

---

# Hvordan møter leger flyktninger med psykiske lidelser?

---

KRONIKK

SAMANTHA MARIE HARRIS

samantha.harris@uib.no

Samantha Marie Harris har bakgrunn i psykologi og er forsker ved Institutt for samfunnspsykologi ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ESPERANZA DIAZ

Esperanza Diaz er spesialist i allmennmedisin og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PER-EINAR BINDER

Per-Einar Binder er psykologspesialist og professor ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GRO MJELDHEIM SANDAL

Gro Mjeldheim Sandal er klinisk psykolog og professor ved Institutt for samfunnspsykologi ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

**Det norske samfunnet er blitt mer mangfoldig. Alle skal få likeverdig helsehjelp, men hva betyr egentlig det, og hvordan kan det oppnås?**

Den norske velferdsstaten er forpliktet til å gi likeverdig omsorg til alle innbyggere, uavhengig av bakgrunn. Dette inkluderer psykisk helsehjelp. Men er det oppnåelig i et mangfoldig samfunn? Hva innebærer likeverdig omsorg når innbyggere stiller med svært ulike utgangspunkt og behov?

---

## Møt Mari og Hodan

Mari og Hodan er to fiktive, kvinnelige pasienter. De er begge 31 år gamle og har jobb og to barn. Mari er opprinnelig norsk, mens Hodan flyttet til Norge fra Somalia for tre år siden. De oppsøker fastlegen sin på grunn av hodepine og beskriver at de er slitne og ikke får sove. De mangler energi og har dårlig samvittighet for at dette går ut over jobb og familie. Begge føler seg hjelpeløse og sier at de er bekymret for at livet aldri kommer til å bli bedre igjen. Mari sin fastlege mistenker depresjon, og anbefaler sykemelding og videre utredning. Hodan sin fastlege mistenker en traumereaksjon, og anbefaler terapi og videre utredning.

I denne fiktive situasjonen, som er basert på vår nylig publiserte studie [\(1\)](#), har kvinnene rapportert identiske situasjoner, men likevel fått forskjellig behandling. Betyr dette at Mari og Hodan ikke får likeverdig psykisk helsehjelp hos fastlegene sine?

---

## Ulikheter i behandling

På grunn av erfaringer før, under og etter migrasjon, kan flyktninger ha høyere forekomst av enkelte psykiske helseproblemer sammenliknet med resten av befolkningen [\(2, 3\)](#). En studie rapporterte nylig at 33 % av syriske flyktninger i Norge og Libanon hadde symptomer som tydet på angst eller depresjon, mens 7 % rapporterte symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) [\(4\)](#). Disse tallene viser en forekomst som er vesentlig høyere enn forekomsten blant resten av befolkningen i Norge, som er på 10–15 % for angst og depresjon [\(5\)](#) og 1–1,7 % for posttraumatisk stresslidelse [\(6\)](#).

*«Legens avgjørelser kan bli påvirket av om pasienten har bakgrunn som flyktning»*

Samtidig har flyktninger og andre innvandrere dårligere tilgang til helsetjenester [\(7\)](#). Årsaken kan være knyttet til utfordringer som rammer flyktninger og noen innvandrergupper hardere enn resten av befolkningen, som for eksempel språkbarrierer. Også samspillet mellom lege og pasient kan ha betydning for behandlingsvalg og videre oppfølging. Noen ganger kan kommunikasjonsproblemer oppstå fordi lege og pasient har vidt forskjellige måter å forklare psykiske vansker og symptomer på, og ulikt syn på hva som er god behandling [\(8, 9\)](#). Pasientens symptompresentasjon kan også avvike fra det legen normalt vil oppleve som typisk for tilstanden. Følgelig kan leger oppleve

at de må ta kliniske avgjørelser på sviktende grunnlag (9). Det er altså vanskelig å vite om observerte ulikheter i helse, inkludert psykisk helse, mellom personer med flyktningbakgrunn og resten av befolkningen skyldes ulike behov og behandlingspreferanser, dårligere tilgang til tjenester eller mangel på adekvat behandling. Er det noe annet enn ulike behov som bidrar til at flyktninger får en annen diagnose og en annen behandling hos legen enn befolkningen ellers? For å finne ut av dette må en sammenlikne pasienter som har identiske symptomer, men som skiller seg fra hverandre ved å være med og uten flyktningbakgrunn. Et slikt sammenlikningsgrunnlag finnes ikke i virkeligheten, men kan bli simulert i et eksperiment.

