



Marianne Jakobsen, Nora Sveaass,
Lars Erik Eide Johansen og Elin Skogøy

Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress.
Rapport nr. 4/2007



www.nkvts.no

Psykisk helse i mottak:
Utprøving av instrumenter for
kartlegging av psykisk helse hos
nyankomne asylsøkere

Marianne Jakobsen
Nora Sveaass
Lars Erik Eide Johansen
Elin Skogøy

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S

Rapport nr 4/2007

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap og kompetanse som kan bidra til:

- å redusere helsemessig og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Omslag: KOBOLT

Produsert i samarbeid med Unipub AS

ISBN 978-82-8122-014-0 (h)

ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no.

Forord

En viktig utfordring for ethvert flyktningmottakende samfunn er organiseringen av forholdene rundt dem som søker om beskyttelse. God tilrettelegging av mottaksforhold er viktig enten de som kommer får innvilget en slik beskyttelse eller ikke. Sentralt er det også at dette arbeidet utvikles i tråd både med internasjonale konvensjoner og i tråd med nasjonale verdier om helse og omsorg. Et slikt arbeid er omfattende og involverer flere profesjonelle hjelpesystemer så vel som befolkningen som helhet.

I mottak av mennesker som kommer for å søke om asyl, har helsevesenet viktige oppgaver. Asylsøkere vil ofte ha erfart forfølgelse, overgrep, tap og usikkerhet, hendelser som for de fleste vil være tunge belastninger å bære, og som i mange tilfeller setter dype spor både fysisk og psykisk. Hvordan en best kan komme i kontakt med dem som trenger spesiell hjelp eller støtte, og hvordan en best kan bidra med slik hjelp, vil være spørsmål som hele tiden reises i en slik sammenheng. Denne undersøkelsen er et ledd i norske myndigheters ønske om å forstå mer om asylsøkeres psykiske helsesituasjon og utvikle redskaper og virkemidler som i best mulig grad kan svare på spørsmål knyttet til dette. Hensikten med prosjektet er å utrede anvendeligheten og påliteligheten når det gjelder bruk av eksisterende kartleggingsredskaper i arbeidet med å fange opp psykiske helseproblemer blant asylsøkere samt deres eventuelle behov for tilrettelagt helsehjelp.

Sosial- og helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i oppgave å utforske dette spennende og viktige området, med særlig henblikk på hva som kan være best mulige innfallsvinkler til kartlegging av helseproblemer og videreformidling av dette til relevante tjenester. Enhver kartlegging eller diagnostisering har etiske implikasjoner, som selvsagt drøftes i rapporten. Vårt ønske med dette arbeidet er å synliggjøre de omfattende og potensielt traumatiserende hendelsene som mange av asylsøkerne i Norge kan ha vært utsatt for, beskrive det symptom- og sykdomsbildet som fremkommer i tilknytning til dette, og sist men ikke minst, drøfte holdbarhet så vel som hensiktsmessighet av standardiserte instrumenter i denne sammenhengen.

Vårt håp er at resultater og anbefalinger basert på dette prosjektet, kan styrke det videre arbeidet med å møte medmennesker fra andre land på en

måte som kan avhjelpe noen av de helsemessige belastningene som rammer mennesker som flykter fra undertrykkelse og frykt.

Vi vil spesielt takke de mange mottaksansatte ved de tolv mottakene vi har samarbeidet med, og som gjorde det mulig for oss å komme i kontakt med asylsøkere, de mange helsearbeiderne som arbeider i tilknytning til mottakene, tolkene som vi har hatt glede av å samarbeide med, og ikke minst, en varm takk til alle asylsøkere som ga oss sitt samtykke til å være med i undersøkelsen. En takk til Bente Astad i UDI som en god samarbeidspartner i prosjektets tidlige fase. En spesiell takk til Birgit Holtebekk for hennes arbeid som prosjektmedarbeider det første og viktige året av prosjektet. Tilslutt en varm takk til støttende og idérike kolleger ved NKVTS.

Oslo, august 2007,

Marianne Jakobsen
forsker

Nora Sveaass
prosjektleder

Innhold

Forord	3
Sammendrag.....	7
Summary	10
1 Innledning	13
Asylsøkere og flyktninger til Norge.....	14
Asylprosessen.....	15
Transittmottak	15
Ordinære mottak	16
Mottak med forsterket avdeling	17
Ventemottak.....	17
Bosetting	17
Helsetjenestetilbudet til flyktninger og asylsøkere	18
Tiltak for å bedre kartleggingen av psykiske helse blant asylsøkere.....	20
Det foreliggende prosjektet	21
Om rapporten	22
2 Prosjektet	25
Problemstilling	25
Metode	25
Utvalg.....	26
3 Kartleggingsinstrumentene	29
Kort presentasjon.....	29
Instrumenter i fase I	29
Instrument i fase 2	29
Hopkins Symptom Checklist.....	30
Harvard Trauma Questionnaire	30
Somatoform Dissociation Questionnaire	31
Positive State Of Mind.....	31
Composite International Diagnostic Interview	32
4 Gjennomføring av prosjektet	35
Søknad til REK og NSD.....	35
Oversettelse og tilrettelegging av kartleggingsinstrumenter	35
Opplæring av intervjuere.....	36
Rekruttering av deltakere	36
Fase 1: Spørreskjemaundersøkelse	37

Fase 2: Diagnostisk intervju	37
5 Resultater	39
Demografi.....	39
Regional bakgrunn og kjønn.....	39
Utdanning.....	40
Kartleggingsinstrumenter basert på selvutfylling.....	43
HSCL- 25	43
HTQ- 30 (del IV av HTQ).....	45
Traumatiske erfaringer	48
Hodetraumer	49
Resultater fra Positive State of Mind	50
Resultater fra Somatoform Dissociation Questionnaire.....	50
Opplevd behov for helsehjelp	52
Diagnoser basert på CIDI.....	52
Sammenlikning mellom spørreskjemaene og psykiatriske diagnoser.....	55
Sammenheng mellom SDQ og diagnoser	58
Sammenheng mellom PSOM og diagnoser	58
Somatoform lidelse, klinisk og subklinisk.....	58
Egenrapportert behov for helsehjelp i forhold til diagnoser.....	59
6 Diskusjon av resultatene	61
Forekomst av psykiske lidelser i utvalget	61
Forholdet mellom selvutfyllingskjemaene og diagnostisk intervju	63
Ulike resultat i ulike grupper	66
Utdanning og psykisk helse.....	67
Utdanning og gjennomføring av prosjektet	68
Helsetjenesten til asylsøkere i mottak	69
Tolketjenester.....	70
Begrensninger ved undersøkelsen.....	71
7 Oppsummering og anbefalinger	73
Systematisk kartlegging av asylsøkeres psykiske helse.....	73
Asylsøkeren og ekstreme belastninger	76
Asylsøkere og flyktninger uten skolebakgrunn.....	77
Litteratur.....	79
Appendix 1 Om kartleggingsinstrumentene	85
Hopkins Symptom Checklist.....	85
Harvard Trauma Questionnaire	86
Transkulturelle studier.....	88
Somatoform Dissociation Questionnaire	89
Positive State of Mind.....	90
Appendix 2 Kartleggingskjemaene.....	93

Sammendrag

Undersøkelsen fokuserer på hvorvidt det er mulig å utvikle et kartleggingsinstrument basert på selvutfylling, og som er tilstrekkelig sensitivt og praktisk anvendelig til å fange opp psykiske lidelser og behov for behandling blant asylsøkere. Et spørreskjema bestående av ulike standardiserte, psykometriske instrumenter, Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25), Positive State of Mind Scale (PSOM), Somatoform dissosiasjonsskala (SDQ-20), et skjema med demografiske variabler og fire spørsmål med fokus på asylsøkerens egen vurdering av sin livssituasjon, ble brukt i prosjektet. Resultatene fra spørreskjemaet ble analysert og validert ved hjelp av resultatene fra et diagnostisk intervju, Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Undersøkelsen ble utført blant relativt nyankomne beboere ved en rekke asylmottak i Sør-Norge. I alt har 85 voksne asylsøkere fylt ut spørreskjemaet, og 65 av disse ble intervjuet med det diagnostiske instrumentet.

På bakgrunn av forskjeller når det gjelder språklig og kulturell tilhørighet i utvalget, ble det definert tre hovedgrupper i analysene: en somalisk gruppe (n=39), en gruppe fra Midt-Østen og Nord-Afrika (n=39), en liten gruppe med bakgrunn fra Balkan (n=7). Siden dette dreier seg om en svært liten gruppe, er disse utelatt fra noen av de statistiske analysene. Det er store forskjeller mellom gruppene når det gjelder formell utdanning. Rundt 60 % av deltagerne fra Somalia oppgir at de ikke har formell utdanning, mens 30 % oppgir å ha grunnskoleutdanning, bare 5 % oppgir å ha mottatt opplæring på nivå med videregående skole. Fra Midt-Østen og Nord-Afrika-regionen oppgir 10 % at de ikke har formell utdanning, mens 20 % oppgir å ha grunnskole som høyeste utdanning. Førti prosent oppgir videregående skole og 30 % en høyere utdanning. Lite utdanning samt mangelfull lese- og skrivefærdighet, medførte at en stor del av deltakerne hadde behov for bistand fra tolk under utfyllingen av selvutfyllingsskjemaet, selv om skjemaet var oversatt til deres morsmål.

Resultatene fra selvutfyllingsskjema er som følger: I utvalget viser 59 % angstsymptomer og 46 % har depresjonssymptomer over det som vanligvis regnes som grense for klinisk relevante funn ved bruk av HSCL-25. Videre har 33 % en skåre over det som regnes som klinisk relevant funn ved bruk av HTQ, altså en skåre som indikerer en PTSD-diagnose. Med basis i den delen av HTQ som består av spørsmål vedrørende hendelser som en antar er svært

belastende og potensielt traumatiserende, oppgir 76,5 % at de har vært ”nær ved å bli drept” og hele 67 % har opplevd drap på familie og/eller venner. Av kvinnene har 31,4 % opplevd å bli voldtatt, og blant mennene er tilsvarende tall 13,6 % (for hele utvalget utgjør dette 21,5 %). Forskjellen mellom kjønnene er svært liten når det gjelder torturerfaringer. I utvalget er det 57,3 % som oppgir å ha blitt torturert. I tillegg oppgir en stor del at de har opplevd at basale behov ikke har vært dekket, slik som sted å bo, tilgang på mat og vann, og nødvendig hjelp ved sykdom.

Resultatene fra CIDI-intervjuene viser at blant de 65 personene som ble intervjuet, fyller 46 % kriteriene for en posttraumatisk stresslidelse, mens 34 % tilfredsstillter kriteriene for en depressiv lidelse, og 26 % kan diagnostiseres med en angstlidelse. Videre har 29 % en somatoform lidelse (en fysisk lidelse uten påvist fysisk årsak), mens 1 person ble diagnostisert med en psykotisk lidelse. Noen oppfylte kriteriene til flere lidelser samtidig. Det dreide seg da særlig om posttraumatisk stresslidelse i kombinasjon med depresjon.

Det fremgår ingen klar sammenheng i undersøkelsen mellom antall traumatiske hendelser og psykiatriske diagnoser. Ett års forekomsten av PTSD i vårt utvalg er relativt høy, nemlig 46 %, men PTSD-delen av HTQ skiller ganske dårlig mellom personer med og personer uten en PTSD-diagnose. Hvis en ser på hele utvalget har HTQ-16 en sensitivitet på 0,48. Det vil si at den fanger opp 48 % av personene som tilfredsstillter kriteriene for en PTSD-diagnose etter å ha blitt CIDI-intervjuet. Spesifisiteten på HTQ er 0,83. Det innebærer at av dem som ikke har en PTSD-diagnose i følge informasjon fra CIDI-intervjuet, ble 83 % av tilfellene riktig identifisert. HSCL-25 gir noe bedre resultater, men skiller dårlig mellom angst og depresjon. Resultatene viser også at personer med bakgrunn fra Somalia rapporterer mye færre symptomer enn personer fra Midt-Østen og Nord-Afrika-regionen. Validiteten til de psykometriske instrumentene er ekstra svak når vi bare ser på somaliske asylsøkere. Dette har sannsynligvis sammenheng med forskjellen i utdanningsnivå mellom gruppene, noe som medførte at mens personene fra Midt-Østen og Nord-Afrika-regionen i overveiende grad fylte ut spørreskjemaet på egenhånd, hadde de fleste somalierne behov for bistand fra tolk til utfyllingen.

På bakgrunn av resultatene fra undersøkelsen kan vi konkludere at (oversatte) kartleggingsinstrumenter basert på selvutfylling til en viss grad er anvendelige overfor asylsøkere med noe skolegang, det vil si at de har god lese- og skrive dyktighet på sitt eget morsmål. Spørreskjemaet fanger dårlig opp PTSD, men er noe bedre for angst og depresjon, selv om det skiller dårlig mellom disse lidelsene. Dette innebærer at man i praksis i beste fall kan identifisere

asylsøkere som har behov for videre utredning ved bruk av HSCL 25 overfor denne gruppen. Skjemaer fylt ut av asylsøkere med lite eller ingen formell skolegang – og med behov for bistand fra tolk i utfyllingen – fanger i liten grad opp psykiske lidelser. Samtidig vet vi at personer med lite eller ingen formell skolegang utgjør en relativt høy andel av asylsøkerne til Norge.

Summary

This study explores the possibility of developing an assessment instrument based on self-report that would be sufficiently sensitive and practically applicable to detect mental illness and need for treatment among asylumseekers. A questionnaire consisting of different standardised psychometric instruments were assembled and translated into the asylumseekers native language: Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25), Positive State of Mind Scale (PSOM) and Somatoform dissociation scale (SDQ-20). A questionnaire mapping demographical variables and four items with the asylum seekers' own evaluation of their life situation were included as well. The results from the questionnaires were analyzed and validated through the results from a diagnostic interview, the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The study was conducted among relatively newly arrived residents in a number of asylum reception centers in Southern Norway. A total of 85 adult asylum seekers completed the questionnaire, and 65 of these underwent the diagnostic interview.

Based on differences with regard to linguistic and cultural affiliation in the study, two main groups were defined in the analysis: A Somalian group (n=39) and a group from Middle-East and North-Africa (n=39). The study also included a small group with background from the Balkans (n=7), too few to detect significant statistical differences within the group, and because of this left out of some of the analysis. Around 60 % of the Somali group report that they do not have any formal education, while 30 % report primary school, and only 5 % report any education on high school level. Ten percent in the group from the Middle-East and North-Africa region report no formal schooling, whereas 20 % has primary school as their highest level of education. Forty per cent report secondary school and 30 % higher education. Lack of education and low level of literacy were the main reasons why a large part of the study group needed assistance from interpreter during the completion of the questionnaire, even though the questionnaire was translated into their native language.

The results from the self-report questionnaire shows the following: In our sample 59 % had anxiety symptoms and 46 % had depressive symptoms that exceeded what is normally regarded as a limit for clinically relevant findings

when applying HSCL-25. Thirty three percent had a score exceeding what is considered clinically relevant when using HTQ, and thereby indicating a PTSD-diagnosis. Based on the subscales of HTQ consisting of items related to events that are considered very stressful and potentially traumatizing, 76,5 % report that they have been “close to being killed” and as many as 67 % have experienced family and/or friends being killed. As much as 31,4 % of the women reported that they had been raped, and the corresponding number among men was 13,6 % (in the total sample 21,5 % report having been raped). With regard to experiences of torture, there was no significant difference between men and women, but the total number was high: 57,3 % reported that they had been subjected to torture. In addition a major part of the interviewed report that they have experienced that basic needs have not been met, such as a place to live, access to food and water and necessary assistance in case of illness.

Results from CIDI-interviews show that among the 65 persons that were interviewed 46% met the criteria for a post traumatic stress disorder, while 34% fulfil the criteria for a depressive disorder, and 26% can be diagnosed with anxiety. Furthermore, 29% has a somatoform disorder (a physical disorder without proven physical cause), whereas 1 person was diagnosed with an ongoing psychotic disorder. Some met the criteria for more than one disorder at the same time, mainly post traumatic stress disorder combined with depression.

No clear relation can be seen between the number or nature of traumatic events and psychiatric diagnoses in this investigation. The one-year prevalence of PTSD in our sample is relatively high; 46%, but the PTSD part of HTQ distinguishes rather poorly between people with and people without a PTSD diagnosis. If one looks at the whole sample, HTQ-16 has a sensitivity of 0.48. This means that it can help us find 48% of the persons who qualify for the PTSD diagnosis according to the CIDI-interview. The specificity of HTQ is 0.83. This implies that of those that do not have a PTSD diagnosis according to the CIDI-interview, 83% of the cases were correctly identified. HSCL-25 gives a somewhat better result, but distinguishes poorly between anxiety and depression. In this study we find that persons from Somalia report much fewer symptoms than persons from the Middle East and North Africa region. The validity of the psychometric instruments seems to be extra weak when we are focusing on the Somali asylum seekers. An explanation can be the enormous differences in education between the groups. While most of the participants from the Middle East and North Africa region had the resources needed to

fill in the questionnaire on their own, the majority of the Somalis needed assistance from an interpreter.

Based on the results from this investigation we can conclude that the translated instruments based on self-report are valid for recent asylum seekers with some education, i.e. that they can read and write in their own mother tongue. The questionnaire is not helpful finding the PTSD-cases, but is somewhat better regarding anxiety and depression, although it distinguishes poorly between the disorders. This implies that one at best can identify asylum seekers that are in need of further evaluation applying HSCL-25 to this literate group. Questionnaires filled in by asylum seekers with little or no education – assisted by interpreters – do not correspond well with the psychiatric disorders that are diagnosed in this study. At the same time we know that persons with little or no formal education constitute a relatively large part of the asylum seekers to Norway.

1

Innledning

Asylsøkere og flyktninger utgjør en gruppe med økt risiko for utvikling av helseplager, noe som har vært dokumentert i en rekke undersøkelser de siste 40-50 årene (Lavik, Hauff, Skrondal & Solberg, 1996; Marshall, Schell, Elliot, Berthold & Chuun, 2005). Dette er mennesker som er særlig utsatt for å utvikle posttraumatiske reaksjoner på bakgrunn av krigsopplevelser og annen vold. De står i fare for å få depresjoner på grunn av mange tapsopplevelser og håpløshet i møte med en ny virkelighet. Videre er det mange som får somatoforme reaksjoner etter å ha vært utsatt for langvarig smerte, for eksempel i forbindelse med tortur (Turner & Gorst-Unsworth, 1990). I tillegg sliter mange med eksistensielle problemstillinger ettersom troen på det gode i menneskene, samt håpet om å kunne få leve i fred med sine nærmeste er blitt alvorlig svekket (Sveaass, 2001). Alt dette sammen med usikkerhet i forbindelse med asylprosessen og utfordringer knyttet til språkvansker og kulturelle motsetninger, utgjør erfaringer som potensielt øker risikoen for å utvikle psykiske problemer.

Det er gjort atskillig flere undersøkelser av flyktninger enn av asylsøkere, forskjellige steder i verden. Når en forsker på belastninger og helsemessige forhold hos flyktninger som flykter innen sitt eget land (internt fordrevne) eller bor årevis i flyktningleire under kummerlige forhold, og med stor risiko for nye overgrep, vil forskjellene i livsbetingelser mellom asylsøkere og flyktninger sannsynligvis ikke være så store, det vil si at grader av usikkerhet vil være høy i begge gruppene (de Jong, Komproe, van Ommeren, El Masri, Araya, Khaled, van de Put & Somasundaram, 2001). I land med høy levestandard og stabile politiske forhold, vil flyktningstatusen imidlertid kunne utgjøre en stor forskjell for den enkelte, som med dette får lovlig opphold i landet, rett til egen bolig og økonomisk støtte til livsopphold. Dette illustrerer noe av grunnen til at undersøkelser basert på bosatte flyktninger og asylsøkere kan være vanskelige å sammenligne med hverandre. Blant de psykiatriske lidelsene er det angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse som oftest er kartlagt, men forekomsten varierer sterkt fra studie til studie, noe som er forståelig ettersom de materielle omstendigheter og kvaliteten på forskningsmetoder varierer (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005).

En rekke studier baserer seg på velkjente selvutfyllingsskjemaer, mens noen bare bruker strukturerte kliniske intervjuer. De studiene som bruker begge deler, har vist at selvrapporteringsskjemaer synes å overestimere forekomsten

av psykiske lidelser (Turner, Bowie, Bunn, Shapo & Yule, 2003). Bruk av selvutfyllingsskjemaer er en økonomisk og praktisk måte å kartlegge sykdommer på, forutsatt at personen som skal undersøkes er i stand til å lese skjemaene og fylle dem ut på en pålitelig måte. Et annet spørsmål er om de faktisk kartlegger de tilstandene de er ment å kartlegge (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & de Jong, 2004). Det er viktig å være oppmerksom på at symptomer kan ha ulik utforming og fylle ulike meningsbærende funksjoner i forskjellige kulturelle kontekster. Videre er det ikke sikkert at det å fylle kriteriene til en psykiatrisk diagnose er det samme som å ha behov for hjelp fra den psykiatriske helsetjenesten (Sandanger, Moum, Ingebrigtsen, Dalgard, Sørensen & Bruusgaard, 1999).

Samlet sett så vet man mye etter mange års forskning på flyktninger og asylsøkere, de belastningene de er utsatt for (Fazel & Stein, 2003), og de psykologiske omkostninger slike belastninger har for den enkelte (Lawrence, 2004). Det vil hele tiden dukke opp nye omstendigheter som gjør at en stiller spørsmål ved mulighetene til å kunne generalisere tidligere funn til nye grupper av utsatte mennesker. Det felles menneskelige i smerte, nød og lidelse, bør imidlertid gjøre at vi etter hvert velger å rette ressursene inn på å behandle og lindre sykdommer i stedet for bare å kartlegge dem (Silove, 1999; 2004). Asylsøkersituasjonen medfører helt spesielle utfordringer, og det er viktig å finne ut mer om hva vi kan få pålitelig kunnskap om på et tidlig stadium i prosessen. Det viktigste er likevel å ha fokus på hva vi gjør med den kunnskapen vi genererer.

Asylsøkere og flyktninger til Norge

Tallet på asylsøkere til Norge har variert sterkt i de senere år. Fram til 2002 var det en gradvis økning i antall søkere, med en topp i 2002 på 17 480. Etter 2002 har det vært en jevn nedgang (UDI, 2006). Basert på tall fra 1. og 2. tertial 2007, synes nedgangen å fortsette. I denne perioden søkte 1571 om asyl, omtrent like mange som i samme periode de foregående år. I løpet av hele 2005 ankom 5401 asylsøkere og i 2006 ankom 5320. Hvilke grupper som til enhver tid søker asyl vil preges først og fremst av den politiske situasjonen i verden, men også av tilgjengelige reiseruter og vurderinger av hvilke land det er mulig å komme til. Innstramninger i asylpolitikken i mange europeiske land har også medført endringer i asyلمønsteret.

I Norge er det asylsøkere fra Midt-Østen (Irak, Iran og Afghanistan) og Afrika (Somalia, Etiopia, Eritrea) som har utgjort de største gruppene, ved siden av asylsøkere fra Europa, særlig fra det tidligere Jugoslavia, men også

fra andre land i Øst-Europa. Fra 2003 har det vært en økning i antall russiske asylsøkere (545 i 2005, 548 i 2006 og hittil i år 211). Blant disse utgjør flyktninger fra Tsjetsjenia den største gruppen.

Norge bosetter hvert år en gruppe flyktninger som har fått flyktningstatus av FNs Høykommissariat for flyktninger (UNHCR), såkalte overføringsflyktninger (eller kvoteflyktninger eller FN-flyktninger). Overføringsflyktningene blir som regel bosatt direkte i en kommune uten å måtte oppholde seg på asylmottak først. Den norske kvoten for 2005 var på 1000 personer. Tre hundre skulle komme fra Afrika og 300 fra Sørøst-Asia. Noen av overføringsflyktningene har et definert behov for medisinsk oppfølging. Andre kan være hastesaker. De fleste har tilbrakt mye tid i flyktningleir forut for bosetting i tredje land. Tre grupper utgjør hoveddelen av kvoteflyktningene til Norge i dag: flyktninger fra Myanmar (tidligere Burma), Burundi og Kongo (UDI, 2006).

Per i dag finnes det følgende typer vedtak vedrørende oppholdstillatelse: asyl, vern (avgrenset opphold eller kollektiv vurdering), opphold av beskyttelsesgrunner eller på humanitært grunnlag. For asylsøkere som tidligere har søkt om asyl i land som deltar i Dublin-samarbeidet, kan det gjøres vedtak om at søknaden skal realitetsbehandles i det landet hvor asylsøkeren første gang søkte om asyl. Vel halvparten av søkerne i Norge får avslag på sin søknad om asyl eller opphold. Inkluderes personer som kommer inn under Dublin-samarbeidet, er det ca $\frac{3}{4}$ som får sin søknad avslått.

Asylprosessen

Personer som ønsker å søke om asyl i Norge henvises til Politiets Utlendingsenhet i Christian Krogs gate i Oslo der registrering og politiintervju finner sted. Fingeravtrykk blir tatt for å kunne sjekke om avtrykkene finnes i EURODAC; et sentralt elektronisk fingeravtrykksregister over asylsøkere som er registrert i et land som deltar i Dublin-samarbeidet. Det er vanlig å sende asylsøkere tilbake til det landet der de tidligere har blitt registrert.

Transitmottak

Asylsøkere får tilbud om midlertidig opphold i transitmottak inntil helsesjekk og intervju i regi av Asylavdelingen i Utledningsdirektoratet (UDI) er gjennomført. UDIs regionkontor Øst har ansvar for drift av transitmottak. Det er for tiden fem slike mottak i drift, inkludert ett for personer mellom 15 og 18 år

som kommer til Norge alene, Hvalstad ankomsttransitt. Disse personene får oppnevnt hjelpeverge. Helsekontoret på Hvalstad utfører lovpålagt tuberkulosestest, og kartlegger fysisk og psykisk funksjonsnivå hos ungdommene. Det gis nødvendig helsehjelp forøvrig, og eventuelt behov for videre oppfølging ved overføring til andre mottak kartlegges.

Tanum transittmottak i Bærum er det største av transittmottakene og fungerer som et nasjonalt hovedtransittmottak. Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS) har kontor her, og kan gi beboerne informasjon om asylsøkerprosessen, rettigheter og plikter som asylsøker, samt veiledning når det gjelder presentasjon av egen asylsøknad overfor UDI. Under oppholdet leveres asylsøknad i form av en egenerklæring med informasjon om asylsøkeren og grunnlaget for å søke om asyl. Asylsøkere med antatt grunnløse søknader blir også overført til Tanum. Vedtak i saken kan fattes innen 48 timer, og ved negativt vedtak transporteres vedkommende ut av landet.

