

Akutt krisehjelp til asylsøkere som er sluppet ut fra internering i Australia

Ved Nicholas G. Procter



Helsepersonell som arbeider med akutt krisehjelp, kan komme til å møte flyktninger og asylsøkere i ytterste nød. Denne artikkelen er ment å være til hjelp for helsepersonell i deres møte med voksne asylsøkere som er suicidale eller har forsøkt å skade seg selv. Hvordan skal man formidle trygghet, tillit og aksept til disse menneskene? Vi vil her legge vekt på praktiske strategier for å hjelpe helsepersonell til å vurdere, vise omsorg for og trøste flyktninger og asylsøkere i en krisesituasjon.

Scenario fra akuttavdelingen



Ali (ikke hans virkelige navn) har midlertidig visum, er 31 år og har kone og to barn i Afghanistan. Politiet fant ham vandrende i gatene kl. 3.30 på natten og tok ham med til et sykehus i Sydney. Han var gråtkvalt, redd og virket veldig urolig i politiets varetekt.

Med hjelp av en statsautorisert tolk tok sykepleieren i mottakelsen imot Ali med ordene: "Jeg er ikke her for å skade deg, jeg er her for å høre på din historie". I begynnelsen fingret Ali med skjorteknappene sine og hadde begrenset øyekontakt med sykepleieren, skalv og snakket med lav, nesten uhørlig stemme, men det virket som han slappet mer av etter hvert som samtalen skred frem:

"I noen måneder etter at jeg kom hit, følte jeg meg fri. Nå føler jeg at jeg igjen er offer for fundamentalisme; jeg har fått lide tidligere og kommer til å lide igjen i fremtiden. Jeg føler at det å være her har betydd at jeg har blitt straffet dobbelt, for jeg ble ikke stolt på eller likt Afghanistan, og jeg blir ikke stolt på eller likt her i dette landet – Australia. Og sånn er det: vi blir straffet dobbelt, og her stoler de ikke på oss, for

regjeringen tror at vi kan være en fare for dette landet på en eller annen måte. Og slik blir vi to ganger offer for fundamentalisme.

Jeg har vært borte fra familien min i nesten fire år nå, og det er veldig vanskelig for et menneske. Det er vanskelig for meg å være det mennesket jeg ønsker å være...

Jeg kan ikke snakke språket her, jeg føler meg dum her, og jeg føler at ingen her respekterer meg. Jeg har ikke familie eller venner her. Livet er i limbo, det er som om jeg flyter.¹ Jeg har ventet 39 måneder på brevet som avgjør min skjebne."

Ali kom til vår region for fire måneder siden for å arbeide på en kyllingfarm. Han kunne ikke snakke engelsk da han kom til Australia, og lærte det mest elementære av noen av dem han bodde sammen med i forskjellige perioder etter at han kom ut fra internering.

De siste par ukene før han ble plukket opp av politiet, hadde han savnet familien sin forferdelig. Han fryktet svaret på søknaden om permanent oppholdstillatelse, levde i limbo, og dette hadde holdt ham våken om nettene. Han pleide å legge seg i elleve/tolvtiden om kvelden og falt da i søvn, men våknet igjen i ett/halvtotiden. Han sa at han hadde

vanskelig for å konsentrere seg og at han gikk med selvmordstanker.

Da genseren ble tatt av, la sykepleieren merke til 8–12 brennemerker på Alis høyre arm. Disse hadde han laget selv med en tent sigarett. Han sa at han hadde gjort dette om natten uten å føle smerte eller ubehag eller uro ved lukten av brent hud. Noen ganger gikk han gatelangs om natten rett før han brennemerket seg selv. Han snakket også om at han følte at "alle mennesker" hatet ham ... "ingen av de australske eller afghanske vennene hans ville ha ham her". "Ingen vil ha oss her ... alt er bare politikk", sa han til sykepleieren. På dette punktet i samtalen viste han frem medisiner som han hadde fått av den lokale legen (Fluvoxamine 150 mg nocte). Han sa at han prøver å stole på andre. Han sa også at han ønsker å tro at livet hans er verd å leve. ...

