

«Hvor dyp skal depresjonen være?»

En kvalitativ analyse av etiske, juridiske og helsefaglige problemstillinger i henvisningsprosessen fra Helsesenter for papirløse migranter i Oslo til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.



Obligatorisk prosjektoppgave ved medisinsk fakultet

Av Ulrikke Bjørnsdatter Aarseth

Kull H-12

UNIVERSITETET I OSLO

Januar 2017

Abstract

Background

There are an estimated 18.000 undocumented migrants in Norway. Unique mental health vulnerabilities might be present in this group, given what we know about the mental health consequences of forced migration, their precarious present- day circumstances, and the considerable number of patients who have sought and received mental health services at the Health Center for Undocumented Migrants (the Health Center). Unique challenges are also confronted when attempting to address the mental health needs of this group, particularly at the Health Center, where, with very few exceptions, all referrals of undocumented patients to the district psychiatric services are rejected.

Objective

To explore the views and experiences of a group of key informants in relation to the referral of undocumented migrants to district mental health services, with a focus on the interpretation of laws, tendencies in the rejection of mental health referrals and ethical aspects and consequences of how the Norwegian health care system meets undocumented migrants with mental health problems.

Material and method

A qualitative study design was employed and data was collected through semi- structured, in-depth interviews. Five key informants were purposefully selected given their unique professional expertise and extensive experience treating and working with undocumented migrants. These included two volunteer clinicians at the Health Center, one lawyer and two Health Center employees.

Results and conclusion

The referral of undocumented migrants to district mental health services was seen as an ongoing struggle for the Health Center employees and volunteers. They identified numerous ethical, legal, and health related consequences of rejected referrals to district mental health services.

Sammendrag

Bakgrunn

Det finnes anslagsvis 18.000 papirløse migranter i Norge. Disse personene er trolig utsatt for en særlig sårbarhet knyttet til mental helse, med grunnlag i det vi vet om tvungen migrering og dens konsekvenser for mental helse, om vanskelige levekår, og om det betydelige antall pasienter som søker og mottar psykisk helsehjelp ved Helsesenter for Papirløse Migranter i Oslo (Helsesenteret). Det oppstår en rekke problemer når helsearbeidere, blant annet ved Helsesenteret, skal forsøke å møte behovet for psykisk helsehjelp i denne gruppen. Dette tydeliggjøres blant annet ved at flesteparten av henvisningene til DPS for denne gruppen avvises.

Målsetting

Å utforske synspunkter og erfaringer hos en gruppe nøkkelinformanter om henvisning av papirløse migranter til DPS, med fokus på tolkning av lovverk, tendensen til avvisning etter henvisning til DPS og de etiske aspektene og konsekvensene av hvordan det norske helsesystemet møter papirløse migranter med psykiske helseproblemer.

Materiale og metode

Et kvalitativt studiedesign ble anvendt, og data ble innsamlet ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervjuer. Fem nøkkelinformanter ble valgt ut på grunnlag av sin unike innsikt i og omfattende erfaring fra arbeid med papirløse migranter. Informantene omfattet to frivillige klinikere ved Helsesenteret, en advokatfullmektig og to ansatte ved Helsesenteret.

Resultater og konklusjon

Henvisning av papirløse migranter til DPS ble ansett som en stor utfordring for ansatte og frivillige ved Helsesenteret. De påpekte flere etiske, juridiske og helsemessige konsekvenser av at henvisningene til DPS blir avslått, og erfarte at det norske helsesystemet svikter de papirløse pasientene som har behov for psykisk helsehjelp.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	5
Bakgrunn for prosjektet.....	5
Prosjektets formål og problemstillinger	7
Materiale og metode.....	8
Resultater og tolkning	10
1) Svar på henvisning til DPS	10
1.1. Avslag eller godkjenning av henvisning til DPS.....	10
1.2. Hva begrunnes avslagene med?.....	11
1.3. Om evne til å nyttiggjøre seg behandling.....	12
2) Mulige mekanismer bak avslag på henvisning	13
3) Tolkning av lovverket og forskrift	13
4) Konsekvenser av avslag	15
4.1. Endringer i henvisningspraksis ved Helseneteret	15
4.2. Oppfølging ved Helseneteret	16
4.3. Konsekvenser for pasienten og pårørende.....	17
4.4. Konsekvenser for samfunnet	18
Oppsummerende diskusjon og konklusjon.....	19
Styrker og begrensninger ved studien	20
Spørsmål til videre forskning	21
Litteratur.....	22
Vedlegg 1	23

Innledning

Bakgrunn for prosjektet

Vi er i vår tid vitne til en folkevandring både innenfor og på tvers av landegrensener som mangler sidestykke i historien etter 2. verdenskrig (1). Flukten fra angrep på sivilbefolkningen i eget hjemland foregår stadig oftere via nye, risikofylte fluktruter, og har for stadig flere flyktninger et mål om å nå Europa og Norge (2). Fra andre kvartal i 2014 til andre kvartal i 2015 opplevde EU-landene en økning på 85 % i antall førstegangs asylsøkende (3). I 2015 mottok Norge 31 145 søknader om beskyttelse, som er det høyeste antallet søknader i løpet av ett år noensinne (4).

I 2008 ble det estimert at det befant seg 18 196 personer uten lovlig opphold i Norge i 2006, med en antatt nedre og øvre grense på henholdsvis 10 460 og 31 917 personer. Tallene er usikre, grunnet manglende data om en gruppe mennesker som ofte lever i skjul og opplever frykt for utsendelse. Gruppen består av mennesker med uensartet bakgrunn, og omfatter dem som tidligere har søkt asyl og fått endelig avslag, eller har kommet ulovlig inn i landet uten å registreres, og som aldri har søkt asyl (5). For de legitime migrantene – de som får opphold, venter på behandling av asylsøknad eller er i en klageprosess etter vedtak om utsendelse og avslag – skal det finnes et apparat som skal dekke de grunnleggende helsebehov, slik som primær- og spesialisthelsetjenester. For den andre gruppen – de som blir i landet til tross for endelig vedtak om utsendelse eller utgått turistvisum, lever i skjul, eller de som helt enkelt aldri har søkt asyl – kan veien til riktig og viktig helsehjelp fortone seg lang og vanskelig. Begrepene irregulære flyktninger, personer uten lovlig opphold og papirløse migranter er blant en rekke betegnelser som brukes om den omtalte gruppen. Heretter vil gruppen omtales som papirløse migranter i oppgaven.

Det er anslått at flesteparten av de papirløse migrantene i Norge er tidligere asylsøkere (5). Psykiske lidelser som posttraumatisk stresslidelse, alvorlig depresjon, psykotiske lidelser og angstlidelser er overrepresentert blant flyktninger som er internt fordrevet, eller som blir bosatt i vestlige land etter flukt (6). Særlig tydelig er sammenhengen der flyktningene er blitt utsatt for tortur eller potensielt traumatiserende hendelser (7). En undersøkelse blant norske allmennleger viser at psykiske lidelser var blant de viktigste kontaktårsakene for papirløse pasienter. De vanligste diagnosene var angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse. Legene i undersøkelsen rapporterte at 50 % av dem som hadde fått avslag på asylsøknaden, oppsøkte lege på grunn av psykiske problemer, sammenliknet med 29 % for den papirløse gruppen som helhet (8).

Lokal forskning peker også på at papirløse migranter i Norge lever under forhold som utgjør en potensiell trussel mot fysisk og psykisk helse (9). De har ikke rett til arbeid, høyere utdanning eller bosted utenfor asylmottakene, og de har tilgang til de færreste av helse- og omsorgstjenestene. Papirløse er ofte hjemløse og lever i fattigdom, og risikerer å bli utnyttet når de forsøker å oppnå en stabil inntekt og dekke grunnleggende behov. Mange anser at de ikke kan returnere trygt til sitt eget hjemland, og lever i konstant frykt for utsendelse. Hverdagen for mange papirløse er preget av usikkerhet om hva den nærmeste framtiden kan bringe, og de opplever utrygghet rundt grunnleggende ting i tilværelsen. For mange papirløse gjelder disse omstendighetene i flere år eller tiår. Pasientenes fastlåste livssituasjon og utrygge framtidsutsikter er tilleggsproblemer når helsepersonell skal forsøke å hjelpe pasienter med psykiske problemer (10).

Papirløse migranter har per dags dato noen begrensede rettigheter i det norske helsevesenet, med visse spesifikke unntak. Disse er definert av Pasient- og

brugerrettighetsloven og «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket», fastsatt i forbindelse med samhandlingsreformen (11) – heretter omtalt som «IRM- forskriften». I henhold til IRM- forskriftens § 6 gis papirløse rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som «er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter». Forskriften gir også rett til psykisk helsevern dersom pasienten er «psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse» (heretter omtalt som «fareprinsippet»). I tillegg heter det, i § 1 av IRM- forskriften, at alle personer som oppholder seg i riket har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Helsesenter for Papirløse Migranter i Oslo (Helsesenteret) er et samarbeidsprosjekt mellom Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Norges Røde Kors/ Oslo Røde Kors, som startet opp i 2009. Senteret tilbyr helsehjelp for mennesker som ikke har oppholdstillatelse i Norge, med rundt 175 frivillige helsearbeidere innen spesialiteter som psykiatri, psykologi, gynekologi, nevrologi og allmennmedisin, samt sykepleiere, fysioterapeuter og fagpersoner innen en rekke andre medisinskfaglige områder. Målet er å fungere som en tverrfaglig primærhelsetjeneste som er tilgjengelig for papirløse migranter, uavhengig av pasientenes juridiske status og betalingssevne. Helsesenteret søker også å dokumentere papirløses helsesituasjon (12). Ofte fungerer de som et bindeledd til de offentlige spesialisthelsetjenestene, derunder også de offentlige psykiatriske institusjonene.

