
Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere

AKTUELT PROBLEM

ELLINOR F. MAJOR*

Psykososialt senter for flyktninger
Sognsveien 218
0864 Oslo

* Nåværende adresse:

Avdeling for spesialisthelsetjeneste
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Psykososialt senter for flyktninger utførte i 1998 en kartleggingsundersøkelse innen den psykiatriske annenlinjetjenesten i østlandsregionen.

Formålet med kartleggingen var å få en oversikt over antall flyktninger/asylsøkere som henvises til psykiatrien og å få kjennskap til hvilke områder som er særlig vanskelige i arbeidet med flyktninger og asylsøkere. Vi ønsket også å finne ut hvorvidt det var etablert et fast samarbeid med primærhelsetjenesten.

Resultatene viste at det ble henvist få flyktninger/asylsøkere til den psykiatriske annenlinjetjenesten. Kultur og kommunikasjon samt traumerelaterte problemer ble oppgitt som de mest krevende områder. Bare en tredel av enhetene oppgav at de hadde et fast samarbeid med primærhelsetjenesten, og svært få fikk forespørsler fra primærhelsetjenesten om veiledning i behandlingen av flyktninger og asylsøkere.

En årsak til at så få flyktninger henvises til psykiatrien kan være at primærlegene har erfaring for at en allerede overbelastet psykiatri vegrer seg for å ta inn denne gruppen pasienter. Dette kan bety at psykiatrien ikke får den nødvendige erfaring og følgende kompetanse i arbeidet med

flyktninger/asylsøkere. Det synes å være et behov for mer samarbeid med primærlegene fordi mange flyktninger også lider av somatiske senfølger etter overgrep og tortur.

Den første mer omfattende psykiatriske undersøkelse av flyktninger i Norge ble utført av Leo Eitinger i 1958, og resultatene tydet på en overhyppighet av psykoser blant flyktninger (1). Omtrent på samme tid startet Legekommisjonen av 1957 en undersøkelse av den fysiske og psykiske helsen til overlevende fra de tyske konsentrasjonsleirene (2). Denne undersøkelsen konkluderte med at de tidligere krigsfangene hadde betydelige psykiske og somatiske senfølger etter fangenskapet – det såkalte KZ-syndromet. Undersøkelsene av de tidligere KZ-fangene representerte starten på en mer omfattende traumeforskning i Norge (3 – 6), og en del av arbeidene har også oppnådd internasjonal anerkjennelse. Undervisningsenheten ved Psykososialt senter for flyktninger utførte derfor høsten 1998 en kartleggingsundersøkelse av arbeidet med flyktninger i den psykiatriske annenlinjetjenesten i østlandsregionen. Hovedmålet var å få noe mer systematisk informasjon om antall flyktninger som henvises og behandles i psykiatrien, og hvilke områder som man i psykiatrien opplever som særlig utfordrende. Vi ønsket også å få en oversikt over i hvilken grad ”overrislingsstrategien” fungerte ved å spørre om samarbeidet mellom psykiatrien og primærhelsetjenesten.

