

# Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu

<sup>1</sup> Čeprav novi zakon, Zakon o mednarodni zaščiti (2007), izraz prosilci za azil nadomešča s terminom prosilci za mednarodno zaščito, se zdi ta sprememba vprašljiva. Prvič zato, ker je izraz prosilci za azil v slovenski javnosti uveljavljen, obenem pa nastopa kot ustaljen termin v evropskih azilnih politikah in je v rabi v različnih jezikih (npr. *asylum seekers*, *richiedenti asilo*, *molioci za azil*). Drugič pa zato, ker se zdi nenehno spreminjanje azilne zakonodaje (v povprečju se azilna zakonodaja v Sloveniji spremeni vsaj enkrat na leto), in s tem njene terminologije, simptomatično.

## »Mit« o kužnem migrantu

Predstava o povezanosti migracij z boleznimi je dobila v sodobnem času nove razsežnosti ter s tem večjo legitimnost v javnem diskurzu. Ta predstava se ne nanaša na vse kategorije migrantov, temveč predvsem na t. i. »nezaželene« (Arendt, 1951); na osebe s statusom begunca, na prosilce za azil<sup>1</sup> oziroma prosilce za humanitarno zaščito in nedokumentirane migrante. Ena nazornejših manifestacij te predstave se je pojavila v slovenskem medijskem diskurzu med letoma 2000 in 2001, ko je v Slovenijo prišlo večje število prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito kot pred tem in po tem obdobju.

V medijskem diskurzu tega časa, ki je imel neredko odprto ksenofobne in rasistične konotacije, so bili prosilci in prosilke za mednarodno zaščito predstavljeni kot grožnja »slovenskemu telesu«. Na eni strani kot grožnja kolektivnemu telesu oziroma »slovenskemu nacionalnemu telesu«, ki naj bi ga številnost prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito prizadela v ekonomskem, socialnem in kulturnem pogledu. Na drugi strani pa je v nekaterih osrednjih slovenskih časopisih nastal konstrukt o prosilcih in prosilkah za mednarodno zaščito kot nosilcih nalezljivih boleznih, ki naj bi pomenili nevarnost za individualna telesa vseh prebivalcev Slovenije: »Vemo, da so to ljudje iz krajev, kjer razsajajo hepatitis, aids, ebola in druge nalezljive bolezni ... Mi še psa ne smemo peljati na sprehod brez značke, ki potrjuje, da je bil cepljen, oni pa se širijo po mestu brez nadzora, kaj šele, da bi jih cepili.« (Nedeljski dnevnik, 7. 1. 2001). Nekateri prebivalci Šiške, ki so živeli v bližini nekdanjega Azilnega doma in Centra za tujce v neposredni bližini, naj bi se, po poročanju medijev, bali predvsem »ebole ali kakšne druge bolezni« (Slovenske novice, 9. 1. 2001). Retorika strahu pred nevarnimi epidemijami se je prevajala v občutek zdravstvene ogroženosti tudi v primeru takih

pojavnost kot so stenice: »V domu so namreč odkrili stenice, ki se plazijo po zidovih, padajo na postelje in se zavlečejo v vsako poro stavbe, ki so si jo prisvojile« (Slovenske novice, 22. 1. 2001). Župan Vidoncev, kamor so nastanili večje število oseb iz Šiške, ki naj bi bili »okuženi« s stenicami, je tako izjavil: »Znebili se jih bomo zlepa ali zgrda« (Slovenske novice, 22. 1. 2001). Njegovi sokrajani pa so mu pritegnili: »Če tujci ne bodo zapustili Vidoncev, jih bodo poskušali domačini izstradati. Kar je seveda škandal, a razumljiv.« (Kuhar, 2001)

V tem diskurzu, ki deluje skozi poglobljanje binarnih opozicij naše nasproti tuje, čisto nasproti nečisto (Douglas, 2004), desno nasproti levo (Hertz, 1978), se priseljencem poleg deviacij na fizični ravni pripisujejo tudi deviacije na moralni ravni. Opisi njihove telesne nečistosti, ki se poleg bolezni nanaša tudi na pomanjkljivo higieno, je v sozvočju z opisi o njihovi moralni izprijenosti, ki naj bi se kazala v nagnjenju k različnim kriminalnim dejanjem (Bassin in drugi, 2002: 151–159). Tako kot druge ksenofobne predstave, ki sooblikujejo tovrsten diskurz, je tudi povezava med telesno in moralno izprijenostjo vse prej kot nova. Predstava o bolezni kot fizičnem dokazu ali kazni za nepravilno moralno naravnost oziroma grešnost je bila namreč popularna etiološka razlaga predvsem v srednjem veku (Lipovec Čebren, 2008: 48–49, 75).

Konstrukt kužnega in higiensko oporečnega migranta se ne manifestira le skozi medijski diskurz, temveč se prevaja v določene postopke in prakse slovenske azilne politike. Ena tovrstnih praks, ki je bila v zadnjih letih opuščena, je bilo interno pravilo Azilnega doma, po katerem so morali zaposleni, ki so imeli stik s prosilci in prosilkami za mednarodno zaščito, nositi bele halje. Po prepričanju zaposlenih naj bi imela bela halja predvsem funkcijo varovanja zdravja ali, kot je dejal socialni delavec iz Azilnega doma: »To haljo moramo vsi nositi. Tako je zato, da se ne širijo kakšne kožne bolezni, garje in to.« (intervju s socialnim delavcem M.T., 2002) Zdi pa se, da ima bela halja v tem primeru predvsem neko drugo »preventivno« funkcijo, in sicer varovanje socialne distance in hierarhičnega odnosa med zaposlenimi ter prosilci in prosilkami za mednarodno zaščito, kjer psihološka distanca temelji na konceptualizaciji razlik med nami (uslužbenci) in njimi (homogeno maso »nezaželenih«) (Zorn, 2006: 68).

Preventivno funkcijo naj bi imel tudi »sanitarno-dezinfekcijski in preventivni pregled«, ki ga določa Pravilnik o obliki, načinu in vsebini sprejemanja prošnje za Mednarodno zaščito: »Tujec je pred sprejemom prošnje sanitarno-dezinfekcijsko pregledan. Zdravnik opravi preventivni zdravstveni pregled in ugotovitve zabeleži v protokol.« (Pravilnik o obliki, načinu in vsebini sprejemanja prošnje za Mednarodno zaščito, 15. člen)

Naj se ustavim pri besedi dezinfekcija. Normalizacija izključevanja in zatiranja migrantov ter legitimiranja izjemnega stanja (Agamben, 2004; Zorn, 2004, 2006) se vzpostavlja tudi na jezikovni ravni, z uporabo določenih terminov, ki se zdijo neproblematični, ko se navezujejo na priseljence, a bi obveljali za nesprejemljive, če bi se nanašali na slovenske državljane. Poleg besed odstranjevanje ali izgon, ki so postale del standardiziranega policijskega besednjaka, je tak primer tudi beseda dezinfekcija, ki se zunaj konteksta migracijske politike uporablja predvsem za predmete. Čas, ko se je ta beseda nanašala na ljudi, je, na primer, obdobje druge svetovne vojne, ko so nacisti »dezinficirali« žrtve v koncentracijskih taboriščih.

V Azilnem domu dezinfekcijo opravi medicinska sestra, ki bodočim prosilcem in proslkam za mednarodno zaščito pregleda kožo, glavo in oblačila: »Če imajo uši ali garje, jih dam v posebne prostore in potem tam izvajam to terapijo proti garjam ali proti ušem. To se pravi, če imajo garje ali uši, so pet dni v sprejemnih prostorih /.../ oni se lahko gibajo okrog, ne smejo pa iti noter, ker bi mi<sup>2</sup> potem uši in garje raznesli po vsem domu. In potem je ta terapija, mazanje, iztrebljanje uši in ko so zdravi, ko nimajo več teh parazitov, jih še enkrat pregleda doktor in

<sup>3</sup> S tem ko zaposlena izjavi, da jih ona očisti, preobleče, jih degradira na infantilno raven oziroma pod človeško raven, na raven bitij, ki nimajo lastne volje in sposobnosti, da bi opravljali tako elementarne dejavnosti, kot sta umivanje in preoblečenje. Za pogovor o tej temi se zahvaljujem Jelki Zorn.

