
Kartlegging av psykiske symptomer hos nyankomne flyktninger

ORIGINALARTIKKEL

TRYGVE SØLBERG ELLINGSEN

trygve.s.ellingsen@uit.no

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

og

Migrasjonshelsetjenesten

Malvik kommune

Forfatterbidrag: utforming/design, søknad om personvern, datainnsamling, analyse og tolkning av data, litteratursøk og hovedansvar for utarbeiding og revisjon av manus.

Trygve Sølberg Ellingsen er førsteamanuensis, lege i spesialisering i allmennmedisin, fastlege ved Hommelvik legekantor og tidligere lege i migrasjonshelsetjenesten i Malvik kommune.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FRIDA FAALAND

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: datainnsamling, analyse og tolkning av datamaterialet, søknader om etisk godkjenning og personvern samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Frida Faaland er medisinstudent.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ESPEN BJERTNESS

Avdeling for samfunnsmedisin og global helse

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: analysestrategi, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon. Han har vært Faalands veileder.

Espen Bjertness er professor i epidemiologi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJÆRSTI THORSTEINSEN

Helse og Samfunn

Norwegian Research Centre AS (NORCE)

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data, revisjon av manuskriptet og godkjenning av innsendte manusversjon.

Kjærsti Thorsteinsen er ph.d., master i psykologi og forsker ved forskningsgruppen Velferd, NORCE.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Hun har mottatt støtte fra Forskningsrådet.

JOHANNA LAUE

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: initiering av prosjektet, idé/design, hovedansvar for søknader om etisk godkjenning og personvern, analysestrategi og tolkning av datamaterialet, revisjoner av manuskriptet og godkjenning av innsendte manusversjon. Hun har vært Faalands veileder (data fra SEMI er del av masteroppgaven i medisin som er brukt i artikkelen).

Johanna Laue er førsteamanuensis og tidligere fastlege og flyktningelege i Tromsø kommune.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bakgrunn

Flyktninger har høyere forekomst av psykisk sykdom enn befolkningen ellers.

Helsedirektoratet anbefaler kartlegging av traumatiske erfaringer og psykiske symptomer tre måneder etter ankomst når dette vurderes som relevant. Det er lite kunnskap om denne retningslinjen bidrar til å avdekke personer med økt risiko for psykisk sykdom. Formålet med studien var å undersøke om kartlegging av psykiske symptomer og risikovurdering for psykisk sykdom hos nyankomne flyktninger identifiserer personer med senere psykiske helseutfordringer.

Materiale og metode

Vi utførte en retrospektiv, journalbasert studie av flyktninger som gjennomgikk helsekartlegging ved Hommelvik legekantor i 2016–19 og Senter for migrasjonshelse (SEMI) i Bergen i 2022. Risikoen for psykisk sykdom ble kategorisert som høy, moderat eller lav. Symptomer på psykisk sykdom ble registrert i oppfølgingstiden, som var henholdsvis to og ett år.

Resultater

123 flyktninger ble inkludert i studien. Basert på helsekartleggingen ble 50 (41 %) deltakere retrospektivt vurdert å ha lav risiko for psykisk sykdom, 30 (24 %) moderat risiko og 12 (10 %) høy risiko. 31 (25 %) manglet tilstrekkelig journaldokumentasjon for risikovurdering. 9 av 12 deltakere med høy risiko ble senere registrert med psykiske symptomer i oppfølgingstiden, mot 5 av 50 med lav risiko.

Fortolkning

Helsekartlegging og risikovurdering tre måneder etter ankomst kan fange opp flyktninger som senere får psykiske symptomer.

Hovedfunn

Basert på en retrospektiv gjennomgang av journalopplysninger fra helsekartlegging hos 123 flyktninger tre måneder etter ankomst, ble henholdsvis 50 (41 %), 30 (24 %) og 12 (10 %) vurdert til å ha lav, moderat og høy risiko for psykisk sykdom.

En fjerdedel manglet tilstrekkelig journaldokumentasjon for risikovurdering.

9 av 12 som ble vurdert å ha høy risiko for psykisk sykdom ble senere registrert med psykiske symptomer.

