



Efter flugten

**Den psykiske tilstand blandt flygtninge i Danmark og
effektevaluering af behandlings- og rehabiliteringscentret OASIS**



Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet, 2016

Trykkeri: Print and Sign, Syddansk
Universitet, Campusvej 55, 5230
Odense M.

Billede: Colourbox

Videnscenter for Psykotraumatologi
Campusvej 55
5230 Odense M
Tlf: 65502798
www.psykotraume.dk

Forfattere: Sarah Agnethe Andersen
& Ask Elklit

Udgivelsesår 2016

ISBN: 978-87-93496-16-3

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.2 Bandlings- og rehabiliteringscentret OASIS	5
1.3 Formål med rapport	5
2. Metodebeskrivelse	6
2.1 Undersøgelsesdeltagere	6
2.2 Behandling- og rehabiliteringsindsats	6
2.3 Målings- og monitoreringsredskaber	7
2.3 Fremgangsprocedure	9
2.3.1 <i>Dataindsamling</i>	9
2.3.2 <i>Statistisk analyse</i>	9
3. Analyse	10
3.1 Deltagernes traumeudsættelse og psykiatriske tilstand ved visitationsmåling	10
3.2 Sammenhæng mellem PTSD, angst, depression og generel funktionsnedsættelse	12
3.3 Betydning af traumeoplevelse for omfanget af PTSD, angst, depression og funktionsnedsættelse	12
3.4 Behandling- og rehabiliteringseffekt	13
3.4.1 <i>PTSD-symptomer</i>	13
3.4.2 <i>Angst og depression</i>	16
3.4.3 <i>Funktionsnedsættelse</i>	19
4. Opsamling og diskussion	22
4.1 Sammenfatning og tolkning af analyseresultater	22
4.2 Metodiske styrker og svagheder ved undersøgelsen	23
4.3 Anvisninger for fremtidig praksis	24
Litteratur	25

1. Indledning

1.1 Baggrunden for undersøgelsen

Antallet af flygtninge er på verdensplan steget markant inden for de seneste år. Internationale konflikter samt borgerkrigen i Syrien har medført en flygtningestrøm mod Europa, hvis lige ikke er set siden anden verdenskrig. De forenede nationers flygtningehøjkommissariat (UNHCR) har fra 2013 til 2014 kunne dokumentere en stigning på hele 23 % i det globale flygtningeantal. Man antager, at op til 14,4 millioner mennesker var på flugt i 2014 (UNHCR, 2015). En lignende udvikling er også at spore nationalt, da antallet af asylansøgere næsten blev fordoblet i perioden fra 2013 til 2014, hvor hele 14.792 personer søgte om asyl i Danmark (Udlændingestyrelsen, 2015). Tilstanden må derfor betragtes som en verdensomspændende humanitær krise, der kræver øjeblikkelig opmærksomhed og handling.

Forskning peger på, at størstedelen af de nytilkomne flygtninge er blevet udsat for en række forskellige fysiske og psykiske traumer, der både kan relateres til oplevelser i deres hjemland og flugten til Europa (Kirmayer et al., 2011). Disse indebærer blandt andet udsættelse for tortur, fængsling, overværelse af krigsførelse samt politisk forfølgelse (Masmas et al., 2008). Livet efter flugten kan på grund af nye kulturelle omgivelser og potentielle sprogbarrierer samtidig medføre en række udfordringer (Murray, Davidson, & Schweitzer, 2010), der ligeledes kan opleves som en stor belastning (Sachs, 2011). Som en naturlig konsekvens heraf er flygtninge i stærkt øget risiko for at udvikle en række fysiske, psykiske og sociale problemer (Davidson et al., 2008; Gilliver, Sundquist, Li, & Sundquist, 2014; Kirmayer et al., 2011; Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011), der kan spænde ben for deres videre livsførelse og livskvalitet (Sjölund, Kastrup, Montgomery, & Persson, 2009). I en dansk undersøgelse udarbejdet af Buhmann og kollegaer (2014) blev det estimeret, at hele 86 % af de i alt 127 flygtninge, der modtog behandling på pågældende behandlingscenter, led af posttraumatisk stresssyndrom (PTSD). Ligeledes led 94% af undersøgelsesdeltagerne af depression. Andre symptomatiske tilstande såsom smerter, generel dysfunktion samt lav livskvalitet var også yderst udbredt. Disse resultater stemmer i nogenlunde overensstemmelse med internationale vurderinger af den psykiske tilstand blandt flygtninge (som beskrevet i Steel et al., 2009).

Alt i alt fremstår flygtninge som en yderst udsat befolkningsgruppe, der har brug for en kvalificeret professionel behandling. Herved vil det være muligt at lindre potentielle symptomer og fremme en livsførelse kendetegnet ved højnet livskvalitet og succesfuld integration.

Et dybdegående kendskab til de psykiske tilstande og oplevede udfordringer, der kendetegner denne gruppe, er dog essentielt for udarbejdelsen og vurdering af effektive behandlingsstrategier. Dette vil være denne rapports omdrejningspunkt.

1.2 Behandlings- og rehabiliteringscentret OASIS

Oasis – behandling og rådgivning for flygtninge er et privat traumecenter oprettet i 1987. Centret har siden 2005 hørt under sundhedsloven og har driftsoverenskomst med Region Hovedstaden. Behandlingen er specialiseret på regionsfunktionsniveau og retter sig mod børn, unge, voksne og familier. Personalet består af psykologer, fysioterapeuter, psykomotoriske terapeuter og socialrådgivere, som yder tværfaglig, multidisciplinær og tværkulturel behandling tilpasset den enkelte patient. Centret inddrager ligeledes eksterne lægekonsulenter (psykiater og praktiserende læge) efter behov samt anvender erfarne og professionelle tolke, hvor det er nødvendigt.

1.3 Formål med rapport

OASIS har løbende registreret data på patienterne i deres behandlingstilbud. Denne dataindsamling er foregået på baggrund af en på forhånd udarbejdet behandlingstilgang, der bygger på den antagelse, at der gennem en tværfaglig og multidisciplinær indsats kan tilbydes et behandlingsforløb, der kan hjælpe patienten med at bearbejde psykiske, fysiske og sociale problemer samt genetablere en god livstilværelse. Behandlingsforløbet er beskrevet yderligere i afsnittet ”Behandling- og rehabiliteringsindsats”. Formålet med denne rapport er at analysere pågældende data, for herved at kunne beskrive de patienter, der kommer til OASIS, deres psykologiske udfordringer samt den potentielle effekt ved ovennævnte behandlingsforløb. Dette vil muliggøre en klarlægning af de udfordringer og problemer, flygtninge står med, når de opsøger hjælp, samt danne grundlag for en effektevaluering af behandling- og rehabiliteringstilbuddet hos OASIS. Denne viden er essentiel for en målrettet og effektiv behandlingssats samt for fremtidig videreudviklingen af tilbuddet.