Metode og materiale

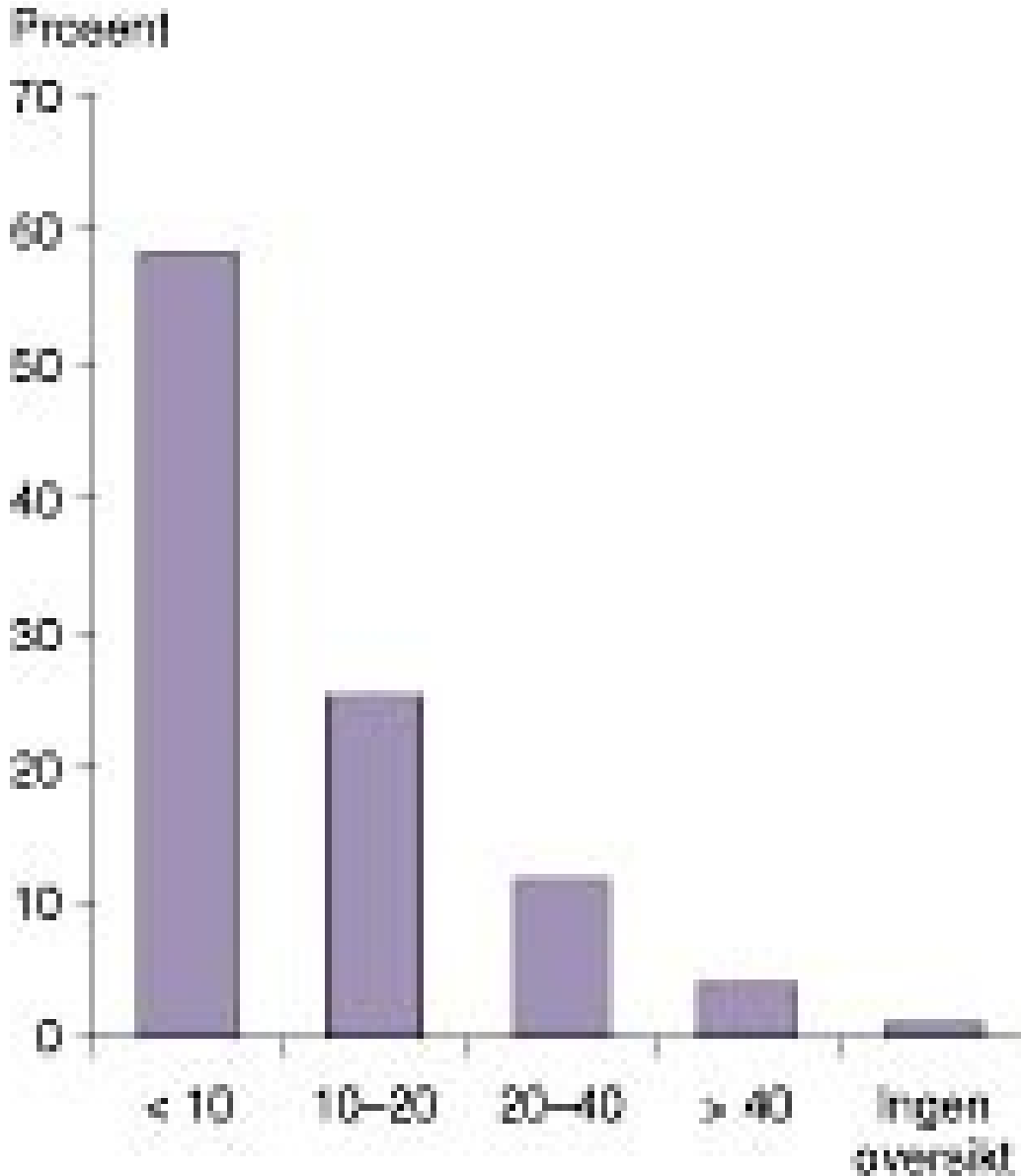
Et spørreskjema ble sendt til 115 overleger og sjefpsykologer ved psykiatriske avdelinger, poliklinikker, distriktpsikiatriske sentre (DPS-er) og til daglige ledere ved familierådgivningskontorer i sju fylker på Østlandet. Enhetene ble bedt om å fylle ut for foregående år – det vil si 1997. Vi mottok utfylte skjemaer fra i alt 85 enheter (74 %). Av disse var 29 % psykiatriske avdelinger, 49 % voksenpsykiatriske poliklinikker/distriktpsikiatriske sentre og 22 % familierådgivningskontorer.

Kartleggingsskjemaet hadde totalt 21 spørsmål, med hovedvekt på følgende områder:

