

Diskriminerende helseomsorg

Valeria Markova
psykolog

Sindre Nordaker
psykolog

Innvandringspolitikk går foran god helseomsorg i dagens Norge.

PAPIRLØSE PASIENTER

FARSHBAF OG NÄSHOLM tar i juni-utgaven av Psykologtidsskriftet opp viktige problemstillinger når de fremhever de motsetningsfylte posisjoner psykologer kan få som portvoktere i psykisk helsevern. Det er tankevekkende at det rådende innvandringspolitiske klimaet i landet til enhver tid kan bli styrende når helsepersonell skal gjøre vurderinger som angår et individs psykiske helse, særlig når konsekvensen kan innebære mangel på livreddende helsehjelp.

I Bergen har Helsehjelp til papirløse hatt åpen klinikk en gang i uken i overkant av to år, og er blitt drevet som en selvstendig organisasjon. Vi har fulgt opp pasienter med lette til alvorlige psykiske lidelser, og har sett hvordan psykologiske intervensjoner har kommet flere pasienter til gode. Samtidig ser vi vår tilkortkommenhet i arbeid med dem med alvorlige psykiske lidelser, som psykoseproblematikk, alvorlige traumetilstander og alvorlige depresjoner. Her klarer vi ikke å tilby adekvat helsehjelp. Dette synes vi er viktig å fremheve.

Frivillig innsats er ikke nok

Som frivillige helsearbeidere på Helsehjelp til papirløse har man vakt i gjennomsnitt en gang i måneden, eller sjeldnere. To ansatte deler en 50 % stilling og har ansvar for koordinering og oppfølging av frivillige og pasienter. Når vi får inn pasienter med psykoseproblematikk eller alvorlige dissosiative lidelser, burde vi hatt et mye større oppfølgingsapparat. Vi har lagt inn pasienter på akuttpsykiatrisk mottak i Bergen, men har for liten kapasitet til å følge opp pasientene eller ha den tilstrekkelige dialogen med akuttmottaket. Som kliniske psykologer som jobber med disse systemene til vanlig, vet man også at en innleggelse på et akuttmottak kan være en kortvarig affære. Papirløse pasienter i Hordaland har ikke tilgang til særtiltak for traumatiserte flyktninger uten lovlig opphold, beskrevet av Farshbaf og Näsholm. I praksis betyr det at vi – en liten gjeng av for det meste nyutdannede psykologer – står alene med svært sårbare mennesker.

Innvandringspolitiske hensyn synes å trumfe viktigheten av at papirløse får den hjelp de har behov for

Som nevnt av Farshbaf og Näsholm har voksne irregulære migranter bare rett til helsehjelp hvis det er «fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter». Dessuten har de rett til abort, smittevernhjelp og nødvendig helsehjelp i

forbindelse med fødsel. Psykisk ustabile personer som kan utgjøre en fare, har også rett til psykiatrisk behandling. Ifølge loven må pasienten *selv* betale kostpris for den akutte hjelpen. Pasienten blir ofte sendt hjem med en regning i hånden. Fødsel ved hjelp av keisersnitt koster for eksempel rundt 50 000 kroner (Dommerud, 2015). Etter vår mening gir dette ny valør til behandlerens rolle. Som studenter lærte vi at det er pasienten og dennes helsebehov, ikke hans/hennes status, man skal ta utgangspunkt i ved valg av behandling. Ifølge dagens regelverk skal helsepersonell først ta stilling til pasientens administrative status, før helsehjelp gis. Dette er en rolle som strider mot Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som Norge har ratifisert. Gjennom ratifiseringen skal disse ha forrang fremfor norsk lov.

Dagens regelverk er også fundert i en redsel for at vi ved å gi papirløse like helserettigheter vil få flere til å forbli i Norge, og gjøre det mer attraktivt for nye innvandrere å komme. Dette mener vi det ikke er grunnlag for å anta. Studier fra USA tyder på at det motsatte snarere er realiteten. Tilgang til helsehjelp er sjelden motivasjonen til mennesker på flukt. Irregulære migranter kommer på grunn av jobbmuligheter eller familieforhold, og er en trussel mot folkehelse generelt om de går lenge ubehandlet (Kullgren, 2003; Berk, Schur, Chavez, & Frankel, 2000).

Innvandringspolitiske hensyn

Vi skal selvsagt fortsette å jobbe for å utbedre tilbudet vi har i Bergen, med flere psykologer, psykiatere, sykepleiere, og kanskje utvidede åpningstider på lengre sikt. Samtidig tror vi dette ikke vil være tilstrekkelig for de sykeste i vår pasientgruppe, som vil ha behov for tverrfaglige tjenester over tid. Noen av pasientene våre har vi hatt flere enkeltmøter med, der vi har sett en gradvis forverring av deres psykiske helsetilstand. Hadde disse pasientene hatt tilgang på ordinær helsehjelp på et tidligere stadium, kunne kostbare akuttinnleggelser trolig vært unngått. Det er dermed av betydning at det legges til rette for at helsepersonell skal kunne yte hjelp uten å gjøre dette i skjul, og uten å tape økonomisk på slik virksomhet.

Det er et bevisst valg av myndighetene å ikke gi papirløse den helsehjelp de har behov for, og da må de også kunne stå inne for at de som er psykisk syke, blir sykere. Innvandringspolitiske hensyn synes å trumfe viktigheten av at papirløse får den hjelp de har behov for. Veldig få pasienter vi møter, etterspør at vi skal tale deres sak med tanke på oppholdstillatelse i Norge. De oppsøker hjelp i håp om å gjenere autonome i sitt eget liv.

Referanser

Berk, M.L., Schur, C.L., Chavez, L.R., & Frankel, M. (2000). Health care use among undocumented Latino immigrants. *Health affairs*, 4, 51–63

Dommerud, Tine. (2015), «Papirløs mor må betale 52.000 for å føde». *Aftenposten*. <http://www.aftenposten.no/norge/Papirlos-mor-ma-betale-52000-for-a-fode-....>

Kullgren, J.T. (2003). Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. *American Journal of Public Health*, 93(10), 1630–1633.