

flyktningpasienter til spesialisttjenesten, inkludert psykiatrien, er det grunn til å tro at fastlegene ofte unnlater å «åpne opp» for dialoger om tidligere traumer og konsentrerer seg om det aktuelle symptomet. Mønsteret ser ut til å være at de fleste spesialister eller sykehus behandler det pasienten eventuelt er henvist for, mens fastlegene sannsynligvis har et mer omfattende og langvarig behandlingsansvar.

Spørreskjemaer med faste svarkategorier fanger bare opp en begrenset del av legenes hverdag med flyktningpasienter. Men vi kan likevel danne oss et generelt bilde som viser at disse pasientene sannsynligvis får den «symptomatiske» helsehjelpen de trenger, mens deres bakenforliggende lidelser forblir ubehandlet. Når vi vet at disse lidelsene kan og bør behandles tidlig, og ikke minst at ubehandlede traumatiske tilstander har tendens til å bli kroniske, ofte med selvdestruktiv atferd (sjeldnere utadrettet destruktiv atferd) (6), burde vi øke vår beredskap og kompetanse på dette feltet. Det er ikke så mye som skal til, først og fremst at leger flest gjør seg bedre kjent med hvor de kan finne forskningsbasert informasjon om håndtering av flyktningpasienter. Dessuten hadde det nok vært en fordel at denne pasientgruppen ble betraktet som en spesiell risikogruppe, f.eks. i forbindelse med henvisning til psykiatrien, slik at henvisende lege opplever at det er mulig å få hjelp av andre med høyere kompetanse.

Det er neppe tvil om at helsevesenet vil tjene på å ruste opp behandlingstilbudet for denne gruppen pasienter. Det finnes imidlertid få behandlingsundersøkelser for denne gruppen og ingen studier der man har undersøkt virkningen av integrerte behandlingstilbud. Det er heller ingen kontrollerte psykiatriske behandlingsstudier. Det er imidlertid noen studier som viser at behandling kan hjelpe (7–9), og det er igangsatt undersøkelser der man skal se på hvordan behandlings- og rehabiliteringstiltak fungerer i en distriktpsykiatrisk setting (10).

Det er ofte rapportert usikkerhet omkring og tilbakeholdenhet med å gå inn på traumatiske forhold både i primærhelsetjenesten og i psykiatrien. Denne tilbakeholdenheten kan være ubegrunnet. En etterundersøkelse av 839 pasienter behandlet ved et distriktpsykiatrisk senter i Sverige (11) der ingen hadde fått diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse, viste 3–4 år senere høy frekvens (77 %) av rapporterte traumatiske opplevelser og sannsynlig posttraumatisk stressforstyrrelse på behandlingstidspunktet (29–69 % fordelt på forskjellige etniske grupper). Denne lidelsen var assosiert med multiple traumer hos pasient og/eller pårørende. Pasienter med diagnosen hadde signifikant dårligere forløp enn de uten diagnosen. Der traumer likevel hadde vært fokus i behandlingen, var prognosen bedre.

Tilbakeholdenhet kan også være begrun-

net i tidsfaktoren, men selv lang tid etter traumatisering kan behandling av posttraumatiske reaksjoner være mulig. Strous og medarbeidere fant i en undersøkelse (med videovitnesbyrmetoden) av holocaustoverlevende i Israel at behandling mange år etterpå ga en signifikant reduksjon av forstyrrelser i fungering og reduksjon av intensitet og alvorlighet av posttraumatiske symptomer (12).