Helsekontoret for asylsøkere gir et helsetilbud til beboere i transittmottak. Kontorene drives av Bærum Kommune, på oppdrag av UDI, og fungerer som fastlegekontor for beboere på disse transittmottakene. Helsekontoret har fire filialer for de ulike mottakene. På Tanum gjennomfører helsekontoret lovpålagt tuberkulosestesting. Tester for andre sykdommer, som hepatitt og HIV er frivillig, men anbefales. Kontoret gir ellers nødvendig helsehjelp der det avdekkes tilstander med behov for behandling som ikke kan vente til overføring til annet mottak. Eventuelle behov for helsemessig oppfølging og tilrettelegging ved overflytting til ordinære mottak kartlegges. Vanlig oppholdstid på Tanum er ca. 2 uker.

Løren transittmottak har en egen avdeling øremerket asylsøkere med sykdommer som krever spesiell oppfølging. Personer som får påvist tuberkulose ved ankomst, får behandling av helsepersonell ved Løren mottak, i tett samarbeid med sykehus. I tillegg behandles HIV og ulike psykiatriske lidelser, samt et bredt spekter av sykdommer som kreft, diabetes, svangerskapskomplikasjoner, etc. Behov for videre helsemessig oppfølging og tilrettelegging ved overføring til andre mottak kartlegges. Vanlig oppholdstid ved dette mottaket er 4 – 6 uker.

Ordinære mottak

Når det første ordinære asyLintervjuet og den obligatoriske helsekontrollen er gjennomført, overføres asylsøkere til ordinære mottak. Region- og mottaksavdelingen i UDI er ansvarlig myndighet for drift av mottakene, mens det enkelte mottak blir drevet av ulike driftsoperatører på basis av kontrakt med UDI. Det finnes for tiden ca. 60 slike mottak i drift, i tillegg til seks mottak eller mottaksavdelinger for

enslige mindreårige asylsøkere. Det har vært en stadig nedgang i antall asylsøkere i mottak. Mens det ved utløpet av 2003 var ca 17 500 beboere i asylmottak, var det ved slutten av 2006 om lag 7 400 personer i mottak. Det var søkere fra Irak og Somalia som utgjorde de største gruppene ved utgangen av 2006.

Mottak med forsterket avdeling

Regjeringen avsatte i 2005 15 millioner kroner til etablering og drift av forsterkede avdelinger ved mottak. Tiltaket skulle styrke hjelpetilbudet til asylsøkere med særskilte behov, særlig psykiske problemer. Den første forsterkede avdelingen åpnet 13. juni 2005 ved Dale mottak i Sandnes kommune. Fire mottak har slike avdelinger, med mellom 10 og 20 plasser. Disse mottakene skal ha døgnbemanning, med minst to ansatte på jobb til enhver tid. Mottakene skal også ha psykiatrisk sykepleier tilsatt, og forutsetter et godt samarbeid mellom mottakene og lokale helsetjenester. Tiltaket skal evalueres i løpet av 2007.

Ventemottak

Personer som har mistet botilbudet i ordinært asylmottak etter avslag på søknad om asyl, og som ikke ønsker å forlate landet frivillig eller kan uttransporteres, får tilbud om opphold ved Lier Ventemottak. Helsekontoret for asylsøkere (se ovenfor) har filial på mottaket. Kontoret innhenter helseopplysninger fra beboernes tidligere mottak ved behov, gir tilbud om lege- og sykepleiekonsultasjoner og følger opp evt. tuberkulosekontroll. Gjennomsnittlig oppholdstid ved mottaket er ca. 2 måneder. Botilbudet er i teorien ubegrenset når det gjelder tid, såfremt asylsøkeren selv ønsker å bo der, og det ikke er mulig for politiet å iverksette uttransportering.

Bosetting

Ved innvilget asyl eller oppholdstillatelse forberedes bosetting i kommune, noe som ideelt sett skal skje innen seks måneder etter at vedtak etter fattet. Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) er ansvarlig instans for bosettingen, i nært samarbeid med landets kommuner.

Forberedelsene til bosetting starter ved at mottaksansatte foretar et bosettingsintervju på et standardisert skjema, hvor utdanning, arbeidspraksis og ønsker mht. bosetting kartlegges. Helseopplysninger skal kun formidles via

helsetjenesten og med personens samtykke, og inngår derfor ikke i dette skjema. Ved behov for spesifikke helsetjenester som ikke finnes i alle kommuner skal dette tas hensyn til ved beslutning om bosettingskommune.

Flyktninger med psykiske problemer, rusproblemer og atferdsvansker, evt. i kombinasjon med fysisk sykdom eller funksjonshemming, har vist seg noe vanskeligere å bosette enn andre. Denne gruppen har derfor hatt forholdsvis lang oppholdstid i mottak etter innvilget opphold. Kommunene har ønsket forhåndstilsagn om økonomisk ekstratilskudd før bosetting, for å dekke utgifter til kostnadskreven oppfølging. Et forhåndstilsagn forutsetter erklæring fra medisinsk spesialist, noe som igjen forutsetter henvisning fra allmennhelsetjenesten. Det har i praksis vært både vanskelig og tidkrevende å få gjennomført den sosialmedisinske utredningen for personer som ikke var registrert med fast bostedsadresse i en kommune.

I 2005 iverksatte UDI og Sosial- og Helsedirektoratet, på bakgrunn av erfaringene beskrevet ovenfor, et prosjekt for å kartlegge hvor ”flaskehalsene” befinner seg i bosettingen for flyktninger med alvorlige helseproblemer. Målet var å klargjøre premisser for god organisering av helseutredningen for denne gruppen, og å gi forslag til en sjekklister over hva den sosialmedisinske utredningen før bosetting bør inneholde. IMDI ble innlemmet i arbeidet i 2006. Det foreligger ikke endelig rapport fra dette prosjektet.

Helsetjenestetilbudet til flyktninger og asylsøkere

Sosial- og Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helsetilbudet overfor asylsøkere i de ulike fasene av asylprosessen og ved bosetting: ”Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger” (Sosial- og Helsedirektoratet, 2003). Veilederen er ment å være et arbeidsverktøy for helsetjenesten lokalt, og oppsummerer de ulike lovpålagte og anbefalte undersøkelser i de ulike fasene av asylsøkerprosessen og ved bosetting, på følgende måte (s. 8):

Transitmottak	Ordinært mottak	Overføringsflyktninger direkte til kommune
Lovpålagt TBC-kontroll - Akutte helseproblemer - Spesielle hensyn ved flytting til ordinært mottak	Oppfølging av resultat av TBC-screening Tilbud om ytterligere helseundersøkelse; us for relevant smittevern, somatisk og psykisk us. Obs risikogrupper	Lovpålagt TBC-kontroll Relevant helseundersøkelse med utgangspunkt i opprinnelsesland

Veilederen slår fast at myndighetene ”på ulike sektorer og forvaltningsnivåer, som kommune, fylkeskommune og regionale helseforetak, har det samme ”sørge for”-ansvar overfor asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente til flyktninger som for den øvrige befolkning” (s. 4). Det understrekes at det i følge lovverket er det ordinære helseapparatet som må gi behandling til dem som trenger det, også blant asylsøkere som ikke har fått opphold i landet.

Sosial- og Helsedirektoratets veileder anbefaler å knytte faste leger til en helsetjeneste på mottakene, heller enn å fordele mottakenes beboere til lokale fastleger (s.16). Dette begrunnes med at det er en type arbeid som krever spesiell interesse og kompetanse. En undersøkelse gjennomført i 2004 viste at de fleste mottakene (88 %) hadde et helsetilbud lokalisert på mottaket, enten ved at helsefaglig personale er ansatt ved mottaket eller ved at kommunehelsetjenesten har fast kontortid på mottaket (Berg, Lauritsen, Meyer, Neumayer, Tingvold & Sveaass, 2005). Ved de resterende mottakene var asylsøkerne henvist til å benytte den lokale kommunehelsetjenesten.

Som skissert i tabellen og også beskrevet i det foregående, er det kun TBC-kontrollen som er lovpålagt, mens øvrige undersøkelser anbefales. For dem som kommer direkte i kommunen foretas de lovpålagte og andre helsekontroller der. Det foretas ikke rutinemessig fysisk legeundersøkelse med kartlegging av evt. torturskader og lignende, verken i transittmottak eller ordinære mottak.

De siste årene har asylmottakene møtt stadig større utfordringer når det gjelder beboere med sammensatte helseproblemer og utagerende og voldelig atferd. Tragiske hendelser som drap begått av asylsøkere, har også bidratt til å rette søkelyset mot asylsøkere med alvorlige psykiske helseproblemer. På denne bakgrunnen er ulike typer tiltak og prosjekter igangsatt, og de viktigste vil her bli kort beskrevet.

Ett viktig tiltak var å opprette forsterkede avdelinger ved fire mottak (nærmere beskrevet ovenfor, s. 10).

I 2006 ble det utviklet et prosjekt ledet av Brøset Kompetansesenter, på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet. Det ble opprettet flere team med spesialkompetanse innen psykiatri, risikovurderinger og flyktninghelse. Teamene skal gi et tilbud om forsterket helseundersøkelse for asylsøkere som det kommer bekymringsmelding på vedrørende psykisk helse, enten fra mottaksansatte eller fra helsepersonell. Undersøkelsen skal inkludere en vurdering av hvorvidt vedkommende kan være farlige for seg selv eller andre. Dersom undersøkelsen avdekker behov for helsetjenester, enten på frivillig grunnlag eller i tvungent psykisk helsevern, skal vedkommende sikres tilbud om behandling. Selve undersøkelsen forutsetter imidlertid henvisning fra fastlege og er således

frivillig. Det har vært atskillig færre personer henvist til teamene enn hva som var forventet på forhånd. Det har videre vært gjennomført opplæring av representanter fra alle mottak i risikovurdering. Opplæringen omfattet hva som skal til for å tvangsinnlegge en person i en psykiatrisk institusjon, samt andre aktuelle tiltak. Hensikten med opplæringen var å øke kompetansen hos mottaksansatte når det gjelder risikovurderinger og psykisk helse. Det har også blitt gjennomført et pilotprosjekt for å kartlegge forekomsten av vold og trusler i mottak, samt å se på hvilke tiltak som kan bidra til en reduksjon. Mottakene som deltok i prosjektet ble bedt om å registrere forekomst, årsaker, skader og igangsatte tiltak mht. vold og trusler. Det er ventet en rapport om disse tiltakene i løpet av 2007.

Tiltak for å bedre kartleggingen av psykiske helse blant asylsøkere

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten fikk i juni 2004 i oppdrag av Sosial- og Helsedirektoratet å utrede et prøveprosjekt for å kartlegge psykiske lidelser og psykososiale problemer hos asylsøkere i norske mottak. Målet for prosjektet var å utvikle metoder for systematisk identifisering av asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp. Oppdraget ble formulert 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?”* Rapporten ble ferdigstilt i november 2004 (Gulbrandsen, Garratt, Linnestad, Lie, Sveaass, Meyer & Schanche, 2004, s. 9).

I rapporten legges det til grunn at: *”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. (...) Med andre ord står vi prinsipielt overfor en screeningsituasjon.”* (ibid. s. 16). Det diskuteres hvorvidt psykiske lidelser hos asylsøkere er en tilstand av tilstrekkelig høy alvorlighetsgrad til å forsvare en oppsøkende undersøkelse av personer som ikke selv ber om hjelp. Videre hevdes det at det i liten grad er forsket på sammenhengen mellom risikofaktorer og senere manifest psykisk lidelse blant asylsøkere. I den grad man har funnet støtte for en slik sammenheng, er studiene som oftest basert på en populasjon av flyktninger som ikke lenger befinner seg i mottak (Gulbrandsen et al., 2004; Lie, 2002).

I utredningen vurderes Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) og Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) som brukbare til å kartlegge psykisk helse

hos asylsøkere. Det konkluderes imidlertid med at en screening av asylsøkere ved hjelp av disse instrumentene mangler et forskningsbasert fundament. Videre i rapporten problematiseres hensikten med undersøkelsen, i det en ytterligere identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp regnes som etisk uforvarselig med mindre kapasiteten til å yte hjelp bedres betydelig.

Rapporten fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten anbefaler på denne bakgrunnen at dersom en slik undersøkelse skal gjennomføres, bør den utformes som et forskningsprosjekt hvor kartleggingsinstrumenter både utvikles og valideres, samtidig som den enkelte asylsøkers behov for helsehjelp ivaretas. Det anbefales å bruke helsesøstre til å gjennomføre strukturerte intervjuer basert på de aktuelle instrumentene. Dette er begrunnet i en realistisk vurdering av fremtidig ressursbruk, samt at det er kommunene som har ansvar for å sørge for at asylsøkere gis nødvendig primærhelsetjeneste. Rapporten fremhever forøvrig:

Det er å forvente at prosjektet vil møte store problemer knyttet til den heterogene sammensetningen 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 resultatvariabler. (...) En må også forholde seg til mangelen på en klart definert norm for hvor grensen går for å være syk nok til å trenge psykiatrisk hjelp, og til begrensninger i spesialisthelsetjenesten (Gulbrandsen et al., 2004, s.6)

Det foreliggende prosjektet

Med bakgrunn i oppdrag fra Sosial og Helsedepartementet fra mai 2004, og den foreliggende rapporten fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, ba Sosial- og Helsedirektoratet i februar 2005 NKVTS om å utarbeide en prosjektbeskrivelse til et prøveprosjekt vedrørende vurdering av psykisk helse hos asylsøkere i mottak. Prosjektet skulle romme både en instrumentsutprøving og en oppfølging av asylsøkere etter en 4 -6 måneders periode. Følgende elementer skulle inngå i prosjektet:

1. Kartleggingsinstrumenter

- a. Bruk av HTQ- til å kartlegge traumeeksponering og psykiske reaksjoner.
- b. Bruk av HSCL-25 for å kartlegge de vanligste psykiske reaksjoner som angst og depresjon

2. Sammenhenger

- a. Sammenheng mellom scoring på HTQ og HSCL-25 og vurdering i et klinisk diagnostisk intervju.
- b. Sammenheng mellom psykiske problemer uttrykt ved HTQ- og HSCL-25 og personens eget uttrykte behov for behandling eller bistand.

3. Resultater og anbefalinger

- a. Hvorvidt HTQ- og HSCL-25 er egnede instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos en ikke-klinisk asylsøkerpopulasjon i mottak.
- b. Hvordan personer hvor det er klare indikasjoner på psykisk lidelse (både gjennom HTQ og klinisk vurdering) kan viderehenvises og sikres behandling og eventuelt følges opp.

Sosial- og Helsedirektoratet ba også om at prøveprosjektet måtte inkludere barn og unge i mottak, herunder enslige mindreårige. NKVTS besluttet å inkludere barn i alderen 12-18 år, som kom til Norge sammen med voksne som allerede var med i undersøkelsen, i prosjektet. Dette viste seg imidlertid å være vanskelig å få til i praksis. Kun 5 barn ble undersøkt. Egen oppsummering på grunnlag av dette foreligger.

Det ble i oppdrag presisert at personer som vurderes å ha en psykisk lidelse skal henvises til helsetjenesten. Oppdraget vedrørende oppfølging etter 4- 6 måneder er foreløpig ikke gjennomført. Mulighetene for å nå informantene og gjennomføre en oppfølging er under vurdering.

På bakgrunn av en utarbeidet prosjektbeskrivelse, ble NKVTS bedt om å gjennomføre undersøkelsen.

Om rapporten

Målsettingen i prosjektet var utvikling og validering av psykometriske instrumenter, med tanke på å fange opp psykiske lidelser og behov for behandling hos asylsøkere.

I rapportens første del presenteres problemstilling og gjennomføringen av undersøkelsen med vekt på hvilke metodiske valg som ble gjort for å belyse problemstillingene best mulig, samt hvordan utvalget for undersøkelsen ble til. Deretter gis en presentasjon av de ulike psykometriske instrumentene som er benyttet i undersøkelsen, i tillegg til en beskrivelse av den praktiske gjennomføringen av selve prosjektarbeidet.

I rapportens neste del rettes søkelyset mot resultatene ved bruk av instrumentene. Siden prosjektets målsetting inkluderer validering, er selvutfyllingsinstrumentene sammenlignet med et annet – antatt mer pålitelig – instrument, nemlig et diagnostisk intervju som retter seg inn mot de diagnosene som selvutfyllingsinstrumentene er ment å kunne kartlegge.

Deretter diskuteres funnene som er gjort i studien. Det blir blant annet drøftet hvordan materialet med fordel kan analyseres med utgangspunkt i at informantene fordeles på to hovedgrupper: asylsøkere med bakgrunn fra Midt-Østen og Nord-Afrika-regionen (MENA)¹ og asylsøkere fra Somalia. Den kanskje tydeligste forskjellen mellom disse to gruppene slik dette fremkommer i undersøkelsen, er nivået på formell utdanning, noe som synes å innvirke på hvordan deltakerne fyllte ut selvutfyllingsskjemaet og ha konsekvenser for deres oppfatninger av psykisk helse.

Rapporten avsluttes med en kort oppsummering og anbefalinger for hvordan det kan være mulig å fange opp psykiske lidelser og behov for helsehjelp blant denne gruppen. Instrumentene som er testet i denne undersøkelsen fanger ikke i tilstrekkelig grad opp psykiske lidelser. En slik systematisk kartlegging krever dessuten tid, kunnskap, kultursensitivitet og kvalifisert personell. På bakgrunn av både denne og tidligere undersøkelser kan det være grunn til å foreslå å utvikle strukturerte kliniske samtaler bestående av ”standardiserte” kjernesporsmål som kan fange opp alvorlige psykiske symptomer og egenopplevd behov for helsehjelp. Andre former for kartlegging kan også være aktuelle: observasjoner i miljøet tidlig i asylofasen og kartlegging av evt. torturskader.

Arbeidet har frambrakt en rekke interessante data som ikke er direkte knyttet til prosjektets hovedproblemstillinger. Vi håper at noe av dette vil kunne bearbeides videre med tanke på andre publiseringsformer. I oppsummeringen pekes det imidlertid også på noen slike temaer som gjerne kan utforskes mer gjennom videre studier.

Som vedlegg finnes både en mer utfyllende presentasjon av de enkelte instrumentene som er benyttet i undersøkelsen (Appendix 1), samt at selvutfyllingsskjemaene er tatt med i sin helhet (Appendix 2).

Den delen av oppdraget som omfatter barn, er ikke behandlet i den foreliggende rapporten. Det viste seg vanskelig å få samtykke fra foreldre til barns deltakelse i undersøkelsen. Det ble gjennomført intervjuer av fem barn. Dette materialet vil legges til grunn for evt. utvikling av videre studier på denne gruppen.

1 Vi bruker i fortsettelsen MENA-regionen om denne gruppen, i samsvar med det internasjonalt anvendte begrepet ”Middle East and North Africa region”.

2

Prosjektet

Problemstilling

Prosjektet tar sikte på å utprøve og videreutvikle standardiserte instrumenter for å kartlegge psykisk helse hos asylsøkere på asylmottak. Hovedproblemstillingene er:

1. Hvordan er sammenhengen mellom resultater fra instrumenter basert på selvutfylling av spørreskjema sammenlignet med resultater fra strukturerte diagnostiske intervjuer?
 - Er det praktisk gjennomførbart å anvende spørreskjema basert på selvutfylling overfor denne målgruppen? (tilgjengelig helsepersonell, tilgang til tolker, etc.)
 - Er det mulig å definere klare kriterier for behandlingsbehov?
2. Er det mulig å utvikle et tekstbasert instrument som er både sensitivt og praktisk anvendelig når det gjelder å fange opp psykisk lidelse og behov for behandling hos asylsøkere?

Metode

Prosjektet er designet som en valideringsstudie i to faser. I fase 1 skulle deltakerne fylle ut et spørreskjema. I fase 2 ble det gjort kliniske intervjuer med forsøkspersonene, utført av intervjuere som ikke kjente til resultatet fra spørreskjemaet i fase 1.

For å kunne si noe om validiteten til et gitt psykometrisk instrument, må man sammenligne resultatene med et mål for det en ønsker å undersøke. Dette målet må være sikrere enn instrumentet som skal testes. Til dette formålet er det nødvendig å bruke et allerede validert instrument eller et diagnostisk intervju som dekker de samme psykiatriske diagnosene på en pålitelig måte. Det finnes en rekke strukturerte og semistrukturerte kliniske intervjuer som er utviklet for å sikre god diagnostikk av psykiatriske lidelser, og som er brukt både i klinisk praksis og til forskningsformål. Dette gjelder for eksempel

The Clinician Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS), Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) og Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Prosjektet hadde som utgangspunkt å undersøke om noen utvalgte selvutfyllingsskjemaer kan brukes til å forutsi personer i utvalget som tilfredsstillende kriteriene til psykisk lidelse. Man ønsket å se på prediktiv validitet ved kartleggingsinstrumenter basert på selvutfylling når det gjelder psykiske symptomlidelser og om man på basis av de samlede funn kunne beregne instrumentenes sensitivitet (dvs. hvor høy andel med diagnose som blir riktig identifisert) og spesifisitet (dvs. hvor høy andel uten diagnose som blir riktig identifisert). Disse resultatene ville dermed kunne si noe om selvutfyllingsskjemaenes positive og negative prediktive verdi i forhold til den aktuelle problemstillingen.

I den delen av undersøkelsen som omhandlet diagnostisk intervju, ble det vedtatt å ta utgangspunkt i 6 hovedgrupper av psykiske lidelser, nemlig angst, depresjon, PTSD, psykoser, somatoforme lidelser og misbruk/avhengighet av rusmidler. Siden det dreier seg om en liten populasjon var det sannsynlig at antallet personer med somatoforme lidelser og psykoser ville være ganske lavt. Det ble likevel vurdert som riktig å inkludere disse tilstandene i undersøkelsen, for å få frem helheten i sykdomsbelastning for denne gruppen og for å kunne påvise eventuell forekomst av flere diagnoser samtidig (komorbiditet).

Utvalg

Asylsøkere er ingen ensartet gruppe. I følge UDI's statistikk kom det i første kvartal av 2005 asylsøkere til Norge fra mer enn 70 forskjellige land i verden (UDI 2005). Det var derfor nødvendig å gjøre et valg med henblikk på hvilke språk spørreskjemaet skulle oversettes til. De fem hyppigst representerte nasjonalitetene blant asylsøkerne var Iran, Irak, Somalia, Serbia-Montenegro, og Afghanistan. Disse utgjorde 45 % av alle asylsøkerne som kom til Norge i perioden prosjektbeskrivelsen ble utarbeidet. Vi konsentrerte oss derfor om språkene farsi, arabisk, somali, serbisk, bosnisk og dari i det videre arbeidet.

Vi har videre benyttet et såkalt "bekvemmelighetsutvalg". Det vil si at vi forsøkte å verve deltakere blant asylsøkere innenfor de valgte språkgruppene fortløpende og etter hvert som det ble opprettet samarbeidsrelasjoner ved de aktuelle mottakene. Vi søkte etter personer som hadde oppholdt seg i Norge i mindre enn seks måneder. Målet var å inkludere 100 voksne asylsøkere over 18 år.

I denne fasen ble det gjennomført tre samarbeidsmøter med ledende personer i UDI, for å sikre oss deres støtte og bistand i arbeidet. Vi ba særlig om hjelp til å velge ut mottak som var velegnet for deltakelse i studien. Vi mottok en liste på litt over 40 anbefalte mottak. Av praktiske grunner utelot vi mottakene som befant seg i Nord-Norge. Vi sto igjen med 37 mottak, fordelt på de resterende regionene.

Det første informasjonsskrivet ble sendt til mottakslederne ved disse 37 mottakene 22. september 2005. Skrivet var godkjent av UDI sentralt, og videresendt til alle UDIs regionkontorer, slik at alle involverte parter både skulle være informert om prosjektet og være i stand til å uttrykke støtte til gjennomføring. Brevet inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet, og en forespørsel om mottakene ville være med på å tilrettelegge forholdene slik at undersøkelsen kunne gjennomføres. De mottakslederne som ga uttrykk for ønske om å delta, ble bedt om å oppgi antall relativt nyankomne beboere innfor de aktuelle språkgruppene. Vi fikk tilbakemelding fra 14 mottak. To mottak skrev imidlertid at de ikke hadde noen nyankomne asylsøkere, og at det dermed ikke var aktuelt for dem å delta.

En prosjektmedarbeider fulgte opp denne henvendelsen ved å ringe til de mottakene som ikke hadde besvart forespørselen. Gjennom dette fikk vi opplysninger om aktuelle deltakere fra ytterligere 12 mottak. Vi ble også informert om at 3 av mottakene som hadde befunnet seg på den opprinnelige listen for anbefalte mottak, sto i ferd med å bli nedlagt.

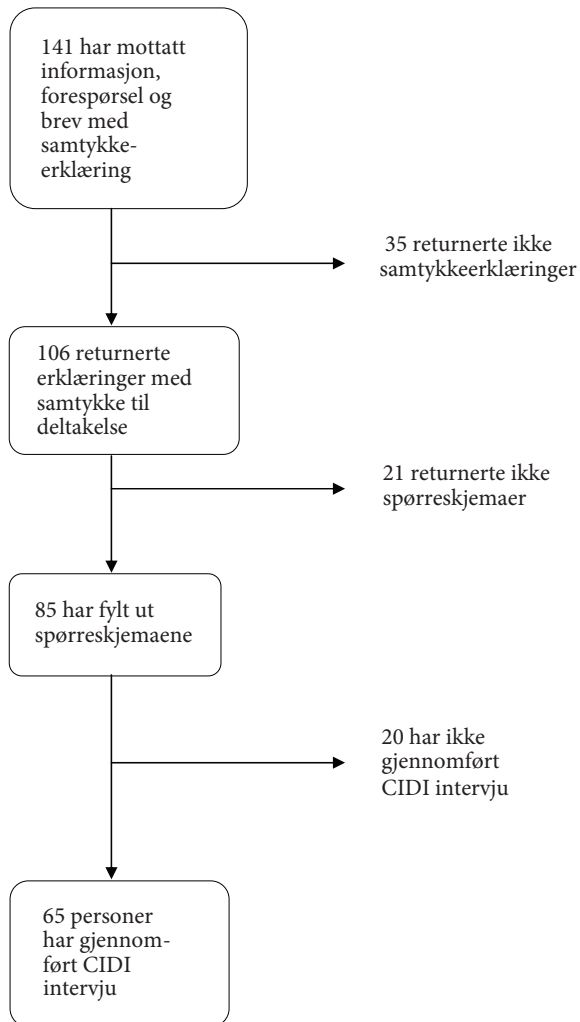
Til sammen 24 mottak sendte oss informasjon om mulige deltakere til undersøkelsen. Informasjonsmateriell og samtykkeerklæringer på de aktuelle språkene ble sendt til disse omgående. I desember 2005 var det sendt ut ca. 150 skjemaer om samtykke (samtykkeerklæringer). Pr. januar 2006 forelå kun 18 underskrevne erklæringer. På bakgrunn av dette ble det besluttet å velge en alternativ måte å komme i kontakt med mulige deltakere på. I løpet av sen vinteren og våren 2006 reiste to av forskerne i prosjektet rundt til de mottakene som hadde bekreftet interesse for undersøkelsen. Ved disse besøkene ble det informert om prosjektets formål og metode og også om mulighetene til å følge dette opp praktisk.