Psykisk helse i den papirløse pasientgruppen ved Helsesenteret fremkommer som en av hovedbekymringene i Helsesenterets årsrapport for 2015. I årene 2010- 2015 har Helsesenteret registrert 2163 konsultasjoner i kategorien «psykisk konsultasjon», som innebærer samtale med psykiatrisk sykepleier, psykolog eller psykiater. En oversikt over de hyppigst brukte ICPC-2 diagnosekodene viser at Helsesenteret i 2015 hadde 108 pasienter der det etter konsultasjon var stilt en psykisk diagnose, som dermed gjør kodegruppen «psykisk» til den fjerde hyppigst brukte kodegruppen, etter henholdsvis fordøyelsessystemet, muskel- og skjelettsystemet og hud. Under kodegruppen «psykisk» var de seks vanligste diagnosene «Følelse angst/nervøs/anspent», «psykisk ubalanse situasjonsbetinget», «depresjonsfølelse», «søvnforstyrrelse», «depressiv lidelse» og «posttraumatisk stresslidelse». Siden oppstarten i 2009 har Helsesenteret henvist 56 pasienter til spesialisthelsetjenesten i psykiatri, og de fleste henvisningene har gått til distriktpsikiatriske sentre (DPS) (12). Disse henvisningene har, med svært få unntak, blitt avslått.

I den samme rapporten framgår det at ansatte og frivillige ved Helsesenteret opplever at de selv må gi alvorlig psykisk syke pasienter behandling og oppfølging, og at denne hjelpen i mange tilfeller er utilstrekkelig og ikke optimal.

Begrepet «øyeblikkelig hjelp» vil bli brukt senere i oppgaven, og jeg vil derfor redegjøre kort for uttrykket her, slik det forklares i Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat fra 2010.

«I de fleste situasjoner vil «øyeblikkelig hjelp» innebære et behov for at pasienten får behandling umiddelbart eller etter noen få timer, for eksempel ved behandling av større skader eller behandling av forgiftninger. I enkelte situasjoner kan behovet for øyeblikkelig hjelp sees i et litt lengre perspektiv, der behandlingen bør iverksettes samme dag. Som en generell regel benyttes det i helsetjenesten en tidsangivelse på 24 timer når behandlinger faller inn under betegnelsen «øyeblikkelig hjelp» (13).

Andre tidsdimensjoner som er nyttige å oppklare fordi de brukes av informantene og i lovtekstene, ligger i setningen som inneholder begrepet «nært forestående». Dette er forklart i høringsnotatet på følgende måte:

«Med denne formuleringen mener departementet at helsehjelp overfor pasienter som har de mest tidskritiske helsetilstandene skal omfattes. Dette [...] vil hovedsakelig omfatte tilstander som ellers er slik at hvis ikke pasienten får hurtig hjelp, vil tilstanden i løpet av kort tid eskalere til en øyeblikkelig hjelp situasjon, dvs. tilstander der hurtig behandling vil være avgjørende for utfallet» (13).

Videre i det samme høringsnotatet utdypes det at:

«Ved vurdering av hva som anses som kort tid, legger departementet til grunn at det må ses hen til at personer som oppholder seg ulovlig i landet forutsettes å forlate landet snarest mulig. Departementet antar således at 2 til 3 uker er en rimelig avgrensning, som vil gi vedkommende tilstrekkelig tid til å reise hjem» (13).

Prosjektets formål og problemstillinger

Som beskrevet over, er det antatt at de fleste papirløse migranter i Norge er tidligere asylsøkere (5). Effektene av tvungen migrasjon på mental helse er godt dokumentert (6). Samtidig lever papirløse i Norge under omstendigheter som utgjør en potensiell trussel mot helse, og de har svært begrensede rettigheter i det norske helsevesenet (9). Helsesenteret for papirløse migranter, hvor mental helse hos papirløse er en uttalt og vedvarende bekymring, opplever at de fleste henvisningene av papirløse pasienter til DPS blir avslått. Helsesenteret ser det som en stor utfordring å gi optimal behandling av disse pasientene uten hjelp fra det offentlige (12).

Formålet med dette prosjektet var derfor, gjennom kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter, å utforske hvilke erfaringer og perspektiver informantene opplever rundt henvisning av papirløse migranter til spesialisthelsetjenesten i psykiatri. Hvilke begrunnelser gis når henvisninger til DPS blir avslått, vurdert ut fra informantenes erfaring med å motta slike henvisningssvar? Hvilke problemer møter de i sitt forsøk på å gi best mulig behandlingstilbud til disse pasientene, og hvordan oppleves det? Hvilke konsekvenser kan det få dersom disse pasientene ikke får behandlingen de behøver? Hvordan kan gjeldende lover og forskrifter om temaet tolkes, og hvilke etiske problemstillinger dukker opp rundt samfunnets håndtering av pasientgruppen som helhet? Gjennom undersøkelse av disse sentrale temaene vil jeg også forsøke å trekke fram spørsmål til videre forskning.

Jeg har valgt å fokusere på den gruppen pasienter som ikke omfattes av IRM-forskriftens «øyeblikkelig hjelp»- begrep, altså de som ikke blir akutt innlagt, men som likevel blir vurdert av Helsesenterets klinikere til å ha behov for tettere og mer omfattende oppfølging og behandling enn det Helsesenteret selv er i stand til å gi. Vi vet lite om hvordan spesialisthelsetjenesten i psykiatri behandler henvisninger av papirløse migranter. Denne oppgaven har som mål å undersøke hvilke erfaringer informantene har med DPS' vurderinger av slike søknader, og slik bidra til en større diskusjon om disse pasientenes rettigheter, og hvordan deres rettigheter blir utøvet i praksis.

Materiale og metode

Det opprinnelige prosjektet var tenkt å skulle bestå av to deler. Mens del én skulle bestå av kvalitative intervjuer med nøkkelpersoner (slik prosjektet i sin helhet fremstår i dag), ønsket jeg i del to å gjøre en kvalitativ analyse av pasientdata fra Helsesenteret. Gjennom å analysere svar på henvisninger til DPS og korrespondanse i klagesaker, ønsket jeg å se på hvordan DPS begrunner avslag og godkjenning på henvisninger de får fra Helsesenteret. Jeg anså at det ville være utfordrende å komme i kontakt med og innhente samtykke fra pasientene som dataene er knyttet til. Samtidig ville dataene hatt liten verdi, dersom full anonymisering av dem skulle gjennomføres, inkludert fjerning av indirekte identifiserbare personopplysninger om diagnose og sykehistorie. Jeg søkte derfor om dispensasjon fra taushetsplikten via Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Søknaden ble imidlertid avslått på grunnlag av viktigheten av fritt informert samtykke, samt av pasientenes allerede sårbare situasjon, og et argument om at forskningsspørsmålet kunne besvares på andre måter. Prosjektet ble derfor endret til å kun omfatte kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter, og forskningsspørsmålet ble justert deretter. REK bekreftet at prosjektet faller utenfor området til Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven), og prosjektet ble dermed meldt til NSD. Datainnsamlingen ble igangsatt først etter at prosjektet var godkjent av NSD.

Prosjektets datagrunnlag er således fem kvalitative, semistrukturerte intervjuer med nøkkelinformanter. Informantene har lang erfaring og inngående kjennskap til hvordan møtet mellom psykisk syke papirløse migranter og DPS fortoner seg, samt de mest sentrale aspektene og problemstillingene knyttet til psykisk helsehjelp for denne pasientgruppen. Jeg valgte det kvalitative designet fordi målet med oppgaven var nettopp å *utforske* ulike aspekter ved det å henwise, behandle og følge opp papirløse migranter med psykisk sykdom. Et fleksibelt kvalitativt studiedesign og metode passer spesielt godt til en slik utforskende tilnærming: det gir mulighet til å fremheve informantenes perspektiv, og til å få en dybdeforståelse av deres erfaringer (14). Gjennom min erfaring som frivillig ved Helsesenteret hadde jeg allerede noen tanker om hva noen av disse aspektene kunne være, men jeg ønsket å legge grunnlag for en dypere analyse basert på informantenes egne erfaringer og perspektiver. En semistrukturert tilnærming ble valgt fordi det tillater forsker å avgrense problemstillingen. Samtidig bevarer den en løsere dynamikk i samtalen mellom intervjuer og informant, slik at man tydeliggjør hvilke problemstillinger informantene *selv* ser på som mest relevante og viktige for forskningstemaet (15).

Utvalget ble gjort med hensikten å innhente variert kunnskap om områdene jeg ønsket å undersøke. Jeg forhørte meg med Helsesenteret, leste rapporter og fant fram til profilerte personer i media med tilknytning til pasientgruppen. Informantene ble så rekruttert via telefon eller epost av meg. De fem informantene vil bli kort presentert i det følgende.

Frode Eick: Eick er utdannet sykepleier. Han har vært virksomhetsleder ved Helsesenter for papirløse migranter i Oslo siden 2013, og ansatt ved Helsesenteret siden oppstarten i 2009. Frode Eicks arbeidsoppgaver har blant annet vært å etablere et tilbud til pasientgruppen, organisere og tilrettelegge for frivillighet, og å følge opp enkeltpasienter med tanke på klagesaker og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Han har også ansvaret for å planlegge hvordan senteret best kan drives for å møte behovene hos pasientgruppen.

Monica Falk: Ansatt som koordinerende sykepleier ved Helsesenteret siden 2012, og har ansvar for pasientoppfølging knyttet til blant annet henvisning av pasienter og arbeid med klagesaker. Hun har også det siste året vært prosjektkoordinator, og jobbet med oppsøkende og forebyggende arbeid ved senteret.