Mange flyktningpasienter har opplevd tap og brudd i sitt liv og er av den grunn meget sårbare for brudd i behandlingstaktene. Dette skjer dessverre ofte i psykiatrien, der det kan være stor utskiftning av personell f.eks. ved distriktpsykiatriske sentre. Mange vil av flere grunner trenge langvarig stabil behandling. Fastlegen kan ofte tilby dette, det kan også praktiserende psykiatere og psykologer. Uansett er koordinering og integrering av tiltak viktig. Det er tankevekkende at man i hovedstadsområdet i Norge, der de fleste flyktninger bor, ikke har etablert en tredjelinjetjeneste der de alvorligst rammede kan behandles, der systematisk forskning kan gjøres og der kompetansen kan vedlikeholdes og utvikles.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Varvin S. Flyktningpasienten. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
2. Hjemdal O. Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
3. Grut L, Tingvold L, Hauff E. Fastlegens møte med flyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1318–20.
4. Dahl S, Sveaass N, Varvin S, red. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
5. Varvin S. Veileder for undersøkelse av tortur-skadde og andre alvorlig traumatiserte. Oslo: Menneskerettsutvalget, Den norske lægeforening, 2004.
6. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM et al. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. Am J Psychiatry 2000; 157: 911–6.
7. Boehnlein J, Kinzie JD, Sekiya U et al. A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. J Nerv Ment Dis 2004; 192: 658–63.
8. Berliner P, Mikkelsen EM, Bovbjerg A et al. Psychotherapy treatment of torture survivors – brief therapy for asylum seeking traumatised refugees at the Danish Red Cross. International Journal of Psychosocial Rehabilitation 2004; 8: 85–96.
9. Varvin S. Mental survival strategies after extreme traumatization. København: Multivers, 2003.
10. Varvin S, Opaas M. Behandling og rehabilitering av alvorlig traumatiserte flyktninger. Forskningsprosjekt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
11. Al-Saffar S. Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry. Doktoravhandling. Stockholm: Stockholms universitet, 2003.
12. Strous RD, Weiss M, Felsen I et al. Video testimony of long-term hospitalized psychiatrically ill Holocaust survivors. Am J Psychiatry 2005; 162: 2288–94.

Manuskriptet ble mottatt 3.9. 2008 og godkjent 16.4. 2009. Medisinsk redaktør Are Brean.

Verdens helse

Skabbbehandling i Senegal

■ Topisk behandling for skabb med benzylbenzoat fungerte bedre enn peroral ivermectin. Det er konklusjonen av en åpen, randomisert studie fra en dermatologiklinikk i Dakar, Senegal (1).

Det er rundt 300 millioner tilfeller av skabbinfeksjon i verden hvert år. Skabb er et stort problem i utviklingsland, fordi det forekommer så hyppig og komplikasjoner er vanlig. Skabb ser ut til å forekomme oftere hos barn, som også har større risiko for superinfeksjon med streptokokker.

Pasienter i alderen 5–65 år med skabb som kom til en hudavdeling i Dakar ble inkludert. Disse ble randomisert til enten å få én behandling i 24 timer med 12,5 % benzylbenzoat (BB1, n = 68), to behandlinger over 24 timer med 12,5 % benzylbenzoat (BB2, n = 48) eller oral ivermectin 150–200 µg/kg (IV, n = 65).

Etter 14 dager var 33 pasienter (68,8 %) helbredet i BB2-gruppen sammenliknet med 37 (54,4 %) i BB1-gruppen og 16 (24,6 %) i IV-gruppen. Bakteriell superinfeksjon var mer vanlig i IV-gruppen sammenliknet med BB1- og BB2-gruppen samlet (28 % versus 7,8 %). Etter 28 dager var 46 (95,8 %) i BB2-gruppen helbredet sammenliknet med 52 (76,5 %) i BB1-gruppen og 28 (43,1 %) i IV-gruppen.

Over 51 % hadde mer enn fem familiemedlemmer som også trengte behandling. Ettersom flere familiemedlemmer ofte er infisert, er økonomiske hensyn viktig med tanke på valg av behandling i utviklingsland som Senegal. Siden forskjellen i effekt mellom én og to behandlinger med benzylbenzoat var relativt moderat, anbefaler forfatterne bruk av én behandling i første omgang som standard ved vanlig skabb. En andre behandling kan gjøres om dette ikke har noen effekt. Kostnaden for én behandling med generisk benzylbenzoat er for tiden ca. 0,1 euro.

Oda Riska

oriska@hotmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ly F, Caumes E, Ndaw CAT et al. Ivermectin versus benzyl benzoate applied once or twice to treat human scabies in Dakar, Senegal: a randomized controlled trial. Bull World Health Organ 2009; 87: 424–30. DOI: 10.2471/BLT.08.052308.