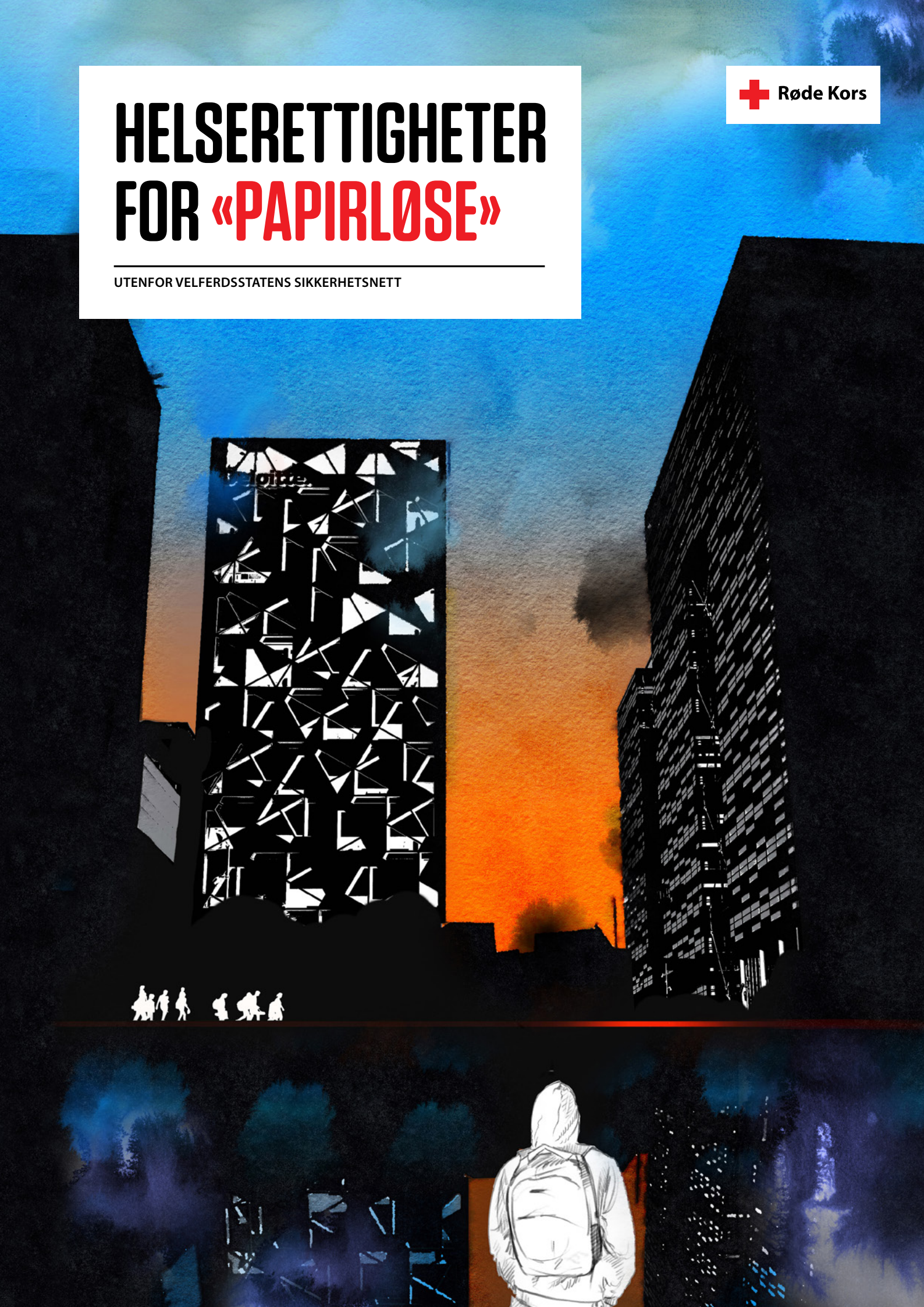


# HELSE RETTIGHETER FOR «PAPIRLØSE»

UTENFOR VELFERDSSTATENS SIKKERHETSNETT



Norges Røde Kors  
Postboks 1, Grønland  
0133 Oslo  
Norge

**E-post** [post@redcross.no](mailto:post@redcross.no)

**Webadresse** [www.rodekors.no](http://www.rodekors.no)

**Forfattere** Moa Nyamwathi Lønning og Inga Laupstad

**Spesiell takk** Vi vil først og fremst takke de 20 deltakerne som sa ja til å dele sine erfaringer med oss. Vi vil også takke dere ved Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo og Bergen og i Kirkens Bymisjon og alle tidligere og nåværende kolleger i Norges Røde Kors og Oslo Røde Kors, som på ulike måter har bidratt til prosjektet.

**Referanse** Røde Kors (2021) Helserettigheter for «papirløse». Utenfor velferdsstatens sikkerhetsnett. Oslo: Røde Kors.

**ISBN** 978-82-7250-223-1 (Trykket, heftet)

**ISBN** 978-82-7250-222-4 (E-bok, PDF)

**Design** Wittusen & Jensen

**Illustrasjoner** Shwan Dler Qaradaki

# HELSE RETTIGHETER FOR «PAPIRLØSE»

Utenfor velferdsstatens sikkerhetsnett

Røde Kors 2021

# FORORD

## **Stans den unødvendige lidelsen**

Hvert år er det hundrevis av pasienter i Norge som ikke får den helsehjelpen de trenger. Kreftsyke får ikke behandling, diabetikere får ikke medisin, kroppslige smerter blir ikke lindret. I verste fall fører dette til dødsfall som kunne vært unngått. Det handler ikke om at helsevesenet svikter eller ikke oppdager alvorlig sykdom, men at det finnes en gruppe mennesker som holdes utenfor sikkerhetsnettet i velferdsstaten vår.

«Papirløse» migranter, altså mennesker uten lovlig opphold, får ikke tilgang til våre helsetjenester. Det samme gjelder EØS-borgere uten helsetrygd-kort. De har kun rett til helsehjelp i tilfeller hvor det er akutt eller «helt nødvendig» og «ikke kan vente». Men det er vanskelig å avgjøre hvor alvorlig en helsetilstand er, dersom den ikke blir utredet. Denne gruppens rett til helsehjelp er begrenset, og dagens regler reiser mange medisinsk-etiske dilemmaer. I tillegg fører manglende tilgang til fastlege, betalingskrav, redsel for å oppsøke tjenester og pasienters og helsearbeideres varierende kjennskap til lovverket til at mange ikke får den helsehjelpen de har krav på.

Røde Kors har gjennomført en systematisk kartlegging av tilgangen til helsehjelp og andre levekårsutfordringer blant papirløse migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort. Vi har snakket

med dem som er direkte berørt. De forteller om utrygghet, uvisshet og helseplager som enkelt kunne vært behandlet. Deres historier viser hvor tett helse og dårlige levekår henger sammen. Helsepersonell som på sin fritid arbeider med disse pasientene, har også fortalt oss om sine erfaringer. Det er sterke historier om dilemmaer og frustrasjon, men også om hvor meningsfylt de opplever den frivillige innsatsen de gjør. De møter mennesker med store humanitære behov.

Funnene i denne rapporten viser hvordan dagens system resulterer i ekstreme helsemessige ulikheter. Det er vilkårlig hvem som får behandling, og den enkelte helsearbeider blir overlatt til seg selv. Mange papirløse må leve med store smerter, og i verste fall får de ikke helsehjelp før tilstanden nærmer seg livstruende. Denne rapporten synliggjør også en praksis som fører til systematisk diskriminering av en sårbar gruppe, og at norske myndigheter ikke oppfyller sine menneskerettslige forpliktelser.

Slik kan det ikke fortsette. Vi kan ikke nekte voksne og barn tilgang til helsehjelp fordi de ikke har papirene i orden. Vi må gi helsehjelp til dem som trenger det, til dem som har humanitære behov. Røde Kors krever derfor at papirløse migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort får sikret tilgang til helsehjelp.

Dette er våre tre viktigste krav:

- Personer uten lovlig opphold må få nødvendig helsehjelp basert på vurdering fra helsepersonell.
- Utgifter for behandling av papirløse må refunderes gjennom en finansieringsordning.
- Personer uten fast opphold i riket må gis tilgang til fastlegeordningen.

