



Helsefakultetet

Papirløse migrantere rett til helsehjelp

En ansikt-til-ansikt spørreskjemaundersøkelse om papirløse migrantere bruk av helsevesenet og deres kunnskap om egne rettigheter til helsehjelp.

Elisabeth Aunan

Masteroppgave i medisin. MED-3950. juni 2021

Veileder: Torsten Risør

Sammendrag

Formål: Papirløse migrantere rett til helsehjelp er begrenset av norsk lov. Hensikten med denne studien er todelt: 1) å undersøke papirløse migrantere kunnskap om egne rettigheter til helsehjelp, og 2) undersøke papirløse migrantere bruk av helsevesenet.

Metode: Dataene er samlet inn ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse gjennomført ansikt til ansikt med 14 papirløse migrantere i Oslo sommeren 2020. Resultatene beskrives med deskriptiv statistikk supplert med utsagn fra informantene som gikk utover skjemaets spørsmål. Resultatene sammenlignes i diskusjonen med andre empiriske studier, og trekkes inn i en bredere kontekstuell diskusjon om konsekvensene av begrensede rettigheter på samfunnsnivå og individnivå.

Studien er vurdert og godkjent av REK (30.06.20, referanse 120746) og NSD (10.08.20).

Resultater: Resultatene tyder på at papirløse migrantere psykiske og fysiske helse er blitt svekket i løpet av årene i Norge. Mangel på kunnskap og frykt for deportasjon hindrer dem fra å oppsøke det offentlige helsevesenet. Kunnskapsnivået om deres rettigheter til helsehjelp er lavt innenfor alle fem kategorier (taushetsplikt, rettigheter >18 år, rettigheter <18 år, rett til behandling ved smittefarlige sykdommer, og rett til svangerskapsomsorg). Tilliten til offentlig helsesektor er lav, mens det er høy grad av tillit til «Helsesenter for Papirløse».

Konklusjon: Dersom de papirløse skal kunne benytte seg av de eksisterende rettighetene de har til helsehjelp, bør det settes i gang informasjonstiltak rettet mot papirløse migrantere. Men økt kunnskap blant de papirløse er ikke nok. Tillitsbyggende arbeid gjennom å øke helsepersonells bevissthet rundt hvordan man tilnærmer seg papirløse, samt å øke helsepersonells kunnskap om det eksisterende lovverket bør prioriteres høyt.

Den bakenforliggende årsaken til de papirløses begrensede tilgang til helsehjelp er imidlertid et diskriminerende lovverk. Gjennom å ignorere menneskerettighetene har Norge gjort seg avhengig av frivillighet for å dekke minoritetens grunnleggende behov for helsehjelp.

Universell helsehjelp er et politisk valg. Mer oppmerksomhet rundt de papirløses situasjon og Norges ignorering av internasjonale forpliktelser, kan presse politiske beslutningstagere til å velge en mer rettferdig helsepolitikk.

Innhold

Sammendrag	1
Forord	3
Innledning	4
<i>Papirløse migranter definert</i>	5
<i>Papirløse migranternes rett til helsehjelp</i>	6
<i>Papirløse migranternes helsesituasjon og bruk av helsevesenet</i>	7
Metode	9
<i>Rekruttering av studiepopulasjonen</i>	9
<i>Valg av metode</i>	9
<i>Utforming og gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen</i>	11
<i>Etikk</i>	12
Resultater	16
<i>Studiepopulasjonens livssituasjon og sosiodemografiske data</i>	16
<i>Papirløse migranternes helsesituasjon</i>	16
<i>Papirløse migranternes bruk av helsevesenet</i>	17
<i>Barrierer mot bruk av helsevesenet</i>	18
<i>Grad av kunnskap om rettigheter til helsehjelp</i>	19
Diskusjon	21
<i>Papirløse migranternes helsesituasjon</i>	21
<i>Livsvilkår og sosioøkonomiske forhold</i>	22
<i>Papirløse migranternes bruk av helsevesenet</i>	23
<i>Hvilken betydning har kunnskap for helse og helsehjelp?</i>	24
<i>Konsekvensene av begrensede rettigheter på samfunnsnivå</i>	25
<i>Samfunnsøkonomiske -og folkehelsemessige implikasjoner</i>	25
<i>Et politisk konstruert rettighetsvakuum</i>	26
<i>Styrker og svakheter ved oppgaven</i>	27
Konklusjon	28
Litteraturliste	31

Forord

Temaet for denne oppgaven er «papirløse migranternes rett til helsehjelp». Bakgrunnen for valget av temaet er at jeg i 2015 engasjerte meg som «flyktningsguide» i Røde Kors. Det ga meg et lite vindu inn til alle problemene flykninger med oppholdstillatelse står ovenfor, blant annet hvor lang og vanskelig veien til permanent oppholdstillatelse er. Blant dem som ikke får opphold tør ikke alle ta sjansen på å returnere til sitt opprinnelsesland. Dersom de velger å bli i Norge blir de definert som illegale, og det meste av deres rettigheter som innbygger i Norge faller bort. Dette politisk strukturerte rettighetsvakuemet som papirløse migranter lever i engasjerte meg fordi det fremstår som grunnleggende urettferdig. Omfanget av problemet er enormt. Det estimerte antallet papirløse migranter på verdensbasis er 20-30 millioner, og behandlingen av papirløse er et uløst internasjonalt problem. Som fremtidig helsearbeider vil jeg måtte forholde meg til problematikken og vil bli tvunget til å manøvrere mellom et diskriminerende lovverk med uklare retningslinjer, etiske forpliktelser som helsearbeider, og økonomiske insentiver som favoriserer diskriminering.

For å skrive denne oppgaven har jeg fått uvurderlig veiledning av allmennlege og førsteamanuensis Torsten Risør fra Institutt for Samfunnsmedisin på UiT. Tusen takk for raske tilbakemeldinger, utfyllende kommentarer og smittende positivt engasjement. Tusen takk til Jonathon Moses, professor i statsvitenskap ved NTNU, som kom med mange gode og oppmuntrende forslag da prosjektet var i startgropa. Takk til Institutt for Samfunnsmedisin og Studentutvalget ved UiT for økonomisk støtte til gavekort til studiens informanter, og til reiseutgifter i forbindelse med intervjuene. Takk til Batteriet i Oslo for hyggelig samarbeid og lån av intervjulokaler. Spesielt takk til Trude Hellesø, daglig leder i Mennesker i Limbo, som har vært positivt innstilt fra første telefon, og gjort datainnsamlingen til denne oppgaven mulig. Til slutt, men ikke minst, tusen hjertelig takk til studiedeltagerne som har brukt av sin tid og åpenhertig fortalt om sine liv.

På tross av all god hjelp, står jeg selv ansvarlig for alle feil og mangler som måtte gjenstå. Jeg håper det ikke er mange.

Innledning

Papirløse migranter, også kalt irregulære, ulovlige, og illegale migranter, er mennesker som oppholder seg i Norge på ulovlig grunnlag. De har enten ankommet landet ulovlig, fått avslag på asylsøknaden eller latt være å reise etter at tidligere lovlig oppholdstillatelse har gått ut (1). Det er estimert at det bor mellom 2000 og 18 000 papirløse migranter i Norge (2). Enkelte av dem bor hele sitt voksne liv med illegal status. I USA, EU, og på verdensbasis er det estimert henholdsvis 11 millioner (3), 2-4 millioner (4) og 20-30 millioner (5) papirløse migranter. Vestlige velferdsstater blir satt på prøve i møte med mennesker som har behov for hjelp, men som ikke passer inn i den definerte gruppen som nasjonalstaten har ansvar for. Norsk strategi har lenge vært å begrense deres rettigheter i håp om at de skal søke lykken i et annet land (6). En av disse begrensningene gjelder retten til helsehjelp.

Papirløse migranternes rett til helsehjelp er begrenset av norsk lov til i hovedsak å gjelde «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente». Det er imidlertid noen viktige unntak som gir utvidede rettigheter til helsehjelp. Tidligere forskning viser at det er et betydelig misforhold mellom behovet for helsehjelp og tilgangen til helsehjelp. Det er rimelig å anta at kunnskapen om egne rettigheter er vanskelig tilgjengelig av flere årsaker: For det første fordi deres status som ulovlige gjør det vanskelig å skille mellom offentlige instanser som kan gi hjelp/informasjon og offentlige instanser som vil tvangsreturnere dem. For det andre fordi offentlige dokumenter og lovtekster er tungt tilgjengelig og kan være vanskelig å forstå. Og for det tredje fordi språkbarrieren gjør informasjonen tungt tilgjengelig. For å sikre at de kan benytte seg av den helsehjelpen de faktisk har krav på, er kunnskap om disse rettighetene essensielt. Hensikten med denne studien er todelt: 1) å undersøke papirløse migranternes kunnskap om egne rettigheter til helsehjelp, og 2) å undersøke papirløse migranternes bruk av helsevesenet.

På grunn av deres status som illegale finnes ikke de papirløse i offentlige oversikter eller statistikker. Derfor er kunnskap om denne gruppen ekstra viktig. Ingen tidligere norsk studie har målt kunnskapsnivået til papirløse om egne rettigheter til helsehjelp. Dette er viktig kunnskap av flere grunner. Det sier indirekte noe om deres reelle tilgang til helsehjelp; dersom de ikke har kunnskap om egne rettigheter kan de heller ikke benytte seg av helsehjelpen de har krav på. I tillegg gir studien ny informasjon om en gruppe vi vet veldig

lite om. Og til slutt gir studien oppmerksomhet til en marginalisert gruppe som på grunn av sin status som illegal selv er tvunget til å tie.

Papirløse migranter definert

Papirløse migranter er mennesker som oppholder seg i Norge ulovlig. De faller inn under tre hovedgrupper (7, 8).