Flyktninger har høyere forekomst av psykiske symptomer og sykdommer enn andre innvandrere og majoritetsbefolkningen i Norge [\(1\)](#). Det er ønskelig med tidlig avdekking av psykiske utfordringer [\(2–4\)](#), blant annet for å forhindre forverring og for å skape et bedre utgangspunkt for utbytte av Introduksjonsprogrammet, regjeringens viktigste integreringstiltak [\(4\)](#). Helsedirektoratet anbefaler i den nasjonale veilederen *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente* at kommunene tilbyr en helsekartlegging til nyankomne asylsøkere og flyktninger så fort som mulig etter ankomst (såkalt *tidlig kartlegging*) og en ny mer omfattende og strukturert kartlegging tre måneder etter ankomst [\(2\)](#). Tidlig kartlegging er ment å fange opp kjent og/eller akutt sykdom med behov for rask oppfølging, i tillegg til lovpålagt undersøkelse for tuberkulose.

Helsekartleggingen tre måneder etter ankomst omfatter somatiske symptomer, kjente sykdommer og vaksinestatus. Der det vurderes som relevant, anbefales screening for traumatiske erfaringer og psykiske symptomer, og det foreslås en inndeling i høy risiko, moderat risiko eller lav risiko på bakgrunn av antall psykiske symptomer (appendiks 1). Tidlig helsekartlegging gjennomføres erfaringsmessig ofte i transittmottak eller ankomstsenter, mens kartleggingen etter tre måneder ofte gjennomføres i kommunen flyktningen bosettes i.

Kartleggings skjemaet i veilederen er basert på Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) og Posttraumatisk symptomskala (PTSS)-10 [\(2\)](#). Begge er mye brukt for å fange opp psykiske utfordringer knyttet til traumatiske erfaringer. Samtidig er nytteverdien av screening for psykiatriske tilstander, i likhet med annen screening, omdiskutert [\(5, 6\)](#). For flyktninger er HTQ- og PTSS-10-screeningens validitet usikker på grunn av flyktningers heterogenitet og forskjeller i screeningtidspunkt og -metode [\(7, 8\)](#). Det er tidligere forsøkt å etablere andre kartleggingsmetoder for psykiske symptomer hos flyktninger. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15) [\(9\)](#) viste initialt god evne til å fange opp vanlige psykiske sykdommer, men lav spesifisitet har vist seg problematisk i senere studier [\(10\)](#). Det er i alle tilfeller usikkert om flyktninger vil åpne opp om psykiske plager og traumatiske erfaringer til en ukjent person uten etablert tillit [\(11\)](#). Stigma og tabu rundt psykisk uhelse [\(12\)](#) i tillegg til tidlig kartlegging etter bosetting kan føre til underrapportering av symptomer. Mange flyktninger opplever også en midlertidig bedring i psykisk helse etter ankomst [\(13–15\)](#).

Kommunene velger hvordan de organiserer kartleggingen. Det finnes lite til ingen systematisk kunnskap om hvordan helsekartleggingen og helsetjenester til flyktninger blir organisert i Norge. En nylig publisert studie om helsekartlegging hos mindreårige flyktninger tyder på at dette ikke er systematisk implementert (5). Det finnes ingen forskning der man har evaluert effekten av Helsedirektoratets kartleggingsanbefalinger, til tross for at disse har vært i bruk siden 2015.

Målet med vår studie var å undersøke om helsekartlegging av psykiske symptomer og risikovurdering for psykisk sykdom hos flyktninger tre måneder etter ankomst kan fange opp psykiske helseutfordringer som viser seg i senere tid etter at de er blitt bosatt.

Materiale og metode

Studien er en retrospektiv, journalbasert, deskriptiv undersøkelse av flyktninger som hadde gjennomført helsekartlegging tre måneder etter ankomst ved de to studiestedene Hommelvik legekantor (Malvik kommune) i 2016–18 og Senter for migrasjonshelse (SEMI, Bergen kommune) i 2022. Inklusjonskriterier var alder over 18 år ved kartlegging og bosetting i henholdsvis Malvik eller Bergen kommune i oppfølgingstiden.

Eksklusjonskriterier var retur av informasjonsskriv, død, flytting ut av kommunen eller journal overført til et annet legekantor i løpet av oppfølgingstiden. Oppfølgingstiden i studien var to år for Hommelvik og ett år for Senter for migrasjonshelse.