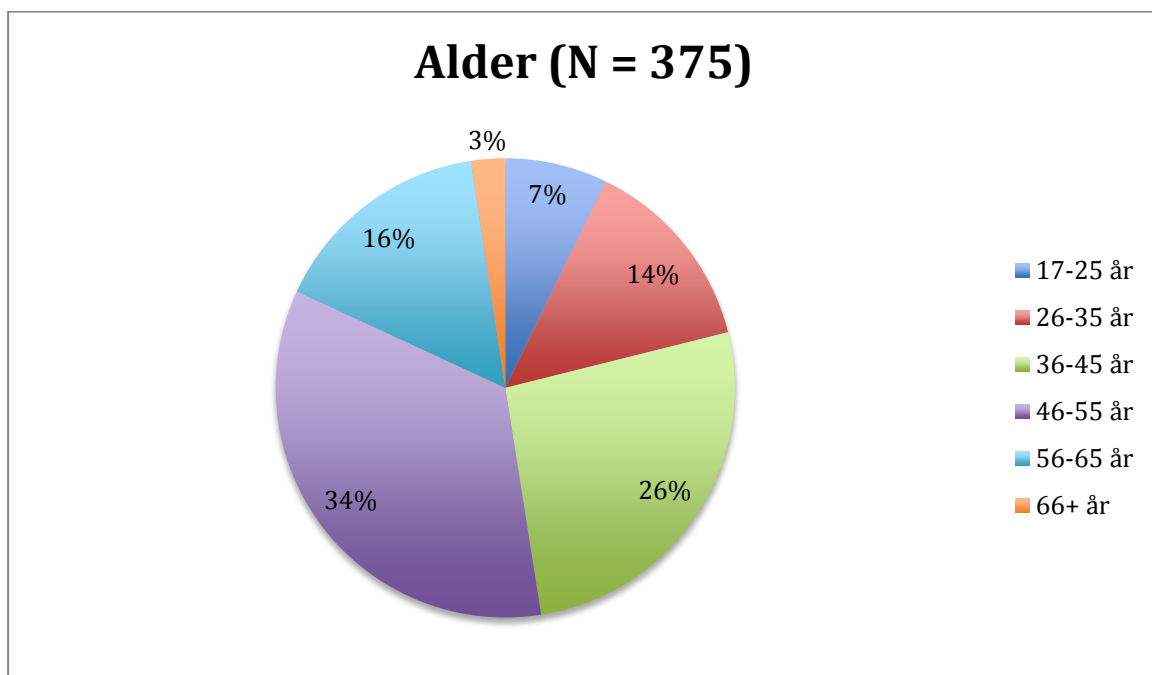
Fremgangsmåden indebærer, at der først vil blive gjort rede for deltagernes demografiske data. Herefter følger en rapportering af indholdet i behandlingstilbuddet hos OASIS og de metodiske overvejelser, der knytter sig til nærværende undersøgelse. Endelige vil der blive gjort rede for deltagernes traumeoplevelser, deres psykiatriske tilstand samt effekten af behandlingsprogrammet i forhold til forskellige psykologiske symptommål. Resultaterne vil ligeledes blive sammenlignet med eksisterende undersøgelser.

2. Metodebeskrivelse

2.1 Undersøgelsesdeltagere

OASIS har registreret en række oplysninger om størstedelen af de flygtninge, som har deltaget i deres behandlingstilbud. I alt har 378 flygtninge medvirket som deltagere i undersøgelsen. Der er dog kun registreret køns- og aldersoplysninger på 375 deltagere. Disse har en gennemsnitsalder på 45,1 år ($SD = 11,8$). Den yngste deltager er 17 år og den ældste er 83 år. Lidt over en tredjedel af deltagerne ($N = 129, 34,4\%$) er i alderen 46-55 år, mens omkring en fjerdedel ($N = 99, 26,4\%$) er 36-45 år. I figur 2.1 ses den procentvise fordeling af deltagernes alder. Udvalget havde en mindre overrepræsentation af mænd (50,4%) sammenlignet med kvinder (49,6%).

Figur 2.1: Procentvis fordeling af deltagernes alder



2.2 Behandling- og rehabiliteringsindsats

Den samlede behandling- og rehabiliteringsindsats hos OASIS bygger på i alt tre grundformål:

- At hjælpe patienten med at bearbejde psykiske, fysiske og sociale problemer.
- At styrke patientens egne ressourcer og funktionsniveau.
- At genetablere en tilværelse som aktiv person, familiemedlem og medborger.

Det samlede behandlingsforløb følger en dynamisk faseopdelt model, hvor der altid tages udgangspunkt i den enkelte patient og dennes livsomstændigheder. Faserne er som følger:

- **Visitationsfasen.** Her visiteres og udredes de henviste patienter. Formålet er at undersøge, om den henviste hører til målgruppen, er henvist til den rette behandling og er behandlingsparat.
- **Fasen mellem visitation og behandling.** Ved denne fase tilbyde de patienter, der indstilles til det, et gruppeforløb i en såkaldt introduktionsgruppe. Her tages der udgangspunkt i grundlæggende psykoedukation, hvor formålet er at informere om symptomer på og årsager til PTSD. Der arbejdes ligeledes med at opbygge tillid til behandlerne.
- **Stabiliseringsfasen.** Under stabiliseringsfasen er der fokus på at etablere et sikkert sted for patienten ved at opbygge tillid og tryghed, udrede sociale problemer og nedbringe socialt betinget stress. Patienten får også hjælp og redskaber til at dæmpe psykiske og fysiske reaktioner på traumatisk stress.
- **Behandlingsfasen** har til formål at bringe erindringerne fra de traumatiske oplevelser så meget på afstand, at patienten kan opnå fokus på det meningsfulde i sit aktuelle liv. Her etableres terapeutisk kontakt med traumatisk materiale, og personlighedens tilstand vurderes, hvorefter relevant behandling iværksættes.
- **Genetableringsfasen.** Denne fase er det afsluttende element i det samlede behandlingsforløb og er kendetegnet ved personlighedsmæssig (re)integration og (re)habilitering. Der tages udgangspunkt i mere generel terapi, at opmærksomheden nu er rettet mod omverdenen og relationer samt en anerkendelse af, at traumematerialet vil være til stede men ikke længere være det primære fokus.

2.3 Målings- og monitoreringsredskaber

Som led i vurderingen af behandlingens effekt er der udarbejdet en række indikatorer, som tilstræber at gøre effekten mål- og dokumenterbar. Indikatorer er fastsat i form af følgende validerede skalaer.

- **Harvard Trauma Questionnaire.** Til at måle symptomer på PTSD anvendes ”Harvard Trauma Questionnaire” (HTQ; Mollica et al., 1992). Med udgangspunkt i diagnosekriterierne fremstillet i ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” revideret version fire (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) vedrører

HTQ tre primære dimensioner ved PTSD; 1) genoplevelse, 2) undgåelse samt 3) forhøjet vagtsomhed. Symptomernes omfang klarlægges ved besvarelse af de første 16 spørgsmål i skemaet. Herefter følger 14 andre spørgsmål, der relaterer sig til flygtninges traumeoplevelse og selvopfattelse (Mollica et al., 2004). Alle spørgsmål scores med udgangspunkt i en firetrinnet Likert skala, der strækker sig fra ”Slet ikke” til ”I meget høj grad”. Der udregnes ligeledes en totalscore, hvor jo højere score desto højere symptomniveau. Endvidere anvendes der en supplerende eventliste fra HTQ, der med udgangspunkt i 45 foreslåede traumatiske begivenheder kan være med til at afklare, hvilke typer traumer deltagerne har været udsat for. HTQ anses som et enkelt og reliabelt screeningsinstrument med god indre og ydre validitet. Den danske version af skemaet er valideret af Bach (Bach, 2003). I denne undersøgelse udviser HTQ ligeledes en god reliabilitet for den totale skala ($\alpha=0,9$).

- **Hopkins symptoms checklist.** Til at måle symptomer på angst og depression anvendes ”Hopkins symptoms checklist” (HSCL; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974). HSCL består af 25 spørgsmål, der fordeler sig på 10 spørgsmål vedrørende angst og 15 spørgsmål vedrørende depression. Spørgsmålene besvares også her med udgangspunkt i en firetrinnet Likert skala, der strækker sig fra ”Slet ikke” til ”I meget høj grad”. Det endelige antal symptomer omregnes til en samlet totalscore samt en gennemsnitsscore for henholdsvis angst-, depression- og totalskalaen. Derudover anvendes der en grænseværdi på $\leq 1,75$, der indikerer, hvorvidt der er tale om kliniske og behandlingskrævende tilstande. HSCL har ligeledes udvist en god reliabilitet og validitet (Briere & Runtz, 1989; Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist, & Nordström, 1993). I nærværende undersøgelse udviser HSCL også en god reliabilitet for den totale skala ($\alpha=0,92$).
- **The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.** For at afklare omfanget af deltagernes funktionsnedsættelse anvendes ”the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0” (WHODAS 2.0; WHO, 2010). WHODAS 2.0 består af i alt 36 spørgsmål, som er fordelt på følgende underskalaer; forståelse og kommunikation, bevægelse, selvpleje, social funktion, livsaktiviteter og samfundsdeltagelse. Skemaet besvares med udgangspunkt i en femtrinnet Likert skala, der strækker sig fra ”Slet ikke” til ”Virkelig meget/Kan ikke”. Der udregnes ligeledes en totalscore, hvor jo højere score desto højere funktionsnedsættelse. WHODA 2.0 har

udvist en god reliabilitet og validitet på tværs af kulturer og patientgrupper (Federici, Meloni, & Presti, 2009; WHO, 2010). I nærværende undersøgelse udviser WHODAS 2.0 ligeledes en god reliabilitet for den totale skala ($\alpha=0,97$).