Fordi det offentlige sikkerhetsnettet mangler, har Røde Kors og Kirkens Bymisjon drevet helsesentre for papirløse migranter i Oslo og Bergen i over ti år. Innsatsen gjøres hovedsakelig av frivillige. Men det er grunnleggende feil at humanitære organisasjoner må påta seg en slik oppgave. Målet vårt er at disse helsesentrene skal bli overflødige, og at vi kan legge ned aktiviteten. Vi mener at staten må ta ansvar og oppfylle sine menneskerettslige forpliktelser.



A handwritten signature in black ink, which appears to read "Bernt G. Apeland".

Bernt G. Apeland, Generalsekretær i Norges Røde Kors



# SAMMENDRAG

«Papirløse» migranter, i denne rapporten omtalt som irregulære migranter, og EØS-borgere uten helsetrygdkort, har det til felles at deres helsebehov ikke blir møtt i tilstrekkelig grad i dag. Målet med denne rapporten er å belyse humanitære konsekvenser når tilgang til helsehjelp begrenses av juridiske, sosioøkonomiske og praktiske forhold. Vi har tilnærmet oss emnet gjennom de rettslige rammene for helsehjelp, en gjennomgang av utvalgt litteratur og kvalitative intervjuer med personer uten lovlig opphold i Norge, pårørende til disse og helsearbeidere tilknyttet Helsesenteret for papirløse migranter.

Tilgang til helsehjelp er en grunnleggende menneskerett, slik det går frem av flere internasjonale konvensjoner og norsk lov. Det norske regelverket fremmer imidlertid en snever juridisk tilgang til helsehjelp for irregulære migranter, selv om menneskerettighetskonvensjonene Norge har forpliktet seg til å følge, stiller krav til hvilken helsehjelp som skal være tilgjengelig for alle som oppholder seg i Norge.

Vår rettslige gjennomgang viser også at EØS-borgere på midlertidig opphold i utgangspunktet har rett til å få dekket utgiftene til helsehjelp når de oppholder seg i Norge, men at manglende helsetrygdkort fra hjemlandet kan stå i veien for at de får behandlingen dekket. Våre informanternes erfaringer underbygger dette. De viser også at det norske regelverket ikke er tilpasset den virkeligheten det regulerer. Hvert år oppsøker hundrevis av mennesker Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo og Bergen. Dette faktumet åpenbarer et stort udekket humanitært behov.

I skjæringspunktet mellom behov, praksis og lovverk kolliderer de begrensede helserettighetene med praksis på bakkenivå – hvor behovene utspiller seg og helsearbeidere har sitt virke. Dette

fører til vilkårlige og uforutsigbare løsninger, noe som forverrer helsetilstanden til de utsatte og resulterer i ekstreme helsemessige ulikheter. Det setter også helsepersonell urettmessig i vanskelige situasjoner.

Rapporten inneholder også en drøftelse av og forslag til nødvendige endringer for å bedre tilgangen til helsetjenester for irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort. Basert på funnene i rapporten og menneskerettslige argumenter, har Røde Kors identifisert en rekke endringer som må på plass. Dette inkluderer endring av forskriften om helsehjelp, lovfestet tilgang til primærhelsetjenesten og fastlegeordning for personer uten lovlig opphold samt etablering av en finansieringsordning for refusjon av utgifter knyttet til behandling av pasienter utenfor folketrygden. I tillegg må situasjonen til EØS-borgere uten helsetrygdkort utredes nærmere for å sikre at disse får tilgang til helsetjenester i tråd med de internasjonale og regionale menneskerettslige forpliktelsene Norge har.

# SUMMARY

Undocumented migrants, referred to in this report as irregular migrants, and EEA citizens without a European Health Insurance Card, have in common that their health care needs are insufficiently met today. The aim of this report is to shed light on humanitarian consequences when access to health care is limited due to legal, socio-economic and practical reasons. We have approached this through the legal framework on health care, a review of selected literature and qualitative interviews with people without legal residence in Norway, their next of kin and healthcare professionals from the Health Centre for Undocumented Migrants.

Access to health care is a fundamental human right and is enshrined in several international conventions and Norwegian law. The Norwegian regulations promote a narrow legal access to health care for irregular migrants, even though the human rights conventions that Norway has committed itself to, make several demands that health care should be available to everyone present in Norway.

Our legal review also shows that EEA citizens staying temporarily in Norway, are in principle entitled to having costs associated with accessing health care covered, but that a lack of a European Health Insurance Card from their home country can become an obstacle for health-related fees or treatment being covered. Our informants' experiences support this. They also show that the Norwegian regulations are not adapted to the reality that they indeed regulate. Every year, hundreds of people approach the Health Centre for Undocumented Migrants in Oslo and Bergen. This fact reveals a great unmet humanitarian need.

At the intersection of individual needs, professional practice and legislation, the limited rights to health care collide with practice at the ground

level – where needs unfold, and healthcare professionals do their work. This in turn leads to arbitrary and unpredictable solutions, with adverse consequences on the health of those concerned and that consequently results in extreme inequalities in health. It also puts healthcare professionals in difficult situations.

The report also includes a discussion of and suggestions for necessary changes for bettering access to health care for irregular migrants and EEA citizens without a European Health Insurance Card. Based on the findings of the report and on human rights principles, the Red Cross has identified several necessary changes that need to be addressed. This includes amendments to the regulation on health care, that access to the primary health care service and to the GP scheme for persons without legal residence becomes enshrined in law, as well as the establishment of a financing scheme for reimbursement of expenses related to the treatment of patients who are not part of the National Insurance Scheme. In addition, the situation of EEA citizens without a European Health Insurance Card must be further investigated to ensure that they have access to health care services in line with Norway's international and regional human rights obligations.



# INNHold

<b>1 EN GRUPPE SKJØVET TIL YTTERKANTEN</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Hvem snakker vi om og hvordan?</b>	<b>2</b>
Irregulære migranter	2
EØS-borgere uten helsetrygdkort	3
En gruppe som ikke kan telles	3
<b>1.2 Datamaterialet</b>	<b>5</b>
Deltakerne	5
<b>1.3 Rapportens struktur</b>	<b>8</b>
<b>2 JURIDISKE RAMMER FOR TILGANG TIL HELSEHJELP</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Helselovgivning i Norge</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Menneskerettigheter</b>	<b>12</b>
<b>2.3 EU/EØS-regler</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Rettstilstanden kort oppsummert</b>	<b>15</b>
<b>3 Å LEVE I VELFERDSSTATENS YTTERKANT</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Tilgang til helsehjelp</b>	<b>17</b>
Barrierer for tilgang	18
Strategier for å mestre manglende helse(hjelp)	20
Å (ikke) bli behandlet som <i>menneske</i> og <i>pasient</i>	21
Ytterligere isolering under koronapandemien	22
<b>3.2 Levekårsbetingelser og livssituasjon</b>	<b>25</b>
«Hjemløs», «etterlatt» og «ikke hørt»	25
En hverdag uten et trygt hjem	26
Å leve i fattigdom	28
Behov for å få tankene over på noe «annet»	29
En trussel mot familielivet	29
Betydningen av nettverk og mangelfull beskyttelse	31
<b>4 ERFARINGER BLANT HELSEARBEIDERE</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Helsearbeideres møte med de «papirløse»</b>	<b>33</b>
I skjæringspunktet mellom det «ordinære» og det «ekstraordinære»	34
Psykisk uhelse og styrke	38
Spesielt utsatte grupper	38
Koronapandemiens konsekvenser	39
<b>4.2 Barrierer og muligheter i tilgang til helsehjelp</b>	<b>42</b>
Kontinuitet og tillit	42
Å imøtekomme behov og henvise videre	44
Udekkede behov	45
Motivasjon og vurdering av egen rolle	47
<b>5 HVA SKAL TIL?</b>	<b>51</b>
<b>Nødvendige endringer</b>	<b>51</b>
Irregulære migranternes rett til helsehjelp må utvides, den er ikke i tråd med menneskerettslige krav	51
Forskriften om helsehjelp fører til vilkårlig praksis og må endres	53
Tilgang til primærhelsetjeneste er et minimum	53
Barn må få tilgang til fastlege	53
Fastlege er «veien inn» til helsehjelp for både voksne og barn	54
Reell helsehjelp fordrer en finansieringsordning	54
Alle EØS-borgere må få nødvendig helsehjelp	55
<b>REFERANSER</b>	<b>59</b>



# 1 EN GRUPPE SKJØVET TIL YTTERKANTEN

Det er mennesker i Norge i dag som ikke har tilgang til grunnleggende helsetjenester. Mennesker som er syke uten at de får hjelp, noe som igjen lett resulterer i at deres helsetilstand forverrer seg og blir akutt. Dårligere helse har også konsekvenser for øvrige levekår. Gruppen vi snakker om, omtales av Røde Kors som «papirløse».