Etter hvert som samtalen skred frem, var det mulig å danne seg et generelt bilde av selvmordsfaren og foreta en vurdering av den psykiske helsetilstanden ved hjelp av eksisterende sykehusjournaler. For å vurdere selvmordsrisiko ble det stilt spørsmål relatert til risikofaktorer og beskyttende faktorer. Spørsmålene ble stilt indirekte og ikke direkte fordi dette hjelper asylsøkere til å unngå å føle skam eller bli tilbakeholdne med å åpent diskutere sin situasjon.

Australia har ca. 9 500 personer med en type visum som gir midlertidig oppholdstillatelse i Australia i tre år (Temporary Protection Visa (TPV)). Med et slikt visum har de begrenset tilgang til sosialtjenester og utdanning og ingen mulighet for familiegjengforening, heller ikke med ektefelle og/eller barn.

Når tre år har gått, må de søke om flyktningstatus på nytt, men de er overhodet ikke sikret et positivt svar. Denne usikkerheten kan medføre en enorm fysisk og psykisk belastning. For mange mennesker med midlertidig visum (TPV) er selvmord en svært reell mulighet.

Mennesker med TPV har ofte flyktet for å redde livet – de har en sterk livsvilje, men muligheten til å dø trer sterkt frem for dem. Når de vet at visumet snart utløper, sviner håpet om å få bli i Australia, og dette skaper en lidelse som ikke er til å bære. De er ofte overbevist om at de vil bli drept hvis de blir nødt til å dra hjem.

¹ Her brukte asylsøkeren Dari-ordet "Mualagh" som han med hjelp fra en statsautorisert tolk og oversetter forklarte på følgende måte: "Det kommer fra en følelse av å holdes svevende. Du er enten på bakken eller i luften. Når du *verken* er på jorden eller i luften, "flyter" du. Det er som om føttene dine ikke går på bakken og heller ikke er i luften. Det er som å "være og ikke være et sted" på samme tid."

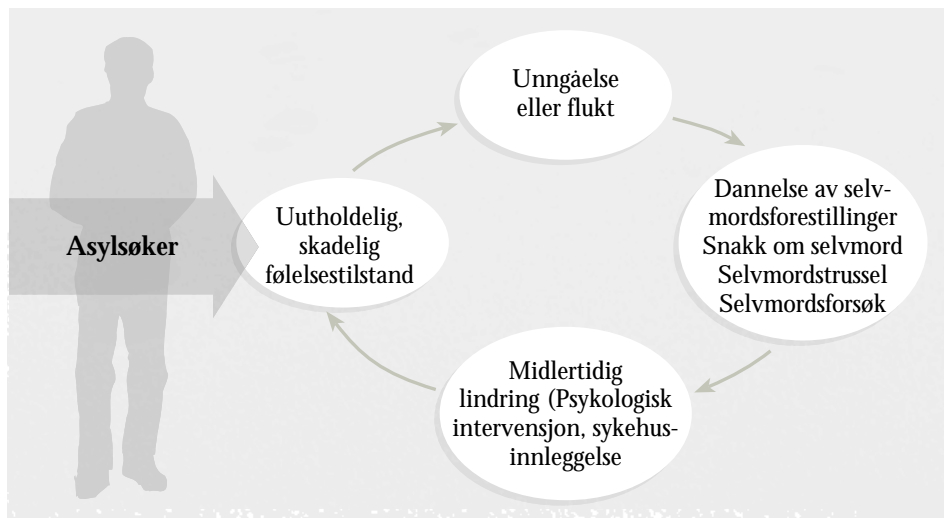


Fig.: Syklus for asylsøkeres psykiske helse

Hvis de først skal måtte dø, foretrekker de fleste at det skjer for egen hånd. (Ashford, 2003).

Virkningen av en så stor lidelse kommer frem i en undersøkelse som nylig er utført i New South Wales. Denne undersøkelsen viser at risikoen for å utvikle depresjon og posttraumatisk stresslidelse var syv ganger høyere hos flyktninger med midlertidig visum (TPV) enn hos flyktninger med permanent oppholdstillatelse. (University of New South Wales, 2004).