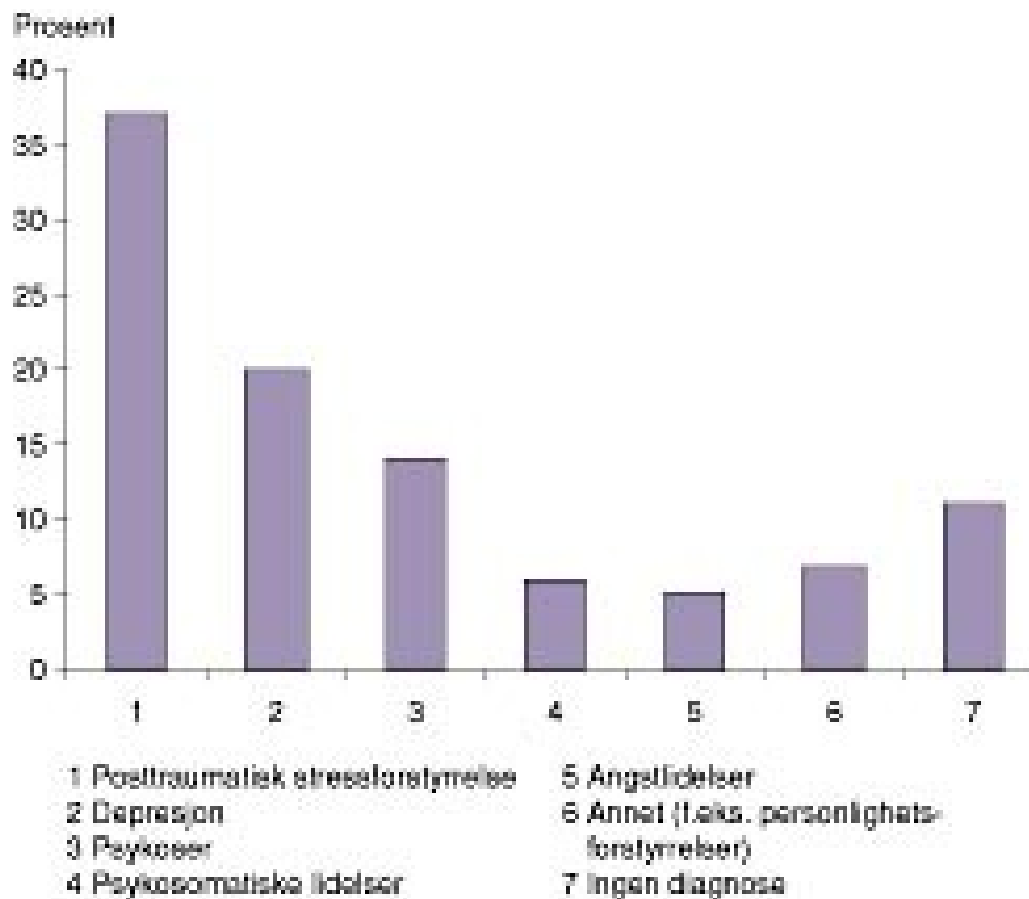
- Antall flyktninger som ble henvist i 1997
- Hvilke diagnoser som oftest ble stilt
- Hvilke former for behandling som oftest ble benyttet
- Hvilke områder som ble betraktet som særlig problematiske i behandlingen av flyktninger
- Hvilke områder enhetene ønsket mer kunnskap om
- Hvorvidt enheten hadde samarbeidsforhold med – eller underviste/veiledet
- ulike instanser innen førstelinjetjenesten.