Det er også helsearbeidere, i tillegg til sosialarbeidere og tolker, som jobber med å muliggjøre tilgang til helsehjelp for «papirløse». Noen få er ansatte, mens et overveldende flertall er frivillige. De har engasjert seg ved Helsesenteret for papirløse migranter.

Hensikten med denne rapporten er å synliggjøre konsekvensene av mangelfull tilgang til helsehjelp og diskutere hva som må til for å gjøre tilgangen god nok. Vi beskriver de juridiske rammene og søker å belyse de etiske og praktiske utfordringene som følger av mangelfull tilgang. Ikke minst søker vi å løfte frem stemmene til dem som sjeldent blir hørt – de «papirløse» selv. I rapporten omtaler vi de «papirløse» som *irregulære migranter*. Vi har også inkludert et fokus på *EØS-borgere uten helse-*

*trygdkort*. Denne gruppen har rett til å bevege seg fritt over landegrensene i EØS, men mangel på et såkalt helsetrygdkort fører til at også de har begrenset tilgang til helsehjelp.

Røde Kors har i samarbeid med Kirkens Bymisjon organisert helsehjelp til irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort siden 2009. Pasientene har helt vanlige helseplager som de ikke får hjelp til via en fastlege, men også helseproblemer som oppstår fordi de lever helt i ytterkanten, eller utenfor, velferdsstatens rammer. Selv om rapporten setter søkelyset på tilgang til helsehjelp, er vi oppmerksomme på at betingelser for helse og uhelse, og dermed behov for helse-tjenester, ikke kun er knyttet til kropp og sinn. Det handler også om disse gruppenes posisjoner innenfor et samfunnsmedisinsk- og folkehelseperspektiv og ikke minst deres livssituasjoner og levekår. I rapporten går vi derfor også inn på områder utover helsehjelp. Som Jacobsen oppsummerer: «Kombinasjonen av større helserisiko knyttet til en prekær livs- og arbeidssituasjon samt restriksjoner i adgang til helsehjelp gjør irregulære migranter til en spesielt sårbar gruppe».<sup>1</sup>

## HELSEENTERET FOR PAPIRLØSE MIGRANTER

**Tilbud:** Drevet av Kirkens Bymisjon og Røde Kors i Oslo (siden 2009) og i Bergen (siden 2013/2014).

**Målgruppe:** Personer uten oppholdstillatelse i Norge, det vil si asylsøkere med endelig avslag, mennesker som ikke er registrert i Norge, mennesker som har blitt i landet utover midlertidig oppholdstillatelse/visum eller mistet oppholdstillatelse/statsborgerskap, og mennesker som er utvist fra Norge, men som ikke har forlatt

landet. EØS-borgere som ikke får adgang gjennom det ordinære helsevesenet, er også i målgruppen.

**Bemanning:** Antallet aktive frivillige var i 2019 185 i Oslo og 104 i Bergen i tillegg til ansatte i henholdsvis 4,65 og 1,1 årsverk, bestående av leger, psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmødre, bioingeniører, farmasøyter, tannleger, miljøarbeidere og tolker.

1 Jacobsen 2015: 32.

## 1.1 HVEM SNAKKER VI OM OG HVORDAN?

### Irregulære migranter

Gruppen Røde Kors kaller «papirløse», og som vi har valgt å kalle *irregulære migranter*<sup>2</sup> i rapporten, omtales ved mange navn. Det er mange «veier» som kan lede til en situasjon som «irregulær».<sup>3</sup> Mange irregulære migranter i Norge har fått endelig avslag på en asylsøknad, men har ikke forlatt landet.<sup>4</sup> Andre har hatt en tillatelse, for eksempel et visum, men har blitt værende utover tillatelsens varighet. Dette kan også være tilfellet for EØS-borgere – de har rett til å bevege seg fritt over landegrensene i EØS i en viss periode. Utover dette kan deres opphold også bli «irregulært». Andre grunner kan være at man jobber uten arbeidstillatelse. Forhold som gjelder den enkelte migrant, og byråkratiske utfordringer kan også føre til en situasjon som «irregulær», som i tilfeller hvor man av ulike årsaker ikke får fornyet tillatelsen eller mister en tillatelse/et statsborgerskap. Barn kan også bli født inn i en irregulær situasjon.<sup>5</sup>

### Hvordan snakker vi om irregulære migranter?

Hvordan grupper omtales, legger rammer for hvordan individer oppfattes, og kan også skape aksept for å legitimere handlinger. En terminologi er derfor langt fra nøytral uansett hvilken man bruker. I det å definere grupper ligger det mye makt. Hvilke termer som benyttes, kan henge nært sammen med ståsted, politisk så vel som humanitært. Benyttede begreper for gruppen som er hoved-

fokus i denne rapporten, er beskrevet som stigmatiserende, kriminaliserende og upresise.<sup>6</sup> Faglitteraturen benytter gjerne begrepene «irregulær migrant», og myndighetene omtaler gruppen som «personer uten lovlig opphold», som vi også har valgt å gjøre i rapporten. En begrepsramme som inkluderer begrepet «irregularitet» åpner opp for å se på ulike politiske, sosiale og økonomiske prosesser som omhandler fenomenet utover det juridiske.<sup>7</sup> «Ulovlig» og «illegal» brukes også, men kritiseres for å være kriminaliserende og å bidra til negative assosiasjoner. Som respons har det vært kampanjer som *Ingen mennesker er ulovlig* og *papirløse.no*. «Papirløs» benyttes av flere humanitære organisasjoner, inkludert Røde Kors som nevnt innledningsvis, men kritiseres for å være upresis, da termen kan forstås å kun gjelde personer som reelt mangler identitetspapirer.<sup>8</sup>

Hvordan ulike posisjoner påvirker begrepsbruk (og motsatt), kan illustreres gjennom termer som «papirløs» versus «illegal», som vist over, og «ureturnerbar» versus «returnekter». «Ureturnerbar» viser til personer som av ulike årsaker ikke kan returnere, men omtales av noen som «returnekte-re». Dette fører ansvaret for situasjonen over på enkeltindivider og gir implisitt løsningen: retur.<sup>9</sup> Spørsmål rundt retur er ofte komplisert. Til tross for ulikheter og forskjeller i bakgrunn og livssituasjon peker flere norske studier på at mange irregulære migranter ikke opplever retur som et alternativ,<sup>10</sup> samtidig som de heller ikke ser noen mulighet til å få opphold.<sup>11</sup> Som Øverland m.fl.

2 Termer som migrant og innvandrers sier også noe om hvordan man forstår gruppen, og inkluderer en antagelse om oppholdets varighet (Brux et al. 2019). For personer født inn i situasjonen blir benevnelsen «migrant» spesielt misvisende (Jacobsen 2015).

3 Düvell 2011.

4 Karlsen 2021a.

5 Manglende lovlig opphold i Norge gir grunnlag for tvungen retur, utvisning, internering og bøter og kan derved ha både administrative og strafferettslige konsekvenser (Haddeland 2020b: 39). Det har vært et økt fokus på og sammenkobling av innvandring og kriminalitet, omtalt som krimmigrasjon (Bendixsen 2017).

