

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10-2004

ISBN 82-8121-010-9

ISSN 1503-9544

Tittel	Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Samarbeidende institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, psykososialt team for flyktninger i Helse Sør, Sørlandet sykehus HF
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Pål Gulbrandsen, Andrew Garratt, Kristin Linnestad, Birgit Lie, Nora Sveaass, Melinda Meyer, Inger Schanche
ISBN	82-8121-010-9
ISSN	1503-9544
Rapport nummer	10 - 2004
Antall sider	36
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo 2004

Innhold

ENGLISH SUMMARY	5
SAMMENDRAG	6
BAKGRUNN	7
Oppdrag	7
Etiske forutsetninger	8
Prosjektgruppe	8
Prosess og avgrensning.....	9
SITUASJONSBESKRIVELSE	10
Omfang, saksbehandling og lovverk.....	10
Asylsøkeres psykiske helse.....	11
Tiltak for asylsøkere og flyktninger i Norge	12
Bemanning, kompetanse og erfaring i asylmottak	13
IDENTIFISERING AV BEHOV FOR PSYKIATRISK HJELP	15
Hvordan definere behovet?	15
Screening	15
Forutsetninger for screening.....	16
Er forutsetningene tilfredsstillt?	17
Standardisert undersøkelse som ikke er screening	18
VURDERING AV INSTRUMENTER FOR STRUKTURERT INTERVJU.....	20
Instrumenter	20
Harvard Trauma Questionnaire	20
Hopkins Symptom Checklist-25.....	20
Post Traumatic Symptom Scale-16	21
Søkemetode	21
Resultater	21
Harvard Trauma Questionnaire	22
Hopkins Symptom Checklist-25.....	23
Post Traumatic Symptom Scale-16	25
Konklusjon om instrumenter for strukturert intervju	25

KRAV TIL ET FORSKNINGSPROSJEKT	26
ESTIMERTE KOSTNADER	28
Presisering av problemstilling og prinsipp for beregning.....	28
Kostnader ved nasjonal strukturert intervjuundersøkelse.....	28
Generell administrasjon.....	28
Opplæringskostnader	28
Intervjukostnader.....	28
Forskningkostnader ved pilotprosjektet.....	29
Konklusjon om kostnader.....	30
KONKLUSJON	31
Funn.....	31
Kommentar og anbefaling	31
LITTERATUR.....	33

Liste over tabeller

Tabell 1: Oversikt over studier der HTQ er brukt etter at Hollifield (2002) avsluttet sin inklusjon.	23
Tabell 2: Oversikt over studier der HSCL-25 er brukt etter at Hollifield (2002) avsluttet sin inklusjon. I tillegg er en norsk undersøkelse fra 1999 som ikke var inkludert i Hollifields arbeid med.	24
Tabell 3: Samfunnets kostnader per år ved ev. nasjonal strukturert intervjuundersøkelse.	29
Tabell 4: Samfunnets kostnader knyttet til forskning og evaluering av prøveprosjekt.	30

ENGLISH SUMMARY

The Norwegian Directorate of Social and Health Affairs has asked the Norwegian Health Services Research Centre to clarify the possibilities for a pilot project on systematic identification of need for psychiatric help among asylum seekers.

The general need for psychiatric help among asylum seekers is not well understood. Studies of refugees indicate that the need is larger than in the general population. Asylum seekers are in a more uncertain situation than expatriated refugees, which could indicate an even larger need. However, not all asylum seekers are victims of mass violence or persecution, and among these the need could be lower.

Today, there is insufficient help available for psychiatric problems that have been recognized. The systematic identification of further unmet needs for psychiatric help will put greater pressure on the health services. It is considered unethical to identify illness or disease by a screening procedure if no treatment can be offered.

The situation does not satisfy generally accepted criteria for a screening program. The type of disease is not suitable, because there is no well described course of the illness from latent phase to manifest disease. The lack of such a description means that it has not been possible to develop a well validated test. There is also no clearly described treatment option that improves the prognosis.

We have undertaken a review of the literature for three commonly used instruments, the Harvard Trauma Questionnaire, the Hopkins Symptom Checklist-25, and the Post Traumatic Symptom Scale-16. Without further research, we cannot be sure if these instruments are well suited for the purpose.

If a project is undertaken, it should be designed as a research project. The planning of such a complicated project will demand a senior researcher for ½ year. We expect the project to meet great difficulties related to the heterogeneity of the population under study, the selection and definition of relevant psychiatric conditions to uncover, and considerable uncertainty regarding the choice, definition, and registration of outcome variables.

If a research project nevertheless is launched, and proves to be successful, a national program will cost at least NOK 7 000 000 per year. The calculation is based on the number of asylum seekers arriving in Norway in 2004. No cost-benefit analysis has been undertaken. Such an analysis should be undertaken alongside the research project.

From a medical point of view, we cannot recommend the routine large scale systematic identification of psychiatric problems among asylum seekers.

SAMMENDRAG

Sosial- og helsedirektoratet har bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten å utrede et prøveprosjekt for systematisk identifisering av asyl-søkere med behov for psykiatrisk hjelp.

Det er usikkert hvor stort behovet for psykiatrisk hjelp er blant asyl-søkere. Undersøkelser av flyktninger tyder på at behovet er større enn i en normalbefolkning. Asylsøkere er i en mer usikker situasjon enn flykt-ninger, noe som kan indikere et større behov. På den annen side er ikke alle asylsøkere ofre for massevold eller forfølgelse, og kan derfor ha mindre behov for hjelp.

I dag er det ikke et tilstrekkelig tilbud om hjelp til asylsøkere med erkjent behov for psykiatrisk hjelp. En systematisk identifisering av asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp vil føre til et ytterligere press på helse-tjenesten. Det regnes ikke for å være etisk forsvarlig å avdekke lidelse ved en screeningprosedyre dersom man ikke har et behandlingstilbud.

Situasjonen tilfredsstillende ikke anerkjente kriterier for å gjennomføre et screeningprogram. Det gjelder forhold ved sykdommen(e), idet et vel-definert forløp fra latent fase til manifest sykdom ikke er beskrevet. I mangel av et slikt forløp, er det ikke utviklet noen test med gode test-egenskaper. Videre finnes ikke noe entydig behandlingsalternativ som med sikkerhet forbedrer prognosen.

Vi har gjennomgått tilgjengelig litteratur om tre aktuelle tester, Harvard Trauma Questionnaire, Hopkins Symptom Checklist-25 og Post Traumatic Symptom Scale-16. Uten ytterligere forskning kan vi ikke vite om disse testene er egnet for det aktuelle formålet.

Hvis det skal iverksettes et prosjekt, bør det derfor gjøres i form av forskning. Planleggingen av et så vidt komplisert prosjekt er krevende, og vi anslår at en seniorforsker vil trenge ½ år til dette. Vi venter at pro-sjektet vil møte store problemer knyttet til den heterogene sammen-setningen av befolkningen av asylsøkere som skal studeres, utvalg og definisjon av relevante psykiske lidelser som skal avdekkes, og stor usikkerhet vedrørende utvalg, definisjon og registrering av resultat-variabler.

Hvis et forskningsprosjekt likevel gjennomføres, og viser seg vellykket, vil nasjonal gjennomføring koste minimum 7 millioner kroner per år, gitt antallet asylsøkere som ankommer Norge i dag. Det er ikke gjort noen kostnad-nytteanalyse. En slik analyse bør gjøres som en del av et ev. forskningsprosjekt.

Medisinsk sett anbefaler vi ikke rutinemessig systematisk identifisering av psykisk lidelse i stor skala blant asylsøkere.

BAKGRUNN

Oppdrag

Sosial- og helsedirektoratet (SHDir) forespurte i brev av 22 juni 2004 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) om det kunne ta på seg oppdraget å utrede et prøveprosjekt for systematisk screening av flyktninger i mottak med henblikk på psykisk helse.

I brevet heter det bl.a.:

"Det er i dag ingen rutiner for at førstegangs helseundersøkelse også inkluderer vurdering av psykisk helse. Prøveprosjektet bør inkludere følgende:

- hvorvidt det er hensiktsmessig at førstegangs helseundersøkelse også inkluderer vurdering av psykisk helse
- hvorvidt det er hensiktsmessig at denne vurdering utføres på Tanum transittmottak eller i avlastningsmottak, herunder
 - o vurdering av nødvendig helsepersonell
 - o vurdering av nødvendig logistikk mht. tolketjenester og sted for helseundersøkelse
- hvorvidt vurdering av psykisk helse bør utsettes til ordinært mottak og eventuell begrunnelse for dette
- dersom en finner det hensiktsmessig å utføre en førstegangs vurdering av psykisk helse – hvilke instrumenter bør denne basere seg på
 - o instrumenter som beskrevet i vedlegg i Veilederen Helsetjenestetilbud for asylsøkere og flyktninger utgitt av Sosial- og Helsedirektoratet (IS-1022). Disse er basert på Harvard Trauma Questionnaire og PTSS-10
 - o HSCL-25 for angst og depresjon
 - o Klinisk vurdering/diagnostikk
- økonomisk overslag for gjennomføring av prosjektet."

Brevet etterlot en del spørsmål, som ble tatt opp i svarbrev fra Kunnskapssenteret av 16 juli 2004. Kunnskapssenterets kompetanse i forhold til oppdraget er i hovedsak systematisk oppsummering av foreliggende vitenskapelig dokumentasjon, og det ble derfor tatt kontakt med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Etter et møte 19 august 2004 med representanter for NKVTS, Utlendingsdirektoratet (UDI), SHDir, representanter fra praksisfeltet (asylmottak) og Kunnskapssenteret ble det avgjort at Kunnskapssenteret skulle lede oppdraget med en frist til 1 november med å avlevere rapport.