Resultater

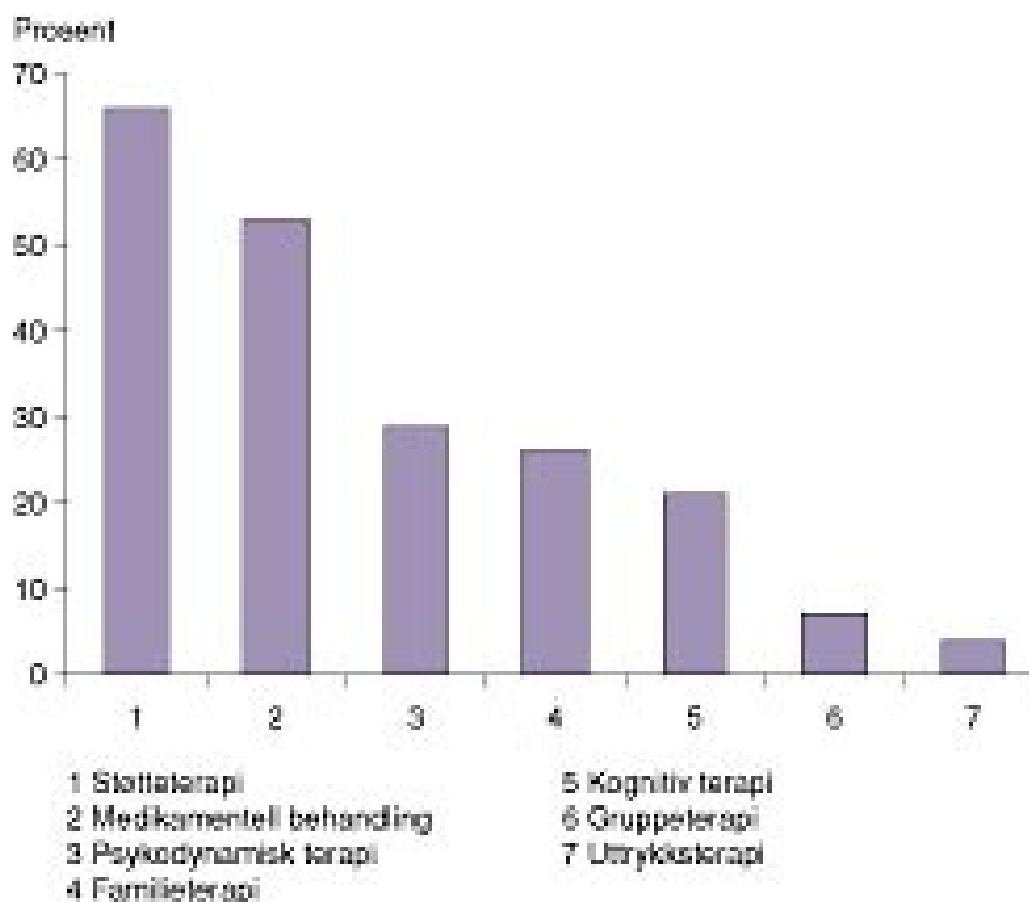
I vel tre firedeler (78 %) av tilfellene oppgav enhetene at de sjelden eller aldri underviste instanser i førstelinjetjenesten mht. psykososialt arbeid med flyktninger. I omtrent like mange tilfeller (81 %) oppgav enhetene at de aldri eller sjelden mottok forespørsler om slik undervisning/veiledning.



Figur 1 Antall henviste flyktninger/ asylsøkere til den psykiatriske annenlinjetjenesten i østlandsområdet i 1997



Figur 2 Mest brukte diagnoser ved de psykiatriske enheter i østlandsområdet i 1997 for flyktninger og asylsøkere



Figur 3 Mest brukte terapiformer for flyktninger/asylsøkere ved de psykiatriske enheter i 1997

Figur 1 viser at man ved de fleste enhetene oppgav at de fikk henvist færre enn ti flyktninger/asyllsøkere i løpet av 1997. Bare tre enheter (en voksenpsykiatrisk poliklinikk og to distriktpspsykiatriske sentre) oppgav at de fikk henvist flere enn 40 flyktninger/asyllsøkere. Av de 85 enhetene lå 24 i Oslo. Fordelingen av henviste flyktninger viste ingen radikale forskjeller fra den som fremkom for det totale antallet: 52 % fikk henvist færre enn ti pasienter. De hyppigst stilte diagnoser ved enhetene var posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjoner og psykoser (fig 2), mens de mest benyttede terapiformer var støtteterapi og medikamentell behandling (fig 3). Følgende områder ble oppgitt som særlig problematiske eller krevende i arbeidet: kultur og kommunikasjon med flyktninger (52 %), traumer og traumerelaterte problemer (40 %) og pasientens forventninger til behandlingen (40 %). Kultur og traumer kom også ut som de områder enhetene først og fremst ønsket mer kunnskap: Nesten 80 % oppgav behov for mer kunnskap knyttet til kulturforståelse, mens 50 % ønsket mer kunnskap om traumerelaterte problemer og posttraumatisk stressforstyrrelse. Andre områder enhetene ønsket mer kunnskap om var psykoterapi (40 %), arbeid med tolk (35 %) og medikamentell behandling (18 %). Videre fremkom tendenser i retning av at jo færre flyktninger enheten hadde i behandling, desto flere oppgav problematiske områder som kultur og kommunikasjon og desto flere hadde behov for mer kunnskap (tab 1, 2). Av de 85 enhetene oppgav en tredel (33 %) at de hadde regelmessig samarbeid med førstelinjetjenesten. Vel halvparten (52 %) oppga

v at de av og til samarbeidet med ulike instanser innen denne tjenesten. Av disse igjen oppgav 28 % samarbeid med sosialkontor, 18 % med legekantor, 16 % med flyktningkontor og 6 % med asylmottak.