2.3 Fremgangsprocedure

2.3.1 Dataindsamling

Forud for dataindsamlingen fik alle potentielle deltagere en grundig mundtligt præsentation af formålet med undersøgelsen. Alle skemaer blev udfyldt i samarbejde mellem deltagerne og forskellige fagpersoner fra OASIS herunder psykologer, socialrådgivere samt psykomotoriske/fysioterapeutiske behandlere. Al dataindsamling blev foretaget i forbindelse med i forvejen planlagte samtaler. Ved de sammenhænge hvor det var nødvendigt, blev der ligeledes anvendt tolkning i forbindelse med dataindsamlingen. Der blev også indhentet demografiske oplysninger om deltagerne herunder alder og køn forud for udfyldelse af de forskellige spørgeskemaer.

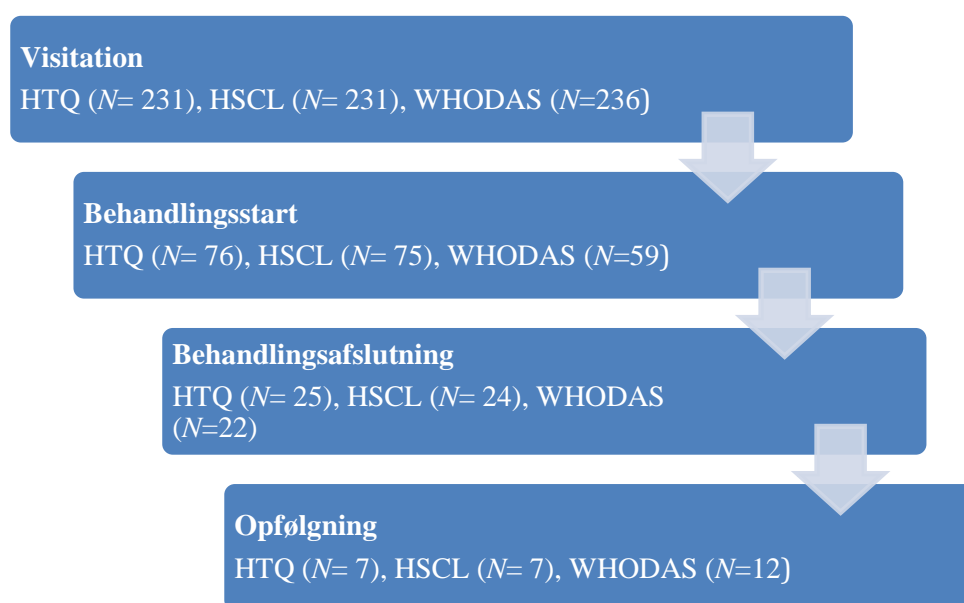
Al data blev indsamlet i perioden september 2013 til juni 2016 fordelt på fire forskellige målinger; visitation, behandlingsstart, behandlingsafslutning og opfølgning ni måneder efter afsluttet forløb. Disse er illustreret i figur 2.2 sammen med antal deltagere ved hver måling på de forskellige skalaer. Ikke alle deltagere formåede at besvare alle tre spørgeskemaer ved de fire målinger, og der har ligeledes været et stort frafald af deltagere i undersøgelsen. De i alt 378 deltagere har derfor bidraget til forskellige dele af undersøgelsen.

2.3.2 Statistisk analyse

Den statistiske del af dataanalysen bestod af flere delelementer. Først og fremmest blev der efter grundig anonymisering udarbejdet en deskriptiv analyse, som kunne afklare fordelingen af alder og køn i deltagerudvalget. Der blev desuden udført en frekvensanalyse af eventlisten tilknyttet HTQ for at belyse fordelingen af traumeoplevelser på tværs af udvalget. Herefter blev den samlede symptomscore ved første måling på HTQ og de resterende skalaer undersøgt ved brug af Pearsons korrelationskvotient. Dette blev gjort for at afklare sammenhænge mellem de forskellige lidelser. Endvidere blev der udført en række simple lineære regressionsanalyser med udgangspunkt i de fem hyppigste traumeoplevelser for hermed at kunne undersøge, hvorvidt traumetype kan forudsige den samlede symptomscore på henholdsvis PTSD, angst, depression og generel funktionsnedsættelse.

For at kunne tydeliggøre den mulige effekt af behandling- og rehabiliteringsindsatsen hos OASIS blev der udarbejdet en deskriptiv analyse for henholdsvis underskalaer og totalscore i HTQ, HSCL og WHODAS 2.0 på tværs af de fire forskellige måletidspunkter. Dette blev gjort for at illustrere en umiddelbar forandring i de gennemsnitlige score og standardafvigelser for det samlede antal deltagere. Afslutningsvis blev der anvendt en række relaterede t-test for at klarlægge, om forandringerne var statistisk signifikante. I disse sammenhænge blev Cohens *d* brugt som indikator for effektstørrelse. ”Statistical package for social sciences” (SPSS) version 24.0 blev anvendt som analyseværktøj.

Figur 2.2: Antal respondenter på de angivne måletidspunkter. I alt 378 personer har deltaget i undersøgelsen.



3. Analyse

3.1 Deltagernes traumeudsættelse og psykiatriske tilstand ved visitationsmåling

Ud af de i alt 375 deltagere, der har bidraget til undersøgelsen, har 136 (35,9 %) besvaret minimum et af de 45 spørgsmål vedrørende traumeudsættelse. De 12 hyppigst rapporterede traumeoplevelser er illustreret nedenfor i Tabel 3.1. Som det fremgår af tabellen, er det tydeligt, at særligt traumer relateret til krigsførelse og flugt fremhæves af størstedelen af deltagerne. Langt de fleste har ligeledes været udsat for flersidig traumatisering, da hele 98,9 % har oplevet

mindst tre forskellige begivenheder, der kan karakteriseres som værende potentielt traumatiserende. I gennemsnit har hvert enkelt deltager været udsat for hele 21,3 forskellige begivenheder ($SD = 8,5$).

Table 3.1: Fordelingen af de tolv hyppigste traumeoplevelser angivet i antal og procent. $N = 136$

Traumeoplevelse	Antal (N)	Procent (%)
Tvunget til at skjule sig	120	91,6
Tvungen adskillelse fra familiemedlemmer	112	86,8
Vidne til slag mod hoved eller krop	110	84,6
Tvungen evakuering under farlige forhold	110	81,5
Konfiskering eller ødelæggelse af personlig ejendom	107	81,1
Indespærret i hjemmet på grund af fare udenfor	104	80,6
Krigs- eller krigslignende situation (f.eks. beskydning eller granatangreb)	106	79,7
Dårligt helbred uden adgang til lægehjælp	104	77,0
Slag på kroppen	103	76,9
Været udsat for at blive aftvunget eller frarøvet sine ejendele	97	76,4
Vidne til tortur	98	76,0
Mangel på tilflugtssted	103	75,7

Grundlæggende viser de indledende frekvensanalyser, at størstedelen af deltagerne er stærkt psykisk påvirkede af deres oplevelser, hvilket kan måles på tværs af psykiatriske tilstande.

Dette kan ses ved, at 78,3 % (180/230) af deltagerne, der fuldførte første måling, alle lider af klinisk PTSD. Samtidig ses der en meget høj forekomst af klinisk angst og klinisk depression, da henholdsvis 97 % (225/231) og 98,3 % (227/231) af deltagerne led under lidelserne. Samtlige deltagere må derfor betragtes som svært psykisk belastede ved visitationsmålingen.