6 Haddeland 2020a.

7 Bendixsen 2017.

8 Haddeland 2020a.

9 Karlsen 2021a.

10 Brux et al. 2019; Karlsen 2021b; Myhrvold & Småstuen 2019.

11 Øien & Sønsterudbråten 2011.

oppsummerer i sin studie om unge voksne med avslag på asyl som ankom Norge som enslige mindreårige, kan de erfare situasjonen som at de «kan ikke reise og får ikke bli».<sup>12</sup> Ikke alle irregulære migranter kan returnere, verken med eller uten tvang. Brux m.fl. fant at noen av deres informanter gjentatte ganger hadde forsøkt.<sup>13</sup> Da ingen land ville ta imot dem, fortsatte tilværelsen som irregulær i Norge. For den enkelte kan skillelinjen være utydelig og dynamisk mellom det å «vente på» regularisering eller uttransportering og å «vente ut» en situasjon som irregulær.<sup>14</sup>

### **EØS-borgere uten helsetrygdkort**

Vi har også valgt å konsentrere oss om EØS-borgere uten helsetrygdkort i denne rapporten. EØS-borgere har rett til å bevege seg fritt over landegrensene i EØS og har derfor lovlig opphold (oppholdsrett) i Norge, i alle fall midlertidig. Dersom en EØS-borger får behov for helsehjelp, blir vedkommende, innenfor visse rammer, dekket dersom pasienten kan dokumentere at de er medlem av trygdeordningen i sitt hjemland. Dette gjøres ofte med et såkalt helsetrygdkort. Dersom pasientene ikke har et slikt medlemskap eller ikke kan dokumentere det, viser erfaring fra Helsesenteret for papirløse migranter at de kan få problemer med tilgang til helsehjelp.

### **En gruppe som ikke kan telles**

Ingen vet hvor mange mennesker som bor i Norge uten lovlig opphold, og heller ikke hvor mange EØS-borgere som ikke har helsetrygdkort. Dette

er grupper som vanskelig lar seg telle. Likevel har det vært gjort flere forsøk på å estimere antallet irregulære migranter. I 2008 lagde SSB en beregningsmodell på oppdrag fra UDI. Ifølge denne var det 18 196 irregulære migranter i Norge fra land utenfor EU per januar 2006.<sup>15</sup> Estimater fordeler seg på tidligere asylsøkere med utreiseplikt (12 325) og personer som ikke har søkt asyl (5 871). Ved mindre modifiseringer kom Oxford Research frem til et estimat for 2008–2010 med et nedre, midt og øvre anslag som var 20 900, 35 400 og 62 800 mennesker for 2010.<sup>16</sup> De skriver at de «fester størst lit til det laveste anslaget».<sup>17,18</sup>

I rapporten støtter vi oss på Lillevik og Tyldums tilnærming: Vi sier noe om det som er «synlig».<sup>19</sup> Ved utgangen av mai 2021 var det 665 beboere med utreiseplikt ved norske asylmottak: 119 barn og 546 voksne, inkludert 31 voksne som ankom Norge som enslige mindreårige, og 21 personer over 67 år.<sup>20</sup> Antallet beboere med utreiseplikt på mottak er redusert med 85 prosent mellom 2009 og 2019.<sup>21</sup> Det vi vet om helsebehov i denne gruppen, er at 13 personer mellom 24 og 55 år bor på tilrettelagt avdeling (TA). TA er et døgnbemannet botilbud for mennesker med særskilte helse- eller hjelpebehov.

Politiets utlendingsenhet (PU) publiserer jevnlig tall på personer som har fått avslag på asyl og med Dublin-vedtak, men som oppholder seg i Norge etter utreisefrist. Deres tall fra begynnelsen av juli 2021 var om lag 2 550 mennesker, hvorav 2 220 har

12 Øverland et al. 2020: 58.

13 Brux et al. 2019.

14 Karlsen 2021b: 119.

15 Zhang 2008. Konfidensintervallet er 10 460 og 31 917.

16 Oxford Research 2014: 57.

17 Ibid.: 58.

18 I forbindelse med dette prosjektet kontaktet Røde Kors UDI for å utforske muligheten for et oppdatert estimat. UDI vurderte da at det kreves en ny metode, og at det derfor ikke var mulig å gjøre en ny beregning til denne rapportens formål.

19 Lillevik & Tyldum 2021.

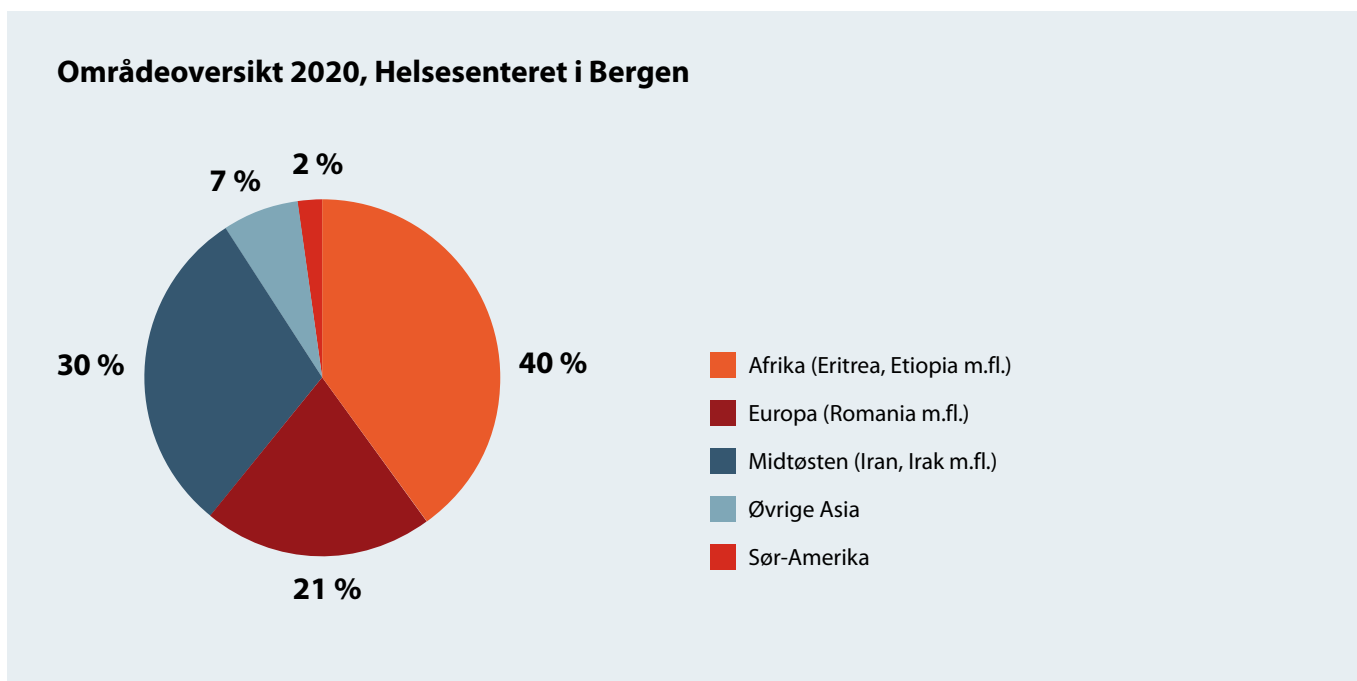
20 Statistikk på forespørsel fra UDI, mottatt juni 2021.

21 Lillevik & Tyldum 2021.

Figur 1: Pasienter per år ved Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo 2009–2020.

År	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pasienter	29	431	682	923	1 051	1 060	908	879	824	797	769	505

Figur 2: Områdeoversikt for pasienter, Helsesenteret for papirløse migranter i Bergen 2020.



fått endelig avslag om asyl.<sup>22</sup> PU antar at mange av disse menneskene har forlatt landet uten å melde fra. I 2019 ble 44 personer bøtelagt eller domfelt for å arbeide uten tillatelse.<sup>23</sup>

Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo har siden 2009 hatt 4 985 pasienter.<sup>24, 25</sup> I 2020 hadde Helsesenteret 505 pasienter – 165 var nye. Antallet pasienter i 2019 var 769 – inkludert 305 nye.<sup>26</sup> Helsesenteret har hatt mellom fem og 17 nye barn årlig som pasienter de siste årene og 161 barn

totalt siden oppstarten i 2009. Det antas at antallet irregulære migranter er høyest i hovedstaden.