<sup>4</sup> Poudarki so dodani.

<sup>5</sup> Izkušnja enega od prosilcev za azil na primer kaže, da je namesto medicinske sestre ta postopek opravil eden od inšpektorjev, ki nima medicinskega znanja: »Jaz sem prihajal v azilni dom, jaz sem bil čist poškodovan, čisto sem bil utrujen. Takoj sem bil na zaslišanju, tam neki intervjui, jaz nič ne pomnim, kaj sem delal tam. Samo zanimivo, da ... jaz sem prihajal v soboto. Mene je pregledoval dežurni inšpektor, on je zaposlen pri ministru za notranje zadeve, seveda, nima pojma, kaj je to medicina ... On mi je rekel: Imaš probleme? Ja, imam. On nič odgovoril. Tak živ? Ja, živ, kaj.« (Jazbinšek in drugi, 2008: 12)

<sup>6</sup> Pravilnik, ki določa postopek namestitve osebe v Centru za tujce, tudi predvideva sanitarno-dezinfekcijski postopek: »Nastanitev tujca v centru obsega: upravno-varnostni postopek, sanitarno-dezinfekcijski postopek, zdravniški pregled in namestitve v centru. Upravno-varnostni postopek opravijo policisti, sanitarno-dezinfekcijski postopek opravi delavec, ki skrbi za zdravstveno varstvo, zdravniški pregled pa opravi zdravnik.« (Pravilnik o posebnih pravilih bivanja in gibanja tujcev v Centru za odstranjevanje tujcev in pogojih ter postopku za uporabo milejših ukrepov, 7. člen)

potem so nastanjeni.« (Jazbinšek in drugi, 2008: 10) Poleg tega dezinfekcijski postopek predvideva tudi kopanje in preoblečenje oseb, ki so v diskurzu zaposlene dehumanizirani:<sup>3</sup> »Jaz jih predvsem pregledam, očistim, preoblečem,<sup>4</sup> da ne smrdijo, ker nekateri pridejo v groznem stanju, in potem ... jih pregleda doktor. On jim pregleda vse sluznice, vzame anamnezo, izmerimo temperaturo, pritisk, če imajo kakšne druge težave. To traja kakšnih 20 minut.« (Jazbinšek in drugi, 2008: 10) Iz izkušenj nekaterih prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito ter zaposlenih v nevladnih organizacijah je razvidno, da zdravniški pregled lahko poteka drugače, kot je predvideno.<sup>5</sup> Pri tem se zdi vprašljiv predvsem omejen obseg tega pregleda, ki je podobno omejen tudi v Centru za tujce.<sup>6</sup>

Nasprotno od slovenskega medijskega »mita« o bolnih, kužnih migrantih številne raziskave kažejo, da je ponavadi zdravje priseljencev boljše od povprečnega zdravja preostalega prebivalstva, saj migrirajo predvsem mlajše in psihofizično sposobnejše osebe (Barbieri, 2007). Kot ugotavljajo raziskovalci, prihaja do »učinka zdravega migranta« (*healthy immigrant effect*), zaradi katerega priseljenci preživijo manj časa v bolniški in redkeje poiščejo zdravstveno pomoč (Lipson in drugi, 2003: 855). Ta ugotovitev večinoma drži tudi za begunce v najširšem pomenu te besede, vključno s prosilci in prosilkami za mednarodno zaščito, s to pomembno razliko, da so pri begunskih pogoste kronične psihične težave (Silove in drugi, 2007: 359–393, Omeri in drugi, 2004: 30–39, Helman, 2007: 319–330).

V Sloveniji še nimamo epidemioloških raziskav o zdravstvenem stanju oseb, ki so nastanjene v Azilnem domu in v Centru za tujce. Glede na pomanjkljiv zdravniški pregled v teh dveh institucijah je tudi obstoječa evidenca o tem porozna. Prav tako o tej populaciji v zdravstvenih ustanovah, ki jih obiskujejo, ne vodijo zdravniških kartotek, zato so za zdaj edine obstoječe informacije omejene na osebne izkušnje. »Osebne ocene« zaposlenih v Azilnem domu se večinoma skladajo z ugotovitvami

raziskovalcev, da so priseljenci iz svojih matičnih držav večinoma odšli kot zdravi posamezniki: »Veste, da se na pot ne odpravijo strici, stari 80 let, ampak kdor pride po tolikih poteh, ponavadi gre do mladi in zdravi ljudje. Pri otrocih so kakšni prehladi itn., to »poštujemo«, ampak da bi bile kakšne akutne bolezni, jih niti ni.« (Jazbinšek in drugi, 2008: 23)

Konstrukt bolnega in kužnega migranta dobiva družbeno legitimacijo s potenciranjem predstave, da migrant bolezen prinese s sabo, pri čemer bolezen postane intrinzičen del migrantove kulture in s tem telesa. Tako kot je naše »čisto« nacionalno telo kontaminirano z vnosom »nečistih« elementov iz drugih kultur, naša individualna telesa ogrožajo »eksotični« virusi, ki jih (vedno) prenašajo telesa priseljencev.

Ta konstrukt (namenoma) zanemarja pomembno vprašanje, kaj se zgodi z migrantovim psihofizičnim zdravjem po vstopu na slovensko ozemlje. Raziskave med nedokumentiranimi

migranti in prosilci za mednarodno zaščito, ki so nastanjeni v institucijah zaprtega (kot je Center za tujce v Postojni) ali polzaprtega tipa (kot je Azilni dom v Ljubljani), so pokazale na številne dejavnike, ki ogrožajo zdravje teh oseb. Med temi dejavniki je za njihovo mentalno in fizično zdravje posebej škodljiva odsotnost socialnih mrež, ovire pri vključevanju v novo okolje (poleg kulturnih, jezikovnih, religioznih in politično-ekonomskih razlik imajo pomemben vpliv tudi razlike v podnebnju in hrani), omejevanje avtonomne skrbi zase in za družinske člane ter potenciranje občutka odvisnosti od institucij (posamezniku je pogosto odvzeta pravica do zaposlitve ter s tem do finančne neodvisnosti kot tudi možnost razselitve v zasebna bivališča in s tem aktivne skrbi za družinske člane, npr. kuhanje, nakupovanje). Pri tem je pomemben dejavnik občutek splošne negotovosti o lastni prihodnosti (prosilci za mednarodno zaščito v različnih evropskih institucijah več mesecev do več let čakajo na odločitev o njihovi prošnji, prav tako lahko toliko časa pričakujejo deportacijo iz države) (Castañeda, 2009: 2; Koehn in Sainola-Rodriguez, 2005: 289–311; Barbieri, 2007; Helman, 2007: 319–330).

## Odvzem svobode gibanja

Nedavne raziskave kažejo (Silove in drugi, 2007; Omeri in drugi, 2004), da na mentalno zdravje priseljencev posebno slabo vpliva omejevanje gibanja. Po ugotovitvah psihiatrov in psihologov naj bi se postmigracijski stres večal skladno s trajanjem obdobja, ki ga je posameznik preživel v zaprtih institucijah, nasprotno pa so imeli priseljenci, ki so se kmalu po prihodu v novi državi nastanili zunaj institucij, čedalje manj postmigracijskih simptomov in drugih psihičnih težav. Tudi ko so bile osebe po daljšem času izpuščene iz centrov za tujce, so se negativni učinki omejevanja gibanja na njihovo mentalno zdravje še vedno nadaljevali (Silove in drugi, 2007: 359–393; Omeri in drugi, 2004: 30–39).