Diskusjon

For å lette utfyllingen av spørreskjemaet og dermed øke svarprosenten valgte vi å bruke relativt enkle spørsmål og grove svarkategorier. En svarprosenten på 74 ble ansett som tilfredsstillende. Som beskrevet i resultatdelen viste kartleggingen at hele 58 % av enhetene totalt (52 % av enhetene i Oslo) fikk henvist færre enn ti flyktninger/asyllsøkere i løpet av 1997. Selv om vi ikke vet hvor stor andel dette utgjør av den totale pasientmassen ved den enkelte enhet, synes antall henviste flyktninger/asyllsøkere å være overraskende lavt – særlig tatt i betraktning av at dette gjorde seg gjeldende også for flere områder i Oslo hvor det er bosatt et relativt stort antall flyktninger. Kartleggingen kan ikke si noe om årsaksforholdet, men vi vil likevel peke på noen mulige forklaringer.

En overbelastet psykiatri?

Primærlegen kan ha erfaring for at det er vanskelig for allerede overbelastete psykiatriske poliklinikker å ta inn flyktninger. De kan også ha erfaring for at psykiatrien ikke innehar den nødvendige kompetanse som man mener er nødvendig for å behandle denne gruppen pasienter. At psykiatrien for eksempel

i Oslo er overbelastet, kom klart frem i et intervju med ledere fra flere distriktpspsykiatriske sentre i Oslo (9). Flere steder oppgav de at de enten helt eller delvis måtte avvise alvorlig syke pasienter. Erfaringsmessig krever terapi med traumatiserte flyktninger mer tid og økonomiske ressurser enn terapi med norskfødte pasienter: Det tar tid å kartlegge og å bearbeide traumer på områder som ofte er svært sensitive – for eksempel seksuell tortur. I terapi med flyktninger vil man også ofte måtte benytte tolk, med de ekstra ressurser dette krever. Disse forholdene kan være noe av årsaken til at mange primærleger henviser pasientene direkte til Psykososialt senter for flyktninger heller enn til den psykiatriske annenlinjetjenesten. I løpet av 1997 mottok Psykososialt senter for flyktninger mer enn 150 henvisninger – i hovedsak fra primærleger.

Psykososialt senter for flyktninger har imidlertid en liten poliklinikk med fire stillinger som verken kan eller skal behandle alle flyktninger med psykiske lidelser. Kapasiteten er å ta inn 50 – 60 nye pasienter hvert år. Dette kan derfor bety at en del flyktninger og asylsøkere med behov for psykiatrisk behandling forblir i førstelinjetjenesten. Dersom dette er riktig, betyr det både at flyktninger/asylsøkere ikke får den behandling de har behov for, og at psykiatrien ikke får den erfaring som er nødvendig for å gi flyktninger og asylsøkere et tilfredsstillende tilbud.

Tabell 1

Forhold mellom antall flyktninger/asylsøkere i behandling og områder som enhetene oppgir som særlig problematisk/krevende

Antall pasienter/problematiske områder	Flyktninger			
	< 10	10 – 20	20 – 40	> 40
Kultur/kommunikasjon (%)	73	58	33	33
Traumer (%)	62	37	55	33
Tolkebruk (%)	38	21	22	33
Pasientens forventninger (%)	43	63	44	33

Å ha flyktninger i terapi gir kunnskap

Denne antakelsen underbygges av det forhold at nesten 80 % av enhetene oppgav at de hadde behov for økt kunnskap omkring kulturforståelse og kommunikasjon og omkring 50 % oppgav dette området som særlig problematisk. Kartleggingen gir ikke svar på hvilke sider ved kulturforståelse og kommunikasjon som oppleves som vanskelige. Psykososialt senter for flyktninger planlegger derfor å intervjuere behandlere fra noen av enhetene for å få mer informasjon om hvilke spesifikke sider ved kulturforståelse enhetene ønsker mer kunnskap om. Vår erfaring er at behandlere i psykiatrien i bare liten grad mener de kan anvende sine kunnskaper i behandling av pasienter fra ikke-vestlige kulturer.

