

– Den enkelte lege kan ikke endre norsk flyktningpolitikk, men kan være en premissleverandør til at politikken kan endres. Leger må lage torturutredninger som er så saklige, balanserte og velfunderte at Utlendingsdirektoratet ikke kan ignorere dem, sier Birgit Lie, leder av Psykososialt team for flyktninger i Agderfylkene og Telemark.

Intervjuet: Birgit Nanki Johanne Lie

Med menneskerettigheter som drivkraft

Allmennlegen og samfunnsmedisineren Birgit Lie vet hva hun snakker om: I 15 år har hun hatt klinisk nærkontakt med flyktninger og deres traumer, og arbeidet målrettet og systematisk opp mot myndighetene for å fremme flyktningenes sak. Parallelt har hun forsket på flyktnings helsestatus. Høsten 2003 satte hun siste punktum på en doktoravhandling hvor hun ser på sammenhengen mellom psykososiale problemer og eksponering for traumatiske opplevelser hos flyktninger i Norge (1).

Traumer mildnes ikke

Prosjektet kom i stand fordi det tidligere Sosial- og helsedepartementet ønsket oversikt over hvilke psykiske problemer som nyankomne flyktninger strir med. Den gang, i 1993, fantes det ikke noe rutinemessig helseprogram for flyktninger som ankom Norge. Avhandlingen omhandler flyktninger som ikke har oppsøkt behandlingsapparatet, 462 i tallet, plassert i 20 ulike norske kommuner i 1994 og 1995. De fleste, 74 %, kommer fra Bosnia, 11 % er kosovoalbaniere, de øvrige fra andre deler av verden.

72 % har vært utsatt for krigshandlinger. 14 % av flyktningene har selv vært utsatt for tortur, 17 % har vært i konsentrasjonsleir. Rundt 40 % har vært vitne til tortur og rundt 30 % har sett andre bli drept.

Prosjektet dokumenterte Birgit Lies fornemmelser fra klinisk arbeid, nemlig at mange flyktninger har symptomer med klare sammenhenger til vonde opplevelser; de har vært torturert, eller vært vitne til tortur og drap, de har vært i livsfare. 48 % hadde symptomer på depresjon og angst, 18 % hadde psykiske reaksjoner relatert til traumatiske opplevelser.

Da oppdraget fra departementet var fullført, gikk Birgit Lie videre: Hun ville undersøke hvordan det gikk med flyktningene etter tre års opphold i Norge, og hvordan det gikk med flyktninger som vendte tilbake til sitt hjemland, Bosnia.

Oppfølgingen viste blant annet at symptomene ikke ble bedre over tid, men holdt seg på et høyt nivå.

– Det som slo kraftig ut i negativ retning for flyktninger i eksiltilværelse, var mangel på familienettverk, arbeidsløshet og utdanning, opplyser Lie.

Birgit Lie er praktiker. I tillegg til å skaffe dokumentasjon, ønsker hun å påvirke utformingen av helsetjenester for flyktninger.

– Avhandlingen understreker nødvendigheten av å tilby riktig helsehjelp, støtte og overlevelsesstrategier for traumatiserte flyktninger så tidlig som mulig, og god sosialpolitisk oppfølging, mener Lie, som håper den vil være til hjelp for planlegging i kommunene.

– Hva bør endres i dagens praksis, hvis man legger resultater i studien til grunn?

– Man bør tilby tidlig helseundersøkelse og identifisering av risikogrupper, og tidlig kartlegging av ressurser for bedre å sluse flyktningene inn i arbeidslivet. Kompetanseheving er nødvendig på alle helsearbeidernivåer, svarer Lie, og peker på at tiltakene er innbakt i de nye retningslinjer for helsetjenester for flyktninger (2).

Avmektig frustrasjon

Fastlege Edvin Schei virvlet opp mange frustrasjoner hos kolleger da han i en kronikk i *Dagbladet* beskrev sin fortvilelse og avmakt i møte med flyktningpasienter i forhold til hva han i egenskap av lege kan tilby av hjelp (3). Birgit Lie nikker gjenkjennende til frustrasjonene, og ønsker større oppmerksomhet og bevissthet fra kolleger velkommen.

– Mye av frustrasjonene som leger opplever, er knyttet til at de ikke selv fullt ut kan ta beslutninger om pasienten, tror Lie.