Irregulære migranter har bakgrunn fra mange ulike land, både i og utenfor Europa. De utgjør en heterogen gruppe med tanke på kjønn, alder, livssyn, legning, funksjonsevne og livssituasjon.

Av beboere med utreiseplikt ved asylmottak utgjorde personer fra Eritrea, Iran og Etiopia over halvparten av denne gruppen ved utgangen av

22 PU 2021. Blant uttransporteringer av 2 000 personer i 2019, til land utenfor EU, utgjør asylsøkere med endelig avslag 17 prosent (Lillevik & Tyldum 2021: 42).

23 «Hverken politi, UDI eller arbeidstilsynet fører statistikk over bruk av irregulær arbeidskraft som de avdekker eller bruker som grunnlag for utvisninger» (ibid: 125).

24 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2021.

25 Helsesenteret for papirløse migranter i Bergen viser ikke til antall pasienter, men konsultasjoner.

26 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

mai 2021.<sup>27</sup> Dette er land Norge enten mangler returavtaler med, eller som det har vist seg vanskelig å tvangsreturnere til.

Helsesenteret i Oslo har siden 2009 hatt pasienter fra 121 land, hovedsakelig i Afrika, Europa, Sentral-Asia og Midtøsten.<sup>28</sup> Pasientene hadde i 2020 bakgrunn fra 45 ulike land og minst 60 land i 2019. Av nye pasienter i 2019 var over 50 prosent EØS-borgere.<sup>29</sup> Mange av pasientene ved Helse-senteret i Bergen i 2019 var fra Etiopia, Eritrea, Romania og Irak.<sup>30</sup> Disse nasjonalitetene gikk igjen også i 2020, i tillegg til Iran.<sup>31</sup>

## 1.2 DATAMATERIALET

Denne rapportens ulike deler er basert på juridisk analyse, utvalgt litteraturgjennomgang og kvalitative intervjuer gjennomført i juni/juli 2021.

Deltakerne består av personer uten lovlig opphold, pårørende til disse og helsearbeidere tilknyttet Helsesentret for papirløse migranter. Ansatte ved Helsesenteret fikk tilsendt informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeerklæring på norsk og engelsk og delte disse med pasienter, frivillige og sine nettverk.<sup>32</sup> Vi gjennomførte intervjuer med 20 personer.<sup>33</sup> Fire intervju ble gjennomført ved hjelp av tolk.

### Deltakerne

I dette prosjektet har vi forsøkt å inkludere personer av ulikt kjønn, alder, opprinnelse og situasjon. Dette er for å belyse et spenn av ulike erfaringer. Irregulær migrasjon og tilgang til helsetjenester er politiserte tema, og ofte er debatten om dem polarisert. Politikk, lover og media fremstiller irregulære migranter som enten verdige eller uverdige.<sup>34</sup> Enkeltsaker er langt synligere i norske medier sammenlignet med flere andre land, men også i Norge dominerer noen enkeltsaker.<sup>35</sup> Disse omhandler som oftest personer som sees som idealiserte ofre – gjerne kvinner og barn – men også saker om dem som oppfattes som «uverdige». <sup>36</sup> Representasjoner av irregulære migranter er både kjønnete og knyttet til aldersgrupper: «Mens kvinner og barn oftere framstår som verdige ofre, forbindes menn hyppigere med kriminalitet og fare». <sup>37</sup> Dette var vi bevisst på i rekrutteringen av informanter til denne studien.

Fem kvinner og fire menn fra 29–74 år delte sine erfaringer i denne studien om å leve i Norge uten lovlig opphold. I tillegg delte to pårørende sine erfaringer som pleiegivere til en person over 85 år uten oppholdstillatelse. De ti personene uten oppholdstillatelse har bodd Norge uten lovlig opphold mellom to og 21 år og har bakgrunn fra seks land i Asia, Midtøsten, Afrika, Nord-Amerika og Europa. Vi har gitt informantene pseudonymer.

I sin kartlegging av «irregulær bistand» presenterer Lillevik og Tyldum en (idealtypisk) typologi

27 Lillevik & Tyldum 2021.

28 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

29 Ibid.

30 Ibid.

31 Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors 2021.

32 Helse-senteret for papirløse migranter i Oslo stilte med eget rom, telefon og PC.

33 Intervjuene er gjennomført av førsteforfatter. Intervjuguiden ble i forkant av datainnsamlingen presentert til diskusjon internt i prosjektgruppen og for tilbakemelding fra helsearbeidere. Intervjuene er gjennomført av førsteforfatter.

34 Bendixsen 2020.

35 Figenschou & Thorbjørnsrud 2015.

36 Bendixsen 2017.

37 Jacobsen 2015: 42.

av irregulære migranter basert på overlevelsesstrategier:<sup>38</sup>

- de «synlige» som blir boende på mottak etter endelig avslag om asyl
- de «avhengige» som forsørges av person(er) med oppholdstillatelse
- de selvforsørgende «arbeidende» i det uformelle arbeidsmarkedet
- de «marginaliserte» som livnærer seg gjennom kriminalitet eller ved å selge eller bytte seksuelle tjenester
- og overganskategorien, dem «i fritt fall», altså dem uten en overlevelsesstrategi

Personer som benytter samme overlevelsesstrategi, kan ha ulik livssituasjon. Blant irregulære migranter er det også de som er utsatt for menneskehandel, og som er overleverte etter tortur.<sup>39</sup> Typologien presentert av Lillevik og Tyldum sammenfaller med overlevelsesstrategiene våre informanter forteller om. Ved intervjuutidspunktet kan de beskrives som del av de «synlige», de «avhengige» og de «arbeidende».

Helsearbeiderne som deltok i studien, hadde minst to års erfaring fra Helsesenteret for papirløse migranter.<sup>40</sup> Vi intervjuet seks kvinner og tre menn. Fem hadde profesjonsbakgrunn som lege, tre er sykepleiere, og én er psykolog. Vi referer til dem ved deres profesjon.

## NOEN ETISKE BETRAKTNINGER

En debatt om irregulær migrasjon er viktig for å ta opp konsekvensene av å leve helt i ytterkanten av eller utenfor den norske velferdsstatens rammer. Media har en unik mulighet til å fremme saker, gi viktig innblikk i enkeltskjebner og øke kunnskapen hos befolkningen, men som Figenschou og Thorbjørnsrud fremhever: «De store enkeltsakene risikerer å skygge for debatten om norsk politikk for irregulære migranter som gruppe. Vi får en debatt om utvalgte irregulære migranter framfor irregulær migrasjon.»<sup>41</sup>

Irregulær migrasjon er et politisert og polarisert tema i den offentlige debatten. Kunnskapsutvikling på et slikt felt blir også brukt til å fremme ulike posisjoner.<sup>42</sup> Fokuset på irregulær migrasjon og personer uten lovlig opphold og tilgang til helsehjelp byr på flere etiske dilemmaer. Gjennom studier «produseres» ikke kun kunnskap om gitte fenomen, men også ulike forestillinger om grupper. Studier om irregulære migranter er derfor både metodisk og etisk utfordrende.<sup>43</sup> Her deler vi noen etiske betraktninger vi har gjort i dette prosjektet.

Et ledende prinsipp for prosjektet har vært at ved å bidra med kunnskap som inkluderer grupper i en sårbar situasjon, «hviler vårt profesjonelle ansvar på [...] å informere samfunnet om fenomenet på en måte som ikke bidrar til diskriminering mot disse gruppene, men som isteden, bidrar til forståelse».<sup>44</sup> Denne rapporten er designet i tråd med Røde Kors' mandat

38 Lillevik & Tyldum 2021: 45.

39 Røde Kors 2020.

40 Alle med unntak av én har vært engasjert i hvert fall siden 2015/2016.

41 Figenschou & Thorbjørnsrud 2015: 125.

42 Bendixsen 2017.

43 Bendixsen 2017; Düvell et al 2010; Brunovskis & Bjerkan 2008.

44 Düvell et al. 2010: 229. Oversettelse fra engelsk.



og har som hensikt å avdekke humanitære behov. Vi har derfor tilnærmet oss tematikken gjennom et humanitært perspektiv og peker også på de viktigste endringene for å gjøre tilgangen til helsehjelp reell.