Naj se ustavim pri odvzemu svobode gibanja, ki ga slovenski policijski diskurz pozna pod pojmom »preventivno zapiranje tujcev« (Zorn, 2006: 60; Zakon o tujcih, 1999). Ta ukrep, ki se je v Sloveniji uveljavil šele po osamosvojitvi, z vzpostavitvijo Prehodnega doma za tujce in pozneje, od leta 1999 z delovanjem Centra za tujce (najprej v Šiški, nato v Postojni), ima nekatere strukturne in pravne analogije z zapiranjem judovskih beguncev med obema vojnama (Zorn, 2006: 61). Slovenska imigracijska politika v tem pogledu sledi evropski imigracijski politiki, ki v odnosu do »tujcev« predvideva možnost začasne razveljavitve in omejitve nekaterih temeljnih pravic in svoboščin (med njimi svobodo gibanja)« (Zorn 2006: 61). Razmere v Centru za tujce, ki jih Agamben opiše kot izredno stanje (Agamben, 2004; Zorn, 2006), tako vzpostavlja suspenz normalnega pravnega reda, ki velja za druge državljane. Izredno stanje postane osnova, na podlagi katere je mogoče osebam v Centru za tujce za šest mesecev do enega leta odvzeti svobodo gibanja »neodvisno od kazensko-pravnih formulacij (kot je obsodba na prestajanje zaporne kazni, torej neodvisno od njihovega kriminalnega vedenja.« (Zorn, 2005: 265)

V nasprotju s Centrom za tujce v Azilnem domu, kjer so nastanjeni prosilci in prosilke za mednarodno zaščito, tega ukrepa sprva niso izvajali, nasprotno, spodbujali so tako imenovano razseljevanje oseb v zasebna bivališča, pri čemer so prosilci in prosilke za mednarodno zaščito dobili obliko finančne podpore, s katero so si lahko plačevali (del) najemnine za stanovanje. Primerjava med »razseljenimi« osebami in tistimi, ki so ostale v Azilnem domu, je pokazala, da je imelo življenje zunaj institucije veliko prednosti, saj so se te osebe hitreje vključile v okolje, pridobile več znanja slovenščine, imele več možnosti za zaposlitev in s

<sup>7</sup> V 51. členu Zakona o mednarodni zaščiti tako lahko preberemo:

- 1) Prosilcu se lahko začasno omeji gibanje, če je to potrebno zaradi:
  - ugotavljanja istovetnosti prosilca
  - ali suma zavajanja in zlorabe postopka, zlasti iz razlogov iz četrte, pete, šeste, sedme, osme, devete, desete, dvanajste, petnajste in šestnajste alineje 55. člena tega zakona
  - ali zaradi razlogov ogrožanja življenja drugih ali premoženja ali preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni.
- (2) Gibanje se lahko omeji:
  - na območje azilnega doma oziroma njegove izpostave ali
  - na za to namenjen objekt azilnega doma ali drug ustrezen objekt ministrstva.
- (3) Omejitev gibanja odredi ministrstvo s sklepom. Pisni odpravek sklepa pristojni organ izda najkasneje v 48 urah od ustnega izreka sklepa. Omejitev gibanja lahko traja do prenehanja razlogov, vendar najdalj tri mesece. Če so razlogi za omejitev gibanja po tem času še vedno podani, se omejitev lahko podaljša še za en mesec.« (Zakon o mednarodni zaščiti, 2007)

tem za finančno neodvisno življenje. Posledično je »razselitev« pomembno vplivala na varovanje zdravja prosilcev za azil, saj je bilo med temi osebami opaziti manj psihičnih stisk (Rudolf in Gosenica, 2003).

Nove verzije zakona o azilu in Zakon o mednarodni zaščiti so to dobro prakso zelo omejile, saj predvidevajo, da se lahko zunaj Azilnega doma oseba razseli le v primeru, da ji ne morejo zagotoviti namestitve v Azilnem domu. Izjema so posebno ranljive osebe, ki pa morajo pri tem dokazati, da imajo priskrbljeno stanovanje in hrano (vendar so tudi v teh primerih možnosti, da medresorska komisija razselitev odobri, majhne). Poleg tega so v novi zgradbi Azilnega doma, ki je začela delovati leta 2004 na Viču, vzpostavili tudi zaprti oddelek. V tem pogledu je delovanje Azilnega doma strukturno identično Centru za tujce, saj imajo zaposleni diskrecijsko pravico, da osebi odvzamejo pravico do gibanja tudi za štiri mesece. V nasprotju s Centrom za tujce, kjer je odvzem svobode gibanja vnaprej določen, se v Azilnem domu zaposleni za ta ukrep odločijo na podlagi lastne arbitrarne presoje, kar zakon – zaradi nedorečenosti – pravzaprav institucionalizira.<sup>7</sup> O posledicah, ki jih ima dolgotrajno zapiranje na zdravje prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito pričajo – med drugim – tudi izkušnje članov Gibanja svet za vsakogar (<http://www.njnetwork.org/spip.php?mot1>).

## Dostop do zdravstvenih storitev

Samoumevno je, da poleg naštetih dejavnikov na zdravstveno stanje te populacije pomembno vplivata dostop in kakovost zdravstvenih storitev. Na ravni evropskih držav in posameznih regij je to področje različno urejeno. Primer dobre prakse je finski zdravstveni sistem, ki prosilcem za azil ponuja programe brezplačne zdravstvene oskrbe, poleg tega pa imajo tudi brezplačen dostop do drugih državnih zdravstvenih institucij (Koehn in Kristi Sainola-Rodriguez, 2005: 300). V Italiji se o obsegu zdravstvenih storitev za migrante odločajo na ravni regij. Eno bolj liberalnih politik na tem področju kaže regija Emilija-Romanja, kjer so prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v dostopu do zdravstvenih storitev izenačeni z italijanskimi državljani, s to razliko, da si svojega zdravnika ne morejo izbrati, temveč jim je dodeljen. V tej regiji imajo poleg nekaterih drugih italijanskih provinc tudi nedokumentirani migranti brezplačen dostop do določenih zdravstvenih institucij in programov, ki so namenjeni predvsem ženskam in otrokom (Barbieri, 2008). Verjetno je odveč dodajati, da imajo v obeh omenjenih državah osebe s statusom begunca enake pravice do zdravstvenega varstva kot državljani.

Slovenska zdravstvena politika se v tem zadnjem vidiku sklada s praksami iz Finske in Italije, saj so begunci »upravičeni do zdravstvenega varstva pod enakimi pogoji kot državljani Republike Slovenije. Sredstva za zdravstveno varstvo beguncev zagotavlja ministrstvo, pristojno za zdravje« (Zakon o mednarodni zaščiti, 94. člen). Vendar pa problemi nastanejo pri udejanjanju te pravice, saj oseba s statusom begunca ne dobi kartice zdravstvenega zavarovanja, temveč dokument,



na katerem piše, da je plačnik njenih ali njegovih zdravstvenih storitev ministrstvo za notranje zadeve, pri čemer obseg teh storitev ni naveden. Posledično tega dokumenta zdravstveno osebe pogosto ne prepozna kot ekvivalentnega kartici zdravstvenega zavarovanja in »[v] praksi se potem dogaja, da jih zavrnejo v celoti ali pa jih zamenjujejo s prosilci za azil in so deležni le zdravstvene oskrbe.« (Zdravje – na begu?, 2008).<sup>8</sup>

Zdravstvene pravice prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito v Sloveniji pa se precej razlikujejo od omenjenih dobrih praks na Finskem in v Emiliji-Romanji, saj imajo te osebe pravico le do nujne medicinske pomoči oziroma do nujnega zdravljenja, kot ga določa 84. člen Zakona o mednarodni zaščiti.<sup>9</sup> Izjemoma lahko dodaten obseg zdravstvenih storitev določi posebna medresorska komisija,<sup>10</sup> a so – kot bo jasno iz nadaljevanja – pogoji za pridobitev teh pravic precej arbitrarni. Osebe, ki so nameščene v Centru za tujce v Postojni, imajo tudi pravico do nujne medicinske oskrbe, vendar se ta uresničuje selektivno, kot bo razvidno iz Rahimove zgodbe na koncu članka.