Av de 24 mottakene som sendte tallmessig oversikt over mulige informanter var det 12 mottak som trakk seg fra samarbeidet underveis. Årsakene som ble oppgitt var stort arbeidspress, lite tilgang på helsepersonell, og vanskeligheter med å få tak i tolk. Det faktiske utvalget i undersøkelsen er dermed de mulige informantene fra de tolv asylmottakene som så seg i stand til å delta i

undersøkelsen, til sammen 141 personer. Disse fordelte seg slik i forhold til språk: Somali: 65, Arabisk: 35, Farsi: 15, Dari: 13 og Serbisk/Bosnisk: 13.

Fra dette utvalget mottok vi til sammen 106 undertegnede samtykkeerklæringer. Alle disse personene ble bedt om å fylle ut det utarbeidede spørreskjema (se appendix I). Av disse var det 85 personer som faktisk fylte ut skjema. Det var også disse 85 som ble forespurt om å delta i det diagnostiske intervjuet, som skulle utføres av erfarne klinikere. Totalt 65 personer ble intervjuet.

Skissen nedenfor gir en oversikt over gangen i prosessen og antall personer på ulike stadier.



3

Kartleggingsinstrumentene

Kort presentasjon

Nedenfor gis en kort presentasjon av de instrumentene som ble benyttet i de ulike fasene av undersøkelsen. I tillegg har vi i Appendix I gitt en grundigere beskrivelse av hvordan instrumentene opprinnelig er blitt utviklet og validert, samt av tidligere forskning. Instrumentene er lagt ved i fulltekst i Appendix II.

Instrumenter i fase I

Deltakerne ble om å fylle ut et selvutfyllingsskjema sammensatt av:

- Demografiske variabler
- Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)
- Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25)
- Positive State of Mind Scale (PSOM)
- Somatoform dissosiasjonsskala (SDQ-20)
- Fire avsluttende spørsmål:
 - Hvordan er din livssituasjon nå?
 - Trenger du helsehjelp?
 - Hva burde vi ha spurt om i tillegg?
 - Hva synes du om å svare på slike spørsmål?

De avsluttende spørsmålene fanger opp hvor mange som gir uttrykk for et selvopplevd hjelpebehov, og gir i tillegg tilbakemelding på hvordan deltakerne opplevde å fylle ut spørreskjemaene.

Instrument i fase 2

Composite International Diagnostic Interview (CIDI) er et diagnostisk intervju som omfatter hele spekteret av symptomlidelser. Intervjuet er delt opp i ulike moduler, slik at spørsmålene tilpasses de diagnosene en vil kartlegge. Intervjuet gjør det mulig å stille diagnoser både i ICD-10 og DSM-IV. Seks

moduler ble valgt ut: Demografi, Somatoforme lidelser, Psykoser, Depresjon, Angst, PTSD og Rusmisbruk.

Hopkins Symptom Checklist

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) består av 10 utsagn for å fange opp angstsymptomer og 15 utsagn for å fange opp depressive symptomer (Parloff, Kelman & Frank, 1954). Det dreier seg ikke om spørsmål som skal besvares med ”ja” eller ”nei”. Instrumentet kjennetegnes derimot av at opplevelsesdimensjonen knyttet til ulike utsagn skal graderes med svaralternativene: ”ikke i det hele tatt”, ”litt”, ”ganske mye” og ”veldig mye”. Svaralternativene tallfestes fra 1 til 4, hvor 1 er ”ikke i det hele tatt” og 4 er ”ganske mye”. Svarene legges sammen, og man deler så på antallet utsagn testen inkluderer. En grenseverdi på eller over 1,75 regnes som en indikasjon på at testpersonen er så plaget av symptomer at vedkommende sannsynligvis tilfredsstiller kriteriene til en symptomdiagnose, henholdsvis angst eller depresjon. Denne cutoff verdien har vært lagt til grunn i flere studier med sammensatte nasjonaliteter, både i Norge og andre steder (Thapa & Hauff, 2005).

Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) er et tverrkulturelt instrument utviklet for å måle omfanget av traumer, tortur og ettervirkninger av menneskerettighetsbrudd knyttet til totalitære regimer og krigssituasjoner (Mollica, Caspi-Yavin, Lavelle, Tor, Yang & Chan, 1996).

HTQ består av fire deler. Den første delen omfatter 16 items for å fange opp om personen har vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser som for eksempel: ”mangel på mat og vann”, ”tvungen atskillelse fra familiemedlemmer” og ”være nær ved å dø”. Det er fire svarkategorier for hver påstand: ”erfart”, ”vært vitne til”, ”hørt om” og ”nei”.

I del to blir testpersonen bedt om å beskrive med egne ord de mest traumatiske hendelsene vedkommende har opplevd.

Del tre består av fire korte spørsmål om traumatiske hendelser som kan gi hodeskader, som drukningsforsøk, kvelningsforsøk og slag mot hodet med eller uten bevissthetstap.

Den fjerde delen består av 30 spørsmål, hvorav de 16 første spørsmålene er basert på PTSD-diagnosen i DSM-III-R og DSM-IV. Denne delen benevnes ofte som Post Traumatic Symptom Score -16 (PTSS-16). Det spørres etter symptomer innenfor de tre definerte symptomgruppene: gjenopplevelser, unngåelse/nummenhet og fysiologisk aktivering. På bakgrunn av mange års erfaring fra flyktningsfeltet, valgte Mollica og medarbeidere, i sitt arbeid med å utvikle instrumentet, å inkludere 14 tilleggsspørsmål relatert til massiv traumatisering, migrasjon og dissosiative fenomener. Begrunnelsen for dette var at disse spørsmålene var bedre egnet til å fange opp symptombelastningen i denne gruppen enn de traumerelaterte leddene. Samtlige spørsmål har fire svarkategorier: "aldri", "av og til", "ofte" og "alltid". Kategoriene tallfestes fra 1 til 4. I den første valideringsstudien som ble gjennomført, ble cutoff-score definert til en verdi på 2,5 (Mollica et al., 1996). Dette gav instrumentet en sensitivitet på 78 % og en spesifisitet på 65 %. Det vil si at 78 % av de med diagnosen PTSD ble identifisert av skjemaet, mens 65 % av dem som ikke hadde diagnosen ble plassert i riktig gruppe.

Somatoform Dissociation Questionnaire

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) er et skjema med 20 spørsmål for å fange opp fenomener som kan indikere kroppslig dissosiasjon, noe som ofte er knyttet til traumatiske erfaringer og overgrep (Nijenhuis, 1999). Spørsmålene er gradert i forhold til alvorlighetsgrad. Instrumentet inneholder også kontrollspørsmål for å utelukke somatiske lidelser som forklaring på symptomene. SDQ-20 er et instrument som er validert i vestlige pasientpopulasjoner, og som korrelerer godt med andre kjente mål på dissosiativ lidelse. Å bruke instrumentet for å påvise eventuelle somatoforme symptomer hos asylsøkere, har vært en ny måte å anvende instrumentet på, og det var derfor usikkert om dette vil fungere i praksis.

Positive State Of Mind

Positive State of Mind (PSOM) er et selvutfyllingsskjema bestående av seks kategorier som hver måler forskjellige tilstander (Horowitz, Adler & Kegeles, 1988). Tilstandene som måles er: Fokuseret oppmerksomhet, produktivitet, omsorg, avspenning, fellesskap og kroppslig velvære. Svaralternativene søker

å fange opp hvor lett eller vanskelig det er å oppnå disse sinnstilstandene: ”ute av stand til å oppnå”, ”vansker med å oppnå”, ”klarer det til en viss grad” og ”klarer det fint”.

Populasjoner som er blitt testet flere ganger med PSOM får ofte forskjellig skåre på forskjellige tidspunkt, fordi sinnstilstander fluktuerer i takt med omstendigheter og erfaringer. PSOM er et kortfattet instrument, og fokuserer på erfaringer i løpet av den foregående uken. Det kan derfor brukes til gjentatte målinger i et longitudinelt design.

Composite International Diagnostic Interview

Composite International Diagnostic Interview (CIDI) er et diagnostisk intervju som har vært testet ut på ikke-kliniske populasjoner verden over, både i små og store utvalg. Instrumentet gjør det mulig – innenfor en rimelig kort tidsramme – å diagnostisere en rekke psykiske lidelser. Instrumentet finnes både i papirversjoner og i computerbaserte versjoner. Den computerbaserte versjonen 2.1 er benyttet i prosjektet. Det var ikke mulig å finne tidligere beskrevne erfaringer med bruk av tolk ved gjennomføring av intervjuet, noe som representerte en ekstra utfordring i prosjektet.

CIDI består av en rekke moduler med fokus på diagnosekriteriene innenfor hver enkelt symptomgruppe (Robins, Wing, Wittchen, Helzer, Babor & Bruke, 1988). Modulene som finnes er: En kort demografidel, angstlidelser, depressive lidelser, manier, psykoser, somatoforme lidelser (inkl. dissosiative lidelser), PTSD, spiseforstyrrelser, alkoholmisbruk og stoffmisbruk. Hver modul består av en rekke spørsmål som følger symptomene i en logisk rekkefølge. Intervjueren kan selv sette sammen antall moduler og rekkefølgen på dem. CIDI omfatter ikke personlighetsforstyrrelser.

CIDI er en omfattende og grundig diagnostisk undersøkelse. Det er dokumentert at instrumentet har god reliabilitet og validitet (Wittchen, Robins, Cottler, Sartorius, Burke, & Regier, 1991; Andrews & Peters, 1998). Instrumentet har vært brukt til å validere forskjellige selvutfyllingsskjemaer, blant annet HSCL-25, som er ett av skjemaene i denne undersøkelsen.

Sandanger og medarbeidere (1998; 1999) gjennomførte en større befolkningsundersøkelse i Norge. De fant at kun 46 % av diagnosene fra det kliniske intervjuet kunne predikeres fra selvutfyllingsskjemaet. HSCL-25 ga best informasjon om depresjon i den norske ikke-kliniske populasjonen. Med unntak av depresjon synes selvutfyllingsskjemaet lite egnet til å selektere

individer for videre diagnostisk utredning. Det ble stilt spørsmål om hvorvidt HSCL-25 og CIDI målte ulike dimensjoner ved psykiske lidelser (Sandanger et al., 1998, s. 345).

CIDI er anvendt i mange ulike kulturelle settinger. De Jong og medarbeidere (2001) undersøkte tilfeldige utvalg av personer i fire land hvor befolkningen har opplevd store påkjenninger. De kartla forekomsten av PTSD ved hjelp av CIDI. De fant høyest forekomst i Algerie (37,4 %), fulgt av Kambodsja (28,4%), Gazastripen (17,8%) og Etiopia (15,8%).

Laban et al. (2004) benyttet CIDI for å undersøke to tilfeldige utvalg av irakiske asylsøkere i Nederland. De brukte tospråklige intervjuere. Den ene gruppen asylsøkere hadde vært i asylmottak kortere enn 6 måneder, og den andre gruppen hadde ventet i mer enn to år på en avgjørelse vedrørende asylsøknaden. Livstidsprevalensen av psykiatriske lidelser var 42 % i den første gruppen og 66% i den andre. Asylsøkerne i den gruppen som hadde oppholdt seg lengst i mottak hadde signifikant høyere forekomst av angst, depresjon og somatoforme lidelser. Forekomsten av PTSD var høy i begge gruppene, henholdsvis 32 % og 42 %, men forskjellen var ikke signifikant. Undersøkelsen viste også at lang asylsøkerprosess var en viktig risikofaktor for psykiatriske lidelser hos denne gruppen.

CIDI som diagnostisk verktøy har vært anvendt i en rekke internasjonale forskningsprosjekt. Det foreligger ingen studier, så vidt vi kjenner til, der CIDI er blitt benyttet på personer fra Somalia.

4

Gjennomføring av prosjektet

Søknad til REK og NSD

Prosjektbeskrivelsen ble, sammen med norsk versjon av informasjonsskriv og samtykkeerklæringer, sendt til Regional Etisk Komité (REK) Sør 25. mai 2005. Første svar forelå den 20. juni. REK hadde en merknad til prosjektbeskrivelsen og 10 merknader til informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen. Rettelser og utbedringer ble sendt tilbake for ny vurdering, og endelig godkjenning/tilråding forelå den 23. august 2005.

Undersøkelsen ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) 5. september 2005, og svar forelå 9. november 2005.

Øversettelse og tilrettelegging av kartleggingsinstrumenter

For å kunne gjennomføre et forskningsprosjekt av denne størrelsesorden, fant vi det nødvendig å ha alle instrumentene i elektroniske versjoner. I tillegg så vi det som nødvendig å ha norsk tekst ved siden av den oversatte teksten, for å gjøre det mulig for mottaksansatte å benytte tolk (eventuelt på telefon) når skjemaene skulle fylles ut av den enkelte deltaker.

Det forelå ferdige øversettelser i papirformat av både HTQ og HSCL-25 på de aktuelle språkene, fra Centrum-45 i Nederland. Skjemaene ble transkribert over i et elektronisk format, og autoriserte tolker på de ulike språkene gikk gjennom hvert enkelt skjema. Vi ville kontrollere for skrivefeil, og sikre at meningen med spørsmålene var tilstrekkelig ivaretatt. Under arbeidet ble vi klar over at HTQ hadde forskjellig utforming og forskjellig innhold på de forskjellige språkene. Spørsmål som var felles for utgavene på alle de aktuelle språkene ble tatt med, for at resultatene skulle bli sammenliknbare. Centrum-45 har testet de aktuelle versjonene. Resultatene for 5 av språkene er publisert i en artikkel hvor de psykometriske egenskapene ved testene vurderes til å være adekvate (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001).

Vi fant ikke versjoner av SDQ-20 og PSOM på de aktuelle språkene. Et oversettelsesbyrå oversatte originalversjoner fra engelsk. Vi gikk grundig gjennom oversettelsene sammen med personer med både språk- og kulturkompetanse fra de aktuelle områdene.

CIDI har et tilleggshefte på 30 sider som skal brukes ved siden av spørsmålene i computerversjonen. De deler av heftet som var nødvendige for å gjennomføre undersøkelsen med de modulene som var valgt tatt med, ble oversatt fra engelsk til de aktuelle språkene av et oversettelsesbyrå.

Opplæring av intervjuere

I oktober 2005 ble det avholdt et tre dagers kurs i gjennomføring av CIDI-intervjuer, ledet av internasjonalt godkjent instruktør. Elleve klinikere deltok, alle med tidligere erfaring fra arbeid med flyktninger og asylsøkere, samt i å arbeide med tolk. Tre personer tilknyttet prosjektet hadde tatt dette kurset tidligere. Det var således potensielt 14 kvalifiserte intervjuere, men i gjennomføringen av selve prosjektet er det 7 intervjuere som har deltatt.

Rekruttering av deltakere

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til potensielle deltakere i prosjektet. Det ble i informasjonen lagt vekt på at deltakelse i undersøkelsen var frivillig og kunne avbrytes når som helst. Det ble videre forklart at alle svar ville bli registrert anonymt, slik at ingen utenom forskerne i prosjektet kunne finne ut hva den enkelte hadde svart. Sist men ikke minst ble det presisert at deltagelse i undersøkelsen ikke ville ha noen form for innvirkning på resultatet av deres asylsøknad. Det ble informert om at i de tilfellene der det ble avdekket alvorlige og akutte behov for helsehjelp, ville de som utførte undersøkelsene også være forpliktet til å henvise informantene til riktig instans for videre hjelp. Det ble utarbeidet samtykkeerklæring. Merknadene fra REK ble innarbeidet i skrivene, og dokumentene ble oversatt til de fem språkene i undersøkelsen.

Den opprinnelig planen var at helsepersonell ved asylmottakene skulle gi potensielle deltakere i undersøkelsen muntlig informasjon om prosjektet, og dele ut informasjonsskrivet og samtykkeerklæringer. Signerte samtykkeerklæringer skulle så sendes til NKVTS. Helsearbeideren skulle deretter

få tilsendt spørreskjemaet og bistå deltakeren med å fylle det ut, før skjemaet skulle legges i en ferdig frankert konvolutt og returneres til NKVTS.

Opprinnelig plan lot seg gjennomføre ved kun tre av asylmottakene, til tross for både skriftlig og muntlig informasjon til helsepersonell, og oppfordring til utstrakt bruk av tolk. Helsearbeiderne fikk også tilbud om dekning av alle utgifter, inkludert lønnskostnader, knyttet til prosjektarbeidet.

For å rekruttere tilstrekkelig antall deltakere på de andre asylmottakene, ble det i praksis nødvendig at prosjektleder og en prosjektmedarbeider besøkte mottakene og arrangerte informasjonsmøter for beboerne. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble delt ut.

I alt 141 personer fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeerklæring, og 106 signerte og sa seg villige til å delta i undersøkelsen. Gjennomsnittlig oppholdstid i Norge ved undertegning av samtykkeerklæring blant deltakerne var fire måneder.

Fase 1: Spørreskjemaundersøkelse

Personer som sa seg villige til å delta i undersøkelsen, fikk utdelt spørreskjemaet. Rekrutteringsprosessen er allerede beskrevet i avsnittet om utvalg ovenfor.

Det viste seg imidlertid ganske raskt at mange ikke klarte å fylle ut skjemaet selv, selv om disse var oversatt til eget språk. Dette skyldes i hovedsak manglende lese- og skrivekunnskaper hos over halvparten av deltagerne. Det var derfor nødvendig å benytte tolk for å gjennomføre utfyllingen av skjemaet for en stor del av personene. Tolken leste da spørsmålene høyt slik dette fremkom på de oversatte skjemaene og skrev deltagerens svar inn i skjemaet.

Det var 85 personer som fylte ut spørreskjemaet, enten på egen hånd eller i samarbeid med helsepersonell og tolk. Gjennomsnittlig tid mellom ankomst til Norge og deltakelse i spørreskjemaundersøkelsen var seks måneder. Noen av spørreskjemaene var ufullstendig utfylt. Dette har medført at det vil være noe ulike antall (n) i utregningen for de forskjellige instrumentene.

Fase 2: Diagnostisk intervju

I den andre delen av prosjektet ble deltagerne intervjuet av erfarne klinikere, med tolk. Diagnoser innenfor de seks utvalgte områdene (moduler) ble undersøkt. For å unngå at personene avbrøt undersøkelsen på grunn av

gjenopplevelser knyttet til traumene, valgte vi å benytte modulene i denne rekkefølge: Demografi, somatoforme lidelser, psykoser, depresjon, angst, PTSD og rusmisbruk. Ingen av deltakerne oppgav at de hadde rusproblemer. Denne kategorien er derfor fjernet fra videre analyser.

På basis av informasjonen fra CIDI-intervjuene er det utledet diagnoser. Bare data fra de informantene som fylte alle kriteriene til diagnosene innenfor de fem hovedkategoriene (angst, depresjon, psykose, somatoform lidelse og posttraumatisk stresslidelse), og som hadde hatt symptomer i løpet av de siste 12 månedene, ble med i de videre analysene.

Alle som ønsket dette ble i etterkant av undersøkelsen tilbudt en ettersamtale med klinisk helsepersonell (psykolog eller lege). I de tilfeller hvor kliniker har vurdert at det var behov for helsehjelp, er dette tatt opp med vedkommende. Både veiledning om tilgjengelig helsehjelp for den aktuelle lidelsen og henvisning til ansvarlig behandlingsinstitusjon er blitt gitt.

I overgangen fra første til andre fase av prosjektet var det et frafall på 20 personer, noe som tilsvarer 25 % av det totale antall deltakere. Frafallet hadde flere årsaker. Syv ønsket ikke å gjøre intervjuet og takket derfor nei til videre deltagelse. Tre personer ble vurdert som så alvorlig syke at det ikke var mulig eller forsvarlig å gjennomføre intervjuet. En deltaker avbrøt selv intervjuet, fordi han ikke ville mer. Seks var blitt borte fra mottak og var umulige å spore opp. To var uttransportert av landet etter avslag på asylsøknad, og to møtte ikke til oppsatt avtale.

Det ble derfor gjennomført 65 CIDI-intervjuer. Av deltakere i denne fasen av undersøkelsen var 46 % kvinner og 54 % menn (mot 45 % og 55 % i første fase). Av dem som ikke deltok i andre delen av undersøkelsen var 8 fra Somalia, 10 fra Midt-Østen-regionen (Iran, Irak, Afghanistan og Palestina), og 2 fra Bosnia. Frafallet fra første til andre del av undersøkelsen var større blant menn enn blant kvinner (12 menn og 8 kvinner). De demografiske variablene er tilnærmet like i gruppen som deltok i CIDI-intervjuene, sammenlignet med de som falt fra. Gjennomsnittlig tid fra ankomst til Norge og gjennomføring av hele kartleggingen var 10 måneder.

5

Resultater

Demografi

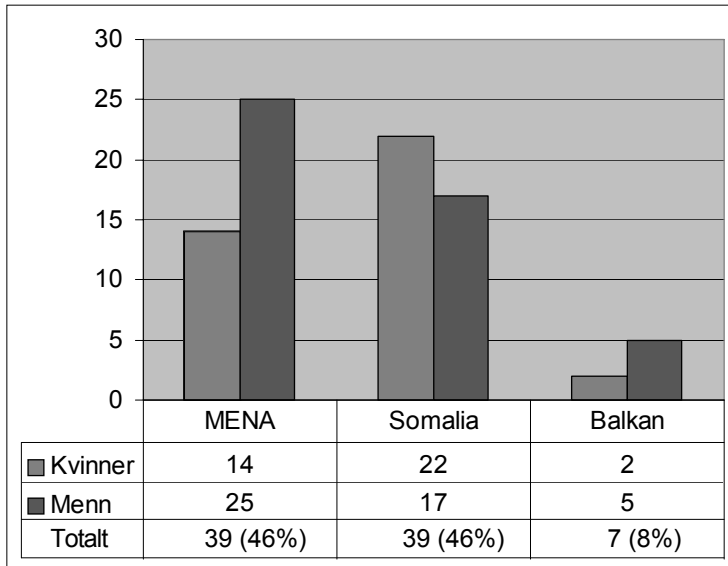
Regional bakgrunn og kjønn

Av de 85 personene som deltok i den første delen av undersøkelsen, er det 45 % kvinner (38) og 55 % menn (47). Gjennomsnittsalderen ligger på 33 år (median = 30 år). Nitti prosent av deltakerne er født i 1960 eller senere.

Utvalget er, som tidligere nevnt, basert på de største språkgruppene blant alle asylsøkere som kom til Norge i 2005: dari, farsi, arabisk, somali, serbisk og bosnisk. Dette har resultert i deltagere fra til sammen 11 land: Iran, Irak, Afghanistan, Syria, Algerie, Palestina, Yemen, Kosovo, Bosnia, Serbia og Somalia.

Den prosentvise tilhørigheten til de forskjellige språkgruppene blant deltakerne i undersøkelsen, er 46 % med somali som morsmål, 31 % med arabisk, 8 % dari, 7 % farsi og 8 % serbisk/bosnisk.

I analyseprosessen ble det naturlig å gruppere utvalget i tre forskjellige hovedgrupper som også sammenfaller med regional, språklig og kulturell tilhørighet: en gruppe fra Somalia, en gruppe fra Midt-Østen og Nord-Afrika, og en gruppe med bakgrunn fra Balkan. Vi velger i det videre å bruke en internasjonalt anvendt "sammenslåing" og akronym for personer fra Midt-Østen og Nord-Afrika (Middle East and North Africa (MENA)). Gruppen fra MENA-regionen inkluderer her personer fra landene Yemen, Palestina, Algerie, Syria, Afghanistan, Irak og Iran. Balkan-gruppa inkluderer personer fra Bosnia, Serbia og Kosovo. Vi har i analysene undersøkt forskjeller og likheter mellom disse hovedgruppene. Balkan-gruppa er imidlertid så vidt liten at det vanskelig kan foretas statistiske analyser. Denne gruppen er derfor utelatt i noen av analysene.

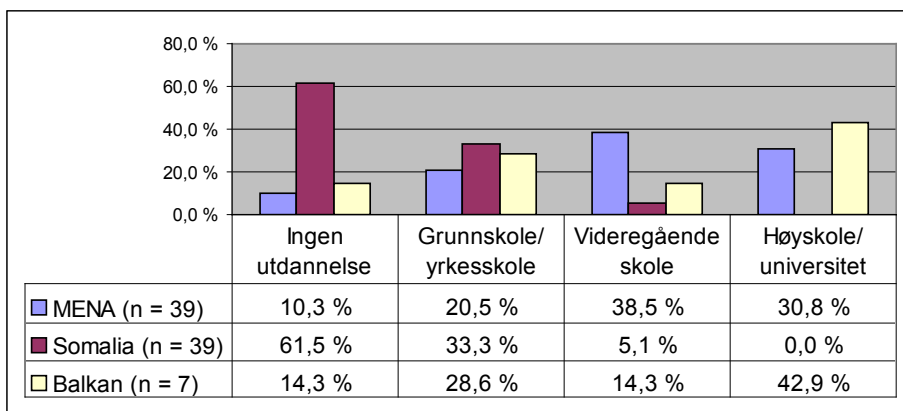


Tabell 1. Utvalget fordelt etter kjønn (tallene viser antall menn og kvinner i gruppene).

Når vi ser på den prosentvise fordelingen finner vi at 46 % kommer fra Somalia (n = 39), 46 % fra MENA-regionen (n = 39) og 8 % fra Balkan-regionen (n = 7). Kjønnfordelingen innad i de enkelte gruppene varierer noe. Innad i den somaliske gruppen er forskjellen minst: 56 % kvinner og 44 % menn. Blant personer fra MENA-regionen er andelen kvinner lavere: 36 % kvinner og 64 % er menn. Innad i gruppen fra Balkan-regionen er 29 % kvinner og 71 % menn (se for øvrig tabell 1).

