

Portvokter eller helsearbeider



Psykologer bør være bevisst skillet mellom helsetjenester og asylpolitikk.

TEKST

Mehdi Farshbaf

Linnea Näsholm

PUBLISERT 3. juni 2016

PAPIRLØSE

«**Jeg lever her**, men jeg finnes ikke.» Ordene tilhører «George»^[1], en flyktningpasient i Norge. Ganske presist beskriver han essensen i sin tilværelse. Han bor her, men finnes ikke på papiret. Han er en såkalt papirløs med endelig avslag. Det som gjør tilværelsen mest uutholdelig for George, er at han strever med invalidiserende posttraumatiske symptomer som har opprinnelse i opplevelser med krig, tortur og fangenskap i hjemlandet. Av frykt for sitt liv unnlot George å forlate Norge, og siden han befinner seg i landet uten gyldig oppholdstillatelse, har norske politikere begrenset hans rettigheter. Konsekvensen av denne politikken er at helsearbeidere stilles i en vanskelig posisjon i møte med denne typen pasienter.

Det som gjør Georges historie tragisk, er at asylsøknaden antakelig ble avvist fordi han ikke ble vurdert som troverdig under asylintervjuet. Studier har vist at traumatiserte mennesker har et kroppsspråk som folk flest forbinder med lavere troverdighet (se Herlihy, Jobson & Turner, 2012; Rogers, Fox & Herlihy, 2015). I tillegg viser forskning at diskrepans i historiefortelling, ofte forbundet med manglende troverdighet, hyppigere er til stede hos traumatiserte personer (Herlihy & Turner, 2006). Manglende kompetanse om traumer hos intervjuer kan altså ha den paradoksale konsekvensen at manifestasjoner av hvorfor man søker asyl, faktisk vil hindre en i å få asyl. En vilkårlighet som utgjør et rettssikkerhetsproblem.

Hvem er de papirløse?

Statistisk sentralbyrå (Zhang, 2008) har anslått at det finnes 18 000 papirløse migranter i Norge. Da hører det til sakens natur at ingen helt har oversikten. Man antar at de papirløse hovedsakelig tilhører tre grupper: mennesker med endelig avslag på sin asylsøknad, mennesker som har tatt seg ulovlig til Norge uten å søke asyl, og de som en gang har hatt lovlig opphold, men som av ulike grunner ikke har det lenger (Ottesen, 2008). Ifølge veldedige organisasjoner er det spesielt mennesker fra land i krig, det vil si Afghanistan, Somalia, Irak og Sri Lanka, som befinner seg i denne posisjonen i Norge (Ottesen, 2008).

«I praksis blir inntaksteamet i ulike DPS portvoktere for den til enhver tid gjeldende innvandringspolitik»

De fleste studier fra både Norge og utlandet viser at flyktninger og asylsøkere har dårligere psykisk helse enn resten av befolkningen (Blom, 2008; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Sammenlignet med flyktninger med lovlig opphold ser papirløse migranter ut til å ha enda dårligere psykiske helse (Cavazos-Rehg, Zayas & Spitznagel, 2007; Marshall, Urrutia-Rojas, Mas & Coggin, 2005; Pikhart, Drbohlav & Dzurova, 2010). Statusen som papirløs bidrar i seg selv til dårlig mental helse. Å leve i skjul er å befinne seg i en stressende unntakssituasjon. (Kuehne, Huschke & Bullinger, 2015). Selv om papirløse er yngre sammenlignet med befolkningen for øvrig, viser det seg at manglende tilgang til helsetjenester og faktorer som dårlige arbeids- og boforhold fører til svekket helse (Castañeda, 2009; Cavazos-Rehg et al., 2007; Magalhaes, Carrasco & Gastaldo, 2010). I tillegg viser oversikt fra frivillige organisasjoner at når de først er i kontakt med helsevesenet, er helsetilstanden mer alvorlig (Siddharthan & Ahern, 1996).

