

Den økende uroen på Balkan førte i slutten av 1980-årene til at mange kosovoalbanere flyktet til Sverige. Etter Berlinmurens fall og oppløsningen av Sovjetunionen var det i mange vesteuropeiske land økende bekymring for at det ville komme større flyktninggrupper. Dette bidrog til å gjøre det stadig vanskeligere å oppnå asyl i Europa. I Sverige ble det foretatt en lovendring med innstramming i landets flyktningpolitikk i 1989. De fleste flyktninger som gikk i kirkeasyl i Norge i begynnelsen av 1990-årene var fra Kosovo, og mange av disse hadde kommet til Norge etter å ha fått avslag på asylsøknad i Sverige (1). Norske myndigheter hadde gjort et generelt vedtak om at asylsøkere fra Kosovo kunne sendes tilbake til hjemlandet. I 1993 oppholdt ca. 700 kosovoalbanere seg i til sammen 140 norske kirker og bedehus. Fra statens side ble kirkeasyl karakterisert som en illegitim aksjon mot demokratiske vedtak. Sentrale kirkelige organer og personer støttet derimot kirkeasylfenomenet og henviste til at «det hellige rom» måtte være åpent for mennesker i nød. Hemmelige forhandlinger mellom statlige myndigheter og kirkeledelsen resulterte i en felleserklæring som førte til at asylsøkerne fra Kosovo forlot kirkene i november 1993. De fleste av disse asylantene har senere fått oppholdstillatelse. Selv om felleserklæringen løste opp den fastlåste situasjonen den gang, har fenomenet kirkeasyl fortsatt aktualitet (2).

Eirik Mathiesen tar i dette nummer av Tidsskriftet opp de menneskelige og helsemessige konsekvenser kirkeasyl i Norge har hatt for voksne og barn (3). Den lange tiden i usikkerhet og med sterkt begrenset mulighet til å bevege seg fritt er en stor belastning. Leger og annet helsepersonell blir stilt overfor en rekke etiske og menneskelige dilemmaer i sitt møte med kirkeasylanter. I Lov om kommunale helsetjenester skilles det ikke mellom mennesker som oppholder seg ulovlig og mennesker som er lovlig i landet, og det finnes ingen klare retningslinjer for hvordan helsetjenester for flyktninger skal organiseres (4). Skader etter tortur og andre brudd på menneskerettighetene stiller krav til spesiell kunnskap. Det er få læreplaner for helsepersonell som dekker torturskader, psykososialt arbeid med flyktninger og menneskerettigheter (5).

Leger som får flyktninger til behandling, møter ofte praktiske problemer og manglende forståelse hos kolleger. De føler lett avmakt overfor asylantene og deres livshistorier og resignasjon fordi de kommer til kort.

De psykiske belastningssymptomene blant mange asylanter kan være betydelige (6, 7). Innen spesialisthelsetjenesten er man ofte tilbakeholden med å gå inn i behandlingsforløp med asylsøkere, og dette øker belastningen på primærhelsetjenesten.

FNs barnekonvensjon (8), som Norge ratifiserte i 1992, slår i artikkel 2 fast at ingen barn skal diskrimineres. Det betyr at alle barn skal ha de samme rettigheter, uavhengig av oppholdsgrunnlag i Norge. Det er nødvendig med en klargjøring av rettighetene for barn i kirkeasyl i forhold til skole- og helsetilbud.

Interne politiske forhold, etniske konflikter og kriger har drevet mennesker på flukt til alle tider. Siden den annen verdenskrig har det vært et økende antall kriger og konflikter i alle verdensdeler. Retten til å søke asyl er nedfelt i internasjonale konvensjoner, men å søke om asyl er svært vanskelig. Den som søker om asyl, må selv føre bevis for sitt beskyttelsesbehov, og i noen land blir asylsøkere kriminalisert og holdt i fengselsliknende forvaring (9).