3.2 Sammenhæng mellem PTSD, angst, depression og generel funktionsnedsættelse

For at undersøge sammenhængen mellem deltagernes psykiske tilstand i forhold til det samlede antal symptomer på PTSD, angst, depression samt generel funktionsnedsættelse er der udført en række korrelationsanalyse med udgangspunkt i Pearsons korrelationskvotient. Resultaterne er illustreret i tabel 3.2. Det samlede symptomniveau på tværs af lidelserne har en signifikant positiv og moderat til stærk konsekvensrettet forbindelse til hinanden. Dette betyder, at jo mere deltagerne oplever symptomer på PTSD desto større forekomst er der også af symptomer på angst og depression. Der ses ligeledes en signifikant forbindelse mellem de tre forskellige lidelser og generel funktionsnedsættelse målt ud fra den totale score i WHODAS 2.0. Her er der tale om en mindre moderat sammenhæng. Jo flere symptomer deltagerne har, desto større funktionsnedsættelse vil de opleve.

Tabel 3.2: Den statistiske sammenhæng mellem PTSD, angst, depression og funktionsnedsættelse opgivet i Pearsons korrelationskvotient (r). ** = $p \leq 0,01$.

	PTSD (HTQ-total)	Angst (HSCL)	Depression (HSCL)	Funktionsnedsættelse (WHODAS 2.0 total)
PTSD (HTQ-total)	-	0,68**	0,80**	0,59**
Angst (HSCL)	0,68**	-	0,67**	0,65**
Depression (HSCL)	0,80**	0,67**	-	0,58**
Funktionsnedsættelse (WHODAS 2.0 total)	0,59**	0,65**	0,58**	-

3.3 Betydning af traumeoplevelse for omfanget af PTSD, angst, depression og funktionsnedsættelse

For at afklare om forskellige begivenheder kan forudsige symptomniveauet på PTSD, depression, angst og funktionsnedsættelse blandt deltagerne, er der udført en række lineære

regressionsanalyser med udgangspunkt i de fem hyppigste traumeoplevelser fremlagt i tabel 3.1. Der ses en signifikant regressionssammenhæng ($F(1,29) = 4,8, p \leq 0,05$) mellem oplevelsen ”Tvunget til at skjule sig” og det samlede symptomniveau på PTSD. Hvorvidt deltageren har været nødt til at skjule sig forklarer i alt 11,4 % ($R^2(\text{adj})=0,114$) af variansen i vedkommendes samlede symptomscore. Begivenheden ”Tvunget til at skjule sig” har dog ingen signifikant betydning for symptomscoren på henholdsvis angst og depression samt deltagerens samlede funktionsnedsættelse. Det samme gør sig gældende for begivenhederne ”Tvungen adskillelse fra familiemedlemmer” og ”Tvungen evakuering under farlige forhold”, der ingen signifikant betydning har for symptomniveauet inden for de målte kategorier.

Anderledes forholder det sig for begivenheden ”Vidne til slag mod hoved eller krop”. Her ses der ingen signifikant evne til at forudsige angst, depression eller funktionsnedsættelse, men hvorvidt deltageren har oplevet andre blive udsat for vold har en signifikant betydning for vedkommendes antal symptomer på PTSD ($F(1,29) = 6,4, p \leq 0,05$). Begivenheden kan forklare 15,1% ($R^2(\text{adj})=0,151$) af variansen i det samlede symptomniveau. Ud af de fem målte traumeoplevelser fremstår ”Konfiskering eller ødelæggelse af personlige ejendomme” dog som den begivenhed med størst signifikante betydning for symptomniveauet på PTSD ($F(1,30) = 4,1, p \leq 0,05$), depression ($F(1,34) = 6,1, p \leq 0,05$) samt samlet funktionsnedsættelse ($F(1,10) = 13,1, p \leq 0,01$). Hvorvidt deltageren har fået konfiskeret eller ødelagt for eksempel sit hjem står for henholdsvis 9% ($R^2(\text{adj})=0,09$), 12,6 % ($R^2(\text{adj})=0,126$) og hele 53 % ($R^2(\text{adj})=0,53$) af variansen inden for de tre målinger. Begivenheden har dog ingen signifikant betydning for det samlede antal angstsymptomer.

Samlet set tyder det på, at nogle traumeoplevelser har større betydning for det samlede symptomniveau og funktionsnedsættelse end andre. Konfiskering eller ødelæggelse af personlig ejendom fremstår som særligt betydningsfuld. Det er dog vigtigt at bemærke, at selvom traumeoplevelsen kan forudsige en del af det samlede antal symptomer, deltagerne oplever, er der stadig en stor procentdel af variansen, som styres af andre faktorer.

3.4 Behandling- og rehabiliteringseffekt

3.4.1 PTSD-symptomer

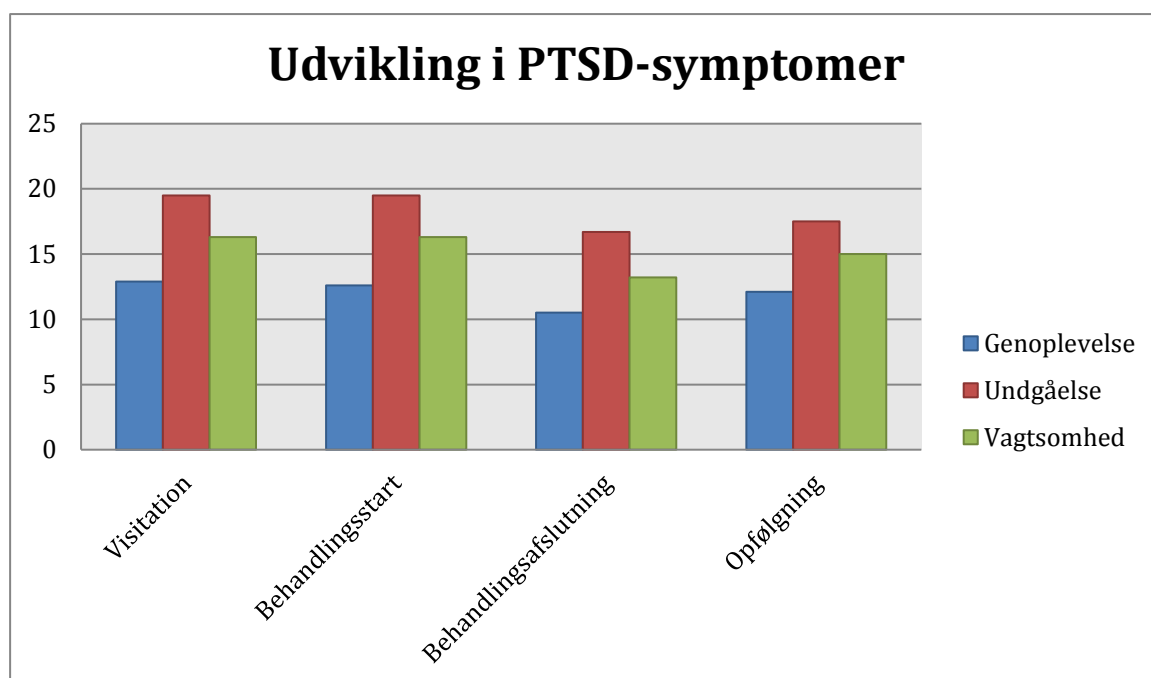
I tabel 3.3 ses gennemsnitsscoren for deltageres PTSD-symptomer på de fire forskellige måletidspunkter under behandling- og rehabiliteringsforløbet hos OASIS. Til at begynde med ses

en lettere stigning i symptomniveauet både for de enkelte symptomgrupper såvel som samlet set fra visitationsmåling til behandlingsstart. Herefter ses en generel nedgang i symptomniveauet fra anden til tredje måling, hvor behandlingen afsluttes. Ved opfølgningsmålingen er symptomniveauet dog steget igen til næsten samme niveau som før behandlingsstart. Det er vigtigt at bemærke, at der er et stort frafald af deltagere efter første måling, da godt kun 11% ($N = 25$) medvirker i undersøgelsen efter endt behandlingsforløb. Kun 3 % ($N = 7$) besvarer opfølgningsmålingen. Resultaterne er derfor ikke repræsentative for hele gruppen af deltagere.