Svein Aarseth: Spesialist i allmennmedisin og frivillig lege ved Helsesenteret siden senterets oppstart i 2009. Sitter nå i rettighetsgruppa ved Helsesenteret, sammen med blant andre jurister tilknyttet Røde Kors og ledelsen ved Helsesenteret. Gruppa jobber med klagesaker og avslag på henvisninger. Aarseth har også publisert flere forskningsartikler om papirløses helsesituasjon i Norge.

Karl Eldar Evang: Psykologspesialist og frivillig psykolog ved Helsesenteret siden senterets oppstart i 2009. Evang har også sittet i ressursgruppen ved Helsesenteret, og uttaler seg ofte i media om papirløses helserettigheter i Norge.

Ida Gundersby Rognlien: Advokatfullmektig hos advokat Rognlien siden 2014, siden da også bidragsyter i rettighetsgruppa ved Helsesenteret. Her har hun blant jobbet pro bono på vegne av pasienter ved Helsesenteret, med klagesaker etter vedtak fra spesialisthelsetjenesten, samt bistått Helsesenteret med juridiske faglige spørsmål knyttet til rettigheter og klagesaker. Rognlien har også arbeidet på oppdrag for *Medicins du monde* og *European network to reduce vulnerability in health*. Der bidro hun til en rapport om reglene for tilgang til helsehjelp for papirløse migranter i Europa.

Intervjuguide for semistrukturert kvalitativt intervju, der hovedtemaer og hovedpoenger som skulle berøres i løpet av intervjuene ble skissert og oversendt NSD, samt sendt til informantene i god tid før intervjuene ble gjennomført (Se vedlegg 1). Samtykkeskjema for informantene ble utformet, der det kom klart frem at de ikke ville bli anonymisert i den endelige teksten, og at det forelå mulighet for rekontakt med oppfølgingsspørsmål etter at hovedintervjuet var gjennomført.

Informantene i utvalget ble ikke anonymisert, av to hovedårsaker. For det første ville det vært svært vanskelig å anonymisere profilerte personer i et så lite utvalg. For det andre sitter hver enkelt informant på en unik innsikt, erfaring og informasjon om forskningsspørsmålet *nettopp* i kraft av sin offentlige rolle, eller gjennom sin kompetanse som helsefagarbeider i tilknytning til den papirløse pasientgruppen. Å anonymisere informantene kunne ha medført at den særlige innsikt, erfaring og kompetanse som hver enkelt av dem har, ville ha blitt undervurdert.

Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker med informantenes samtykke. Opptakene ble deretter lagret på UiOs passordbeskyttede og brukerstyrte server, inntil de var blitt transkribert av prosjektforfatter, og de ble så slettet. De transkriberte dataene ble overført til dataverktøyet NVivo, et verktøy for behandling av kvalitative data, og ble så lest igjennom for å identifisere hovedtemaer. Deretter ble de kodet etter undertemaer, og der det var hensiktsmessig ble flere undertemaer koblet sammen i et mindre antall tematiske kategorier. Koder ble utviklet for å sikre en systematisk og dekkende tematisk analyse. Kodene ble anvendt og tilpasset i samsvar med det totale datamaterialet. Nyanser, motsetninger og alternative forklaringer i datamaterialet ble vektlagt (14). Temaene ble så kronologisk ordnet etter et logisk forløp, lik det som foreligger når Helsesenteret tar imot pasienter, vurderer og

henviser dem til DPS, mottar svar på henvisning og håndterer pasientens situasjon ut fra svar på henvisning.

De temaer som ble hyppigst og/ eller mest inngående diskutert av flest informanter danner hovedgrunnet for datamaterialet i oppgaven. I tillegg er det inkludert temaer som ble mindre omfattende diskutert og/ eller hyppig nevnt, men som prosjektforfatter anså som relevante for forskningsspørsmålet.

Resultater og tolkning

1) Svar på henvisning til DPS

I 2015 henviste Helsesenteret 12 pasienter til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Totalt siden oppstarten har Helsesenteret henvist 56 pasienter til psykiatrisk behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten (12). Helsesenteret opplever det som svært vanskelig for de psykisk syke papirløse pasientene å få hjelp i det offentlige helsevesenet, og har psykisk helse som et uttalt bekymringsområde i sin årsrapport for 2015.

1.1. Avslag eller godkjenning av henvisning til DPS

Bildet tegnet i Helsesenterets årsrapport ble i stor grad bekreftet av informantene. Eick forteller at henvisninger til DPS blir godkjent «helt unntaksvis», i gruppen av pasienter som faller utenfor øyeblikkelig hjelp- begrepet i IRM- forskriften. Eick støttes av Falk, som mener at DPS «er ikke et tilgjengelig behandlingstilbud, bortsett fra i noen veldig enkelte saker». Dette bildet blir til en viss grad nyansert av Aarseth, der han sier at han tror «det er dels et ressursproblem» at det er vanskeligere å få behandling for gruppen i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste enn det er i somatisk spesialisthelsetjeneste, og at «det kan godt hende at vi som henviser er dårlige til å henvise og beskrive problemet og oppdraget vi ønsker utført». De tre virker imidlertid enige om at, som Aarseth sier, «det er nok lettere å få en utredning ved spørsmål om hjertesykdom enn det er ved spørsmål om en bipolar lidelse», og at «kommunehelsetjenesten er vel i praksis stengt for denne gruppen, når man tenker på psykiske helsetjenester i kommunen og sånt». Aarseth beskriver det han mener er et «svarteperspill» når de papirløse pasientene blir forsøkt henvist til spesialisthelsetjenesten i kommunene.

I lovverket finnes det ingen tydelige skiller mellom psykisk og somatisk sykdom i omtalen av «øyeblikkelig hjelp» (se avsnittet om lover og forskrifter i bakgrunnskapittelet). Hva kan være årsaken til at somatiske og psykiske lidelser hos den papirløse pasientgruppen tilsynelatende blir mottatt forskjellig når de henvises til spesialisthelsetjenesten? En mulig tolkning av denne forskjellen kan gjøres i lyset av et økonomisk perspektiv: der en somatisk lidelse ofte kan kureres eller lindres innen en gitt behandlingsperiode med dertil begrensede utgifter, kan en psykisk lidelse fremstå som mer uavgrenset og diffus, og med tilsvarende usikkerhet knyttet til utgifter for institusjonen.

Gjennom media blir vi jevnlig eksponert for tragiske enkeltskjebner og historier om traumatiserende fluktruter mot Europa. Det kan tenkes at vi, med dette som bakteppe, har vanskelig for å skille mellom den behandlingstrengende psykiske lidelsen og den forventede menneskelige lidelsen som fører med det å være på flukt og å leve i skjul og usikkerhet. Det kan argumenteres for at dette fører til en slags bagatellisering av de reelle psykiske lidelsene som oppstår i den papirløse pasientgruppen.

Dersom pasientens vanskelige livssituasjon som papirløs anses å være hovedårsaken til de psykiske lidelsene, åpner forskriftene dessuten for følgende scenario: en person som oppholder seg ulovlig i Norge skal ideelt sett reise hjem innen 2- 3 uker, og «hvis du ser på prioriteringsforskriften», som Aarseth sier, «så er det ikke mye innen psykiatrien som må tas innen tre uker». Løsningen på de psykiske lidelsene blir derfor ideelt sett ikke behandling i den norske spesialisthelsetjenesten, men at pasienten avslutter sitt ulovlige opphold i Norge og reiser hjem for å fortsette behandlingen. Et potensielt problem oppstår når man da vet at mange papirløse ikke reiser hjem innen den gitte tidsfristen, og at denne virkeligheten ikke ser ut til å bli anerkjent av spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor virke som om «øyeblikkelig hjelp»- begrepet i IRM- forskriften, koblet sammen med tidsaspektene som angis, gir mindre mening når den blir forsøkt anvendt på den papirløse gruppen.

Når Aarseth legger fram utfordringene ved å skrive en god henvisning, kan man diskutere hva det er med psykiske lidelser som gjør dem mer komplekse og utfordrende å håndtere enn de somatiske. Er det lettere å entydig beskrive en hjertelidelse enn et sinn på vei mot dyp depresjon eller psykose? En mulig forklaring er at de kliniske, allment godkjente standardbegrepene i somatisk medisin fremstår som enklere å tolke for instansen som mottar henvisningen.

1.2. Hva begrunnes avslagene med?

Etter IRM- forskriften har alle personer som oppholder seg i riket rett til vurdering i spesialisthelsetjenesten, med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 (11). Ifølge den samme loven skal vurderingen skje på grunnlag av henvisningen, og den skal skje innen 10 dager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten. I boka «Eksepsjonell velferd?» som kom ut i 2015 redegjør forfatter Karl Harald Søvig for de norske lover, forskrifter og høringsnotater som setter rammene for papirløses tilgang til velferdstjenester (16). I høringsnotatet understreker departementet at «Behovet for å starte behandling innen noen få dager vil innebære en individuell medisinsk vurdering» (13).

Av begrunnelser for avslag på henvisning til DPS hadde gruppen av informanter erfart de følgende:

- 1) Pasienten har ikke oppholdstillatelse.
- 2) Pasienten har kun rett til øyeblikkelig hjelp.
- 3) Pasienten har ikke norsk personnummer, og kan derfor ikke bli registrert i institusjonens systemer.
- 4) Pasienten har ikke betalingssevne eller får ikke helseutgiftene dekket av myndighetene.
- 5) Pasienten er i en så vanskelig eller ustabil livssituasjon at han/ hun ikke vil kunne nyttiggjøre seg helsehjelpen.
- 6) Behandling eller oppfølging kan best tas hånd om av pasientens fastlege.
- 7) Eventuell effekt av behandlingen forutsetter oppfølging i primærhelsetjenesten, og gitt at pasienten ikke har fastlege, vil ikke behandling i spesialisthelsetjenesten være hensiktsmessig.
- 8) I flere tilfeller er det også henvist tilbake til Helsesenteret.