Mange har et så skjørt grep om tilværelsen at de ikke ser poenget med å skaffe seg noen ting, til og med dekketøyet er midlertidig – papirduker, papptallerkener, engangsbestikk. (Procter, 2004a and 2004c). De negative virkningene for asylsøkernes psykiske helse som vi ser i Australia, vises i figuren ovenfor. I Australia begynte man nylig å intervju personer med midlertidig visum vedrørende søknadsprosessen for å få permanent oppholdstillatelse.

I den forbindelse kom det frem ny informasjon om hvordan noen asylsøkere opplever livet sitt og om hvordan tidligere traumer innvirker på hverdagen deres. Usikkerheten i tilværelsen og den sterke overbevisningen mange har om at det ikke er trygt å vende tilbake til hjemlandet, har medført enorme fysiske og psykiske belastninger.

Det er viktig at helsepersonell som arbeider med akutt krisehjelp, kjenner til de stressfaktorene som har innvirkning på personer med midlertidig visum, fordi intervensjon ved psykiske problemer, psykisk sykdom og selvmordsfare hos asylsøkere innebærer å skape et trygt og forutsigbart miljø. (Silove, Steel and Mc Gorry et al, 1998). Utrygghetsfølelse og et liv i limbo øker risikoen for selvmord

for en gruppe som allerede lider av depresjon og posttraumatisk stresslidelse. (Baker and Feinfelf, 2003)

En asylsøker fra Sydney som forfatteren intervjuet i New South Wales (29 år gamle Abass), fikk nylig brev fra immigrasjonsmyndighetene med beskjed om at hans midlertidige visum var utløpt og at søknaden hans om fornyelse var avslått. Da vi snakket om dette, sa han:

"Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre ... jeg føler meg maktesløs ... jeg kan ikke vende tilbake til Afghanistan... å dra tilbake er som å se døden i øynene. Jeg ser ingen utvei, jeg har ikke noe valg, og hvis jeg drar tilbake dit, vil jeg bli drept." En annen mann (Reza) som også fikk søknaden sin avslått, beskrev følelsene sine på følgende måte:

"Jeg er helt nummen. Jeg vet ikke hva som vil skje. Jeg ser bare mørke, fengsel. Det var fengsel og mørke som fikk meg til å forlate landet mitt, og nå frykter jeg at jeg må gjennom det samme igjen, alle minnene kommer tilbake. Jeg har vært ute av leiren (interneringsanstalten) og har bodd 3 år og 5 måneder i dette samfunnet. Jeg har ingen forhåpninger, for alle har fått søknaden avslått. Jeg har vært hos legen fordi jeg er veldig stresset. Jeg føler at jeg holder på å bli gal. Jeg vil ikke reise tilbake til Afghanistan som en gal mann."



Da er det bedre å dø. Før jeg blir gal, før jeg blir syk, før jeg blir innlagt, foretrekker jeg å ta livet av meg."

De siste fire årene har forfatteren intervjuet flere som uttrykker sterkt at de bokstavelig talt blir drevet inn i døden av å ikke kjenne sin egen fremtid. Derfor er det helt klart at helsepersonell bør vite så mye som mulig om hvordan de kan få i tale grupper og individer som muligens kunne dra nytte av målrettede, kliniske intervensjoner.

Intervensjoner til hjelp for selvskadende asylsøkere

WHO's dokument *Mental Health in Emergencies* (WHO, 2003) gir et rammeverk for hvordan personer i krisesituasjoner kan hjelpes. Ifølge WHO bør de som arbeider med psykisk helse i en krisesituasjon, ta i betraktning at sosiale intervensjoner kan ha innvirkning på psykisk helse og psykologiske intervensjoner kan ha sosiale effekter.

Helsepersonell som arbeider på steder hvor det er sannsynlig at asylsøkere vil dukke opp, bør (a) utvikle et system der en egen koordinator har ansvar for å knytte helsearbeideren til personen som søker hjelp; (b) utarbeide detaljerte planer for hvordan det kan gis adekvat sosial og psykologisk respons; og (c) utdanne og trene relevant personell i angitte sosiale og psykologiske intervensjoner.