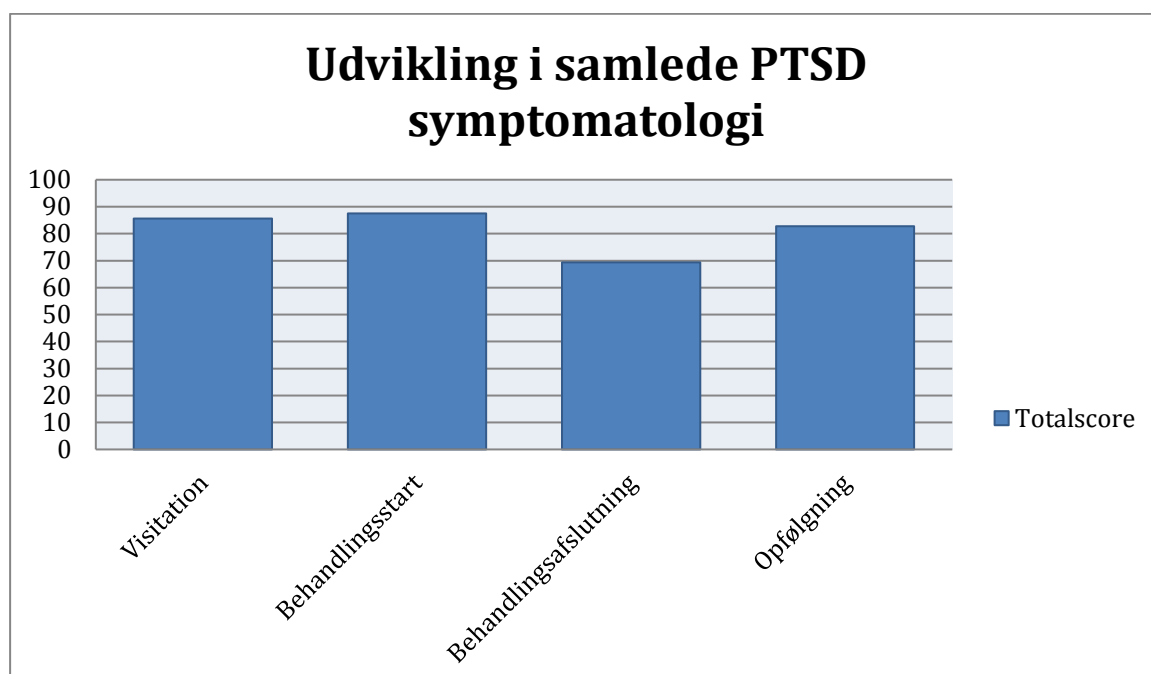
Tabel 3.3: Udvikling i gennemsnitsscores og standardafvigelser for deltagernes PTSD-symptomer på de fire måletidspunkter i behandling- og rehabiliteringsforløbet.

	HTQ Genoplevelse <i>M (SD)</i>	HTQ Undgåelse <i>M (SD)</i>	HTQ Vagtsomhed <i>M (SD)</i>	HTQ Total <i>M (SD)</i>
Visitation Tid 1 ($n = 231$)	12,9 (2,7)	19,5 (3,9)	16,3 (2,8)	85,6 (15,4)
Behandlingsstart Tid 2 ($n = 76$)	12,6 (2,4)	19,5 (4,6)	16,3 (2,5)	87,5 (16,0)
Behandlingsafslutning Tid 3 ($n = 25$)	10,5 (3,7)	16,7 (4,4)	13,2 (4,2)	69,3 (19,3)
Opfølgning Tid 4 ($n = 7$)	12,1 (4,1)	17,5 (2,0)	15 (2,7)	82,8 (13,0)

Figur 3.1: Udvikling i deltagernes PTSD-symptomer på de fire måletidspunkter



Figur 3.2: Udvikling i deltagernes samlede niveau af PTSD-symptomer i løbet af behandling- og rehabiliteringsforløbet.



For at kunne tydeliggøre om der er tale om en signifikant behandlingseffekt i forhold til at reducere deltageres PTSD-symptomer, er det relevant at undersøge forskellen mellem de gennemsnitlige score fra henholdsvis visitationen og behandlingsafslutning. Det er vigtigt at pointere, at kun 19 deltagere har udfyldt hele spørgeskemaet ved begge målinger. Samtlige resultater må derfor tages med stærkt forbehold. Som det ses i tabel 3.4, er der sker et signifikant fald i den gennemsnitlige totalscore for de 19 deltagers PTSD-symptomer fra visitationsmålingen ($M= 85,4, SD =13,4$), til behandlingsafslutning ($M = 71,5, SD =17,9$), ($t(13) = 3,5, p \leq 0,05$). Samme tendens gør sig gældende for de tre separate symptomgrupper, idet der sker en signifikant nedgang i deltageres genoplevelsessymptomer fra visitationsmålingen ($M= 12,9, SD = 2,9$) til behandlingsafslutning ($M =10,8, SD=3,5$), ($t(18) = 3,0, p \leq 0,01$). Deltageres gennemsnitsscores for vagtsomhedssymptomer falder ligeledes signifikant fra visitationsmålingen ($M= 16,2, SD= 2,6$) til behandlingsafslutning ($M= 13,5, SD= 4$), ($t(18) = 2,6, p \leq 0,05$). Endelig sker der også en reduktion i deltageres undgåelsessymptomer. Her er der dog ikke tale om en signifikant nedgang. Effektstørrelserne for det samlede symptomniveau samt genoplevelse- og vagtsomhedssymptomer indikerer en moderat til stor effekt af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Resultaterne peger derfor på, at indsatsen har en signifikant reducerende effekt på deltageres PTSD-symptomer.

Tabel 3.4: Effektmål for deltageres PTSD-symptomer fra visitation til behandlingsafslutning. n/s anvendes ved ikke signifikante resultater. * = $p \leq 0,05$. ** = $p \leq 0,01$.

	HTQ Genoplevelse <i>M (SD)</i>	HTQ Undgåelse <i>M (SD)</i>	HTQ Vagtsomhed <i>M (SD)</i>	HTQ Total <i>M (SD)</i>
Tid1 ($N= 19$)	12,9 (2,9)	20,6 (2,9)	16,2 (2,6)	85,4 (13,4)
Tid3 ($N=19$)	10,8 (3,5)	17,6 (4,6)	13,5 (4)	71,5 (17,9)
T-test	$t(18) = 3,0^{**}$	n/s	$t(18) = 2,6^*$	$t(13) = 3,5^*$
Effektstørrelse (Cohen's d)	$d= 0,65$	-	$d= 0,80$	$d= 0,88$

