

Tanker og erfaringer etter

Menneskerettigheter – helsetjenester til flyktninger

AV BIRGIT LIE

De helsemessige konsekvensene av brudd på menneskerettighetene og behovet for vel tilrettede helsetjenester for flyktninger i Norge var tema for avhandlingen. Dette representerer både moralske og etiske, så vel som faglige utfordringer, i dag i like stor grad som i 1994 da jeg begynte arbeidet med doktorgradsprosjektet.

Det munnet ut i avhandlingen: **The triple burden of Trauma, Uprooting and Settlement.**

A non clinical, longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway.¹

I forrige nummer av Utposten beskrev Reidun Brunvatne organisering av helsetjenesten for asylsøkere og flyktninger i tettliggende, større kommuner i sentrale strøk. I samme nummer intervjuet Utposten Ragnar Hansen i Kvam, en mindre kommune på Vestlandet. Til sammen gir disse to artiklene et innblikk i hvordan situasjonen er i Norge. Én modell passer ikke for hele landet. Det er nødvendig å tilpasse tiltak og organisering etter lokale forhold. Bosetting av flyktninger har ført til at situasjonen er endret over de siste ti år. Møtet med flyktninger og asylsøkere er blitt en del av de aller flestes kliniske praksis i dag. Organisering av tjenestene er en utfordring når det skal gis et likeverdig tilbud til alle og sikring av kunnskap om feltet er en utfordring for alle deler og sektorer av helsevesenet.

Hvorfor forske?

Hva er det som gjør at man begynner med systematisk forskning? Et svar er at det etter mange års arbeid i et felt kan komme et tidspunkt hvor man ser behovet for faktabaserte argument som grunnlag for å bli hørt. Motivet for å gå inn i et forskningsprosjekt var en blanding av ønsket om å kunne gå i dybden og sette kliniske erfaringer inn i en sammenheng, både nasjonalt og internasjonalt. Det var også en trang til å bli hørt på saklighet fremfor synsing og et ønske om å bidra til å påvirke de beslutninger som ble tatt



Birgit Lie

f. 1955, Oslo. Cand med fra Universitet i Århus 1984. Turnustjeneste i Danmark. I Norge fra 1986. Spesialist i Allmenn- og Samfunnsmedisin. Dr med november 2003 UiO. Overlege Psykososialt Team for flyktninger i Helse Sør, SSHF Kristiansand. Medlem i Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter.

innen feltet som opptok meg sterkt: utviklingen av helsetjenester til flyktninger og asylsøkere.

Et annet svar var at det etter hvert trengtes avveksling i arbeidsoppgavene i forhold til en klinisk praksis med mye traumer og tortur for å forebygge uttretting og sekundær traumatisering. Det ble mulig å gjennomføre hele stipendiatperiodens forløp ved Psykososialt senter for flyktninger, UiO, i 50 prosent tilsetning med finansiering fra NFR. Resten var lokalt basert i klinikk, først i Kristiansand kommune og senere på Psykososialt team for flyktninger i Helse sør på Sørlandets Sykehus HF. Den gjensidige inspirasjon klinikk og forskning ga hverandre viste seg å være verdifull ved flere anledninger. Det var et varmt og inkluderende miljø ved Psykososialt Senter for flyktninger, UiO, med en unik veileder, professor Nils Johan Lavik. Støtten derfra var viktig og selv om det til tider var et savn ikke å sitte i dette forskningsmiljøet, var det på den annen side et privilegium å slippe å måtte flytte familien. Den 4. november 2003 forsvarte jeg min avhandling *The triple burden of Trauma, Uprooting and Settlement. A non clinical, longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway* for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo.