Naj se osredotočim predvsem na značilnosti, ki jih ima dostop do zdravstvenih storitev za prosilce in prosilke za mednarodno zaščito. Zdi se, da v tem pogledu izstopata predvsem dva vidika: kultura nezaupanja ter logika arbitramosti in selektivnega sočutja.

## Kultura nezaupanja

Kultura nezaupanja ali neverjetja (Zorn, 2004; 2006) pomembno vpliva na odnos do prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito, tako na institucionalni ravni kot na ravni osebnih stikov z njimi, obenem pa ima vidne učinke tudi pri zdravstvenih storitvah, ki so namenjene tej populaciji. Odnos sistematičnega nezaupanja nazorno ilustrira sintagma »lažni begunec« (»*false refugee*«), ki ga promovirajo sodobne evropske azilne politike, po katerih so »vse osebe, ki poskušajo pridobiti status begunca, percepirane – dokler dokazi ne pokažejo nasprotnega – kot nedokumentirani migranti, ki poskušajo izrabiti radodarnost evropskih držav« (Fassin, 2005: 369). Sintagma »lažni begunec« je v diskurzu slovenske migracijske politike bolj znana pod konceptom »zloraba« ali »zlorabljanje« postopka za pridobivanje azila. Pri tem se obtožba »zlorabe« nanaša na zelo širok spekter dejanj, ki variirajo od kršitev posameznih zakonskih določb do neupoštevanja ali nepoznavanja arbitrarnih internih pravilnikov Azilnega doma. Čeprav evropske vlade promoviranje predstave o »lažnih« begunčih poskušajo legitimirati s pojasnili, da tako varujejo pravice »pravilnih« beguncev (Zorn, 2006: 66), je v ozadju te retorike raz-

<sup>8</sup> Ta razlika med dodeljenimi in udejanjenimi pravicami poudarja tudi lansko poročilo Visokega komisariata Združenih narodov za begunce: »Stanje zdravstvene oskrbe se v primerjavi s prejšnjimi ocenami ni izboljšalo. Beguncem še vedno izdajajo potrdila o zdravstvenem zavarovanju ki so že na pogled zelo drugačna od navadnih kartic zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in jih zato zdravniki specialisti zavračajo« (Biti begunec, 2007).

<sup>9</sup> »Zdravstveno varstvo prosilca obsega pravico do:

1. nujne medicinske pomoči in nujnega reševalnega prevoza po odločitvi zdravnika ter pravico do nujne zobozdravstvene pomoči;
2. nujnega zdravljenja po odločitvi lečečega zdravnika, ki obsega:
  - ohranitev življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev oziroma preprečitev izkrvavitve;
  - preprečitev nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij;
  - zdravljenje šoka;
  - storitve pri kroničnih boleznih in stanjih, katerih opustitev bi neposredno in v krajšem času povzročila invalidnost, druge trajne okvare zdravja ali smrt;
  - zdravljenje vročinskih stanj in preprečevanje širjenja infekcije, ki bi utegnili voditi do septičnega stanja;
  - zdravljenje oziroma preprečevanje zastrupitev;
  - zdravljenje zlomov kosti oziroma zvinov ter drugih poškodb, pri katerih je nujno posredovanje zdravnika;
  - zdravila s pozitivne liste v skladu s seznamom medsebojno zamenljivih zdravil, ki so predpisana na recept za zdravljenje navedenih bolezni in stanj;
3. zdravstvenega varstva žensk: kontracepcijskih sredstev, prekinitve nosečnosti, zdravstvene oskrbe v nosečnosti in ob porodu.
- Ranljiva oseba s posebnimi potrebami, izjemoma pa tudi drug prosilec, ima pravico do dodatnega obsega zdravstvenih storitev, ki ga odobri in določi komisija iz tretjega odstavka prejšnjega člena.
- Zaradi varovanja javnega zdravja v Republiki Sloveniji se lahko zahteva zdravniški pregled prosilcev.« (Zakon o mednarodni zaščiti, 84. člen)

<sup>10</sup> Komisijo sestavljajo zaposleni v Azilnem domu (vodja Azilnega doma, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog), predstavnik ministrstva za zdravje, zdravnik ter predstavnik nevladnih organizacij.

<sup>11</sup> Kot je dejal regionalni predstavnik UNHCR, Lloyd Dakin: »Sedaj imamo zakon, ki pri prenosu direktiv Evropske unije dejansko znižuje pravne standarde pod mednarodno raven in prosilec za azil omejuje možnosti za zaščito v Sloveniji.« (Mladina, 7. 1. 2008)

<sup>12</sup> Leta 1999 je le eden od petih beguncev s priznanim statusom dobil »konvencionalno« obliko azila, štirje od petih so namreč dobili različne oblike subsidiarne zaščite (Fassin, 2005: 378).

<sup>13</sup> Kot določa 101. člen Zakona o humanitarni zaščiti, oseba s statusom subsidiarne zaščite – v nasprotju z osebo s statusom begunca – ni upravičena do pridobitve stalnega prebivališča v Sloveniji, s tem pa je prikrajšana za vrsto drugih pravic (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2007111&stevilka=5504>).

<sup>14</sup> Iz statističnih podatkov je razvidno, da se delež priznanih prošenj giblje od 1,9 % v letu 2005, 0,2 % v letu 2006 do 0,6 % v letu 2007. (Biti begunec – poročilo AGDM 2007: 31) Na to med drugimi opozarjajo tudi druge nevladne organizacije v lanski izjavi za javnost ob Dnevu beguncev: »Statistični podatki o odobrenih prošnjah v Sloveniji so skrb zbujajoči, saj je število priznanih statusov na leto mogoče prešteti na prste, pogled s primerjalnega vidika pa pokaže, da je Republika Slovenija glede priznanih statusov na samem repu v EU.« (Izjava slovenskih NVO ob svetovnem dnevu beguncev, 20. 6. 2008)

viden proces diskvalifikacije prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito in s tem tudi instituta azila.

Didier Fassin, ki je dimenzije tega procesa raziskoval v Franciji, je poudaril predvsem tri vrste strategij diskvalifikacije (Fassin, 2005: 375), ki so razvidne tudi v slovenski azilni politiki. Na prvo, strategijo zmanjševanja socialnih pravic prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito, kažejo tudi številne spremembe slovenskega zakona o azilu oziroma sedanjega Zakona o humanitarni zaščiti, ki znižujejo pravne standarde pod mednarodno raven<sup>11</sup> in so večinoma usmerjene v odpravo dodeljenih pravic. Tako je bila pravica do zaposlitve prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito nadomeščena z odpravo pravice do dela (v prvem letu bivanja prosilca ali prosilke za mednarodno zaščito v Sloveniji), postopoma je bila odpravljena pravica do finančne pomoči, zelo omejena pa je bila tudi pravica do brezplačnega pravnega zastopnika in, kot je bilo že omenjeno, možnost razselitve izven Azilnega doma. Druga strategija se nanaša na kriminalizacijo migrantov, ki je najbolj očitna v ukrepih prisilne deportacije in v postopkih zapiranja oseb v Center za tujce, ki so bili že omenjeni. Tretja strategija pa predvideva prestrukturiranje statusa begunca v različne nove statute, ki imajo manjši obseg pravic kot »konvencionalni« politični azil. Tako kot v drugih državah Evropske unije, ki pozna širjenje različnih oblik »subsidiarne zaščite ali t. i. statusa B,<sup>12</sup> je tudi v Sloveniji z Zakonom o mednarodni zaščiti status begunca razpadel na dva ločena statusa, na status begunca in status subsidiarne zaščite, ki predvideva manj pravic.<sup>13</sup>