Traumer og posttraumatiske reaksjoner var også områder enhetene ønsket mer kunnskap om. Dette kan skyldes at de typer traumatiske erfaringer flyktninger og asylsøkere bringer med seg, representerer et mindre kjent fagområde for norsk psykiatri. Kartleggingen tyder imidlertid på at det nettopp er erfaringen med denne type pasienter som gir slik kompetanse: Majoriteten av enheter med få flyktninger/asylsøkere (<10) oppgav forhold som kulturforståelse og kommunikasjon, traumerelaterte områder osv. som særlig problematiske – sett i forhold til enheter med flere (>10) pasienter i behandling. En liknende sammenheng ble funnet mellom antall flyktninger og behov for mer kunnskap. Disse resultatene er overensstemmende med vår erfaring ved Psykososialt senter for flyktninger: Poliklinikken utgjør senterets kliniske base og er avgjørende for at vi kan utføre forskning og gi undervisning/veiledning. Det er nettopp kombinasjonen av behandling og undervisning/veiledning som gir økt kompetanse på et felt som dekker både traumatologi og transkulturell psykiatri.

Majoriteten av flyktninger som får opphold i Norge, oppgir å ha gjennomgått traumatiske opplevelser (10). Ved Psykososialt senter for flyktninger får omkring halvparten av pasientene diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse (11). Det var derfor ikke overraskende at posttraumatisk stressforstyrrelse var den diagnosen som oftest ble anvendt på flyktninger og asylsøkere i kartleggingsundersøkelsen. At støtteterapi var den hyppigst anvendte terapiform, er også i samsvar med hva vi i stor utstrekning benytter ved Psykososialt senter for flyktninger. Det er vår erfaring at støtteterapi hvor også pasientens sosiale problemer forbundet med eksiltilværelsen tas på alvor, kan være et godt valg for mange flyktninger.

Medikamentell behandling viste seg også å komme høyt opp på listen av behandlingsformer i kartleggingen. Også dette er i samsvar med senterets erfaring: Flyktninger med posttraumatiske reaksjoner har ofte behov for medikamentell behandling. Det var derimot overraskende at så få enheter oppgav medikamentell behandling som et problemområde. Erfaringen fra Psykososialt senter for flyktninger er at det kan være vanskelig å få flyktningene til å akseptere medikamentell behandling, og at hovedårsaken til den lave etterlevelsen kan være bivirkninger for eksempel ved bruk av trisykliske eller selektive serotoninreopptakshemmere (12).

Tabell 2

Forhold mellom antall flyktninger/asylsøkere i behandling og områder hvor enheten ønsker mer kunnskap

Antall pasienter/ behov for mer kunnskap	Flyktninger			
	< 10	10 – 20	20 – 40	> 40
Kultur/kommunikasjon (%)	88	84	67	67
Traumer (%)	61	63	44	33
Tolkebruk (%)	45	26	44	0

Psykoteraapeutiske strategier (%)	39	47	44	33
-----------------------------------	----	----	----	----

Tortur og kroniske smertetilstander

Omkring 20 – 25 % av voksne flyktninger som kommer til Norge kan ha vært utsatt for ulike former for tortur (13). De vanligste torturformer er elektrisk tortur, opphengning i ulike stillinger, slag under fotsålene (falanga), slag mot hodet og andre deler av kroppen. Det er velkjent at tortur kan resultere i kroniske smertetilstander, noe som gjør at samarbeidet mellom det psykiske helsevern og primærhelsetjenesten blir sentralt. Tallene fra kartleggingen viste imidlertid at bare en tredel av enhetene oppgav et fast samarbeid med førstelinjetjenesten. Omkring 50 % oppgav sporadisk kontakt, men av disse hadde bare 18 % kontakt med primærlegen. Kunnskaper omkring følgetilstander etter tortur er viktig for behandlere både i psykiatrien og i primærhelsetjenesten: Falanga er for eksempel en torturmetode som få leger har kjennskap til (13). Det betyr at leger verken spør om eller behandler de smertene som er senfølger av denne spesifikke torturmetoden. Vår erfaring fra Psykososialt senter for flyktninger er at det i henvisningen fra primærlegen ofte står at pasienten har sittet i fengsel og har vært utsatt for tortur. De ordinære somatiske utredninger finner sjelden objektive holdepunkter for pasientens smerteproblemer. Henvisningen fra primærlegen konkluderer derfor ikke sjelden med at pasientens smerter kan være uttrykk for en underliggende psykisk lidelse og at pasienten trenger å bearbeide sine traumer.