Studien

Avhandlingen bygger på en ikke-klinisk studie, den til da største epidemiologiske undersøkelse av flyktnings psykososiale helse i Norge. Forløp av grad av psykiske symptomer og grad av traumebelastning før flukt, samt belastninger etter ankomst til Norge ble undersøkt. 462 flyktninger bosatt i 1994–95, ble intervjuet (T1) og fulgt opp etter tre år (T2). Helsepersonell i 20 kommuner i Agder-fylkene, Telemark og Rogaland ble tilbudt opplæring og brukte et standardisert intervju skjema. Dette var et supplement til første helseundersøkelse etter bosetting i kommunene.

et doktorgradsarbeid

flyktninger og asylsøkere – migrasjonsmedisin

Denne studien gjenspeiler tiden den ble utført i, under og rett etter krigen i tidligere Jugoslavia. Majoriteten av de deltagende flyktningene kom fra Bosnia (74 prosent), 15 prosent kom fra andre deler av tidligere Jugoslavia og de resterende fra andre deler av verden. En gruppe polikliniske pasienter fra Psykososialt Senter for flyktninger ble også inkludert i en del av undersøkelsen hvor det ble sett spesielt på sammenhengen mellom arbeid, tilstedeværelse av familie, traumatiske opplevelser før flukt og psykiske symptomer.² I oppfølgingsstudien ble en mindre gruppe bosniske flyktninger som hadde vendt tilbake intervjuet i Bosnia som en tilleggsstudie.³

Det ble ved den første intervjurunden, T1, funnet at ca halvdel av populasjonen hadde psykiske symptomer over cut-off for HCL-25, noe som ikke var ensbetydende med behandlingstrengende sykdom, men som utgjorde en risikofaktor for utvikling av sykdom gitt ugunstige livsbetingelser.⁴

Etter tre år holdt psykiske symptomer seg stadig på et nesten like høyt nivå. Alvorlige traumer før flukt (som å ha vært utsatt for tortur, å ha vært i livsfare) var risikofaktorer for vedvarende psykiske symptomer over tid. Forhold i ek-sil som arbeidsløshet, liten sosial omgang og vanskelig situasjon for familie i hjemlandet hadde også negativ innvirkning på helsetilstanden. Jo alvorligere den traumatiske belastning var, jo viktigere var tilstedeværelse av nær familie og nettverk.⁵

Holdningen den enkelte flyktning hadde

til tilbakevending så også ut til å bli påvirket av art og grad av traumer. De hjemvendte bosniere hadde mindre plager enn de som ble i Norge, men beskrev store problemer etter hjemkomsten og flere hadde ønske om å reise tilbake til Norge eller andre steder i Vest-Europa. Det var få som hadde vendt tilbake til Bosnia på daværende tidspunkt (1997), noe som også kan ha hatt sammenheng med at det var kort tid etter krigens opphør og at situasjonen stadig var ustabil i landet.

Det var en tredelt nytteverdi i prosjektet: Intervjuene ble utført som et tillegg til den vanlige førstegangsundersøkelsen ved ankomst til kommunen. Nyttet verdien på individnivå var klart tilstede for kvalitetssikring av tjenestene til de nybosatte flyktninger. Opplæringsaspektet for helsepersonell var til stede, og nytteverdi på kommunenivå var tydelig i en interessant tilbakemelding fra en kommunelege. De hadde avdekket alvorligere funksjonshemninger hos flere flyktninger ved denne undersøkelsen. Dette hadde utløst betydelig beløp i ekstratilskudd fra UDI, noe han antok de ikke hadde fått uten deltakelse i prosjektet. Erfaringer fra undersøkelsen ble anvendt ved tilretteleggelsen av mottak av Kosovo-albanske flyktninger i 1999 og senere i planleggingen av Veileder for helsetjenester til flyktninger. Undersøkelsen hadde et aksjonsorientert perspektiv og understreket betydningen

av å tilrettelegge helsetjenester for traumatiserte flyktninger, samt å sette fokus



på å styrke flyktningenes egen mestring. Sammenhengen mellom de ytre forhold i Norge, tidligere traumer og helse-tilstanden kom tydelig fram.

Nødvendige rutiner for helsetjenester til flyktninger

Mottaket av 6000 flyktninger fra krigen i Kosovo i 1999 aktualiserte for alvor nødvendigheten av oppdaterte rutiner for helsetjenester til flyktninger. Gjentatte ganger er det blitt understreket at det er behov for tidlig kartlegging av mental helsetilstand hos flyktninger som bosettes i Norge. Det ble igjen satt fokus på behovet for økt kompetanse blant helsepersonell innen behandling av følger etter traumer og tortur. En revisjon av «Retningslinjer for helsetjeneste-tilbud til flyktninger og asylsøkere» (IK 9/93) ble igangsatt og resulterte i veilederen som kom i 2003. Rundskriv IS 22/2004 – «Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminnelse om gjeldende lov – og regelverk med særlig vekt på psykisk helse» er nylig blitt sendt ut fra Sosial og helsedirektoratet til helsepersonell i hele landet. Senest høsten 2004 ble tidspunkt og form for undersøkelse av psykisk helse hos asylsøkere vurdert i en rapport fra Kunnskapssenteret for helsetjenester hvor man anbefalte at det skulle inngå i den allmenne helseundersøkelse som skal tilbys etter ankomst til vertskommunen etter plassering i asylmottak⁶.