I gjennomføringen av prosjektet har vi fulgt Røde Kors' interne retningslinjer for personvern og forskningsetiske retningslinjer slik de er definert av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.<sup>45</sup> Prosjektet er kvalitetssikret av Røde Kors' personvernombud. I møte med menneskene som sa ja til å dele sine erfaringer, la vi vekt på å kommunisere både skriftlig og muntlig prosjektets formål, at det var frivillig å delta i prosjektet, og hva deltakelse i prosjektet innebar, anonymisering av data og konfidensialitet og mulighet til å trekke seg uten begrunnelse.<sup>46</sup>

Vi var opptatt av å tydeliggjøre at selv om Røde Kors er med på å drive Helsecenteret for papirløse migranter, ville ikke deltakelse i prosjektet påvirke tilgangen til tjenester eller på annen måte virke inn på deltakerens situasjon. Deltakere er del av en gruppe som gjentatte ganger har måttet eller følt seg presset til å fortelle sin historie for på ulike måter å «legitimere» sin tilstedeværelse. Vi var derfor tydelige på å formidle at de selv skulle kjenne på hvilke spørsmål de ønsket å svare på, og selv skulle styre hvor mye i dybden de ønsket å gå. Vi informerte om at vårt hovedfokus er tilgang til helsetjenester og ikke helse som sådan, selv om dette også gjerne kom frem gjennom deres beretninger. Vi spurte ikke direkte om opprinnelsesland, bostedskommune eller navn.<sup>47</sup>

I rapporten bruker vi pseudonymer eller refererer til deltakerne ved profesjon. I anonymiseringen av datamaterialet har vi utelatt eller endret ikke-essensiell informasjon.

Vi spurte flere deltakere om hvordan de opplevde og eventuelt ble påvirket av intervjuet og det å snakke om sin situasjon. Vi spurte også noen deltakere underveis om de ønsket å avslutte intervjuet. Helseentrene stilte med psykolog eller annen psykisk helsearbeider ved behov for samtale i etterkant av intervjuene, noe som også ble formidlet skriftlig og muntlig. I de tilfellene deltakerne ønsket at vi skulle arrangere en oppfølgingsamtale med en helsearbeider, gjorde vi det. Noen uttrykte også ønske om mer informasjon om rettigheter og tilbud, og vi sørget for at dette kunne bli fulgt opp med deres tillatelse.

Målet med dette arbeidet har vært å løfte frem noen erfaringer med mangelfull tilgang til helsehjelp, hos ni personer uten lovlig opphold, to pårørende og ni helsearbeidere. Vi er taknemlige for at vi har fått lov til å belyse temaet gjennom erfaringene de delte med oss. Vi har også et overordnet mål om å peke på nødvendige endringer som må til for å sikre irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygd kort helsehjelpen de har behov for. Således løfter rapporten både enkeltsaker og «debatten om norsk politikk for irregulære migranter som gruppe», med fokus på tilgang til helsehjelp.<sup>48</sup>

45 NESH 2016.

46 All skriftlig informasjon er vurdert av Røde Kors' personvernombud.

47 Heller ikke for å underskrive samtykkeskjemaet. Her ble det informert om at man kunne bekrefte med en X.

48 Figenschou & Thorbjørnsrud 2015: 125.

## 1.3 RAPPORTENS STRUKTUR

Denne rapporten er inndelt i fem kapitler.

*Kapittel 2: Juridiske rammer for tilgang til helsehjelp* gir en kort oversikt over de mest relevante bestemmelsene som regulerer tilgang til helsehjelp i norsk rett, menneskerettighetene og EU/EØS-retten.

*Kapittel 3: Erfaringer fra å leve i velferdsstatens ytterkant* omhandler erfaringer hos irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort. Her presenterer vi hvordan juridisk status begrenser tilgang til helsetjenester, eksisterende barrierer, måter å håndtere disse på og møter med helsevesenet. Vi ser også på hvordan manglende rettigheter påvirker levekår og livssituasjon, som del av betingelsene for helse og uhelse.

*Kapittel 4: Erfaringer blant helsearbeidere* løfter frem erfaringer fra praksisfeltet blant helsepersonell tilknyttet Helsesenteret for papirløse migranter. Både informantenes profesjonserfaringer og deres refleksjoner om pasientgruppen løftes frem. Fokuset i dette kapitlet er også på barrierer, muligheter og utfordringer i møte med en pasientgruppe med både store og små helsebehov, men som kun har rett til helsehjelp som er «helt nødvendig og ikke kan vente», og gjerne med levekår og en livssituasjon som i seg selv fører til uhelse.

*Kapittel 5: Hva skal til?* inneholder en drøftelse av og forslag til nødvendige endringer for å bedre tilgangen til helsetjenester for irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort. Basert på funnene i rapporten og menneskerettslige argumenter, viser vi hvilke konkrete endringer som må til for å sikre disse gruppene den helsehjelpen de har behov for.





# 2 JURIDISKE RAMMER FOR TILGANG TIL HELSEHJELP

De juridiske rammene for helsehjelp er helt sentrale for å forstå hvilken tilgang irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort har til helsehjelp. I dette kapittelet gjør vi rede for de relevante reglene i norsk rett, menneskerettighetene og EU/EØS-retten.

Mange ulike problemstillinger som dels griper inn i hverandre, gjør det juridiske landskapet på dette feltet uoversiktlig. Det er flere rettsområder som er relevante, både helserett, utlendingsrett, menneskerettigheter og EØS-rett. Målet er her å gi ikke en fullstendig oversikt, men et kortfattet sammendrag av det som er relevant for de gruppene rapporten omhandler, nemlig pasientgruppen ved Helsesenteret for papirløse migranter.<sup>1</sup>

## 2.1 HELSELOVGIVNINGEN I NORGE

I Norge reguleres tilgangen til helsetjenester gjennom en rekke lover. I pasient- og brukerrettighetsloven finner vi rettighetene som pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Denne loven slår fast at alle har rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen (§ 2-1 a) og fra spesialisthelsetjenesten (§ 2-1 b), og retten til å stå på en fastlegeliste (§ 2-1 c). Finansieringen av helsehjelpen er dels beskrevet i folketrygdloven og dels i spesialisthelsetjenesteloven.

Selv om utgangspunktet i pasient- og brukerrettighetsloven er at alle har rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp, finnes det en hjemmel i § 1-2 for å gjøre unntak. Denne hjemmelen er benyttet ved at det er gitt en forskrift som begrenser tilgangen til helsehjelp for personer som ikke har fast eller lovlig opphold.

I forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold er det bestemt at alle har rett til øyeblikkelig hjelp og dessuten helsehjelp fra kommunen eller i spesialisthelsetjenesten som er «helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter».<sup>2</sup> Denne regelen innebærer en sterk begrensning i retten til helsehjelp for personer som ikke har lovlig opphold. Ordlyden i forskriften tilsvarer ikke medisinske begreper, så hva som faktisk ligger i «helt nødvendig» og «ikke kan vente», er uklart. Det er den enkelte helsearbeider som i møte med pasienten må vurdere om vilkårene er oppfylt.

Det kommer frem av et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet at hvilke tilstander som ikke kan vente, må vurderes på individuelt medisinsk grunnlag, men at det må være nødvendig innen tre uker. Dersom det anses helt nødvendig at tilstanden behandles innen dette tidsrommet, har pasienten rett til helsehjelp.<sup>3</sup> Helsehjelp utover dette må den enkelte få i sitt hjemland. Begrensningene innebærer at forebyggende og rehabiliterende helsehjelp normalt er uaktuelt. Erfaring fra Helsesenteret for papirløse migranter viser at pasienter med kroniske lidelser ofte ikke får medisinsk hjelp fordi tilstanden ikke er akutt nok, og at pasienten i en del tilfeller må gå ubehandlet så lenge at situasjonen blir akutt, og først da får pasienten rett til legehjelp. Pasienter med alvorlig sykdom som for eksempel kreft kan også oppleve å ikke få hjelp før situasjonen er akutt og sykdommen kanskje ikke lenger kurerbar.

Noen former for helsehjelp skal likevel gjelde alle, og disse er presisert i forskriften: psykisk helsevern dersom en person er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller

<sup>1</sup> Det har vært nødvendig å gjøre avgrensninger, og tannhelsetjenester er et eksempel på et område som er utelatt.