Opplysninger om kjønn, alder, landbakgrunn (kun Senter for migrasjonshelse), utdanning og sivilstatus, tidligere sykdom og traumatiske erfaringer ble hentet fra pasientjournal og fra utfylt kartleggingsskjema der dette forelå, henholdsvis Helsedirektoratets skjema Helseundersøkelse for asylsøker, flyktninger og familieegjenforente (Hommelvik, appendiks 1) eller egen kortere mal for kartlegging (Senter for migrasjonshelse, appendiks 2), lagret i pasientjournal. Ved manglende dokumentasjon ble variabelen registrert som «ukjent».

Somatisk sykdom ble definert som tidligere kjent somatisk diagnose eller tilstand som krevde medikamentell behandling på det tidspunktet helsekartleggingen fant sted. Psykisk sykdom ble definert som en psykiatrisk diagnose eller psykisk symptomdiagnose med beskrevet påvirkning av daglig funksjon og/eller pågående eller gjennomført behandling for dette. Normalreaksjoner som fortvilelse, bekymring og tristhet knyttet til flukt og krig ble ikke registrert som psykisk sykdom. Både tidligere traumer og aktuelle traumer i forbindelse med migrasjonsprosessen ble registrert som traume. Traumatiske erfaringer ble, som anbefalt i Helsedirektoratets kartleggingsskjema, definert som det å være utsatt for eller vitne til fysisk vold, tortur eller drap samt tvunget atskillelse fra familie, opplevelse av livsfare eller andre ekstreme påkjenninger. Det å ha flyktet fra krig ble ikke definert som et traume i seg selv.

Studiedeltakerne ble retrospektivt kategorisert til å ha henholdsvis lav, moderat eller høy risiko for psykisk sykdom på bakgrunn av kriterier for risikogruppering om psykisk helse i Helsedirektoratets veileder (Hommelvik, appendiks 1) eller egne kriterier (Senter for migrasjonshelse, appendiks 2). Dersom kriteriene var mangelfullt dokumentert, ble deltakeren registrert som «ikke risikovurdert».

Psykiske symptomer i løpet av oppfølgingstiden ble registrert dersom behandleren ved studiestedet hadde satt en psykiatrisk diagnose og/eller omtalt psykiske symptomer i journalnotatene.

Databehandling ble utført i Microsoft Excel (Microsoft Corporation). Data ble lagret på sikret server ved UiT Norges arktiske universitet.

Regional etisk komité (REK) vurderte prosjektet som et kvalitetssikringsprosjekt, og Helsedirektoratet ga dispensasjon fra samtykkeplikt. Personvernkonsekvensvurderingen i samarbeid med Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør konkluderte med at studiens nytte oversteg ulemper for deltakerne, og vurderingen er godkjent av UiT Norges arktiske universitet. Potensielle studiedeltakere fikk skriftlig informasjon om studien, kontaktinformasjon til studiestedet og mulighet til å trekke seg fra studien. Ingen av forfatterne hadde behandlingsansvar for studiedeltakerne i studieperioden.

Resultater

90 flyktninger ved Senter for migrasjonshelse oppfylte inklusjonskriteriene. Én av disse trakk seg fra studien, og 14 ble ekskludert grunnet retur av informasjonsskriv. Ved Hommelvik legekantor oppfylte 48 flyktninger inklusjonskriteriene. Ingen av disse trakk seg fra studien. Totalt ble 123 flyktninger inkludert. Samtlige studiedeltakere ved Senter for migrasjonshelse kom fra Ukraina.

Gjennomsnittsalderen var 36 år (minimum 18, maksimum 75), 75 (61 %) var kvinner og 51 (41 %) hadde høyere utdanning. Deltakerkarakteristika fordelt på de to studiestedene er vist i tabell 1.

Tabell 1

Karakteristika ved 123 flyktninger som gjennomførte helsekartlegging tre måneder etter ankomst ved Hommelvik legekantor og Senter for migrasjonshelse (SEMI) i Bergen.