Det er vår erfaring at pasienten ofte ikke har underrettet sin primærlege om hva slags tortur han eller hun har vært utsatt for. Et nærmere samarbeid mellom primærlege og psykiater/psykolog kan kanskje føre til en mer målrettet somatisk utredning om de torturmetoder som den enkelte flyktning pasient har vært utsatt for, samtidig som man setter søkelyset på den psykoteraapeutiske behandlingen av tortur.

Et slikt samarbeid kunne finne sted dersom den psykiatriske annenlinjetjenesten i større grad tilegnet seg kompetanse både om de psykiske og de somatiske senfølger av tortur og underviste og veiledet primærhelsetjenesten om dette. Svarene fra kartleggingen tydet på at de fleste enhetene sjelden eller aldri underviste eller veiledet førstelinjetjenesten. Ifølge de psykiatriske enhetene skyldes dette ikke at psykiatrien avviste forespørsler på slik undervisning eller veiledning, svarene tydet på at førstelinjen ikke kommer med slike forespørsler. Det er liten grunn til å tro dette skyldes at førstelinjen selv innehar den nødvendige kompetanse – Psykososialt senter for flyktninger mottar stadig forespørsler fra førstelinjen om undervisning og veiledning. Den uformelle kontakt Psykososialt senter for flyktninger har med både psykiatri og primærhelsetjeneste har forsterket inntrykket av at samarbeidet mellom de to helsetjenestene ikke fungerer så godt som man kunne ønske.

Behov for særomsorg?

Samlet sett tyder resultatene fra denne kartleggingen på at psykososialt arbeid med flyktninger fremdeles representerer en utfordring for det psykiske helsevern. Sammen med erfaringene fra Psykososialt senter for flyktninger gjennom flere år tyder resultatene på at mange helsearbeidere opplever at de har for liten kompetanse innen områdene kultur/kommunikasjon. Videre undersøkelser er nødvendig for å få en dypere forståelse av hva dette handler om. Den tidligere nevnte intervjuundersøkelse som Psykososialt senter for flyktninger vil utføre kan forhåpentligvis også bidra til å kaste mer lys over dette. Hvorvidt Psykososialt senter for flyktninger kunne spilt en viktigere rolle for å øke helsearbeideres opplevde kompetanse når det gjelder psykososialt arbeid med flyktninger, kan denne kartleggingen ikke uttale seg om. I løpet av de siste fem årene har senteret arrangert 13 seminarer for den psykiatriske annenlinjetjenesten og poliklinikkens ansatte har ledet mellom fem og ti veiledningsgrupper. De fortløpende evalueringene av seminarene har i all hovedsak vært positive, og foreløpige resultater fra en evaluering av senterets veiledningsgrupper gjennom de siste fem år viser at flertallet av deltakerne har vært svært fornøyd med veiledningen.

Likevel tyder resultatene fra kartleggingen og erfaringer fra Psykososialt senter for flyktninger på at den såkalte overrislingsmodellen ikke fungerer så godt som man kunne ønske. I sin handlingsplan fra 1991 forutsatte Sosialdepartementet at psykososiale tilbud skulle være en integrert del av helsetjenesten, og at det ikke skulle etableres en særomsorg for flyktninger og asylsøkere. I den grad det eksisterer noen særomsorg, er denne begrenset til tilbudet fra Psykososialt senter for flyktninger og de regionale psykososiale team for flyktninger. I Stortingsmelding nr. 25 om psykiske lidelser og tjenestetilbudene heter det at "Helsetjenesten må dessuten ha kunnskap om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse" (14). Psykososialt senter for flyktninger har gjennom hele sin eksistens bidratt med regelmessige seminarer, kurs, undervisning og veiledning for å gi den psykiatriske annenlinjetjenesten økt kompetanse. Videre undersøkelser kan kanskje med større tyngde vise om den beste løsningen er å satse videre på den eksisterende overrislingsstrategien eller hvorvidt den meget begrensede særomsorg som eksisterer skal utvides slik at flere av de mest traumatiserte flyktninger kan få tilbud om dette.