- 1) Asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden om oppholdstillatelse, men likevel ikke har forlatt landet. Disse menneskene er registrert hos myndighetene og blir i utgangspunktet tvangsreturnert dersom de ikke reiser frivillig. En andel av denne gruppen er såkalt «ureturnerbare», og kjennetegnes av at de ikke kan tvangsreturneres til hjemlandet. Det er tre hovedårsaker til at tvangsretur ikke lar seg gjennomføre. For det første må Norge ha en utvekslingsavtale med det gjeldende landet. For det andre er det enkelte land som nekter å ta imot flykninger som ikke frivillig lar seg returnere. For det tredje er noen flykninger «statsløse». Sistnevnte gjelder en gruppe mennesker som ikke har statsborgerskap i noe land og dermed er det heller ingen land de kan returneres til (9).
- 2) Mennesker som har tatt seg ulovlig inn i Norge og aldri registrert seg hos myndighetene. Denne gruppen inneholder f.eks. mange ofre for menneskesmugling.
- 3) Den tredje gruppen omfatter de som har hatt lovlig opphold i Norge gjennom f.eks. arbeidsvisum eller turistvisum, men som ikke forlater landet når visumet har utløpt (7, 8, 10).

En norsk studie (6) med 90 respondenter viser at over halvparten av papirløse migranter i Norge flyktet fra sitt hjemland på grunn av krig eller forfølgelse. Andre årsaker var sult, overgrep og hjemløshet. Den samme studien har ved hjelp av WHO`s undersøkelse om livskvalitet (WHOQOL-BREF) målt norske papirløses livskvalitet. Studien viser at livskvaliteten til norske papirløse er lavere enn et internasjonalt gjennomsnittsscore, og lavere eller på nivå med flykninger i Irak, Nigeria og Etiopia.

Det ligger i sakens natur at det er vanskelig å tallfeste antall papirløse migranter.

Organisasjonen «Selvhjelp for innvandrere og flykninger» anslår at det finnes mellom 5000 og 10 000 mennesker som lever i skjul i Norge. En rapport fra statistisk sentralbyrå og

FAFO fra 2008 gir i midlertid et estimat på 18 000 papirløse (2). Mens Politiets Utlendingsenhet anslår at det er 2250 personer som har fått endelig avslag på asylsøknaden, men som fortsatt oppholder seg i Norge (11).

Papirløse migranternes rett til helsehjelp

Papirløse migranternes rett til helsehjelp er begrenset av norsk lov. I «forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket» (12) fastholdes det at de har rett på «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterk nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern». Hva som regnes som helt nødvendig helsehjelp er opptil den enkelte lege å tolke.

Dette betyr i praksis at papirløse er avskåret fra forebyggende/preventiv helsehjelp. Men det finnes noen viktige unntak. I 2011 ble rettighetene for gravide og papirløse under 18 år utvidet. En gravid papirløs kvinne har i dag krav på full svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg, eller initiert abort hvis hun ønsker det. Papirløse under 18 år har tilnærmet lik rett til helsehjelp som norske statsborgere med det unntak at de ikke har tilgang til fastlege. I tillegg har alle rett til gratis behandling ved det som defineres som allmentfarlig smittsom sykdom¹ (7, 12-14).

For medlemmer av folketrygden finansieres helsetjenester gjennom refusjonsordninger til de enkelte foretak og egenbetaling fra pasienten. Dersom en pasient hverken er medlem av folketrygden eller har et aktivt D-nummer, må personen fremlegge bevis på gyldig asylsøkerstatus for at helseforetaket skal få refusjon. Papirløse går ikke under noen av de nevnte kategoriene og må derfor dekke alle utgiftene selv. Dersom migranten ikke har betalingsevne skal den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyter dekke utgiftene (15, 16). Institusjonen som skal vurdere om behovet for behandling er «helt nødvendig» er altså den samme institusjonen som blir stående med regningen for behandlingen.

¹ En fullstendig liste over sykdommene som regnes som allmentfarlige smittsomme sykdommer finnes her: <https://www.fhi.no/publ/informasjonsark/liste-over-allmennfarlige-smittsomme-sykdommer/>

Både norske og utenlandske studier viser at frykt for deportasjon hindrer papirløse migranter fra å søke helsehjelp (6, 8, 17-19). Kjennskap til helsepersonells taushetsplikt er derfor av stor betydning for at en papirløs migrant skal kunne benytte seg av de helsetjenestene de har krav på. I forarbeidene til helsepersonelloven §§21 er det understreket at formålet med taushetsplikten blant annet er å sikre at personer ikke unnlater å oppsøke helsehjelp i frykt for hva som kan videreformidles (7, 20).

Oppsummert kan vi si at alle papirløse migranter har rett på «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente» og gratis behandling ved allmentfarlige smittsomme sykdommer. Gravide har krav på full svangerskaps-, fødsel og barselomsorg, og barn under 18 år har samme rettigheter til helsehjelp som norske statsborgere med unntak av retten til fastlege. Bortsett fra ved behandling for allmentfarlige smittsomme sykdommer er papirløse pålagt å betale 100% av kostnadene knyttet til helsehjelpen. Dersom de ikke har betalingsmulighet skal det aktuelle helseforetaket dekke utgiftene. Papirløse migranter har, som alle andre som oppsøker helsevesenet, krav på taushetsplikt. Et av spørsmålene denne oppgaven reiser er om de kjenner til disse rettighetene.

[Papirløse migranternes helsesituasjon og bruk av helsevesenet](#)

En amerikansk studie viser at papirløse migranter initialt har bedre helse enn en gjennomsnittlig statsborger de første årene etter ankomst til landet. De har lavere risiko for å utvikle hjertekarsykdommer, en rekke kreftdiagnoser og diabetes. Etter et visst antall år snur derimot tendensen til at de papirløse har dårligere helse, både fysisk og psykisk, enn den gjennomsnittlige statsborgeren (18). Forklaringen på dette ligger dels i deres livsvilkår og dels i manglende preventiv helsehjelp. Disse menneskene er spesielt utsatt for kroniske sykdommer og arbeidsrelaterte skader som enkelt kunne vært forebygget eller behandlet, men som i stedet reduserer deres evne til å arbeide og forringer deres livskvalitet. I tillegg er det i norske studier vist at papirløse i større grad enn statsborgere lider av psykiatriske sykdommer (6, 19). Vi kan utfra dette si at papirløse har minst like stort behov for helsehjelp som den øvrige befolkningen.

Når det gjelder bruken av helsevesenet viser tidligere forskning (8, 10, 17, 21-23) at det er en rekke faktorer som hindrer papirløse migranter fra å kontakte helsevesenet. Norske studier som har sett på dette fremhever frykt for deportasjon, manglende evne til å betale for

tjenesten, språkbarriere, og kunnskap om egne rettigheter som viktige årsaker til at de ikke oppsøker helsehjelp (8, 21).

Røde kors og Kirkens bymisjon startet et samarbeid i 2009 for å overkomme barrierene som hindrer papirløse fra å oppsøke helsevesenet. Det resulterte i opprettelsen av Helsesenter for Papirløse i Oslo i 2009 og Bergen i 2013. Det er institusjoner basert på frivillig arbeidskraft der papirløse tilbys gratis tverrfaglig primærhelsetjeneste to-tre dager i uka. Helsesenteret i Oslo rapporterer at henvisninger til kommunale psykiske tilbud og til distriktpspsykiatriske sentre i all hovedsak blir avvist, og at voldsutsatte kvinner ikke får plass på kritesenter. Begrunnelsen for avvisningene er deres status som papirløse (24). Helsesenteret har imidlertid siden 2010 hatt et samarbeid med Diakonhjemmet sykehus der helsehjelpen er basert på medisinsk behov. I tillegg har de en avtale med et apotek i Oslo der pasientene kan hente ut medisiner uten å ha id, og hvor fakturaen sendes til helsesenteret.

På Helsesenteret for Papirløse i Oslo jobbet det i 2019 totalt 7 ansatte og 185 frivillige leger (innenfor ulike spesialiteter som allmennmedisin, øye, gynekologi og psykiatri), psykologer, sykepleiere, jordmødre fysioterapeuter, bioingeniører, farmasøyter, tannleger, tannpleiere og telefontolkere. I løpet av 2019 fikk 769 pasienter behandling på senteret, mer enn 50% av dem var kvinner. Fra oppstarten i 2009 til 2019 har senteret behandlet totalt 4820 pasienter fra 121 ulike land. De siste tre årene har Oslo kommune bidratt med økonomisk støtte til senteret (24). I Oslo og Bergen velger mange papirløse å bruke dette tilbudet. Andre taktikker for å komme i kontakt med helsevesenet er å bruke falsk id, få økonomisk støtte av venner, eller bli med en venn med statsborgerskap til legen å be om å få en time (25).

Når det gjelder gravide innvandrere med oppholdstillatelse i Norge viser det seg at det er et signifikant høyere antall komplikasjoner for både nyfødte og mødre. I tillegg benytter de seg i mindre grad av svangerskapsomsorgen. Dette er delvis forklart av mangel på kunnskap om egne rettigheter (26, 27). Det er rimelig å anta at denne tendensen også vil være til stede hos gravide papirløse migranter. I Storbritannia er 23% av kvinnene som dør under svangerskapet papirløse, mens de utgjør anslagsvis under 1% av befolkningen (28, 29). Ifølge årsrapporten fra Helsesenteret for papirløse i Oslo, forteller gravide at de ikke oppsøker det offentlige helsevesenet i frykt for avvisning, betalingskrav og deportasjon. Av de som oppsøker det offentlige helsevesenet er det flere som blir avvist, blir spurt om betalingsevne eller får regninger på opptil 100 000 kr (24).

Oppsummert kan vi si at Papirløse har minst like stort behov for helsehjelp, men benytter seg i mindre grad av de rettighetene de har sammenlignet med den øvrige befolkningen. Det er identifisert flere årsaker til hva som hindrer dem i å oppsøke helsehjelp. Denne studien vil ta for seg en av disse barrierene og undersøke hva de faktisk vet og hvordan de tilegner seg den informasjonen.