	Hommelvik legekantor, <i>n</i> = 48	Senter for migrasjonshelse, <i>n</i> = 75
Gjennomsnittlig alder, år (min–maks)	29 (18–60)	41 (18–75)
Mann, <i>n</i> (%)	27 (56)	21 (28)
Kvinne, <i>n</i> (%)	21 (44)	54 (72)
Høyeste utdanning, <i>n</i> (%)		
Ingen	0	0
Grunnskole	4 (8)	0
Videregående	4 (8)	5 (7)
Høyere utdanning	16 (33)	27 (36)
Ukjent	24 (50)	43 (57)
Sivilstand, <i>n</i> (%)		
Enslig	13 (27)	16 (21)
Gift/samboer	28 (58)	41 (55)
Enke/-mann	1 (2)	2 (3)

	Hommelvik legekantor, <i>n</i> = 48	Senter for migrasjonshelse, <i>n</i> = 75
Ukjent	6 (13)	16 (21)

Antall deltakere vurdert til å ha lav, moderat og høy risiko for psykisk sykdom var henholdsvis 50 (41 %), 30 (24 %) og 12 (10 %). 31 (25 %) deltakere ble ikke risikovurdert på grunn av manglende dokumentasjon.

Tabell 2 oppsummerer antallet med traumatiske erfaringer, tidligere somatisk sykdom og psykisk sykdom ved helsekartleggingen, fordelt på risikogrupperingen. Ved Hommelvik hadde tre av tre med moderat eller høy risiko for psykisk sykdom tidligere traumatiske erfaringer, mot ni (50 %) av dem med lav risiko. Ved Senter for migrasjonshelse hadde ni (82 %) med høy risiko tidligere traumatiske erfaringer, mot fire (13 %) av dem med lav risiko, og fem (45 %) med høy risiko hadde kjent psykisk sykdom. Ingen som ble vurdert til å ha lav risiko hadde kjent psykisk sykdom (begge studiesteder).

Tabell 2

Forekomst av tidligere traumatiske erfaringer, kjent somatisk sykdom og kjent psykisk sykdom blant 123 flyktninger, fordelt på risiko for psykisk sykdom. Vurderingen er retrospektiv, basert på helsekartlegging ved Hommelvik legekantor og Senter for migrasjonshelse (SEMI) i Bergen tre måneder etter at flyktningene ankom Norge.

	Hommelvik legekantor ¹ , <i>n</i> = 48			Senter for migrasjonshelse, <i>n</i> = 75			
	Lav risiko, <i>n</i> = 18	Moderat eller høy risiko, <i>n</i> = 3	Ikke risikovurdert, <i>n</i> = 27	Lav risiko, <i>n</i> = 32	Moderat risiko, <i>n</i> = 28	Høy risiko, <i>n</i> = 11	Ikke risiko- vurdert, <i>n</i> = 4
Tidligere traumatiske erfaringer, <i>n</i>							
Ja	9	3	5	4	16	9	0
Nei	9	0	1	9	2	1	0
Ukjent	0	0	21	19	10	1	4
Kjent somatisk sykdom, <i>n</i>							
Ja	2	0	6	22	22	9	2
Nei	16	3	21	10	6	2	1
Ukjent	0	0	0	0	0	0	1
Kjent psykisk sykdom, <i>n</i>							
Ja	0	1	2	0	12	5	0
Nei	18	2	20	16	7	3	0
Ukjent	0	0	5	16	9	3	4

¹Gruppene med moderat og høy risiko er slått sammen av personvern hensyn.

I oppfølgingstiden ble 36 (29 %) deltakere registrert med ett eller flere psykiske symptomer. 9 av 12 med høy risiko for psykisk sykdom og 5 av 50 med lav risiko ble registrert med psykiske symptomer i oppfølgingstiden (tabell 3).

Tabell 3

Antall med journalopplysninger om psykiske symptomer ($n = 36$) blant flyktninger med journalnotat i oppfølgingstiden ($n = 93$) ved Hommelvik legekantor (to års oppfølging) og Senter for migrasjonshelse (ett års oppfølging), fordelt på risiko for psykisk sykdom. Vurderingen er retrospektiv, basert på helsekartlegging tre måneder etter ankomst.

