

Fremmedfrykt i psykisk helsevern?

Etter flere års erfaring i arbeid med asylsøkere ved et migrasjonshelsesenter våger vi den påstanden at spesialisthelsetjenesten i en del tilfeller vegrer seg for å ta imot asylsøkere som pasienter.

TEKST

Anne Cecilie Johnsen

Reidun Brunvatne

PUBLISERT 5. september 2010



HOLDES UTE: Behandlers usikkerhet, hjelpeløshet og manglende kompetanse fører til at asylsøkere holdes borte fra behandling i spesialisthelsetjenesten. Foto: YAY Micro

DEBATT: FREMMEDFRYKT

Asylsøkere som trenger behandling fra spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern blir i dag avvist på sviktende grunnlag. Argumentasjonen bak avvisingene virker vikarierende, hevder Johnsen og Brunvatne i dette innlegget.

Det er alvorlig at psykisk syke asylsøkere derved får mangelfull oppfølging, noe som kan føre til utvikling av kroniske tilstander og generelt varig funksjonsnedsettelse.

Traumatiserte flyktninger som ikke får behandling, blir ofte isolerte, havner utenfor arbeidslivet og får problemer med integrering i det norske samfunnet. Mange av begrunnelsene som gis ved avslag på henvisninger, finner vi både urimelige og sprikende. Vi undres om disse representerer vikarierende formuleringer for underliggende følelser av usikkerhet og hjelpeløshet forårsaket av flere forhold.

«Flere av disse uttalelsene er gjengangere i avslagsbrev, det er ikke engangstilfeller»

Myndighetenes retningslinje slår fast at asylsøkere har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Den type tankegang vi har møtt, tyder på at dette ikke etterlevs i praksis.

Kommer med tung bagasje

På basis av flere års arbeid med asylsøkere i tverrfaglig helseteam i førstelinjen har vi solid erfaring fra samarbeid med spesialisthelsetjenesten. For det meste har samarbeidet vært bra, men på enkelte områder har det vært vanskelig. Særlig har det vært frustrerende ikke å oppnå et fungerende samarbeid rundt de alvorlig syke med tunge personlighetsforstyrrelser og psykoseproblematikk, og de som har alvorlig grad av PTSD-symptomer etter overgrep, krigshendelser og tortur.

Asylsøkeren befinner seg i en meget krevende situasjon. De fleste kommer fra land som er preget av krig, forfølgelse og hyppige brudd på menneskerettighetene, i dag hovedsakelig Afghanistan, Tsjetsjenia, Irak, Iran og Somalia. Asylsøkerne kommer til Norge for å søke trygghet og beskyttelse, de fleste har lidd store tap, og relativt mange er alvorlig traumatisert. Mange har bak seg en farefull og psykisk belastende flukt på ett til to år før de ankommer Norge. Nyere forskning viser også at den lange ventetiden på norske asylmottak er nedbrytende for psykisk helse.

Dokumenterte stort lidelsestrykk

Psykologspesialisten i teamet vårt ved Vestfold Migrasjonshelsesenter har utredet ca. 100 asylsøkere på to år. De var henvist fra fastlege i teamet for utredning av psykiske vansker eller kom fordi de selv hadde ønske om psykologsamtale. Alle hadde PTSD-symptomer, med forhøyet fysiologisk aktivering, søvnproblemer og psykosomatiske symptomer. Ca. halvparten av de henviste hadde opplevd grov vold, voldtekt og/eller mistet medlemmer av nær familie. Det var 13 personer som hadde opplevd statlig påført tortur. De som hadde opplevd de alvorligste hendelsene, hadde oftest også de alvorligste symptomene, som tyngre depresjon, betydelig dissosiative opplevelser og psykotiske symptomer. I tillegg var det noen med tunge personlighetsforstyrrelser og psykotiske lidelser.

Mange av pasientene ble behandlet av psykologen selv, av kommunalt psykisk helseteam eller de fikk støttesamtaler hos fastlegen, mens et lite utvalg av de dårligste

pasientene ble henvist videre – eller forsøkt henvist videre – til spesialisthelsetjenesten. Hensikten med henvisningen var ofte å få i gang et samarbeid rundt de dårligste pasientene. Spesialisthelsetjenesten vegret seg likevel for å ta imot disse, som først fikk hjelp da deres symptomer hadde eskalert til et nivå da akutt tvangsinnleggelse ble nødvendig. Samarbeidet med akuttenheten har vært bra, men faglig er det uheldig å påføre pasienter tvangsinnleggelser som kunne vært forebygget ved tidligere intervensjon.

