

---

## Psykiatrisk helsetjeneste for flyktninger

---

REDAKSJONELT

BIRGIT LIE

*Birgit Lie (f. 1955) er leder av Psykososialt Team Sør – for flyktninger i Agder og Telemark, stipendiat ved Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo og medlem av Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter.*

Email: [birgit.lie@va.telia.no](mailto:birgit.lie@va.telia.no)

Psykososialt Team Sør for flyktninger

i Agder og Telemark

Tordenskjoldsgate 16

4612 Kristiansand

---

Fjorårets mottak av 6 000 flyktninger fra krigen i Kosovo aktualiserte for alvor nødvendigheten av oppdaterte rutiner for helsetjenester til flyktninger.

Gjentatte ganger er det tidligere blitt understreket at det er behov for tidlig kartlegging av mental helsetilstand hos flyktninger som bosettes i Norge. Det ble igjen lagt vekt på behovet for økt kompetanse blant helsepersonell innen behandling av følger etter traumer og tortur. Revisjon av Retningslinjer for helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere, er ferdig og forventes utsendt om relativt kort tid (1).

Statistisk sentralbyrås undersøkelse fra 1996, Levekår blant innvandrere, påpeker at det er mer nervøse lidelser blant innvandrere enn blant nordmenn. Intervjuundersøkelsen viser at flere ikke-vestlige innvandrere har nervøse lidelser eller symptomer på slikt sammenliknet med nordmenn. Andelen med ”hyppige symptomer på nervøse lidelser” var 5 % blant norske og 17 % blant innvandrere. Flyktninger skilte seg ikke ut fra innvandrere når det gjaldt nervøse lidelser, men rapporterte mer ensomhet enn arbeidsinnvandrere og familiegjenforente (2).

Undersøkelser viser at 15 – 20 % av flyktningpopulasjonen har opplevd og vært utsatt for tortur. De opplevelser dette innebærer setter varige spor både fysisk og psykisk. Mestringen av senfølger etter krig og tortur vil være avhengig av det liv flyktningen får anledning til å leve i eksillandet (3).

Det er et underforbruk av tjenester knyttet til psykisk helse i forhold til de opplevde behov, og flyktningers psykiske helse går igjen som tema i samtaler med helsepersonell. Dette er blant de viktigste konklusjoner i Berg og medarbeideres rapport Toppen av isfjellet, fra 1997. De peker på de sammensatte problemer og uklare ansvarsforhold gjør feltet til et ”gråsonfelt” (4).

I dette nummer av Tidsskriftet setter Ellinor F. Major søkelys på samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten i behandlingen av pasienter med fluktbakgrunn. I 1998 ble det ved Psykososialt senter for flyktninger, Universitet i Oslo, utført en kartleggingsundersøkelse innen den psykiatriske annenlinjetjenesten i østlandsregionen over henvisningsfrekvens av pasienter som var asylsøkere eller flyktninger. Resultatene viste at det ble henvist få flyktninger/asylsøkere til den psykiatriske annenlinjetjenesten. Kultur, kommunikasjon samt traumerelaterte problemer ble oppgitt som de mest krevende områder. Major fremhever flere områder der tjenestene bør forbedres: Veiledning av førstelinjetjenesten, samarbeid mellom første- og annenlinjen i tilretteleggelse og oppfølging av behandlingsforløp (5).

Det er på ingen måte særromsorg å se til at tiltak fungerer i forhold til spesielt vanskelige problemstillinger som torturskader og krigstraumer. Kan det være at flyktningfeltet bidrar til å synliggjøre områder der det generelt er mangler i vårt helsevesen? Kan det være at vi ikke er så gode til å kommunisere med pasientene som vi tror, og kan det hende at vår generelle kulturkompetanse er begrenset også når det gjelder norske pasienter? Arbeid med flyktninger skjerper vår faglige og menneskelige årvåkenhet og kan lære oss mye hvis vi er villige til å lytte og se. Migrasjon av mennesker kan skje frivillig, eller under tvang – slik som for flyktninger. Mellom disse kategoriene er det en stor gråson. I begge tilfeller innebærer migrasjon et oppbrudd fra familie, nettverk og kultur i hjemlandet og en omstilling til en tilværelse som del av en minoritet i et nytt vertsland. Den seneste tids uheldige forsøk på å vise ulempene ved å bosette flyktninger, et innvanderregnskap, demonstrerte at det faktisk var økonomisk gunstig selv uten at skatteinntektene fra flyktninger i arbeid var tatt med i beregningen. Det er viktig å huske at gode forebyggende, utredende og terapeutiske tjenester har sosioøkonomiske implikasjoner, og for enkelte felter også politiske.

De helseproblemer som følger av tvungen migrasjon har en betydelig moralsk og politisk dimensjon. De er forårsaket av organisert vold og er derved sykdom ”påført av mennesker” – de er ikke en følge av ulykker eller naturkatastrofer. Menneskerettighetsperspektivet har derfor fått en stor plass i bevisstheten blant leger, psykologer og andre faggrupper som møter mennesker som er innvandrere og flyktninger. Erkjennelsen av disse politiske og moralske årsaker har gått hånd i hånd med utviklingen av tilbud om terapi og rehabilitering.

Psykososialt senter for flyktninger, feiret tiårsjubileum i år og er siden 1996 en del av Universitetet i Oslo. Psykososialt senter og de fire regionale psykososiale team i Nord-Norge, Midt-Norge, Vestlandet og Sørlandet har de senere år utviklet modeller som omfatter klinisk arbeid med pasienter, omfattende undervisnings- og veiledningsvirksomhet og forskning. Dessverre er

kapasiteten begrenset i forhold til behovet. Det er ikke mulig å dekke etterspørselen på dette feltet terapeutisk, man har derfor valgt å legge hovedtyngden av arbeidet på undervisning og veiledning.

Migrasjonsmedisin er et ”ungt” fag, et felt i støpeskjeen. Migrasjonsmedisinens mange fasetter omfatter allmennt medisinske sykdomsbilder påvirket av opprinnelseslandets sosioøkonomiske levekår, smittevern, sosialpsykiatri og de mer katastrofepsykiatriske aspekter som traumemedisin og torturrehabilitering. I Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 97) heter det at ”Helsetjenesten må dessuten ha kunnskap om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og tortur” (6). Det synes å være på tide med et bredt rettet motiverings- og holdningsarbeid fra foreningens side. Disse faglig spennende og utfordrende aspekter bør få sin rettmessige plass i grunnutdanningen og i videreutdanningen av spesialister. Som Thomas Hylland Eriksen uttrykker det: ”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” (7).

---

## LITTERATUR

1. Retningslinjer for helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere. IK 9/93. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.
2. Levekår blant innvandrere 1996. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1996.
3. Lie B, Skjeie H. Torturskader – en medisinsk utfordring. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073 – 5.
4. Berg B, Lauritsen K, Halsteinli V, Olsen T. Toppen av isfjellet. Beregning av kommunale helseutgifter for flyktninger i integreringsfasen. Trondheim: SINTEF IFIM, 1997.
5. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3420 – 3.
6. St.meld. nr. 25 (1996 – 1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
7. Eriksen TH. Et kaldt land nesten uten mennesker. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.

---

Publisert: 20. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.