Vi utførte en slik studie der vi viste leger en filmsnutt av en simulert konsultasjon med en pasient som presenterte symptomer på depresjon (1). For en randomisert halvpart av legene var pasienten en somalisk flyktning, uten at noe informasjon om flukt eller trauma var tilgjengelig, mens den andre halvparten ble vist en norsk pasient. Innenfor disse kategoriene varierte vi også pasientens kjønn. Funnene viste at det var forskjeller mellom de kliniske avgjørelsene deltakerne tok for somaliske og norske pasienter. Forskjellene var små, men bemerkelsesverdige. Norske pasienter, særlig kvinnelige, fikk oftere sykemelding, mens somaliske pasienter oftere ble foreskrevet medikamenter for kroppslige plager. I tillegg var det kun somaliske pasienter som fikk diagnosen posttraumatisk stresslidelse, mens norske pasienter oftere fikk diagnosen «depresjonsfølelse».

I virkelige konsultasjoner kan mange faktorer spille en rolle i behandlingen av psykiske lidelser, for eksempel vil leger kunne stille oppfølgingsspørsmål for å verifisere diagnoser. Studien indikerer likevel at legens avgjørelser kan bli påvirket av om pasienten har bakgrunn som flyktning (i dette tilfellet fra Somalia). Dette er støttet av forskning som viser at leger kan reagere annerledes på pasienter med flyktningbakgrunn enn på pasienter med annen innvandrerbakgrunn og resten av befolkningen, for eksempel er legene i mindre grad optimistiske til flyktningspasienters bedring (10). Funnene våre betyr ikke nødvendigvis at somaliske pasienter ikke får adekvat behandling, men at en del informasjon kan bli tatt for gitt når pasienten har flyktningbakgrunn. Helsepersonell bør derfor være oppmerksomme på problemstillingen for å unngå å bidra til stigmatisering og, i verste fall, systematisk feildiagnostisering og -behandling av enkelte grupper.

---

## Kulturell bevissthet

Ville en pasient med flyktningbakgrunn fått en annen behandling om legen hadde hatt mye kunnskap om kulturen i pasientens hjemland? Det er urealistisk å forvente at leger skal ha kunnskap om alle kulturer og verdenssyn for å kunne jobbe i et mangfoldig samfunn. Men det er nesten sikkert at flyktninger ville fått bedre behandling hvis legene hadde følt seg komfortable med hvordan en best får til respektfulle samtaler om mulig betydning av flukt

og eventuelt opplevd traume før og etter migrasjon til Norge. Dette kan helsepersonell oppnå gjennom å øke sin kulturelle bevissthet, kompetanse og ydmykhet.

**«En kulturelt bevisst, kompetent og ydmyk tilnærming kan støtte etableringen av et tillitsfullt forhold mellom lege og pasient»**

Kulturell bevissthet handler om en forståelse av at virkelighetsforståelser, innbefattet syn på normalitet og avvik, kan variere mellom kulturer, og at behandleren også sitter i egen kulturell forståelse, som ikke er nøytral. Kulturell kompetanse er evnen til å kommunisere effektivt med personer med ulike kulturelle bakgrunner (11). I tillegg inkluderer kulturell kompetanse å ha kunnskap om hvordan man kan bygge dialogiske broer med andre kulturer, vilje til å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn og dessuten evne til å trekke veksler på erfaringer fra slike møter (11). Slik kompetanse kan trenes opp gjennom prøving og feiling, men også gjennom kyndig veiledning.

I tillegg har et annet begrep fått stadig mer oppmerksomhet i det siste: kulturell ydmykhet. Ydmykhet i en tverrkulturell kontekst fordrer åpenhet, selvbevissthet og selvrefleksjon (12). For å oppnå dette trenger man et kritisk og bevisst blikk på verdier, forventninger og tankemåter nedfelt i egen kultur (13). Samtidig er kulturell ydmykhet knyttet til en anerkjennelse av at det er helsepersonell sitt ansvar å minimere effekten av kulturelle forskjeller og misforståelser som kan føre til suboptimal diagnose og behandling.