	Hommelvik legekantor ($n = 48$)				Senter for migrasjonshelse ($n = 75$)			
	Lav risiko, $n = 18$	Moderat risiko, $n = 2$	Høy risiko, $n = 1$	Ikke risikovurdert, $n = 27$	Lav risiko, $n = 32$	Moderat risiko, $n = 28$	Høy risiko, $n = 11$	Ikke risikovurdert, $n = 4$
Journalnotat i oppfølgingstiden ($n = 93$)	13	2	1	27	18	21	10	2
Journalopplysninger om psykiske symptomer ($n = 36$)	0	1	1	7	5	12	8	2

Diskusjon

Vi fant i vår studie at tre av fire nyankomne flyktninger som retrospektivt ble vurdert å ha høy risiko for psykisk sykdom basert på helsekartlegging tre måneder etter ankomst, senere ble registrert med psykiske symptom, mot 10 % av dem med lav risiko. Hos en fjerdedel var risikoen for psykisk sykdom ikke mulig å vurdere på grunn av mangelfulle journalopplysninger.

Manglende eller ufullstendig helsekartlegging, og dertil mulighet for retrospektivt å vurdere risiko for senere psykisk sykdom, syntes å forekomme hyppigere ved Hommelvik legekantor sammenliknet med Senter for migrasjonshelse. Helsekartleggingen i Hommelvik ble gjennomført av fastleger og LIS1-legger, mens Senter for migrasjonshelse har et tverrfaglig team bestående av leger, (helse)sykepleiere, fysioterapeut, psykolog, sosionom og språkkonsulenter. Det kan gi bedre forutsetning for en strukturert helsekartlegging. Flere kommuner, blant annet Malvik, har etablert tverrfaglige migrasjonshelseteam de senere årene. Vi vet imidlertid lite om tverrfaglige migrasjonshelseteam eller fastlege har bedre forutsetninger for å følge opp symptomer som avdekkes ved kartlegging. Gitt den økende erfaringen med helsekartlegging i kommunene, er det grunn til å tro at andelen med ufullstendig kartlegging har gått ned.

Vår studie gir ikke grunnlag for å vurdere validiteten av Helsedirektoratets anbefalte kartlegging, blant annet fordi Senter for migrasjonshelse brukte en egen mal for kartleggingen og ikke Helsedirektoratets skjema. Videre vet vi lite om i hvilken grad innføringen av veilederen versus organiseringen av tjenestene har betydning for hvordan

flyktninger med psykiske plager identifiseres og følges opp. Usystematisk implementering av helsekartlegging kan også medføre usystematisk oppfølging (16). I en europeisk systematisk oversiktsartikkel fra 2019 fant man et underforbruk av psykiske helsetjenester blant flyktninger, til tross for høyere forekomst av psykisk sykdom (17). En rekke barrierer kan forklare dette misforholdet (18).

Vår studie har en rekke begrensninger, som retrospektiv design samt ulik kartlegging, studieperiode og oppfølgingstid ved det to studiestedene. Samlet har den også en begrenset utvalgsstørrelse. Det ble i forkant av studien utført styrkeberegning for å anslå hvor mange man trengte for å påvise forskjell i prevalens av psykiske symptomer på 10 % eller mer mellom risikogruppene. Beregningen estimerte behov for 246 deltakere. Dette viste seg tidlig å være urealistisk. Blant årsakene til det var skifte av journalsystem ved Senter for migrasjonshelse og dertil kortere inklusjonsperiode og oppfølgingstid. Vi hadde dermed ikke forutsetninger for planlagte regresjonsanalyser. Våre funn må følgelig tolkes med forsiktighet, da det ikke er tatt høyde for eventuelle konfunderende faktorer. En større studie vil ha mulighet til blant annet å stratifisere deltakere etter landbakgrunn, se mer detaljert på diagnoser i oppfølgingstiden, oppfølging i spesialisthelsetjenesten samt samsvar mellom funn ved helsekartleggingen og grad av senere integrering.

Vi hadde ikke tilgang til pasientjournaler fra andre fastlegekontorer, kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten i denne studien. Det må derfor tas høyde for underrapportering av psykisk sykdom. Videre er skillet mellom normalreaksjoner og psykiske symptom ved kartlegging til en viss grad basert på subjektive vurderinger, som kan medføre feilklassifiseringer. Det må også tas høyde for at personer med psykiske symptomer i oppfølgingstiden ikke nødvendigvis har hatt kontakt med helsetjenesten.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) publiserte i 2021 en rapport om helse- og omsorgstilbudet til nyankomne flyktninger (19). Bakgrunnen for undersøkelsen var den såkalte Tromsø-tragedien, der en flyktning druknet seg selv og sine tre barn. Rapporten konkluderte med at Helsedirektoratets veileder er et av flere verktøy som «i for liten grad er tatt i bruk». Vi mener derfor at det er behov for en grundig gjennomgang av hvorvidt Helsedirektoratets veileder følges hos kommunale migrasjonshelsetjenester og fastleger, hvordan dette er organisert og hva konsekvensene er. Først da kan man bedre vurdere hvilken organisering som kan være mest hensiktsmessig.