Metode

I dette studie har jeg valgt å gjøre et strategisk utvalg av 14 informanter og gjennomført ansikt-til-ansikt spørreskjemaundersøkelse med delvis lukkede og delvis åpne spørsmål. Overveielser og argumenter for valg av dette designet beskrives nedenfor. Resultatene beskrives med deskriptiv statistikk supplert med utsagn fra informantene som gikk utover skjemaets spørsmål. Deretter sammenlignes resultatene med andre empiriske studier, og trekkes inn i en bredere kontekstuell diskusjon om konsekvensene av begrensede rettigheter på samfunnsnivå og individnivå.

Rekruttering av studiepopulasjonen

For å komme i kontakt med studiepopulasjonen ble flere organisasjoner kontaktet, blant annet Kirkens Bymisjon i flere byer, Krisesenteret i Tromsø, Arne Viste i Plog AS, Helsesenter for papirløse i Oslo og Bergen og Mennesker i Limbo.

«Mennesker i Limbo», en organisasjon av og for lengeværende papirløse migranter, responderte positivt på forespørselen. Rekrutteringen foregikk på Mennesker i Limbos ukentlige møte, der papirløse samles for å diskutere felles problemstillinger, og for å få veiledning av ansatte i Mennesker i Limbo. Daglig leder i organisasjonen presenterte prosjektet og forklarte målsetningen med undersøkelsen og spurte deretter personer hun trodde var villig til å la seg intervju. Utvalget er derfor et «strategisk utvalg» (30, 31). Jeg deltok på et møte i forkant av intervjuene for å svare på eventuelle spørsmål og for å forklare hvordan deres rett på anonymitet ville bli ivaretatt. To av intervjuobjektene ble rekruttert via en av intervjudeltagerne. Fjorten papirløse migranter lot seg rekruttere og gjennomførte en ansikt-til-ansikt spørreskjemaundersøkelse sommeren 2020. Tre av intervjuene trengte tolk, de resterende pratet godt norsk eller engelsk.

Valg av metode

Dataene ble samlet inn ved hjelp av 14 spørreskjemaundersøkelser gjennomført ansikt-til-ansikt. Det er viktig å understreke at spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført ansikt til ansikt i intervjuform. Respondenten leste altså ikke spørsmålene selv, for så å krysse av for et alternativ, men fikk hvert spørsmål muntlig og svarte fritt på hvert enkelt spørsmål. Derfor vil begreper som «intervju» og «intervjuer» bli brukt i teksten. Utarbeiding og gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen beskrives mer detaljert senere i metodekapitlet.

Spørreskjemaundersøkelse gjennomført ansikt-til-ansikt ble valgt fordi det er en effektiv måte å innhente informasjon, og den rigide formen er velegnet for å kategorisere og sammenligne data i etterkant. Det og møtes ansikt til ansikt ga samtidig mulighet for å stille spørsmålene på mange måter for å kontrollere at deltagerne forsto spørsmålene de svarte på. I tillegg ga denne metoden mulighet for å bygge opp et tillitsforhold mellom intervjuer og respondent ved å ta seg god tid i forklaringen av formålet med undersøkelsen og ved å møte dem i forkant av intervjuet (32, 33).

Det ble samtidig lagt opp til at respondentene kunne prate fritt slik at man kunne fange opp enkelte temaer de selv ønsket å formidle. Denne tilleggsinformasjonen ble notert ned underveis. Av datalagringshensyn/anonymitetshensyn ble det ikke gjort noen lydopptak under intervjuene. Denne informasjonen er ikke tillagt noen vekt i den empiriske analysen, men enkelte sitater er valgt ut for å gi nyanser som ikke fanges inn av den deskriptive statistikken, samt at det gir en mer dekkende representasjon av informantene som mennesker.

Utfordringen med å komme i kontakt med studiepopulasjonen var et hinder for å rekruttere et tilstrekkelig høyt antall deltagere til å kunne gjøre generaliserbare statistiske analyser. En slik type studie ville i tillegg krevd enten en større tidsramme, eller eventuelt bruk av spørreskjemaer uten at intervjuer var til stede. Å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse uten å møte respondentene var utelukket av flere grunner: For det første fordi det var flere ulike morsmål blant deltagerne, og en oversettelse av spørreskjemaene ville vært utenfor dette prosjektets økonomiske budsjett. For det andre ville man ikke hatt mulighet til å kontrollere at deltagerne faktisk forsto det de ble spurt om. For det tredje ville man ikke kunne bygge et tillitsforhold mellom intervjuer og respondent. Å bygge opp en form for tillitt anså vi som essensielt siden deltagerne har svært lav tillit til offentlige myndigheter og av den grunn kunne man forvente lav deltagelse eller at deltagerne kanskje ville svart det de trodde var «ønsket svaralternativ» ved bruk av spørreskjema. Et spørreskjema alene ville med andre

ord vært forbundet med en uakseptabel risiko for at vi ikke fikk målt det vi hadde til hensikt å måle (32, 33).

Ut ifra oppgavens problemstilling, tidsramme og budsjett var derfor en spørreskjemaundersøkelse gjennomført ansikt-til-ansikt etter vår mening den mest effektive måten å innhente informasjon, og den mest velegnede måten for å kategorisere og sammenligne resultatene i etterkant.

Utforming og gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen var delt inn i fem ulike temaer: 1) Sosiodemografiske data; 2) Bruk av helsevesenet; 3) Subjektivt opplevd helse; 4) Kunnskap om egne rettigheter, og; 5) Tilgjengelighet av informasjon. Alle spørsmålene kommer frem i tabell 1. Temaene som omhandler bruken av helsevesenet og kunnskap (3, 4 og 5) generer svaret på studiens problemstilling, mens de andre temaene er viktig bakgrunnsinformasjon og skaper et mer helhetlig bilde av den enkeltes og gruppens helse- og livssituasjon.

Spørsmålene i spørreskjemaundersøkelsen er laget i samarbeid med veileder og temaene er delvis inspirert av Trine Myhrvold sine studier. For hvert spørsmål ble det laget svaralternativer for å lettere kunne kategorisere og sammenligne svarene i etterkant. Disse svaralternativene er selvfølgelig kunstig i forhold til hva respondenten svarte, men dekker og oppsummerer de ulike svarmulighetene. For hvert spørsmål ble respondentens svar notert ned i stikkordsform og svaret ble kategorisert innenfor et av de forhåndsdefinerte svaralternativene. Spørreskjemaundersøkelsen ble forsøkt strukturert slik at de enkleste spørsmålene kom først, sånn at intervjuer og respondent fikk tid til å bli «kjent» før vanskeligere og mer «private» spørsmål ble stilt.

Spørsmålsstillingen ble tilpasset hvert enkelt intervju, slik at mange spørsmål ble stilt på ulike måter for å sikre at deltageren forsto spørsmålet. Eksempler på ulike spørsmålsstillinger er «Hva forstår du med ordet taushetsplikt?», «Hva tenker du om at helsepersonell har taushetsplikt?», «Hvordan tror du helsepersonell forholder seg til dine personopplysninger, som for eksempel helseopplysninger og din flykningsstatus?» «Tror du helsepersonell deler opplysninger, om din helse eller flyktningsstatus med politiet eller andre myndigheter?» «Vet du at helsepersonell bryter loven dersom de gir personlige opplysninger om deg til andre?»

«Er du redd for at helsepersonell kontakter politiet dersom du oppsøker helsehjelp?» «Føler du deg trygg når du oppsøker helsepersonell?»

Det ble satt av en time per intervju. Intervjuene foregikk i Kirkens Bymisjons lokale «Batteriet» som er et mye brukt samlingssted for flere av intervjudeltagerne. Smittevernreglene om avstand og vasking ble overholdt.

I etterkant av intervjuene er svarene innenfor temaet kunnskap kategorisert i «god» «middels» og «ingen» kunnskap. For å bli kategorisert i «god kunnskap» må man kunne formidle hva lovteksten innebærer og ha forståelse for dette. For taushetsplikten vil det for eksempel innebære at helsepersonell hverken har lov til å dele helseopplysninger eller andre personopplysninger. Innenfor kategorien «middels kunnskap» kreves det at man kan uttrykke hva lovteksten formidler, men at man er usikker på betydningen av det, for eksempel vet man hva taushetsplikt innebærer, men er usikker på hvorvidt det er lovpålagt eller hva slags type opplysninger som inngår i taushetsplikten. Ved «ingen kunnskap» kan man være kjent med begrepet, men vet ikke hva taushetsplikten innebærer. Den samme fremgangsmåten er brukt innenfor de andre kategoriene av kunnskap.

Etikk

Deltagerne i denne studien er en sårbar gruppe, og på grunn av deres status er anonymisering ekstra viktig. Anonymitet ble sikret ved at personsensitive opplysninger aldri ble skrevet ned eller lagret. Hver deltager fikk et nummer, og deres opplysninger er knyttet til dette nummeret. På samtykkeskjemaet krysset de av i stedet for å signere med navn. Ved ønske om å trekke seg fra studien kunne de ringe meg eller min veileder og oppgi deres deltagernummer. Denne informasjonen ble gitt både skriftlig og muntlig. Spørsmålene er vurdert av REK (30.06.20, referanse 120746) og NSD (10.08.20) til å være av en slik karakter at de ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner.

Rekrutteringen av deltagerne ble som tidligere beskrevet gjort ved hjelp av daglig leder i organisasjonen «Mennesker i Limbo». Det er en mulighet for at deltagerne sa ja i frykt for hva som ville skje hvis de sa nei. For å minimere sjansen for dette ble det lagt opp til at hun som rekrutterte deltagerne var en kjent person som deltagerne hadde tillit til, og det ble gjentatt flere ganger at deltagelse var frivillig og at et nei ikke ville ha noen konsekvens. Som

godtgjørelse fikk deltagerne et gavekort på 500 kr etter endt intervju. Dette ble det ikke informert om i forbindelse med rekrutteringen og har derfor ikke påvirket deltagelsen.