<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 2011b.

<sup>3</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 2011a.

andres liv eller helse, nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, svangerskapsavbrudd, smittevern- hjelp og helsehjelp til en person som er under frihetsberøvelse, dersom helsehjelpen ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, jf. forskrif- tens § 5.

Forskriften om tjenester til personer uten fast opphold og uten lovlig opphold begrenser også til- gangen til omsorgstjenester, for eksempel helsetje- nester i hjemmet eller plass på sykehjem. Irregulære migranter har kun rett til omsorgstjenester inntil vedkommende, etter utlendingsloven, har plikt til å forlate landet. De fleste personer uten lovlig opp- hold har oversittet en slik frist og har dermed ikke tilgang til slike tjenester, jf. § 6 annet ledd.

Barn uten lovlig opphold har bedre tilgang til hel- sehjelp enn voksne. Det følger av forskriften § 4 at barn har rett til nødvendige helse- og omsorgs- tjenester fra kommunen og spesialisthelse- tjenesten, med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes.

At irregulære migranter har tilgang til visse former for helsehjelp, betyr ikke at helsehjelpen er gratis. Helsehjelpen personer uten fast eller lovlig opp- hold har rett til, og som er beskrevet over, må de selv dekke kostnadene ved.<sup>4</sup> Det er imidlertid ikke anledning til å kreve forhåndsbetaling for øyeblik- kelig hjelp eller for helsehjelp fra spesialisthelse- tjenesten som ikke kan vente. Helsehjelpen må gis først, og så må betalingsevne og inndrivelses- muligheter vurderes i etterkant.<sup>5</sup> Dersom pasien- ten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjeneste- yter.<sup>6</sup> Irregulære migranter kan derfor få store be- talingskrav i etterkant av medisinsk behandling. I mange tilfeller vil pasienten ikke ha mulighet til å

betale selv, og da er det opp til den behandlende institusjonen å vurdere hvordan kravet skal forføl- ges, eller om kostnadene skal dekkes av den som har gitt helsehjelpen.<sup>7</sup>

I den norske helsetjenesten er det fastlegen som er «porten inn» til andre helsetjenester. Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at pasientene har en fast allmennlege å forholde seg til.<sup>8</sup> Det er bare personer som er bosatt som har rett til å stå på en fastlegeliste, og irregulære migranter har dermed ikke denne tilgangen, heller ikke barn. De går ikke bare glipp av en fast allmenn- lege som kjenner pasienten over tid, men også den etablerte adgangen til å bli henvist videre til nød- vendig spesialisthelsetjeneste. Inngangen til helse- tjenesten er for de aller fleste personer uten lovlig opphold gjennom det kommunale legevakttilbu- det, som ikke er rigget for å tilby fastlegetjenester, men yte akutt hjelp.

## 2.2 MENNESKERETTIGHETER

Reglene som er beskrevet i norske lover og forskrif- ter, må forstås i sammenheng med de folkeretts- lige forpliktelsene som norske myndigheter har, for eksempel gjennom Den europeiske mennesker- rettighetskonvensjonen og de av FN's mennesker- rettighetskonvensjoner som vi har sluttet oss til. Menneskerettighetskonvensjonene er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettighetsloven, og gjelder med forrang. Det betyr at dersom det er motstrid mellom en regel i en lov og en menneske- rettslig forpliktelse, skal sistnevnte gå foran. Det er også en generell bestemmelse i Grunnloven § 92 som fastslår at myndighetene skal respektere og sikre menneskerettighetene. Dette innebærer

4 Ibid.: punkt 3; spesialisthelsetjenesteloven 1999 § 5-3.

5 Helse- og omsorgsdepartementet 2017: punkt 4.

6 Spesialisthelsetjenesteloven 1999 § 5-3 første ledd siste punktum.

7 *Klassekampens* artikkelserie våren 2021 viser eksempler på dette. Se for eksempel Brandvold 2021a, 2021b; Brandvold & Olsson 2021.

8 Helse- og omsorgsdepartementet 2011b § 1; Fastlegeforskriften § 1.

at norske myndigheter må holde seg innenfor de menneskerettslige rammene når tilgangen til helsehjelp reguleres.

Alle mennesker har rett til den høyest oppnåelige helsestandard. Det følger av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12. Dette må anses som en grunnleggende rettighet for alle. Det er statens ansvar å vedta lover eller treffe andre vedtak som sikrer at denne rettigheten blir realisert, jf. ØSK artikkel 2, og staten må gjøre dette så langt den kan innenfor tilgjengelige ressurser. Når innholdet i rettigheten er knyttet til tilgjengelige ressurser, betyr det at hva du har rett til, er relativt og avhengig av den staten du oppholder deg i. FNs komité for økonomiske sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen) har likevel understreket at statene har ansvar for å oppfylle et minimumsnivå av rettigheter, blant annet essensiell primærhelsetjeneste.<sup>9</sup> Retten til en god helse skal sikres uten noen form for diskriminering på bakgrunn av bestemte diskrimineringsgrunnlag. Et av disse er «annen status», som ut fra ØSK-komiteens forståelse inkluderer personer uten lovlig opphold.<sup>10</sup> Staten kan begrense rettighetene i ØSK bare dersom det er fastsatt i lov, og hvis det er forenlig med rettighetens natur og kun med det formål å fremme den allmenne velferden, jf. artikkel 4. Konvensjonen gir altså en viss mulighet til å begrense tilgangen til helsehjelp. Det er diskutabelt om den norske forskriften om helsehjelp til personer uten lovlig opphold faktisk holder seg innenfor disse rammene. Dette vil drøftes ytterligere i kapittel 5.

Barn har de samme rettighetene som voksne, og ØSK artikkel 12 er derfor relevant også for dem

som er under 18 år. I tillegg har barn egne menneskerettigheter som følger av FNs barnekonvensjon. I barnekonvensjonen artikkel 24 står det at barn har rett til den høyest oppnåelige helsestandard og behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Denne rettigheten må ses i sammenheng med andre deler av barnekonvensjonen. I artikkel 2 står det at det er staten som skal respektere og sikre rettighetene i konvensjonen for alle barn, uten noen form for diskriminering. Barnekomiteen har utgitt en egen generell kommentar om artikkel 24<sup>11</sup> hvor det blant annet blir understreket at det ikke er anledning til å diskriminere på bakgrunn av det som kalles «annen status», noe som inkluderer oppholdstillatelse.<sup>12</sup> Når det gjelder innholdet i retten til god helse, har barnekomiteen uttalt at retten innebærer at det både skal tas hensyn til barnets biologiske, sosiale, kulturelle og økonomiske forhold og statens tilgjengelige ressurser.<sup>13</sup> Komiteen beskriver at staten har en streng plikt til å agere for å sikre at helse og andre relevante tjenester er tilgjengelig.<sup>14</sup> Retten til helse må også ses i sammenheng med det generelle prinsippet om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn, jf. artikkel 3.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen har flere bestemmelser som kan være relevante ved vurderingen av helsehjelp, som artikkel 2 om retten til liv, artikkel 3 om forbud mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling, artikkel 8 om retten til privatliv og artikkel 14 om forbud mot diskriminering.

Rettighetene som er nevnt over, gjelder for alle som oppholder seg innenfor statens jurisdiksjon, og uavhengig av statsborgerskap.

9 CESCR 2000: avsnitt 43.

10 Ibid.: avsnitt 34.

11 FNs barnekomité utgir både spesielle kommentarer til enkeltstater og generelle kommentarer om barnekonvensjonen. Uttalelsene fra barnekomiteen er ikke rettslig bindende, men tillegges stor vekt i norsk rett.

12 CRC 2013: avsnitt 8.

13 Ibid.: avsnitt 23.

14 Ibid.: avsnitt 28.

## 2.3 EU/EØS-REGLER

Det er ikke bare personer uten lovlig opphold som opplever begrenset og mangelfull tilgang til helsehjelp i Norge. Mange EØS-borgere opplever det samme selv om det i utgangspunktet er andre regler som gjelder for dem. EØS-borgere kan være i Norge både på fast og midlertidig basis, men også uten lovlig opphold. Tilknytningen til Norge har betydning for tilgangen til helsehjelp. Helse-senteret for papirløse migranter har identifisert at EØS-borgere som er i Norge med midlertidig oppholdstillatelse, men som ikke har helsetrygd-kort, i mange tilfeller ikke får den helsehjelpen de trenger. Dette er også bakgrunnen for at vi valgte å inkludere denne gruppen i rapporten.