Det ble klart at prosjektet skulle gjelde asylsøkere, ikke flyktninger. I møtet ble det gitt betydelig frihet til å definere oppdraget. Eksempelvis ble det reist spørsmål fra Kunnskapssenteret om gruppen skulle begrense sitt

arbeid til voksne asylsøkere. Oppdragsgiver ga gruppen frihet til å ta stilling til dette. Et vesentlig spørsmål var om man holdt fast på at problemstillingen skulle avgrenses til tiden i transittmottak (med henblikk på ev. plassering av de med store psykiske problemer i ordinært mottak nær psykiatrisk spesialisthelsetjeneste), eller om man også skulle vurdere ev. testing i ordinært mottak. Også dette spørsmålet ble gruppen gitt i oppdrag å svare på. Formålet med oppdraget skulle være å utrede en eller annen form for test eller vurdering av psykisk helse hos asylsøkere, ikke nødvendigvis slik at det dekkes av begrepet screening i egentlig forstand. Videre ble det klarlagt at det eneste formål med å identifisere asylsøkere med behov for helsehjelp pga. psykiske problemer skulle være å gi dem nødvendig hjelp på best egnede tidspunkt. I tråd med disse avklaringene, har prosjektgruppen valgt å gi rapporten tittelen *Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere*.

Etiske forutsetninger

Helsepersonell er bundet av etiske regler. Helsepersonells deltakelse i forbindelse med ulike former for regulering av politisk eller juridisk art er et kjent etisk problemområde historisk og overalt i verden i dag (vurdering av egnethet for straff, assistanse ved dødsstraff, grenseganger mellom normalitet og patologi mht. psykisk helse mv.). Et aktuelt eksempel fra Norge er behovet for medisinsk ekspertise for å fastsette den biologiske alderen på unge asylsøkere. Et annet er bruk av DNA-teknologi for å verifisere påstand om slektskap i familiegjenforenings saker.

Et prøveprosjekt der man skal identifisere behov for psykiatrisk hjelp, forutsetter helsefaglig og forskningsmessig ekspertise. Vi legger til grunn at prosjektets overordnede formål (å sørge for optimalt helsetjenestetilbud for asylsøkere med psykiske problemer) er i tråd med medisinsk etikk. Konklusjonene i utredningen kan ikke brukes til å støtte andre formål.

Et viktig medisinsk etisk prinsipp er ikke å skade. Det er et kjent fenomen innen psykisk helsevern at å avdekke traumer og sårbarhet uten å kunne håndtere de følelser det skaper eller tilby behandling der slik finnes, kan skade mer enn det gagnar. Vi legger derfor til grunn at en ev. identifisering av personer med alvorlige psykiske problemer gjøres på en måte som ikke gir risiko for skader.

Prosjektgruppe

Det ble nedsatt en prosjektgruppe, bestående av:

Pål Gulbrandsen (leder), dr. med., Kunnskapssenteret

Andrew Garratt, MSc Health Economics, PhD, Kunnskapssenteret

Birgit Lie, dr. med., overlege, Psykososialt team for flyktninger i Helse Sør, Sørlandet sykehus HF

Kristin Linnestad, samfunnsøkonom, Kunnskapssenteret

Melinda Meyer, forsker, NKVTS

Inger Schanche, tjenesteleder, Helsekontoret for asylsøkere, Bærum kommune

Nora Sveaass, dr. psychol., seksjonsleder, NKVTS

I tillegg deltok to representanter for UDI, Ireen Novum, 1. konsulent, Transittenheten, Asylavdelingen, og Berit Øverland, 1. konsulent, Mottakskontoret, Integreringsavdelingen. Disse var med for å gi løpende informasjon til prosjektgruppen, men innestår ikke for dokumentet utover faktaopplysninger de har fremskaffet.

Prosess og avgrensning

Prosjektgruppen har arbeidet via e-post mellom tre møter, avholdt 2 september på Gardermoen, 30 september på Tanum asylmottak og 28 oktober på NKVTS. Første møte ble brukt til å definere oppdraget, innhente sentrale opplysninger og fordele oppgaver. Annet møte ble brukt til å summere informasjon ervervet i mellomtiden og trekke enkelte sannsynlige hovedkonklusjoner. Tredje møte ble brukt til å drøfte utkast til dette dokumentet utsendt i forveien, i lys av ytterligere opplysninger innhentet i mellomtiden. Ferdigstilling av dokumentet har skjedd gjennom e-post-samarbeid. Dokumentet har gjennomgått intern kvalitets-sikring i Kunnskapssenteret etter vanlige retningslinjer.

I lys av den meget korte tiden avsatt til utredningen, ble det valgt å avgrense oppdraget slik:

"Er det mulig i en populasjon av voksne asylsøkere, på et egnet tidspunkt, å identifisere de som har behov for psykiatrisk hjelp, ved hjelp av en enkel metode? Hvis ja, hvordan kan dette gjøres og hva er forventet ressursbruk for slik identifisering?"

Følgende deloppgaver ble identifisert:

1. Innhenting av generell fagkunnskap, vesentlige praktiske erfaringer samt faktakunnskap om omfang og praksis når det gjelder arbeidet med asylsøkere i Norge.
2. Begrenset litteratursøk med henblikk på vurdering av de i bestillingen nevnte instrumenters egnethet for formålet.
3. Avhengig av om noen av instrumentene er egnet for formålet
 - a. Hvis ja, utarbeide forslag til prøveprosjekt med kostnadsoverslag
 - b. Hvis nei, fremme forslag til alternativ tilnærming inkludert (grovt) kostnadsoverslag.

Vi tok for gitt at spørsmålet ikke omfatter personer med så åpenbar atferdsforstyrrelse at behovet for øyeblikkelig psykiatrisk hjelp er utvilsomt. Vi valgte å utelukke barn, da disse representerer en særskilt utfordring som vi ikke fant å kunne utrede innen tidsrammen.

Fristen for å levere rapporten ble siste uke i oktober forlenget til 15 november i samråd med SHDir.

SITUASJONSBESKRIVELSE

Omfang, saksbehandling og lovverk

En *asylsøker* er en person som på egenhånd og uanmeldt ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er avgjort.

Til Norge kom det i årene 2001-3 om lag 16 000 asylsøkere årlig¹. Per 5 august 2004 var det kommet 5 000 siden årets begynnelse. Antallet er altså langt lavere nå enn i foregående år.

Antallet vedtak om innvilgelse av asyl i 2002 var 332 (1,9%), i 2003 585 (3,6%) og i første halvår av 2004 205 (3,3%). Antallet vedtak om opphold på humanitært grunnlag var tilsvarende ca. 3 000 i 2002 (16,6%) og 2003 (18,1%), og 985 (15,8%) i første halvår av 2004. Det er stor variasjon i hvor asylsøkerne kommer fra. Ser man på de ti største "leverandørlandene" hvert år i perioden, er bare fire land representert alle årene (Afghanistan, Irak, Russland, Somalia). Asylsøkerne i Norge per i dag representerer ca. 90-95 språk. I årene 2001-4 var andel dokumenterte analfabeter 23%, og antatt funksjonelle analfabeter minst 32%.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var i 2002-4 ca. sju måneder, og gjennomsnittlig ventetid i ordinært mottak fra et positivt vedtak til bosetting økte fra fire måneder i 2002 til sju måneder hittil i 2004.

I mottakssystemet er det i hovedsak to kategorier mottak: Transittmottak og ordinære mottak. Transittmottakene er igjen delt i to kategorier – ankomsttransitt og avlastningstransitt. Oppholdet i ankomsttransitten skal være fra 3-5 dager. I denne perioden blir asylsøkere gitt lovpålagt førstegangs helseundersøkelse inkl. tuberkulosestest, samt tildelt advokat, informasjon fra NOAS og ev. klær og sengetøy.

Etter ankomstfasen blir de som forventes å bli en tid i landet i påvente av at deres sak blir behandlet, overført til et ordinært mottak. De som får positivt vedtak blir i det ordinære mottaket fram til bosetting.

Totalt er det for tiden tre ankomsttransitter og fire avlastningstransitter, tallet er stadig i endring. Avlastningstransittene blir brukt til personer som venter på uttransportering til første asylland i henhold til Dublin-konvensjonene, personer som er i langvarig medisinsk behandling, de som har klart grunnløse søknader, de som har søkt om frivillig retur og de som venter på intervju med UDI ("asylintervjuet").

Det er 109 ordinære mottak med nær 15 000 plasser per 25 oktober 2004. I disse bor nesten 12 000 asylsøkere (i tillegg befinner ca. 1 200 til seg i transitt). Det gir et gjennomsnitt på 110 beboere i ordinære mottak.

Relevant lovverk er utlendingsloven, offentlighetsloven, forvaltningsloven, statsborgerrettloven og utlendingsforskriften. Når det gjelder helse-spørsmål gjelder flere lover, mest sentral er pasientrettighetsloven som

¹ Tallene er levert av UDI.

omfatter alle personer som oppholder seg i riket og dermed også asylsøkere uavhengig av status.

Asylsøkeres psykiske helse

Bildet er noe komplisert idet det i litteraturen ofte ikke skilles klart mellom bosatte flyktninger og asylsøkere. Det finnes en rekke undersøkelser av flyktningers psykiske helse, og disse viser gjennomgående høy forekomst av depresjon og angstreaksjoner (42-89%) (Mollica 1987; Westermeyer 1988; Silove 1997; Graves 2002), og posttraumatisk stresslidelse (PTSD)(10-86%) (Carlsson 1991; Hauff 1994; Lie 2004). Det er langt færre eksempler på undersøkelser foretatt for å kartlegge asylsøkeres psykiske helse (Silove 2000). En undersøkelse viser at forekomst av angst, depresjon og PTSD hos asylsøkere henger sammen med traumer forut for flukt så vel som lang ventetid på vedtak om asyl og inaktivitet i venteperioden (Silove 1997). Videre fant man at asylsøkere ikke skilte seg fra bosatte flyktninger med hensyn til traumer og psykiske symptomer. I Norge gjennomførte Nygård & Malterud en screening av bosniske flyktninger i mottak på tre ulike tidspunkter. De fant en forekomst av PTSD for menn ved ankomst på 45% som etter tre måneder steg til 60% (Nygård, 1995). Tilsvarende økte forekomsten for kvinner fra 60% til 80 % i samme periode. Dette var en sterkt traumatisert gruppe av asylsøkere undersøkt mens krigen pågikk. I en screeningundersøkelse av nyankomne bosniske flyktninger på mottak fant Thulesius & Håkansson en prevalens av PTSD på 18 % til 33% på grunnlag av to ulike beregningsmåter (Thulesius 1999). I 1994 i forbindelse med det store antall flyktninger som kom til Luster mottak ble det, også ved Psykososialt senter for flyktninger, gjennomført en undersøkelse av i alt 37 bosniske flyktninger. Av disse hadde samtlige vært utsatt for katastrofale livshendelser, og 29 fikk hoveddiagnosen posttraumatisk stresslidelse, seks depresjon og to annen psykisk lidelse. Halvparten hadde depresjon som bidiagnose (Lavik 1996). I rapporten som ble utarbeidet etter dette ble det lagt vekt på forebyggende tiltak, der bedre adgang til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, kombinert med tiltak som informasjon, kontakt med omverdenen samt egen aktivitet ble ansett som viktig for å hindre symptomene i å bestå eller forverres.