– Leger er vant til å være sjef, men i arbeid med flyktninger møter de en vegg av andre beslutningstakere. Som helsearbeider må man erkjenne at man bare er en brikke på veien for flyktningen. Den enkelte lege kan ikke endre norsk politikk,

men man kan være en premissleverandør til at politikken kan endres. Det setter store krav til legens dokumentasjon, jeg kaller det evidence based policy. Man må lage torturutredninger som er så saklige, balanserte og velfunderte at Utlendingsdirektoratet ikke kan ignorere dem. Til det kreves blant annet kunnskap om symptomer på og årsaker til psykiske traumer, påpeker hun.

Legerolle på strekk

I helsevurdering av asylsøkere kan leger føle at de kommer i lojalitetskonflikt mellom pasient og myndigheter. Legens rolle settes på strekk og etikken i utøvelsen av helsetjenesten blir utfordret. Birgit Lie presiserer at pasienten alltid må stå i fokus for legen.

– Det er uetisk hvis myndighetene ved legens hjelp prøver å transportere mennesker ut av landet. Det er ikke slik at vi som leger skal si at alle kan få opphold, men vår oppdragsgiver er pasienten, fremholder hun.

Slik Birgit Lie ser det, har helsearbeidere en moralsk og etisk forpliktelse til å formidle videre om hva de oppdager av hva flyktningpasienter har vært utsatt for. Frem til i dag, har ikke leger tatt flyktnings opplevelser helt innover seg, hevder Lie, men til kollegers forsvar fremholder hun at:

– Dette er et nytt fagområde, man må ha bevissthet om skader og symptomer etter tortur osv. og det tar tid å skaffe seg slik kunnskap. Kunnskap om tortur må inn i de helsefaglige utdanningene, og kom inn på læreplanen til medisinstudentene i Bergen for halvannet år siden, opplyser hun. – Men leger deltar sjelden på kursene som Psykososialt team holder, legger hun til.

Menneskerettighetsutvalget i Legerforeningen, hvor Birgit Lie er medlem, har under utarbeiding en brosjyre om allmennlegens møte med pasienter som har opplevd ekstreme påkjenninger gjennom tortur, krig og flukt (4). – Vi håper den kan være en manual som allmennleger kan ha nytte av, sier Lie.



Birgit Nanki Johanne Lie

Født 12. september 1955

- Cand.med. Århus, Danmark 1984, spesialist i allmennmedisin 1996, spesialist i samfunnsmedisin 2003, dr.med. Oslo 2003
- Leder av Psykososialt team for flyktninger i Agderfylkene og Telemark fra 1998

Foto Ingrid M. Høie

Team med flying start

Fra kolleger innen psykososialt flyktningarbeid og fra samarbeidspartnere i Utlendingsdirektoratet, berømmes Birgit Lie for sitt engasjement og sin utholdenhet for å bedre flyktningenes situasjon. Hun startet med flyktningarbeid i Kristiansand kommune i 1988, samme år som Utlendingsdirektoratet ble etablert.

– Den gang mente man for eksempel at man ikke kunne drive psykoterapi med tolk – hvilket resulterte i at flyktninger ikke fikk behandling for traumene sine i det hele tatt, forteller hun.

I 1989 fikk helseregionene hvert sitt psykososiale team for flyktninger. Psykososialt senter for flyktninger, underlagt Universitetet i Oslo, skulle fungere som et kompetansesenter, og skulle – i tillegg til å dekke hovedstaden og indre østland – ha et nasjonalt ansvar.

– Det sa seg selv at kapasiteten til også å dekke landets sørligste region, ville bli begrenset, kommenterer Lie, som i 1989 startet en kamp for å få etablert et eget psykososialt team i sør. Det skulle gå ti år og tre søknader før hun omsider fikk gjennomslag i Sosial- og helsedepartementet.

– Det var et vedtak som gikk på tvers av helseregioner, et brudd med det konforme og med logikken, konstaterer teamlederen fornøyd.

Det nystartede teamet fikk luft under vingene nærmest umiddelbart, og viste seg flyvedyktig, da Kristiansand kommune fikk oppgaven med å etablere et transittmottak i forbindelse med flyfrakt av kosovoalbanske flyktninger fra Makedonia, i begynnelsen av mai 1999.