Utdanning

I undersøkelsen er det innhentet opplysninger om deltakernes formelle utdanningsnivå. Å sammenligne denne type informasjon på tvers av landegrenser er komplisert. Det er forskjeller i organiseringen av utdanning, noe som medfører at de ikke nødvendigvis er sammenlignbare. Når fokuset rettes mot formell utdanning, fanger det kanskje ikke opp sentrale former for opplæring i fattige og krigsherjede områder. Man måler formalkompetanse, ikke realkompetanse. Trass i disse innvendingene kan slike opplysninger likevel gi en pekepinn om viktige forskjeller når det gjelder utdanningsnivå både mellom og innad i gruppene som undersøkelsen omfatter. Deltagerne fikk spørsmål om høyeste nivå av utdanning. Svarkategoriene var: ingen utdannelse, grunnskole/yrkesskole, videregående skole og høyskole/universitet.

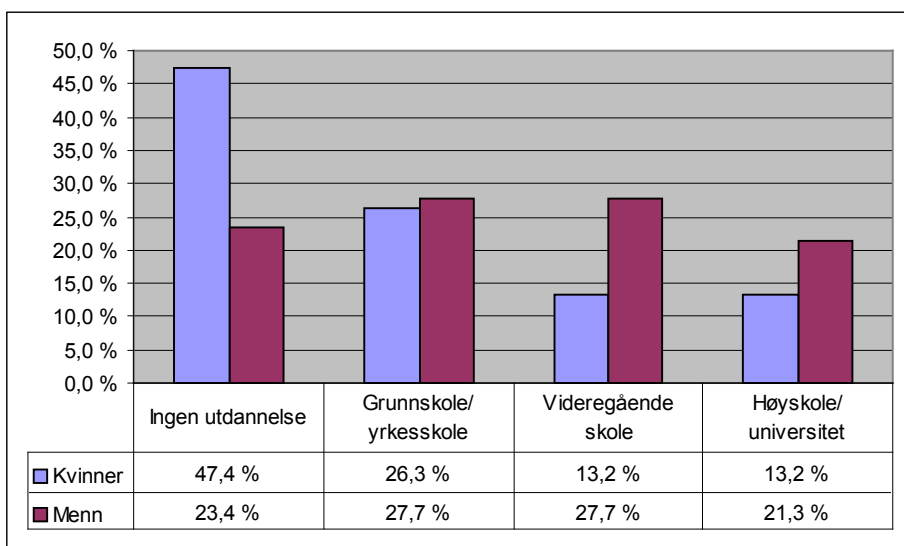


Tabell 2. Forskjeller mellom gruppene med hensyn til utdanning (tallene viser hvor mange prosent innen hver gruppe som havner i en utdanningskategori)

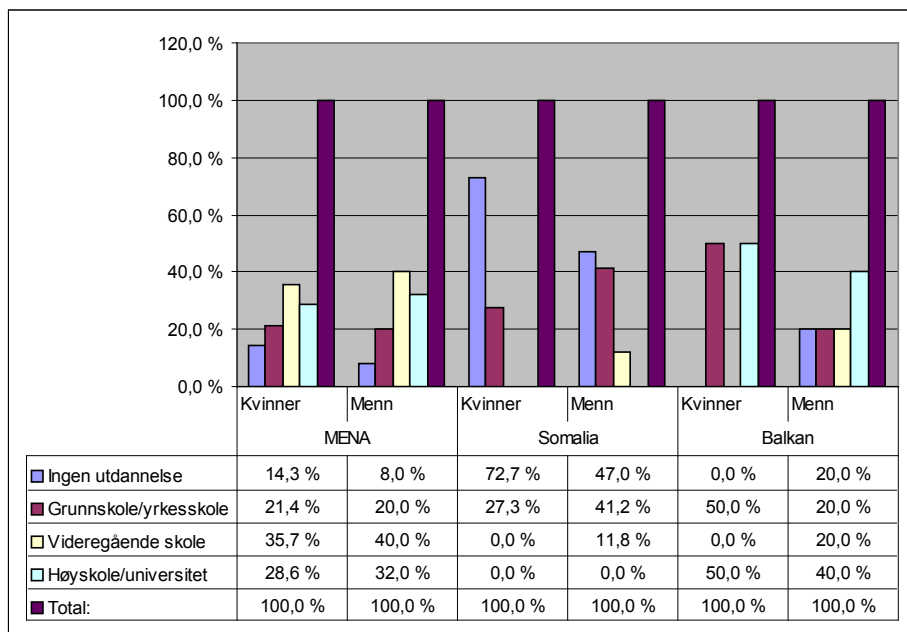
Resultatene viser store forskjeller mellom regionene hva formell utdanning angår. Nærmere 62 % av deltagerne fra Somalia oppgir at de ikke har formell utdanning, mens 33 % oppgir grunnskoleutdanning, og bare 5 % oppgir å ha utdanning på nivå med videregående skole². Blant deltakerne fra MENA-regionen oppgir 10 % at de ikke har formell utdanning, mens 21 % oppgir grunnskole som høyeste utdanning. Nesten 39 % oppgir å ha videregående skole og 31 % oppgir at de har en høyere utdanning (se tabell 2).

Resultatene viser også interessante forskjeller mellom menn og kvinner i utvalget. Blant kvinnene har nesten halvparten – 48 % – ingen formell utdanning i det hele tatt. Blant kvinnene med utdanning er det slik at 26 % har grunnskole/yrkesskole, 13 % har videregående og 13 % har høyskole- eller universitetsutdanning. Når vi ser på menn er forholdet annerledes: 23 % har ingen utdanning, 28 % har grunnskole, 28 % har videregående skole og 21 % har høyskole- eller universitetsutdanning (se tabell 3).

2 I tabellene oppgis resultatene med desimalene men i teksten forekommer kun hele tall.



Tabell 3: Utdannelse fordelt på kjønn (tallene viser prosent av kvinner eller menn tilhørende utdanningskategori).



Tabell 4: Utdannelse fordelt på kjønn og regional gruppe (tallene viser prosentandel kvinner og menn innen hver gruppe som tilhører en utdanningskategori).

Tabell 4 viser tydelige forskjeller i utdanningsnivå mellom de forskjellige hovedgruppene, samtidig som kjønnsforskjellene blir synliggjort.

Blant personene fra Somalia i vårt utvalg er det ingen som har høyere utdanning. Blant de somaliske mennene har 12 % utdanning på nivå med videregående skole. 41 % har utdanning tilsvarende grunnskole eller yrkesskole, og 47 % er uten formell utdanning. Ingen av de somaliske kvinnene har utdanning på nivå med videregående skole, og 27 % av de somaliske kvinnene har grunnskole eller yrkesskole. Det betyr at 73 % er uten formell utdanning.

For personer fra MENA-regionen er situasjonen annerledes. Blant kvinnene har 29 % høyskole- eller universitetsutdanning, 36 % har utdanning på nivå med videregående skole, 21 % har bare grunnskoleutdanning, mens 14 % har ingen formell utdanning. Blant menn har 32 % høyskole- eller universitetsutdanning, 40 % har utdanning på nivå med videregående skole, 20 % har bare grunnskole eller yrkesskole, mens kun 8 % har ingen formell utdanning.

Kartleggingsinstrumenter basert på selvutfylling

HSCL- 25

HSCL- 25 består som tidligere nevnt av 25 spørsmål fordelt på to skalaer. Den første skalaen måler opplevde symptomer på angst og består av 10 spørsmål. Den andre måler opplevde depressive symptomer og består av 15 spørsmål. Samvariasjonen mellom disse skalaene er høy ($r^2 = 0,66$, $p < 0,01$, $n = 81$). I samsvar med internasjonal konsensus har vi brukt en cutoff skåre på 1,75. Det betyr at skåre over 1,75 regnes som et uttrykk for et klinisk relevant funn.

Deltakerne blir i skjemaet bedt om å angi i hvilken grad symptomene som er listet opp har vært til plage eller ulempe i løpet av siste uke. Svaralternativene er: ikke i det hele tatt, litt, en god del og svært mye. Disse svarene er kodet med tallene 1 til 4, slik at 1 betyr at fravær av rapporterte plager, og 4 indikerer svært mye plager. Resultatene er vist i tabell 5 nedenfor. Nederst i tabellen er gjennomsnittsverdiene fra de forskjellige skalaene lagt sammen og gjort om til to variabler (dikotomisert) på bakgrunn av cutoff-skåre. Dette betyr at 0 viser til en ikke klinisk relevant skåre, og at 1 viser til en klinisk relevant skåre (over cutoff). Dette er gjort for tre skalaer (angst, depresjon og totalskåre).

Resultatene viser at det er særlig fire enkeltspørsmål som får en høyere gjennomsnittsskåre enn andre: ”Følelsen av å være engstelig”, ”problemer med å sove”, ”ensomhetsfølelse” og ”det å ha bekymringer”.

		Range	Gjen- nomsnitt	Stan- dardavvik	N
HSCL- 1:	Plutselig skremt uten grunn:	1 – 4	1,96	1,167	81
HSCL- 2:	Føler du deg engstelig	1 – 4	2,38	1,300	81
HSCL- 3:	Føler du deg svimmel eller kraftløs	1 – 4	1,90	1,179	81
HSCL- 4:	Nervøs eller urolig	1 – 4	1,94	1,122	81
HSCL- 5:	Hjertebank	1 – 4	1,85	1,130	81
HSCL- 6:	Skjelving	1 – 4	1,60	0,983	81
HSCL- 7:	Føler deg anspent eller opphisset	1 – 4	1,88	1,155	81
HSCL- 8:	Hodepine	1 – 4	1,96	1,066	81
HSCL- 9:	Anfall av redsel eller panikk	1 – 4	1,75	1,067	81
HSCL- 10:	Rastløshet, kan ikke sitte rolig	1 – 4	1,96	1,167	81
HSCL- 11:	Føler deg slapp og uten energi	1 – 4	1,84	1,123	81
HSCL- 12:	Anklager deg selv for ting	1 – 4	2,01	1,280	81
HSCL- 13:	Har lett for å gråte	1 – 4	2,06	1,248	81
HSCL- 14:	Tap av seksuell interesse eller nytelse	1 – 4	1,80	1,042	81
HSCL- 15:	Dårlig appetitt	1 – 4	1,83	1,070	81
HSCL- 16:	Vanskelig for å få sove	1 – 4	2,32	1,253	81
HSCL- 17:	Følelse av håpløshet med tanke på framtida	1 – 4	2,11	1,304	81
HSCL- 18:	Føler deg nedfor	1 – 4	2,16	1,219	81
HSCL- 19:	Føler deg ensom	1 – 4	2,63	1,229	81
HSCL- 20:	Har tanker om å ta ditt eget liv	1 – 4	1,51	1,038	81
HSCL- 21:	Følelse av å være fanget	1 – 4	1,90	1,158	81
HSCL- 22:	Bekymrer deg for mye	1 – 4	2,44	1,323	81
HSCL- 23:	Føler ikke interesse for noe	1 – 4	1,63	0,993	81
HSCL- 24:	Føler at alt krever stor anstren- gelse	1 – 4	2,06	1,288	81
HSCL- 25:	Føler at du ikke er noe verdt	1 – 4	1,79	1,212	81
	HSCL- angstskala:	0 – 1	0,59	0,494	81
	HSCL- depresjonsskala:	0 – 1	0,46	0,501	81
	HSCL- total:	0 – 1	0,53	0,501	81

Tabell 5: HSCL- 25, gjennomsnitt, standardavvik og antall deltagere. Vedrørende n, se s. 37

Når vi ser på hele utvalget, finner vi at 59 % får en skåre over cutoff, noe som indikerer klinisk angst, og 46 % har en skåre som indikerer klinisk depresjon. Når vi ser på forskjellene mellom gruppene, finner vi imidlertid store forskjeller. Blant personer fra MENA-regionen har 82 % en skåre over cutoff

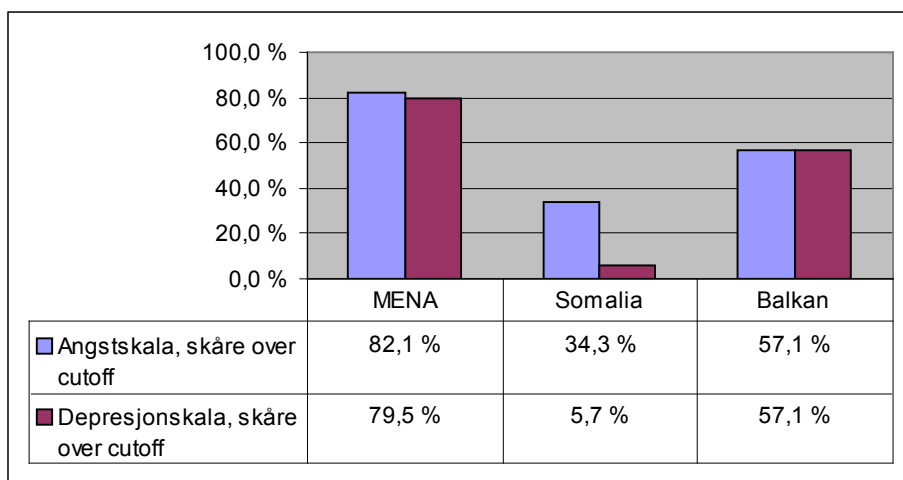
på den første del av skalaen, noe som indikerer en angstlidelse, og 80 % får en skåre over cutoff på depresjonsskalaen. Blant personer fra Somalia har 34 % en skåre som ligger over cutoff på angstskaalen, mens bare 6 % har en skåre over cutoff på depresjonsskalaen.

Gjennomsnittskåre på **HSCL- 10** (angst) for personene fra MENA-regionen er 2,52 (standardavvik = 0,124). Gjennomsnittskåre for somalierne er 1,54 (standardavvik = 0,091).

Gjennomsnittskåre på **HSCL- 15** (depresjon) for personer fra MENA-regionen er 2,45 (standardavvik = 0,118) Gjennomsnittskåre for somalierne er 1,28 (standardavvik = 0,056).

Gjennomsnittskåre for **HSCL- 25** (total) for personer fra MENA-regionen er 2,47 (standardavvik = 0,113). Gjennomsnittskåre for somalierne er 1,39 (standardavvik = 0,060).

Se tabell 6 for forskjeller mellom klinisk relevant skåre på de forskjellige skalaene.



Tabell 6: Tallene viser prosentandelen innen hver gruppe som skårer over cutoff og som derfor blir identifisert til å ha en klinisk tilstand. Hver person kan ha skåre over cutoff på begge mål, derfor > 100%

HTQ- 30 (del IV av HTQ)

HTQ- 30 består av to skalaer. Den første skalaen inneholder 16 spørsmål som sammenfaller med DSM-IV symptomer på PTSD (HTQ-16/PTSS-16). Som tidligere beskrevet (Mollica et al.,1996) ble det i tillegg laget en skala på 14 spørsmål for å kunne fange opp massiv traumatisering, migrasjon og dissosiative fenomener. Vi har i samsvar med internasjonal konsensus valgt å legge en cutoff skåre på 2,5.

En skåre over 2,5 behandles som klinisk relevante funn. I vårt utvalg får 33 % en skåre som indikerer en klinisk relevant PTSD. Når vi undersøker de siste 14 spørsmålene alene, viser det at bare 16 % skårer over "cutoff". Samvariasjonen mellom disse skalaene er moderat ($r^2 = 0,55$, $p < 0,01$, $n = 81$). Når skalene er satt sammen får vi 26 % med en totalskåre som indikerer kliniske relevant PTSD, dvs. færre enn om vi bruker de 16 første spørsmålene alene.

Tabell 7 viser gjennomsnittskåre for de ulike spørsmålene. Svaralternativene er "aldri", "av og til", "ofte" og "alltid". Svarene er kodet slik at 1 betyr at en aldri er plaget av symptomet og 4 indikerer at en alltid er plaget av symptomet. Tabellen viser gjennomsnitt, standardavvik og antall deltagere. Tabellen viser at gjentatte tanker og minner om det mest skremmende og vonde, er belastende for mange. Videre rapporterer mange om unngåelsesatferd, plutselige følelsemessige reaksjoner, manglende forståelse fra andre, og at de tenker mye på hvorfor ting har skjedd.

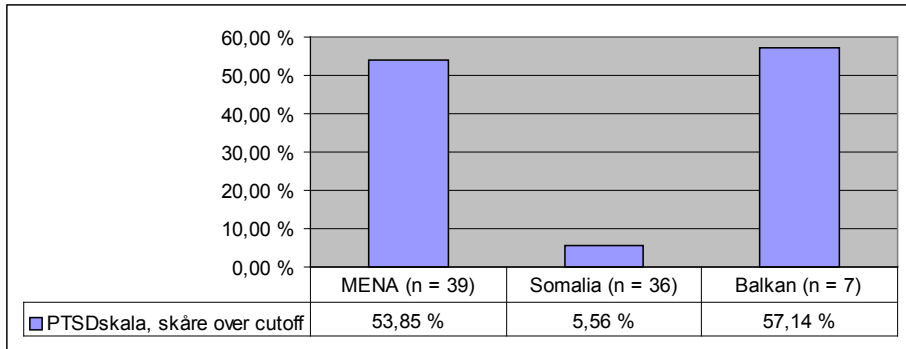
	Symptomer	Range	Gjen- nomsnitt	Stan- dardavvik	N
HTQ- symptom 1:	Gjentatte tanker eller minner om de vondeste og mest skremmende hendelser:	1 - 4	2,71	1,138	82
HTQ- symptom 2:	Følt det som om hendelsen skjer igjen:	1 - 4	2,18	1,135	82
HTQ- symptom 3:	Gjentatte mareritt:	1 - 4	2,07	1,109	82
HTQ- symptom 4:	Følt meg atskilt fra andre mennesker:	1 - 4	1,98	1,207	82
HTQ- symptom 5:	Ikke vært i stand til å føle noe:	1 - 4	1,63	1,025	82
HTQ- symptom 6:	Følt meg skvetten:	1 - 4	1,90	1,129	82
HTQ- symptom 7:	Hatt vanskeligheter med å konsentrere meg:	1 - 4	2,06	1,058	82
HTQ- symptom 8:	Hatt søvnproblemer:	1 - 4	2,09	1,033	82
HTQ- symptom 9:	Følt meg på vakt:	1 - 4	1,91	1,056	82
HTQ- symptom 10:	Følt meg irritabel eller hatt sinneutbrudd:	1 - 4	1,85	1,056	82
HTQ- symptom 11:	Unngått aktiviteter som minner meg om de vonde og smertefulle hendelsene:	1 - 4	2,29	1,252	82
HTQ- symptom 12:	Vært ute av stand til å huske deler av de vondeste hendelsene:	1 - 4	1,84	1,048	82
HTQ- symptom 13:	Vært mindre interessert i daglige aktiviteter:	1 - 4	1,76	0,924	82

HTQ- symptom 14:	Følt det som om jeg ikke har noen fremtid:	1 – 4	2,12	1,280	82
HTQ- symptom 15:	Unngått tanker og følelser som jeg forbinder med de vonde opplevelsene:	1 – 4	2,59	1,227	82
HTQ- symptom 16:	Hatt plutselig følelsesmessige eller kroppslige reaksjoner når jeg blir minnet om det smertefulle som hendte:	1 – 4	2,26	1,195	82
HTQ- symptom 17:	Følt at andre ikke kan forstå hva jeg har gått gjennom:	1 – 4	2,74	1,191	81
HTQ- symptom 18:	Hatt problemer med å utføre arbeid eller andre daglige oppgaver:	1 – 4	1,57	0,836	81
HTQ- symptom 19:	Tenkt at det som skjedde var min feil:	1 – 4	1,74	1,149	81
HTQ- symptom 20:	Følt meg skyldig fordi jeg har overlevd:	1 – 4	1,60	1,103	81
HTQ- symptom 21:	Har følt meg håpløs:	1 – 4	1,86	1,170	81
HTQ- symptom 22:	Skammer meg over de vonde opplevelsene jeg har opplevd:	1 – 4	1,83	1,104	81
HTQ- symptom 23:	Tenker mye på hvorfor dette hendte med meg:	1 – 4	2,36	1,197	81
HTQ- symptom 24:	Føler at jeg kommer til å bli gal:	1 – 4	1,65	1,002	81
HTQ- symptom 25:	Føler at jeg er den eneste som lider på grunn av disse hendelsene:	1 – 4	1,68	1,082	81
HTQ- symptom 26:	Opplever at andre vil meg vondt:	1 – 4	1,58	0,934	81
HTQ- symptom 27:	Føler meg ute av stand til å stole på noen:	1 – 4	1,80	1,077	81
HTQ- symptom 28:	Legger merke til at jeg har gjort noe jeg ikke kan huske å ha gjort:	1 – 4	1,65	0,951	81
HTQ- symptom 29:	Føler det som om jeg er satt sammen av to personer der den ene ser på hva den andre gjør:	1 – 4	1,57	1,024	81
HTQ- symptom 30:	Føler at noen jeg stolte på har sviktet meg:	1 – 4	1,86	1,069	81

Tabell 7: HTQ- 30 (Forskjell i antall *n* skyldes at HTQ- 30 består av to skalaer, og én respondent har svart fullstendig på første del, men ikke på andre).

Andelen som skårer over cutoff på HTQ-16 og dermed blir identifisert med en PTSD er på 33 % for hele gruppen samlet.

Deltakerne fra MENA-regionen skårer i gjennomsnitt 2,49 i totalskåre (standardavvik = 0,111), mens somalierne skårer i gjennomsnitt 1,61 (standardavvik = 0,710). Når vi ser på gruppetilhørighet og skåre på HTQ-16, får 54 % i gruppen med bakgrunn fra MENA-regionen en klinisk relevant skåre. Tilsvarende andel for den somaliske gruppen er 6 % (se tabell 8).



Tabell 8: Skåre over cutoff på HTQ-16 som indikerer PTSD fordelt på gruppe (n = 82). Tallene viser prosentandelen innad i hver gruppe som skårer over cutoff.

Når vi oppsummerer hvordan instrumentene virker med tanke på selvopplevde symptomer blant personer innen de forskjellige gruppene, fremkommer tydelige forskjeller. Kartleggingsinstrumentene ser ut til å avdekke en betydelig større grad av symptomatologi blant personer fra MENA-regionen og Balkan enn hva som er tilfelle for personer fra Somalia.

Traumatiske erfaringer

Første del av HTQ har, som tidligere beskrevet, som mål å kartlegge traumatiske opplevelser. Denne delen består av 16 spørsmål knyttet til hendelser som antas å være svært belastende og som kan være traumatiserende. Disse opplevelsene består av potensielt integritetstruende erfaringer som berører personenes eksistensgrunnlag, og inkluderer erfaringer som å bli truet med drap, utsatt for tortur og lignende.

Mangel på mat:	63,5 %	
Sykdom uten å få hjelp:	64,7 %	
Mangel på husly:	64,7 %	
Fengsling:	36,5 %	
Alvorlig fysisk skade:	56,5 %	
Militære kampsituasjoner:	68,2 %	
Hjernevask:	30,6 %	
Voldtekt:	35,4%	21,5 % (direkte erfart)
Isolasjon:	48,2 %	
Nær drept:	76,5 %	
Tvungen atskillelse fra familie:	54,1 %	
Drap på familie og venner:	67,1 %	
Unaturlig død, familie og venner:	64,7 %	
Drap på fremmede:	43,5 %	
Savnet eller kidnappet:	49,4 %	
Tortur:	65,8 %	57,3 % (direkte erfart)

Tabell 9: Hendelsene er enten erfarte selv eller at personen har vært direkte vitne til slike hendelser. Dette gjelder for alle hendelser. I tillegg er direkte erfaring med tortur og voldtekt angitt spesielt.

Flest oppgir at de har vært nær ved å bli drept, 76,5 %. Nesten 70 % oppgir å ha opplevd drap på familie og/eller venner. En stor del har opplevd at basale behov ikke har vært dekket, slik som sted å bo, mangel på mat eller vann, og nødvendig hjelp ved sykdom. Halvparten har opplevd en alvorlig fysisk skade. Videre har nær 70 % opplevd militære kampsituasjoner.

Når det gjelder forskjeller mellom gruppene i eksponering for potensielt traumatiske hendelser, ser vi at det blant personer fra MENA-regionen er 67 % som oppgir at de har opplevd 8 eller flere av de 16 hendelsene. Blant somalierne sier 74 % at de har opplevd 8 eller flere hendelser.

Vi har valgt å inkludere både direkte erfaring og direkte observasjon som traumatiske hendelser. Vi har også sett særskilt på gruppene som har rapportert direkte opplevelse av voldtekt og/ eller tortur. Av kvinnene oppgir 31,4 % å ha opplevd voldtekt. Blant mennene er tilsvarende tall 13,6 %. Forskjellen mellom kjønnene er svært liten når det gjelder torturerfaringer. Gjennomsnittlig 57,3 % oppgir å ha blitt torturert.

Hodetraumer

HTQ inkluderer fire spørsmål som direkte berører hendelser som antas å kunne gi hodeskader: ”drukningsforsøk”, ”kvelningsforsøk”, ”slag mot hodet” og ”elektrisk tortur som har medført tap av bevissthet”. I vårt utvalg

rapporterer 4 % at de har opplevd å bli utsatt for drukningsforsøk (5 % blant personer fra MENA-regionen og 3 % blant somalierne), 13 % har opplevd kvelningsforsøk (17 % fra MENA-regionen og 9 % blant somalierne), 43 % har opplevd slag mot hodet (50 % blant personer fra MENA-regionen og 39 % blant somalierne) og 33 % har opplevd å miste bevisstheten (41 % blant deltakerne fra MENA-regionen og 23 % blant somalierne).

Resultater fra Positive State of Mind

Undersøkelsen inkluderer et sett med spørsmål med fokus på mestring og positive opplevelser. Vi finner at rundt halvparten ikke har problemer med å holde oppmerksomheten oppe (56 %, n = 79). Videre finner vi at noe over halvparten klarer å gjennomføre nye oppgaver uten at vanskelige tanker distraherer (62 %). Nesten 75% opplever at de klarer å ta ansvar for seg og sine, og at de gjør det som er nødvendig for å ta vare på seg selv og andre. Rundt halvparten opplever at de klarer å slappe av (48 %). Når det gjelder evnen til å kjenne kroppslig velvære som å glede seg over og nyte gode sanseopplevelser (som å høre musikk), klarer også litt over halvparten å gjøre dette (56 %). Omtrent 67% klarer å føle felleskap med andre mennesker.

Resultater fra Somatoform Dissociation Questionnaire

SDQ er en skala som det viste seg svært vanskelig å bruke i denne undersøkelsen. Deltakerne har sannsynligvis ikke fått tilstrekkelig informasjon til å kunne fylle ut skjemaet korrekt. En somatoform lidelse kan være et komplisert klinisk bilde, som selv erfarne klinikere kan oppleve som vanskelig å diagnostisere. Det er særlig mangelfull utfylling av spørsmålet om kjent fysisk årsak til en gitt lidelse. Manglende svar er her behandlet som et negativt svar. I neste omgang er dataene behandlet slik at bare positivt svar på spørsmål om lidelse ble tatt med når det ikke er en fysisk årsak til dette. Det er et problem at det ofte kan være manglende helsetilbud i de områder hvor flyktningene kommer fra. Dette vil sannsynligvis "maskere" faktiske fysiske sykdommer, slik at disse behandles som et symptom på en somatoform lidelse. Med slike forbehold, finner vi at forekomsten av somatoforme plager er relativt høy i vår populasjon, se tabell 10.