De senere år er det gjennomført undersøkelser av traumatiserte asylsøkere som er internert¹, for eksempel i England, USA og Australia (Steel 2001; Loff 2002; Keller 2003). Disse undersøkelsene peker på stor symptombelastning under slike forhold, og en markant bedring når disse livsbetingelsene opphører, selv om asylsøkerne forut for ankomst hadde vært utsatt for til dels ekstreme belastninger. En rekke undersøkelser har også sett nærmere på de behov og muligheter for helsetjenester som asylsøkere har der de kommer og flere undersøkelser peker på de vanskeligheter som er knyttet både til å gi og motta slike tjenester (von Kachne 2000; Graves 2002).

¹ Internering (detention) må sees som en prinsipielt helt annen situasjon enn opphold i norske asylmottak, da det innebærer frihetsberøvelse på linje med fengsling.

Tiltak for asylsøkere og flyktninger i Norge

Det har vært en gjennomgående forutsetning i Norge at flyktninger og asylsøkere skal omfattes av det samme helsevesen som resten av befolkningen og at det i liten grad skal etableres særskilte tiltak for denne gruppen (se blant annet Stortingsmelding nr. 39 (1987-88) om innvandringspolitikken og Veilederen om helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger, 2003). Konkret innebærer dette at det er kommunen som skal sørge for at asylsøkere gis den nødvendige primærhelsetjeneste.

Formuleringer i veiledningen førte til at Helsetilsynet på oppfordring fra praksisfeltet utredet om kommunene har plikt til å gjennomføre generell helseundersøkelse av alle flyktninger og asylsøkere. Sosial- og helsedirektoratet uttalte i et brev til Helsetilsynet 16.2.2004 at slik plikt ikke foreligger etter kommunehelsetjenesteloven. Dette fremgår av Helse-tilsynets veileder for landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (Helsetilsynet 2004). Videre i Helsetilsynets veileder heter det likevel: "Mange flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente har uansett vært utsatt for betydelige påkjenninger som kan tenkes å disponere for psykisk sykdom. Man bør ved helse-samtalen være oppmerksom på dette og foreta en kartlegging...." Det er utvilsomt at kommunene har plikt til å yte helsehjelp dersom det påvises psykisk sykdom.

I Sosial- og helsedirektoratets veileder fra 2003 skiller det mellom de lovpålagte tiltakene og de øvrige. Per i dag er det kun tuberkulose-kontrollen som er obligatorisk. Nylig er det også utarbeidet anbefalinger når gjelder psykisk helse for asylsøkere og flyktninger i asylmottak, bygget på forslag fra en interdepartemental arbeidsgruppe avgitt i desember 2003. Noe tilsvarende ble gjort også av en interdepartemental arbeidsgruppe i 1993, *Tiltak for bedring av flyktningers psykiske helse*. Her nevnes blant annet betydningen av følgende tiltak: organiserte aktiviteter, fysisk trening, selvhjelpsaktiviteter generelt og muligheter for selvhushold. Videre understrekes betydningen av undervisningsopplegg både om psykiske reaksjoner i eksil og informasjon om landet de befinner seg i. Det er også lagt vekt på tiltak for barn og unge¹.

Nedenfor nevnes noen av de undersøkelser og tiltak som er gjennomført i norske mottak med tanke på å styrke asylsøkernes helse og motvirke utvikling av psykiske lidelser og samhandlingsproblemer.

En undersøkelse av Meyer & Nygård fra 1993 ved to asylmottak for flyktninger fra Bosnia vurderte virkningen av et tiltak i form av bevegelsesterapi i grupper. Tiltaket ble iverksatt i det ene mottaket og symptomer ble registrert på tre forskjellige tidsrom. Det ble funnet en betydelig nedgang i symptomer som gjenopplevelser, tilbaketrekning og nummenhet der tiltaket ble iverksatt (Meyer 1993).

Psykososialt senter for flyktninger gjennomførte i 1994 en kartlegging av psykososiale forhold i asylmottak for å avklare behov for undervisning og veiledning til ansatte. Rapporten pekte på behov for psykososiale fore-

¹ Undersøkelse av barn og unge er holdt utenfor denne rapporten. Ikke minst enslige mindreårige asylsøkere er i en usedvanlig vanskelig situasjon, som krever særskilt oppfølging.

byggende tiltak, der styrking av muligheter for ansvar og kontroll over eget liv og styrking av familieroller ble understreket (Neumayer 1994).

I forbindelse med det store mottaket av flyktinger fra Kosovo til Norge i 1999 ble det utviklet en modell for hvordan arbeidet i fylkene kunne organiseres for å sikre at flyktingenes psykososiale behov ble ivaretatt (Lersbryggen 2000). Følgende tiltak ble nevnt: fast tilknytning av helsepersonell fra den kommunale helsetjenesten til mottaket, sikret bemanning på ettermiddag, kveld og helger, utvidede og gjentatte tilbud om informasjon om traumer og eksilreaksjoner, utvidet tilgang til informasjon også om forhold i hjemlandet, for eksempel om forsvunne familiemedlemmer, og i større grad å benytte de ressursene som flyktingene selv representerer.

Utfordringene asylsøkere representerer for helsetjenesten har ledet til lokale initiativer som kan vise seg fruktbare (Brunvatne 2004). UDI erkjenner også hvor vesentlig forebyggende arbeid er, og har nylig tildelt SINTEF Helse (i samarbeid med NKVTS) et oppdrag om psykososiale forhold i mottak.

Bemanning, kompetanse og erfaring i asylmottak

Bemanningen varierer på asylmottakene, fra tre årsverk¹ (Skibotn) til 18,3 (Sjøvegan). I tillegg kjøpes noen få årsverk eksternt, men bortsett fra ved Klemetsrud (3,3 årsverk) dreier det seg ved hvert mottak bare om 0-1,7. Antall beboere per ansatt varierer mellom seks (Jarlen) og 25 (Heimdal).

Svært få helsepersonell er ansatt i mottak. Der de er det, er erfaringen at det kan bli et problem i forhold til taushetsplikt og informasjonsplikt. De opplever seg som "mellom barken og veden" og har ingen "røtter" i kommunehelsetjenesten. De fleste steder er kommunen arbeidsgiver for helsepersonell, og erfaringen med dette er mer positiv.

Det finnes ulike organisatoriske løsninger. Noen steder dekker driftsoperatøren utgifter til kontor og kontorutstyr for helsepersonell. Helsepersonellet kan da være fysisk til stede og inngår på en måte i personalgruppen. Driftsoperatøren dekker i sjeldne tilfeller opptil 50% av lønnen til helsepersonell.

Man har best erfaring med at helsepersonellet er fysisk til stede på mottaket. Helsepersonellet føler seg tryggere når de er to (samsvarer med erfaringer ved stasjonære legevaktsentraler). Å være to gjør det også lettere å ta avgjørelser om behov for legetilsyn eller ikke, da det erfaringsmessig kan være stor etterspørsel etter lege. Mange oppgaver fordrer ikke lege.

Det er varierende hvor enkelt det er å få legetilsyn til beboere i mottakene. Hovedregelen er at det ikke er enkelt. Mange leger takker nei til fast tilknytning fordi tjeneste ved mottak ikke er godkjent som kommunalt arbeid og dermed ikke gir tellende tjeneste for spesialiteten i allmennpraksis. Legevakt brukes ofte og er et dårlig alternativ.

¹ Tallene er levert av UDI.

Erfaringen fra mottakene er at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er en enda større utfordring. Alt i dag, før et ev. prosjekt med aktiv identifisering av behov for psykiatrisk hjelp, forekommer det hyppig at personer med åpenbare symptomer på alvorlig psykisk lidelse ikke blir tatt hånd om i helsetjenesten (NRK Brennpunkt (2004)). Det er ikke den fysiske avstanden til spesialisthelsetjenesten som er problemet.

En foreløpig gjennomgang av tilsynsrapporter fra Helsetilsynet (Helse-tilsynet, 2004B) viser at det i forbindelse med 46 tilsyn ble konstatert 77 avvik. Den samlede mengde avvik og merknader der psykisk sykdom er spesifikt nevnt, er åtte, og de fleste av disse gjelder manglende tilbud om hjelp.

I transittmottakene føres det statistikk over sykepleier- og legekonsultasjoner. Forholdstallet mellom sykepleier- og legekonsultasjoner varierer mellom 2,8 (Lier) og 12,7 (Løren) for de tre første kvartaler i 2004¹. Antall sykepleierkonsultasjoner per ankomst er 0,3 i Lier, 0,5 på Tanum, 4,4 på Løren og 4,5 på Hvalstad. Antall legekonsultasjoner per ankomst er 0,1 i Lier og på Tanum, 0,3 på Løren og 0,4 på Hvalstad. Vi er ikke kjent med at tilsvarende statistikk føres i ordinære mottak.

¹ Tall levert av tjenesteleder, Helsekontoret for asylsøkere, Bærum kommune.

IDENTIFISERING AV BEHOV FOR PSYKIATRISK HJELP

Hvordan definere behovet?