O diskvalifikaciji instituta azila ali krizi političnega azila (Legoux v Fassin in Halluin, 2005: 600) govorijo tudi statistični podatki, ki na eni strani kažejo na naraščanje prošenj za azil oziroma mednarodno zaščito v evropskih državah, na širjenje institucij (zaprtega, polzaprtega ali odprtega tipa), kamor so nameščeni prosilci in prosilke za mednarodno zaščito, ter povečevanje zaposlovanja različnih kadrov (inšpektorjev, socialnih delavcev, varnostnikov, policistov), ki delujejo v teh institucijah. Na drugi strani pa statistike govorijo o vedno manjšem številu odobrenih prošenj, ki se v različnih evropskih državah giblje od dveh do 20 odstotkov

(Fassin, 2005; Zorn, 2006). Medtem ko je majhno število dodeljenih azilov v drugih evropskih državah skrb zbujajoče, se zdi pridobiti status begunca v Sloveniji pravzaprav nemogoče. Od leta 1995 do leta 2004 je status begunca namreč dobilo le 118 oseb (od skupaj vloženih 14.828 prošenj za azil), leta 2005 je bilo pozitivno rešenih 14 prošenj (vloženih pa jih je bilo 1834), leto pozneje le ena prošnja, leta 2007 pa dve: »V srednji Evropi je imela Slovenija z najmanj priznanih statusov begunca najnižjo stopnjo priznanih statusov: 0,6 odstotka. V letu 2007 sta samo dve osebi dobili status begunca. V letu 2006 je bil priznan status le eni osebi. Sočasno pa se je v Sloveniji tudi najbolj zmanjšalo število prošenj (–18 odstotkov). V letu 2007 je bilo vloženih samo 425 prošenj v primerjavi s 518 vlogami v prejšnjem letu« (Biti begunec 2007: 31).<sup>14</sup> Zdi se, da je

proces diskvalifikacije azila dosegel take razsežnosti, da je mogoče trditi, da ima ta institucija zgolj fiktivno, dekorativno in ne dejanske funkcije (Dembsky in Lipovec Čebtron, 2007: 20).

Zaton institucije političnega azila se kaže tudi v kulturi nezaupanja, ki besede in dejanja prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito bere skozi sistematičen dvom. S tem opazno nasprotuje načelom, na katerih je bila leta 1951 zasnovana Ženevska konvencija o statusu političnih beguncev. Ta konvencija, ki je bila odgovor mednarodne skupnosti na milijonske množice beguncev in apatridov, ki jih je proizvedla druga svetovna vojna, je namreč politični azil vzpostavljala na podlagi zaupanja (Fassin in Halluin, 2005: 600). To zaupanje se je institucionaliziralo skozi določbo, da je osebno pričevanje oziroma avtobiografska zgodba prosilca za azil lahko zadostna podlaga za dodelitev azila. Nasprotno pa so danes osebna zgodba ali podatki, ki jih inšpektorji zberejo na t. i. »zaslišanju« prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito, le eden od elementov postopka, ki jih mora – da bi bili kredibilni – podpreti vrsta drugih »objektivnih« dokazov.

Sistematično nezaupanje do prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito se kaže tudi v zdravstvu: koncept »lažnega« begunca se prevede v predstavo o »lažnem« bolniku, ideja o »zloračljanju« postopka za azil pa v domnevo o »zloračljanju« slovenskega zdravstvenega sistema.

V primeru zdravstvenih težav prosilci in prosilke za mednarodno zaščito, ki so nameščeni v Azilnem domu, običajno najprej poiščejo pomoč pri medicinski sestri, ki je zaposlena v ambulanti Azilnega doma. Po njenih besedah naj bi se prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v ambulanti pogosto oglašali zaradi manjših težav in ne zaradi resnejših bolezni oziroma, kot sama opisuje svoje stike z njimi: *»Dej ti men tableto, injekcijo, doktorja, rentgen. ... Včasih se komu malo vrti v glavi, pa pravim, pij slano vodo, pa to: Kakšna doktorca pa si, da mi rečeš, da naj pijem slano vodo?«* (Jazbinšek in drugi, 2008: 23) Podobno prepričanje, da prosilci in prosilke za mednarodno zaščito *»radi hodijo okoli zdravnikov«* (ibid.), je izrazila tudi socialna delavka iz Azilnega doma.

Do nedavnega so osebe, nastanjene v Azilnem domu, le prek omenjene medicinske sestre dostopale do drugih zdravstvenih institucij, predvsem do Zdravstvenega doma na Viču: *»Takole, če je bolan, npr. da bo imel gripo, angino, da bo prišel k meni, do pol devetih, devetih mora biti najpozneje tukaj, jaz ga pogledam, vidim, da ima res gnojno angino, pokličem dežurnega zdravstvenega delavca oz. doktorja na Viču.«* Glede na to, da v Azilnem domu ni redno zaposlenega zdravnika, je medicinska sestra pogosto opravljala preglede, ki presegajo njene pristojnosti, obenem pa je pri tem opravljala selekcijo med »lažnimi« in »pravimi« bolniki. Podobno ugotavlja tudi predstavnik ene nevladnih organizacij: *»Medicinska sestra v Azilnem domu pogosto nastopa, pogosto je mnenja, da ni nič resnega ... Prej so lahko prišli le preko nje k zdravniku – le, če jih je ona naročila. Tako je ona presojala o tem, kaj je resno in kaj ne. Zdaj ni več tako, prosilci lahko neodvisno od nje dostopajo do zdravnika.«* (intervju T. R., 2008)

Kot je bilo že zapisano, imajo prosilci in prosilke za mednarodno zaščito poleg pravice do nujne medicinske pomoči, ki jim jo nudijo različne zdravstvene institucije (Zdravstveni dom Vič, Urgenca Univerzitetnega kliničnega centra, Ambulanta in svetovalnica za osebe brez zdravstvenega zavarovanja v Ljubljani in Mariboru) tudi pravico do dodatnega obsega zdravstvenih storitev, ki pa ga mora odobriti posebna medresorska komisija. Glede na to, da nujna medicinska pomoč predvideva le zdravljenje stanj, ki neposredno ogrožajo življenje, spada pod obseg dodatnih zdravstvenih pravic pravzaprav večina medicinskih storitev, ki bi jih bolan prosilec za mednarodno zaščito vsak dan potreboval (od različnih specialističnih pregledov do operativnih posegov in zdravstvenih pripomočkov, kot so slušni aparat, bergle ali očala). Zdi se pa, da zaradi nedodelanosti meril delo te komisije ponovno usmerja logika nezaupanja. Komisija namreč ni



pripravljena odobriti prošnje, ki temelji le na mnenju zasebnega specialista, ali kot se je izrazila vodja Azilnega doma Katarina Štrukelj: »Če komisija dobi mnenje, ki ne gre prek javne mreže, ali če ta oseba ni bila napotena prek ambulante zdravstvenega doma k splošnemu zdravniku ali specialistu, potem ponavadi večina članov komisije zahteva še dodatno, drugo mnenje.« (Zdravje – na begu?, 2008) Z drugimi besedami to pomeni, da se praksa nezaupanja do prosilca za azil razširja tudi na zdravnike, ki nimajo vzpostavljenega odnosa zaupanja z delavci Azilnega doma. Podobno o delu komisije razmišlja predstavnik ene od nevladnih organizacij: »Čeprav je komisija sestavljena iz več članov, tudi zunanjih, je problem, da v praksi odloča ministrstvo za notranje zadeve. Potem tudi ne upoštevajo mnenja drugih zdravnikov, s katerimi oni ne delajo ..., pa tudi če iz ambulante Pro Bono dostavijo mnenje, kar določijo, da to niso relevantna mnenja. /.../ Problem je, da vse to obravnavajo čisto birokratsko. Vsi skupaj ne vidijo tako kot bistven zdravstveni problem. Poleg tega gre vedno za dokazovanje prosilcev za azil kot potencialno lažnih, kot tistih, ki izigravajo. Vedno je prisotno to sumničenje.« (intervju M. S., 2008)