5 RESULTATER

		% ja	Range	Gjen- nom- snitt	Stan- dardav- vik	n
SDQ 1:	Jeg har problemer med å late vannet:	7,10 %	0 - 1	0,07	0,258	85
SDQ 2:	Jeg misliker smaker som jeg vanligvis liker:	12,90 %	0 - 1	0,13	0,338	85
SDQ 3:	Jeg hører lyder i nærheten av meg som som om de kommer langt borte fra:	11,80 %	0 - 1	0,12	0,324	85
SDQ 4:	Jeg har smerter når jeg later vannet:	10,60 %	0 - 1	0,11	0,310	85
SDQ 5:	Kroppen min, eller deler av den, føles nummen:	16,50 %	0 - 1	0,16	0,373	85
SDQ 6:	Mennesker og ting ser større ut enn vanlig:	2,40 %	0 - 1	0,02	0,152	85
SDQ 7:	Jeg har et anfall som ligner et epileptisk anfall:	7,10 %	0 - 1	0,07	0,258	85
SDQ 8:	Kroppen min, eller en del av den, kjenner ikke smerte:	10,60 %	0 - 1	0,11	0,310	85
SDQ 9:	Jeg misliker lukter som jeg vanligvis liker:	10,60 %	0 - 1	0,11	0,310	85
SDQ 10:	Jeg har smerte i underlivet (på tidspunkter utenom samleie):	12,90 %	0 - 1	0,13	0,338	85
SDQ 11:	Jeg kan ikke høre i perioder (som om jeg er døv):	15,30 %	0 - 1	0,15	0,362	85
SDQ 12:	Jeg kan ikke se i perioder (som om jeg er blindt):	14,10 %	0 - 1	0,14	0,350	85
SDQ 13:	Jeg ser ting rundt meg på en annen måte enn vanlig (for eksempel som om jeg ser gjennom en tunnel eller at jeg bare ser en del av en ting):	10,60 %	0-1	0,11	0,310	85
SDQ 14:	Luktesansen min er mye BEDRE eller VERRE enn vanlig (selv om jeg ikke er forkjølet):	11,80 %	0-1	0,12	0,324	85
SDQ 15:	Det er som om kroppen min, eller en del av den, er forsvunnet:	5,90 %	0-1	0,06	0,237	85
SDQ 16:	Jeg klarer ikke svelge, eller klarer bare å svelge med stor anstrengelse:	5,90 %	0-1	0,06	0,237	85
SDQ 17:	Jeg klarer ikke å sove på flere netter, men er fortsatt svært aktiv på dagtid:	29,40 %	0-1	0,29	0,458	85

SDQ 18:	Jeg klarer ikke å snakke (eller bare med stor anstrengelse), eller jeg kan bare hviske:	8,20 %	0-1	0,08	0,277	85
SDQ 19:	Jeg er lammet i perioder:	10,60 %	0-1	0,11	0,310	85
SDQ 20:	Jeg stivner til i perioder:	14,10 %	0-1	0,14	0,350	85
SDQ 20 total:	Sumskåre for alle spørsmålene:		0-18	2,28	3,627	85

Tabell 10: SDQ 20, prosentvis fordeling av bekreftede symptomer, gjennomsnittskåre og standardavvik ($n = 85$).

Resultatene viser at rundt halvparten av informantene oppgir at de har ingen av de somatoforme symptomene det spørres etter. Rundt 10 % har en betydelig somatoform symptomatologi (8 symptomer eller mer), mens 40 % har mellom 1 og 8 symptomer. Når vi ser på gjennomsnittskåre for de ulike gruppene, er det slik at deltakerne fra MENA-regionen skårer i gjennomsnitt 3,90 (standardavvik = 0,741) og somalierne i gjennomsnitt skårer 1,05 (standardavvik = 0,257).

Opplevd behov for helsehjelp

Et vesentlig spørsmål er om asylsøkeren selv opplever å ha et behov for helsehjelp. Dette temaet ble tatt opp på slutten av spørreskjemaet, formulert som et ja/nei alternativ. I undersøkelsen oppgir 56 % at de har behov for helsehjelp. Blant personene fra MENA-regionen oppgir 76 % at de har behov for helsehjelp, mens den tilsvarende andelen blant somalierne er 39 %. Dersom vi ser på forholdet mellom kjønnene, finner vi at 69 % av kvinnene fra MENA-regionen rapporterer at de har behov for helsehjelp, og 80 % av mennene. Blant somalierne rapporterer 47 % av kvinnene behov for helsehjelp, og 31 % av mennene.

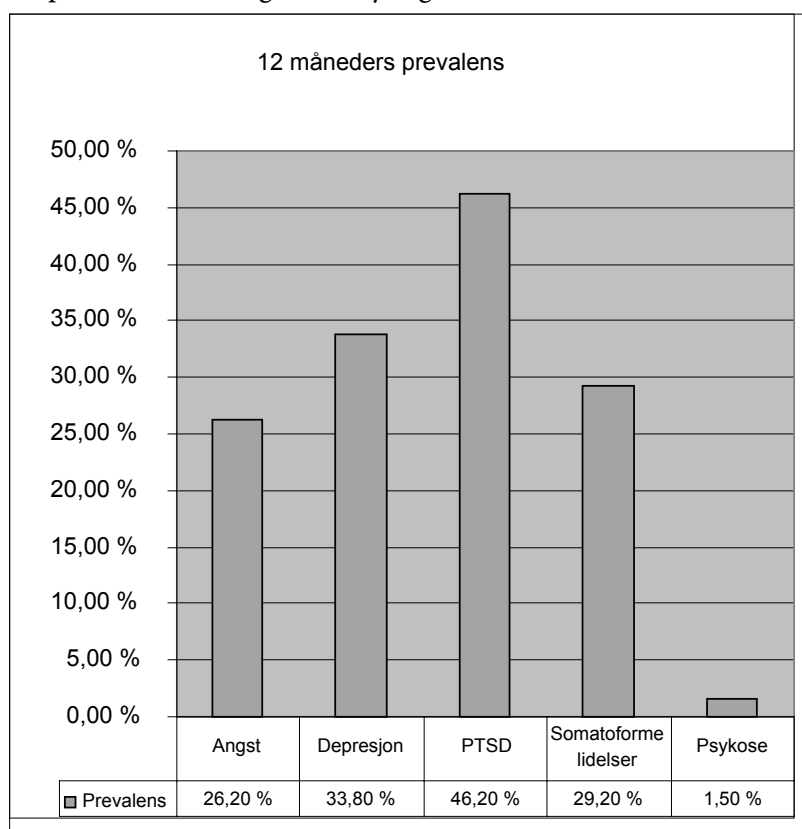
Diagnoser basert på CIDI

De psykiske lidelsene som ble undersøkt – ved hjelp av et standardisert diagnostisk intervju - i andre del av studien, var somatoforme lidelser, angstlidelser, depresjon, psykose, posttraumatisk stresslidelse og alkohol/stoffmisbruk. Til sammen 65 personer har blitt intervjuet av klinikere med erfaring i arbeid med flyktninger og med bruk av tolk.

Resultatene viser at 70 % av asylsøkerne tilfredsstillter kriteriene for en eller flere psykiatriske diagnoser (12 måneders prevalens). Når vi undersøker komorbiditet (det å ha flere enn en diagnose) finner vi at 20 % tilfredsstillter kriteriene for én diagnose, 28 % for to diagnoser, 16 % for tre diagnoser og 6 % for fire diagnoser. Ingen personer fikk alle fem diagnosene.

Når vi ser på fordelingen av psykiske lidelser i hele utvalget, er den hyppigst forekommende diagnosen PTSD. Nesten halvparten av de undersøkte (46 %) har fått denne diagnosen. Vider følger depresjon (34 %), somatoforme lidelser (29 %) angst (26 %), og psykose (1,5 %) (se tabell 11). Den høyeste komorbiditeten mellom diagnoser er mellom posttraumatisk stresslidelse og depresjon ($r^2 = 0,25$, $p < 0,05$). Ingen andre samvariasjoner var signifikante.

Det var ingen som oppga bruk eller misbruk av alkohol, medisiner eller ulovlige narkotiske stoffer. Intervjuerne har også gjort en vurdering av dette (ved å snakke med mottaksansatte), og mener at det registrerte fraværet av rusproblemer i utvalget sannsynligvis er korrekt.



Tabell 11: Fordelingen av diagnoser ($n = 65$). Hvert individ kan ha flere diagnoser. Tallene viser forekomst av hver lidelse i hele gruppen.

Når vi undersøker forskjeller mellom gruppene, finner vi en høyere grad av komorbiditet blant personer fra MENA-regionen: 10 % har fire diagnoser, 28 % har tre diagnoser, 28 % har to diagnoser, mens 24 % har én diagnose. Blant somalierne er det ingen som tilfredsstillmer mer enn de diagnostiske kriteriene for tre lidelser. I denne gruppen er det 3 % som har tre diagnoser, 23 % har to diagnoser og 32 % har en diagnose. Blant deltakerne fra MENA-regionen har 10 % ingen diagnose. Tilsvarende andel blant somalierne er 42 % (se for øvrig tabell 12).

Komorbiditet antall diagnoser

	Ingen diagnose	En diagnose	To diagnoser	Tre diagnoser	Fire diagnoser
MENA (n = 29)	10,40 %	24,10 %	27,60 %	27,60 %	10,30 %
Somalia (n = 31)	41,90 %	32,30 %	22,60 %	3,20 %	0,00 %
Balkan (n = 5)	60,00 %	20,00 %	20,00 %	0,00 %	0,00 %

Tabell 12: Fordeling av diagnoser på språkgrupper. Tallene viser prosentandelen innen hver språkgruppe som har blitt diagnostisert. Det er så vidt få personer i gruppen fra Balkan at den prosentvise fordelingen blir gir et feilaktig bilde.

Den store forskjellen mellom gruppene blir tydelig ved kun å fokusere på hvem som har fått en eller flere diagnoser: Blant deltakerne fra MENA-regionen har 90 % en eller flere diagnoser, mens 58 % av somalierne har en eller flere diagnoser.

Når vi ser på den relative fordelingen av diagnoser i forhold til gruppetilhørighet, finner vi at det er langt flere personer fra MENA-regionen som tilfredsstillmer kriteriene til en diagnose enn fra Somalia (se tabell 13).

Blant gruppen MENA ser vi at 48 % har en angstlidelse, 48 % har en depresjonslidelse, 62 % har PTSD, 41 % har en somatoform lidelse, mens 3 % har en psykotisk lidelse. Blant somalierne har 10 % en angstlidelse, 26 % har en depresjonslidelse, 32 % har PTSD, 19 % har en somatoform lidelse, og vi fant ingen med psykotisk lidelse.

Dersom vi fokuserer på forskjellen mellom kjønnene, ser vi at 43 % av kvinnene og 57 % av mennene har en angstdiagnose. Av kvinnene er det 45 % og av mennene 55 % som har en depresjonsdiagnose. Til sammen 41% av

Diagnoser og områder

	Angst	Depresjon	PTSD	Somatoforme lidelser	Psykose
MENA (n = 29)	48,3 %	48,3 %	62,1 %	41,4 %	3,4 %
Somalia (n = 31)	9,7 %	25,8 %	32,3 %	19,4 %	0,0 %
Balkan (n = 5)	0,0 %	0,0 %	40,0 %	20,0 %	0,0 %

Tabell 13: Fordeling av diagnoser etter gruppetilhørighet. Tallene viser prosentandelen innen hver gruppe som har blitt diagnostisert.

kvinnene og 59 % av mennene har en PTSD diagnose, og 56 % av kvinnene og 44 % av mennene har en somatoform diagnose.

Sammenlikning mellom spørreskjemaene og psykiatriske diagnoser

Med utgangspunkt i den delen av spørreskjemaet som forventes å kunne identifisere PTSD, nemlig del IV av Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-16/PTSS-16), og med den anbefalte "cutoff" skåre på 2,5, finner vi en korrelasjon mellom diagnostisert PTSD (CIDI) og en skåre over cutoff på HTQ-16, på 0,37 ($p < 0,01$, $n = 63$).

Når det gjelder forholdet mellom Hopkins Symptom Checklist-25, både *delskalaene* for henholdsvis depresjon og angst, og *samtlig*e 25 spørsmål, og

hver av de to tilsvarende diagnosegruppene fremkommet ved CIDI, finner vi følgende: Depresjonsdelen av HSCL-25 (de 15 siste spørsmålene) predikerer en depresjonsdiagnose litt bedre enn hele skalaen samlet. Vi finner en korrelasjon mellom HSCL-15 og en diagnostisert depresjonslidelse på 0,32 ($p < 0,05$, $n = 61$).

Resultatet fra HSCL-10 (de 10 angstleddene i skjema), har en korrelasjon på $r^2 = 0,39$ ($p < 0,01$, $n = 61$). Hele skalaen (HSCL - 25) har en litt bedre samvariasjon med diagnostisert angstlidelse enn angstskalaen alene ($r^2 = 0,41$, $p < 0,001$). Depresjonsdelen av HSCL - 25 (HSCL - 15) har den beste samvariasjonen med en diagnostisert angstlidelse ($r^2 = 0,51$, $p < 0,01$, $n = 61$).

I undersøkelsen fremgår det ikke noen klar sammenheng mellom antallet traumatiske hendelser og PTSD diagnoser. Dette betyr at det i utvalget finnes mange personer med tallmessig sett mange ekstreme belastninger som vil falle inn under hovedkriteriet (A-kriteriet) for å kunne kvalifisere for en PTSD diagnose. Det er interessant at mange av informantene som har opplevd ekstreme påkjenninger, ikke nødvendigvis kvalifiserer til en PTSD diagnose. Ikke desto mindre er den totale forekomsten av PTSD i vårt materiale høy, 46,2 %.

Når vi fokuserer på diagnoser, finner vi en sammenheng mellom "slag mot hodet" og forekomst av depresjon ($r^2 = 0,35$, $p < 0,01$, $n = 62$). Videre finner vi en sammenheng mellom "slag mot hodet" og PTSD ($r^2 = 0,34$, $p < 0,01$, $n = 62$). Samvariasjonen mellom "elektrisk tortur som medfører tap av bevissthet" og depresjon og PTSD ligger omtrent i samme området (henholdsvis $r^2 = 0,33$, $p < 0,01$, $n = 60$ og $r^2 = 0,39$, $p < 0,01$, $n = 60$). I tillegg ser vi en moderat korrelasjon mellom "slag mot hodet" og "elektrisk tortur som medfører tap av bevisstheten" og forekomst av komorbiditet ("slag mot hodet" og komorbiditet $r^2 = 0,43$, $p < 0,01$, $n = 62$, og "elektrisk tortur som medfører tap av bevissthet" og komorbiditet, $r^2 = 0,41$, $p < 0,01$, $n = 60$). Vi finner en liten samvariasjon mellom å ha vært fengslet og å ha PTSD ($r^2 = 0,25$, $p < 0,05$, $n = 65$) og mellom å ha blitt torturert og å få en somatiseringslidelse ($r^2 = 0,28$, $p < 0,05$, $n = 65$).

Dersom vi ser på alle diagnosene under ett og sammenligner med enkeltspørsmålene om potensielt traumatiske erfaringer i HTQ, ser det ut til at opplevelser som å være vitne til at andre blir drept eller at venner eller familie dør en unaturlig død har en sammenheng med utvikling av en lidelse (korrelasjonen mellom å se andre bli drept og å få en diagnose er $r^2 = 0,28$ ($p < 0,01$, $n = 65$) og korrelasjonen mellom å oppleve at familie eller venner dør en unaturlig død er $r^2 = 0,35$ ($p < 0,01$, $n = 65$). Disse sammenhengene er imidlertid svake.

Det er flere måter å undersøke sammenhengen mellom et kartleggingsinstrument og vurderinger gjort av klinikere. En ofte brukt måte å undersøke dette på er å regne ut hvor godt et instrument er til å identifisere syke og friske personer. Et instrument har høy sensitivitet dersom det identifiserer de som faktisk er syke. Instrumentet har høy spesifisitet dersom det identifiserer dem som faktisk er friske. Disse begrepene er ikke i seg selv tilstrekkelige for å kunne avgjøre om et instrument kan brukes til å identifisere syke og friske personer. En bør i tillegg ta hensyn til forekomst av sykdom blant den populasjonen som undersøkes, for å kunne avgjøre anvendbarheten av et instrument. For å gjøre dette regner en ut positiv og negativ prediktiv verdi som inkluderer prevalenstall for den enkelte populasjon. Positiv prediktiv verdi beskriver andelen individer som blir identifisert som syke i følge instrumentet, og som objektivt sett er syke. Negativ prediktiv verdi beskriver andelen av individer med et negativ resultat på et instrument, og som objektivt sett er friske. For å vurdere om et gitt resultat er bra eller dårlig, ligger det også vurderinger til grunn som ikke er statistiske. Disse vurderingene vil være avhengig av hva instrumentene skal brukes til og hvordan utfallet av feilene blir.

Sensitivitet, spesifisitet, positiv prediktiv verdi (PPV) og negativ prediktiv verdi (NPV) for de instrumentene som er mest relevante er angitt nedenfor (se tabell 14). Videre har vi undersøkt forskjeller mellom hovedgruppene i studien (se tabell 15).

Instrument	Cutoff-ratio	Psykisk lidelse	N	Prevalens	Sensitivitet	Spesifisitet	PPV	NPV
HSCL- 25	1,75	Depresjon	61	0,34	0,70	0,59	0,46	0,79
HSCL- 15	1,75	Depresjon	61	0,34	0,65	0,68	0,51	0,79
HSCL- 25	1,75	Angst	61	0,26	0,87	0,61	0,44	0,93
HSCL- 10	1,75	Angst	61	0,26	0,87	0,52	0,39	0,92
HTQ- 30	2,5	PTSD	62	0,46	0,38	0,91	0,78	0,63
HTQ- 16	2,5	PTSD	63	0,46	0,48	0,83	0,71	0,65
HTQ- 14	2,5	PTSD	62	0,46	0,24	0,97	0,87	0,60

Tabell 14: Oversikt over de forskjellige instrumentene.

Når vi undersøker forskjeller mellom de to hovedgruppene i studien, finner vi en systematisk forskjell med henblikk på sensitivitet og spesifisitet når det gjelder de ulike instrumentene. Blant personer fra MENA-regionen finner vi at instrumentet HSCL-25 fanger opp angst og depresjon til en viss grad, mens dette i mindre grad er tilfelle for somalierne. Når det gjelder HTQ og PTSD diagnosen, så fungerer dette instrumentet dårlig for begge gruppene, men nok en gang dårligst for somalierne (se for øvrig tabell 15).

Instru- ment	Cutoff- ratio	Språk- gruppe	Psykisk lidelse	N	Preva- lens	Sensi- tivitet	Spesi- fisitet	PPV	NPV
HSCL- 25	1,75	MENA	Depresjon	29	0,48	0,86	0,20	0,50	0,60
HSCL- 25	1,75	Somalia	Depresjon	27	0,26	0,33	0,86	0,45	0,79
HSCL- 15	1,75	MENA	Depresjon	29	0,48	0,86	0,33	0,55	0,71
HSCL- 15	1,75	Somalia	Depresjon	27	0,26	0,17	0,95	0,55	0,77
HSCL- 25	1,75	MENA	Angst	29	0,48	0,93	0,27	0,54	0,80
HSCL- 25	1,75	Somalia	Angst	27	0,10	0,00	0,81	0,00	0,88
HSCL- 10	1,75	MENA	Angst	29	0,48	0,93	0,33	0,57	0,83
HSCL- 10	1,75	Somalia	Angst	27	0,10	0,00	0,94	0,00	0,90
HTQ- 16	2,5	MENA	PTSD	29	0,62	0,61	0,64	0,73	0,50
HTQ- 16	2,5	Somalia	PTSD	29	0,32	0,11	0,95	0,51	0,69

Tabell 15: Utrekninger fordelt på språkgrupper

Sammenheng mellom SDQ og diagnoser

Når vi undersøker sammenhengen mellom SDQ skåre og diagnoser, finner vi en lav sammenheng mellom angstdiagnose og skåre på SDQ ($r^2 = 0,28$, $p < 0,05$, $n = 65$). Vi finner også en lav sammenheng mellom PTSD diagnose og skåre på SDQ ($r^2 = 0,31$, $p < 0,05$, $n = 65$). Vi ser ingen sammenheng mellom skåre på SDQ og en diagnostisert somatoform lidelse.

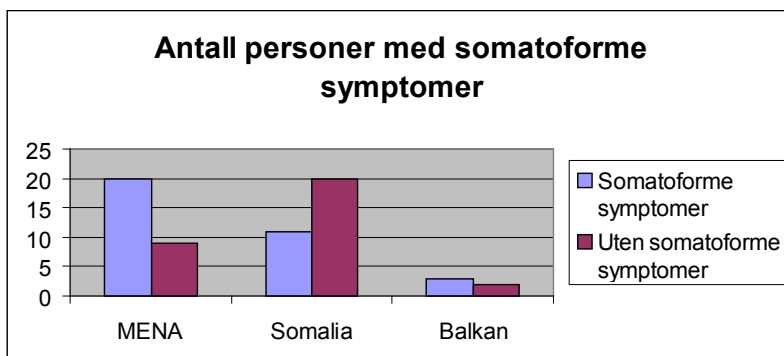
Sammenheng mellom PSOM og diagnoser

Når vi ser på sammenhengen mellom mestring målt ved PSOM og diagnoser, finner vi en sammenheng mellom mestring og angst ($r^2 = -0,30$, $p < 0,05$, $n = 59$) slik at jo bedre mestring, jo mindre angst. Det er tre spørsmål som har en sammenheng med angst: evnen til å hvile ($r^2 = -0,28$, $p < 0,05$, $n = 60$), evne til å føle felleskap med andre ($r^2 = -0,32$, $p < 0,05$, $n = 60$) og evne til å holde en fokusert oppmerksomhet ($r^2 = -0,36$, $p < 0,01$, $n = 60$).

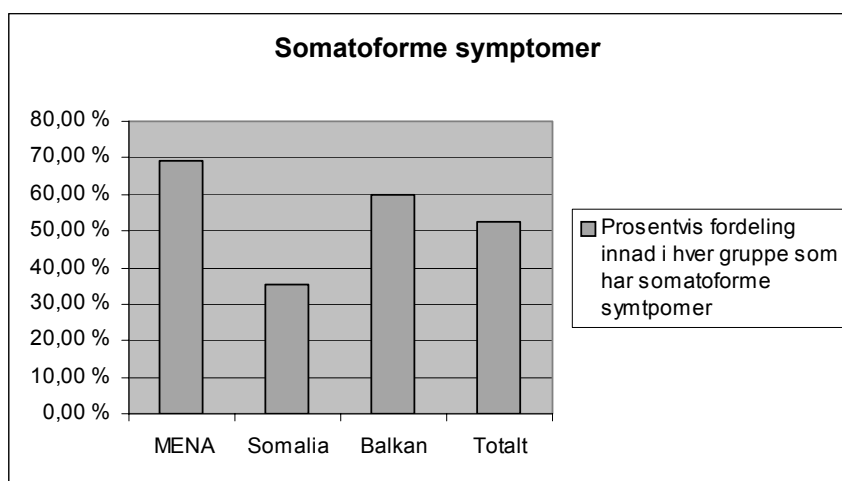
Somatoform lidelse, klinisk og subklinisk

Når vi ser nærmere på CIDI resultatene er det en rekke personer som får en somatoform lidelse, subklinisk form. Det vil si at de tilfredsstillt kriteriene til lidelsen, men at symptomene ikke hemmer dem vesentlig i forhold til daglige

gjøremål. Forekomsten av klinisk somatoform lidelse er høy, 29% (se tabell s.35), og hvis vi legger sammen de kliniske og de subkliniske formene, får vi en forekomst på 52%, det vil si høyere enn forekomsten av PTSD i hele gruppen. Fordelingen mellom områdene er som vist i tabellene nedenfor (se tabell 16 og 17).



Tabell 16: Summen av kliniske og subkliniske somatoforme symptomer



Tabell 17: Summen av kliniske og subkliniske somatoforme symptomer slik dette fremkommer for hver enkelt gruppe.

Egenrapportert behov for helsehjelp i forhold til diagnoser

Når vi ser på svarene vedrørende selvopplevd behov for helsehjelp, finner vi at de som svarer bekreftende på dette spørsmålet fordeler seg ulikt. Signifikant sammenheng mellom selvopplevd behov for helsehjelp og en CIDI diagnose, finner vi bare når det gjelder PTSD ($r^2 = 0,33$, $p < 0,01$, $n = 65$). Blant personer fra MENA oppgir 76 % at de har behov for helsehjelp mens tilsvarende tall for somalierne er 39 %, som tidligere beskrevet. I forhold til diagnosene finner vi

at det å svare ”ja” på dette spørsmålet har en relativt høy sensitivitet i forhold til diagnosene angst og depresjon. Når det gjelder diagnosen PTSD er både sensitivitet og spesifisitet bedre enn tilsvarende tall for HTQ-16.

Trenger helsehjelp	Språkgruppe	Psykisk lidelse	N	Prevalens	Sensitivitet	Spesifisitet	PPV	NPV
Ja	Alle grupper samlet	Angst	65	26 %	0,71	0,54	0,35	0,84
Ja	MENA	Angst	29	48 %	0,79	0,27	0,50	0,57
Ja	Somalia	Angst	31	10 %	0,33	0,68	0,10	0,90
Ja	Alle grupper samlet	Depresjon	65	34 %	0,55	0,49	0,35	0,68
Ja	MENA	Depresjon	29	48 %	0,71	0,20	0,45	0,43
Ja	Somalia	Depresjon	31	26 %	0,25	0,65	0,20	0,71
Ja	Alle grupper samlet	PTSD	65	46 %	0,70	0,63	0,62	0,71
Ja	MENA	PTSD	29	62 %	0,72	0,18	0,59	0,29
Ja	Somalia	PTSD	31	32 %	0,60	0,81	0,60	0,81
Ja	Alle grupper samlet	Somatoforme lidelser	65	29 %	0,63	0,52	0,35	0,77
Ja	MENA	Somatoforme lidelser	29	41 %	0,75	0,24	0,41	0,57
Ja	Somalia	Somatoforme lidelser	31	19 %	0,33	0,68	0,20	0,81

Tabell 18: Oversikt over rapportert ønske om helsehjelp sett i forhold til diagnose og region.