FN-pakten forplikter medlemslandene til å fremme «respekt for menneskerettighetene og for de grunnleggende friheter for alle, uten diskriminering på grunnlag av rase, kjønn, språk eller religion». Menneskerettighetserklæringen av 1948 er ikke et rettslig bindende dokument, men er blitt «folkerettslig sedvanerett», det vil si uttrykk for allment aksepterte rettslige normer. De politiske og dømmende organer er i mange land ikke tilstrekkelig atskilt, og statens politiske interesser vil kunne ha avgjørende betydning for hvordan asylsaker blir håndtert. Hvordan et land gjennomfører prinsippene i menneskerettighetserklæringen, er avhengig av ressurser og politisk vilje (10). Erklæringen og senere FN-konvensjoner har bidratt til økt oppmerksomhet omkring menneskerettighetene blant leger og annet helsepersonell. I Tokyo-erklæringen fra World Medical Association (fra 1975) og FNs prinsipper om medisinsk etikk (fra 1982) understrekes det at leger ikke skal delta i noen form for tortur (11).

Menneskerettighetene har også relevans for samfunnsmedisinsk praksis. I 1994 ble det foreslått en ny lov i California om illegal innvandring. Lovforslaget møtte sterk motstand fra bl.a. legehelse, fordi det kunne medføre mangelfull kontroll av tuberkulose. Den amerikanske legeföreningen gikk imot lovforslaget og den kontrollfunksjon leger ble pålagt i forhold til pasienters oppholdsstatus (12). Tilsvarende reaksjoner kom fra den

nederlandske legeförening da det ble tillatt å koble innvandringsregistre og sosial- og helseregistre i Nederland i 1998. Protesten ble begrunnet både etisk og faglig.

Innføringen av fastlegeordningen i Norge har gjort det vanskeligere å oppsøke en allmennpraktiserende lege uten i forveien å være tilknyttet legen som listepasient. De nye retningslinjer for helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere forventes utsendt i 2002. I et politisk klima der mange ønsker strengere kontrollrutiner for helsepersonells praksis, må leger være seg bevisst de mange etiske og menneskerettslige spørsmål som kan melde seg for flyktninger, både generelt og for dem som trenger helsetjenester (13).

Birgit Lie

Psykososialt team for flyktninger
i Agder og Telemark
4600 Kristiansand

Birgit Lie (f. 1955) er lege og leder av psykososialt team for flyktninger i Agder og Telemark, stipendiat ved Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo og medlem av Legeföreningens menneskerettighetsutvalg.

Litteratur

1. Abiri E. The changing praxis of «generosity»: Swedish refugee policy during the 1990's. *J Ref Studies* 2000; 13: 12–27.
2. Vetvik E, Omland T. Kirkeerfaring med kirkeasyl. KIFO-rapport nr. 4, 1997.
3. Mathiesen E. Helsetilbud til kirkeasylanter – en utfordring for helsevesenet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1678–81.
4. Ronge K. Asylsøkeren – den forsømte pasient? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 367–80.
5. Lie B. Kunnskap om følger av tortur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3366.
6. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3420–3.
7. Lie B. Psykiatrisk helsetjeneste for flyktninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3372.
8. Barnekonvensjonen. FNs konvensjon om barns rettigheter. www.barneombudet.no (14.6.2002).
9. Loff A, Snell B, Creati M, Mohan M. Inside Australia's Woomera detention centre. *Lancet* 2002; 359: 9307.
10. Thiis Ø. Internasjonal kontroll av menneskerettighetene. *Mennesker og rettigheter* 1997; 15: 2–25.
11. The torture report. Report of a working party of the British Medical Association investigating the involvement of doctors in torture. London: British Medical Association, 1986.
12. Ziv TA, Lo B. Denial of care to illegal immigrants: proposition 187 in California. *N Engl J Med* 1995; 332: 1095–8.
13. British Medical Association. The medical profession & human rights. Handbook for a changing agenda. London: Zed Books, 2001.