Behov for helsehjelp er ikke noe som har klare grenser, heller ikke spesifikt behov for psykiatrisk hjelp. Kulturelle, medisinske, pragmatiske og økonomiske vurderinger ligger bak i det enkelte tilfellet. Behov er heller ikke det samme som etterspørsel. Når man ønsker å identifisere personer med behov for psykiatrisk hjelp, innebærer det en forståelse av at flere med et slikt behov ikke etterspør slik hjelp, og andre etterspør slik hjelp uten nødvendigvis å ha et behov. Dersom identifisering av personer med et bestemt behov skal identifiseres *i stor skala*, fordrer det en standardisering, og til det anvendes vanligvis et instrument.

Vanligvis brukes instrument i den aktuelle sammenhengen om veldefinerte spørremetoder, enten et spørreskjema for selvutfylling eller en strukturert intervjuguide. For å anvende et slikt instrument rutinemessig i helsetjenesten, bør det foreligge forskningsbasert dokumentasjon på at det egner seg for formålet. Slik dokumentasjon innebærer i vårt tilfelle bl.a.

- at det er prøvd ut på asylsøkere eller en gruppe som er sammenliknbar med asylsøkere
- at det er brukt til det vi ønsker å bruke det til (å finne de som trenger psykiatrisk hjelp).

Hvis ikke disse betingelsene er til stede, må forskning avgjøre om et instrument er egnet.

Det går et viktig prinsipielt skille mellom metoder for å finne (potensiell) sykdom i en gruppe som ikke selv søker helsehjelp (den egentlige screening), og i en gruppe som søker helsehjelp. Undersøkelse av personer som ikke selv søker helsehjelp stiller større krav til begrunnelse for undersøkelsen. Men begge tilnærminger kan foregå i stor skala, og derved forutsette standardisert tilnærming (ved hjelp av et instrument).

Klinisk vurdering og diagnostikk kan ikke karakteriseres som et instrument, dertil er betydningen av den enkeltes erfaring og kompetanse for stor. Enten det brukes et instrument eller klinisk vurdering, må man forutsette en norm for hva som er et behov. I det aktuelle tilfellet er en slik norm ikke klart definert, og spesielt er det ikke tatt stilling til hvor mye man skal legge vekt på medisinsk normering i forhold til annet grunnlag (kulturelt, pragmatisk, økonomisk).

Screening

Begrepet screening anvendes mest korrekt om det å finne potensiell sykdom i en gruppe som ikke selv søker hjelp. Det ligger i dette at disposisjonen for sykdom er der, men enten er det ennå ikke symptomer eller den potensielt syke er ikke selv oppmerksom på tegnene. En annen grunn til at hjelp ikke er søkt, kan være at den det gjelder ikke kjenner hjelpetilbudet eller ikke har forventninger om å få hjelp. Helsetilsynet har i sitt tilsyn med helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger i 2004 spesielt

påpekt at disse må informeres om at hjelpetilbudet finnes (Helsetilsynet 2004). Vi må forutsette at når man ønsker utredet en form for test for å finne asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp, er det fordi man tenker seg at mange av disse ikke har søkt hjelp. En test for å oppdage de som allerede har søkt hjelp, eller som er tatt hånd om pga. dramatiske symptomer, er det liten vits i å anvende. Med andre ord står vi prinsipielt overfor en screeningsituasjon.

Å finne de potensielt syke i en gruppe som søker hjelp, innebærer klinisk vurdering og diagnostikk. Til dette hører noen ganger bruk av kliniske tester til vurdering av for eksempel mental kapasitet eller grad av depresjon. Når dette gjøres uten begrunnet refleksjon over kriterier for når det diagnostiske hjelpemiddel skal brukes, kalles det ofte "villscreening" (Gulbrandsen, 2001). Mest vanlig er dette når det gjelder blodprøver.

Forutsetninger for screening

Her skal nevnes noen av de viktigste forutsetninger for at screening er en aktuell metode, slik de er definert av WHO alt i 1968 (Foldspang 1986):

1. Forhold ved sykdommen
 - a. Sykdommen skal utgjøre et alvorlig helseproblem, vurdert klinisk og ut fra dens forekomst
 - b. Dens naturlige forløp fra latent periode (uten symptomer) til manifest sykdom må være tilstrekkelig belyst
2. Forhold ved screeningtesten
 - a. Testen skal ha tilstrekkelig sensitivitet og spesifisitet¹
 - b. Den skal være lite belastende og uten risiko for de undersøkte
 - c. Den skal kunne aksepteres av befolkningen
3. Behandlingsmuligheter
 - a. Det skal være vesentlig bedre behandlingseffekt for tidlig diagnostiserte tilfeller enn for sent diagnostiserte tilfeller
 - b. Behandling skal være tilgjengelig
 - c. Indikasjonene for behandling skal være klare, bl.a. for å unngå overbehandling
4. Forhold ved screeningprogrammet
 - a. De økonomiske utgiftene ved screeningprogrammet skal være rimelige i forhold til utbyttet

¹ I en testpopulasjon finnes en gruppe syke. Hvor mange av disse en test klarer å avsløre, er uttrykk for sensitiviteten til testen. I en testpopulasjon finnes også mange friske. Hvor mange av disse en test faktisk "friskmelder" er testens spesifisitet.

- b. Programmet skal være akseptabelt for den undersøkte, dvs. det skal ikke brukes mye tid og undersøkelsen skal foregå lokalt
- c. Programmet skal være en kontinuerlig prosess og ikke et engangsforetagende.

Er forutsetningene tilfredsstillt?

Når det gjelder forhold ved sykdommen, er kriterium 1a antakelig tilfredsstillt. Forekomsten av psykisk lidelse i en populasjon av asylsøkere er høy. Det er også rimelig godt dokumentert at mange av dem har alvorlig lidelse. Det kan hevdes at sykdommen/tilstanden for noen er potensielt farlig, slik at etter et visst tidspunkt vil behandling ikke kunne forhindre død eller alvorlig ikke reversibel funksjonshemming.

Kriterium 1b er ikke tilfredsstillt. Det er en uavklart sammenheng mellom påviste risikofaktorer (visse traumer, visse symptomkomplekser) og senere manifest psykisk lidelse. Det er også tale om ulike psykiske lidelser. Det må altså påvises en sammenheng mellom risikofaktorer og senere manifest sykdom for flere ulike tilstander, før vi kan hevde at dette kriteriet er oppfylt. Det nærmeste vi kommer slik påvist sammenheng, er et norsk arbeid (Lie 2002). Men konklusjonene der er langt fra tilstrekkelige for det aktuelle formålet og gjelder ikke asylsøkere, men bosatte flyktninger.

Det er vanskelig å gjøre en relevant vurdering av kriteriene i punkt 2 (forhold ved testen), så lenge kriteriene i punkt 1 ikke er oppfylt. Vi vil likevel gjennomgå noen sentrale instrumenter (se Vurdering av instrumenter for strukturert intervju side 20ff). En utfordring her er uansett mangelen på en klart definert norm for hvor grensen går for å være syk nok til å trenge psykiatrisk hjelp.

Det er usikkert om kriterium 3a kan sies å være oppfylt. Problemstillingen er ikke presis nok til å gi noe klart svar, jf. at punkt 1b heller ikke er oppfylt.

Kriterium 3b er ikke oppfylt. I dag er behandlingstilbudet selv ved manifest, alvorlig psykisk lidelse ikke alltid tilgjengelig (se Situasjonsbeskrivelse side 10ff). Det er liten grunn til å anta at personer med latent sykdom vil kunne prioriteres.

Kriterium 3c er det vanskelig å si noe sikkert om, siden vi snakker om mange forskjellige tilstander og mange ulike behandlingsforsøk på tilstander av varierende alvorlighetsgrad. Overbehandling vil kunne forekomme, selv om det motsatte antakelig er regelen.

Kriterium 4a (kostnader) er normativt, og unndrar seg langt på vei faglig vurdering. Vi kommer tilbake til noen forutsetninger i avsnittet Estimerte kostnader side 28ff). Om kriterium 4b er oppfylt, er ikke undersøkt. Vi kan likevel kanskje regne med at asylsøkere, som i dagens situasjon har mye tid til overs, vil akseptere undersøkelsen. Det er desto mer sannsynlig hvis de blir undersøkt der de vanligvis oppholder seg. På den annen side kan det være kulturelle barrierer som trekker i motsatt retning. Utgangspunktet for kriterium 4c er at det i en befolkning stadig oppstår nye

latente tilfeller av sykdom, som må oppdages når man først har en god metode til å gjøre dette. Det er meget komplekst å beregne passende intervaller for screeningundersøkelser. I det aktuelle tilfellet er dette likevel ikke noe problematisk punkt, idet vi forutsetter at det kun er snakk om en førstegangsundersøkelse.

Alt i alt må vi konkludere at forutsetningene for screening i vanlig forstand ikke er til stede.

Standardisert undersøkelse som ikke er screening

Selv om forutsetningene for screening ikke er til stede, kan man tenke seg å gjennomføre en form for standardisert undersøkelse. Denne må fungere noenlunde likt for hvert individ og være situasjonsuavhengig. Det nærmeste man kan komme når det gjelder vurdering av psykisk helse må være bruk av spørreskjema eller strukturert intervju.

Bruk av spørreskjema er utelukket pga. den høye forekomsten av analfabetisme (og det store antall språk) blant asylsøkere. Selv der den som blir undersøkt kan lese, er det betenkelig å bruke spørreskjema av etiske grunner. Mange av spørsmålene kan utløse sterke reaksjoner som må håndteres slik at resultatet ikke er til skade for den undersøkte. Gevinsten ved bruk av spørreskjema faller delvis bort, fordi man må ha kompetent personell til stede. Tilbake står strukturert intervju.

Standardisering forutsetter at intervjuerne er drillet til å gjennomføre samtalene så likt som mulig seg i mellom, og i forhold til de ulike asylsøkerne. Også tolkene må informeres om betydningen av eksakt gjengivelse av spørsmål og svar.