Falks erfaring er at «veldig sjeldent er det gjort noen individuell vurdering av pasientens helsetilstand opp mot forskriften som sier noe om rettigheter», og ifølge Rognlien: «der det er individuelt begrunnet, kan begrunnelsene ofte være kortfattede eller mangelfulle». Rognlien sier videre at det ofte i stedet vises til «generelle betraktninger om gruppen» og gruppens

juridiske status. I klagesaker hun er kjent med der det ikke er gjort en individuell vurdering av pasienten, er «pasientene sjeldent eller aldri vurdert ansikt til ansikt», sier Rognlien. Blant flere av informantene er erfaringen at det bare i et fåtall av avslagene fra DPS var blitt vist direkte til IRM- forskriften, eller at det kunne virke som om institusjonen «kjenner til ordlyden» i forskriften.

Listen over begrunnelser for avslag er ikke uttømmende, men er gjengitt av informantene basert på deres erfaringer. Man kan derfor ikke trekke noen klare slutninger om den generelle bruken av lover og forskrifter i henvisningssvarene fra DPS, og heller ikke om graden av individuell vurdering i henvisningssvarene i sin helhet. Henviserne vurderer likevel at de fleste av avslagene inneholder liten grad av medisinsk og juridisk faglighet, og at de i liten grad vurderer pasientens individuelle helsetilstand. Argumentene om manglende betalingsevne og de enkle formuleringene knyttet til juridisk status og rettigheter (punkt 1 og 2) kan være tegn på at inntaksteamene ved DPS fokuserer mer på helsepolitiske og økonomiske retningslinjer enn på pasientens individuelle helsetilstand. Det kan tenkes at dette opptrer samtidig med manglende kunnskap om pasientens faktiske rettigheter, og kanskje også om sykdomsmekanismene og bedringsmulighetene ved behandling.

1.3. Om evne til å nyttiggjøre seg behandling

Begrunnelser for avslag som bygget på en antakelse om at pasientens vanskelige eller ustabile livssituasjon gjør pasienten ute av stand til å nyttiggjøre seg behandling i DPS, ble oppfattet som særlig uforståelig av alle informantene i utvalget. Frode Eick forklarer sin erfaring med behandling til gruppen slik, hos «en av de få» pasientene som har fått oppfølging ved DPS etter henvisning:

«Jeg tenker det er fullt mulig å gi et godt tilbud til folk i en ustabil situasjon. [Vi] hadde ei dame her nå som også er fast på DPS, og det er veldig hyggelig å se at det går bedre med henne. Alt er ikke rosenrødt i livet hennes, og hun er fortsatt papirløs, liksom, men at hun har det bedre ... Og ikke vil ta livet av seg lenger.»

Evang mener det nærmest er en «refleks» i Norge at man forutsetter at «stabile ytre faktorer skal være på plass for at vi skal kunne gi behandling», og avviser at dette er den eneste måten å tilnærme seg problemet på. Videre sier han: «Jeg mener at man kan gjøre veldig mye, i en situasjon som er veldig uviss og traumatiserende». Alternativet, sier Evang, er «at depresjonen får bare utvikle seg, og at isolasjon og passivitet blir massivt» hos pasienten. Aarseth forteller at det etter hans erfaring «er veldig sjeldent at en med rettigheter i Norge avvises med samme grunn». Aarseth trekker fram som en mulig årsak til begrunnelsen at «det å kunne nyttiggjøre seg behandlingen er et kriterium for rett til helsehjelp».

Med utgangspunkt i begrunnelsene fra DPS, kommer det fram en slags tautologisk argumentasjon: pasientens vanskelige livssituasjon kan tenkes å være, helt eller delvis, årsaken til at pasienten har utviklet en psykisk lidelse. Den samme vanskelige livssituasjonen brukes også som argumentasjon for at pasienten ikke vil kunne ha nytte av behandling ved DPS. Det foreligger dermed ingen klar løsning på hvordan pasienten best kan hjelpes til å bli frisk, og ingen tydelig vei for pasienten ut av den sirkulære sammenhengen mellom omstendigheter og sykdom.

På samme måte som i forrige avsnitt, viser dette argumentet muligens til at DPS er klar over «ordlyden» i lovverket, men at deres bruk av lovverket ikke fremstår som logisk

eller hensiktsmessig for de som henviser. Trekker man tråden tilbake til treukersperspektivet som diskuteres i kapittel 2.1., kan man også tenke seg at tanken bak argumentet er at pasienten ikke vil kunne nyttiggjøre seg behandlingen, fordi en eventuell behandling tenkes å skulle strekke seg over mer enn 2- 3 uker, som er «fristen» pasienten har for å reise hjem.

2) Mulige mekanismer bak avslag på henvisning

Blant flere av informantene var det et generelt inntrykk at det som ble oppfattet som vegring hos DPS mot å ta inn papirløse pasienter til behandling, bygget på en motforestilling mot å gå inn i et usikkert og muligens langtrukket behandlingsforløp. Som Falk sier, kan det virke som om DPS er «redd for å gå inn i noe» fordi pasienten er i en «vanskelig situasjon» hvor rammene for å kunne behandle pasienten er annerledes enn for andre pasienter. Aarseth trekker fram økonomiske og politiske forhold, og sier at til tross for en grunnleggende helseetikk om alltid å skulle hjelpe, «så er forventningene om økonomi og behandle i forhold til rettigheter, altså ikke gi folk rettigheter de ikke skal ha, det styrer nok over etikken». Videre mener han «lojalitet mot arbeidsgiver, og de retningslinjer arbeidsgiver styrer etter» kan ligge bak vegringen mot å ta imot papirløse pasienter i DPS.

Temaet er interessant fordi det gir informantene rom til selv å tolke hvordan inntaksteam ved DPS resonnerer når de avviser en henvisning – et resonnement flere av informantene sier det finnes for lite kunnskap om, og som samtlige informanter ønsket bedre innsikt i og forståelse av. «Rammene» som Falk nevner, kan tenkes å inkludere noen av aspektene som diskuteres i kapittel 2.3., nemlig stabile rammer og et større hjelpeapparat rundt en pasient som trenger hjelp – sosiale forhold, familieforhold og økonomiske forhold, for å nevne noen. Man kan tolke det slik at «rammene» er det som ideelt sett bør være på plass for at pasientens livssituasjon skal gjøre ham eller henne i stand til å nyttiggjøre seg behandlingen, og at mangelen på disse rammene er et argument for at pasienten trolig ikke kan nyttiggjøre seg helsehjelpen. Det oppstår imidlertid et viktig spørsmål etter dette resonnementet: vil det ikke være mer hensiktsmessig å hjelpe pasienten med å få på plass noen av de nødvendige rammene, nettopp for at behandlingen skal kunne bli nyttig, enn å unnlate å gi helsehjelp fordi rammene ikke er på plass? Helsesenteret fungerer i stor grad både som primær- og sekundærhelsetjeneste for pasientene, men har naturligvis ikke nok ressurser til å være en fullverdig erstatning for alle deler av det norske helse- og omsorgssystemet. I situasjoner hvor pasienter med fulle rettigheter ville fått hjelp fra det offentlige til å finne bolig og arbeid, eller fått sykepenger og behandling ved sykdom, blir det tydelig at Helsesenterets tilbud kommer til kort. Dersom andre offentlige aktører kommer på banen for å få på plass noen av rammene, kan det tenkes at det også ville være lettere for DPS å tilby helsehjelp når pasientens faktiske medisinske tilstand krever det.

3) Tolkning av lovverket og forskrift

En rekke betraktninger om tolkning av relevante lover og forskrifter ble fremmet av informantene under intervjuene. Disse vil bli forsøkt systematisert i det følgende.

Ifølge jurist Ida G. Rognlien ble deler av regelverket oppfattet som vanskelig å tolke, fordi det ikke kommer klart fram hvilke deler av loven som gjelder psykisk, og ikke bare somatisk sykdom. Som Rognlien forteller, har det vært saker der «Fylkesmannen ikke har ansett at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for egen eller andres helse, og derfor ikke har rett til psykisk helsevern». Hun reiser så spørsmålet om pasienten i et sånt tilfelle kan

ha rett til psykisk helsevern etter IRM- forskriftens § 5 bokstav a), fordi det er fare for «sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig smerte eller skader av *psykisk* art». Rognlien påpeker at psykiske og somatiske lidelser skal være likestilt i pasientrettighetsloven. Hun understreker også at det er et spørsmål hvordan dette skal tolkes i lys av de menneskerettslige forpliktelsene som følger av internasjonale konvensjoner. Også klinikerne oppfattet IRM-forskriften som vanskelig å tolke i praksis.

Falk sier på den andre siden at «hovedproblemet er at det er et veldig strengt lovverk», og at DPS foretar en streng tolkning av det allerede strenge lovverket: de «tolker det til at man kun har rett til øyeblikkelig hjelp, altså innleggelse». Hun mener dette er et større problem enn at lovverket er tvetydig og vanskelig å tolke. Både ledelsen ved Helsesenteret, klinikerne Aarseth og Evang, og jurist Rognlien sier at de har manglende kunnskap om hvordan inntaksteam resonnerer og tolker lovverk i saker der papirløse blir henvist til DPS, annet enn det inntrykk de har fått fra teksten i vedtakene eller etterfølgende korrespondanse i enkeltsaker de er kjent med.