Hvilke rettigheter papirløse migranter har, avhenger av hvilket land de befinner seg i. I Nederland gis papirløse samme rettigheter til helsetjenester som befolkningen for øvrig, samt at de som utfører helsetjenestene, får refundert mange av sine utgifter (Teunissen et al., 2014). I Norge har man en streng praksis. Papirløse migranter har kun rett på øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og

nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Papirløse har heller ikke rett til fastlege. I tillegg får de som behandler papirløse – med få unntak – ingen rett til refusjon av sine utgifter fra Helfo^[2].

Møtet med psykisk helsevern

Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors etablerte i 2009 et helsesenter for papirløse, det eneste av sitt slag i Norge^[3]. Det er en av instansene i Norge med best innblikk i møtene mellom denne gruppen og psykisk helsevern (Øverland, Guribye & Lie, 2014). Deres arbeid viser at papirløses psykiske helse forsømmes, og manglende rettigheter gjør tilgangen til systemet nærmest umulig. Mange erfarer at retten til øyeblikkelig hjelp tolkes vidt. Eksempelvis kan en suicidal pasient kun få én akutttime ett sted, mens et annet sted kan et slikt problem gi rett til et halvt år med stabilisering av tilstanden. Man ser også at denne gruppen får avslag ved inntak på DPS, enten fordi de mangler personnummer og adresse, eller fordi det refereres til manglende rettigheter ut over øyeblikkelig hjelp. Andre ganger avslås søknaden fordi det hevdes at pasienten ikke vil ha nytte av behandlingen grunnet ustabil livssituasjon. Konsekvensen er svekket psykisk helse og økt lidelse siden papirløse pasienter må vente til deres tilstand blir akutt før de søker hjelp.

Fagetikk og menneskerettigheter

I praksis blir inntaksteamet i ulike DPS, der også psykologer ofte sitter, portvoktere for den til enhver tid gjeldende innvandringspolitikk. Dette er betenkelig og setter psykologer og andre helsearbeidere i en motsetningsfylt posisjon. I de etiske prinsippene for psykologer står det blant annet: «Psykologen viser respekt for og arbeider for å fremme utviklingen av menneskerettigheter, verdighet og integritet.» Spesielt vanskelig blir psykologens posisjon når man vet at praksisen rundt papirløse i helsevesenet står i motsetning til artikkel 12 i FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), som gir alle mennesker, også de som befinner seg i riket ulovlig, «den høyest oppnåelige helsestandard» (Aschehoug, 2010). I tillegg vil vi argumentere for at man bryter artikkel 2 – retten til liv i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) når man lar en sykdomstilstand eller psykisk lidelse gå ubehandlet, noe som i ytterste konsekvens kan føre til død (Aschehoug, 2010). Ifølge Menneskerettsloven § 3 skal både ØKS og EMK ha forrang fremfor annen lovgivning, inkludert utlendingsloven, men i praksis viser det seg at menneskerettighetene ikke tas på alvor for papirløse (Lysaker, 2011).

Behov for nye tilnærminger

George, som vi begynte denne artikkelen med, var heldig. Han fikk helsehjelp, da det også fantes et særtiltak i Oslo (Enhet for traumatiserte flyktninger (ETF)) for dem uten lovlig opphold. Våre erfaringer fra ETF viste at det er mulig å hjelpe denne gruppen på tross av usikker livssituasjon. Vi så at det var mulig å stabilisere traumesymptomer og forhindre forverring av tilstand. Disse erfaringene er i tråd med studier fra andre land

som viser at symptomlette oppnås med riktig behandling (Slobodin & de Jong, 2015; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert & Holen, 2013).