En kulturelt bevisst, kompetent og ydmyk tilnærming kan støtte etableringen av et tillitsfullt forhold mellom lege og pasient, og kan bidra til å skape en dynamikk der pasienten blir mer åpen for å dele erfaringer og sin forståelse av egne problemer (9). Dette kan igjen hjelpe legen med å identifisere den mest hensiktsmessige behandlingen (9). I denne sammenhengen kommer man langt med pasientsentrert kommunikasjon og adekvat bruk av tolk. Men det finnes også andre verktøy. Kulturformuleringsintervjuet (CFI, *cultural formulation interview*) utviklet av American Psychiatric Association kan hjelpe helsepersonell til å jobbe på en mer kulturelt kompetent og ydmyk måte (14). Kulturformuleringsintervjuet inkluderer spørsmål som undersøker forklaringsmodeller, funksjonsnivå, sosiale nettverk, psykososiale stressorer, religion, mestring og andre relevante faktorer hos pasienten. Kulturformuleringsintervjuet skal ikke være det eneste informasjonsgrunnlaget når man stiller diagnoser, men denne personsentrerte tilnærmingen kan være til hjelp for å kontekstualisere psykiske lidelser. Forskning støtter at bruk av kulturformuleringsintervjuet kan være nyttig både for å få tak i viktig informasjon om pasientens egen forståelse av problemet, for å utvikle og opprettholde terapeutisk allianse og kommunikasjon samt for å implementere behandlingsplanen (15).

Er likeverdige omsorg for psykiske vansker, og ikke minst likt behandlingsutfall, oppnåelig i et mangfoldig samfunn? Det er utfordrende når ulike innbyggere stiller med svært ulike utgangspunkt og behov. Veien videre må begynne med å takle barrierer som står i veien for at personer med flyktningbakgrunn får tak i helsehjelp. Men økt fokus på kulturell kompetanse og ydmykhet i medisinsk

utdanning og på landets legekontorer, for eksempel gjennom utvidet bruk av kulturformuleringsintervjuet eller lignende, er også avgjørende. Vi kan alle bidra til dette, og vi bør utfordre oss selv til å reflektere over kulturelle spørsmål, for eksempel hvilke kulturer vi tilhører (medisinsk kultur, norsk kultur etc.), hvordan utdanning, kultur og verdenssyn kan påvirke vår forståelse av psykiske vansker, og hvordan våre svar kan være ulike svarene fra personer med en annen kulturell bakgrunn.

---

## REFERENCES

1. Harris SM, Binder P-E, Diaz E et al. General practitioners' management of depression symptoms in Somali refugee and Norwegian patients: a film vignette experiment. *BMJ Open* 2021; 11: e055261. [CrossRef]
2. Richter K, Peter L, Lehfeld H et al. Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 7. [PubMed][CrossRef]
3. Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. Mental health of refugees and non-refugees from war-conflict countries: data from primary healthcare services and the Norwegian Prescription Database. *J Immigr Minor Health* 2017; 19: 582–9. [PubMed][CrossRef]
4. Strømme EM, Haj-Younes J, Hasha W et al. Health status and use of medication and their association with migration related exposures among Syrian refugees in Lebanon and Norway: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2020; 20: 341. [PubMed][CrossRef]
5. Tesli MS, Handal M, Torvik FA et al. Psykiske lidelser hos voksne. Folkehelse rapporten [oppdatert 3.12.2021]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/> Lest 21.3.2022.
6. Lassemo E, Sandanger I, Nygård JF et al. The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 11–9. [PubMed][CrossRef]
7. Lebano A, Hamed S, Bradby H et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 2020; 20: 1039. [PubMed][CrossRef]
8. Harris SM, Sandal GM, Bye HH et al. Integration is correlated with mental health help-seeking from the general practitioner: Syrian refugees' preferences and perceived barriers. *Front Public Health* 2021; 9: 777582. [PubMed][CrossRef]
9. Harris SM, Binder PE, Sandal GM. General practitioners' experiences of clinical consultations with refugees suffering from mental health problems. *Front Psychol* 2020; 11: 42. [PubMed][CrossRef]

10. Schlechter P, Hellmann JH, Wingbermühle P et al. Which psychological characteristics influence therapists' readiness to work with refugees? *Clin Psychol Psychother* 2021; 28: 334–44. [PubMed][CrossRef]
  11. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community* 2016; 24: e117–e130. [PubMed][CrossRef]
  12. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM et al. Cultural humility: a concept analysis. *J Transcult Nurs* 2016; 27: 210–7. [PubMed][CrossRef]
  13. Mosher DK, Hook JN, Captari LE et al. Cultural humility – a therapeutic framework for engaging diverse clients. *Pract Innov (Wash D C)* 2017; 2: 221–33. [CrossRef]
  14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
  15. Aggarwal NK, Desilva R, Nicasio AV et al. Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethn Health* 2015; 20: 1–28. [PubMed][CrossRef]
- 

Publisert: 28. mars 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0165

Mottatt 25.2.2022, første revisjon innsendt 10.3.2022, godkjent 21.3.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. juni 2026.