Spørreskjema

Sosiodemografiske data:

- Alder
- Alder ved ankomst til Norge
- Kjønn
- Opprinnelsesland
- Familie (kjæreste, samboer, ektefelle, barn i eller utenfor Norge)
- Reiste du sammen med noen eller alene til Norge?
- Jobb (betalt eller frivillig) for og etter år 2011*.

Bruk av helsevesenet:

Har du vært syk mens du har oppholdt deg i Norge?

- Ja
- Nei
- Kommentar:

Har du noen gang oppsøkt helsepersonell?

- Ja
- Nei
- Kommentar:

Hvor oppsøkte du helsepersonell?

- Helsesenteret for papirløse
- Legevakta
- Bekjente
- Annet
- Kommentar:

Fikk du hjelpen du trengte?

- Ja
- Nei
- Kommentar:

Hva gjorde at du ikke fikk hjelpen du trengte?

- Jeg ble nektet behandling
- Jeg ble misforstått
- Jeg fikk behandling, men den hjalp ikke
- Jeg fikk ikke behandlingen jeg ønsket
- Annet
- Kommentar:

Ble det krevd betaling for konsultasjonen/behandlingen?

- Ja
- Nei
- Kommentar:

Betalte du for konsultasjonen?

- Ja
- Nei
- Kommentar:

Hva er den viktigste faktoren for at du ikke oppsøker helsehjelp?

- Jeg har ikke hatt behov for legehjelp
- Jeg hadde ikke penger å betale med
- Jeg vet ikke hvor jeg skal henvende meg
- Jeg er redd for at legen skal melde meg til myndighetene
- Annet
- Kommentar:

Har du noen gang oppsøkt andre yrkesgrupper enn helsepersonell for å få helsehjelp?

- Svar:

Subjektivt opplevd helse:

Hvor vil du plassere din egen fysiske helsesituasjon på en skala fra 1-10, hvor 1 er best tenkelig helse og 10 er verst tenkelig helse?

Før du reiste til Norge:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I dag:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kommentar:

Hvor vil du plassere din egen psykiske helsesituasjon på en skala fra 1-10, hvor 1 er best tenkelig helse og 10 er verst tenkelig helse?

Før du reiste til Norge:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I dag:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kunnskap om egne rettigheter:

Er du redd for at du kan bli meldt til myndighetene dersom du oppsøker annet helsepersonell enn Helsesenteret?

- Ja, det hindrer meg fra å oppsøke helsehjelp
- Ja, men jeg tar sjansen hvis jeg er alvorlig syk
- Litt redd, men jeg oppsøker lege så langt jeg har mulighet
- Nei, jeg er ikke redd for at helsepersonell skal melde meg til myndighetene hvis jeg oppsøker helsehjelp
- Kommentar:

Føler du deg trygg når du oppsøker helsepersonell?

- Ja
- Nei
- Kommentar:

Er du redd for at du kan bli meldt til myndighetene dersom du oppsøker Helsesenteret for Papirløse?

- Ja, det hindrer meg fra å oppsøke helsehjelp
- Ja, men jeg tar sjansen hvis jeg er alvorlig syk
- Litt redd, men jeg oppsøker lege så langt jeg har mulighet
- Nei, jeg er ikke redd for at helsepersonell skal melde meg til myndighetene hvis jeg oppsøker helsehjelp
- Kommentar:

Hvordan forstår du det at helsepersonell i Norge har taushetsplikt?

- Det er straffbart for helsepersonell å gi helseopplysninger eller andre personlige opplysninger til andre enn helsearbeidere som er avhengig av disse opplysningene for å kunne gjennomføre behandlingen.
- Helsepersonell har ikke lov til å gi personlige opplysninger videre, men jeg er usikker på i hvilken grad de overholder dette.
- Helsepersonell har ikke lov til å gi helseopplysninger videre, men de kan gi opplysninger om min flykningsstatus til myndighetene.
- Jeg vet ikke hva taushetsplikt innebærer
- Kommentar:

Har alle som jobber i helsevesenet (pleieassistenter, sykepleiere, leger, helsesykepleiere, osv.) taushetsplikt?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Kommentar:

Hva slags helsehjelp har alle papirløse migranter krav på ifølge norsk lov?

- Papirløse migranter har ingen rett til helsehjelp
- Papirløse migranter har rett til helsehjelp hvis de er så syke at de kan dø om de ikke blir behandlet
- Papirløse migranter har samme rettigheter som norske statsborgere
- Jeg vet ikke
- Kommentar:

Hva slags helsehjelp har en papirløs migrant som er mellom 0 - 17 år krav på ifølge norsk lov?

- De under 18 år har de samme rettighetene som en norsk statsborger under 18 år
- De under 18 år har de samme rettighetene som en norsk statsborger under 18 år med unntak av at de ikke har rett på fastlege
- De under 18 år har flere rettigheter enn de over 18 år
- De har samme rettigheter som alle andre papirløse migranter
- Jeg vet ikke
- Kommentar:

Hva slags helsehjelp har en gravid papirløs migrant krav på ifølge norsk lov?

- Hun har rett til gratis oppfølging under hele graviditeten inkludert fødselshjelp på sykehus
- Jeg tror hun har rett til noe, men usikker på hva
- Hun har ingen rettigheter
- Jeg vet ikke
- Kommentar:

Mange sykdommer er smittsomme. Hva slags rettigheter har en papirløs migrant dersom man er blitt smittet av en alvorlig smittsom sykdom, f.eks. tuberkulose, kjønnssykdom, hepatitt, HIV eller kikhoste?

- Man har de samme rettighetene som en norsk statsborger, dvs. rett til gratis behandling av sykdommen
- Jeg tror man har noen rettigheter utover de vanlige, men usikker på hva det innebærer
- Man har ingen rettigheter med mindre man er så syk at man holder på å dø
- Man har ingen rettigheter
- Jeg vet ikke
- Kommentar:

Tilgjengelighet av informasjon:

Hvordan tenker du at man på best mulig måte kan få informert papirløse om de rettighetene de har til helsehjelp?

Hvordan når man ut til flest mulig?

Hvor har du lært om hva slags hjelp du kan få når du er syk?

Finnes det noen institusjon som du kan oppsøke for å få hjelp/informasjon?

Har du noe mer du har lyst til å fortelle meg?

Tabell 1 viser spørsmålene som ble stilt under intervjuet. Intervjuguiden er forsøkt strukturert slik at de enkleste spørsmålene kommer først, sånn at intervjuer og respondent får tid til å bli «kjent» før vanskeligere og mer private spørsmål blir stilt. Spørsmålsstillingen ble tilpasset hvert enkelt intervju, og mange spørsmål ble stilt på ulike måter for å sikre at deltageren forsto spørsmålet. Ut ifra hva de svarte kategoriserte jeg dem inn i de tenkte svaralternativene.

*I 2011 ble papirløse fratatt muligheten til lovlig arbeid.

Resultater

Studiepopulasjonens livssituasjon og sosiodemografiske data

«Hvor skal jeg dra? Jeg har bodd her siden jeg var ungdom. Jeg vet ikke om noe annet. Det er her jeg kan å overleve».

Total 14 papirløse migranter deltok i studien. Av dem var 3 (21%) kvinner og 11 (79%) menn, fem personer fra Iran, en fra Irak, fem fra Eritrea, og tre fra Etiopia. Oppholdstiden i Norge varierer fra 5 til 21 år, med en gjennomsnittlig oppholdstid på 14 år. Alderen varierte mellom 27-59 år. 3 av 14 deltagerne har etablert familie i Norge. 4 av 14 har fast bopel, mens de resterende bor på skift hos venner, og 2 stykker har periodevis bodd på gata eller i provisoriske telt i skogen. Tre stykker har etablert familie i Norge, alle disse tre har fast bopel. Nesten alle deltagerne (13 stykker) kom til Norge uten følge av familie eller bekjente. Av de totalt 11 i arbeidsfør alder som oppholdt seg i Norge før 2011, hadde ni lovlig betalt arbeid frem til lovendringen i 2011. I 2021 jobber en person svart, mens seks stykker jobber som frivillige i veldedige organisasjoner eller menigheter. Samtlige av de med arbeid før 2011 rapporterer om sterkt redusert livskvalitet og dårligere psykisk helse i forbindelse med bortfall av jobb. Alle deltagerne er i 2021 avhengig av økonomisk støtte fra andre for å overleve.

Papirløse migranternes helsesituasjon

«Jeg har alltid trodd jeg er en sterk person, men nå vet jeg ikke lenger. Jeg er konstant stresset og redd».

Majoriteten av deltagerne (11 stykker) beskriver sin psykiske helse som god, to som middels og en som dårlig, før ankomst til Norge. På nåværende tidspunkt beskriver en deltager sin psykiske helse som god, en som middels og 12 som dårlig. De psykiske helseplagene de oppgir er konstant stress, redsel, søvnevansker, mareritt, depressive tanker og følelse av håpløshet.

Samtlige av deltagerne har vært syke i løpet av tiden de har bodd i Norge. 13 deltagere oppga deres subjektive fysiske helse som god før ankomst til Norge. Til sammenligning beskriver fire av dem sin fysiske helse som god på nåværende tidspunkt, 4 som middels og 6 som dårlig.

<i>Helsesituasjon</i>	<i>God</i>	<i>Middels</i>	<i>Dårlig</i>	<i>Totalt</i>
<i>Fysisk helse før ankomst til Norge</i>	13 (93%)		1 (7%)	14
<i>Fysisk helse i dag</i>	4 (28%)	4 (28%)	6 (43%)	14
<i>Psykisk helse før ankomst til Norge</i>	11 (79%)	2 (14%)	1 (7%)	14
<i>Psykisk helse i dag</i>	1 (7%)	1 (7%)	12 (86%)	14

Tabell 2 viser opplevd helse før ankomst til Norge og i dag på en skala fra 1-10, der god helse er kategorisert fra 1-3, middels helse fra 4-6, og dårlig fra 7-10.

Papirløse migranternes bruk av helsevesenet

«Hvis Helsesenteret [for Papirløse i Oslo] stenger? Da er det opp til gud å avgjøre min skjebne» (studiedeltager).