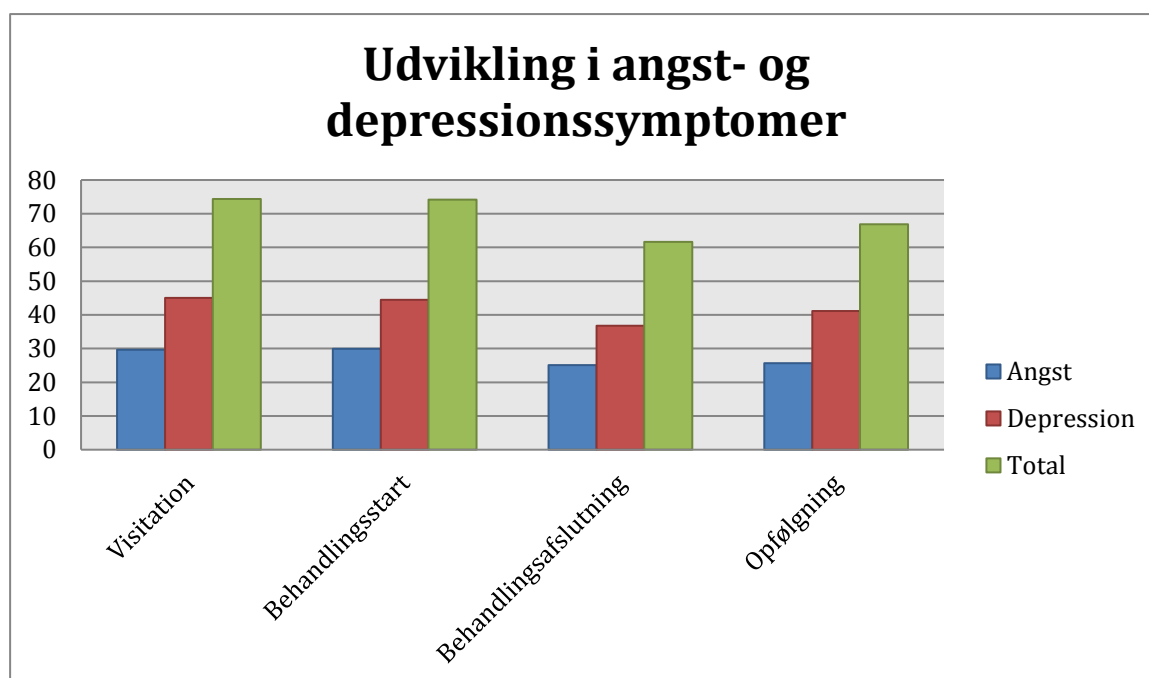
3.4.2 Angst og depression

I tabel 3.5 ses gennemsnitsscoren for deltagernes angst- og depressionssymptomer. Det fremgår, at deltagernes symptomer falder i perioden fra visitation og behandlingsstart, hvor symptomniveauet er nogenlunde ens, til efter behandlingsafslutning ved måling ”Tid 3”. Ved opfølgningmålingen stiger niveauet af symptomer hos deltagerne dog igen, men de overstiger ikke symptomniveauet målt før behandlingens start. Der er også her tale om stort frafald af deltager på tværs af målingerne, hvorfor disse tal ikke nødvendigvis er repræsentative for det samlede antal af undersøgelsesdeltagere. Figur 3.3 illustrerer udviklingen i deltagernes angst- og depressionssymptomer i behandling- og rehabiliteringsforløbet.

Tabel 3.5: Udvikling i gennemsnitsscores og standardafvigelser for deltagernes angst- og depressionssymptomer på de fire måletidspunkter i behandling- og rehabiliteringsforløbet.

	HSCL Angst <i>M (SD)</i>	HSCL Depression <i>M (SD)</i>	HSCL Total <i>M (SD)</i>
Visitation Tid 1 (<i>n</i> =231)	29,6 (6,0)	45,0 (8,0)	74,4 (13,0)
Behandlingsstart Tid 2 (<i>n</i> = 75)	29,9 (5,4)	44,5 (8,8)	74,2 (13,3)
Behandlingsafslutning Tid 3 (<i>n</i> = 24)	25,1 (7,5)	36,8 (11,2)	61,6 (18,3)
Opfølgning Tid 4 (<i>n</i> = 7)	25,7 (7,7)	41,1 (8,6)	66,9 (15,9)

Figur 3.3: Udvikling i deltagernes angst- og depressionssymptomer på de fire måletidspunkter



Kun 17 ud af de i alt 24 deltagere, der har besvare HSCL-spørgeskemaet i forbindelse med behandlingsafslutning, har ligeledes udfyldt skemaet ved visitationen. De følgende analyseresultater bygger derfor også her på en meget lille procentdel af det oprindelige deltagerantal. Med udgangspunkt i disse 17 besvarelser peger resultaterne på, at der som i tilfældet ved PTSD-symptomscoren er sket et signifikant fald i den gennemsnitlige totalscore for symptomer på angst og depression fra visitationsmålingen ($M= 74,7$, $SD =12,7$), til behandlingsafslutning ($M = 64,4$, $SD =18,3$), ($t(15) = 2,6$, $p \leq 0,05$). Samme tendens gør sig gældende ved opdeling af de to diagnoser, da der også her sker en signifikant nedgang i deltagernes angstsymptomer fra visitationsmålingen ($M= 29,4$, $SD = 5,7$) til behandlingsafslutning ($M =26,4$, $SD=3,4$), ($t(16) = 2,2$, $p \leq 0,05$). Deltagernes gennemsnitsscores for depressionssymptomer falder ligeledes signifikant fra visitationsmålingen ($M= 45,1$, $SD= 7,8$) til behandlingsafslutning ($M= 37,9$, $SD= 11$), ($t(16) = 2,8$, $p \leq 0,01$). Effektstørrelserne for det samlede niveau af symptomer samt de to subkategorier indikerer en middelstor effekt af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Behandlingen synes at være særlig effektiv til at reducere deltagernes symptomer på depression. Effekten er dog ikke lige så stor som i tilfældet med deltagernes PTSD-symptomer.

Tabel 3.6: Effektmål for deltagernes angst- og depressionssymptomer fra visitation til behandlingsafslutning. * = $p \leq 0,05$. ** = $p \leq 0,01$.

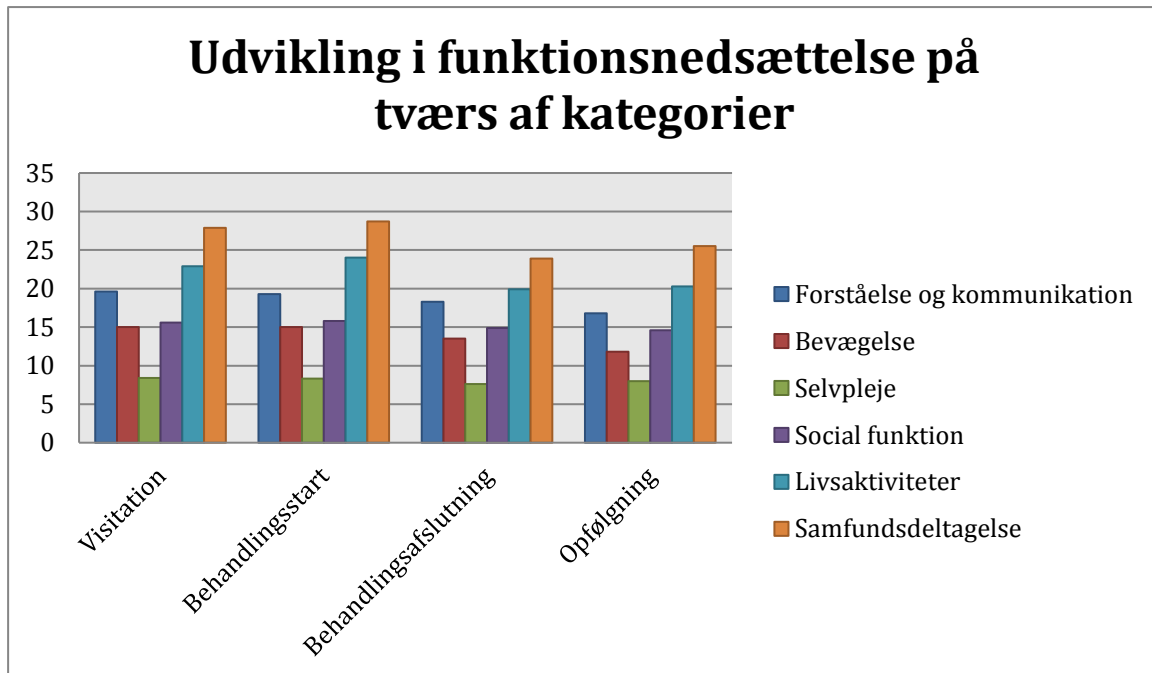
	HSCL Angst M (SD)	HSCL Depression M (SD)	HSCL Total M (SD)
Tid1 (N= 17)	29,4 (5,7)	45,1 (7,8)	74,7 (12,7)
Tid3 (N=17)	26,4 (3,4)	37,9 (11)	64,4 (18,3)
T-test	$t(16) = 2,2^*$	$t(16) = 2,8^{**}$	$t(15) = 2,6^*$
Effektstørrelse (Cohen´s <i>d</i>)	$d = 0,64$	$d = 0,76$	$d = 0,65$

3.4.3 Funktionsnedsættelse

Som det fremgår af tabel 3.7, ses der et generelt fald af den gennemsnitlige funktionsnedsættelse på tværs af de seks forskellige kategorier samt den samlede totalscore fra visitationsmålingen til målingen ved behandlingsafslutning. Dette indikerer, at mængden af funktionsnedsættelse reduceres under behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den største reduktion af den gennemsnitlige funktionsnedsættelse ses dog inden for kategorierne ”Livsaktiviteter”, ”Samfundsdeltagelse” og den samlede totalscore, men som ved de foregående symptommålinger ses der inden for disse tre kategorier ligeledes en mindre stigning i mængden af funktionsnedsættelse blandt deltagerne ved opfølgingsmålingen. Denne overstiger dog ikke niveauet fra målingerne før behandlingsstart. Dette er illustreret i figur 3.4 og 3.5. Igen er det vigtigt at pointere det store frafald af undersøgelsesdeltager, der forekommer på tværs af målingerne. Resultaterne kan derfor ikke nødvendigvis videreføres til at gælde for alle de oprindelige deltagere i undersøgelsen.