For fem år siden ble det i Tidsskrift for Den norske Lægeforening satt fokus på samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten i behandlingen av pasienter med flukt-bakgrunn. Kultur, kommunikasjon og traumerelaterte problemer ble oppgitt som de mest krevende områder.⁷ I en nylig publisert artikkel i BMJ pekes det på hvor fragmentert undervisningen av medisinerstudenter er innen

feltet arbeid med flyktninger.⁸ Det er et møysommelig og til tider langsommelig arbeid å få spredd kunnskap om og ikke minst få økt bevissthet om et felt som i tillegg til de faglige utfordringer inneholder elementer av politikk og menneskerettigheter, og som utfordrer på det personlige plan emosjonelt og intellektuelt.

Funnene i avhandlingen pekte på viktigheten av å legge forhold tilrette for aktiv deltakelse i et fullverdig liv i Norge under verdige bo- og levekår og de helsemessige konsekvenser av det motsatte. I året som gikk er dette blitt aktualisert mange ganger i debatten om norsk undervisning for asylsøkere, inaktivitet på asylmottak og muligheten for å bo på asylmottak etter avslag på søknad når retur til hjemlandet ikke er mulig.

Samfunnsmedisin og menneskerettigheter

Det er en overlapping mellom samfunnsmedisin og menneskerettigheter. I delstaten California ble det i 1994 gjennom lovforslaget 'Proposition 187' innført en lov mot å kunne gi illegale innvandrere helsehjelp. Dette ble kraftig imøtegått av Californian Medical Association of Hospitals and Health Systems på bakgrunn av de helsemessige konsekvenser det kunne ha for samfunnet i form av mangelfull kontroll av tuberkulose. Den amerikanske legeforening gikk imot lovendringen og den kontrollfunksjon som ble pålagt leger i forhold til deres pasienters oppholdsstatus.⁹ Tilsvarende reaksjoner kom fra den hollandske legeforening da det i 1998 ble tillatt å koble innvandringsregistre og sosial- og helseregistre. Protesten ble gitt både på et samfunnsmedisinsk og et etiske grunnlag. Innføringen av fastlegeordningen i Norge har satt pasientregistrene i system og gjort det vanskeligere å oppsøke lege uten i forveien å være

Er en god fiksjon sannere enn virkeligheten?

Til årets julenummer ønsker vi å samle fortellinger fra det allmennmedisinske drama – noveller og gode historier som reflekterer vår allmennmedisinske hverdag.

Har **du** noe å bringe fram i lyset til glede for oss andre?

Kontakt oss snarest! Redaksjonen



Rosita Gaudin

tilknyttet denne legen. De nye retningslinjer for Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere, som ble utsendt våren 2003, omfattet innholdet i tjenesten til denne gruppen. Tilsynet som ble ført i 2004 avdekket et stort forbedringspotensial selv om det gjøres mye bra arbeid mange steder. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom i forhold til et politisk klima som ønsker strengere kontrollrutiner på hel-sepersonells praksis og som vil stille krav til vår våkenhet i etiske og menneskerettslige spørsmål.¹⁰ Retningslinjer for helseattester i utlendings-saker er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre deler av det arbeid vi gjør. Veileder for helsetjenester til flyktninger og asylsøkere likeså. Et annet hjelpemiddel er legeforeningens nye internettbaserte opplæringsprogram i menneskerettigheter og etikk, primært laget for fengsels-leger, men nyttig for andre med interesse for disse temaer. Det er gratis og timetellende!¹¹