Psykisk helse er situasjonsavhengig. Asylsøkere er i en unormal og presset situasjon. Noen kan ha normale reaksjoner på den unormale situasjonen, uten at det kan karakteriseres som psykisk lidelse. Den pressede situasjonen kan også gi mer alvorlige symptomer som faller inn under begrepet psykisk lidelse – men likevel slik at en endring i situasjonen er tilstrekkelig til "normalisering", f.eks. kunnskap om at man er tildelt plass i et ordinært mottak. Opportunistisk symptombeskrivelse kan også tenkes som ledd i et forsøk på å oppnå asyl eller andre fordeler. Og naturligvis kan asylsøkere også ha ikke oppdaget bestående psykisk sykdom som krever behandling. Et strukturert intervju vil neppe være velegnet til å skille mellom disse kategoriene¹.

Dersom strukturert intervju skal anvendes av leger i stedet for vanlig klinisk vurdering og diagnostikk, ville det bare gi gevinst dersom konsultasjonen ble kortet kraftig ned. Det er lite sannsynlig, og vi antar derfor at bruk av strukturert intervju må gjennomføres av annet helsepersonell, for eksempel helsesøster.

Vi har ikke vurdert muligheten for å anvende personer med annen utdanningskompetanse, for eksempel filologer. En mulighet kunne også være å bruke lekfolk, i dette tilfelle er ansatte i asylmottakene de mest

¹ Derimot ville kanskje et semistrukturert eller åpent intervju foretatt av en erfaren kliniker kunne fungere, men det er verken standardisert eller mulig å foreta som masseundersøkelse.

nærliggende å foreslå. Disse er i prinsippet Utlendingsdirektoratets forlengede arm, og ved å innhente helseopplysninger kommer de i rollekonflikt. Vi har derfor ikke vurdert denne muligheten nærmere.

VURDERING AV INSTRUMENTER FOR STRUKTURERT INTERVJU

Instrumenter

I forespørselen fra Sosial- og helsedirektoratet er tre internasjonalt anvendte instrumenter nevnt, Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) og Post Traumatic Symptom Scale-16 (PTSS-16). Sistnevnte inngår i HTQ. HTQ er beregnet for intervju ved helsepersonell veiledet og støttet av psykiater, lege, og/eller psykiatrisk sykepleier. HSCL-25 er beregnet både for selvutfylling og for intervju. PTSS-16 er beregnet for intervju.

Bakgrunnen for et nærmere litteratursøk for disse instrumentene er at norsk ekspertise fremholder dem som de mest relevante og tilgjengelige på området. HTQ er utviklet spesifikt for asylsøkere og flyktninger. HSCL-25 og PTSS-16 er tilpasset for bruk i disse populasjonene. HTQ er det mest brukte og grundigst evaluerte instrumentet i flyktningpopulasjoner (Hollifield 2002). HTQ tilfredsstillende fire og HSCL-25 fem av de fem anbefalte kriteriene for utvikling og evaluering av instrumenter (Weathers 1997).

Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) er beregnet spesielt til vurderingen av skader som følge av massevold. Instrumentutviklingen ble bygget på klinisk erfaring uten empiriske studier (Hollifield 2002), og anvender kriteriene i DMS-II-R og DSM-IV (Mollica 1987). Spørsmålene gjelder traumatiske hendelser og følelsesmessige symptomer spesifikt assosiert med traumer. Originalinstrumentet bestod av fire deler og til sammen 82 ja/nei-spørsmål.

I påfølgende, tidlige versjoner (vietnamesisk, laotisk og kambodsjansk) var det også fire deler. Første del gjelder 17 erfaringer, med svaralternativene "erfart", "vært vitne til", "hørt om" eller "ikke kjent med". Annen del oppfordrer til å gi en subjektiv beskrivelse av den mest traumatiske erfaring overhodet. Tredje del spør spesifikt etter hendelser som kan ha gitt hodeskade. Fjerde del gjelder 30 symptomer med svar på skalaen "ikke i det hele tatt", "litt", "ganske mye" og "svært mye". Seksten av spørsmålene er avledet av DSM-III-R/DSM-IV og de øvrige 14 gjelder symptomer spesifikke for flyktningtraumer.

Nyere versjoner av HTQ inkluderer mellom 46 og 82 traumatiske hendelser i første del for bedre å ivareta erfaringene til de som overlevde krigene i det tidligere Jugoslavia og Kobe-jordskjelvet, og bruker ja/nei som svarkategorier. Tredje del er noe utvidet i den bosniske og kroatisk versjonen og fjernet i den japanske versjonen. Fjerde del har sju tilleggsspørsmål i den japanske versjonen og 24 tilleggsspørsmål i den bosniske og kroatisk versjonen.

Hopkins Symptom Checklist-25

Utgangspunktet for HSCL-25 er SCL-90 som består av 90 spørsmål. Spørsmålene reflekterer de primærsymptomer som i henhold til klinisk

erfaring peker i retning av flertallet av psykiatriske lidelser (Parloff 1954). En rekke instrumenter avledet av originalen refereres ofte som Symptom Checklist (SCL).

SCL-90 er brukt i mer enn 700 studier og er grundig testet for reliabilitet, validitet¹ og evne til å beskrive endringer over tid (Derogatis 1993). Ti av spørsmålene gjelder angst, 15 depresjon, disse utgjør samlet Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25). Svaralternativene er fire på en skala fra "ikke plaget" til "svært plaget". Resultatet beregnes ved å summere skåre på hvert spørsmål og dele summen på antall spørsmål. Verdier over 1,75 definerer et "kasus", verdier mellom 1,55 og 1,75 mulige "kasus" (Sandanger 1999).

Post Traumatic Symptom Scale-16

Post Traumatic Symptom Scale-16 (PTSS-16) inneholder 16 spørsmål om posttraumatiske stresssymptomer avledet av DSM-III-R/DSM-IV (Lie 2004B). Spørsmålene dekker søvnforstyrrelser, drømmer og mareritt om fengsling og tortur, depresjon, skvettenhet, isolasjonstendenser, irritabilitet, mangel på følelsesmessig stabilitet, skyldfølelse og selvanklaging, frykt for traumested og -situasjon eller situasjoner som likner og kroppslige spenninger. Det spørres om slike symptomer har vært til stede den siste uken (Lie 2004B).

Søkemetode

Det ble søkt i de elektroniske databasene PubMed og National Centre for Health Outcomes Development bibliography (phi.uhce.ox.ac.uk). Bøker og kompendier innen feltet måling av helse ble også brukt.

I kildene søkte vi etter begrepene "Hopkins Symptom Checklist", "Harvard Trauma Questionnaire" og "Post Traumatic Symptom Scale". Referanser ble inkludert dersom de gjaldt bruk eller evaluering av instrumentet på flyktning- eller asylsøkerpopulasjoner. Vi tok bare med artikler om voksne, på engelsk eller med engelsk sammendrag.

Resultater

Vi fant 21 referanser som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, inkludert en systematisk oversikt over instrumenter beregnet for måling av traumer og helsestatus hos flyktninger (Hollifield 2002). Hovedresultatene i denne oversiktsartikkelen følger, sammen med en oppsummering av funnene vedrørende HTQ og HSCL-25. Vi viser også hva som er gjort av forskning etter at Hollifield og medarbeidere avsluttet inklusjonen (oktober 2001), samt tidligere norsk forskning som ikke var blitt tatt med i oversiktsartikkelen. Til slutt omtales resultatene for PTSS-16.

I oversiktsartikkelen ble 12 instrumenter spesifikt beregnet på flyktninger inkludert, fordi man hadde tilstrekkelig informasjon om disse for vurdering mot sentrale kriterier for utvikling og evaluering av instrumenter (Weathers 1997). Sentrale kriterier er at hensikten er klarlagt, at det er klarlagt hva instrumentet faktisk måler, at designet er klart, at utviklings-

¹ Validitet er et uttrykk for om instrumentet er et mål på det man ønsker at det skal være et mål på.

metodene beskrevet og reliabilitet og validitet testet. Ingen av instrumentene møtte alle fem kriterier. HTQ tilfredsstilte fire av kriteriene. Videre behandlet studien åtte andre generelle instrumenter som var tilpasset bruk blant flyktninger. HSCL-25 tilfredsstilte alle fem kriterier. En kortversjon av PTSS-16, PTSS-10 var med i studien.

Forfatterne av oversiktsartikkelen konkluderte at brorparten av forskningen relatert til flyktningers traume og helse er beskrivende, og at der instrumenter brukes i slik forskning er de ikke godt støttet av reliabilitets- og validitetstesting. Følgende anbefalinger for videre forskning ble gitt: forbedring av teoretisk grunnlag og klarlegging av hva instrumentene måler, utviklingsarbeid som inkluderer kvalitativ tilnærming og flere reliabilitets- og validitetsundersøkelser (Hollifield 2002).

Harvard Trauma Questionnaire

HTQ var blitt brukt i 22 av de 183 studiene inkludert i oversiktsartikkelen. Første del av instrumentet (som gjelder traumeerfaringer) er reliabel (til å stole på) i kliniske populasjoner. Intern konsistens (alfa=0,90), test-retest-egenskaper ($r=0,89$) og likheten mellom undersøkernes resultater (inter-rater reliability, kappa=0,93) er utmerkede anvendt på sørøst-siatiske pasienter⁹. Test-retest-egenskapene er funnet noe dårligere for asiatiske flyktninger ($r=0,62$).

Instrumentet er kritisert for ikke å dekke kvinners erfaringer adekvat (Allotey 1998). Bruken av noe ulike svaralternativer innen instrumentet kan forvirre, noe som kan påvirke datakvalitet, reliabilitet og validitet. Spørsmålet om tortur er ikke reliabilitets- eller validitetstestet (Hollifield 2002). Senere arbeider er vist i Tabell 1 side 23.

Instrumentets egenskaper når det gjelder å avdekke psykisk lidelse eller disposisjon for psykisk lidelse i en ikke-klinisk populasjon er ikke beskrevet. Det finnes heller ingen beskrevet vurdering av instrumentets egenskaper i en gruppe som består bare av asylsøkere. Instrumentet er stort, og derfor tidkrevende å anvende.