Avvist uten gode grunner

Forut for henvisningen til spesialisthelsetjenesten var det gjort en grundig vurdering av både erfaren fastlege og psykologspesialist. Til vår overraskelse ble de fleste av disse likevel avvist, med urimelige begrunnelser. For å synliggjøre diskrepansen mellom hvordan vi vurderte situasjonen og hvordan spesialisthelsetjenesten har tenkt, har vi valgt å ta utgangspunkt i konkrete, og ofte forekommende, begrunnelser som er gitt ved skriftlige avslag på henvisninger eller i møter.

Under har vi listet opp begrunnelser for avslag som våre henviste pasienter har mottatt, samt en type argumentasjon vi har møtt i diverse møter med spesialisthelsetjenesten. Vi tar forbehold om at de er tatt ut av sin sammenheng. Det er imidlertid slik at flere av disse uttalelsene er gjengangere i avslagsbrev, det er ikke engangstilfeller. De fleste utsagnene er gjentatt i flere sammenhenger, og det er derfor grunn til å tenke at det ikke er tilfeldig, men uttrykk for en tendens det er viktig å få frem.

Begrunnelser for ikke å ta asylsøkere i behandling

- Asylsøkeren er i en usikker livssituasjon og kan derfor ikke behandles (står ofte i avslagsbev)
- Asylsøkeren er i krise, noe som er førstelinjens ansvar (framkommet i møte med behandlere)
- Asylsøkeren kan bli returnert, slik at behandling da vil måtte avbrytes (framkommet i møte)
- Asylsøkeren ønsker bare å få opphold og presser derfor behandleren (framkommet i møte)
- Asylsøkeren er ikke motivert for å arbeide med egne følelser, fordi vedkommende bare er opptatt av å få oppholdstillatelse
- Kanskje asylsøkeren simulerer for å få oppholdstillatelse
- Våre redskaper og metoder er tilpasset vestlige pasienter. Vi har derfor ikke metoder som passer for asylsøkere (sagt av en behandler på et møte)
- «Det er de somatiske plagene dine som er i fokus, og du er i liten grad tilgjengelig for psykoterapi» (sitat fra avslagsbrev)
- Har egentlig asylsøkere rett til behandling i spesialisthelsetjenesten? (ofte stilt spørsmål i ulike fora)

Felles for begrunnelsene er en hypotese om at den psykisk lidende personen egentlig ikke kan hjelpes eller ikke vil ha hjelp, men bare vil (mis)bruke spesialisthelsetjenesten til å skaffe seg opphold i Norge. Eller en hypotese om at det ikke er kostnadseffektivt å behandle asylsøkere.

Motargumenter

- *Asylsøkeren er i en usikker livssituasjon og kan derfor ikke behandles (står ofte i avslagsbev).*

Der er en kjent sak at søknadsprosessen tar lang tid for de fleste. For mange asylsøkere er den usikre situasjonen en livsform, ikke en raskt forbigående situasjon. Dette gjelder selvsagt ikke bare asylsøkere. Mange norske psykiatriske pasienter er også i usikre livssituasjoner, eksempelvis de som lever i voldelig ekteskap, i en rushverdag eller med kriminalitet. For mange er jo nettopp dette en betydelig del av vanskelighetene og kan derfor ikke være grunn for å gi avslag på søknad om behandling.

- *Asylsøkeren er i krise, noe som er 1.-linjens ansvar (framkommet i møte med behandlere).*

Ja, det er 1. linjens ansvar når det gjelder enkeltstående akutte kriser forårsaket av brann, bilulykke el.lign. Men asylsøkerne lever med krise som en kronisk tilstand, noe som kan pågå over år. Derfor må spesialisthelsetjenesten engasjere seg. Likevel møter vi ofte argumentet at asylsøkeren er kommunens ansvar.

- *Asylsøkere simulerer for å få opphold.*

Vi som har jobbet lenge med asylsøkere, ser av og til overdrivelse, men sjelden reell simulering. Noe helt annet er at asylsøkere i UDI-intervjuet kan ha endret sin historie i den tro at de ved det kan ha bedre muligheter for å få opphold. Å vurdere riktigheten av historien er en oppgave for UDI og politi, ikke for helsevesenet. Asylsøkernes historie er ikke alltid riktig, men deres angst og lidelse er oftest reell.

Helsearbeidere i psykiatrien er redde for å bli brukt og lurt av asylsøkeren i hans ønske om å få oppholdstillatelse. Hvis slik redsel for å bli kontrollert av pasienten er dominerende, vil den stå i veien for empatisk innlevelse, og den vil være styrende for dialogens retning.