Psykiske lidelser som resultat av flukt og traumatiske påkjenninger hos flyktninger har likevel vært relativt lite påaktet i Norge gjennom mange tiår. I en offentlig utredning fra 1986 hvor erfaringer med de ulike flyktninggrupper siden 1945 er gjennomgått, uttrykte flere av de intervjuede flyktninger sterkt behov for nettopp en mer flyktningsspesifikk kompetanse innen det psykiske helsevern (7). Med opprettelsen av først Psykososialt team for flyktninger i 1986 og senere Psykososialt senter for flyktninger i 1991 har man prøvd å imøtekomme dette behovet. Psykososialt senter for flyktninger består i dag av en psykiatrisk poliklinikk, en forskningsenhet og en undervisningsenhet. Poliklinikken vurderer og behandler flyktninger fra østlandsregionen (tidligere helseregion 1 og 2). Med sine fire stillinger verken kan eller skal poliklinikken erstatte den kliniske virksomheten innen det ordinære psykiske helsevern.

Derimot skal Psykososialt senter for flyktninger gjennom undervisning og veiledning bidra til at kompetansen om flyktningers psykososiale problemer bedres i denne regionen. Ifølge Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse (8) skal de psykososiale tilbud til flyktninger og asylsøkere være en integrert del av helsetjenesten. Retningslinjer fra Sosial- og helsedepartementet pålegger Psykososialt senter for flyktninger et særlig ansvar for å undervise/veilede den psykiatriske annenlinjetjenesten, som igjen har ansvar for å veilede/undervise den kommunale førstelinjetjenesten. Denne "overrislingsstrategien" skulle føre til økt kompetanse både innen psykiatrien og primærhelsetjenesten. Strategien skulle føre til et bedre behandlingstilbud til flyktninger og asylsøkere, og overflødiggjøre etablering av særomsorg (8). Det er likevel et inntrykk ved Psykososialt senter for flyktninger at behandlere i både første- og annenlinjetjenesten opplever at de har manglende erfaring og kompetanse innen dette feltet.

LITTERATUR

1. Eitinger L. Psykiatriske undersøkelser blant flyktninger i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1958.
2. Strøm A, red. Concentration camp survivors in Norway. Oslo: Universitetsforlaget, 1968.
3. Eitinger L, Strøm A. Mortality and morbidity after excessive stress. Oslo: Universitetsforlaget, 1973.
4. Weisæth L. The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 355 (suppl): 25 – 37.
5. Holen A. A long-term outcome study of survivors from a disaster. The Alexander L. Kielland disaster in perspective. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990.
6. Major EF. War stress in a transgenerational perspective: Norwegian concentration camps survivors and two other resistance groups and their children. Doktoravhandling. Oslo: Instituttgruppe for psykiatri, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1996.
7. Norges offentlige utredninger. Flyktningers tilpasning til det norske samfunn. NOU 1986: 8. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
8. Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse. Oslo: Helse- og sosialdepartementet, 1991.
9. Sunde S. Overgrepsofre må skaffe egen hjelp. *Aftenposten* (aftenutgave) 20.12.1999: 6 – 7.
10. Hauff E, Lavik NJ, Dahl CI, Sveaass N. Psykososiale problemer blant flyktninger i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 1867 – 70.
11. Lavik NJ, Solberg Ø, Varvin S. Psykisk helse blant flyktninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3654 – 8.

12. Solberg Ø. Medikamentell behandling. I: Sveaass N, Hauff E, red. Flukt og fremtid. Oslo: Ad Notam Gyldendahl, 1997: 228 – 41.
 13. Lie B, Skjeie H. Torturskader – en medisinsk utfordring. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073 – 5.
 14. Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
-

Publisert: 20. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.