I saker der Helsesenterets ledelse har funnet klaget på avslag fra DPS på vegne av pasienten, går klagen først til institusjonen det er henvist til. Dersom institusjonen opprettholder vedtaket, skal klagesaken sendes videre til Fylkesmannen. Helsesenterets ledelse erfarer at Fylkesmannen ikke har omgjort noen av de rundt ti klagesakene fra Helsesenteret knyttet til henvisning til DPS. I noen få tilfeller har Fylkesmannen gitt institusjonen kritikk for ikke å ha gjort en vurderingssamtale etter henvisning, og for ikke å ha gjort en individuell vurdering av pasienten, uten at Fylkesmannen har omgjort vedtaket. Hovedinntrykket fra disse sakene var, ifølge Eick, at «Fylkesmannen vektlegger dette fareprinsippet, at det skal være fare for seg selv eller andre».

De opprinnelige forventningene ved Helsesenteret om hva IRM- forskriften skulle medføre av endringer i 2011 har i stor grad ikke blitt møtt, sier Eick, som møtte med Helse- og omsorgsdepartementet da forskriften skulle lages. «Da sa departementet at den delen med nødvendig helsehjelp som ikke kan vente [...] skulle være en utvidelse av øyeblikkelig hjelp-begrepet. Og etter mine erfaringer er ikke det en utvidelse av det begrepet», forteller han.

Videre mente klinikerne at øyeblikkelig hjelp- begrepet er lite dekkende og stemmer dårlig med den kliniske virkeligheten de møtte i den papirløse pasientgruppen. Som Evang sier, «så gir det veldig lite mening å operere med et sånt ø- hjelp- begrep, fordi når du er kommet dit, så er det for sent». Han poengterer at en tidligere asylsøker som ikke har fastlege vanskelig blir plukket opp av helsesystemet før den psykiske lidelsen blir akutt, og at «faren for at han faktisk tar sitt eget liv er veldig stor. Hele forebyggingsdelen faller bort, og det er jo den som er det viktigste arbeidet i forhold til suicidalitet». Aarseth supplerer dette med å understreke kompleksiteten i det å vurdere psykisk sykdom: «Vurdering av selvmordsfare er ikke enkelt. Og hvor dyp skal depresjonen være? Når bikker det over i noe som kan bli veldig alvorlig?»

I krysningen mellom de juridiske begrepene og den kliniske virkeligheten informantene opplever, oppstår det en rekke problemer. Det kan virke som at klinikerne, som nettopp er klinikere og ikke juridisk kyndige, sliter med å finne balansen mellom jus og klinikk – en balanse som ytterligere kompliseres av at jusen fremstår som uklar og lite anvendelig. Det sistnevnte blir tydelig når selv Rognlien, med sin juridiske bakgrunn, finner IRM- forskriften tvetydig. En jurist vil tolke rettsregelen i lys av flere rettskilder enn bare forskriften, til eksempel lovens formål, lovverkets sammenheng for øvrig, og internasjonale rettskilder. For den helsearbeideren som skal anvende forskriften i enkeltsaker, kan det synes som om rettskildene består av intern praksis ved helseinstitusjonen og en snever tolkning av

ordlyden i forskriften. Skillet mellom psykisk og somatisk sykdom fra tidligere i diskusjonen er relevante også her, fordi det kan virke som at IRM- forskriftens ordlyd lettere lar seg applisere på somatisk sykdom enn på psykiske lidelser i praksis. At Helsesenteret, ifølge alle informantene, opplever det lettere å få offentlig behandling for de somatiske lidelsene, støtter dette inntrykket. Forholdet Eick erfarer, nemlig at Fylkesmannen ser ut til å vektlegge fareprinsippet i IRM- forskriften, kan tyde på at forskriften tolkes ut ifra å skulle beskytte samfunnets interesser, ikke den individuelle papirløse migrants interesser. Tolkningen kan i så fall medføre at psykisk sykdom hos en papirløs må bli så alvorlig at det er overhengende fare for suicid eller voldelig atferd, før den kvalifiserer til behandling i spesialisthelsetjenesten. Den støtter videre Falks inntrykk av at loven tolkes strengt, fordi betingelsene som Rognlien trekker fram, nemlig «sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig smerte eller skade», ikke ser ut til å tolkes som gjeldende for psykisk sykdom. Ved å kritisere, men ikke omgjøre, DPS' håndtering av noen av henvisningene, bekrefter Fylkesmannen at praksisen ikke er optimal, og at det er uregelmessigheter i hvordan noen av disse sakene behandles ved DPS.

4) Konsekvenser av avslag

De ulike konsekvensene av eventuell mangelfull oppfølging og behandling av pasientgruppen ved DPS ble diskutert inngående av alle informantene. Temaet er derfor inndelt i undertemaer.

4.1. Endringer i henvisningspraksis ved Helsesenteret

For mange papirløse pasienter med psykiske vansker eller lidelser er det første steget i en henvisningsprosess møtet med de frivillige behandlerne ved Helsesenteret. Et slikt møte kan, som tidligere beskrevet, inkludere samtale med frivillige psykologer, psykiatere eller psykiatriske sykepleiere. Fra ledelsen ved Helsesenteret ble det uttrykt et ønske om at klinikerne i utgangspunktet skal henvise pasienter til DPS på samme måte som de gjør i sin alminnelige praksis med pasienter som er medlem av folketrygden, dette «for å prøve hva som var mulig der det var naturlig at man ellers hadde gått til et DPS», ifølge Eick. Men henvisningspraksis har endret seg siden senteret ble etablert i 2009. Det var blant alle informantene konsensus om at de papirløse migrantene fra Helsesenteret nå blir henvist sjeldnere enn pasienter med fulle rettigheter som har sammenliknbare psykiske lidelser. Det er, som Aarseth forteller, en «høyere terskel» for å henvise papirløse migranter, og Eick forklarer at det nå er pasienter de er «veldig bekymret for, som vi vurderer å være på kanten til å være suicidale, psykotiske dissosierer» som blir henvist. Det kan være flere ulike grunner til dette. Flere oppga å ha erfart at det ikke nytter å henvise, og sier dette er en mulig årsak til at de papirløse pasientene blir henvist sjeldnere enn pasienter med fulle rettigheter i helsesystemet. Som Evang sier, «i begynnelsen var jeg nok mer hissig på å henvise, så har det liksom ført så lite fram at det er noen som jeg da har valgt å holde i». Praktisk sett er det å henvise, som beskrevet av Eick, «arbeid», og arbeid som kanskje ikke blir prioritert når man vet at det er en blindvei. En annen grunn til færre henvisninger er at en henvisning som sannsynligvis kommer til å bli avvist kan være vanskelig å forklare, og krevende for pasienten. For eksempel, forklarer Eick: «Man blir usikker på hva man skal si til pasienten. Skal man si at jeg sender deg videre? Eller at vi går for et løp der du kommer hit? Da kan en ustabilitet bli at man henviser, men du kan fortsette her likevel.»

Helsesenterets tilnærming til å henvise papirløse migranter til DPS er interessant fordi den tydeliggjør den splittede rollen Helsesenteret har, og hvordan problemene de møter i

henvisningsprosessen er med på å endre henvisningspraksis. For det første forsøker Helsesenteret å dekke en opplevd utilstrekkelighet i det norske helsesystemet, ved å anerkjenne de papirløses faktiske tilstedeværelse i landet. Dette gjør de ved å tilby behandling av deres psykiske lidelser når de oppstår, og å henvise pasientene når Helsesenteret ikke kan tilby god nok hjelp. Henvisningspraksisen kan også tyde på at Helsesenteret ønsker å påpeke en mangel i systemet, når de henviser selv om de vet at det trolig ikke fører noen vei. Helsesenteret forsøker altså å benytte seg av det eksisterende helsesystemet, samtidig som at de ønsker å endre dette systemet og forflytte grensene som foreligger. Et siste viktig aspekt gjør seg gjeldende når informantene medgir at trengende pasienter likevel ikke alltid blir henvist: hensynet til den individuelle pasient, og forpliktelsen behandleren føler overfor pasienten om å ikke gjøre situasjonen verre. Altså kan det virke som om Helsesenteret til tider blir tvunget til å godta systemets restriksjoner for å skåne den individuelle pasient fra skuffelse, og for å kunne jobbe effektivt og målrettet med behandlingen av pasienten. Slik viker de også fra sitt uttalte mål om å alltid henvise for å tydeliggjøre manglene i systemet, selv om pasientens muligheter for hjelp ved DPS kan tenkes å ytterligere reduseres når de ikke blir henvist. Dette fremstår som en vanskelig balansegang mellom Helsesenterets funksjon som behandlende instans og aktør for politisk og faktisk endring.

Det norske helsesystemet etter samhandlingsreformen er i sin helhet basert på at primær- og sekundærhelsetjenesten skal fungere sammen, og slik på best mulig måte sikre at pasientene får hjelp til forebygging, behandling og oppfølging når de trenger det (17). For å fungere hensiktsmessig, er altså det norske helsevesenet avhengig av alle ledd i behandlingsskjeden – inkludert den forebyggende delen. De papirløse pasientene med behov for psykisk helsehjelp har kun tilgang til svært begrensede deler av dette helhetlige tilbudet. Det er, ifølge informantene, svært utfordrende å skulle tilby et meningsfullt behandlingssopplegg for pasientgruppen når det eneste leddet i behandlingsskjeden som står igjen er tilbudet om øyeblikkelig hjelp- innleggelser ved akutt sykdom.