Spesielt viktig er:

1. Å vurdere og planlegge med tanke på den aktuelle situasjonen (kultur, miljø, psykiske helseproblemer (utvikling og type), familiens oppfatning av lidelse og sykdom, mestringsstrategier, ressurser innen det lokale nettverket osv.). Det bør inkluderes en kvantitativ vurdering av uførhet og/eller av hvordan personen fungerer i det daglige, så vel som kvalitative og psykososiale dimensjoner. Hvis en første vurdering avdekker et vidt spekter av behov som sannsynligvis ikke blir møtt, bør vurderingsrapportene fra helsepersonellet spesifisere hvor presserende behovene er, samt angi lokale ressurser og potensielle eksterne ressurser.

2. Intervensjoner som bygger på samarbeid. Disse innebærer konsultasjoner mellom og engasjement fra asylsøkerens nettverk

av familie og venner, immigrasjonsadvokaten og/eller -agenten, helsepersonell, frivillige organisasjoner og ulike støttespillere.

For å kunne yte klinisk relevant, integrert krisehjelp er det fundamentalt viktig at helsearbeideren på kriseteamet oppretter et nettverk og samler informasjon. Dette vil gi helsepersonellet mulighet til å lære av asylsøkere med midlertidig visum, for eksempel om hvordan deres kulturelle bakgrunn styrer og preger måten de kommuniserer om helseproblemer på; hvordan symptomer presenteres; hvordan stressfaktorer oppfattes; når, hvordan og hvorfor de søker hjelp; og hva de synes om den hjelpen de får.

Bevisst selvskadning eller selvmordsforsøk

Som tidligere nevnt, dukker det nå opp historier som viser at selvskadning, selvmord og selvmordsforsøk gjerne skjer når en asylsøker har fått avslag på søknaden om permanent oppholdstillatelse og blir bedt om å reise tilbake til sitt opprinnelsesland (Kelbie, 2004; Joint Standing Committee on Foreign Affairs, Defence and Trade, Human Rights Sub-Committee Report 2001; Williams, 2003). I den forbindelse kan det være til hjelp å samle informasjon om vedkommende og bakgrunnen for at han flyktet fra hjemlandet for å få klarhet i om selvmordshandlingen kan være til skade for enkeltpersoner eller familien i hjemlandet. Hvilken intervensjon helsearbeideren velger, vil avhenge av hvor langt asylsøkeren har kommet i søkeprosessen, dvs. om avslaget er endelig, og hvordan han opplever og reagerer på avslaget. Innsamlingen av informasjon må skje i samarbeid med betydningsfulle andre og i det som her beskrives som "akuttfasen", hvor sykdomstallene er høye og risikoen for selvskadning eller skading av andre er ekstremt høy. Etter denne fasen kan det komme en "konsolideringsfase" der fundamentale behov igjen befinner seg på tilnærmet samme nivå som før krisen.

Tillit

Tillit er en grunnleggende forutsetning for psykisk stabilitet. I neste spalte angis noen strategier som kan hjelpe helsepersonell med å skape tillit hos flyktninger og asylsøkere i en krisesituasjon.



- Få hjelp av en statsautorisert tolk. Hvis en statsautorisert tolk ikke er tilgjengelig, få hjelp av en annen kompetent person i den akutte fasen med innsamling av informasjon til tolken kommer.
- Gjør folk trygge på at du ikke er der for å skade dem.
- Respekter tradisjonell skikk og bruk og tro.
- Hvis personen virker på vakt eller mistenksom, prøv forsiktig å finne ut hvorfor det er slik, og forsøk å avklare dette verbalt og ikke-verbalt.
- Vær tilgjengelig, åpen og fleksibel i forhold til tilstedeværende familie og venner.
- Forklar hvordan du oppfatter situasjonen og hvordan du håper å kunne hjelpe.
- Vær klar på hva du har å tilby, og unngå å gi falskt håp.
- Unngå å fokusere på detaljerte, individuelle migrasjonshistorier.
- Sørg for individuell støtte til familie og venner, tolker og oversettere.
- Vær konsekvent når du forklarer din rolle og hvordan du planlegger å støtte personen som søker hjelp.

Akuttfasen

Her følger noen råd om hvilke nyttige psykologiske intervensjoner helsepersonell kan sette i gang på et tidlig stadium.