Modsat ved PTSD, angst og depression er der ikke nogen signifikant effekt af behandlings- og rehabiliteringsforløbet i forhold til at reducere mængden af funktionsnedsættelse blandt deltagerne. Det bør dog understreges, at da der på grund af mange ubesvaret dele i spørgeskemaet kun har været fire deltagere, der til fulde har besvaret samtlige spørgsmål i WHODAS 2.0 både ved visitationsmåling og efter behandlingsafslutning. Analysefundamentet har derfor været for småt, og resultaterne kan derfor ikke betragtes som valide.

Figur 3.4: Udvikling i deltagernes gennemsnitlige funktionsnedsættelse på tværs af kategorier



Figur 3.5: Udvikling i deltagernes samlede niveau af funktionsnedsættelse i løbet af behandling- og rehabiliteringsforløbet

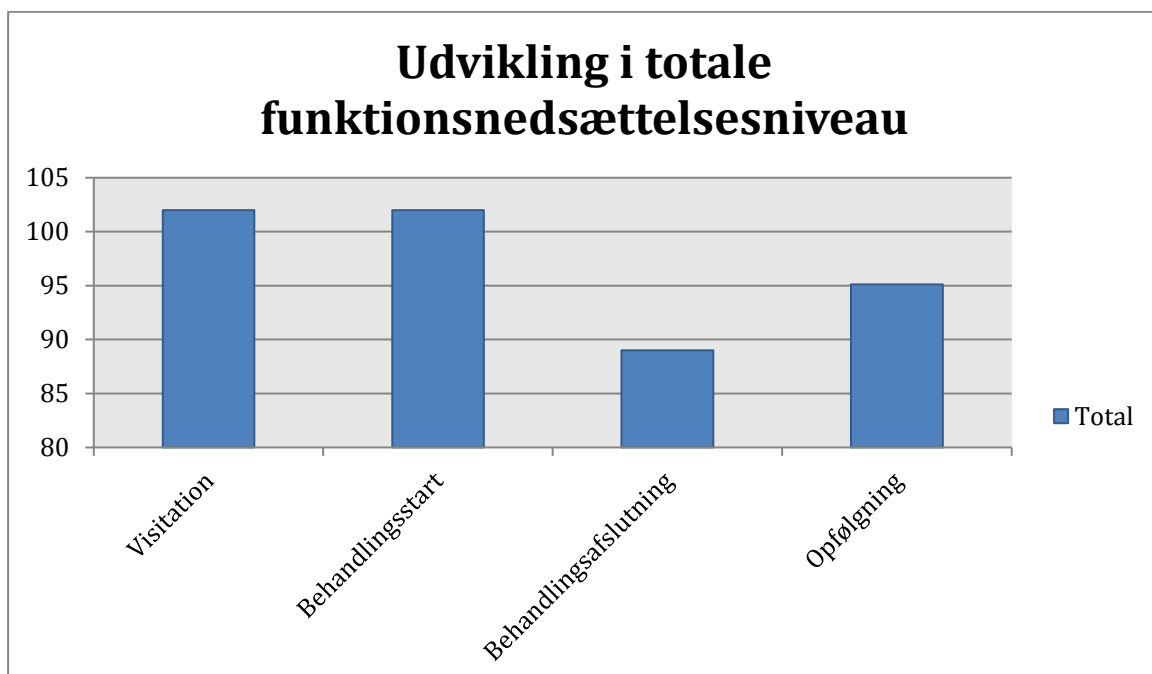


Table 3.7: Udvikling i gennemsnitsscoren og standardafvigelser for deltagernes funktionsnedsættelse på tværs af de anvendte underkategorier i WHODAS 2.0.

	WHODAS Forståelse og kommunikation <i>M (SD)</i>	WHODAS Bevægelse <i>M (SD)</i>	WHODAS Selvpleje <i>M (SD)</i>	WHODAS Social funktion <i>M (SD)</i>	WHODAS Livsaktiviteter <i>M (SD)</i>	WHODAS Samfundsdeltagelse <i>M (SD)</i>	WHODAS Total <i>M (SD)</i>
Visitation Tid 1 (<i>N</i> =236)	19,6 (5,3)	15,0 (5,4)	8,4 (3,5)	15,6 (5,2)	22,9 (7,6)	27,9 (7,0)	102 (27)
Behandling- start Tid 2 (<i>N</i> = 59)	19,3 (5,9)	15 (5)	8,3 (3,3)	15,8 (4,6)	24 (8,5)	28,7 (7,1)	102 (27,9)
Behandling- afslutning Tid 3 (<i>N</i> =22)	18,3 (6,2)	13,5 (6,2)	7,6 (4,1)	14,9 (5,4)	19,9 (7)	23,9 (9,5)	89(31,3)
Opfølgning Tid 4 (<i>N</i> =12)	16,8 (5,4)	11,8 (6,6)	8 (3,8)	14,6 (5,2)	20,3 (8,3)	25,5 (10)	95,1 (32,6)

4. Opsamling og diskussion

4.1 Sammenfatning og tolkning af analyseresultater

Analyseresultaterne viser først og fremmest, at patienterne tilknyttet behandlings- og rehabiliteringscentret OASIS er svært traumatiserede. I gennemsnit har hver enkelt flygtning oplevet hele 21 forskellige traumatiske oplevelser, der kan være udfaldsgivende for deres nuværende psykiske tilstand. Patienterne er belastet på tværs af psykologiske symptomer og funktionsniveau. Langt størstedelen er så tyngede af deres symptomer, at deres tilstand i høj grad må betragtes som behandlingskrævende. Dette understøttes af, at henholdsvis 78 % lider af PTSD, 97% lider af angst og hele 98 % har klinisk depression. Der er ligeledes en tydelig sammenhæng mellem de forskellige symptomer, så størstedelen af patienterne, der oplever symptomer på for eksempel PTSD, vil med stor sandsynlighed opleve et tilsvarende højt symptomniveau i form af andre lidelser. Patienternes psykiske tilstand må derfor betragtes som yderst kompleks med mange overlappende vanskeligheder og stor forekomst af flere sameksisterende diagnoser. Endelig viser analyserne, at patienternes tilstand ligeledes vil afhænge af, hvilke typer traumeoplevelser de har været udsat for. Samtlige resultater stemmer godt overens med eksisterende litteratur, der også rapporterer en stor forekomst af psykiske vanskeligheder i et klinisk udvalg bestående af multitraumatiserede flygtninge (Buhmann et al., 2014).

I forhold til behandlings- og rehabiliteringseffekten af OASIS-tilbuddet viser resultaterne, at deltagerne oplever en bedring i deres symptomer og funktionsniveau fra visitationssamtalen til behandlingsforløbets afslutning. Der ses en reduktion af deltagerens symptomer på PTSD, angst, depression samt deres generelle funktionsnedsættelse. Det er endvidere blevet undersøgt, hvorvidt der er en statistisk signifikant forandring i disse indikatorer i forhold til det samlede behandlingstiltag. Her viser analyserne, at der er tale om en signifikant reduktion af symptomer på angst, depression og samtlige symptomtyper på PTSD med undtagelse af undgåelsessymptomer. Effekttørrelserne for behandlingsforløbet rangerer fra moderarte til store afhængig af hvilke symptomgrupper, der er tale om. Samlet set indikerer dette, at behandlings- og rehabiliteringsforløbet i varierende grad har en umiddelbar god effekt på reducere af flygtninges psykiske følgevirkninger af omfattende traumatisering.