12 stykker har oppsøkt helsehjelp minst en gang, og av dem har 11 vært i kontakt med «Helsesenter for Papirløse (HSFP)» i Oslo. Etter hvert som deltagerne er blitt kjent med tilbudet på HSFP er dette blitt det eneste stedet deltagerne oppsøker helsehjelp. Fem stykker har vært på legevakta minst en gang, en har hatt kontakt med fastlege, og tre har vært på sykehus. Graden av opplevd hjelp har variert fra gang til gang. Forklaringer på hvorfor de ikke har fått hjelpen de trenger er i tre tilfeller at legen har avvist dem pga deres status som papirløse. En annen årsak er at legevaktslegen har bedt dem om å oppsøke fastlegen, hvilket de ikke har. En tredje årsak er kommunikasjonsproblemer. Samtlige angir at de har fått den hjelpen de kan forvente på HSFP. Ansatte på HSFP forteller at de henviser papirløse til spesialist på samme grunnlag som de henviser norske statsborger. Enkelte ganger får de avslag med begrunnelse i at det ikke er akutt nok, andre ganger får de hjelp utover det de har krav på i spesialisthelsetjenesten. På HSFP er all helsehjelp gratis. Seks av de ni som har oppsøkt helsehjelp i det offentlige er blitt avkrevd betaling. Frem til 2011 betalte samtlige for

helsetjenestene de fikk. Etter at de mistet retten til arbeid i 2011 har en person betalt, de resterende har ikke hatt betalingsevne.

<i>Bruk av helseinstitusjoner</i>	
<i>Ingen bruk av helsevesen</i>	2 (14%)
<i>Helsesenter for papirløse</i>	11 (79%)
<i>Legevakt</i>	5 (36%)
<i>Fastlege</i>	1 (7%)
<i>Annet</i>	1 (7%)

Tabell 3 viser antall deltagere som har kontaktet ulike helseinstitusjoner. Flere har vært i kontakt med mer enn en institusjon.

Barrierer mot bruk av helsevesenet

«Hvis du er syk og går til legevakta er personnummer det første man blir spurt om, du får ikke medisin, ikke bankkort, og ikke telefonabonnement. Uten id er du ingenting!»
(studiedeltager).

Ti deltagere oppgir minst en barriere mot å søke helsehjelp. To oppgir at de ikke vet hvor de skal henvende seg dersom de blir akutt syke. Syv deltagere sier frykt for at helseinstitusjonen skal angi dem til politiet hindrer dem fra å oppsøke helsevesenet, mens ingen frykter dette ved kontakt med Helsesenter for Papirløse (HSFP). Fem oppgir mangel på identifikasjonsbevis som årsak, mens fire deltagere oppgir at det ikke er noe som hindrer dem fra å søke helsehjelp dersom de trenger det.

<i>Barrierer mot bruk av helsevesenet</i>	<i>Antall</i>
<i>Vet ikke hvor de skal henvende seg.</i>	2 (14%)
<i>Uten id ingen hjelp</i>	5 (36%)
<i>Frykt for at helseinstitusjonen (annet enn HSFP) kontakter politiet</i>	7 (50%)

<i>Frykt for at HSFP kontakter politiet</i>	0 (0%)
<i>Ingen barrierer</i>	4 (28%)

Tabell 4 viser opplevde barrierer mot bruk av det offentlige helsevesenet blant deltagerne.

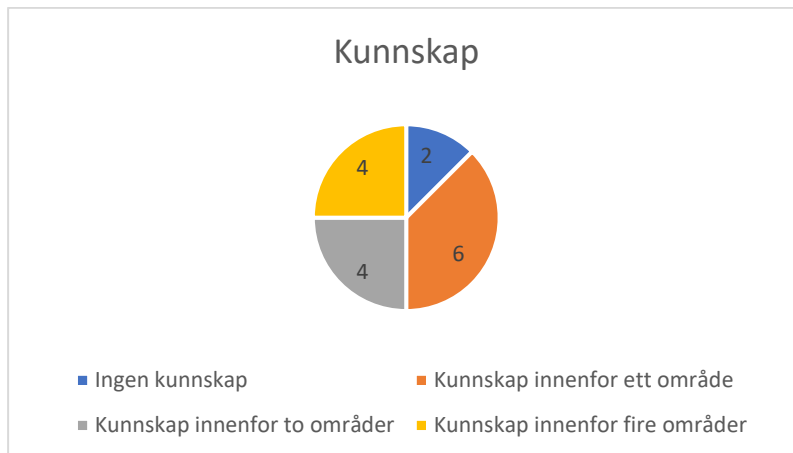
Grad av kunnskap om rettigheter til helsehjelp

Av tabell 5 og figur 1 ser vi at ingen av deltagerne har høy kunnskap om taushetsplikten, halvparten av deltagerne har middels, og den andre halvparten har ingen kunnskap om taushetsplikten. Tre har høy kunnskap om de generelle rettighetene til helsehjelp for papirløse over 18 år, to har noe kunnskap, og ni har ingen kunnskap. To deltagere har høy kunnskap om regelverket for barn under 18 år. To stykker har noe kunnskap, og ti stykker har ingen kunnskap. Majoriteten (11 deltagere) har ingen kunnskap om rettighetene til gravide, to har noe kunnskap og en har god kunnskap. To personer har god kunnskap om regelverket for helsehjelp ved smittsomme sykdommer, tre deltagere har noe kunnskap og ni stykker har ingen kunnskap. Resultatene viser en svak tendens til at de med dårlig helse har høyere kunnskap om egne rettigheter enn de med god helse (se tabell 6 og figur 2).

<i>Kunnskap om egne rettigheter</i>	<i>God</i>	<i>Middels</i>	<i>Ingen</i>	<i>Sum</i>
<i>Kjenner til taushetsplikten</i>		7	7	14
<i>Stoler på taushetsplikten</i>	6 ja		8 nei	14
<i>Kjenner til regelverket for helsehjelp papirløse > 18 år</i>	3 (21%)	2 (14%)	9 (64%)	14
<i>Kjenner til regelverket for helsehjelp barn < 18 år</i>	2 (14%)	2 (14%)	10 (71%)	14
<i>Kjenner til regelverket for helsehjelp gravide</i>	1 (7%)	2 (14%)	11 (79%)	14

<i>Kjenner til regelverket for helsehjelp ved smittsomme sykdommer</i>	2 (14%)	3 (21%)	9 (64%)	14
--	------------	------------	------------	----

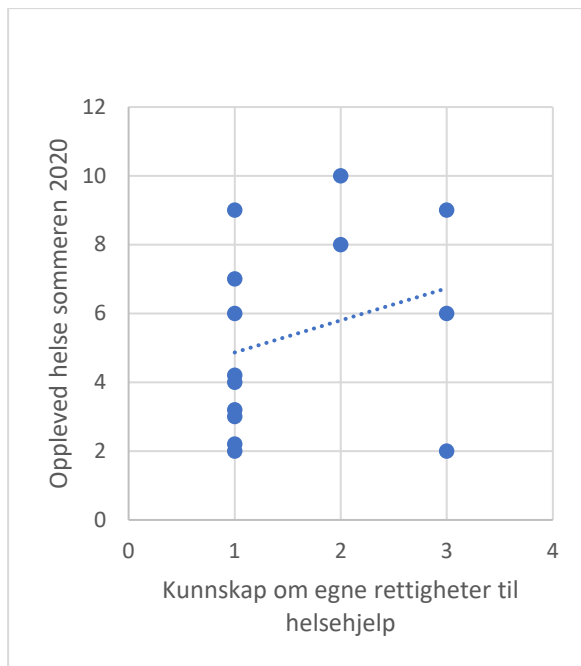
Tabell 5 viser fordelingen av kunnskap om egne rettigheter til helsehjelp.



Figur 1 viser fordelingen av kunnskap mellom respondentene. To personer har ingen kunnskap, seks personer har kunnskap innenfor ett område, tre personer har kunnskap innenfor to områder, og fire personer har kunnskap innenfor fire områder.

	<i>God fysisk helse</i>	<i>Dårlig fysisk helse</i>
<i>God kunnskap</i>	1 (14%)	2 (29%)
<i>Noe kunnskap</i>	0	2 (29%)
<i>Ingen kunnskap</i>	6 (86%)	3 (42%)
<i>Totalt</i>	7	7

Tabell 6 viser relasjonen mellom helse og grad av kunnskap om egne rettigheter (de generelle rettighetene til helsehjelp for papirløse over 18 år). Helsevariabelen er beregnet for hvordan de anser egen helse på nåværende tidspunkt på en skala fra 1-10. Alle som skåret fra 5-10 er her blitt kategorisert til «dårlig helse», og de som skåret fra 4-1 er blitt kategorisert til «god helse». Tabellen antyder at av de med god fysisk helse har 14% god kunnskap, mens 86% har ingen kunnskap. Av de med dårlig fysisk helse har 58% god eller noe kunnskap, mens 42% har ingen kunnskap.



Figur 2 viser sammenhengen mellom opplevd helse og grad av kunnskap om rettigheter til helsehjelp (generelle rettigheter over 18 år). Opplevd helse er målt på en skala fra 1-10, der 1 er best tenkelig helse, og 10 er verst tenkelig helse. Kunnskap er kategorisert som ingen kunnskap (1), noe kunnskap (2) og god kunnskap (3). Trendkurven antyder at de med dårlig helse har bedre kunnskap enn de med god helse, og vi ser at 4 av 5 som har noe/god kunnskap har angitt helsen sin som 6 eller dårligere, mens det er en overvekt (6 av 9) av de med god helse som ikke har noen kunnskap. Dette kan tolkes som at kunnskapen om helsehjelp er erfaringsbasert, altså at dårlig helse gjør at man i større grad oppsøker og tilegner seg kunnskap om hva man har rett til av helsehjelp.