Napačno bi bilo kulturo nezaupanja pripisovati le zaposlenim v Azilnem domu. V eni od zdravstvenih ustanov, ki jo obiskujejo prosilci, zaposleni zdravnik meni, da ... *nekateri imajo težave, drugi pa izkoriščajo to pravico. Potem pomislim na vse moje ljudi, Slovence, ki živijo v revščini, nimajo za kruh, azilanti pa dostikrat takole ...*«. (intervju R. T., 2008). V tej izjavi se odnos nezaupanja stopnjuje skozi viktimizacijo slovenskega prebivalstva, obenem pa kaže na pogosto prepričanje, da podeljevanje pravic prosilcem in prosilkam za mednarodno zaščito pomeni odtegotanje pravic slovenskemu prebivalstvu. V pogovorih z zdravniki podobna stališča niso redkost. Zaradi nepoznavanja azilne tematike, odsotnosti medkulturne mediacije med bolnikom in zdravnikom in programov kulturne kompetence za zdravnike ter lastnih predsodkov do predstavnikov drugih kultur se interakcija med zdravnikom in bolnikom, ki naj bi temeljila na zaupanju, pogosto umakne sistematičnemu dvomu.

## Logika arbitrarnosti in selektivnega sočutja

Miriam Ticktin (2006) ugotavlja, da je v zahodnih imigracijskih politikah opaziti povečano vlogo humanitarizma, ki deluje skozi moralni imperativ sočutja, kar je po njenem mnenju posledica razpada diskurza o političnih pravicah (2006: 34). Ta obrat od diskurza o človekovih pravicah k humanitarističnemu diskurzu kaže tudi na spremembo vrednotnega sistema, saj so razlike med diskurzoma velike. Če diskurz in praksa človekovih pravic temeljita na pravnih zahtevah in odgovornosti, se kaže humanitarizem kot moralni in etični imperativ, ki je usmerjen v lajšanje trpljenja in reševanje življenj, pri čemer je njegovo sklicevanje na človekove pravice oportunistično. Poleg tega imata različne filozofske temelje: medtem ko politični diskurz o človekovih pravicah izhaja iz francoske revolucije, razsvetljskih idej in promovira sekularno vizijo človeštva, pa humanitarizem temelji na katoliških vrednotah in se pogosto manifestira kot oblika religiozne dobrotelosti (2006: 35). Sodobni »preporod« humanitarizma, ki poskuša zavarovati predvsem »trpeče telo« migranta oziroma njegovo življenje v biološkem pogledu, pa je gluho za politične in družbene dimenzije njegove eksistence. To (novo) dojetje humanosti, kjer je humanost razumljena minimalistično, še vedno ohranja in pogloblja pretekle spolne in rasne hierarhije (Ticktin, 2006: 34–5).

Kot pokažejo raziskave zdravstva med francoskimi *sans-papier*, se zaradi (namenske) odprtosti, nedorečenosti zakonskih določil na področju zdravstva migrantov ključne odločitve prepušča

uradnikom. V svojih odločitvah, ki jih sprejmejo po kriteriju arbitrarnosti, uradniki ne sledijo »pravni logiki, temveč humanitaristični logiki« (Lohak v Ticktin, 2006: 37), pri čemer so osebe, »ki prosijo za zaščito, povsem odvisne od tega, ali zbujaajo sočutje in usmiljenje uradnikov.« (ibid.)

Načelo arbitrarnosti se kaže kot svojevrsten *leitmotiv* tudi v zdravstvu prosilcev za mednarodno zaščito v Sloveniji. Kot v Franciji, tudi v Sloveniji del te arbitrarnost izhaja iz nedorečenih zakonskih določil, ki jih je mogoče različno interpretirati. Ilustrativen primer za to je določilo o nujni medicinski pomoči, ki naj bi obsegala le »ohranitev življenjsko pomembnih funkcij, zaustavljanje večjih krvavitev, preprečitev nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali življenjskih funkcij«, ipd. (Zakon o mednarodni zaščiti, 84. člen)

Predstava o tem, kaj spada ali ne spada pod nujno zdravljenje, med zdravniki zelo variira, zato se obseg zdravljenja, ki ga določen zdravnik omogoči posamezniku, lahko precej razlikuje. Tako na primer Aleksander Doplihar, ustanovitelj in zdravnik Ambulante s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja – Pro Bono, nujno medicinsko zdravljenje (znano tudi kot »7. člen«)<sup>15</sup> razume kot »vse ukrepe, namenjene ohranjanju življenja, preprečitvi poslabšanja zdravstvenega stanja. Po moji interpretaciji 7. člen obsega vse ukrepe v medicini: katero zdravljenje pa ni usmerjeno v ohranjanje življenja ali preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja? Izjema so le kakšne lepotne operacije, ki so presežek. Enako po mojem velja za zdravlila: bolnik potrebuje neko zdravilo, da bi ohranil svoje zdravstveno stanje« (Lipovec Čebro, 2007: 79). Nasprotno pa zdravnik v eni ljubljanskih zdravstvenih ustanov »bere« to zakonsko določilo veliko bolj restriktivno: »Oni (prosilci in prosilke za mednarodno zaščito, op. U. L. Č.) so upravičeni le do nujne pomoči. To dejansko pomeni le kakšno oživiljanje in podobno.« (intervju R. P., 2008) Med enim in drugim navedenim zdravnikovim mnenjem pa je cela paleta drugačnih interpretacij in različnih ravnanj zdravstvenega osebja.

S tem ko koncept nujne medicinske pomoči dovoljuje tako različne interpretacije, postane zdravstveno osebje tisto, ki odloča o dodeljevanju ali odvzemu pravice do posamičnih zdravstvenih storitev. Če imajo inšpektorji Azilnega doma diskrecijsko pravico, da odločajo o usodi pravnega statusa teh ljudi, o usodi njihovih teles lahko odločajo zdravstveni delavci. Pogosto to niso zdravniki, temveč medicinske sestre, kot ugotavlja vodja Azilnega doma: »Res pa je, da zdravniki oz. sestre delajo selekcijo in če je kaj takega, kar jim ne ustreza, ga ne vzamejo.« (Zdravje – na begu?, 2008) Podobno razmišlja tudi predstavnica Nevladnih organizacij v primeru iskanja psihiatrične pomoči: »Če psihologinja meni, da ima prosilec psihične težave, ga lahko naroči pri zdravniku splošne prakse in če ta ugotovi isto, ga pošlje k specialistu. Če pa se splošni zdravnik ali medicinska sestra ne strinjata, potem so pečeni. In potem se tu nekako zgodba skorajda konča.« (Jazbinšek, 2008: 19)

Dejavnik, ki določa kriterije te selekcije, je osebna (ne)naklonjenost, ki je povezana s sočutjem oziroma odsotnostjo sočutja: »Ona (medicinska sestra, op. U.L.Č) je res ... mene ne mara. /.../ Ne vem, drugi ljudje mogoče, ona dobra z njimi. /.../ To je zelo odvisno, kak ona gleda nate, veš. Če ona tebe rada ima, seveda ona bo pomagala, če tebe ne mara, seveda ti nič ne boš dobil.« (Jazbinšek, 2008: 14)