- Akuttintervensjoner håndteres ofte best uten medisinerings ved å følge prinsippene for "psykisk førstehjelp": (a) bevare liv når en person kan være en fare for seg selv og/eller andre; (b) hindre alvorlig eller varig skade på en persons psykiske helse og vel-

være; (c) hindre forverring og fremme restitusjon. For å følge disse prinsippene, må hjelperen bl.a. kunne: lytte uten å avbryte; vise medfølelse; vurdere fysiske og sikkerhetsmessige behov; sikre at grunnleggende fysiske og åndelige behov blir møtt; oppmuntre – ikke tvinge – personen til å snakke; skaffe eller mobilisere selskap fra noen som personen kan stole på (gjærne en frivillig støttespiller eller en lokal helsearbeider); oppmuntre til – ikke påtvinge – sosial støtte; beskytte mot videre skading.

- Snakk med rolig stemme for å finne ut hva du kan bidra med. Vurder å bruke ord som "Jeg er ikke her for å skade deg. Jeg er her for å lytte til historien din og se hva jeg kan gjøre, sammen med andre, for å hjelpe deg.". Spør deg selv: "Er jeg i umiddelbar fare?" "Er personen i umiddelbar fare?" (står han/hun for eksempel nær en vei eller et farlig objekt?). "Er andre mennesker i umiddelbar fare – spesielt barn eller andre sårbare personer?" "Kan du trygt bringe en tredje person i sikkerhet?" "Kan du trygt kommunisere med denne personen på det språket han/hun foretrekker?"
- Sørg for å opprette og vedlikeholde kontakt med tolk og psykolog eller psykiater for å kunne håndtere akutte psykiatriske kriser (for eksempel når personen er farlig for seg selv eller andre, psykoset, dyp depresjon, uro). Hvis en person har en tidligere diagnostisert psykisk sykdom, bør man unngå plutselig stopp i medisineringsen.

Blant nyttige sosiale intervensjoner i en tidlig fase kan nevnes:

- Utarbeidelse og distribusjon av skriftlig og muntlig informasjon til asylsøkere (ved hjelp av tolk) angående (a) søknad om visum eller anke på avslag; (b) tiltak for å etablere fysisk trygghet for asylsøkeren selv og hans/hennes familie (hvis asylsøkeren er i en familiesituasjon); (c) hvilken innsats forskjellige organisasjoner/enkeltindivider gjør for å hjelpe og støtte asylsøkere. Denne

informasjonen bør være så enkel som mulig og i et språk som er velkjent for asylsøkeren og hans familie (for eksempel forståelig for en 12-åring i familien). Informasjonen bør også være empatisk (vise forståelse for familie-medlemmets situasjon).

Oppsummering

Nøkkelen til å nyttiggjøre seg de ovenfor nevnte strategiene, ligger blant annet i å støtte seg til det verdifulle, hevdvunne forholdet mellom "personer til å stole på" og asylsøkere, og å integrere disse nettverkene med helsetilbud, sosialtjenester og/eller støttetiltak innen psykisk helse i lokalsamfunnet. Det kreves en helhetlig administrativ-, regional- og tverrfaglig tilnærming som bringer sammen en rekke sektorer og enkeltmennesker som har innvirkning på asylsøkeres psykiske helse. Ved en teamtilnærming med vekt på personlig trygghet og emosjonell støtte som ikke virker påtreggende, kan helsepersonell hjelpe til med å bygge motstandsdyktighet og bedre den psykiske helsen til asylsøkere som er utsatt for risiko for å skade seg selv. (Procter, 2004b).

De som deltar i frivillige (ofte lokale) organisasjoner som for eksempel "Circle of Friends" og "Rural Australians for Refugees", og mange andre enkeltpersoner i Australia, har utviklet nære og tillitsfulle forhold til asylsøkere – forhold som rett og slett har reddet liv.

Helsepersonell som arbeider med akutt krisehjelp, kan samarbeide med frivillige organisasjoner innen sosialarbeid og helse, som har en nøkkelrolle når det gjelder å yte støtte til asylsøkere med psykiske problemer og psykisk sykdom. De arbeider for å skape større medfølelse, forståelse og lydhørhet samt for bedre kunnskaper hos alle som yter tjenester til asylsøkere. Sammen kan de også sørge for å skape viktige nettverk bygd på tillit for å overvinne spesielle utfordringer som skyldes kulturelle, språklige og geografiske barrierer.