Migrasjonsmedisin som fag

Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere er en del av migrasjonsmedisinen som er et «ungt» fag, et felt i støpeskjeen. Migrasjonsmedisinen mange fasetter omfatter allmennmedisinske sykdomsbilder påvirket av opprinnelseslandets sosioøkonomiske levekår, smittevern, sosialpsykiatri og de mer katastrofepsykiatriske aspekter som traume-medisin og torturrehabilitering. Noen inkluderer også reisesedisinen som er like aktuell for nordmenn som for flyktninger og innvandrere! I Stortingsmelding 25 heter det at «Helsetjenesten må dessuten ha kunnskap om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og tortur»¹² Det er på tide med et bredt rettet motiverings- og holdningsarbeid fra foreningens side. Disse faglig spennende og utfordrende deler bør få sin rettmessige plass i grunnutdanningen og i videreutdanningen av spesialister.

«Kulturen forandrer seg så fort at det Norge som ble bygd i etterkrigstiden er i ferd med å bli erstattet av et Norge som ser helt annerledes ut – som er en del av global økonomi og globale nettverk på flere områder; og som er multietnisk og kulturelt mangfoldig. Hvis Norge ikke klarer å se rikdommen og mulighetene i kulturelt mangfold vil Norge bli akterutseilt.»

(Thomas Hylland Eriksen:
Et kaldt land nesten uten mennesker, Universitetsforlaget, 1998.)

Nå et år etter avslutningen av et langt både rikt og givende forløp, og selv om det periodisk var slitsomt ikke bare for meg selv men også for dem rundt meg, er det mange tanker som kommer når jeg skal gi et riss av prosjektet. Var det verd det? Kan det anbefales å gi seg i kast med noe slikt? Svaret er et ubetinget «ja» – og det ga mersmak! Det var spennende og givende, lærerikt og inspirerende – i tillegg til at det kom resultater ut av det som både hadde praktisk nytteverdi og som var av forskningsmessig interesse.

Nyttige lenker

- www.ishhr.org** International society for health and human rights – paralyorganisasjon og god side for videre info om menneskerettighetsarbeid.
- www.nkvts.no** Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumer, (NKVTS) www.flyktninghelse.info – portal for informasjon om flyktninghelse etablert av Psykososialt senter for flyktninger, Uio –inngår nå i NKVTS med pekere til de psykososialt team i Norge.
- www.nakmi.no** Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons-helse, Ullevål Universitetssykehus (NAKMI)
- http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=18786** Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter
- www.rct.dk** Rehabiliterings senter for torturofre, København.
- http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf** Istanbul protokollen. 1999, UNHCR manual om undersøkelse og dokumentasjon av tortur.

Referanser

1. Lie B. The triple burden of Trauma, Uprooting and Settlement. A non clinical, longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway. UiO, 2003 ISBN 82-8080-060-3.
2. Birgit Lie, Nora Sveaass, Dag Erik Eilertsen; Family, activity and stress reactions in exile. Community Work and Family 2004; 7: 3: 327–350.
3. Birgit Lie; The psychosocial and social situation of repatriated and exiled refugees – a longitudinal, comparative study. Scand J Pub Health 2004;32; 179–187. Artikkel 4
4. Birgit Lie, Nils Johan Lavik, Petter Laake; Traumatic events and psychological symptoms in a non-clinical refugee population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, No.3 2001 (http://www3.oup.co.uk/refuge/hdb/Volume_14/Issue_03/140276.sgm.abs.html)
5. Birgit Lie; A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 415–425. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12392484&dopt=Abstract)
6. Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport 10–2004. <http://www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport10-04.pdf>
7. Major E F. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000.
8. Dogra, N, Connin S, Gill P, Spencer, T Turner M. Learning in practice. Teaching of cultural diversity in medical schools in the United Kingdom and Republic of Ireland: cross sectional questionnaire survey. doi:10.1136/bmj.38338.661493.AE (published 11 january 2005) jan 2005.
9. Ziv TA, Lo B Denial of care to illegal immigrants: Proposition 187 in California N Engl J Med 1995;332: 1095–1098.
10. BMA: 'Doctors and Asylum seekers' kap 15 p 382–412 i: 'The medical Profession & Human rights. Handbook for a changing agenda' 2001. Zed Books, London, New York. ISBN 1 85649 612 0.
11. <http://www.lupin-nma.net/>
12. Stortingsmelding 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie . Kontakt ham på ivskeie@online.no