⁹ Intern konsistens er et mål på i hvilken grad de enkelte spørsmål henger sammen og kan sammenfattes i en eller flere dimensjoner. Test-retest egenskaper vil si et mål på om resultatet blir det samme, målt på to ulike tidspunkter med kort intervall (for at realitetene ikke skal være vesentlig endret). Kappa er et mål på om to undersøkere uavhengig av hverandre kommer til samme konklusjon når de undersøker den samme personen med det samme instrumentet.

Tabell 1: Oversikt over studier der HTQ er brukt etter at Hollifield (2002) avsluttet sin inklusjon.

Forfatter	Sted, populasjon	Resultater (kun for studier som har evaluert instrumentet) ¹⁰
Cardozo (2004)	Afghanistan, internflyktninger	
Dong (2003)	USA, vietnamesiske flyktninger	
Ekblad (2002)	Sverige, flyktninger fra Kosovo	Strukturelle likningsmodeller viste tilstedeværelse av tre dimensjoner og en høyere ordens generell dimensjon
Eytan (2004)	Sveits, Kosovo-albanere	
Fernandez (2004)	Akutt/intensivavdeling, Kosovo, etniske albanere	Alder, kjønn, utdanning og antall traumatiske hendelser var assosiert til skårene
Gerritsen (2004)	Nederland, asylsøkere og flyktninger fra Afghanistan, Iran og Somalia	
Lopes Cardozo (2004)	Thailand, flyktninger av Karen-folket	
Nelson (2004)	Serbia, pasienter i akutt/intensivavdeling	Flyktningestatus og bosted hang sammen med skårene
Sabin (2003)	USA, meksikanske flyktninger	
Scholte (2004)	Afghanistan, internflyktninger	

Hopkins Symptom Checklist-25

I oversiktsartikkelen fant man at HSCL-25 var blitt brukt i mange studier av flyktninger. Instrumentet er brukbart og har utmerkede test-retest-egenskaper (r mellom 0,82 og 0,90) anvendt på indokinesiske populasjoner. Når det gjelder å bekrefte tidligere kjent depresjon er instrumentet valid (sensitivitet 0,88, spesifisitet 0,73), det samme gjelder symptomaksen (akse 1) i DSM-III-R (sensitivitet 0,93, spesifisitet 0,76). Tidligere oversikter betrakter instrumentet som valid. Instrumentet er imidlertid begrenset til å avdekke angst og depresjon og det er derfor diskutabelt om det er valid når det gjelder å dekke hele spekteret av symptomer flyktninger erfarer (Hollifield 2002).

Tabell 2 side 24 viser påfølgende forskning på HSCL-25 i flyktningpopulasjoner.

Spesifisiteten er lav, noe som taler mot anvendelse som screening-instrument. HSCL-25 er ikke testet i en gruppe bare bestående av asylsøkere.

¹⁰ Evaluering brukes her i betydningen enhver referanse til betydning for utvikling, testing og validering av instrumentet.

Tabell 2: Oversikt over studier der HSCL-25 er brukt etter at Hollifield (2002) avsluttet sin inklusjon. I tillegg er en norsk undersøkelse fra 1999 som ikke var inkludert i Hollifields arbeid med.

Forfatter	Sted, populasjon	Resultater (kun for studier som har evaluert instrumentet) ¹¹
Cardozo (2004)	Afghanistan, internflyktninger	
Crescenzi (2002)	India, tibetanske flyktninger	
Foss (2001)	USA, vietnamesiske Hmong-flyktninger med barn	Skårene korrelerte med post-traumatisk stress og manglende integrering
Gerritsen (2004)	Nederland, asylsøkere og flyktninger fra Afghanistan, Iran og Somalia	
Hermansson (2003)	Sverige, torturerte og ikke torturerte flyktninger	Skårene hadde sterkest sammenheng med utdanning og arbeidsledighet
Hermansson (2002)	Sverige, krigsskadede flyktninger	
Hermansson (2001)	Sverige, krigsskadede flyktninger	
Hinton (2004)	USA, kambodsjanske flyktninger med luktremkalte panikkanfall	
Lavik (1999)	Norge, traumatiserte flyktninger	Skårene korrelerte med Global Assessment of Function Scale, Brief Psychiatric Rating Scale, alder, kjønn, nasjonalitet, flyktningestatus og arbeidsledighet, derimot ikke med traumefaktorer.
Lie (2002)	Norge, bosatte flyktninger	Alvorlige trauma, liv i eksil, manglende familiegjenforening var assosiert til skårene. Ingen endring i skårer etter tre år.
Lopes Cardozo (2004)	Thailand, flyktninger av Karen-folket	
Mollica (2001)	Bosniske flyktninger	
Sabin (2003)	USA, meksikanske flyktninger	Skårene viste sammenheng med traumatiske hendelser og sosiodemografiske variabler
Scholte (2004)	Afghanistan, internflyktninger	
Tang (2001)	USA, senegalesiske flyktninger	
Walkey (2002)	Fiji, traumatiserte personer	Faktoranalyse gav tre dimensjoner, normative data

¹¹ Evaluering brukes her i betydningen enhver referanse til betydning for utvikling, testing og validering av instrumentet.

Post Traumatic Symptom Scale-16

En kortversjon, PTSS-10 (som er innebygget i veilederen fra SHDir), er omtalt i oversiktsartikkelen (Hollifield 2002). Instrumentet ble funnet å ha utmerket intern konsistens (alfa=0,93) og test-retest-reliabilitet ($r=0,92$) anvendt på bosniske flyktninger, men det er ikke validitetstestet. Med ytterligere seks spørsmål vil man vente at det har minst like gode egenskaper som kortversjonen. PTSS-16 er brukt for å måle endringer hos bosniske flyktninger som vendte hjem fra Norge (Lie 2004B). Instrumentet påviste signifikant bedring i symptomer hos disse flyktingene etter at de kom hjem.

Instrumentet er ikke testet på en gruppe bare bestående av asylsøkere. Uten kunnskap om validitet foreligger ikke sensitivitets- og spesifisitetsberegninger.

Konklusjon om instrumenter for strukturert intervju

Selv om noen av egenskapene har vist seg gode for instrumentene, prøvet på spesifikke flyktningbefolkninger, er ingen av instrumentene tilstrekkelig testet for formålet generelt å identifisere asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp. Instrumentene kan likevel brukes til formålet. Om det er en god metode, kan man ikke få svar på uten å planlegge slik bruk som et forskningsprosjekt.

Av instrumentene er HTQ beregnet brukt av helsepersonell, som er mangelvare ved norske mottak (se side 13). Hensikten med HTQ er å avdekke traumer som ev. disponerer for eller har utløst psykisk lidelse. Det er fordelen med instrumentet. Ulempen er at det å avdekke traumer uten at personell som kan ivareta reaksjonene er til stede, kan skade de som undersøkes. Det tar dessuten lang tid å gå gjennom det. HTQ er derfor neppe egnet når formålet er identifisering i stor skala.

HSCL-25 og PTSS-16 forutsetter ikke intervju ved helsepersonell. Sammen dekker de angst, depresjon og posttraumatiske stresssymptomer, men ikke traumatiske erfaringer spesifikke for flyktninger eller asylsøkere. Instrumentene identifiserer altså ikke potensiell psykisk lidelse, men kan avdekke tilstedeværende, ikke erkjent psykisk lidelse. Til dette formålet kan HSCL-25 og PTSS-16 kanskje være verdt å prøve. Dokumentasjonen for PTSS-16 er mangelfull i forhold til PTSS-10. Et prosjekt kan ev. sammenlikne bruken av disse instrumentene. Selv om instrumentene ikke forutsetter helsepersonell, anbefaler vi bruk av slikt personell for å forhindre rollekonflikt for ansatte ved asylmottakene.

Forskningsspørsmålet må være: Er HSCL-25 og PTSS-16/PTSS-10, anvendt av helsepersonell til strukturert intervju med asylsøkere, egnet til å identifisere de som har (nåværende) behov for psykiatrisk hjelp?

KRAV TIL ET FORSKNINGSPROSJEKT

Prosjektet bør være en randomisert, kontrollert undersøkelse. Sannsynligvis er den beste løsningen å randomisere på mottaksnivå, dvs. at alle asylsøkere ved samme mottak får samme tilbud. I noen mottak anvendes strukturert intervju systematisk for alle, i de øvrige mottakene gjøres ingen intervensjon. Alle asylsøkere (også i mottak som ikke inngår i studien) innenfor en forhåndsdefinert inklusjonsperiode følges i et bestemt tidsintervall, for eksempel to år, med henblikk på behandling og diagnostikk i den ordinære helsetjenesten.

Relevante resultatvariabler vil være henvisninger til primærlege, henvisninger til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, diagnostikk, behandling og funksjonsnivå ved observasjonstidens slutt. Viktig er registrering av tidsintervaller frem til ev. henvisning.

Avhengig av hvilke resultatvariabler man vil tillegge størst vekt, hvor stor effekt man mener er nødvendig for å anse en intervensjon som vellykket, og hvor sikker man vil være på konklusjonen, kan antallet som inngår i de ulike gruppene beregnes.

Prosjektet vil møte store utfordringer, noen av de viktigste skal her bare gjennomgå summarisk:

Formålet må defineres og presiseres. Er det tilstedeværende behandlingstrequende psykisk lidelse man vil avdekke, eller disposisjon for fremtidig psykisk lidelse? Hvilke(n) psykisk lidelse(r) skal inkluderes og ekskluderes? Hva er det man vil oppnå med avdekkingen?

Den studerte befolkning må defineres og avgrenses. Skal alle asylsøkere inkluderes, eller skal studien gjelde for eksempel bare voksne, bare menn eller kvinner, bare personer fra visse geografiske områder? Velger man alle, vil studien måtte gjøres stor for å kompensere for at den studerte gruppen er svært heterogen. Det er ikke sikkert det vil la seg gjøre å gjøre studien stor nok.

Hva er kriteriene for et godt resultat? Her er det duket for vanskelige spørsmål med normativt preg. Variablene kan være av ulik karakter, medisinske (ble det stilt flere korrekte diagnoser, fikk flere adekvat behandling?), organisatoriske (ble flere behandlet etter kortere ventetid?), økonomiske (medførte prosjektet kostnadsbesparelse i helsetjenesten, i samfunnet for øvrig?) eller ha pasientperspektiv (ble livskvaliteten bedret?). Det kan oppstå betydelig uenighet mellom forskerne, representanter for tjenesten og oppdragsgiveren med hensyn til hva som er den viktigste dimensjonen, og hvor stor effekt som må påvises for å hevde en vellykket intervensjon.