6

Diskusjon av resultatene

Forekomst av psykiske lidelser i utvalget

Resultatene fra undersøkelsen viser – som vi har sett – en relativt høy forekomst av psykiske lidelser i utvalget: 46,2 % har en posttraumatisk stresslidelse, 33,8 % depresjon, 29,2 % somatoform lidelse, 26,2 % angst og 1,5 % psykose. Av de 65 personene som har gjennomført både spørreskjemaundersøkelsen og CIDI-intervjuet, var det bare 19 personer som ikke tilfredstilte kriteriene for en symptomdiagnose. Det var flere som hadde mer enn én diagnose, og som forventet var det størst komorbiditet mellom PTSD og depresjon.

Det kan diskuteres om utvalget i undersøkelsen er representativt for asylsøkere i Norge. Deltakerne tilhører noen få språkgrupper, valgt ut av praktiske hensyn. Asylsøkere fra andre språkgrupper er dermed ikke representert i utvalget, og det er selvsagt mulig at forekomsten av psykiske lidelser er annerledes i disse gruppene. Når det gjelder hvem blant de aktuelle asylsøkerne som deltok i prosjektet, tyder erfaringene fra gjennomføringen på at det var forhold ved asylmottakene og ikke ved asylsøkerne selv som var utslagsgivende for hvem som konkret ble spurt om å delta i undersøkelsen. Hvis det har vært noen systematisk utsiling på bakgrunn av for eksempel helse og sykelighet, kan tilbakemeldinger fra mottaksansatte og helsepersonell knyttet til mottakene tyde på at det i så fall var noen av dem med mest symptomer som sa nei til å delta.

Det er rimelig å se på deltakernes representativitet i forhold til det totale antall asylsøkere til Norge i den samme perioden (2006). Blant det totale antallet asylsøkere fra landene som i undersøkelsen plasseres i MENA-gruppen, utgjør denne gruppen 71 % av alle asylsøkere dette året. I undersøkelsen utgjør denne gruppen 46 % av deltakerne. Samtidig er det denne gruppen som rapporterer flest symptomer og har flest diagnoser. Dette innebærer at gruppen med de antatt sykeste er underrepresentert i vårt utvalg.

Det er også mulig å se på deltakernes representativitet i forhold til asylsøkerne som ble spurt om å delta i undersøkelsen. Blant de 141 som ble spurt, utgjorde personer fra MENA-regionen 46 %, Somalia 45 % og Balkan-regionen 9 %. Denne fordelingen er så å si identisk med fordelingen blant deltakerne som

gjennomførte undersøkelsen. Det vil si at frafallet underveis har fordelt seg på alle landområdene, og at det ikke er grunn til å tro at enkeltgrupper har falt ut i større grad enn andre.

Når det gjelder frafallet mellom del 1 og del 2 i undersøkelsen, er det selvsagt en mulighet for at de som har trukket seg er vesentlig forskjellige fra dem som er med videre i undersøkelsen, men når vi ser på opplysningene gitt i spørreskjemaene, finner vi svært små forskjeller mellom dem som gjennomførte CIDI-intervju og dem som ikke gjorde det. Dette er sett ut fra de demografiske opplysningene vi hadde på hele gruppen. For øvrig var det tre av deltakerne som var villige til å la seg undersøke, men som ikke klarte å gjennomføre selve det diagnostiske intervjuet. Årsakene til avbruddene var i alle tilfellene alvorlig psykisk sykdom.

Når vi sammenligner våre tall for forekomst av psykiske lidelser med resultater fra andre lignende undersøkelser, er våre funn litt høyere. Det er ikke gjort så mange diagnostiske studier med fokus på asylsøkere, og de foreliggende undersøkelsene har kartlagt både forskjellige lidelser og brukt forskjellige instrumenter. Hvis vi ser på diagnostisering av PTSD ved hjelp av CIDI, finner vi følgende studier: Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, (1997) undersøkte 40 asylsøkere fra forskjellige land i et bekvemmelighetsutvalg, og fant at 37% tilfredsstilte PTSD kriteriene i følge CIDI. I en tysk undersøkelse (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006), hvor det også bare ble undersøkt forekomst av PTSD, fant man at 40 % i en gruppe av hovedsaklig mannlige asylsøkere fra en rekke land tilfredsstilte CIDI-kriteriene. Denne undersøkelsen omfattet ikke de samme landene som er inkludert i vår undersøkelse. For eksempel var det ingen somaliere i Gäbels og medarbeideres utvalg.

I en undersøkelse fra Nederland (Laban et al, 2004), hvor det ble intervjuet asylsøkere fra Irak, er det foretatt en bredere CIDI-diagnostisering. To tilfeldige utvalg av irakiske asylsøkere ble undersøkt. Den ene gruppen (n=143) hadde vært i asylmottak kortere enn seks måneder, og den andre gruppen (n=151) hadde ventet i mer enn to år på en avgjørelse på asylsøknaden. Den totale prevalensen av psykiatriske lidelser var 42 % i den første gruppen og 66 % i den andre. Asylsøkerne i den gruppen som hadde ventet lengst, hadde signifikant mer av angst, depresjon og somatoforme lidelser, enn informantene i den første gruppen. Forekomsten av PTSD var høy i begge gruppene, henholdsvis 32 % og 42 %.

I undersøkelsen til Laban et al. (2004) brukte forskerne livstidsprevalens fra en større nederlandsk kartlegging basert på CIDI som sammenligningsgrunnlag,

og fant at de irakiske asylsøkerne som hadde vært kort tid i Nederland, hadde depresjoner (25,2 %) og angstlidelser (14,0%) på nivå med nederlandske innbyggere (19,0 % og 19,3%). De hadde ikke sammenligningsgrunnlag for somatoforme lidelser og PTSD, men brukte tall fra kartleggingsundersøkelser i andre vestlige land der prevalensen av somatoforme lidelser er ca. 1% og PTSD ca. 8%. Konklusjonen var blant annet at somatoforme lidelser, med forekomst i de to gruppene på henholdsvis 4,9 % og 13, 2%, og PTSD, med forekomst som beskrevet ovenfor, var et større helsemessig problem for de irakiske asylsøkerne enn for resten av befolkningen. Undersøkelsen viste dermed også at dette var helseproblemer som økte i omfang med tid som asylsøkere.

Vi vil argumentere for at prevalenstillene i vår studie er representative, kanskje med unntak av tallene for de somatoforme lidelsene. Våre tall ligger mye høyere enn tilsvarende tall fra den nederlandske studien, som vel er den eneste studien vi kjenner til, der en har kartlagt forekomsten av somatoforme lidelser i en asylsøkerpopulasjon. Andelen av kvinner i vår undersøkelse er høyere enn i Laban et al. (2004), noe som kan forklare den økte prevalensen. Dette er en type lidelser som i liten grad er undersøkt av andre forskere.

Forholdet mellom selvutfyllingskjemaene og diagnostisk intervju

Prosjektet har som målsetting å undersøke sammenhengen mellom resultater fra instrumenter basert på selvutfylling av spørreskjema og resultater fra diagnostisk intervju.

Når det gjelder sammenhengen mellom HSCL-25 og CIDI fant vi følgende: De 15 siste spørsmålene i HSCL-25 skal kunne påvise depressive symptomer. Med utgangspunkt i resultater fra de 65 som deltok i alle ledd i undersøkelsen, fant vi at dette instrumentet har en sensitivitet på 0,65 og spesifisitet på 0,68. Det vil si at 65 % av dem med diagnosen depresjon og 68 % av dem uten diagnose depresjon ble plassert i riktig kategori på bakgrunn av spørreskjemaene. Angstspørsmålene alene ga høyere sensitivitet, men lavere spesifisitet; 0,87 og 0,52 i forhold til angstdiagnose. Men ser en derimot på alle 25 spørsmålene i HSCL i forhold til hver av de to diagnosegruppene, får vi temmelig like resultater både når det gjelder angst og depresjon. Dette kan tyde på at HSCL-25 ikke skiller særlig godt mellom disse to diagnosene.

I forbindelse med en større epidemiologisk undersøkelse i Norge fant Inger Sandanger og medarbeidere (1998) at bare 46 % av CIDI-diagnosene kunne

predikeres på basis av HSCL-25. De fant at instrumentet til en viss grad fanget opp personer som led av depresjoner, men konkluderte med at HSCL-25 gir et heller uspesifikt mål på ubehag (distress).

Når det gjelder sammenligning mellom de to største gruppene i vår undersøkelse, finner vi at instrumentet, når det blir brukt på deltakerne fra MENA-regionen, som er den gruppen som fremkommer med høyest score på HSCL-25, har en bedre sensitivitet både for angst og depresjon enn når det blir brukt på deltakerne fra Somalia. Derimot ser det ut til at når instrumentet anvendes på somalierne viser det en bedre spesifisitet enn for gruppen fra MENA-regionen når det gjelder disse to diagnosene.

PTSD-delen av HTQ, det vil si, de 16 spørsmålene som ofte benevnes som HTQ-16/PTSS-16, er tidligere validert i et klinisk materiale blant bosatte flyktninger i USA og ble vurdert som godt egnet til å plukke ut personer som i en klinisk setting hadde vist seg å lide av PTSD (Mollica et al., 1996). I vår undersøkelse er imidlertid resultatet heller nedslående. Hvis vi ser på hele utvalget, har HTQ-16 en sensitivitet på 0,48. Det vil si at den plukker bare ut 48 % av dem som tilfredsstillter diagnosen. Spesifisiteten er 0,83 noe som innebærer at av dem som ikke har PTSD, har skjemaet truffet riktig i 83 % av tilfellene. Spesifisiteten er altså bra. Allikevel er instrumentet lite brukbart fordi at mindre enn halvparten av de "sanne" (CIDI-diagnostiserte) tilfellene blir påvist.

Resultatet er litt bedre hvis vi fokuserer utelukkende på personer fra MENA-regionen. Sensitiviteten blir da 0,61, noe som likevel må anses å være for dårlig for et screeninginstrument. I gruppen av somaliere fungerer HTQ-16 ikke i det hele tatt, da bare 11 % av dem som har PTSD lidelsen blir fanget opp. Vi har regnet ut verdiene både for de 14 siste spørsmålene og for alle 30 spørsmålene av HTQ del IV. Som det fremgår av tabell 14 ovenfor, gir ikke dette bedre resultater enn når HTQ-16 anvendes alene.

I undersøkelsen referert tidligere (Gäbel et al., 2006), har forskerne langt på vei brukt samme metode for validering som i vår undersøkelse, nemlig CIDI utført av trenede klinikere, men de har kun konsentrert seg om PTSD-diagnostikk. Personene som utførte asylintervjuene var ansatt i tysk utlendingsdirektorat (BAFI), og var hovedsakelig jurister. De sørget for at asylsøkerne fylte ut spørreskjema som en inkorporert del av asylintervjuet. Skjemaet som ble brukt var Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993). Spørsmålene ble lest opp av tolk. Et tilfeldig utvalg av asylsøkerne ble senere intervjuet av psykologer, ved hjelp av CIDI, med tanke på å diagnostisere hvem som tilfredsstilte kravene til PTSD. Over

halvparten av testpersonene ble CIDI-intervjuet to ganger av forskjellige psykologer. Dette ble gjort for å bestemme interrater-reliabilitet, som var på 0,88 (22 av 25 tilfeller). PTSD-forekomsten for gruppen (hovedsakelig menn fra 13 forskjellige land) var på 40 %. Hvis en derimot skulle anslå forekomst av PTSD bare ut fra spørreskjemaet, var den på 60 %. Hovedproblemet var imidlertid at de to undersøkelsesmetodene bare samsvarte i 50 % av tilfellene. PTSD-instrumentet brukt i denne undersøkelsen, hadde en sensitivitet på 0,6. Spesifisiteten var bare 0,25. Resultatet var altså at bare halvparten av dem som ble påvist å ha en PTSD diagnose ved hjelp av spørreskjemaet var blant dem som hadde en tilsvarende diagnose i følge CIDI. Konklusjonen fra den tyske forskningsgruppen var at spørreskjemaet var ubrukelig i den sammenheng det her ble brukt. Mulige forklaringer var egenskaper ved instrumentet (upresise spørsmål, feil i oversettelsene), bruk av tolk til å fylle ut skjema eller det forhold at spørreskjema ble brukt som en del av asyLintervjuet.

På bakgrunn av resultatene i vår undersøkelse kan vi konkludere med at kartleggingsinstrumentene basert på selvutfylling til en viss grad fungerer overfor personer fra MENA-regionen. Bildet er litt annerledes når det gjelder somaliere, som i stor grad hadde behov for bistand fra tolk i utfyllingen. Overfor denne gruppen fanger spørreskjemaene i liten grad opp de diagnostiserte psykiske lidelsene.

Når det gjelder MENA-gruppen og mulighetene for å kartlegge personer som har forskjellige lidelser, må en kunne si at spørreskjemaet i liten grad fanger opp PTSD, men er noe bedre for angst og depresjon. Det skiller imidlertid dårlig mellom disse lidelsene. Prospektive undersøkelser innen psykiatrisk diagnostisk forskning, har vist at samme individ kan oppleve både depressive og angstrelaterte symptomer over tid, og at det kan være vanskelig å argumentere for at det dreier seg om atskilte lidelser (Mofitt, Harrington, Caspi, Kim-Cohen, Goldberg, Gregory & Poulton, 2007). Et hovedpoeng i artikkelen til Sandanger og medarbeidere (1999), som er referert i innledningen, er at de som *bare* skåret over ”cutoff” på HSCL-25, hadde flere tegn til belastning og sykелighet (distress) enn de som *bare* fylte kriteriene til angst eller depresjonsdiagnoser i følge CIDI . Personer som hadde begge deler var de som rapporterte flest sykdomsrelaterte belastninger, som bruk av medisiner, funksjonsfall og behov for profesjonell hjelp. En bør derfor vurdere om HSCL-25 og klinisk diagnostikk (for eksempel CIDI) kan være nyttige informasjonskilder som måler forskjellige, men viktige sider ved det å være psykisk syk.

Ulike resultat i ulike grupper

Et viktig funn i undersøkelsen er at til tross for at vi ikke finner vesentlige forskjeller mellom somalierne og personer fra MENA-regionen når det gjelder eksponering for potensielt traumatiserende hendelser, er det store og systematiske forskjeller når det gjelder symptomrapportering. Personene fra MENA-regionen rapporterer om flere symptomer enn somalierne (se tabell 6 & 8). Det er en viss variasjon i utvalget når det gjelder antall hendelser som er krysset av på erfaringsdelen av HTQ (del 1) men den gjennomsnittlige belastningen er så vidt høy, og de enkelte traumekategoriene så vidt alvorlige, at selv personer som har rapportert kun én eller to slike hendelser, kan ha et "tilstrekkelig" traumegrunnlag for utvikling av PTSD.

Den mest nærliggende forklaringen på forskjellen mellom gruppene når det gjelder symptomrapportering, er ulikhetene i utdanningsnivå (se tabell 2). Skjemaet var oversatt til deltakernes morsmål, men ulike skolebakgrunn medførte at deltakerne fylte ut det som i teorien skulle være et selvutfyllings-skjema på vidt forskjellige måter. En gruppe – hovedsakelig personer fra MENA-regionen – satt alene og skrev inn sine svar uten at noen andre fulgte med på enkeltsvarene. En annen gruppe – hovedsakelig somalierne – hadde behov for tolk til å gjennomføre utfyllingen, selv om skjemaet var oversatt. Behovet for tolk skyldes selvsagt ikke manglende beherskelse av morsmålet, men at de ikke hadde tilstrekkelige lese- og skriveferdigheter. Tolken leste opp hvert enkelt spørsmål, og skrev så inn deltakerens svar. Det er derfor grunn til å tro at de store forskjellene mellom de to gruppene kan skyldes tilstedeværelse av en annen person ved utfyllingen.

En slik hypotese understøttes av erfaringer rapportert fra en norsk studie hvor to forskjellige utvalg som har besvart HSCL-25 sammenlignes: den ene gruppen fylte ut skjema som en del av et intervju, og den andre gruppen gjennomførte som selvutfylling (Moum, 1998). Moum fant at blant dem som fylte ut skjemaet alene, var det en høyere symptomscore enn hos dem som befant seg i en intervjusituasjon der svarene i skjema ble fylt ut av en annen person.

Gruppen av asylsøkere fra MENA-regionen har, som tidligere vist, høyere selvrapportert symptombelastning enn de somalske asylsøkerne, til tross for tilnærmet lik eksponering for potensielt traumatiserende hendelser. Selv om noe av forskjellen kan forklares med hvordan selve skjemaet ble utfylt, er det også rimelig å se etter andre forklaringer. Når det gjelder selvrapporterte traumer mot hoderegionen, som også inkluderer tilfeller av bevissthetstap, har personer fra MENA-gruppen flere slike erfaringer. De rapporterer også

om flere somatoforme symptomer. Dette bekreftes til en viss grad av den kliniske diagnostikken, som viser økt sykkelighet i MENA-gruppen, både når det gjelder antall personer som fyller kriteriene til en psykiatrisk diagnose, og at det er en høyere forekomst av komorbiditet i denne gruppen.

Når det gjelder begge gruppene må en også ta høyde for at spesifikke, situasjonsbetingede forhold, som vi ikke har kartlagt, kan ha en sterk innvirkning på resultatene. Vi har blant annet ikke gått inn på verken kulturelle, religiøse eller politiske forhold når det gjelder enkeltpersoner i denne undersøkelsen.

Utdanning og psykisk helse

Når vi i denne undersøkelsen ser på forholdet mellom utdanningsnivå og psykisk helse finner vi høyest symptombelastning og sykkelighet blant dem med høyest utdanning. Det er vanskelig å se noen enkel forklaring på dette noe overraskende funnet. Noen mulige hypoteser kan være følgende: Finnes det systematiske kulturelle forskjeller mellom de to gruppene, og som her spiller inn? Er det slik at personer med utdanning – nettopp på grunn av sin skolegang – i større grad er i stand til å formulere sine plager ved hjelp av begreper som samsvarer med psykologiske begreper? Uansett er dette et interessant funn som det er god grunn til å se nærmere på og sammenholde med annen forskning (Syed, Dalgard, Hussain, Dalen, Claussen & Ahlberg, 2006).

Vi vet lite om dette er en tendens som ville holdt seg over tid. Kun en oppfølging av denne gruppen ville kunne gi en antydning om dette. Uansett må en regne med at den gruppen asylsøkere som ikke har lese- og skriveferdigheter vil komme til å møte relativt store utfordringer og til dels tunge belastninger i sitt møte med det norske samfunnet. Samtidig vil det påhvile det norske samfunn å tilrettelegge opplæringstilbud for gruppen. Vi vet fra annen forskning at vellykket norskopplæring, ikke bare har med tidligere skolegang å gjøre men også med graden av tidligere traumatisering. En undersøkelse gjennomført i Trondheim viste at det blant nyankomne flyktninger var en klar sammenheng mellom motivasjon til å lære norsk og tidligere traumeerfaringer. Det var først og fremst dem som var rammet av vold og overgrep, som tortur og krigshandlinger, som rapporterte dårligst motivasjon og gjennomføring av norskopplæring (Iversen, Sveaass & Morken, 2007). I en gruppe som den som er undersøkt i den foreliggende undersøkelsen, med så høy prosentandel som har vært utsatt for voldelige hendelser, vil utfordringene i et fremtidig opplæringssystem måtte ta hensyn ikke bare til

store begrensninger i tidligere skolegang, slik tilfelle særlig er for den ene gruppen, men også til det at en stor andel sannsynligvis har vært eksponert for alvorlige, voldelige overgrep (se tabell 9).

Utdanning og gjennomføring av prosjektet

Undersøkelsen viste at det særlig blant somalierne befant seg en stor gruppe analfabete. I overkant av 60 % (24 av 39) i denne gruppen har overhodet ikke skolegang fra hjemlandet. Blant de 13 som har oppgitt at de har grunnskoleutdanning fra hjemlandet, vet vi dessuten fra informasjon gitt i CIDI-intervjuet at det for fem av dem dreier seg om fem års skolegang eller mindre. Dette gir grunn til å regne med at mellom 60 % til 75 % av de somaliske deltakergruppen i praksis er funksjonelle analfabete.

Havelock (1986) diskuterer hvordan skolebakgrunn, skriftspråk og skriftlig kommunikasjon i moderne samfunn blir tatt for gitt og oppfattet som en ”naturgitt” tilstand. At man tar kunnskap fra skolen og muligheten til å benytte skriftlig informasjon som gitt, synes å være tilfelle både i gjennomføringen av dette prosjektet, i mottaksansattes kommunikasjon med beboerne, samt i utforming av instrumentene som er benyttet i undersøkelsen. Nedenfor vil vi beskrive noen forhold som kan forståes som konsekvenser av dette.

Rekrutteringen har gått veldig tregt. Prosjektet baserte seg på skriftlig informasjon. Vi registrerte også at mottaksansatte generelt også benytter seg hyppig av skriftlig informasjon (som for eksempel lapper i posthylla) i sin formidling av informasjon til beboere. Bruk av tolk er dyrt og ressurskrevende. Derfor blir det ofte til at beboere som kan lese, og kanskje snakke litt engelsk, i praksis fungerer som oversettere og hjelpere for sine landsmenn.

Når det gjelder selvutfyllingsskjemaet, så vi – som allerede nevnt – at en del av deltakerne på grunn av manglende lese- og skrivekompetanse hadde behov for bistand fra tolk. Som det fremgår av diskusjonen ovenfor, er vår fortolkning at tolkens tilstedeværelse har påvirket deltakernes svar på en måte som gir systematiske utslag i resultatene.

Videre må det nok antas at man i utviklingen av instrumentene har vært lite bevisst på at de også skal kunne anvendes av mennesker med lite eller ingen skolebakgrunn.

I spørreskjemaet ble deltakerne for eksempel spurt om skader mot hodet, og de ble bedt om å oppgi dato på eventuelle skader. Det er lite realistisk at mennesker som er analfabete kan angi en eksakt dato på et forhold som

kanskje ligger flere år tilbake i tid, og der det i de fleste tilfellene også har vært en rekke andre dramatiske hendelser siden. Svært få av deltakerne som oppgir hodeskade, har oppgitt presis dato, men noen få har oppgitt årstall. Flere som oppgir hodeskade, har ikke fylt ut rubrikken for å tidfeste hendelsen.

Deltakerne ble i spørreskjemaet bedt om å gradere ulike symptomer etter styrke eller frekvens. Enkelte somaliske deltakere, som har fylt ut skjemaet selv, har besvart denne delen av skjemaet som om det dreier seg om ja- eller nei-spørsmål. Det kan se ut som om de ikke har forstått det at det dreier seg om et mer abstrakt graderingssystem, noe som også kan ha sammenheng med tolkingen.

Erfaringer fra CIDI-intervjuene er også relevant i denne sammenhengen. Noen av intervjuerne har gjort notater vedrørende gjennomføringen, som for eksempel:

- ”Ingen skolebakgrunn - store problemer med å forstå spørsmålene”
- ”Jeg måtte dele opp lange spørsmål og bruke et enklere språk”
- ”Svært begrenset forståelse av tall og tid”
- ”Manglende forståelse av mengdebegreper” (mer/mindre, før/etter, tid, tall)

Et annet interessant moment er at det i dataversjonen av CIDI, som skal være et internasjonalt diagnostisk intervju, ikke er mulig å registrere 0 års skolegang. Programmet responderer bare på tall fra 1 og oppover. Ingen skolegang er altså et fenomen som verken anses for å være mulig eller akseptabelt innenfor de demografiske data i dette diagnoseprogrammet.

Helsetjenesten til asylsøkere i mottak

Veilederen for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger, som beskrevet tidligere, gir klare anbefalinger både når det gjelder organisering og ansvar for å yte et helsetilbud overfor asylsøkere. I arbeidet med prosjektet har vi sett at det i praksis finnes store lokale variasjoner i hvilket tilbud asylsøkerne faktisk får. Det ene ytterpunktet består av mottak med helsepersonell og lege tilgjengelig på mottak, uten krav om egenandel for brukerne. Det andre ytterpunktet består av mottak hvor beboerne er henvist til å benytte seg av den lokale, ordinære helsetjenesten, og hvor de også må betale egenandeler. Asylsøkere – en gruppe med særdeles lite økonomiske ressurser tilgjengelig – har en årlig egenandel på helsetjenester på kr. 2 000,- (i motsetning til kr. 1 660,- for andre). Det reelt tilgjengelige helsetilbudet for asylsøkere

er derfor i praksis forskjellig fra den norske befolkningen. I tillegg vil det være store forskjeller blant asylsøkerne når det gjelder faktisk bruk av helsetjenester, ikke bare på grunn av ulik helsetilstand men også på grunn av økonomiske aspekter.

Erfaringene fra undersøkelsen tyder på at asylsøkerne med de mest alvorlige psykiske problemene, får et hjelpetilbud såfremt de selv er motivert for det. Når vi i gjennomføringen har truffet på personer med alvorlige psykiske helseproblemer, har de aller fleste av disse allerede fått et tilbud om hjelp. Fem personer, uten et slikt tilbud, ble henvist av intervjuerne i prosjektet. Alle disse fikk tilbud om hjelp i kjølvannet av dette. Dette er en viktig observasjon. Derimot vet vi ingenting om varighet og omfang av det tilbudet som ble gitt. At den foreliggende undersøkelsen finner en så vidt høy sykdomsprevalens som beskrevet i det foregående, betyr at det finnes en stor gruppe mennesker med potensielt alvorlige lidelser, som av ulike årsaker ikke får et nødvendig helsetilbud. Dette kan skyldes manglende lokale henvisningsmuligheter, kapasitetsproblemer, økonomiske begrensninger og/eller manglende motivasjon hos den enkelte. Det at det stadig kommer nye asylsøkere til Norge, og lite tyder på at disse er mindre belastet enn de undersøkte gruppene, betyr at gruppen mennesker med helsebehov er stadig økende.

Tolketjenester

Prosjektet har i omfattende grad benyttet tolk- og oversettelsestjenester i gjennomføringen, både til oversettelse av instrumentene og informasjonsmateriell, til rekruttering, til utfylling av spørreskjemaene og til CIDI-intervjuene. Erfaringene viser at det ofte har vært vanskelig å finne kvalifiserte tolker. I en del tilfeller var det ikke tilgjengelige tolker på de aktuelle språkene. I andre tilfeller manglet tolkene tilstrekkelig bakgrunn for å kunne delta i denne type oppgaver. Noen ganger var det ikke mulig å få tak i lokal tilstedetolk, og forskerne måtte ha med seg tolk fra andre steder til CIDI intervjuene. Også telefontolk ble benyttet i noen få tilfeller. Enkelte mottak hadde generelt sett lite tilgang på tilstedetolker, og syntes å basere mye av arbeidet på telefontolking.