4.2. Oppfølging ved Helsesenteret

«De som har fått avslag fra DPS fortsette jo ofte å komme hit», sier Eick, og legger til: «Men det blir jo et dårligere tilbud enn de kunne fått ellers, det ser man jo på de som har fått tilbud av DPS». At tilbudet ikke blir optimalt, er et syn som støttes av Aarseth, Evang og Falk. Falk påpeker at Helsesenteret har «begrensede midler» og er basert på frivilliges innsats – «dyktige frivillige, men frivillige som er her sjeldnere, sånn at behandlingen her ofte kan ende med at frivillige slutter, eller at man må bytte behandler». Hun mener at pasientene «ofte ikke får så tett oppfølging som man burde ha, eller som man trenger». Ifølge Eick er det et problem å gi pasientene «et tilbud som er til hjelp», når de fleste frivillige på Helsesenteret har vakter kun én gang i måneden. Der Aarseth mener at manglende kontinuitet fra behandlerens side «er helt klart et problem», sier Eick at «kontinuiteten får du kanskje, men du klarer ikke å følge opp like bra når du ser en pasient én gang i måneden», og at tettere oppfølging er en forutsetning for å gi god «kontakt, stabilitet og hjelp». Slitasje på de frivillige ble også trukket fram som et problem når dårlige pasienter skal følges opp ved Helsesenteret. Evang tror at begrenset mulighet for behandling og oppfølging på Helsesenteret handler om et «ressursspørsmål for de frivillige», snarere enn et ressursproblem for Helsesenteret. Han forklarer dette slik: «... Å ha denne typen arbeid på toppen av fullt arbeid ellers ... Det er ganske tungt arbeid, dette, da tror jeg for mange at én gang i måneden er passe, og det er passe for meg. Og det er jo ikke ideelt, ikke sant». Evang sier han i noen tilfeller også har valgt å ta pasienter inn til gratis

behandling i sin private praksis, fordi han har vurdert at pasienten, etter avslag fra DPS, likevel hadde et stort behov for tett oppfølging og behandling.

Den vanskelige og omfattende oppgaven det er å skulle tilby tilfredsstillende psykisk helsehjelp og oppfølging for pasientgruppen blir tydelig i uttalelsene over. Dersom mangel på kontinuitet i behandlingen er et problem, slik Aarseth mener, kan dette tenkes å ha betydning for viktige aspekter i behandlingen av psykisk sykdom i gruppen. Eksempelvis i suicidforebygging, der Evang tidligere understreket hvor viktig tett oppfølging er for å fange opp pasienter før faren for faktisk suicid blir overhengende. Tanken om slitasje på de frivillige sier også noe om ressursene et behandlingsforløp i gruppen krever av behandlerne. Dersom pasientene ikke får den oppfølging deres mentale helsetilstand krever, er det naturlig å tenke seg at flere av pasientene som avvises av DPS, og som fortsetter i terapi ved Helsesenteret, senere vil kunne komme til å bli akutt syke. I et forsøk på å hindre dette, som Evang forteller, har det vært tilfeller der pasienter har blitt tatt inn i de frivilliges privatpraksis. Det er uklart i hvor stort omfang dette skjer. Likevel gir det grunn til å stille spørsmål om en konsekvens av «vegringen» fra DPS om å ta inn pasienter gjør at det faktiske ansvaret for de papirløse migrantene skyves over på andre deler av helsevesenet. Dette taler i så fall også for at behovet for behandling og oppfølging av de papirløse pasientene med psykiske lidelser er høyst reelt.

4.3. Konsekvenser for pasienten og pårørende

Pasienter som får avslag faller ofte tilbake på Helsesenterets tilbud, som diskusjonen over viser. Informantene tok også opp en rekke mulige emosjonelle og helsemessige konsekvenser av avslag for pasientene og deres pårørende. «Jeg er veldig lite fan av at man fremstiller papirløse som tikkende bomber, og at det skal være argumentet for å gi psykisk helsehjelp», sier Falk, og nyanserer: «Min opplevelse i møte med papirløse her [på Helsesenteret] er ikke at de er verken farlige eller tikkende bomber. Men at de har behov for hjelp, og som jeg sa, at mange blir jo... mangel av oppfølging gjør at mange blir veldig dårlige». Dette støttes av Evang, som mener at pasienter med alvorlige traumer som ikke får behandling, risikerer å «bli veldig syke» og utvikle «enda alvorligere symptomer, i retning av å bli helt paranoide» og med økt «suicidfare». Evang mener dette er aspekter som kan virke inn på personers evne og mulighet til for eksempel å føre sin egen asylsak for myndighetene, «ta grep for å returnere til opprinnelseslandet» eller å innpasse seg i samfunnet dersom de senere skulle få omgjort avslaget på asylsøknaden. Selve avslaget fra DPS blir karakterisert av Evang som en «ytterligere avvisning» i en lang rekke avvisninger de papirløse har fått fra myndighetene, et syn som støttes av Falk. For papirløse med torturerfaringer, sier Evang, kan opplevelsen av ikke å bli tatt på alvor av DPS være en «alvorlig tilleggsbelastning i tillegg til torturen».

Informantenes erfaring er at pasienter som får avslag fra DPS kan få «flere akuttinnleggelse», som Falk beskriver. «Jeg tenker at det at man ikke får god nok oppfølging helt klart setter pasienten i større risiko for nye akuttinnleggelse, eventuelt uheldige utfall». Hun forteller om flere tilfeller der pasienter som tidligere har vært akutt innlagt henvises til DPS fra Helsesenteret, får avslag på henvisningen, «og så senere akutt innlagt igjen». Dette registreres med fortvilelse fra Helsesenterets ledelse og frivillige, som ser pasienter i forverring, inntil tilstanden krever akuttbehandling: «... og da får de hjelp. Men hvis de hadde fått oppfølging før, og jevnlig over tid, kanskje de hadde fått såpass stabilitet at de hadde unngått å bli så dårlige at de måtte akuttinnlegges», sier Falk.

Rognlien og Eick trekker også fram konsekvensene for pårørende til de pasientene som får avslag hos DPS. «I flere saker har også pasientene ansvar for barn», sier Rognlien,

som forteller at eventuelle hensyn til pasientens barn ved vurdering av behov for helsehjelp «ikke har kommet til uttrykk i vedtakene». Også i en av sakene der pasientens tilstand ble akutt etter avslag fra DPS var det barn inne i bildet, ifølge Rognlien, som legger til at IRM-forskriften ikke regulerer disse problemstillingene eksplisitt. Hun påpeker at ifølge FNs barnekonvensjon, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn i alle faktiske og juridiske handlinger myndighetene foretar seg, og at det er et spørsmål hvilke rettslige reguleringer som faktisk gjelder på dette området. Eick rapporterer om «slitasje på nærmeste pårørende» til de som får avslag fra DPS, og påpeker at mange personer som har fått innvilget opphold har kontakt med papirløse familiemedlemmer. «Disse har kontakt med papirløse som har psykisk sykdom, som de tar seg av og er bekymret for», sier Eick.

Informantene skisserer et todelt bilde av hva avvisningen fra DPS innebærer for pasienten. For det første får pasienten reelt dårligere forutsetninger for bedring, hvor resultatet til slutt blir at pasienten likevel legges inn på grunn av akutt forverring. For det andre oppleves avvisningen *i seg selv* som nok et signal om at pasienten ikke er ønsket i det norske samfunnet, som kan være en emosjonell tilleggsbelastning for pasienten. Å avvise pasienter fra Helsesenteret som ikke tydelig faller inn under øyeblikkelig hjelp- begrepet, kan synes å ha en sekundæreffekt der arbeidsmengden økes for DPS, dersom man, som informantene antyder, kunne unngått noen av de alvorligere tilstandene ved å tilby behandling på et tidligere tidspunkt. Det oppstår også et viktig rettsmessig aspekt idet informantene sier at enkelte pasienter, i mangel av god nok helsehjelp, kan bli dårligere skikket til blant annet å tale sin egen asylsak og begjære omgjøring av vedtak om utsendelse. Dersom dette er tilfellet, står vi overfor en potensiell trussel mot disse pasientenes rettssikkerhet i samfunnet.

4.4. Konsekvenser for samfunnet

Eick mener det er grunn til å være bevisst helsepersonells rolle i utøvelsen av lovverk og forskrifter, og sier at «det har konsekvenser for helsepersonell som sitter og er portvoktere», når de papirløse pasientene henvises til DPS. Han mener helsepersonellet «antakelig tenker at de forholder seg til et lovverk [...], men den utøvelsen de gjør tenker jeg er farlig i forhold til at grensene flyttes, de yrkesetiske retningslinjene». Med dette mener han at en praksis der pasienters reelle helsebehov ikke blir vurdert individuelt, potensielt kan flyttes over til befolkningen generelt, og at man risikerer å fortrenge de «helseetiske retningslinjene» til fordel for å skulle følge et regelverk. Reglene og prosedyrene som gjennomsyrrer helsevesenet, sier Eick, kan gjøre helsepersonell «mindre reflekterende over praksisen sin». Når reglene strammes inn, «fortsetter helsepersonell å følge de reglene uten å reflektere veldig over slags konsekvenser de har». Det faktum at noen av pasientene får innvilget opphold på et senere tidspunkt, mener Evang er et sterkt argument for å bedre de papirløses tilgang til psykisk helsehjelp, et synspunkt som støttes av Eick. Som Evang sier: «Det er enormt mye å vinne for Norge som samfunn, i å sette folk i stand til å bidra. Da spiller dette med henvisning en rolle».

Falk mener at helsepersonell i møte med papirløse pasienter står overfor et «veldig stort etisk dilemma», og at de for å kunne følge retningslinjene fra myndighetene kan bli «tvunget til å bryte sine egne etiske retningslinjer». Hun påpeker at det er lovverket som setter helsepersonell i denne vanskelige situasjonen, og at press fra ledelse og administrasjon kan være årsaken til det hun anser som en frykt hos offentlig helsepersonell «for å gjøre for mye»: «De vurderer ikke pasientens behov, de setter pasienten i en kategori som sier noe om hvor mye helsehjelp man skal få». Falk mener at en mulig løsning på det etiske dilemmaet for helsepersonell er at «noen tar et standpunkt og velger å ta inn og behandle», og at dette kan ha

«en positiv effekt på praksis» ved en institusjon. Hun mener videre at «helsepersonell er og bør være aktivister for sin egen yrkesetikk», og bør forholde seg til «yrkesetikken først og fremst». Aarseth støtter tanken om at folk «skal behandles ut fra sitt behov, og ikke ut fra deres formelle rettigheter i samfunnet», og sier at «kollisjonen mellom yrkesetikken og det å avslå behandling» er et reelt problem. Han mener likevel at hovedproblemet er at de papirløse «faktisk ikke har rettigheter, og derfor ikke får den behandlingen de burde ha fått».