En torsdagkveld hadde Birgit Lie og to legekolleger gått gjennom hva som måtte til av beredskapsplaner for å møte en slik situasjon. Lørdag formiddag kom henvendelsen fra Utlendingsdirektoratet Sør, og natt til tirsdag landet første fly med flyktninger. Innen påfølgende fredag var omme, var 120 flyktninger blitt helseundersøkt, takket være god beredskap og samarbeid

mellom Psykososialt team, Kristiansand kommune, Statens helseundersøkelser og Vest-Agder Sentralsykehus.

– Beredskapen fungerte som den skulle, alle instanser gjorde en kjempejobb. Ikke lenge etter veltet en busslast med flyktninger på vei fra Dyreparken i Kristiansand, og vi måtte i ilden igjen. Det var mye på kort tid, svært lærerikt, minnes Lie, og fortaper seg i et mylder av anekdoter.

I dag er teamet underlagt Sørlandet sykehus HF i Kristiansand og dekker Agderfylkene og Telemark.

– De tre andre psykososiale teamene ledes av psykologer. Hva betyr din bakgrunn som allmennlege for utformingen av teamet?

– Vår måte å jobbe på skiller seg ikke mye fra hvordan man organiserer de andre teamene, men vi har hatt mer blick for somatikk, og hatt en helhetstenking ut i fra det. Psykososialt team i sør har satset sterkt på førstelinjetjenesten; det er jo der, i kommunene, mye av arbeidet med flyktninger skal gjøres. Vi ser det slik at det er nødvendig med helsemessig veiledning på de ulike bitene, asylmottak, distriktpsikiatriske sentre, akuttposter osv. Vi har jobbet mye med å gå inn i alle ledd og bygge broer, skape møtesteder mellom første- og annenlinjetjenesten slik at det blir kontakt, svarer Lie.

Menneskerettigheter

Allerede før Birgit Lie begynte på skolen, annonserte hun for sine nærmeste at hun skulle bli lege i Afrika. Det ble hun også i en periode: Som medisinstudent i Danmark, var hun med i organisasjonen International Medical Cooperation Committee, IMCC. Dette førte henne til Eritrea i 1980 og 1983, hvor hun siste gang arbeidet ved et feltsykehus for geriljaen oppe i fjellene i tre måneder. Menneskerettighetsarbeid har alltid vært fundamentet for hennes legegjerning.

– Likhet, brorskap og rettferdighet, sier hun med en vri på slagordet fra den franske revolusjon.

Engasjementet for menneskerettigheter er snarere summen av ulike fasetter og strøm-

ninger i familien, og i tidlige barndomsår: En oldemor fra Ungarn, en far født i Paris, dansk mor, hennes egne barneår i Paris.

– At det skal være forskjell på folk fordi vi ser ulike ut eller bor på forskjellige steder, har alltid virket absurd. Idealist? Nei, men når man har det godt selv, har man en forpliktelse til å bidra til at andre får det bedre. For meg er det helt åpenbart. Konsekvensene av ikke å hjelpe andre, er svært negative og logiske: Hvis man undertrykker folk, blir de til slutt sinte.

Asylmottak med mange enslige mindreårige, og med mange som venter i årevis på oppholdstillatelse, kommuner som nekter å ta imot flyktninger, innskjerping av regelverk for utsendelse av asylsøkere som har fått endelig avslag på søknad om opphold: Det er lett å male dystre bilder av hverdagen for mennesker på flukt som søker trygghet i Norge. Men Birgit Lie velger å være optimistisk:

– Forholdene er blitt bedre de siste 15 årene, det er ingen grunn til at den utviklingen ikke skal fortsette. I fjor høst utgav Sosial- og helsedirektoratet ny veileder om helsetilbud til flyktninger og asylsøkere (2), og retningslinjer for skriving av attester i forbindelse med asylsøknader. De psykososiale teamene og senteret bygger kompetanse, og flyktningepolitikk blir tilsynsystema for Statens helsetilsyn i 2004. Dette er med på å bringe oss videre, sier Birgit Lie.

Ingrid M. Høie

ingrid.hoie@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

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. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
2. www.shdir.no/assets/2750/Innmaten.pdf (12.1.2004).
3. Schei E. Min pasient. www.dagbladet.no/kultur/2003/11/15/383586.html (12.1.2004).
4. www.legeforeningen.no/index.gan?id=18786&PHPSESSID=5c49d6453c4583ea1afcc7f6ec4b09ee (13.1.2004).