Hvordan vil man sikre seg at et tilstrekkelig antall ulike variabler registreres med nødvendig kvalitet? Prosjektet vil måtte involvere mange asylmottak, overveiende sannsynlig flere helseregioner, en rekke kommuner og primærleger og flere psykiatriske institusjoner. Sikring av kvalitet på dataene fordrer tett oppfølging svært mange steder.

Et slikt prosjekt er komplisert. Vi har ikke innhentet litteratur for å dokumentere om det er gjennomførbart (vurdert ut fra andre komplekse problemstillinger som er studert). Basert på generell forskningserfaring mener vi at det er betydelig risiko for at prosjektet ikke vil la seg gjennomføre. Selv nitid planlegging er ikke noen garanti. Som et absolutt minimum vil vi likevel antyde at det bør settes av seks måneder for en seniorforsker til å utarbeide prosjektprotokoll.

ESTIMERTE KOSTNADER

Presisering av problemstilling og prinsipp for beregning

Hensikten i det følgende er å estimere hva det vil koste samfunnet å gjennomføre strukturert intervjuundersøkelse av alle nyankomne asylsøkere hvert år. I regnestykket inngår forskningskostnadene i et nødvendig pilotprosjekt, men ikke øvrige gjennomføringskostnader siden vi foreløpig ikke vet hvor stort pilotprosjektet må være.

Å beregne samfunnets kostnader innebærer å estimere samfunnets verdi av ressursene som går med til prosjektet. I samfunnsøkonomiske beregninger estimeres kostnaden eller verdien av en ressurs som det ressursen ble verdsatt til før den ble brukt i prosjektet, også kalt alternativkostnaden av ressursen. Vi antar at arbeidskraften som går med til prosjektet er verdsatt til bruttolønn pluss arbeidsgiveravgift m.v. (totalt 25% av bruttolønn). Varer og tjenester til prosjektet (eks. flytjenester, tolketjenester, trykking av spørreskjemaer) verdsettes til pris eksklusiv toll og avgifter til staten (siden disse bare representerer overføringer til og fra staten).

Kostnader ved nasjonal strukturert intervjuundersøkelse

Generell administrasjon

Til å administrere et nasjonalt program er en prosjektkoordinator i full stilling et minimum. Videre er det behov for en ekspert i 20% stilling til å lede arbeidet.

Opplæringskostnader

Man trenger et informasjonsmøte om tiltaket og opplæring av personell som skal gjøre intervjuene. Vi antar at et slikt møte ikke foregår på alle mottak, men at man har ett fellesmøte for mottak i hver UDI-region. Dette innebærer at én ekspert oppsøker hver av de seks UDI-regionene, og bruker en dag av sin tid på hvert regionsmøte (seks dagsverk). I tillegg kommer reisekostnader for denne eksperten (seks reiser).

Vi antar at man trenger å lære opp to helsesøstre eller sykepleiere per mottak som deltar på disse møtene. Videre antar vi 100 ordinære mottak, dette innebærer at man trenger 200 sykepleiere totalt. Hver bruker de en dag av sin tid. I tillegg kommer reisekostnader for disse.

Intervjukostnader

Siden både antallet nyankomne asylsøkere og antallet mottak varierer fra år til år, antar vi for enkelthets skyld at det kommer 10 000 nye asylsøkere per år og at man har 100 mottak, som betyr 100 nye asylsøkere per år per mottak.

Vi antar at helsepersonell (sykepleier, helsesøster eller ev. hjelpepleier) utfører intervjuet og at man trenger 1,5 timer per asylsøker, en time til å utføre selve intervjuet og en ½ time per asylsøker til administrasjon og tolkning av resultatene. I tillegg trenger man en tolk i forbindelse med intervjuet, en time per asylsøker. Vi beregner kostnader til telefontolk slik at vi sparer reisekostnader for disse.

Kostnader ved å trykke opp intervjuguider, utstyr (PC), og bruk av areal burde også egentlig tallfestes, men utelates her siden disse kostnadene antas å være små i forhold til personell- og reisekostnader. Som eksempel kan nevnes at trykking av 10 000 intervjuguider (som svarer til det årlige antallet asylsøkere) koster ca 8 600 kroner eksklusiv mva.. Det antas dessuten at PC og lokaler kan stilles til disposisjon av mottakene i forbindelse med intervjuene slik at vi kan se bort fra disse kostnadene.

Tabell 3: Samfunnets kostnader per år ved ev. nasjonal strukturert intervjuundersøkelse.

Kostnadskomponenter	Mengde		Enhetskostnad	Kostnad
	Enhet	Antall		
Generell administrasjon				
Ekspert	Årsverk	0,2	625 000	125 000
Prosjektkoordinator	Årsverk	1	375 000	375 000
Opplæringskostnader*				
1 fagekspert til opplæringsmøtet -1 dagsverk per region, 6 regioner	Dagsverk	6	2 700	16 200
Reisekostnader til ekspert	Antall reiser	6	2 500	15 000
2 helsesøstre per mottak	Dagsverk	200	1 500	300 000
Reisekostnader for helsesøstre	Antall reiser	200	500	100 000
Administrering av intervjuet				
Helsepersonell (sykepleier), 1,5 time/asylsøker	Timer	15 000	200	3 000 000
Tolk, 1 time per asylsøker	Timer	10 000	320	3 200 000
Sum				7 131 200

*Gjennomsnittskostnadene per år for opplæring blir sannsynligvis noe lavere enn estimert her ettersom helsepersonell sannsynligvis ikke trenger opplæring hvert år. Likevel vil en slik nedjustering av kostnadene ikke bety så mye for sluttsummen, siden opplæringskostnadene utgjør en liten andel av de totale kostnadene.

Forskningskostnader ved pilotprosjektet

Vi antar at et pilotprosjekt går over to år. Vi har tallfestet kostnader knyttet til avlønning av forskere ansatt på pilotprosjektet. Man antas å trenge en juniorforsker ansatt på fulltid, to prosjektledere som hver jobber 10% samt en statistiker i 20% stilling. Videre må en prosjektkoordinator i full stilling bidra til kvalitet på datainnhenting.

Tabell 4: Samfunnets kostnader knyttet til forskning og evaluering av prøveprosjekt.

Kostnadskomponenter	Årsverk	Enhetspris	Kostnad
Prosjektplanlegging	0,5	625 000	313 000
Prosjektkoordinator	1	375 000	375 000
Juniorforsker	2	310 000	620 000
Statistiker 1/5 årsverk over 2 år	0,4	440 000	176 000
Fagekspert/prosjektleder 2 personer, hver 10%, i 2 år	0,4	625 000	250 000
Sum			1 684 000

Konklusjon om kostnader

Vi har estimert de årlige kostnadene ved selve screeningen til over 7 millioner kroner. I tillegg kommer kostnader knyttet til pilotprosjektet, der bare forskningskostnadene nærmere 1,7 millioner kroner. Det er ikke mulig å stipulere øvrige kostnader ved et pilotprosjekt før størrelsen på dette er beregnet. Overslagene må regnes som meget konservative, det er store muligheter for at de reelle kostnadene vil ligge høyere.

Kostnadsoverslagene kan ikke brukes som beslutningsgrunnlag for hvorvidt det lønner seg å gjennomføre et nasjonalt prosjekt med strukturert intervju av alle asylsøkere. Ideelt sett burde man ha gjort en nyttekostnadsanalyse, der alle forventede gevinster (for eksempel bedret livskvalitet, økt innsats i arbeidslivet, mer begrenset kriminalitet) og kostnader (økt belastning på helsetjenesten, økt tilstrømning av asylsøkere (pga. godt rykte som følge av gode rutiner)) beregnes. Vi har ikke tilgjengelige data av en slik kvalitet at et slikt regnestykke kan gjøres. Det er i seg selv et større forskningsprosjekt.

KONKLUSJON

Funn

Asylsøkere har ofte behov for hjelp pga. psykiske helseproblemer. Det er ingen sikker dokumentasjon som tilsier at asylsøkere kan vurderes på linje med personer med godkjent status som flyktninger.

Bemanningen knyttet til mottakene er svært varierende og generelt utilstrekkelig, spesielt når det gjelder helsepersonell, og mange med erkjent psykisk sykdom får ikke tilstrekkelig hjelp. Det finnes i dag ingen systematisk kartlegging av psykisk helse hos asylsøkere, og det er ikke definert noen norm for hva som er et behov for psykiatrisk hjelp.

Å identifisere asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp er ikke en situasjon som tilfredsstillende de alminnelige krav til et screeningprosjekt. Det finnes heller ikke noe instrument som er ferdig uttestet og validert med henblikk på formålet. Et eneste instrument (HTQ) er av en slik karakter at det muligens vil kunne si noe om disposisjon for psykisk lidelse, men det er meget tidkrevende å bruke og passer ikke til masseundersøkelse.

Det finnes et par instrumenter (HSCL-25, PTSS-16) som kan prøves ut for å avdekke tilstedeværende, ikke erkjent psykisk lidelse.

Kommentar og anbefaling

Siden vi ikke vet om HSCL-25 og PTSS-16 egner seg for formålet, vil det fra et vitenskapelig og medisinsk synspunkt ikke være etisk forsvarlig å iverksette utprøving uten at det gjøres som et forskningsprosjekt. Et slikt prosjekt vil ikke kunne gjennomføres over kortere tid enn to år.

Utsiktene til å lykkes med et forskningsprosjekt er ikke gode. Både presisering av forskningsformålet, definisjon og avgrensning av den studerte populasjonen, normative vurderinger av hva som er viktige resultatdimensjoner og hva som er kriteriene for et godt resultat, og sikring av kvaliteten på datainnhentingene byr på utfordringer som vil være vanskelig å overkomme.

