caste, V 2004, 'Integrated obstacle detection framework'. Paper presented at the *IEEE Intelligent Vehicles Symposium*, IEEE, Detroit MI.

VEDLEGG 4, NSD-GODKJENNING

 Skriv ut

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Mental helse og livskvalitet hos asylsøkere og flyktninger

Referansennummer

611385

Registrert

18.10.2018 av Sverre Varvin - Sverre.Varvin@hioa.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig

Sverre Varvin, svvarv@oslomet.no, tlf: 93249669

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

01.01.2016 - 31.12.2020

Status

01.02.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

01.02.2019 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av REK etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK-ref: 2016/651/REK sør-øst A).

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 1.2.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om rasemessig/etnisk opprinnelse, religion og psykososiale helseforhold, samt om alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2020.

Intervjuguiden legger opp at informantene kan komme til å oppgi til enkelte opplysninger om tredjepersoner. Vi forutsetter at slike opplysninger blir løpende anonymisert.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

https://meldeskjema.nsd.no/cb/#access_token=eyJraWQiOiJQR3LU50OFk3ekVpdnh2Q3ZRCkVUWV9BliwiYWxnIjo... 1/2

04/02/2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Pernille Ekornrud Grøndal

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 5, REK-GODKJENNING



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Elin Evju Sagbakken	22845502	15.10.2018	2016/651/REK sør-øst A
			Deres dato:	Deres referanse:
			12.09.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sverre Varvin

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

2016/651 Mental helse og livskvalitet hos asylsøkere og flyktninger

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Oslo og Akershus

Prosjektleder: Sverre Varvin

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 12.09.2018 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet REK sør-øst på fullmakt fra REK sør-øst A, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

REK har vurdert følgende endringer i prosjektet:

- En ny prosjektmedarbeider: Haldis Grøtvedt Masterstudent OsloMet.
- Endring av prosjektets sluttdato fra 30.06.2018 til 31.12.2020.

Prosjektet var opprinnelig planlagt med 400-500 forskningsdeltakere. Pga. avslag på bevilgning fra NFR er det nå redusert foreløpig til ca. 200 deltakere rekruttert fra Norge og Serbia. Det er fortsatt samarbeid med Prof Leuzinger-Bohleber i Tyskland og Professor Stephan Hau i Sverige, og det kan som tidligere skissert bli forskningsdeltakere derfra. I så tilfelle vil det bli meldt fra.

Alle data fra Norge og Serbia er samlet inn slik at analyser og publiseringer gjenstår. Analyser vil følge oppsettet i den opprinnelige prosjektbeskrivelse.

REK har vurdert den omsøkte endringen og har ingen forskningsetiske innvendinger til de endringer som er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

Komiteen godkjenner med hjemmel i helseforskningsloven § 11 annet ledd at prosjektet videreføres i samsvar med det som fremgår av søknaden om prosjektendring og i samsvar med de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Dersom det skal gjøres ytterligere endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende ny endringsmelding til REK.

Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Opplysningene skal oppbevares aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK, se helseforskningsloven § 12, senest 6 måneder etter at prosjektet er avsluttet.

Klageadgang

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10 tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår portal:

<https://helseforskning.etikk.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på epost til: post@helseforskning.etikk.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Knut Ruyter
Avdelingsdirektør
REK sør-øst sekretariatet

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver og Komitésekretær

Kopi til: postmottak@hioa.no; mette.sagbakken@hioa.no

VEDLEGG 6, RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE (ROS)

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering. Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel: Prosjektleder: Mental helse og livskvalitet blant asylsøkere og flyktninger
 Sverre Varvin
 Prosjektnr NSD (hvis aktuelt): [Tall]
 Prosjektnr REK (hvis aktuelt): 2016/ 651
 Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt): [Tall]
 Undersøke asylsøkere/ flyktninger psykiske helse

Prosjektets formål (kort beskrivelse):
 175

Antall registrerte informanter :
 Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)
 Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres: Koblingsnøkkelene oppbeholdes ertevis gjennom Balkan og på mottak i Norge vares reparat fra selve datamaterialet
 Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:

- 1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
- 2) Logg på P360.
- 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
- 4) Fyll ut saksnummer som gjeld ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).
- 5) Trykk "Fullfør".

Saksnr i P360:

HV: 18/12622
 LUI: 18/10490
 SAM: 18/11207
 SPS: 18/11221
 SVA: 18/11208
 TKD: 18/09703

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikonivå					
					Risikoelement	Eksisterende tiltak	S	K	Risiko	Nye tiltak
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko generes automatisk som resultat av sannsynlighet og tiltak, basert på de risikoelementene			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	Datainnsamling	Lyddoptak	Mister diktafon på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)	Overføre informasjon fra diktafon til annen lagringsenhet etter hvert intervju.	2	3	5	Kryptere diktafon. Vurder å bruke mobilapp.
					Integritet (At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende)	[Tekst]			0	[Tekst]
					Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Samme som for konfidensialitet.	3	4	7	Gjøre nytt intervju

1	Datainnsamling	Papirskjema	Spørreskjema med identifiserbare opplysninger kommer på avveie	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Ikke ta med meg skjemaene ut fra OsloMet.	1	4	5	[Tekst]
					Integritet	[Tekst]			0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Samme som for konfidensialitet.	1		1	[Tekst]
2	Datainnsamling	Papirskjema	Miste mappe med identifiserbarespørreskjeamer mellom lagerrommet til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter	Konfidensialitet	Vær ekstra våken og oppmerksom når jeg bærer mappene med spørreskjemaene mellom lagerrommet og kontoret	2	4	6	[Tekst]