Diskusjon

I likhet med tidligere forskning (6, 19, 21) viser resultatene av denne studien at majoriteten av papirløse i Norge mangler fast bopel og lønnet arbeid, og de har fått dårligere psykisk og fysisk helse i løpet av årene i Norge. Mangel på kunnskap og frykt for deportasjon hindrer dem fra å oppsøke det offentlige helsevesenet. Kunnskapsnivået om deres rettigheter til helsehjelp er lavt innenfor alle fem kategorier (taushetsplikt, rettigheter >18 år, rettigheter <18 år, smittefarlige sykdommer, og svangerskap), og tilliten til offentlig helsesektor er lav.

Papirløse migranternes helsesituasjon

Når det gjelder de papirløses helsesituasjon viser denne studien en klar tendens: både fysisk og psykisk helse svekkes over tid (se tabell 2). Det er et velkjent fenomen («the healthy migrant effect») at førstegenerasjonsinnvandrere har bedre helse enn de med samme etniske bakgrunn som er født i landet (34). En amerikansk studie (18) viser en lignende tendens blant papirløse migranter, der papirløse initialt har bedre helse enn en gjennomsnittlig statsborger de første årene etter ankomst til landet. En forklaring på dette kan være at de i hovedsak er

ressurssterke mennesker som har funnet en måte å overleve på utenfor myndighetenes radar. De har lavere risiko for å utvikle hjertekarsykdommer, en rekke kreftdiagnoser og diabetes. Etter et visst antall år snur derimot tendensen til at de papirløse har dårligere helse, både fysisk og psykisk, enn den gjennomsnittlige statsborgeren (18). Forklaringen på dette antas å ligge i deres livsvilkår og dels i manglende preventiv helsehjelp.

Livsvilkår og sosioøkonomiske forhold

Livsvilkårene til papirløse er begrenset av sosioøkonomiske faktorer. En av de viktigste sosioøkonomiske begrensningene rapportert i denne studien er mangel på inntektsgivende arbeid. Samtlige av deltagerne som jobbet lovlig frem til 2011 ga uttrykk for at det å miste muligheten til å arbeide førte til redusert livskvalitet i form av at de ikke lenger hadde økonomi til bolig og mat, i tillegg til at de mistet et nettverk og en følelse av å gjøre noe meningsfylt. I 2021 har ingen av studiedeltagerne lovlig arbeid, en jobber svart, seks stykker jobber frivillig, mens åtte har ingen form for arbeid. Dette står i kontrast med en tidligere norsk (21) og utenlandsk (35) studie der flertallet av deltagerne arbeidet svart. I følge nevnte studier var det en sammenheng mellom hvor lenge man hadde levd som papirløs og hvor stor sannsynlighet det var for at man hadde svart arbeid². Studiene viste i tillegg at utnyttelse av arbeidstagerne på det svarte arbeidsmarkedet var utbredt. Siden gjennomsnittlig tid i Norge blant deltagerne i denne studien er 12 år er det derfor overraskende at bare en deltager jobber svart. En mulig årsak kan være at deltagerne ikke følte seg trygge nok i intervjusituasjonen og derfor lot være å fortelle i frykt for at deres nettverk skulle bli identifisert, eller bli stemplet som kriminell. En annen årsak kan være at enkelte deltagere håpet å få sin søknad om opphold vurdert på nytt og var derfor opptatt av å ikke redusere sjansen til opphold ved å ta ulovlig arbeid. Uavhengig om de jobber svart eller ikke er det nærliggende å tro at mangel på regulert arbeid og fast inntekt påvirker deres fysiske og psykiske helse.

En annen sosioøkonomisk faktor som flere av deltagerne tok opp i løpet av intervjuet var mangelen på gyldig id. Tidligere forskning har ikke problematisert dette. Uten gyldig id har man ikke mulighet til å tegne et telefonabonnement, ha bankkort eller ta ut reseptbelagte

² Dette ble forklart av at holdningen til svart arbeid blant de papirløse endrer seg over tid: Mange hadde lovlig arbeid mens de var asylsøkere. I overgangsprosessen fra lovlig til ulovlig opphold var det en periode de ikke ønsket å jobbe svart fordi de så på det som en kriminell handling, men etter en viss tid ble svart arbeid den «minst kriminelle» muligheten til å overleve. Mange fikk da jobb gjennom kontakter de hadde opparbeidet seg gjennom lovlig arbeid mens de hadde status som asylsøkere. Mange er offer for utnyttelse på det svarte arbeidsmarkedet 21. Øien C, Sønsterudbråten S. No way in, no way out? A study of living conditions of irregular migrants in Norway. Fafo; Fafo; 2011. Contract No.: Id-nr.:20194. 35. Efford A. Between Exploitation and Exclusion: Immigrants and Industrial America - Robert F. Zeidel Robber Barons and Wretched Refuse: Ethnic and Class Dynamics during the Era of American Industrialization.: Cambridge University Press; 2021.

legemidler fra apoteket. Det er rimelig å anta at mangel på gyldig id påvirker helsen indirekte ved at det representerer en avhengighet av andre, og direkte ved at man ikke får tatt ut nødvendig medisin på apoteket. En av deltagerne med diabetes type 1 bekreftet dette da han fortalte at apoteket nektet å gi ut insulin uten gyldig id.

Det komplekse samspillet mellom papirløse migrantenes livssituasjon og mangelen på preventive helsetjenester blir tydelig i konsekvensen av selv relativt lett sykdom. En av studiedeltagerne oppsummerte det med det enkle faktum at «man kan ikke bo hos noen når man er syk». En lettere infeksjonssykdom representerer hjemløshet. Deres manglende rett til behandling gir selvfølgelig et forlenget sykdomsforløp, men også en forlenget periode som hjemløs. Det er åpenbart at de sosioøkonomiske forholdene og manglende rett til helsehjelp har en potenserende negativ effekt på papirløses helse.

Papirløse migranters bruk av helsevesenet

Når det gjelder bruk av helsevesenet viser det seg, paradoksalt nok, at papirløse migranter ikke benytter seg av det tilbudet de faktisk har krav på. Tidligere forskning viser til en rekke faktorer som hindrer papirløse migranter fra å kontakte helsevesenet (6, 8, 10, 17, 19, 21-23, 28). Norske studier som har sett på dette fremhever frykt for deportasjon, manglende evne til å betale for tjenesten, språkbarriere og kunnskap om egne rettigheter som viktige årsaker til at de ikke oppsøker helsehjelp (8, 21). Et skritt i retning av å bedre helsen blant papirløse kan derfor være å eliminere disse barrierene.

De samme barrierene kommer til syne i denne studien. Disse barrierene er imidlertid kun til stede ved kontakt med offentlige helseinstitusjoner, og hindrer ikke migrantene fra å oppsøke helsehjelp på Helsesenter for Papirløse (se tabell 4). Det er særlig to faktorer som gjør at Helsesenteret har lyktes i å bryte ned disse barrierene. Helsesenteret har eliminert den økonomiske barrieren³, og har klart å skape tillitt mellom institusjonen og pasientene. Helsesenteret har også lagt ned arbeid i å øke kunnskapen om egne rettigheter blant papirløse. I venterommet og på deres nettside ligger det informasjon om taushetsplikten og rettigheter til helsehjelp på 23 ulike språk. Resultatene av denne studien viser imidlertid at kunnskapsnivået blant deltagerne er lavt. At papirløse ikke frykter deportasjon ved kontakt med Helsesenteret, forklares derfor først og fremst av tillit mellom institusjonen og pasienten, og ikke av økt kunnskap om taushetsplikt og rettigheter.

³ Helsetilbudet finansieres av Røde Kors Oslo, Kirkens Bymisjon, Oslo kommune og ansattes frivillig arbeid.

Hvilken betydning har kunnskap for helse og helsehjelp?

Når kunnskap tolkes sammen med helsetilstand antyder resultatene at de med dårlig helse tenderer til å ha noe høyere kunnskap enn de med god helse (tabell 6 og figur 2). Man kan derfor argumentere for at kunnskapen er erfaringsbasert. At kunnskapen er erfaringsbasert er spesielt problematisk for papirløse barn og gravide som er de eneste som har rett til preventiv helsehjelp. Dersom man ikke kjenner til rettighetene kan man heller ikke benytte seg av tilbudet.

Tidligere norsk og utenlandsk forskning viser at innvandrere generelt, og papirløse spesielt ikke benytter seg av de rettighetene de har til svangerskapsomsorg, og at de har et signifikant høyere antall komplikasjoner pre -og postnatale. Dette forklares delvis av manglende kunnskap/informasjon om rettighetene (26-29, 36), men antagelig også av helseinstitusjoners tolkning av regelverket. Av de som har oppsøkt offentlig svangerskapsomsorg har mange dårlige erfaringer. Ifølge årsrapporten fra Helsesenteret for papirløse i Oslo og en rekke medieoppslag det siste halvåret forteller gravide at de unngår det offentlige helsevesenet i frykt for avvisning, betalingskrav og deportasjon. Av de som likevel oppsøker det offentlige helsevesenet er det flere som blir avvist, blir spurt om betalingsevne eller får regninger på opptil 100 000 kr (24, 37-39). Konsekvensen er økt mortalitet og sykkelighet blant gravide og barn. Disse eksemplene viser at økt kunnskap om preventive helsetjenester blant papirløse alene ikke er nok, men at det også må stilles krav til offentlige helseinstitusjoners kunnskap om regelverket.

For å sikre best mulig helse ut ifra dagens regelverk bør informasjon om papirløses rettigheter være tilgjengelig slik at migrantene vet hvor de kan henvende seg og hva de har rett til, før behovet for helsehjelp melder seg. I løpet av intervjuet ble deltagerne spurt om hvordan de tenkte man kunne øke kunnskapen om egne rettigheter. Flere argumenterte for at slik informasjon burde gis i asylmottaket. Dette er et sted man kan nå frem til mange siden de fleste papirløse er avviste asylsøkere. Flere foreslo også at Norsk Organisasjon for Asylsøkere (NOAS), Fri rettshjelp, og Mennesker i Limbo er velegnede institusjoner som papirløse er i kontakt med. Videre ble paraplyorganisasjoner for ulike etniske grupper, for eksempel «Paraplyorganisasjonen av Eritreere for Demokrati», foreslått som et sted hvor man aktivt kunne informere om rettigheter.