Skulle forskningsprosjektet vise seg vellykket, ville det ikke være medisinsk etisk forsvarlig å la være å iverksette en nasjonal strukturert intervjuundersøkelse. Vi har beregnet antatte kostnader til dette, slik at man kan gjøre en politisk vurdering av om disse ressursene bør anvendes på annen måte.

Gitt at man på tross av betenkelighetene nevnt ovenfor velger å gjennomføre et prosjekt, er det et selvstendig spørsmål om i hvilken situasjon intervjuene bør foretas. Det finnes ikke relevant litteratur som besvarer dette spørsmålet, og vi må trekke konklusjoner fra klinisk erfaring.

Hovedutfordringen er at asylsøkeren i transittmottaket er i en helt spesiell situasjon som vanskeliggjør vurderingen av mental helse. Asylsøkeren befinner seg i et nytt land, sammen med mange ukjente mennesker som alle er i en vanskelig situasjon, og i fullstendig uvitenhet om den

nærmeste fremtiden. Uavhengig av tidligere opplevelser er dette en meget sårbar situasjon. Dessuten kan den vanskelige situasjonen føre til simulering, forsterkning eller bagatellisering av symptomer, noe som ytterligere vanskeliggjør vurderingen av mental helse. Enkle instrumenter vil være av begrenset verdi. Intervjuer om gjennomgåtte traumer kan i seg selv være overgrep. Mulighet for umiddelbar oppfølging fra primærhelsetjenesten (psykiatrisk sykepleier, fastlege) eller spesialisthelsetjenesten er begrenset. Vedkommende skal i mange tilfeller til ordinært mottak innen få uker og må da forholde seg til nye fagpersoner.

Vi frarår derfor forsøk på å identifisere alvorlig psykisk lidelse i transittmottak. Et eventuelt prosjekt bør gjennomføres i ordinære mottak.

Videre må vi påpeke at kostnadsberegningen ikke innebærer nødvendig styrking av det psykiatriske hjelpetilbud i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Utdanning, rekruttering og ansettelse av flere spesialister er alene en utfordring med store kostnader og langsiktig perspektiv. Hvis man velger aktivt å avdekke psykisk lidelse hos personer som ikke selv søker helsehjelp, er det en etisk forpliktelse å tilby behandling.

Den generelle kapasitetsbegrensning i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er når det gjelder asylsøkere en krevende politisk utfordring. Det er muligens stor forståelse i befolkningen for de særskilte lidelser som følger av krig og forfølgelse. Denne forståelsen kan gi aksept for prioritering av asylsøkere, så fremt befolkningen stoler på at disse faktisk har opplevd slike traumer. Forestillingen om at prioritering av asylsøkere kan forhindre nye tilfeller av tilfeldige drap eller blind vold kan kanskje også bidra til aksept. På den annen side vil vedvarende rapportering om utilstrekkelig tilbud til norske med alvorlige psykiske problemer utfordre og kanskje undergrave slik aksept.

Det er en politisk beslutning om man mener et pilotprosjekt som beskrevet, med sikte på en senere nasjonal strukturert intervjuundersøkelse av alle nye asylsøkere er verdt å gjennomføre. Ut fra den faglige dokumentasjon som her er vurdert, mener vi det er langt flere forhold som taler mot en slik tilnærming, enn som taler for den.

LITTERATUR

Allotey P (1998). Travelling with "excess baggage": health experiences of refugee women in Western Australia. *Women Health* 1998; 28: 62-81.

Brunvatne R (2004). Senter for migrasjonshelse. Vestfold fylkeskommune, 10.2.2004.

Carlsson EB (1991), Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry*, 148, 1548-51.

Cardozo BL (2004), Bilukha OO, Crawford CA, et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA* 2004; 292: 575-84.

Crescenzi A (2002), Ketzer E, Van Ommeren M, et al. Effect of political imprisonment and trauma history on recent Tibetan refugees in India. *J Trauma Stress* 2002; 15: 369-75.

Derogatis LR (1993). SCL-90-R: Bibliography. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1993.

Dong YT (2003), Church AT. Cross-cultural equivalence and validity of the Vietnamese MMPI-2: assessing psychological adjustment of Vietnamese refugees. *Psychol Assess* 2003; 15: 370-7.

Eklblad S (2002), Gustafsson JE, Roth G. Dimensional analysis of the General Health Questionnaire by application of structural equation modelling. *International Medical Journal* 2002; 9: 103-9.

Eytan A (2004), Gex-Fabry M, Toscani L, et al. Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 664-71.

Fernandez WG (2004), Galea S, Ahern J, et al. Mental health status among ethnic Albanians seeking medical care in an emergency department two years after the war in Kosovo: a pilot project. *Ann Emerg Med* 2004; 43: E1-8.

Foldspang A, Juul S, Olsen J, Sabroe S (1986). Vurdering av screeningprogrammer. I: *Epidemiologi. Sygdom og befolkning. 2. utgave*. København: Munksgaard, 1986: 171-86.

Foss GF (2001). Maternal sensitivity, posttraumatic stress, and acculturation in Vietnamese and among mothers. *Am J Matern Child Nurs* 2001; 26: 257-63.

Gerritsen AA (2004), Bramsen I, Deville W, et al. Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. *BMC Public Health* 2004; 10: 7.

Graves D (2002). Asylum seekers and healthcare. *Med J Aust* 2002; 176: 86-7.

Gulbrandsen P (2001). Leve villscreening! *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 619-20.

Hauff E (1994), Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 85-90.

Helsetilsynet (2004). Veileder for landsomfattende tilsyn med helsetjeneste til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Statens helsetilsyn, 2004.

Helsetilsynet (2004B). www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_____6363.aspx. (29.10.2004).

- Hermansson AC (2001), Thyberg M, Timpka T, Gerdle B. Survival with pain: an eight-year follow-up of war-wounded refugees. *Med Confl Surviv* 2001; 17: 102-11.
- Hermansson AC (2002), Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 374-80.
- Hermansson AC (2003), Timpka T, Thyberg M. The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 317-24.
- Hinton DE (2004), Pich V, Chhean D, Pollack MH, Barlow DH. Olfactory-triggered panic attacks among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 390-7.
- Hollifield M (2002), Warner TD, Lian N, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA* 2002; 288: 611-21.
- Keller AS (2003), Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C et al. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 2003; 362: 1721-3.
- Lavik NJ (1996), Christie H, Solberg Ø, Varvin S. A refugee protest action in a host country: possibilities and limitations of a mental health unit. *J Refug Stud* 1996; 1: 73 - 88.
- Lavik NJ (1999), Laake P, Hauff E, Solberg O. The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: validation and analysis of HSCL-25. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1999; 53: 17-20.
- Lersbryggen A. (2000). 6000 Kosovoflyktninger i mottak – hva har vi lært? Rapport, Universitetet i Oslo.
- Lie B (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 415-25.
- Lie B (2004), Sveaass N, Eilertsen DE. Family, activity and posttraumatic reactions in exile. In press: *Community, Work & Family*, issue December 2004.
- Lie B (2004B). The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: a longitudinal, comparative study. *Scand J Public Health* 2004; 32: 179-87.
- Loff B (2002). Detention of asylum seekers in Australia. *Lancet* 2002; 359: 792-3.
- Lopes Cardozo B (2004), Talley L, Burton A, Crawford C. Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. *Soc Sci Med* 2004; 58: 2637-44.
- Meyer M (1993), Nygård, M. Fysisk treningsprogram for flyktningkvinner. *Linjer*, 1993: 7-10.
- Mollica RF (1987), Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1567-72.
- Mollica RF (2001), Sarajlic N, Chernoff M, et al. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA* 2001; 286: 546-54.
- Nelson BD (2004), Fernandez WG, Galea S, et al. War-related psychological sequelae among emergency department patients in the former Republic of Yugoslavia. *BMC Med* 2004; 2: 22.

Neumayer S (1994). Kartlegging av psykososiale forhold i asylsøker mottak og behovet for undervisning og veiledning. Oslo: Rapport fra Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo.

NRK Brennpunkt (2004).

<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/3981518.html> (29.10.2004)

Nygård M (1995), Malterud K. Enkel kartlegging av posttraumatisk stressforstyrrelse hos bosniske krigsflyktninger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1971-4.

Parloff MB (1954), Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. Am J Psychiatry 1954; 111: 343-51.

Sabin M (2003), Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. JAMA 2003; 290: 635-42.

Sandanger I (1999), Moum T, Ingebrigtsen G, et al. The meaning and significance of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview II. Soc Psychiatry Epidemiol 1999; 34: 53-9.

Scholte WF (2004), Olf M, Ventevogel P, et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. JAMA 2004; 292: 585-93.

Silove D (1997), Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: association with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry 1997; 170: 351-7.

Silove D (1999), Steel Z, McGorry P, Drobny J. Problems Tamil asylum seekers encounter in accessing health and welfare services in Australia. Soc Sci Med 1999; 49: 951-6.

Silove D (2000), Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. JAMA 2000; 284: 604-11.

Steel Z (2001), Silove DM. The mental health implications of detaining asylum seekers. Med J Aust 2001; 175: 596-9.

Stortingsmelding nr. 39 (1987-88). Om innvandringspolitikken.

Tang SS (2001), Fox SH. Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 507-12.

Thulesius H (1999), Håkansson A. Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. J Trauma Stress 1999; 12: 167-74.

Veileder – helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger (2003). IS-1022. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.

von Kachne (2000). Health care for asylum seekers. Germany has better method of dealing with asylum seekers' medical problems. BMJ 2000; 321: 893-4.

Walkey FH (2002), Aghanwa HS, Taylor AJ. A psychometric evaluation and cross-cultural validation of the 21 item Hopkins Symptom Checklist. Pac Health Dialog 2002; 9: 214-8.

Weathers F (1997), Keane TM, King L, King D. Psychometric theory in the development of posttraumatic stress disorder assessment tools. I: Wilson J, Keane T, red. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, NY: Guildford Press, 1997: 98-135.

Westermeyer J (1988). DSM-III psychiatric disorders among the Hmong refugees in the United States: a point prevalence study. *Am J Psychiatry* 1988; 144: 395-9.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-010-9

ISSN 1503-9544