Sočutje je občutek, ki nikoli ni nepristranski in ga ni mogoče posploševati, saj je odvisen od tega, v kolikšni meri si je posameznik sposoben predstavljati trpljenje drugega. Dojemanje trpljenja drugega pa je kulturno pogojeno in pogosto sledi »narativam, podobam in zgodbam, ki so v obtoku, ter je ponavadi odvisno od tega, ali se med medicinsko sestro in bolnikom, med

državljanom in tujcem, ohranja situacija neenakosti« (Ticktin, 2006: 43–44). Miriam Ticktin, ki je med terensko raziskavo ugotavljala, zakaj so v nekaterih primerih zdravstveni delavci razvili sočutje do migrantov, v drugih pa ne, je podala dva ilustrativna primera. Prvi je primer francoske medicinske sestre, ki je bila pripravljena za poslano in iznakaženo muslimanko iz Alžirije prirediti zdravstveni dokument, da bi jo obvarovala pred deportacijo v Alžirijo, kjer naj bi bila prisiljena živeti izolirano življenje. Nasprotno pa druga medicinska sestra v Franciji ni verjela opisu zdravstvenih težav mladega poročenega Alžirca, ki je o svoji situaciji pripovedoval energično, dramatično ter se aktivno zavzemal za čim učinkovitejšo rešitev težav. Kot ugotavlja Miriam Ticktin, je v postkolonialnem francoskem imaginariju muslimanska ženska lahko zbu- jala sočutje, saj se je stapljala s podobo pasivne, trpeče žrtve, ki so ji v patriarhalnem islamskem svetu odtegnjene vse pravice. Alžirski moški pa ni ustrezal podobi te žrtve, saj je na eni strani pokazal preveč samoiniciativnosti in premalo trpeče pasivnosti, na drugi strani pa je njegova podoba v očeh medicinske sestre sovpadla s stereotipom agresivnega in opresivnega Alžirca, ki ga slika postkolonialni imaginarij Francije (Ticklin, 2006: 44).

Poleg kulturnih predsodkov, ki ovirajo vzpostavitev sočutja zdravstvenih delavcev do prosil- cev in prosilk za mednarodno zaščito, k temu pomembno pripomore odsotnost medkulturnih posrednikov oziroma redko prisotni prevajalci v interakciji med bolnikom in zdravnikom. Nezanemarljivo vlogo pa ima tudi dejstvo, da si prosilci in prosilke za mednarodno zaščito nimajo pravice izbrati (enega) zdravnika, zato jih ponavadi sprejme vsakokrat drug zdravnik in medicinska sestra. Zdravstveno osebje zato pogosto nima priložnosti poglobiti odnosa z njimi. Oziroma, kot je ta problem opisala ena od zdravnic: *»Za nas kot zdravnike so to neprijetni bolniki, ker jih ne poznamo. Imajo neko terapijo, ki je mi nismo večji, zato, ker se preparati v drugih državah drugače imenujejo in se moramo s tem ubadati. Tako da niso oni za nas nekaj, kar bi človek mimogrede pogledal. Nam vzamejo veliko časa, ravno zaradi tega.«* (Jazbinšek, 2008: 17)

Težko bi bilo izkušnje prosilcev in prosilk za mednarodno zaščito s slovenskim zdravstvenim sistemom opisati zgolj kot »negativne«. Če posameznik »naleti« na zdravstvenega delavca, ki nerestriktivno bere določilo o nujni medicinski pomoči ter je iz sočutja pripravljen opustiti postu- late kulture nezaupanja, ima lahko dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe. Če je ta zdravstveni delavec obenem tudi zdravnik, ki ustreza pogojem medresorske komisije ter je pripravljen podati zdravniško mnenje tej komisiji, ima posameznik tudi možnost pridobiti večji obseg zdravstvenih pravic. Če se kateri ali vsi od teh hipotetičnih »čejev« ne udejanjijo, pa se lahko posameznikove zdravstvene težave (zelo) poslabšajo.

Tak primer je tudi Rahimova zgodba, ki se ne nanaša na Azilni dom, temveč na Center za tujce, a pokaže nekatere izkušnje, ki jih imajo lahko z zdravstveno oskrbo »nezaželeni«. Na koncu tega članka zato »dajem besedo« Rahimu:

*»Čez uro ali dve so me peljali v zapor, v Center za tujce v Postojni. To je bilo okoli dveh zju- traj. Naslednji dan so mi dali zajtrk in me odpeljali v celico. Ko sem začel jesti, so prišli policisti in rekli, da me bodo spet odpeljali na Hrvaško. Dali so me v zaprt avto in mi ukazali, naj ležem na tla. Vprašali so me: ‚Kako si kaj?‘ Počutil sem se zelo slabo in sem rekel, da sem bolan. Noben policist se ni odzval. Odpeljali smo se. Ko smo prišli do meje, nisem bil sposoben izstopiti iz avta. Prosil sem, naj malo počakajo, da pridem k sebi, oni pa so me prijeli za noge in me vlekli iz avta. Bil sem zelo, zelo bolan. Policisti so se vrnili nazaj v Slovenijo. Imel sem tako grozljive bolečine, da nisem vedel, kaj naj naredim; začel sem jokati. Policaji na hrvaški meji so takoj poklicali prvo pomoč. Reševalci so me pregledali in vprašali, ali hočem spet v Slovenijo. Rekli so, da moram v tem primeru takoj v bolnišnico. Hrvati so spet poklicali slovensko policijo, naj me prevzame.*

Ko so prišli, so Hrvati slovenske policiste vprašali: ‚Zakaj ste ga pripeljali? Ne vidite, da je bolan?‘ Slovenski policisti so rekli: ‚Saj prej ni bil bolan.‘ Šel sem do njih in začel jokati, ker me je vse tako bolelo. Rekel sem: ‚To ni res. Zakaj tako govorite, saj ste videli, da sem zelo bolan, ko ste ustavili avto?‘ Policisti so rekli samo: ‚Tako se pripravi.‘ Dali so me v avto in začeli zelo hitro voziti. Začel sem bruhati vse tisto, kar so mi dali hrvaški policisti.

Od meje do Postojne smo prišli v samo tridesetih minutah. Ko so odprli vrata kombija, so me zgrabili, ker se nisem mogel več premikati. Eden od njih me je poklical po priimku in rekel: ‚Mislim, da je zdaj bolje!‘ Hrvati so rekli, da moram takoj v bolnišnico, slovenski policisti pa so me dali nazaj v tisti zapor, v Center za tujce. Zaprli so me v celico, čeprav sem bil napol mrtev. Tam sem vsakega policista, ki sem ga videl, prosil za pomoč, za zdravnika. Prišla je socialna delavka in mi rekla: ‚S tabo ni nič narobe! Samo psihično si bolan.‘

Okoli sedmih zvečer je prišla k meni neka zaposlena v tem zaporu in prosil sem jo, naj mi prinese karkoli proti bolečinam. Čez nekaj časa mi je prinesla dve pomirjevali, dve tableti za živce. Čeprav sem imel strahotne bolečine, sem nekako preživel tisto dolgo noč.

Naslednji dan so me odpeljali na preiskave v zdravstveni dom v središču Postojne. Ker so bili izvidi zelo slabi, so me popoldne odpeljali v Klinični center v Ljubljani, kjer so mi dali injekcijo proti bolečinam in mi še enkrat naredili analizo krvi in urina. Moje zdravstveno stanje je bilo tako slabo, da me je zdravnica hotela takoj operirati. Policisti so zdravnici rekli, da to ni mogoče, ker me morajo ob desetih zvečer vrniti v Postojno. Zato so mi v bolnišnici lahko samo predpisali zdravila, ki pa mi jih v Postojni potem sploh niso dali.

Tako sem ob enajstih zvečer prišel nazaj v zapor. Tisto noč, okoli štirih zjutraj, me je začelo spet boleti. Imel sem vročino. Nekega zapornika, Albanca, sem prosil, naj pokliče varnostnika, policijo. Takoj so prišli štirje policisti in eden od njih mi je rekel: ‚Nič ne morem narediti, dokler ne padeš v nezavest. Naj nekdo ostane s tabo, dokler ne padeš v nezavest. Šele takrat lahko koga pokličem.‘

Okrog desetih zjutraj so me odpeljali v ambulanto in zdravnica mi je dala zdravila: Spasmex forte 3 x 1 in Lekadol 500 mg 3 x 2. Dva dni pozneje sem okoli enajstih zvečer spet dobil hujše bolečine. Policisti so poklicali medicinsko sestro, ki mi je okrog štirih zjutraj dala neko injekcijo. Potem je postalo še huje. Spet sem poklical policiste, ki so mi rekli, da mi do jutra ne morejo več pomagati.