Hva med alle de andre som er i samme situasjon som George? Med tanke på at dagens praksis kan være i strid med menneskerettighetene, og at statusen som papirløs er noe vilkårlig og kan bygge på feilslutninger, er det viktig at psykologer har et bevisst og aktivt forhold til denne problemstillingen. Papirløse med psykiske lidelser er en svært sårbar gruppe med begrensede rettigheter. Vanligvis er vi på de sårbare side og gir helsehjelp ut fra hva som gagnar pasienten. I tilfellet papirløse ser det ut til at våre vurderinger ikke springer ut fra faglige vurderinger, men ut fra ressursbruk og innvandringsregulerende hensyn. Det må være et tydelig skille mellom helsetjenester og asylpolitikk, og hensynet til psykisk helse bør veie tyngst i vurdering om helsehjelp.

×

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 6, 2016, side 462-465

TEKST

Mehdi Farshbaf, psykolog og doktorgradsstipendiat

Linnea Näsholm, sosionom

+ Vis referanser

Referanser

Aschehoug, S. (2010). Rett til helsehjelp for papirløse migranter. Tidsskrift for Den norske legeforening, 130(7), 765-766. doi:10.4045/tidsskr.09.1225

Blom, S. (2008). Innvandreres helse 2005/2006. Hentet fra Oslo: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasj...-2006?fane=om-content>

Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. Social Science & Medicine, 68(8), 1552-1560.

Cavazos-Rehg, P.A., Zayas, L.H. & Spitznagel, E.L. (2007). Legal status, emotional well-being and subjective health status of Latino immigrants. Journal of the National Medical Association, 99(10), 1126.

Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 365(9467), 1309-1314.

Herlihy, J., Jobson, L. & Turner, S. (2012). Just Tell Us What Happened to You: Autobiographical Memory and Seeking Asylum. Applied Cognitive Psychology, 26(5), 661-676. doi:10.1002/acp.2852

Herlihy, J. & Turner, S. (2006). Should discrepant accounts given by asylum seekers be taken as proof of deceit? Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture, 16(2), 81-92.

Kuehne, A., Huschke, S. & Bullinger, M. (2015). Subjective health of undocumented migrants in Germany—a mixed methods approach. BMC public health, 15(1), 1.

Lysaker, O. (2011). Sa?rbar kropp verdig liv. Anerkjennelseskampers eksistensielle kosmopolitikk. Oslo: Unipub.

Magalhaes, L., Carrasco, C. & Gastaldo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. Journal of Immigrant and

Minority Health, 12(1), 132-151.

Marshall, K.J., Urrutia-Rojas, X., Mas, F.S. & Coggin, C. (2005). Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women. *Health Care for Women International*, 26(10), 916-936.

Ottesen, S.H. (2008). *Papirløse migranter*. Hentet fra Oslo: [http://www.bymisjon.no/PageFiles/4132/Pairl %C3 %B8se migranter rapport.pdf](http://www.bymisjon.no/PageFiles/4132/Pairl%C3%B8se%20migranter%20rapport.pdf)

Pikhart, H., Drbohlav, D. & Dzurova, D. (2010). The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. *International journal of public health*, 55(5), 401-411.

Rogers, H., Fox, S. & Herlihy, J. (2015). The importance of looking credible: the impact of the behavioural sequelae of post-traumatic stress disorder on the credibility of asylum seekers. *Psychology, Crime & Law*, 21(2), 139-155.

Siddharthan, K. & Ahern, M. (1996). Inpatient utilization by undocumented immigrants without insurance. *Journal of health care for the poor and underserved*, 7(4), 355-363.

Slobodin, O. & de Jong, J.T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.

Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T. & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 641-647.

Teunissen, E., Sheraly, J., van den Muijsenbergh, M., Dowrick, C., van Weel-Baumgarten, E. & van Weel, C. (2014). Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ open*, 4(11), e005738.

Zhang, L.-C. (2008). Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Hentet fra Oslo: [https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/developing-me... - content](https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/developing-me...-content)

Øverland, G., Guribye, E. & Lie, B. (2014). *Nordic Work with Traumatized Refugees: Do We Really Care*: Cambridge Scholars Publishing.