Det er bedre å bli lurt en gang enn å møte alle pasienter, i dette tilfelle asylsøkere, med mistro.

- *Asylsøkeren ønsker å få opphold og presser derfor behandleren.*

Terapeuten kan bli bedt om å skrive helseattest. Å skrive helseattest på forespørsel bør være en oppgave vi som fagfolk påtar oss. Vi må da gjøre det klart for pasienten at vi i helseattesten uttaler oss som sakkyndige, ikke som pasientens advokat. De fleste godtar at det er det vi kan gjøre og ikke mer. Vi har skrevet mange erklæringer, men pasientene

slutter ikke å møte opp til samtaletimer etter å ha fått sin erklæring. Tvert imot styrker det alliansen. Pasientene opplever at vi vil dem vel, noe som selvsagt er grunnleggende i enhver behandling, fra fastlegens møte med pasienten til behandlere i psykisk helsevern.

- *Asylsøkeren er ikke motivert for å arbeide med egne følelser.*

Det er vår faglige utfordring å motivere pasienter til å arbeide med egne følelser, når det anses riktig. Mange har ikke det samme språket som norske pasienter når det gjelder å uttrykke psykiske prosesser, men mange, særlig de fra bykulturer, har det. De med mindre forutsetning for nyansert verbal kommunikasjon vil i større grad snakke om somatiske plager, men det betyr ikke at de ikke også er psykisk plaget. Behandleren må være til hjelp her, med en vennlig og støttende holdning, hvor det etter hvert kan utvikle seg et rom for å forstå smerten.

- *Våre redskaper og metoder er tilpasset vestlige pasienter.*

Når kart og terreng ikke stemmer, er det vår faglige utfordring å justere kartet og finne fram til metoder som passer den enkelte pasient. Det må understrekes at avvísning med en slik begrunnelse ikke forkommer ofte, og at det heller ikke beskriver institusjonens profil. Vi mener likevel det er viktig å løfte fram et slikt utsagn, da det viser seg at enkelte innen psykisk helsevern faktisk mener at de ikke kan tilby mennesker fra den tredje verden behandling.

- *«Det er de somatiske plagene som står i sentrum, og du er i liten grad tilgjengelig for psykoterapi.»*

Dette er en formulering skrevet i svarbrev til en traumatisert kvinne som er så plaget med søvnløshet at hun tilbakelegger kilometer etter kilometer gående, hver dag, for å klare å sovne på kvelden, som har gitt uttrykk for bunnløs fortvilelse, og som har møtt til alle konsultasjonene hos behandleren ved senteret. Vår erfaring med kvinnen er at hun er sterkt traumatisert og plaget, men at hun har få ord å beskrive sine plager med.

Denne begrunnelsen for avslag har vi støtt på i flere sammenhenger, og vi ser det som uttrykk for manglende kompetanse i behandling av flyktninger. I denne befolkningen er det mer vanlig enn i pasientgruppen ellers å referere til somatiske plager som uttrykk for psykiske plager. Som kjent er PTSD-symptomene ikke bare mentale plager, men økt fysiologisk aktivering. Dette stresset vil etter hvert gi seg utslag i ulike somatiske plager. Videre handler dette også om kultur, om forskjeller i måter å uttrykke smerte på.

Konklusjon

Det er alvorlig at enkelte representanter for norsk psykisk helsevern argumenterer som beskrevet over. Det fører til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse utelukkes fra spesialisthelsetjenesten. Slike begrunnelser representerer ikke gode faglig vurderinger. De kan heller være uttrykk for usikkerhet, hjelpeløshet og manglende kompetanse i

møte med asylsøkere. En annen forklaring er uklare retningslinjer når det gjelder inntak, utredning og behandling.

Det bør kartlegges om slik praksis overfor asylsøkere er vanlig innenfor psykisk helsevern. Hvis det kan dokumenteres, bør tiltak iverksettes, for eksempel opprettelse av migrasjonshelsenettverk, som i Psykiatrien i Vestfold, egne flyktningteam, som Østafrikateamet i Oslo og andre tiltak som kan bidra til å øke kompetansen. Det bør sikres at tiltak implementeres i organisasjonenens struktur, i stedet for å være tiltak drevet i perioder av ildsjeler. I tillegg trenger vi klare retningslinjer vedrørende asylsøkeres rett til behandling. Og det aller viktigste: Spesialisthelsetjenestene og henvis-ende instanser må være i dialog.

psykolog-acj@live.no

rbrunvat@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 9, 2010, side

TEKST

Anne Cecilie Johnsen

Reidun Brunvatne