Bolečine so bile tako hude, da nisem mogel niti po stopnicah do jedilnice.« (Rahim, 2007: 36–37). Švicarski zdravniki, ki so ga nekaj mesecev pozneje pregledali, so ugotovili, da ima rakave tvorbe v predelu jeter in ledvic, pri čemer ni izključeno, da so posledica pomanjkljivega zdravljenja vnetij jeter in ledvic, ki ju je preboleval v Sloveniji.

## Literatura

- AGAMBEN, G. (2004): *Stato di eccezione*. Torino, Bollati Boringhieri.
- ARENDRT, H. (1951): *The Origins of Totalitarianism*. New York, Harcourt-Brace.
- BARBIERI, M. (2008): *Health and Immigration in the Emilia-Romania Region*. Neobjavljena predstavitev na okrogli mizi Zdravje – na begu?, ki je potekala 20. 6. 2008 v Ljubljani.
- BASSIN, M., FABJANČIČ, T., FRLIČ, A., KUŠAR, A., ROLC, N., VERDEL, I. (2002): *Medijska toča: analiza medijske konstrukcije prebežništva. Ljubljana, V zoni prebežništva: antropološke raziskave prebežnikov v Sloveniji*, Zbirka ef, Filozofska fakulteta.

- BOBEK, Ž., DEMBSKY, H., JULARIČ, L. (2002): *Zadeva – odstranitev: raziskava v Centru za tujce. V: V zoni prebežništva: antropološke raziskave prebežnikov v Sloveniji, Lipovec Čebtron, U. (ur.), Ljubljana, Zbirka ef, Filozofska fakulteta.*
- CASTAÑEDA, H. (2009): *Illegality as a risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. Social Science and Medicine XXX, str. 1–9.*
- DEMBSKY, H. (2007): *Kronike iz Limba: zgodbe prosilcev za azil. Ljubljana, Zbirka ef, Filozofska fakulteta.*
- DEMBSKY, H., LIPOVEC ČEBRON, U. (2007): *O kronikah iz Limba. Ljubljana, Kronike iz Limba: zgodbe prosilcev za azil, Zbirka ef, Filozofska fakulteta, str. 17–22.*
- DOUGLAS, M. (2004): *Purity and Danger. An analysis of the concepts of pollution and taboo.* London, New York, Routledge.
- FASSIN, D. (2005): *Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France.* Cultural Anthropology, let. 20, št. 3, str. 362–387.
- FASSIN, D., D'HALLUIN, E. (2005): *The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers.* American Anthropologist, let. 107, št. 4, str. 597–608.
- HELMAN, C. (2007): *Culture, Health and Illness.* New York, Oxford, Oxford University Press.
- HERTZ, R. (1978): *The Preeminence of the Right Hand.* NEEDHAM, R. (ur.): *Chicago, Right and Left: essays on dual symbolic classification,* University of Chicago Press.
- Izjava slovenskih NVO ob svetovnem dnevu beguncev, 20. 6. 2008, <http://www.amnesty.si/sl/node/1196> (25. 1. 2009).
- JAZBINŠEK, S., OTAVNIK, A., PALAIČ, T., ŠPES, A. (2008): *Zdravstvo prosilcev za mednarodno zaščito. Neobjavljena raziskovalna naloga pri vajah Antropologija migracij, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani.*
- KOEHN, P. H., SANIOLA-RODRIGUEZ, K. (2005): *Clinitian/Patient Connections in Etnoculturally Nonconcordant Encounters With Political-Asylum Seekers: A Comparison of Physicians and Nurses.* Journal of Transcultural Nursing, let. 16, št. 4, str. 298–311.
- KUHAR, R. (2001): *V objubljeni deželi ksenofobije.* Medijska preža. <http://mediawatch.mirovni-institut.si/bilten/seznam/10/govor/> (12. 1. 2009).
- LIPOVEC ČEBRON, U. (2007): *Brez zdravstvene kartice nisi nihče.* Intervju z Aleksandrom Dopljarjem. Časopis za kritiko znanosti, let., XXXV, št. 228., str. 76–80.
- LIPSON, J., WEINSTEIN, H., GLADSONE, E., SARNOFF, R. (2003): *Bosnian and Soviet Refugees' Experience With Health Care.* Western Journal of Nursing Research, let. 25, št. 7, str. 854–871.
- OMERI, A., LENNINGS, C., RAYMOND, L. (2004): *Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia.* Journal of Transcultural Nursing, let. 17, št. 1, 30–39.
- PATRIDGE, D. J. (2008): *We Were Dancing in the Club, not on the Berlin Wall: Black Bodies, Street Bureaucrats, and Exclusionary Incorporation into the New Europe.* Cultural Anthropology, let. 23, št. 4, str. 660–687.
- Pravilnik o posebnih pravilih bivanja in gibanja tujcev v centru za odstranjevanje tujcev in pogojih ter postopku za uporabo milejših ukrepov (2000), <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200097&stevilka=4081>.
- Pravilnik o obliki, načinu in vsebini sprejemanja prošnje za mednarodno zaščito (2007), <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200868&stevilka=2978> (20. 1. 2009).
- RAHIM (2007): *Nič ni, samo psihično si bolan.* V: DEMBSKY, H. (ur.), *Kronike iz Limba, Ljubljana, Zbirka ef, Filozofska fakulteta, str. 35–40.*
- RUDOLF, R., GOSENICA, P. (2003): *Raziskava med prosilci za azil – razseljenimi osebam.* Neobjavljena študentska raziskava pri vajah Antropologija migracij, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani.



- SILOVE, D., AUSTEN, P., STEEL, Z. (2007): *No Refugee From Terror: The Impact of Detention on the Mental Health of Trauma-Affected Refugees Seeking Asylum in Australia*. *Transcultural Psychiatry*, let. 44, št. 3, str. 359–393.
- TICKTIN, M. (2006): *Where ethics and politics meet: The violence of humanitarianism in France*. *American Ethnologist*, let. 33, št. 1, str. 33–49.
- Mladina, 7. 1. 2008, *UNHCR znova kritiziral slovenski zakon o azilu* [http://www.mladina.si/dnevnik/07-01-2008-unhcr\\_znova\\_kritiziral\\_slovenski\\_zakon\\_o\\_azilu/](http://www.mladina.si/dnevnik/07-01-2008-unhcr_znova_kritiziral_slovenski_zakon_o_azilu/) (1. 2. 2009)
- VISOKI KOMISARIAT ZDRUŽENIH NARODOV ZA BEGUNCE, (2007): *Biti begunec*. Poročilo AGDM 2007, Regionalno predstavništvo za srednjo Evropo, [www.unhcr-budapest.org/files/UNHCR-AGDM\\_report\\_2007-SVN-screen.pdf](http://www.unhcr-budapest.org/files/UNHCR-AGDM_report_2007-SVN-screen.pdf) (23. 1. 2009)
- Zakon o azilu – Zazil UPB-2 (2006) <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200651&stevilka=2179> (22. 1. 2009)
- Zakon o mednarodni zaščiti (ZMZ) (2007) [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis\\_ZAKO4911.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO4911.html) (23. 1. 2009)
- Zakon o tujcih (ZTuj-1) (1999) [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis\\_ZAKO1479.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_ZAKO1479.html) (22. 1. 2009)
- Zdravje – na begu?* Zdravstveno varstvo beguncev in prosilcev za azil (2008), neobjavljen zapis okrogle mize, ki je potekala 20. 6. 2008 v Ljubljani.
- ZORN, J. (2004): *Strategije izključevanja begunk, beguncev oziroma prosilcev za azil in oseb brez statusa*. *Socialno delo*, let. 44, št. 4–5, str. 259–75.
- ZORN, J. (2006): *Od izjeme do norme: centri za tujce, pridrževanje in deportacije*. *Časopis za kritiko znanosti*, let. XXXIV, št. 226, str. 54–73.