Informantene mener altså at deler av problematikken de møter når papirløse migranter skal henvises kan ha ringvirkninger i samfunnet på et større plan. Et aspekt som går igjen i flere av hovedtemaene, er helsepersonellens splittede rolle overfor den papirløse pasienten, når helsearbeideren skal være både behandler og samtidig forholde seg til et juridisk rammeverk for pasientens rettigheter. Informantene trekker fram motsetningene mellom disse to rollene, og det kan virke som om de frykter at helseetiske retningslinjer må vike til fordel for et overdrevent fokus på retningslinjer og forskrifter fra arbeidsgiver og myndigheter. Som Aarseth sier, «Jeg skulle jo ønske at det var flere leger som ga tilbud, og så får noen andre passe på økonomien». Hvorvidt en slik «portvokter»- rolle fremfor en behandlerrolle kan sies å overføres til helsesystemet i større skala, er vanskelig å vurdere. Det er likevel viktig å diskutere hvilke konsekvenser det eventuelt vil ha for samfunnet. Det kan tenkes at dersom helsearbeidere i også skal ha rollen som portvoktere for spesialisthelsetjenesten, vil man unngå å fange opp behandlingstrengende pasienter, fordi betraktninger om pasientens rettigheter i helsesystemet tilslører pasientens virkelige behov for behandling. Dersom dette er tilfellet, unngår vi å forhindre skade der det er mulig. Kan hende fratar vi også enkeltpasienters mulighet til å inngå som velfungerende borgere av det norske samfunnet, uavhengig av juridisk status.

Oppsummerende diskusjon og konklusjon

I denne studien har jeg funnet at klinikerne ved Helsesenteret tror papirløse pasienter med psykiske lidelser henvises sjeldnere enn regulære pasienter til DPS, og at dette kan skyldes en erfaring av at henvisningene ofte blir avslått. Helsesenteret driver en vanskelig balansegang mellom å være aktør for å bedre det psykiske helsetilbudet, og samtidig ta vare på enkeltpasientene. Den generelle oppfatningen var at DPS vegrer seg mot å ta inn de papirløse pasientene. DPS er ikke et tilgjengelig helsetilbud for papirløse migranter, ifølge informantene. At pasientgruppen ofte blir avslått ved henvisning til spesialisthelsetjenesten kan skyldes økonomiske eller administrative forhold ved institusjonene, at en psykisk lidelse kan være vanskeligere å definere klart som akutt sammenliknet med en somatisk lidelse, manglende forståelse for mekanismer for psykisk sykdom i gruppen, og at flere ulike lover og forskrifter spiller inn. Informantene oppga å ha erfart en rekke begrunnelser for avslag på henvisning, deriblant mangel på lovlig opphold, rettigheter og betalingsevne, og at pasientens vanskelige livssituasjon vil gjøre pasienten ute av stand til å nyttiggjøre seg helsehjelpen. Inntrykket var at henvisningssvarene ofte inneholder liten grad av medisinsk faglighet, og sjeldent inneholdt en individuell vurdering av pasienten. Informantene opplevde at tolkningen av relevante forskrifter er problematisk, og at lovverket i seg selv er strengt. De etterlyste også mer kunnskap om hvordan DPS anvender lovverket i praksis. De frivillige klinikerne mente at begrepet «øyeblikkelig hjelp» stemmer dårlig med den kliniske virkeligheten i pasientgruppen. Avslag på henvisning kan muligens føre til et dårligere behandlingstilbud for pasientene med økt sjanse for akutt sykdomsforverring, dårligere rettsikkerhet for gruppen, slitasje på de frivillige ved Helsesenteret, samt sekundæreffekter på pasientenes pårørende,

inkludert barn. Informantene la også fram en rekke etiske dilemmaer for helsepersonell som møter papirløse migranter med psykisk sykdom, og at det er problematisk når helsepersonell får rollen som «portvoktere» for inngang til spesialisthelsetjenesten.

Basert på funnene er det grunn til å tro at det er en større grad av avvisning av alvorlig psykisk sykdom hos papirløse enn hos regulære pasienter. Funnene reiser også tvil om hvorvidt IRM- forskriftens begreper som rett til «øyeblikkelig hjelp» er relevante og hensiktsmessige når det kommer til behandling av psykisk syke papirløse migranter. Det fremstår som at pasientgruppen havner mellom to realiteter – et stort behov for helsehjelp på den ene siden, og en utilstrekkelighet i det norske helsesystemet på den andre.

De etiske dilemmaene informantene beskriver, er på mange måter oppsummerende for funnene i denne studien. Når Helsesenterets behandlere erfarer at en henvisning til DPS sjeldent fører fram på grunn av et strengt lovverk, unnlater de oftere å henwise, på grunn av en etisk forankret forpliktelse om å hjelpe pasienten på best mulig måte. Lovene, og tolkningen av disse, fører til at henvisningene sjeldent fører fram, og behandlerne velger å skåne pasienten fra avvisning fremfor å kjempe for deres tilgang til bedre psykisk helsehjelp. Dette er problematisk fordi, som tidligere diskutert, er helsesystemet som helhet basert på et kontinuerlig behandlingstilbud som spenner fra primærforebygging til akutt innleggelse og øyeblikkelig hjelp. Når leddene i systemet som kommer forut for akutt innleggelse forsvinner, blir helsevesenet i praksis utilgjengelig og unyttig for den papirløse pasientgruppen som omtales i denne studien. Gruppen blir «usynlige» for helsemyndighetene, når ansvaret for dem overlates til frivillige institusjoner som Helsesenteret, og til den individuelle helsearbeider som får valget om å avvise eller akseptere pasienters ønske om psykisk helsehjelp.

Styrker og begrensninger ved studien

Valget om å benytte semistrukturert intervju som design for denne kvalitative studien har medført fordeler og ulemper. Målet med studien var å utforske hvilke erfaringer og betraktninger nøkkelinformantene har gjort seg om psykisk sykdom i og henvisning av pasientgruppen. Dette har semistrukturert intervju fått tydelig fram, blant annet fordi designet tillater informantene å vektlegge det de synes er viktigst og mest relevant for problemstillingen. På den andre siden er ikke studien egnet til å trekke generelle konklusjoner om DPS' håndtering av henvisningene, eller til å fastslå absolutte sannheter om hvordan de papirløse pasientene møtes. Utvalget er lite, og det behøves med forskning rundt temaene for å kunne fastslå i hvilken grad funnene er overførbare til andre deler av landet eller kontinentet.

En styrke ved studien er at informantene selv har skrevet en rekke henvisninger og mottatt svarene, møtt mange papirløse migranter med psykisk sykdom, og har god kjennskap til lovverket det opereres med. Informantene er over gjennomsnittlig engasjert i problemstillingen, og har klare politiske meninger om papirløses rettigheter, om feil og mangler i systemet, samt om hvordan institusjoner navigerer i det juridiske landskapet som er relevant for pasientgruppen. De er dessuten, i kraft av sitt engasjement for saken, svært villige til å dele sin erfaring og detaljkunnskap om temaet, som er særlig verdifullt i en tid hvor det er mye fokus på «helseturisme» og bekymringer om hva den økte flyktningestrømmen kan medføre av utgifter for det norske samfunnet. På samme tid er dette et tema det finnes lite forskning på, og det er nettopp den detaljerte kunnskapen og rikholdige erfaringen informantene innehar om henvisningsprosessen av de papirløse, som gjør dem særlig

kvalifisert til å bidra til forskningen. Det var også nettopp denne erfaringen jeg ønsket å utforske i studien, og ved at informantene representerer ulike fagfelt som alle berører pasientenes saksbehandling, fikk jeg tilgang til å utforske problemstillingene på en bredere måte. Jeg ser det altså som et fortrinn at informantene har en særlig nærhet til problemstillingene i sitt virke ved Helsesenteret. Dette farger naturligvis deres oppfatning av hvorfor psykisk helsehjelp til papirløse er vanskelig, men det var nettopp disse personspesifikke oppfatningene jeg ønsket å belyse.

Som forfatter og intervjuer har jeg selv gått inn i møtet med informantene med en forforståelse av sammenhenger og problemstillinger. Jeg har tidligere jobbet som frivillig ved Helsesenteret, og kommer trolig til å fortsette med denne aktiviteten etter prosjektperioden. Det kan ikke utelukkes at jeg, i møtet med informantene, har bidratt til å påvirke dem gjennom en reaksjonseffekt, eller at jeg har valgt ut sitater fra datamaterialet som «passer» med min egen forforståelse av temaet. Disse faktorene kan ha resultert i en bias, som vanskelig lar seg eliminere totalt av en forsker som bryr seg om sitt forskningsfelt. Jeg har imidlertid forsøkt å erkjenne denne mulige effekten når jeg har bearbeidet funnene, for å forsøke å minimere betydningen av den.