Deltagerne oplever imidlertid ikke en signifikant bedring i forholdt til niveauet af funktionsnedsættelse. Der kan være mange årsager til dette, men særligt betydningsfuldt for

resultatet er det bedste analysegrundlag, der særligt knytter sig til denne kategori. Kun fire deltagere har udfyldt samtlige spørgsmål tilknyttet vurderingen af funktionsnedsættelse både ved visitationen og ved behandlingsafslutning. Det har derfor ikke været muligt på valid vis at kunne vurdere behandlingseffekten i forhold til deltagernes funktionsniveau. Derudover ses der på tværs af symptomgrupper og funktionsnedsættelse en forværring af deltagernes tilstand ved opfølgingsmåling. Årsagerne kan også hertil være mange, men eftersom at samtlige deltagere er så svært belastede på tværs af psykiatiske tilstande, er der sandsynlighed for, at der er tale om en særligt udsat patientgruppe, hvor en vedvarende hjælp og støtte er nødvendig for at fastholde positive fremskridt. Lignende tendenser er fundet af Birck (2001), hvor en stigning i symptomniveauet efter afsluttet behandling forklares med, at flygtninge må betragtes som en stærk udsat patientgruppe, som er særligt sensitive overfor ekstern stress. Nyopståede vanskeligheder for eksempel i forbindelse med integrationstiltag i et nyt samfund kan derfor være udløsende for tilbagefald. I forlængelse heraf viser forskning, at udefrakommende stimuli både i form af traumerelaterede og ikke-traumerelaterede lyde og film kan øge antallet af symptomer på forhøjet vagtsomhed hos patienter med PTSD. Det bør dog understreges, at der er tale om tydelige individuelle og kulturelle forskelle i denne sammenhæng (Kinzie et al., 1998). Endelig er det ligeledes sandsynligt, at nogle flygtninge lider af kronisk PTSD, hvorfor svingninger i symptomniveauet mellem behandlingsindsatser må betragtes som forventelige (Birck, 2001).

4.2 Metodiske styrker og svagheder ved undersøgelsen

Nærværende undersøgelse inkluderer et stort antal flygtninge, der fortløbende har henvendt sig til OASIS med henblik på at modtage hjælp. Dette må betragtes som en metodisk styrke, da det er med til at øge generaliserbarheden af resultaterne og pålideligheden af analysens konklusioner. Hermed er det muligt at få et validt indtryk af, hvilke vanskeligheder og udfordringer flygtninge oplever, når de opsøger hjælp. Resultaterne kan endvidere være med til at understøtte og retningsstyre de behandlingstiltag, der etableres for at hjælpe og støtte nytilkomne flygtninge. Derudover er det en klar styrke, at der udelukkende er anvendt anerkendte og validerede værktøjer til måling af deltagernes symptomatologi, da dette understøtter undersøgelsens reliabilitet og validitet.

Undersøgelsen er dog også kendetegnet ved en række svagheder. Først og fremmest må man betragte det som en begrænsning, at al dataindsamling er foregået på dansk på trods af

potentielle sprogbarrierer hos undersøgelsesdeltagerne. Et stort brug af tolkning mindsker ensartetheden i dataindsamlingen, hvilket resulterer i et undersøgelsesdesign med lav standardisering og risiko for stor forekomst af misforståelser og rapporteringsfejl. Derudover er det en markant svaghed, at der forekommer et stort frafald af deltagere både lige efter visitationssamtalen og under selve behandlingsforløbet. Da der ikke har været en selvstændig, opfølgende undersøgelse af alle, der begyndte et forløb, ved vi ikke om de, der slutter tidligt, har fået det bedre eller værre. Derfor vanskeliggør det store frafald en velunderstøttet vurdering af det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb for samtlige undersøgelsesdeltagere. Alle resultater i vurderingen af behandlingseffekten må derfor tages med stærkt forbehold. På den ene side er det muligt, at deltagerne har været så belastede ved behandlingsstart, at de ikke har haft ressourcerne til at gennemføre behandlingsforløbet. På den anden side kan vi se en positiv effekt af behandlings- og rehabiliteringsforløbet blandt de få deltagere, der gennemfører tilbuddet. Det er derfor også muligt, at deltagerne har oplevet en så god effekt, at de ikke har følt behovet for at gennemføre det samlede forløb.

4.3 Anvisninger for fremtidig praksis

Undersøgelsen viser, at behandlings- og rehabiliteringsindsatsen hos OASIS umiddelbart har en god effekt på en række psykosociale vanskeligheder, som kendetegner størstedelen af flygtninge i Danmark. Resultaterne indikerer, at en række af de behandlingselementer, der knytter sig til forløbet, er effektive. Fremtidige undersøgelser må dog bygge på et mere systematisk indsamlet datagrundlag med et større antal deltagere, der gennemfører hele behandlingsforløbet. Hermed vil det være muligt at understøtte resultaterne fra nærværende undersøgelse og muliggøre en generalisering af analysefundene. Derudover vil en øget ensartethed og standardisering af dataindsamlingen, for eksempel ved anvendelse af testredskaber på deltagernes modersmål samt minimere brugen af tolkning, gavne undersøgelsen samlede reliabilitet og validitet. Endelig er det essentielt yderligere at undersøge langtidseffekterne af behandlingen, da resultaterne tyder på et potentielt omfattende tilbagefald blandt deltagerne. Dette er ikke det samme som at behandlingen ikke har en langvarig effekt, men at der derimod er behov for mere viden på området.

Litteratur

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bach, M. E. (2003). En empirisk belysning og analyse af 'Emotional Numbing' som eventuel selvstændig faktor i PTSD [An empirical analysis of Emotional numbing as possible independent factor in PTSD]. *Psykologisk Studiefkriftserie*, 6(1), 1–199.
- Birck, A. (2001). Torture victims after psychotherapy — a two year follow-up. *Torture*, 11, 55–58.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4(2), 151-163.
- Buhmann, C.B., Mortensen, E.L., Lundstrøm, S., Ryberg, J., Nordentoft, M., & Ekstrøm, M. (2014). Symptoms, Quality of Life and level of functioning of traumatized refugees at Psychiatric Trauma Clinic in Copenhagen. *Torture*, 24 (1), 25-39.
- Davidson, G.R., Murray, K.E., & Schweitzer, R. (2008). Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives. *Australian Psychologist*, 43 (3), 160 – 174.
- Derogatis, L. R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Federici, S., Meloni, F., & Presti, A.L. (2009). International Literature Review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life Span and Disability*, 12 (1), 83-110.

- Gilliver, S.C., Sundquist, J., Li, X., & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *European Journal of Public Health, 24* (1), 72–79.
- Kinzie, J. D., Denney, D., Riley, C., Boehnlein, J., McFarland, B., & Leung, P. (1998). A cross-cultural study of reactivation of posttraumatic stress disorder symptoms: American and cambodian psychophysiological response to viewing traumatic video scenes. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 186*(11), 670-676.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Canadian Guidelines for Immigrant Health: Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal, 183* (12), 959-967.
- Masmas, T.N., Møller, E., Buhmann, C., Bunch, V., Jensen, J.H., Hansen, T.N., ... Ekstrøm, M. (2008). Asylum seekers in Denmark: a study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture, 18* (2), 77-86.
- Mollica, R. F., 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. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 111-116.
- Mollica, R.F., McDonald, L.S., Massagli, M.P., & Silove, D.M. (2004). *Measuring trauma, measuring torture: instructions and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*. Cambridge, MA: Harvard Program in Refugee Trauma.

- Murray, K.E., Davidson, G.R., & Schweitzer, R.D. (2010). Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (4), 576–585.
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C. G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(3), 130-133.
- Nickerson, A., Bryant, R.A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399–417.
- Sachs, E. (2011). *Assessing the Impact of Psychological Distress on the Dailey Functioning of Refugees: Creating a High-Risk Symptom Profile for Disability among Nonwestern Trauma Survivors*. New York: UMI Dissertation Publishing.
- Sjölund, B.H., Kastrup, M., Montgomery, E., & Persson, A.L. (2009). Rehabilitating torture survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41 (9), 689-96.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Academy*, 302 (5), 537–549.
- Udlændingestyrelsen. (2015). *Tal og fakta på udlændingområdet 2014*. København: Udlændingestyrelsen.
<https://www.nyidanmark.dk/dadk/Statistik/SearchStatistics.htm?searchtype=statistics>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2015). *The 2014 Statistical Yearbook*. Retrieved January 26, 2016, from: <http://www.unhcr.org/566584fc9.html>

World Health Organization (WHO). (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Malta: World Health Organization

ISBN: 978-87-93496-16-3, EAN: 9788793496163