Økt kunnskap blant de papirløse er ikke nok. At Helsesenteret for Papirløse har lyktes i å bryte barrierene viser at barrierene er dynamiske, og delvis skapes og elimineres i

interaksjonen mellom institusjonens ansatte og pasientene. Det er nærliggende å tro at tilliten mellom de papirløse og Helseneteret blant annet kan forklares av helsearbeidernes høye kunnskap om de papirløses rettigheter, livssituasjon og hvordan man bør opptre i møte med en papirløs pasient. En masteroppgave fra 2008 undersøkte kunnskapen om papirløse blant norske allmennleger og konkluderte med at kunnskapsnivået var lavt (40). Tillitsbyggende arbeid i form av å forbedre offentlig helsepersonells kunnskap om, og tilnærming til papirløse pasienter bør derfor prioriteres høyt.

Konsekvensene av begrensede rettigheter på samfunnsnivå

Samfunnsøkonomiske -og folkehelsemessige implikasjoner

Rett til helsehjelp, og kjennskap til denne rettigheten, er åpenbart svært viktig for enkeltindividet. Men man kan også argumentere for at samfunnet som helhet vil tape på at en gruppe ikke har tilgang til preventive helsetjenester.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv vil det i de fleste tilfeller lønne seg å drive forebyggende helsehjelp fremfor å vente med behandling til pasienten blir kritisk syk og krever innleggelse (3, 18, 41). En ubehandlet diabetes vil over tid utvikle seg til en dødelig ketoacidose og i et lengre tidsperspektiv føre til endeorgansvikt som for eksempel dialysekrevene nyresvikt. En urinveisinfeksjon kan gi en livstruende sepsis. Forskjellene i kostnadene for preventiv -og akuttbehandling i de to eksemplene er slående. Et døgn forbruk av insulin koster ca. 18 kr. (42), en syv dagers antibiotikakur koster 120 kroner (42), mens et gjennomsnittlig liggedøgn på sykehuset koster ca. 17 000 kroner (43). Et mye brukt argument mot den samfunnsøkonomiske gevinsten er at en utvidelse av helserettigheter til papirløse vil føre til såkalt helseturisme. Forskning (17, 44, 45) viser imidlertid at mennesker migrer som en konsekvens av vold, forfølgelse eller økonomiske muligheter, og ikke for å oppnå bedre helsehjelp.

I et folkehelseperspektiv er det problematisk at en minoritet er avskåret fra preventiv helsehjelp. Flokkimmuniteten svekkes og risikoen øker for at potensielt farlige smittsomme sykdommer sprer seg (17, 46). Dette har riktig nok myndighetene forsøkt å ta høyde for i norsk lovgivning, da papirløse i henhold til smittevernloven har rett til gratis vaksinasjon og behandling ved allmennfarlige smittsomme sykdommer som blant annet Covid 19, Tuberkulose, HIV, Meslinger, Hepatitt, Syfilis, mm.

Resultatene fra denne og en rekke andre studier (6, 8, 17-19) avdekker imidlertid et bakenforliggende problem som underminerer smittevernloven og dens intensjon. For selv om

papirløse ønsker seg økt tilgang til helsehjelp benytter de seg ikke av de rettighetene de har per i dag. Dette forklares av de ulike barrierene som tidligere er beskrevet. Dersom gruppen er stor nok vil konsekvensen for samfunnet bli dårligere folkehelse fordi en ukjent størrelse av befolkningen ikke følger vaksinasjonsprogrammet og «unngår» behandling ved allmennfarlig smittsom sykdom.

Et politisk konstruert rettighetsvakuum

Kan et sosialdemokrati gjøre seg avhengig av frivillighet for å dekke en minoritets grunnleggende behov for helsehjelp? Økonomiske argumenter og folkehelseperspektivet er viktig i diskusjonen om hvorvidt man skal yte helsehjelp til papirløse migranter, men svaret ligger ikke kun i en kostnad-nytte-kalkyle. Det finnes også grunnlag for å hevde at vi har en moralsk forpliktelse til å hjelpe.

Den amerikanske filosofen James W. Nickel konkluderte etter sin gjennomgang av moralske argument i forbindelse med ny lovgivning for papirløse i USA, at “Countries able to insure the availability of basic medical services to their own citizens ought to offer the same guarantee to undocumented immigrants. Neither nonmembership nor alleged forfeiture is a sufficient reason to deny basic medical care to aliens unable to pay”(47). Også FN har siden opprettelsen i 1945 arbeidet for universell helsedekning gjennom en rekke konvensjoner. FN-traktaten (“International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) fra 1966 slår fast at et hvert menneske har rett til «the highest attainable standard of health» (48). Norge har ratifisert denne traktaten så vel som FN’s bærekraftsmål, hvor viktigheten av universell helsedekning vektlegges (45). FN kritiserte Norge, sist i 2020, for brudd på menneskerettighetene, og ba Norge om å sørge for at papirløse migranter får tilgang til helsetjenester i løpet av de neste 24 månedene (49). På tross av dette forblir de papirløse en neglisjert gruppe. Årsaken er at innblanding fra overnasjonale myndigheter strider med det nasjonale suverenitetsprinsippet. Dermed kan nasjonalstater på ulike måter velge å ekskludere en gruppe fra fellesskapet.

Å definere en gruppe som illegal er en metode for å rettferdiggjøre en gruppes innskrenkede rettigheter (50). Det tilfører et stigma og en falsk følelse av at den vanskelige situasjonen er selvpåført. Rettighetene de blir innvilget fremstår som veldedighet og velvilje fra myndighetenes side, fremfor et naturlig gode som innbygger i landet. Den tyskamerikanske statsviteren Hannah Arendt advarte mot et samfunn der “political forces could render populations without the right to have rights, and without the right to belong to some kind of organized community” (51). Man kan argumentere for at dette er tilfellet for papirløse i

Norge. Deres status som illegale brukes som et politisk argument for å rettferdiggjøre deres rettighetsløse tilværelse. De papirløse blir stående i et rettighetsvakuum, der norske myndigheter velger å ekskludere dem fra samfunnet. Overnasjonale myndigheter kan ikke annet enn å oppfordre Norge til å følge sin internasjonale forpliktelse.

Konflikten mellom det nasjonale lovverket og de internasjonale konvensjonene er også til stede i de offentlige helseinstitusjonene. Slik som systemet er i dag, legger asylpolitikken føringer for helsepersonells yrkesutøvelse og er i direkte konflikt med den etiske standarden leger er pålagt å følge (25, 52). I tillegg pålegges i praksis helseinstitusjonen å betale for den eventuelle behandlingen som gis. Institusjonen som skal vurdere om helsehjelpen er nødvendig er altså den samme institusjonen som står økonomisk ansvarlig for behandlingen. Det er åpenbart at regler med mye rom for tolkning og økonomiske insentiver som taler mot behandling er uetisk og i verste fall livsfarlig. Man kan i så måte hevde at helsevesenet blir brukt som et politisk verktøy for å gjøre Norge mindre attraktivt for flyktninger (25).

At det er innbyggere som ikke passer inn i den definerte gruppen som nasjonalstaten har ansvar for er et uløst internasjonalt problem. Dersom et land legaliserer eller utvider rettighetene til papirløse frykter man at det vil føre til en strøm av flyktninger til det aktuelle landet. Konsekvensen er at nasjonalstater konkurrer om å være minst mulig attraktive i stedet for å inngå avtaler som kan gi papirløse et verdig liv og samtidig sørge for en relativt jevn fordeling av flyktningstrømmen.

Styrker og svakheter ved oppgaven

Studien viser at det utfordrende å gjøre forskningsstudier med papirløse migranter. Det å få kontakt, skape en trygg ramme og håndtere utfordringer med språk og kulturell forståelse betyr at de forskningsdesign som kan brukes på norsk majoritetsbefolkning må tilpasses.

Det viste seg tidlig i intervjuprosessen at spørsmålsstillingen måtte tilpasses og stilles på mange ulike måter for å sikre at deltagerne visste hva de svarte på. Dette har betydning for studiens reliabilitet, men økte til gjengjeld validiteten. Kanskje kan man på bakgrunn av dette argumentere for at en metode med mer fleksibilitet underveis i intervjuet, for eksempel semistrukturert intervju, ville vært mer egnet. Men fordi problemstillingen er spesifikt rettet mot «graden av kunnskap om egne rettigheter», altså et kvantitativt mål, ville et semistrukturert intervju og innholdsanalyse sannsynligvis ikke kunne svare på problemstillingen med ønsket presisjon.

Uansett hvilke tiltak man velger for å minimere feiltolkninger under intervjuet vil forståelsen mellom intervjuer og intervjuobjekt alltid være et usikkerhetsmoment. Det var for eksempel vanskelig å vite hvorvidt deltagerne faktisk *ikke kjente til* egne rettigheter, eller om de ga uttrykk for deres *opplevelse* av den reelle tilgangen til helsehjelp. Dette ble forsøkt korrigert for ved å stille spørsmålene på mange ulike måter, men det er likevel en mulighet for at studien underrapporterer/undervurderer deltagerens kunnskap om egne rettigheter.

Det er grunn til å tro at deltagerne i denne studien skiller seg ut fra andre papirløse migranter på flere punkter. For det første ble 12 av 14 rekruttert gjennom «Mennesker i Limbo», og deltar på møter og arrangementer gjennom denne organisasjonen. Det er derfor grunn til å tro at de er bedre orientert enn papirløse som ikke er organisert, og kanskje også har høyere livskvalitet fordi denne organisasjonen representerer et slags nettverk.

For det andre er samtlige av deltagerne rekruttert fra Oslo. Estimater tyder på at de fleste papirløse oppholder seg i Oslo, men at gruppen er spredt rundt om i hele Norge. Oslo er spesielt på den måten at det tilbys gratis helsetjenester for papirløse, og det kan gjøre at «helsen» blir rapportert som bedre i denne studien enn den er i den reelle populasjonen.