Spørsmål til videre forskning

Pasientenes erfaringer med å bli henvist til DPS ville være nyttige steg på veien til en bredere forståelse av hvordan papirløse migranter møtes av det offentlige helsevesenet i Norge. Dette har bevisst blitt utelatt i denne studien, ettersom omfanget av oppgaven er begrenset, og fordi eventuell anonymisering av den sårbare pasientgruppen ville krevd mer tid enn jeg hadde til disposisjon. Kvalitative intervjuer med subjektene i problemstillingen, nemlig pasientene, ville kunne gi verdifull innsikt i mekanismene bak sykdom og konsekvensene av mangel på psykisk helsehjelp.

En naturlig vei videre fra denne studien vil være å undersøke nærmere hvilke resonnementer som ligger bak DPS' håndtering av henvisninger av papirløse migranter med psykiske lidelser. Planen om at studien i utgangspunktet skulle inkludere DPS' stemme i form av konkrete henvisningssvar fra institusjonene, ble skrinlagt da innsynet i disse dokumentene ikke ble godkjent av REK. Intervjuforespørsler til inntaksteam ved DPS har heller ikke ført fram. En rekke spørsmål, som ikke kan besvares av denne studien, er likevel viktige å søke svar på: Hvor ofte refereres det faktisk til lover og forskrifter i henvisningene? Hvilke konkrete begreper brukes oftest, og hva ligger bak disse begrepene? Finnes det lokale prosedyrer ved de ulike institusjonene som legger føringer for hvordan inntaksteam skal vurdere de papirløse pasientene som henvises? Kunnskap om hvordan DPS resonnerer rundt henvisningene blir utpekt av alle informantene som et felt der det trengs mer kunnskap og forskning. Mer inngående studier av henvisningssvarene, tolkning av lovverk og DPS' faktiske rutiner vil trolig kunne avkrefte og underbygge de ulike hypotesene framstilt av informantene i denne studien, og tilføre viktig informasjon som jeg i denne studien ikke fikk mulighet til å utforske.

Stor takk til:

Veileder Christina Brux Mburu for detaljerte tilbakemeldinger, tålmodighet og uvurderlig hjelp med prosjektoppgaven. . Anne- Lise Middelthon og de andre erfarne forskerne ved Helsam for nyttige innspill og oppmuntring. Informantene og de frivillige ved Helsesenteret, som har investert sin tid, sitt engasjement og sine ressurser i prosjektet.

Litteratur

1. UNCHR. UNHCR Global trends - Forced displacement in 2014 2014 [cited 2016 06.06.2016]. Available from: www.unhcr.org/556725e69.
2. Banulescu-Bogdan N, Fratzke S. Europe's Migration Crisis in Context: Why Now and What Next? Washington Migration Policy Institute; 2015 [cited 2016 06.06.]. Available from: <http://www.migrationpolicy.org/article/europe-migration-crisis-context-why-now-and-what-next>
3. Asylum in the EU: Over 210 000 first time asylum seekers in the EU in the second quarter of 2015 [press release]. Eurostat, September 18 2015 2015.
4. Utlendingsdirektoratet. Utlendingsdirektoratets årsrapport 2015 2015 [Available from: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/arsrapporter/tall-og-fakta-2015/faktaskriv-2015/hvor-mange-sokte-om-beskyttelse/>
5. Li-Chun Z. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Oslo: Utlendingsdirektoratet - FoU report; 2008 2008.
6. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet (London, England)*. 2005;365(9467):1309-14.
7. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2009;302(5):537-49.
8. Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. Paperless migrants and Norwegian general practitioners. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2016;136(10):911-3.
9. Brux Mburu C, Middelthon A-L, Hilden P. Utvikling av psykiske og psykososiale helsetjenester ved Helsesenteret for papirløse migranter. In: Søvig K.H. JCM, Bendixsen S.K., editor. *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. 1 ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015.
10. Whist B. "Det er håpløst, men vi gir oss ikke!": Terapeuters erfaring med psykologisk arbeid med papirløse migranter. Oslo: Universitetet i Oslo 2013.
11. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket, LOV-1999-07-02-63-§1-2. Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 16. desember 2011 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 1-2 første ledd. (2011).
12. Eick F. Årsrapport 2015 - Om det skjulte helsebehovet. Oslo: Helsesenter for papirløse migranter i Oslo 2015.
13. Høringsnotat - Endring av prioriteringsforskriften - Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet (2010).
14. Moen K, Middelthon A-L. Qualitative research methods In: Laake P BH, Olsen BR. , editor. *Research in medical and biological sciences From planning and preparation to grant application and publication* Oslo Elsevier Ltd. ; 2015.
15. Mason J. *Qualitative interviewing Qualitative Researching* Second ed. London SAGE; 2002.
16. Søvig K. Tilgang til velferdstjenester for irregulære migranter etter det norske regelverket In: Bendixsen S, Jacobsen C, Søvig K, editors. *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. 1. ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2015. p. 280.
17. HOD. Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid.: Helse- og omsorgsdepartementet 2008- 2009. Report No.: Statsmelding nr. 47.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Hvordan møter DPS papirløse migranter med alvorlige psykiske helseproblemer? En kvalitativ analyse av etiske, juridiske og helsefaglige problemstillinger i henvisningsprosessen til Distriktpsikiatrisk senter (DPS).»

Bakgrunn og formål

Studien tar sikte på å gi en kvalitativ analyse av etiske, juridiske og helsefaglige aspekter ved henvisningsprosessen av psykisk syke papirløse migranter til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og hvordan spesialisthelsetjenesten møter disse pasientene. Studiens datagrunnlag vil bestå av kvalitative intervjuer med en rekke nøkkelpersoner fra blant annet Helsesenter for papirløse migranter i Oslo (Helsesenteret), DPS og informanter med kjennskap til juridiske aspekter ved håndtering av slike henvisninger.

Alle informanter vil få muligheten til å lese gjennom og godkjenne tekst og sitater fra intervjuene før prosjektoppgaven publiseres.

Prosjektet er en obligatorisk forskningsoppgave ved profesjonsstudiet i medisin, Universitetet i Oslo. Veileder er tilknyttet universitetets Institutt for Helse og Samfunn (HELSAM).

_____ er blitt forespurt om deltakelse i forskningsprosjektet på grunn av sin rolle som erfaren behandlingsansvarlig av pasientgruppen ved Helsesenteret, der vurdering av behandlingsbehov, henvisning til spesialisthelsetjenesten og oppfølging av pasienter er sentrale problemstillinger. I tillegg har vedkommende erfaring med rettighetsproblematikk som er relevant for pasientgruppen. Slik kan vedkommende nøkkelinformant belyse en viktig del av den prosessen det er å oppsøke psykisk helsehjelp eller vurdering for dette for papirløse migranter med psykisk sykdom.

_____ er blitt forespurt om deltakelse i forskningsprosjektet på grunn av sin sentrale rolle ved Helsesenter for papirløse migranter i Oslo – behandlende og henvisende institusjon for en rekke papirløse migranter med psykiske lidelser. Vedkommende nøkkelinformant har, i kraft av sin lange erfaring som medarbeider og leder ved Helsesenteret, mulighet til å tilføre viktige empiriske betraktninger om utfordringene rundt å oppnå god psykisk helsehjelp for Helsesenterets pasienter.

_____ er blitt forespurt om deltakelse i forskningsprosjektet på grunn av sin kjennskap til og erfaring med de juridiske aspektene rundt rettigheter for gruppen, og kan tilføre viktig informasjon om tolkning av lovverk, foreliggende lovverks virkningsområder, og til en viss grad hvordan disse tolkes i praksis.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer innsamling av informasjon gjennom et semistrukkert kvalitativt intervju. Intervjuguiden, der det er skissert hvilke hovedtemaer som vil bli tatt opp, ligger vedlagt i denne eposten. Intervjuet vil bli tatt opp med digital lydopptaker, samt at det vil bli gjort skriftlige notater underveis i intervjuet. Hensikten med intervjuet er at nøkkelinformanten uttaler seg som offentlig ansatt/ tilknyttet behandlingsinstitusjonen/organisasjonen han/hun tilhører. Det vil ikke bli foretatt anonymisering av intervjuobjektene i publikasjonen, og vedkommende samtykker herved at dette er kjent. Dette begrunnes med at anonymisering av intervjuobjektene ikke ville være hensiktsmessig, da målet med intervjuet er at intervjuobjektene uttaler seg i kraft av å være offentlig ansatte/ kjente personer, og at vedkommende uttaler seg i kraft av å være ansatt i denne rollen. Skulle en informant ønske å beholde sin anonymitet i publikasjonen av spesielle årsaker, er dette noe informanten og forsker vil komme til enighet om underveis i prosessen.

Intervju vil innebære følgende: et hovedintervju med opptil 3 timers varighet, samt et eventuelt oppfølgingsintervju for klargjøring av visse spørsmål. Rekontakt og avtale for oppfølgingsintervju vil gjøres etter at hovedintervjuet er gjennomført, og informanten samtykker herved til dette.

Spørsmålene vil omhandle nøkkelinformantens kjennskap til generelle forhold rundt henvisning og behandling av papirløse migranter til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, eller juridiske og etiske spørsmål knyttet til forskningsområdet. Se vedlagte intervjuguider for hver enkelt nøkkelinformant for mer detaljert beskrivelse av intervjutema.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Kun informantens navn og rolle i det offentlige vil bli publisert. Alle øvrige personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og sammen med lydopptak fra intervjuet bli oppbevart på brukerstyrt og passordbeskyttet server ved Universitetet i Oslo. Informasjonen vil kun være tilgjengelig for student og veileder.

Deltakerne vil kunne gjenkjennes i publikasjonen, ettersom informasjonen de tilfører prosjektet er basert på deres rolle i det offentlige rom.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juli 2017. Personopplysninger og lydopptak vil da bli slettet, derunder også notater gjort i forbindelse med intervjuet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med veileder Christina Brux Mburu, telefon 22850613, eller medisinstudent Ulrikke Bjørnsdatter Aarseth, telefon 92028947. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)