I en undersøkelse som dette er man totalt avhengige av profesjonell hjelp til oversettelse og tolking. De aller fleste CIDI-intervjuene ble foretatt med tolk tilstede, og våre erfaringer tilsier at dette som regel lot seg gjøre. Ikke desto mindre oppsto en del situasjoner som var problematiske, både fordi noen tolker klart manglet kompetanse for denne type tolking, og fordi det

kunne være vanskelig å beregne tiden for et intervju på forhånd. Et par intervjuer måtte avbrytes, dels på grunn av manglende tolkeferdigheter og dels på grunn av tid.

Styrking og videreutvikling av tolketjenester synes å være en viktig utfordring i en helsesammenheng. Tilgang til kvalifiserte og kompetente tolker, samt økonomiske ressurser til å benytte dem, er helt avgjørende for god drift av mottak og for asylsøkeres tilgang til gode helsetjenester. Slik kompetanse er også en nødvendig forutsetning for enhver kartlegging av psykisk helse blant asylsøkere, enten det tar form av samtaler, observasjon, spørreskjema eller klinisk intervju. Kvalifiserte tolker er generelt sett helt avgjørende for å få til en god praksis på alle nivåer når det gjelder flyktninger og asylsøkere.

Begrensninger ved undersøkelsen

Den største svakheten ved undersøkelsen er at det gikk flere måneder mellom tidspunktet for utfylling av spørreskjemaet og CIDI-undersøkelsen. Skjemaet spør etter relativt ferske eller pågående symptomer, og disse kan ha endret seg på diagnostiseringstidspunktet, og kan være en av forklaringene til at spørreskjemaresultater og diagnoser stemmer såpass dårlig overens. Et annet viktig ankepunkt, som også er nevnt tidligere i rapporten, er at en stor gruppe av informantene ikke fylte ut selvutfyllingsskjema selv. Dette kan selvfølgelig bidra til å svekke validiteten ved hele undersøkelsen. På den annen side kan en også hevde at denne undersøkelsen bidrar til å sette søkelyset på de mangfoldige konsekvensene av ikke å kunne lese og skrive. Dette vil kanskje kunne fremme utviklingen av alternative metoder til å kartlegge psykiske symptomer hos disse personene.

Det at informantene befant seg i en uavklart asylsituasjon kan ha påvirket svarene i forskjellige retninger. Til tross for at det ble lagt vekt på å formidle at asylsøknaden deres ikke ble påvirket av undersøkelsen og at svarene ble anonymisert, kan en ikke utelukke at noen har krysset av for mer alvorlige hendelser og symptomer i håp om å øke sine sjanser for å få oppholdstillatelse. Den kliniske diagnostikken ved hjelp av CIDI går imidlertid tett på symptomene, med stor grad av detalj, og det er derfor vanskelig å simulere både symptomer og hendelser i kontakten med en trent kliniker. Det er derfor rimelig å gå ut fra at den relativt høye forekomsten av psykiatriske lidelser fremkommet ved undersøkelsen, bekrefter at dette er en gruppe mennesker som har alvorlige belastninger i sin historie og preget av relativt stor sykелighet.

Bekymringer omkring utfallet av asylsøknaden samt savn og bekymring for viktige nærstående personer i hjemlandet kan nok ha bidratt til å intensivere enkelte av symptomene. De personene som ble inkludert i prosjektet representerer noen få men viktige landområder, som i de månedene prosjektet ble utviklet, representerte land med høye asylsøkertall til Norge. Situasjonen endret seg noe i løpet av undersøkelsen. Det at utvalget blir avgrenset, og at mange språkgrupper er inkludert, er selvfølgelig en svakhet. Men på dette punktet er det noe som denne undersøkelsen har til felles med de fleste andre undersøkelser innen dette fagfeltet.

Spørreskjemadelen fanget opp en overvekt av symptomer i den ene hovedgruppen av informanter, nemlig gruppen fra Midtøsten og Nord-Afrika. Disse personene hadde flere komorbide lidelser, og mange somatoforme lidelser, både klinisk og subklinisk. Det er mulig at udiagnostiserte somatiske lidelser, og omfattende bekymring for egen fysisk helse kan ha virket inn på svarene på spørreskjema. Det høye symptomtrykket kan derfor forståes som uttrykk for et behov for generelle helsetjenester, og ikke nødvendigvis tegn på psykisk sykdom i seg selv.

En vanskelighet som viste seg i løpet av undersøkelsen var at den opprinnelige planen om å engasjere ordinært helsepersonell til å gjennomføre spørreskjema delen av undersøkelsen, ikke lot seg gjennomføre på det ønskelige nivået. Det var dermed kun et fåtall blant helsepersonell ute i mottak som var aktive deltakere i selve kartleggingsprosessen. Dette ga begrenset mulighet til å vurdere bruken av helsepersonell i mulig systematisk kartlegging av psykisk helse ved bruk av standardiserte instrumenter. Dette var også en viktig grunn til at det gikk så lang tid mellom del I og del II i undersøkelsen.

7

Oppsummering og anbefalinger

Systematisk kartlegging av asylsøkeres psykiske helse

Prosjektets problemstillinger fokuser på hvorvidt det er gunstig å anvende spørreskjemaer basert på selvutfylling for å kartlegge psykisk helse og behov for behandling blant asylsøkere. For å undersøke dette er resultatene fra utvalgte standardiserte instrumenter basert på selvutfylling sammenlignet med resultatene fra et diagnostisk intervju, som beskrevet tidligere i rapporten.

På bakgrunn av resultatene fra undersøkelsen kan vi konkludere med at (oversatte) kartleggingsinstrumenter basert på selvutfylling til en viss grad er anvendelige overfor asylsøkere med noe skolegang, det vil si at de har god lese- og skrivefærdighet på sitt eget morsmål. Spørreskjemaet fanger dårlig opp PTSD, men er noe bedre for angst og depresjon. Det skiller imidlertid dårlig mellom disse lidelsene. Dette innebærer at man ved bruk av spørreskjemaer i praksis i beste fall kan identifisere asylsøkere som har behov for videre utredning ved bruk av HSCL-25 overfor denne gruppen.

Når det gjelder asylsøkere med lite eller ingen formell skolegang – og med behov for bistand fra tolk i utfyllingen av spørreskjemaene – kan vi konkludere med at skjemaene i liten grad fanger opp psykiske lidelser. Samtidig vet vi at personer med lite eller ingen formell skolegang utgjør en relativt høy andel av asylsøkerne til Norge.

I forlengelsen av resultatene fra denne undersøkelsen, er det nærliggende å fokusere på hvilke andre muligheter som finnes for å fange opp psykiske problemer og behov for helsehjelp blant asylsøkere. I drøftingen av dette er det flere viktige spørsmål:

- Skal det gjøres?
- Hvor kan det skje?
- Når kan det skje?
- Hvordan kan det gjøres?
- Hvem skal gjøre det?

Når det gjelder hvorvidt man skal kartlegge psykiske problemer og behov for helsehjelp blant asylsøkere, mener vi at det er positivt både fra et helsemessig og et humanistisk perspektiv. Det dreier seg om mennesker som har vært utsatt for ekstreme belastninger. Traumatiserte personer vil ofte unngå å snakke om det vonde som har hendt, for å beskytte både seg selv og andre mot å komme ut av balanse. Det å fokusere all oppmerksomhet på dagliglivets oppgaver kan ha en positiv virkning på kort sikt, men den langsiktige virkningen kan være en kronifisering av traumerelaterte psykiske lidelser og dårligere helse for den enkelte. Det er derfor nødvendig å utvikle og bedre dette arbeidet så mye som mulig, både når det gjelder gode rutiner for undersøkelser/vurderinger, viderehenvisning og oppfølging.

Det finnes flere muligheter for hvor og når en slik kartlegging kan foretas. En mulighet er mens asylsøkere oppholder seg i transittmottak. Den korte oppholdstiden i transittmottak kan imidlertid vanskeliggjøre dette. Beboerne er dessuten helt nyankomne, preget av at alt er nytt og av at de skal oppholde seg på mottaket i en kort periode. Et mottakssystem som enten lar asylsøkerne være noe lengre i transittmottak, eller i mottak med større personaltetthet, kan muligens være gode rammer for å observere og identifisere personer som bør tilbys en eller flere samtaler med psykiatrisk skolert helsepersonell, om ønskelig supplert med et diagnostisk intervju.

Med kvalifisert personale i transittmottakene, som gis muligheter til gjennomføre observasjoner i miljøet over noe lengre tid enn hva som er tilfelle i dag, kan utsatte enkeltpersoner identifiseres. Dette kan i neste omgang gi grunnlag for å si noe om videre behov og nødvendige tiltak, også uten systematisk bruk av kartleggingsinstrumenter.

Videre plassering i asylmottak vil kunne planlegges på basis av resultatene fra kartleggingen. Dette ville være et argument for styrking av personalet i transitt. Det kan også være et argument for å inkludere registrering av torturskader i helsesjekken som gjennomføres under oppholdet i transittmottak. Det ville med stor sannsynlighet også bidra til å identifisere asylsøkere med helseproblemer og deres behov for hjelp.

Slike undersøkelser kan også gjennomføres i ordinære mottak. Problemet er at mottakenes bemanning i liten grad gjør det mulig med observasjoner i miljøet utover vanlig arbeidstid. Noe av det viktige observasjonsgrunnlaget ville nettopp være knyttet til døgnobservasjon, noe mange mottak ikke har mulighet til. Dette forutsetter også tilgjengelighet til helsetilbud og godt lokalt samarbeid når det gjelder henvisningsrutiner utover det ganske land hvor mottakene befinner seg, noe som erfaringsvis ikke alltid er tilfelle.

Når det gjelder hvordan en slik kartlegging kan gjennomføres, har vi i denne undersøkelsen sett at HSCL-25 kan samlet være et brukbart redskap for personer med skolebakgrunn, i tilfeller hvor skjemaet foreligger på morsmålet. Med resultater fra et slikt skjema, i kombinasjon med observasjon og samtaler i mottak, vil en kunne ha gode holdepunkter for å finne frem til personer med økt risiko for psykiske lidelser. På bakgrunn av dette kan man henviser til videre utredning, for eksempel ved bruk av CIDI-intervjuer. Overfor asylsøkere som ikke kan lese og skrive, tyder resultatene fra denne undersøkelsen på at slike skjemaer ikke er å anbefale, heller ikke ved hjelp av tolk. I slike tilfeller vil man være avhengig av en kombinasjon av observasjon og samtaler med tolk eventuelt bruk av spesielt tilrettelagte instrumenter. Som eksempel kan nevnes et prosjekt fra Tortur rehabiliteringssenteret i Berlin der man har utviklet et databasert screeningsinstrument som også kan brukes av analfabete, og der en ikke er avhengig av å ha tolk tilgjengelig.

Med utgangspunkt i anbefalingene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og det faktum at den kommunale helsetjenesten har ansvar for å betjene mottakene, synes det å invitere til samarbeid med lokalt helsepersonell å være en god ide. Flere steder er det rutine at helsepersonell tar initiativ til en samtale med den enkelte, like etter ankomst til kommunen. Dessverre er kapasiteten til slike oppgaver mange steder begrenset.

På bakgrunn av resultatene fra denne undersøkelsen, og med støtte i tidligere forskning fra andre steder, skulle det være mulig å utvikle veiledende retningslinjer for strukturerte kliniske samtaler. Samtalene bør bestå av ”standardiserte” kjernesporsmål som har som mål å kunne fange opp alvorlige psykiske symptomer, særlig på PTSD, i tillegg til spørsmål om egenopplevd behov for helsetjenester. Hvis slike spørsmål inngår i en klinisk samtale, og kombineres med observasjoner i mottaksmiljøet, vil det gi en bakgrunn for å kunne henviser personer til mer systematisk utredning. En slik utredning kan gi grunnlag for videre henvisning, og/eller å tilrettelegge mottakssituasjonen på en slik måte at den gir de rammene vedkommende trenger.

Når det gjelder bruk av CIDI-intervju med tolk, tyder erfaringene fra undersøkelsen på at dette absolutt lar seg gjøre. Det er også mulig å anvende en slik metode overfor personer uten skolegang, dersom man tar seg god tid. Det er ikke særlig mer ressurs- og tidkrevende enn utfylling av spørreskjema, i tilfeller hvor tolk uansett er nødvendig. Dessuten gir det etter vår erfaring, langt mer pålitelige resultater. I dette prosjektet ble CIDI intervjuene gjennomført på i gjennomsnitt 3 timer. I tilfeller hvor det tok mer tid, skyldtes det at vedkommende hadde særlig mange plager og behov for spesielle tjenester

fra helsetjenesten. Terskelen for å anbefale en slik undersøkelse, hvis andre holdepunkter tilsier det – for eksempel observasjon og samtale – bør derfor ikke være høy. Men det krever sertifisert og kvalifisert personale til å gjennomføre intervjuene.

For å gjennomføre kartlegging av asylsøkere i mottak, er det behov for opplæring og veiledning av helsepersonell som kan foreta systematiske samtaler om psykisk helse. Erfaringene fra denne undersøkelsen viser at det ikke alltid lar seg gjøre å basere kartlegging på helsepersonell knyttet til mottak. Mange var ikke kjent med instrumentene og følte seg ikke kvalifisert til å gjøre det. Asylsøkere kommer fra ulike deler av verden og kan ha omfattende overgrepserfaringer. Dette arbeidet krever derfor tid, kunnskap, kultursensitivitet og tilgang på kvalifisert personell. Opplæring og veiledning av helsepersonell til å gjennomføre kartleggingen vil derfor være sentralt.

Asylsøkeren og ekstreme belastninger

Den foreliggende undersøkelsen har kunnet beskrive en stor grad av egen rapporterte, ekstreme belastninger. Den kunnskap vi i dag har vedrørende flyktninger og eksponering for belastninger som tortur, fengsling, krigserfaring eller andre former for grov vold, er stort sett basert på undersøkelser av avgrensede grupper, for eksempel kliniske utvalg. En gjennomgang av et klinisk utvalg på 504 personer ved Psykososialt senter for flyktninger (PSSF), viste at 57 % var blitt torturert, 58 % vært fengslet, og 15 % hatt opphold i konsentrasjonsleir (Lie, Sveaass & Eilertsen, 2004). En undersøkelse av Dahl og Dahl (2005) basert på intervjuer av tidligere pasienter ved PSSF (n = 72), viste at 75 % av disse hadde vært torturert og 79 % vært i en eller annen form for fangenskap, de fleste (69 %) i fengsel. En undersøkelse basert på intervju av nybosatte flyktninger, stort sett krigsflyktninger, før annen helsemessig vurdering var blitt gjort, viste at andelen torturerte var 15 %, 14 % hadde vært fengslet, 74 % hadde vært eksponert for krig og 79 % hadde vært i livsfare (Lie, 2002). Videre har data fra en større undersøkelse av Oslobefolkningen, gjennomført i 2001-2002, vist at blant deltakerne med innvandringsbakgrunn fra lav- og mellominntektsland (i alt 1536), hadde 9 % av mennene og 4 % av kvinnene vært utsatt for tortur, 11 % av mennene og 3 % av kvinnene hadde vært fengslet av politiske årsaker, og 22 % menn og 14 % kvinner hadde opplevd krigshandlinger på nært hold (Hauff, 2005). Denne informasjon er også basert på selvrappotering, men altså på en gruppe som ikke spesielt består av

flyktninger. De fleste studiene av overgrep rettet mot ulike flyktninggrupper viser både at omfanget av vold er stort og at det ofte dreier seg om mange og sammensatte traumatiske erfaringer (Marshall, Schnell, Elliot, Berthold & Chun, 2005). Et anslag som ofte er blitt referert når det gjelder asylsøkere og ekstreme belastninger i form av grove menneskerettighetsbrudd, er på mellom 20 – 30 % (Elsass, 2003). I vårt utvalg ser vi at andelen er betydelig høyere, og mer i tråd med undersøkelser av kliniske utvalg, altså mer selekterte grupper.

Asylsøkere og flyktninger uten skolebakgrunn

Forskjeller mellom gruppene når det gjelder utdanningsnivå, og den relativt høye andelen analfabete i utvalget, har på flere måter gjort asylsøkeres skolebakgrunn til et viktig tema underveis i prosjektarbeidet. På denne bakgrunnen mener vi at det er grunn til å rette søkelyset mot hva det i praksis innebærer å være analfabet og asylsøker, altså en person som ikke er i stand til å gjøre seg nytte av noen som helst form for skriftlig informasjon, selv på sitt eget morsmål. Er vi som hjelpere bevisst på hva det innebærer å være analfabet i et samfunn hvor lese- og skrivdyktighet utgjør en forutsetning for å kunne delta på så å si alle sosiale arenaer utenfor familiesfæren? (Bernardo, 1998). Bli ”skolekunnskap” og det å kunne lese og skrive også tatt for gitt (Havelock, 1986) i mottakssystemet for asylsøkere?

Temaer for evt. videre studier på dette området kan være: Hvilken bevissthet finnes det hos ansvarlige myndigheter for mottaksdrift og blant ansatte på mottakene når det gjelder asylsøkere uten skolebakgrunn? Forstår mottaksansatte hva det i praksis innebærer å være analfabet? Hvordan tilrettelegges mottakenes informasjonsarbeid overfor denne gruppen? Hvordan formidles viktig informasjon – generell og individuell – til den enkelte beboer som ikke kan lese og skrive? Hvordan oppleves mottakstilværelsen av asylsøkere uten skolegang?

I neste omgang er det viktig å rette søkelyset på bosettingsfasen. Det er all grunn til å regne med at det befinner seg et betydelig antall analfabete blant flyktninger som bosettes i kommunene. Flyktningene har en lovfestet rett til deltakelse i Introduksjonsprogrammet, og opplæringen skal være individuelt tilrettelagt.

I en nylig publisert rapport pekes det på hvordan kommunene sliter med å tilrettelegge opplæringen overfor særlig tre grupper: traumatiserte flyktninger, analfabeter og kvinner med stort omsorgsansvar (Rambøll Forskningsnotat, 2006). Det kan være flere årsaker til dette. For det første, vårt materiale tyder

på at det kanskje er et visst sammenfall mellom gruppene med særskilte behov for tilrettelegging: Flyktningen kan for eksempel samtidig være både analfabet og traumatisert med alvorlige helseplager. En slik situasjon stiller kanskje større krav til individuell tilrettelegging enn kommunene har lagt opp til. For det andre, rapporten fra Rambøll tyder på at det i liten grad skilles analytisk mellom språkopplæringen for analfabeter og systematisk lese- og skriveopplæring. Det synes å herske liten bevissthet rundt at analfabeter ikke bare skal lære norsk språk, men at de også trenger å lære å lese og skrive.

På denne bakgrunnen mener vi at det er all grunn til å fokusere i videre studier på tilbudet flyktninger med lite eller ingen skolebakgrunn – og som kanskje i tillegg har alvorlige helseplager – får i den enkelte kommune. Er tilbudet i realiteten tilrettelagt i forhold til den enkeltes behov både når det gjelder helse og manglende skolebakgrunn?

Litteratur

- Adler, N., Horowitz, M., Garcia, A., & Moyer, A. (1998). Additional validation of a scale to assess positive states of mind. *Psychosomatic Medicine*, 60(1), 26-32.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.) Washington, DC: APA.
- Andrews, G., & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the composite international diagnostic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(2), 80-88.
- Berg, B., Lauritsen, K., Meyer, M.A., Neumayer, S. M., Tingvold, L. & Sveaass, N. (2005). "Det hainnle om å leve..." Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. Sintef Teknologi og Samfunn, IFIM/Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Bernardo, A. B. I. (1998). *Literacy and the mind: The contexts and cognitive consequences of literacy practice*. Hamburg, Germany: UNESCO Institute for Education.
- Dahl, S., Dahl, C. I., Sandvik, L., & Hauff, E. (2005). *Problems of attrition in follow-up studies of traumatized refugee patients: Practical and methodological issues*. Manuscript submitted.
- De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., Masri, M. E., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *The Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555-562.
- Elsass, P. (1995). *Torturoverleveren*. København: Gyldendal.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee: Comparative study. *British Medical Journal*, 327(7407), 134.

- Fernandez, W. G., Galea, S., & Ahern, J. (2004). Mental health status among ethnic Albanians seeking medical care in an emergency department two years after the war in Kosovo: A pilot project. *Annals of Emergency Medicine*, 43(2), E1-E8.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473.
- Guldbrandsen, P., Garratt, A., Linnestad, K., Lie, B., Sveaass, N., Meyer, M., et al. (2004). *Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere* (No. 10): Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen belastungsstörung (PTSD) und möglichkeiten der ermittlung in der asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.
- Havelock, E. A. (1986). *The Muse learns to write. Reflections on orality and literacy from antiquity to the present*. New Haven: Yale University Press.
- Hollifield, M., Warner, T. D. & Lian, N. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 611-621.
- Horowitz, M., Adler, N., & Kegeles, S. (1988). A scale for measuring the occurrence of positive states of mind: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 477-483.
- Iversen, V.C., Sveaass, N., & Morken, G.(2007). Refugees' mental well-being and motivation for mandatory language training programs in Norway. I V.C. Iversen, *Mental Health and Psychological Adaptation of Clinical and Non-Clinical Migrant Groups* (paper III s. 1-20). Doctoral Disseration. NTNU, Trondheim.
- Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Levis, J. A., et al. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362, 1721-1723.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatisation: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420-430.

- Kleijn, W. C., Hovens, J. E., & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessments with the Harvard trauma questionnaire and the Hopkins symptom checklist-25 in different languages. *Psychological reports*, 88(2), 527-532.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 843-852.
- Lavik, N. J., Hauff, E., Skrandal, A., & Solberg, Ø. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population. *British Journal of Psychiatry* 169, 726-732.
- Lavik, N. J., Laake, P., Hauff, E., & Solberg, Ø. (1999). The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(1), 17-20.
- Lawrence, C. (2004). Mental illness in detained asylum seekers. *Lancet*, 364, 1283-1284.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425.
- Lie, B., Sveaass, N., & Eilertsen, D. E. (2004). Family, activity and posttraumatic reactions in exile. *Community, Work & Family*, 7, 327-351.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M., & Chuun, C-A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Journal of American Medical Association*, 294, 571-579.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A.M. & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder. Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 Years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651-660.

- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard trauma questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.
- Mollica, R. F., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M., et al. (1993). The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *The Journal of the American Medical Association*, 270(5), 581-586.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Lavelle, J., Tor, S., Yang, T., Chan, S., et al. (1996). The Harvard trauma questionnaire (HTQ): Manual. Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture, (Suppl. 1)*, 19-33.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Tu, B., Yang, T., Khuon, F., et al. (1996). Hopkins symptom checklist 25 (HSCL-25): Manual Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture, (Suppl. 1)*, 35-42.
- Moum, T. (1998). Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression. *Social Indicators Research* 45, 279-318.
- Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatiform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen, The Netherlands: Van Gorcum.
- Parloff, M.B., Kelman, H.C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 3, 343-351.
- Rambøll Management (2006). "Introduksjonsprammet er for mainstreamflyktninger". En undersøkelse av introduksjonsprogrammet overfor målgrupper med særskilte behov. Et forskningsnotat utarbeidet på oppdrag fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. <http://www.imdi.no/upload/Forskningsnotat.pdf>, lesedato 03.09.2007.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., et al. (1988). The composite international diagnostic interview. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.

- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 33, 345-354.
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T. & Bruusgaard, D. (1999). The meaning and significans of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 53-59.
- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., deVries, G-J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., et al. (2004). Mental health symptoms following war and repression in Eastern Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association*, 292(5), 585-593.
- Shrestha, N. M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I. H., et al. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world. *The Journal of the American Medical Association*, 280(5), 443-448.
- Silove, D. (2004). The global challenge of asylum. I J. Wilson & B. Drozdek, (red). *Broken spirits* (s. 13-31). New York: Brunner-Routledge
- Silove, D. (1999). The psychological effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma. Toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 200-207.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Skapinakis, P., Lewis, G., & Mavreas, V. (2003). Cross-cultural differences in the epidemiology of unexplained fatigue syndromes in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 182(3), 205-209.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Oppdragsbrev for Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress for 2005*. Oslo.

- Sveaass, N., (2000). *Restructuring meaning after uprooting and violence*. Doctoral dissertation. Institute of psychology. Faculty of social sciences. University of Oslo.
- Syed, H. R., Dalgard, O. S., Hussain, A., Dalen, I., Claussen, B., & Ahlberg, N. (2006). Inequalities in health: A comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal of Equity in Health*, 5, 7.
- Søndergård, H. P., Ekblad, S., & Theorell, T. (2001). Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 238-245.
- Søndergaard, H. P., Ekblad, S., & Theorell, T. (2003). Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3), 185-189.
- Turner, S. W., & Gorst-Unsworth, C. (1990). Psychological sequela of torture. A descriptive model. *British Journal of Psychiatry*, 157, 475-480.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 102, 444-448.
- Thapa, S., & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 672-679.
- Utlendingsdirektoratet. (23 januar 2007). *Tall og trender 2006*. <http://www.udi.no/upload/Statistikk/Tallogtrender2006.pdf> lesedato 1 juni 2007.
- Van Ommeren, M., De Jong, J. T. V. M., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S. B., & Cardeña, E. (2001). Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of General Psychiatry*, 58, 475-482.
- Wittchen, H.-U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.

Appendix 1

Om kartleggingsinstrumentene

Hopkins Symptom Checklist

Forløperen til HSCL- daterer seg tilbake til 1950 årene ved Johns Hopkins University. Det var ment å være et strukturert skjema til selvrapporing av symptomer for å registrere eventuell forandring hos psykoterapipasienter. Den første versjonen kalt "the Discomfort Scale" besto av 41 symptomrelaterte spørsmål (Parloff og medarbeidere 1954). Siden da har HSCL- gått gjennom mange endringer og forbedringer. Det finnes (minst) syv versjoner av listen, med forskjellig antall "items". De mest brukte er HSCL-90 og HSCL-25 som har vært brukt i mange forskjellige forskningssammenhenger verden over. De har vært brukt til å få frem informasjon om utbredelsen av angstsymptomer og depressive symptomer både hos normalpopulasjoner, medisinske pasienter og psykiatriske pasienter. Instrumentene har vært brukt til å kartlegge mulig effekt av psykoterapi, psykofarmaka og kombinasjoner av disse.