I denne studien har vi forsøkt å undersøke om man ved hjelp av helsekartlegging av traumer og psykiske symptomer tre måneder etter bosetting klarer å identifisere flyktninger som senere viser psykiske symptomer. Til tross for flere begrensninger kan resultatene tyde på at slik kartlegging kan fange opp personer som senere har behov for oppfølging grunnet psykiske symptomer. Studien understreker behovet for ytterligere forskning for å forbedre kunnskapen om helsekartlegging og helsetjenester for flyktninger.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen (deler av datamaterialet) bygger på en studentoppgave ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Prosjektet er delvis finansiert av Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

REFERENCES

1. Folkehelseinstituttet. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Oppdatert 26.8.2022. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=> Lest 28.4.2025.

2. Helsedirektoratet. Helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Nasjonal veileder. Oppdatert 3.9.2024.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente> Lest 21.4.2025.
3. Helsedirektoratet. Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk. Publisert 1.5.2009. <https://kudos.dfo.no/dokument/18180/migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk> Lest 11.10.2024.
4. Varvin S. Flyktningers psykiske helse. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.
5. Thombs BD, Ziegelstein RC, Roseman M et al. There are no randomized controlled trials that support the United States Preventive Services Task Force Guideline on screening for depression in primary care: a systematic review. *BMC Med* 2014; 12: 13. [PubMed][CrossRef]
6. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 25–36. [PubMed][CrossRef]
7. Berthold SM, Mollica RF, Silove D et al. The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *Eur J Public Health* 2019; 29: 468–74. [PubMed][CrossRef]
8. Silove D, Manicavasagar V, Mollica R et al. Screening for depression and PTSD in a Cambodian population unaffected by war: comparing the Hopkins Symptom Checklist and Harvard Trauma Questionnaire with the structured clinical interview. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 152–7. [PubMed][CrossRef]
9. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 202–9. [PubMed][CrossRef]
10. Schmidt TL, Catani C, Dumke L et al. Welcome, how are you doing? - towards a systematic mental health screening and crisis management for newly arriving refugees. *Eur J Psychotraumatol* 2023; 14: 2202053. [PubMed][CrossRef]
11. Haj-Younes J, Abildsnes E, Kumar B et al. The road to equitable healthcare: A conceptual model developed from a qualitative study of Syrian refugees in Norway. *Soc Sci Med* 2022; 292: 114540. [PubMed][CrossRef]
12. Walås YT. «Man snakker ikke om sånt». En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2017; 14: 134–44. [CrossRef]
13. Strømme EM, Haj-Younes J, Hasha W et al. Changes in health among Syrian refugees along their migration trajectories from Lebanon to Norway: a prospective cohort study. *Public Health* 2020; 186: 240–5. [PubMed][CrossRef]
14. Lie B. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 415–25. [PubMed][CrossRef]
15. Hofstede G, Hofstede GJ. *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. 3. utg. New York, NY: McGraw Hill, 2010.

16. Dangmann C, Kleppang AL, Leonhardt M. Health assessments of refugee minors arriving in Norway - a modified Delphi study among health professionals in primary care settings. BMC Public Health 2024; 24: 2487. [PubMed][CrossRef]
 17. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A et al. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. Health Policy 2019; 123: 851–63. [PubMed][CrossRef]
 18. Byrow Y, Pajak R, Specker P et al. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. Clin Psychol Rev 2020; 75: 101812. [PubMed][CrossRef]
 19. Ukom. Undersøkelsen etter drukningstragedien i Tromsø. Hva kan vi lære om integrering og flyktningehelse? Rapport nr. 3/2021.
<https://ukom.no/rapporter/undersokelse-etter-drukningstragedien-i-tromso> Lest 26.4.2025.
-

Publisert: 23. juni 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0631

Mottatt 30.11.2024, første revisjon innsendt 28.4.2025, godkjent 28.5.2025.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.