For det tredje har alle studiedeltagerne oppholdt seg i Norge over lang tid (i gjennomsnitt 12.5 år, med en spredning fra 5-21 år). Det er vanskelig å si hvordan dette påvirker resultatene. Man kan anta at de har dårligere helse enn gjennomsnittet av populasjonen fordi de har vært marginalisert i så lang tid, men kanskje bedre kunnskap fordi de har hatt mer tid til å orientere seg og til å lære språket.

Konklusjon

Den begrensede retten til helsehjelp i kombinasjon med de sosioøkonomiske forholdene papirløse lever under har en potenserende negativ effekt på papirløse migranternes helse. På tross av at behovet for helsehjelp er større enn tilbudet, benytter ikke de papirløse seg av helsehjelpen de har krav på. Denne og tidligere studier viser at frykt for deportasjon, manglende betalingsevne, språkbarrierer og kunnskap om egne rettigheter, er viktige årsaker til at migrantene ikke oppsøker helsehjelp.

Kunnskapen om egne helserettigheter er lav innenfor alle kategorier og resultatene antyder at den kunnskapen de har er erfaringsbasert. Kombinasjonen av lav og erfaringsbasert kunnskap er spesielt problematisk når det gjelder preventiv helsehjelp som gravide og papirløse under 18 år har rett til. Det synes rimelig å anta at lav kunnskap innenfor disse rettighetene fører til økt mortalitet og sykelighet blant papirløse spebarn, barn og gravide.

På tross av utvalgets lave kunnskap om taushetsplikten frykter ikke migrantene deportasjon ved kontakt med Helsesenteret for Papirløse i Oslo. Dette forklares først og fremst av tillitt mellom institusjonen og pasienten, og tyder på at tillitt mellom helseinstitusjon og pasient er vel så viktig som kunnskap om egne rettigheter til helsehjelp. Tillitsbyggende arbeid i form av å øke helsepersonells bevissthet rundt hvordan man tilnærmer seg papirløse, samt å øke kunnskapen om lovverket blant helsepersonell, bør derfor prioriteres høyt. Det bør derfor settes i verk informasjonstiltak rettet mot både helsepersonell og papirløse migranter.

Den bakenforliggende årsaken til de papirløses begrensede tilgang til helsehjelp er imidlertid et diskriminerende lovverk. Gjennom å ignorere de papirløse over flere tiår har Norge gjort seg avhengig av frivillighet for å dekke minoritetens grunnleggende behov for helsehjelp.

Universell helsehjelp er et politisk valg. Økt oppmerksomhet rundt de papirløses situasjon og Norges ignorering av internasjonale forpliktelser kan legge press på politiske beslutningstagere til å legge til rette for en mer rettferdig helsepolitikk.

Ingen tidligere norske studier har målt papirløse migranters kunnskapsnivå om egne rettigheter til helsehjelp, og studien er i så måte et bidrag i kartleggingen av papirløse migranters livssituasjon. Den gir oppmerksomhet til en marginalisert gruppe som på grunn av sin status som illegal selv ikke har mulighet til å protestere mot uretten til opplever.

Mer kunnskap på dette forskningsfeltet er sårt tiltrengt. Det er i dag lite kunnskap om helsepersonells holdninger til papirløse pasienter, og hvordan de håndterer denne pasientgruppen. Mer kunnskap om dette vil bidra til en mer helhetlig forståelse av helsetilbudet til papirløse. Videre er det viktig å kartlegge papirløse barns livsvilkår og oppfølging av gravide papirløse kvinner. I tillegg kan komparative studier, eller casestudier,

av stateres håndtering av papirløses migranteres rettigheter til helsehjelp og hvordan dette påvirker flyktningsstrømmen til landet, bidra til et faktabasert grunnlag i utarbeiding av politiske retningslinjer.

Litteraturliste

1. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*. 2011;11(1):560.
2. Zhang LC. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. SSB: SSB; 2008 23.06.2008.
3. Kelley AT, Tipirneni R. Care for Undocumented Immigrants — Rethinking State Flexibility in Medicaid Waivers. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(18):1661-3.
4. Cynthia B. Legalizing undocumented immigrants. *IZA World of Labor*. 2016:245.
5. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and Access to Healthcare for Undocumented Children: Addressing the Gap between International Conventions and Disparate Implementations in North America and Europe. *Social science & medicine* (1982). 2009;70:329-36.
6. Myhrvold T, Småstuen MC. Undocumented migrants' life situations: An exploratory analysis of quality of life and living conditions in a sample of undocumented migrants living in Norway. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(11-12):2073-87.
7. Rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i Norge: UiO: det juridiske fakultet; 2014.
8. Kvamme E, Ytrehus S. Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability*. 2015;6(1):28668.
9. UNHCR TURA. Handbook on protection of stateless persons. Geneva UNHCR; 2014.
10. Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Diequez A, Pinto R, et al. Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(3):947-70.
11. Hvor mange oppholder seg ulovlig i Norge? : Politiets utlendingsenhet 2021 [Available from: <https://www.politiet.no/om/organisasjonen/sarorganene/politiets-utlendingsenhet/hvor-mange-oppholder-seg-ulovlig-i-norge/>].
12. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, LOV-1999-07-02-63-§1-2 (2011).
13. Rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten lovlig opphold (2019).
14. Lov om vern mot smittsomme sykdommer Kapittel 6, §6-1. og §6-2. (1995).
15. 2.1 Finansiering av helsetjenester til asylsøkere. In: Helsedirektoratet, editor. Helsedirektoratet2017.
16. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven), (2014).
17. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*. 2015;8:175-83.
18. Kerani RP, Kwakwa HA. Scaring Undocumented Immigrants Is Detrimental to Public Health. *Am J Public Health*. 2018;108(9):1165-6.
19. Myhrvold T. Illegale ved sin blotte eksistens: Om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. En systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden*. 2010;30(3):38-43.
20. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (01.01.2001).
21. Øien C, Sønsterudbråten S. No way in, no way out? A study of living conditions of irregular migrants in Norway. Fafo: Fafo; 2011. Contract No.: Id-nr.:20194.
22. Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):30-.

23. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan.* 2014;29(7):818-30.
24. Årsmelding 2019: Helsecenteret for papirløse migranter. 2019.
25. Bendixsen S. The Politicised Biology of Irregular Migrants: Micropractices of control, tactics of everyday life and access to healthcare. *Nordic Journal of Migration Research.* 2018;8(3):167-74.
26. Vik ES, Nilsen RM, Aasheim V, Small R, Moster D, Schytt E. Country of first birth and neonatal outcomes in migrant and Norwegian-born parous women in Norway: a population-based study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):540.
27. Haaland M. Krevende kommunikasjon om svangerskap og fødsel - Om veiledning av innvandrerkvinner på en norsk helsestasjon. *Norsk antropologisk tidsskrift.* 2017;26:192-208.
28. Nellums LB, Powis J, Jones L, Miller A, Rustage K, Russell N, et al. "It's a life you're playing with": A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. *Soc Sci Med.* 2021;270:113610.
29. Freedman RL, Lucas DN. MBRRACE-UK: Saving Lives, Improving Mothers' Care – implications for anaesthetists. *International Journal of Obstetric Anesthesia.* 2015;24(2):161-73.
30. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju: Gyldendal Norsk Forlag* 2009.
31. Bjørndal A, Hofoss D. *Statistikk for helse- og sosialfagene.* Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
32. Haraldsen G. *Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden.* Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1999. 354 s. ill. p.
33. Hellevik O. *Spørreskjemaundersøkelser.* 2015. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/sporreundersokelser/>.
34. Fennelly K. The "healthy migrant" effect. *Minn Med.* 2007;90(3):51-3.
35. Efford A. *Between Exploitation and Exclusion: Immigrants and Industrial America - Robert F. Zeidel Robber Barons and Wretched Refuse: Ethnic and Class Dynamics during the Era of American Industrialization.*: Cambridge University Press; 2021.
36. Ahlberg NaV, Siri. Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2005;125:586-8.
37. Åse B. Fikk med faktura hjem fra føden Klassekampen. 2021.
38. Åse B. 90.000 kroner for en fødsel Klassekampen. 2021.
39. Åse B. Ber Høie om å rydde opp. Klassekampen. 2021.
40. Kristiansen O. Undocumented immigrants and the experiences of Norwegian general practitioners with this group of patients: UiO; 2008.
41. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health.* 2012;22(2):267-71.
42. Felleskatalogen. 2019.
43. Legemiddelverk S. *Dokumentasjon av enhetskostnader.* 2020.
44. Mohanty SA, Woolhandler S, Himmelstein DU, Pati S, Carrasquillo O, Bor DH. Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis. *Am J Public Health.* 2005;95(8):1431-8.
45. Onarheim KH, Melberg A, Meier BM, Miljeteig I. Towards universal health coverage: including undocumented migrants. *BMJ Global Health.* 2018;3(5):e001031.
46. Kuczewski M. Clinical Ethicists Awakened: Addressing Two Generations of Clinical Ethics Issues Involving Undocumented Patients. *The American journal of bioethics : AJOB.* 2019;19(4):51-7.

47. Nickel JW. Should undocumented aliens be entitled to health care? *Hastings Cent Rep.* 1986;16(6):19-23.
48. WHO. Human rights and health who.int: World Health Organization; 2017 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
49. Committee on Economic SCR. Concluding observations on the sixth periodic report of Norway Geneva United Nations 2020 2. April
50. Nambiar D, Mander H. Inverse care and the role of the state: the health of the urban poor. *Bulletin of the World Health Organization.* 2017;95(2):152-3.
51. Hannah A. *Imperialism: Part two of the origins of totalitarianism*: Houghton Mifflin Harcourt; 1968. 1-216 p.
52. Reynolds JMK, Mitchell C. 'Inglan is a bitch': hostile NHS charging regulations contravene the ethical principles of the medical profession. *Journal of Medical Ethics.* 2019;45(8):497.