HSCL-25 består av 10 punkter som skal beskrive angstsymptomer, og 15 punkter som skal beskrive depressive symptomer. Det har vært gjort et poeng av at punktene ikke skal være spørsmål som kan besvares med ja/nei, men opplevelsedimensjoner som skal kunne graderes med svaralternativene: "ikke i det hele tatt", "litt", "ganske mye" og "veldig mye". Det er vanlig å gi alternativene tall fra 1 til 4, legge sammen, og dele på antall "items". Noen publikasjoner refererer til en totalverdi for alle 25 delene, men det vanligste er å dele opp i angst og depresjon for seg. En grenseverdi på eller over 1,75 regnes som tegn på at vedkommende har så plagsomme symptomer at det er sannsynlig at han/hun ville tilfredsstilt kriteriene til en symptomdiagnose, henholdsvis angst eller depresjon.

HSCL-25 er et av flere instrumenter som er testet ut og evaluert for bruk i flyktningpopulasjoner. Mollica og medarbeidere testet skjemaet på tre forskjellige flyktningpopulasjoner fra Indokina, og fant god validitet og reliabilitet i forhold til behandlernes DSM-III diagnoser (Mollica et al., 1996). De fant at 60%, i et klinisk utvalg, skåret mer enn 1,75 på angst, depresjon eller begge.

Mollica konkluderte med at HSCL--25 sannsynligvis fanget opp kulturelt relevante symptomer på angst og depresjon, selv om det var en del særegne kulturelle varianter av symptomer som ikke passet inn i skjemaet, og derfor ikke ble registrert.

Shresta og medarbeidere publiserte en studie i 1998, der de viste at HSCL- 25 ga høyere skåre både i forhold til depresjon og angst hos en gruppe torturutsatte buthanesiske flyktninger i Nepal sammenlignet med ikke-torturerte flyktninger (Shresta, Sharma, van Ommeren, Regmi, Makaju, & Komproe, 1998). Det var imidlertid en PTSD vurdering basert på DSM-III-R som ga best mulighet til å skille mellom de flyktningene som ikke hadde vært utsatt for tortur, og de som hadde vært torturert.

I Norge har HSCL-25 vært validert av Lavik, Laake, Hauff og Solberg (1999) i forhold til et klinisk utvalg bestående av flyktninger av begge kjønn fra mange forskjellige land. Gruppen som helhet hadde svært høy symptombelastning, men svarene på instrumentet samsvarte godt med resultatene fra et semistrukturert klinisk intervju, BPRS. HSCL-25 ble senere brukt av Birgit Lie (2002) i en studie av Bosniske flyktninger. De fant at blant denne ikke-kliniske populasjonen var det så mange som 48,3% som hadde en verdi over grensen på 1,75. Søndergaard og medarbeidere undersøkte en gruppe bosatte irakiske flyktninger i Sverige og fant at 34% av kvinnene og 35% av mennene hadde symptombelastning som kunne tyde på depresjon. Andelen med angstsymptomer var betydelig lavere (Søndergaard, Ekblad & Theorell, 2001a og 2003).

Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire er et tverrkulturelt instrument satt sammen med tanke på å kunne måle omfanget av traumer og tortur samt ettervirkningene av menneskerettighetsbrudd i forbindelse med totalitære regimer og krig. Instrumentet ble utviklet tidlig på 1990 tallet av professor Richard Mollica ved Harvarduniversitetet i Boston (Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor & Lavelle, 1992). Bakgrunnen for dette initiativet var kliniske erfaringer om hvor vanskelig det kunne være, både for terapeut og pasient, å få besvart åpne spørsmål om tortur og andre overveldende erfaringer. Pasientene måtte tenke seg om for å finne de riktige ordene, og i denne prosessen fikk de ofte gjenopplevelser som satte dem ut av balanse, og gjorde det vanskelig å svare.

Tanken var at en kortfattet opprømsing med ferdige svaralternativer kunne gjøre det lettere å svare, samtidig som de ujevne hendelsene ble kartlagt og

brakt frem i lyset. Dette ville blant annet fasilitere diagnostikk og behandling av posttraumatiske tilstander, samt øke verdens oppmerksomhet omkring lidelsene knyttet til krig og massevold.

Målgruppen for det første skjemaet var flyktninger fra Indokina (Kambodsja, Laos og Vietnam) som bodde i USA og var pasienter ved "the Indochinese Psychiatry Clinic". Hovedformålet var å bidra til en bedre terapeutisk prosess på en kultursensitiv og respektfull måte.

HTQ- består av fire deler. Den første delen består av 17 "items" som beskriver en rekke potensielt traumatiserende hendelser som for eksempel: "mangel på mat og vann", "tvungen atskillelse fra familiemedlemmer" og "være nær ved å dø". Det er fire svarkategorier for hver påstand: "erfart", "vært vitne til", "hørt om" og "nei". Det er mulig å gi flere svar på hvert spørsmål for å reflektere at eksponeringen kan være sammensatt. Forskjellige studier har scoret disse svarene på forskjellige måter, og enkelte hevder at svarkategoriene er forvirrende (Hollifield, Warner & Lian, 2002). Mollica og medarbeidere tok de tre første kategoriene som tegn på traumeeksponering, og fant at pasientene de undersøkte hadde vært eksponert for 15,23 hendelser i gjennomsnitt. Fernandez, Galea & Ahern (2004) valgte å skille mellom direkte erfaring og alle de andre kategoriene slått sammen. De undersøkte et tilfeldig utvalg av somatiske sykehuspasienter i Kosovo (n=306), og fant at 97% hadde opplevd minst en potensielt traumatiserende hendelse, og at pasientene hadde opplevd gjennomsnittlig 6,6 hendelser hver. Ettersom det å være vitne til overgrep er en så stor belastning for den det angår, kan en også argumentere for at både "erfart" og "vært vitne til" kan regnes som eksponering, mens "hørt om" og "nei" ikke er det. Det er denne oppfatningen som blir lagt til grunn i vår undersøkelse.

Del to er en åpen seksjon der pasienten kan skrive ned noe om de mest traumatiske hendelsene de har opplevd, med sine egne ord. I Mollicas første valideringsstudie (1992) beskrev pasientene drap av familiemedlemmer, sult og fengsling, men også vanskelige hendelser i eksil.

Del tre har fire korte spørsmål om traumatiske hendelser som kan gi hodeskader, slik som drukningsforsøk, kvelningsforsøk og slag mot hodet med eller uten bevissthetstap. Slike skader kan føre til nevropsykologiske utfall og vansker med å fungere intellektuelt og sosialt. Det ble derfor vurdert som klinisk nyttig å få dette kartlagt så snart som mulig, og eventuelt sette i gang med adekvat somatisk utredning av ettervirkningene. I en større undersøkelse av kambodsjsanske flyktninger (n=993) hadde 28% vært nær ved å drukne, 18% var blitt slått i hodet, 15% hadde vært bevisstløse og 13% nesten kvalt. (Mollica, Donelan, Tor, Lavelle, Elias & Frankel, 1993)

Den fjerde og siste delen består av 30 spørsmål hvorav de 16 første baserer seg på PTSD diagnosen i DSM-III-R (og DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) Denne delen benevnes ofte som Post Traumatic Symptom Score -16 (PTSS-16). En spør etter symptomer innenfor de tre definerte symptomgruppene: gjenopplevelser, unngåelse/nummenhet og fysiologisk aktivering. På bakgrunn av mange års erfaring fra flyktingfeltet valgte Mollica og medarbeidere å inkludere 14 ekstra spørsmål relatert til massiv traumatisering, migrasjon og dissosiative fenomener, som de mente var vel så egnet til å fange opp symptombelastningen hos denne pasientgruppen. Det er fire svarkategorier som angir hyppigheten av symptomene den siste uken: "Aldri", "Av og til", "Ofte" og "Alltid, gradert med tall fra 1-4. "Cutoff-score" ble beregnet til 2,5 og dette ga en sensitivitet på 78% og en spesifisitet på 65%. Det vil si at 78% av de med diagnosen PTSD, ble identifisert av skjemaet, mens 65% av dem som ikke hadde diagnosen ble plassert i riktig gruppe(Mollica et al., 1996).

Transkulturelle studier

Det finnes en rekke selvutfyllingsskjemaer og psykometriske instrumenter som er brukt overfor flyktinger og internt fordrevne mange steder i verden. I en oversiktsartikkel der Hollifield og medarbeidere (2002) har gått gjennom 183 publikasjoner som forsøker å måle flyktingers traumeerfaringer og helseplager, fant de at det var brukt 125 forskjellige psykometriske instrumenter til å undersøke disse gruppene. Av disse var 12 utviklet spesielt for flyktinger, mens 8 var utviklet for andre populasjoner og senere tilpasset flyktinger. HTQ og HSCL-25 ble vurdert til å være blant de beste instrumentene i hver sin gruppe.

Etter at Mollica og medarbeidere satte i gang sitt grundige utviklings og valideringsarbeid; først med HSCL- 25 (1987) og siden med HTQ (1992), har det blitt vanlig å bruke disse to skjemaene sammen når en ny populasjon skal undersøkes. En mye brukt problemstilling har vært å undersøke en mulig sammenheng mellom eksponeringsfaktorene i del 1 av HTQ- og symptomer på henholdsvis depresjon, angst og PTSD. I tillegg har mange hatt med spørsmål om eksilrelaterte problemer som for eksempel boligforhold, familiegjenforening og arbeidsløshet.

Skjemaene har vært anvendt overfor forskjellige populasjoner som i seg selv representerer en helt unik folkegruppe i en helt spesiell politisk og sosial situasjon. (van Ommeren, de Jong, Sharma, Komproe, Thapa & Cardena, 2001). Det har derfor vært vanskelig å generalisere resultatene til å gjelde andre folkegrupper i andre situasjoner.

Mollica og medarbeidere (1993) valgte å undersøke en gruppe kambodsjanske flyktninger (n=993) som levde i mange år i en flyktningleir like innenfor grensen til Thailand. Av de undersøkte hadde 55 % en skåre som korrelerte med mulig depresjon, 15 % med mulig PTSD. De brukte traumeerfaringsdelen i HTQ til å spørre om traumatiske hendelser under Pol Pot regimet og senere hendelser i eksil, og kunne påvise en klar dose/respons sammenheng mellom antallet traumatiske hendelser og symptombelastningen hos disse flyktningene.

Birgit Lie (2002) brukte disse instrumentene til å følge en gruppe bosatte flyktninger i Norge (n=240), og fant at HSCL--25 var uforandret etter tre år, men at PTSS-16 skåren økte. Både traumatiske hendelser før flukten (livsfare) og eksilrelaterte problemer (arbeidsløshet og savn av familiemedlemmer) hadde sammenheng med økningen.

I en studie av internt fordrevne flyktninger i Afghanistan (n=1011), viste Scholte, Olf, Ventevogel, deVries, Jansveld & Cardoso (2004) at 48% hadde opplevd mellom 8 og 10 traumatiske hendelser, mens 14% hadde erfart 11 eller flere. Symptombelastningen var høy; 51,8% hadde angstsymptomer over grenseverdien, mens tilsvarende tall for depresjon og PTSD var henholdsvis 38,5% og 20,4%.

Når det gjelder asylsøkere har disse instrumentene vært brukt til å kvantifisere omfanget av helseproblemer hos 70 internerte asylsøkere i USA (Keller, Rosenfeld, Trinh-Shevrin, Meserve, Sachs & Leviss, 2003). De fant at 77 % hadde klinisk signifikante angstsymptomer, 86 % depressive symptomer og 50 % symptomer på PTSD. De kunne vise til at symptomene korrelerte positivt med lengden på interneringen, og klarte også å få undersøkt 26 personer som kom ut av asylmottaket og fikk oppholdstillatelse. Disse hadde en markert reduksjon av alle symptommålene.

Norske asylmottak kan ikke sammenlignes direkte med interneringsleirer i for eksempel USA eller i Australia, og det er derfor forståelig at Nasjonalt Kunnskap senter for helsetjenesten mente at det var riktig å validere disse to instrumentene for asylmottak under Norske forhold, før en kunne si noe om anvendbarheten i en større målestokk.

Somatoform Dissociation Questionnaire

Mange forskere innen traumefeltet har beskrevet de fysiologiske og somatiske konsekvensene av å være utsatt for overveldende opplevelser (Kirmeyer & Young, 1998). Stressrelaterte symptomer oppleves ofte i kroppen, som for eksempel hjertebank eller skjelvinger. Noen ganger vil gjenopplevelser av

traumer innebære en ” fysisk ” gjenopplevelse av en berøring eller en smertetilstand, på en slik måte at det kan være vanskelig å skille dette fra tegn på aktuelle somatiske lidelser.

Begrepet somatisering betyr vanligvis at somatiske symptomer presenteres i stedet for eller i tilknytning til psykisk sykdom. Det har også vært knyttet til psykodynamisk teori og til hypokondri, og er på mange måter et uklart begrep. Det har vært hevdet at somatisering er mer vanlig blant mennesker fra ikke-vestlige kulturer, selv om dette aldri har vært dokumentert. Det er like god grunn til å tro at forekomsten av medisinsk uforklarlige somatiske symptomer er nokså likt fordelt mellom folkegruppene. Det som er forskjellig er symptomenes meningsbærende funksjoner i forskjellige kulturelle kontekster. (ref) I en stor CIDI basert studie fra primærhelsetjenesten i 14 forskjellige land, fant en at uforklarlige tretthetstilstander var litt hyppigere blant vestlige pasienter, men at det var mer vanlig blant ikke vestlige pasienter å ta dette opp med legen sin (Skapinakis, Lewis & Mavreas, 2003)

Professor Ellert Nijenhuis har vært opptatt av traumatiske hendelsers kroppslige representasjoner, og har utviklet et skjema med 20 spørsmål om fenomener som ofte er tegn på kroppslig dissosiasjon, og nært forbundet med traumatiske erfaringer og overgrep (Nijenhuis, 1999). Spørsmålene er graderte i forhold til alvorlighetsgrad, men inneholder også kontrollspørsmål for å utelukke kjente somatiske lidelser som forklaring på symptomene. Dette er et instrument som er validert i forhold til vestlige pasientpopulasjoner, og som korrelerer godt med andre kjente mål på dissosiativ lidelse. Å bruke instrumentet for å påvise eventuelle somatoforme symptomer hos asylsøkere vil være en utprøving, og det er usikkert om dette vil fungere.

Positive State of Mind

Det har i flere studier vært vist at forskjellige mestringsstrategier og mentale tilstander har en innvirkning på hvordan stressende og smertefulle opplevelser tolkes, og hvilken effekt de har på den fysiske og psykiske helsen. Positive State Of Mind (PSOM) er et selvutfyllingsskjema med seks (ev.7) ”items”, og ble utviklet av Horowitz, Adler og Kegeles i 1988. Det fantes allerede da en rekke måleinstrumenter for resiliens og mestring, men de målte stort sett personlighetsrelaterte egenskaper av en viss varighet. Dette nye skjemaet ble laget for å registrere individets evne til å benytte seg av positive sinnstilstander i det daglige. Det var også et ønske om at spørsmålene skulle være utformet slik at

de kunne plukke opp endringer på kort sikt, og på denne måten representere sinnstilstandenes svingende natur.

Tilstandene som måles er: Fokuseret oppmerksomhet, produktivitet, omsorg, avspenning, fellesskap, sanselig kroppslig velvære og seksuell nytelse. Det siste punktet har blitt utelatt i en del undersøkelser der en har ment at det ville være støtende å stille dette spørsmålet. Svarene retter seg mot hvor vanskelig eller lett det er å oppnå disse sinnstilstandene: ”ute av stand til å oppnå”, ”vansker med å oppnå”, ”klarer det til en viss grad” og ”klarer det fint”.

Populasjoner som har blitt testet flere ganger, får ofte forskjellig skåre på forskjellige tidspunkt. Sinnstilstander fluktuerer, og en skala som skal måle disse tilstandene bør være sensitiv i forhold til individuelle endringer når det gjelder omstendigheter og erfaringer. PSOM er kortfattet, og relaterer seg til erfaringer i løpet av den foregående uken. Den kan derfor brukes til gjentatte målinger i et longitudinelt design.

PSOM har vært testet ut i forhold til mindre alvorlige tilstander som idrettsskader og testing av gravide, kroniske sykdommer som HIV/AIDS, alvorlige tilfeller av brystkreft og depressive reaksjoner etter dødsfall (tap av partner), og har vist gode psykometriske egenskaper (Adler, Horowitz, Garcia & Moyer, 1998). Skjemaet har, så vidt vi kan bedømme, ikke vært brukt overfor traumatiserte flyktninger tidligere.

Appendix 2

Kartleggings skjemaene

Demografiske variabler

1. Kjønn (sett kryss) Kvinne Mann

2. Fødselsår (fyll inn årstall):

3. Hvilken nasjonalitet har du?

4. Hvilken etnisk gruppe tilhører du?.....

5. Hvilke religiøs tilknytning har du?.....

6. Hva er din høyeste utdanning?
Angi høyeste påbegynte utdanningsnivå (sett bare et kryss):
 Ingen formell utdanning
 Grunnskole
 Yrkesskole
 Videregående skole / studieforberedende utdanning
 Høyskole / universitet
 Annet (beskriv)
.....

7. Hvilket yrke hadde du i hjemlandet?
Hvis flere yrker, angi høyeste nivå):.....

8. Hvilken sivilstand har du? (sett kryss)
 Gift
 Ugift
 Separert
 Skilt
 Enke /- mann

9. Dersom du er gift, hvilken alder hadde du ved ekteskapsinngåelsen?

10. Har du familie som bor i Norge?

- Ja
 Nei

11. Hvis du har familie som bor i Norge, hvilken slektskapstilknytning har du til dem?

- Far
 Mor
 Ektefelle
 Barn
 Søsken
 Onkel
 Tante
 Søskenbarn
 Andre (skriv)

12. Har du barn?

- Ja
 Nei

Fylles kun ut hvis du har barn:

1) Hvor mange har du totalt? (skriv tall)

2) Hvor mange barn bor du sammen med i Norge?

3) Barna som du bor sammen med i Norge: Hvilken alder og kjønn har de?
(Fyll inn i tabellen)

Alder	Kjønn

13. Kvinnespesifikke forhold

	I hjemlandet	I fangenskap	Under flukt/ I flyktningeleir
Antall fødsler			
Tap av barn under svangerskap / fødsel			
Tap av barn ved død			
Tap av barn ved forsvinning			
Omsorg for barn			

HSCL--25

Instruksjoner

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

	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn.....				
2. Føler du deg engstelig.....				
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs.....				
4. Nervøs eller urolig.....				
5. Hjertebank.....				
6. Skjelving.....				
7. Føler deg anspent eller opphisset.....				
8. Hodepine.....				
9. Anfall av redsel eller panikk.....				
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig.....				
11. Føler deg slapp og uten energi.....				
12. Anklager deg selv for ting.....				
13. Har lett for å gråte.....				
14. Tap av seksuell interesse eller nytelse.....				
15. Dårlig appetitt.....				
16. Vanskelig for å få sove.....				

14. Drap på fremmede.....				
15. Savnet eller kidnappet.....				
16. (Fysisk) tortur Spesifiser:.....				
17. (Truet med tortur).....				
18. (Truet til å se på vold mot andre).....				
19. (Truet med henrettelse).....				
20/17. Andre situasjoner som var veldig skremmende eller hvor du følte at ditt liv var i fare. Spesifiser.....				

DEL 3: HODESKADE

Ble du noen gang mishandlet med noen av de følgende metoder?:

1. Drukningsforsøk Ja Nei
2. Kvelningsforsøk Ja Nei
3. Slag mot hodet Ja Nei
4. Elektrisk tortur som medførte bevisstløshet Ja Nei

DEL 5: SYMPTOMER

Det følgende er symptomer som mennesker kan ha etter vonde eller skremmende opplevelser i Livet. Nå stiller vi deg noen spørsmål om slike symptomer.

Kan du si hvor mye du selv har vært plaget den siste uken?

	Aldri	Av og til	Ofte	Alltid
1. Gjentatte tanker eller minner om de vondeste og mest skremmende hendelser.....				
2. Følt det som om hendelsen skjer igjen.....				
3. Gjentatte mareritt.....				
4. Følt meg atskilt fra andre mennesker.....				
5. Ikke vært i stand til å føle noe.....				
6. Følt meg skvetten.....				
7. Hatt vanskeligheter med å konsentrere meg.....				
8. Hatt søvnproblemer.....				
9. Følt meg på vakt.....				
10. Følt meg irritabel eller hatt sinneutbrudd.....				
11. Unngått aktiviteter som minner meg om de vonde og smertefulle hendelsene.....				
12. Vært ute av stand til å huske deler av de vondeste hendelsene.....				

3.	<u>Ansvar:</u> En opplevelse av at du gjør det du skal gjøre for å ta vare på deg selv og andre	0	1	2	3
4.	<u>Hvile:</u> Kan føle deg avslappet uten å bli forstyrret av spenninger. Kunne avbryte hvilen når du selv ønsker det.	0	1	2	3
5.	<u>Kroppslig velvære:</u> Være i stand til å nyte gode sanseinntrykk og like å gjøre ting som du vanligvis gjør, som å høre på musikk, være utendørs, ta ett varmt bad, nyte å bli kysset, utveksle kjærtegn og intimt samvær.	0	1	2	3
6.	<u>Dele/ deltagelse:</u> Kunne føle fellesskap med andre.	0	1	2	3

S.D.Q. – 20

Dette spørreskjemaet dreier seg om ulike fysiske symptomer eller kroppslige erfaringer som du kan ha hatt enten kortvarig eller over lengre tid.

Vær vennlig å markere i hvilken grad disse opplevelsene har vært relevante for deg **det siste året**.

For hver enkelt uttalelse vennligst sirkle inn det tallet som passer best for DEG.

De ulike svaralternativene er:

1 = Dette gjelder IKKE for meg I DET HELE TATT

2 = Dette gjelder for meg TIL EN VISS GRAD

3 = Dette gjelder for meg I MODERAT GRAD

4 = Dette gjelder for meg I STOR GRAD

5 = Dette gjelder for meg I SVÆRT STOR GRAD

Hvis et symptom eller erfaring gjelder for deg, vennligst markér om en **lege** har knyttet det til en **fysisk sykdom**.

Markér dette ved å sette en ring rundt ordet JA eller NEI i kolonnen ”Er den fysiske årsaken kjent?” Hvis du skrev JA, vær vennlig å skrive ned den fysiske årsaken (hvis du kjenner til den) på linjen.

Eksempel:

	I hvilken grad gjelder symptomet eller erfaringen for deg?	Er den fysiske årsaken kjent?
Det hender at tennene mine klapper	1 2 3 4 5	NEI JA, hvilken

Det hender jeg har kramper i leggene mine	1 2 3 4 5	NEI JA, hvilken
---	-----------	-----------------

Hvis du har sirklet inn 1 i første kolonne ("Dette gjelder IKKE for meg I DET HELE TATT"), trenger du IKKE svare på spørsmålet om den fysiske årsaken er kjent.

Dersom du derimot har sirklet inn 2, 3, 4 eller 5 MÅ du sirkle inn NEI eller JA i kolonnen for "Er den fysiske årsaken kjent?"

Vær vennlig å svare på alle de 20 spørsmålene.

Takk for samarbeidet.

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven
Oversatt til norsk 2005 av Trine Anstorp og Kirsten Benum, Oslo

Her er spørsmålene:

- 1 = Dette gjelder IKKE for meg I DET HELE TATT
- 2 = Dette gjelder for meg TIL EN VISS GRAD
- 3 = Dette gjelder for meg I MODERAT GRAD
- 4 = Dette gjelder for meg I STOR GRAD
- 5 = Dette gjelder for meg I SVÆRT STOR GRAD

	I hvilken grad gjelder symptomet eller erfaringen for deg?	Er den fysiske årsaken kjent?
--	--	-------------------------------

Det hender at:

1. Jeg har problemer med å late vannet	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
--	-----------	-----------------

2. Jeg misliker smaker som jeg vanligvis liker (for kvinner: UTENOM graviditet eller menstruasjonsperioder)	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
3. Jeg hører lyder i nærheten av meg som om de kommer langt borte fra	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
4. Jeg har smerter når jeg later vannet	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
5. Kroppen min, eller deler av den, føles nummen	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
6. Mennesker og ting ser større ut enn vanlig	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
7. Jeg har et anfall som ligner et epileptisk anfall	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
8. Kroppen min, eller en del av den, kjenner ikke smerte	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
9. Jeg misliker lukter som jeg vanligvis liker	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken
10. Jeg har smerter i underlivet (på tidspunkter UTENOM samleie)	1	2	3	4	5	Nei	Ja, hvilken

© *Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven*

	I hvilken grad gjelder symptomet eller erfaringen for deg?	Er den fysiske årsaken kjent?
Det hender at:		
11. Jeg kan ikke høre i perioder (som om jeg er døv)	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
12. Jeg kan ikke se i perioder (som om jeg er blind)	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
13. Jeg ser ting rundt meg på en annen måte enn vanlig (for eksempel som om jeg ser gjennom en tunnel eller at jeg bare ser en del av en ting)	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
14. Luktesansen min er mye BEDRE eller VERRE enn vanlig (selv om jeg <u>ikke</u> er forkjølet)	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
15. Det er som om kroppen min, eller en del av den, er forsvunnet	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
16. Jeg klarer ikke svelge, eller klarer bare svelge med stor anstrengelse	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
17. Jeg klarer ikke å sove på flere netter, men er fortsatt svært aktiv på dagtid	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
18. Jeg klarer ikke å snakke (eller bare med stor anstrengelse), eller jeg kan bare hviske	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
19. Jeg er lammet i perioder	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
20. Jeg stivner til i perioder	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken

Avsluttende spørsmål:

1. Hvordan er din livssituasjon nå?

(beskriv).....

2. Trenger du helsehjelp? (sett kryss) Ja Nei

3. Er det noe vi burde ha spurt om i tillegg? Ja Nei

Hvis ja, hva burde vi ha spurt om? (beskriv)

4. Hva synes du om å svare på slike spørsmål?.....

Denne studien baserer seg på utprøving av en rekke kartleggingsinstrumenter som er utviklet og anvendt i tidligere undersøkelser om psykisk helse. Målgruppen i den foreliggende undersøkelsen er voksne asylsøkere som har oppholdt seg kort tid i Norge. Forespørsel om å delta gikk ut til 141 personer fra Midt-Østen, Nord- Afrika, Somalia og Balkan, og 85 av disse fullførte spørreskjemaundersøkelsen. Videre deltok 65 personer i et klinisk diagnostisk intervju. Dette ga grunnlag for å evaluere styrker og svakheter ved å bruke de utvalgte instrumentene overfor denne målgruppen. Undersøkelsen dokumenterte også signifikante forskjeller i symptombelastning mellom forskjellige asylsøkergrupper. Noen av disse forskjellene kan ha sammenheng med variasjoner i lese og skriveferdigheter. Deltakerne i undersøkelsen rapporterte omfattende overgrepserfaringer.



ISBN 978-82-8122-014-0
ISSN 0809-9103

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

Org. nr.: 986 304 096