Referanser

Ashford K. **Seeking trust in asylum.** The Adelaide Review, 2003 November, pp.2-3

Australian Health Ministers. **National Mental Health Plan 2003-2008.** Canberra: Australian Government, 2003.

Baker BL, Feinfelf K.A. **Early intervention.** Current Opinion in Psychiatry, 2003; 16: 503-509

Joint Standing Committee on Foreign Affairs, Defence & Trade, Human Rights Sub-Committee Report. Canberra: Australian Government, 2001.

Kelbie P. **The life and death of an asylum seeker.** The Independent 2004 May 29 pp. 1-2.

Mental Health in Emergencies: **Mental and Social Aspects of Mental Health of Populations Exposed to Extreme Stressors.** Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organisation Geneva, 2003.

Procter NG. **Paper plates and throwaway cutlery: Aspects of generating trust during mental health initiatives with asylum seekers released from Australian immigration detention centres.** Synergy, 2004(a) 4:8-9.

Procter NG. **Support for Temporary Protection Visa holders: Partnering individual mental health support and migration law consultation.** Psychiatry, Psychology and Law 2004(b) 11: 110-112.

Procter NG. **Re-traumatisation, fear and suicidal thinking: a case study of 'boatpeople' to Australia, Migration Letters: An International Journal of Migration** 2004(c) 1: 42-49.

Human tragedy of asylum seeker death. Scotland Today 2004. Available from URL: <http://scotlandtoday.scottishtv.co.uk>. Accessed online July 17 2004.

Silove D, Steel Z, McGorry P, et al. **Trauma exposure, post migration stressors, and symptoms of anxiety, depression and posttraumatic stress in Tamil asylum seekers: comparisons with refugees and immigrants.** Acta Psychiatr Scand 1998 97: 175-181.

Temporary protection visas compromise refugees' health: new research. University of New South Wales Media Release 30 January 2004. Available from URL: http://www.unsw.edu.au/news/adv/articles/2004/jan/TPV_Health.html Accessed online October 28 2004.

Williams T. **Refugees swim against the tide of suicide.** The Australian 2003 July 21, p. 2.



Nicholas G. Procter er førsteamanuensis ved University of South Australia. Hans nyeste forskning har sitt fokus på etablering av behandlingstilbud for flyktninger og asylsøkere med psykiske problemer.

Ny bok

Henning Herrestad / Lars Mehlum (red.): **Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av døende.**



Hvordan kan vi forstå og forholde oss til mennesker som opplever livet så uutholdelig at de helst vil dø? I arbeid på sykehus, i psykiatrien eller med omsorg for døende møter vi mennesker som ikke ønsker å leve lenger. Hvor går yttergrensene i behandlingen? Hva står på spill om vi går inn for å hjelpe dem med å dø? Er det mulig å forebygge ethvert ønske om å ta sitt eget liv?

Dette er en bok for helsepersonell som gir faglig og etisk kompetanse til å forholde seg til menneskers ønske om å dø. Det er også en bok for pårørende og alle som kommer i kontakt med selvmordsnære personer, alvorlig syke eller døende.

Boken inneholder en samling bidrag fra ledende fagfolk på området. De skriver om selvmordsnæres psykologi, aktiv dødshjelp, hvordan legene forholder seg til å avslutte livet, og gir en utdypet historisk forståelse av dagens tenkning og debatt. I tillegg inneholder boken skjønnlitterære bidrag, som gir et innblikk i hvordan uutholdelige liv kan oppleves.

Bidragstyttere: Gro Dahle, Lars Mehlum, Jan Beskow, Arne Thorvik, Aslak Syse, Lars Johan Materstvedt, Henning Herrestad, Merete Morken Andersen, Stein Husebø, Kristin Bjordal, Nina Aass, Håvard Løkke, Robert D. Goldney, Johan A. Schioldann og Yngve Hammerlin.

ISBN 82-05-33503-6
Gyldendal Akademisk

Utkommer i slutten av august 2005.