Norge er knyttet til EUs indre marked gjennom EØS-avtalen. Avtalen innebærer fri bevegelighet mellom landene av blant annet tjenester og personer. Personer bosatt i et EU-land har derfor rett til å bevege seg fritt over landegrensene i EU- og EØS-området. Innholdet i EØS-avtalen har utviklet seg over tid, og etter hvert har avtalen også inkludert retten til helsehjelp. Tilgang til helsehjelp kan anses som en forutsetning for å sikre fri bevegelighet.

Det er EUs trygdeforordninger, nærmere bestemt grunnforordningen fra 2004 og gjennomføringsforordningen fra 2009,<sup>15</sup> som regulerer tilgangen til helsehjelp for EØS-borgere på midlertidig opphold i et annet land. Formålet med forordningene er å koordinere trygdeordningene i EØS-landene, sikre fri bevegelighet for statsborgerne i EØS-land og sikre at de ikke taper pensjonsrettigheter eller trygderettigheter eller mulig opptjening av slike rettigheter ved å flytte fra ett EØS-land til et annet. Det er forutsatt i forordningene at EØS-borgerne er knyttet til en trygdeordning.

I artikkel 19 i grunnforordningen står det at «forsikrede» personer som oppholder seg i et annet EØS-land, har rett til «the benefits in kind which become necessary on medical grounds during their stay, taking into account the nature of the benefits and the expected length of the stay». Hvilke ytelser som er omfattet, er presisert i gjennomføringsforordningen i artikkel 25 punkt 3. Der står det at det er de ytelser som «are provided in the Member State of stay, in accordance with its legislation, and which become necessary on medical grounds with a view to preventing an insured person from being forced to return, before the end of the planned duration of stay, to the competent Member State to obtain the necessary treatment». Det må altså gjøres en vurdering av hva som er medisinsk nødvendig, med tanke på ytelsens art og oppholdets forventede varighet. Det skal også tas hensyn til at pasienten skal få gjennomført hele sitt planlagte opphold. Hva som er medisinsk nødvendig, må vurderes av helsepersonell. EU-kommisjonen informerer på sin nettside om at helsehjelpen også skal innebære hjelp i forbindelse med kronisk sykdom som for eksempel diabetes eller astma, men at pasienten ikke vil få kostnadene dekket hvis formålet med reisen er å få medisinsk behandling.<sup>16</sup> EØS-borgere på midlertidig opphold i Norge har derfor rett til et større omfang av helsetjenester enn personer uten lovlig opphold, innenfor visse rammer knyttet til oppholdets lengde og formål.

Bare medlemmer av en trygdeordning regnes som «forsikret» og er dermed omfattet av regelverket.<sup>17</sup> Hvem som er medlem i trygdeordningen i opprinnelseslandet, vil følge av landets interne lovverk. Hva som skal til for å være medlem av en trygdeordning, varierer fra land til land og kan avhenge av for eksempel arbeid, oppholdstillatelse, betaling eller at det er obligatorisk å være medlem.

15 Regulation (EC) 883/2004; Regulation (EC) 987/2009.

16 European Union – Your Europe 2020a.

17 Regulation (EC) 883/2004: artikkel 1 bokstav c.



Utfordringen for EØS-borgere som opplever begrenset tilgang til helsetjenester, er ofte at de mangler medlemskap i hjemlandets trygdeordning eller ikke kan dokumentere et slikt medlemskap. For å få dekket kostnadene ved helsehjelpen er det nemlig krav om å legge frem dokumentasjon på medlemskap.<sup>18</sup> Erfaring fra Helsesenteret for papirløse migranter viser for eksempel at mange rumenere som oppholder seg i Norge, ikke er medlemmer av den rumenske trygdeordningen og derfor ikke har helsetrygdkort. Dette har også kommet frem i andre studier.<sup>19</sup> Ifølge EU-kommisjonen kan personer som ikke kan fremvise dokumentasjon, ikke bli nektet helsehjelp, men de kan bli avkrevd betaling.<sup>20</sup>

Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo har over år erfart at EØS-borgere faktisk ikke får tilgang til helsehjelp verken i hjemlandet eller i Norge.<sup>21</sup> Årsaken kan være at pasienten frykter et krav om betaling, eller at pasienten ikke er klar over retten til å få helsehjelp. Uansett er virkningen at mange EØS-borgere oppsøker helsehjelp i humanitær sektor og ikke fra det offentlige. Det er åpenbart et udekket behov for helsehjelp i gruppen.

Det er ikke helt enkelt å forstå hvilke regler som gjelder for EØS-borgere uten helsetrygdkort, men reglene som finnes og situasjonen til mange av dem det gjelder, gir grunn til å spørre om reglene og praksis faktisk er i tråd med menneskerettskrav.

## 2.4 RETTSTILSTANDEN KORT OPPSUMMERT

I dette kapitlet har vi vist at retten til helsehjelp er begrenset for irregulære migranter. Manglende

tilgang til fastlege og krav om at pasienten selv skal betale, skaper ytterligere barrierer for tilgangen til helsehjelp. Vi har videre vist at EØS-borgere som oppholder seg midlertidig i landet, har en videre rett til helsehjelp enn irregulære migranter, og at de må dokumentere medlemskap i hjemlandets trygdeordning for å slippe betalingskrav. At erfaringen fra Helsesenteret for papirløse migranter er at både irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort opplever tilgangen til helsehjelp både juridisk og reelt som begrenset, reiser et spørsmål ved om praksisen er innenfor de menneskerettslige rammene som norske myndigheter er forpliktet til å følge. Dette belyses nærmere i *Kapittel 5 – Hva skal til?*

18 Ibid.: artikkel 25.

19 Engebrigtsen et al. 2014.

20 European Union – Your Europe 2020b.

21 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2017: 14.



# 3 Å LEVE I VELFERDSSTATENS YTTERKANT

Irregulære migranter og EØS-borgere uten helse-trygdkort har ytterst begrenset tilgang til helse-tjenester. Irregulære migranter er også spesielt disponert for vanskelige levekår, og de er sårbare for å bli stående uten beskyttelse hvis de blir ut-satt for vold, overgrep eller utnyttelse.<sup>1</sup> Selv under ordinære omstendigheter kan de erfare at deres daglige eksistens er truet.<sup>2</sup>

Dette kapitlet omhandler tilgang til helsehjelp, levekårsbetingelser og livssituasjoner blant irregulære migranter og EØS-borgere uten helse-trygdkort. Under **3.1 Tilgang til helsehjelp** ser vi på eksisterende tilbud, barrierer, strategier for å imøtegå disse og påvirkningen av hvordan man blir møtt når man oppsøker hjelp, og under **3.2 Levekårsbetingelser og livssituasjon** ser vi på hvordan irregulærisering erfares ulikt, og hvordan det preger bosituasjon, inntekt, aktivitet, familieliv og nettverk.

## 3.1 TILGANG TIL HELSEHJELP

Nasjonal politikk og lovgivning setter føringen for tilgang til helse- og velferdstjenester. Samtidig fører bestemmelsesrett innenfor region, fylke og kommune til ulike tilbud lokalt.<sup>3</sup> Mens nasjonale myndigheter kan være prinsipielle, må lokale myndigheter være pragmatiske. Og som Lillevik og Tyldum viser, blir skjønnet sentralt i fraværet av nasjonal politikk eller retningslinjer som svarer på gruppenes behov. De fremhever tre modeller i sin kartlegging av tilbud for irregulære migranter i de fem største byene:<sup>4</sup>

- Oslo og Bergen: egen tjeneste ved humanitære organisasjoner med delfinansiering fra kommunen (Helsesenteret for papirløse migranter).
- Kristiansand og Trondheim: tilgang for undergruppe (asylsøkere med endelig avslag) ved kommunalt tilrettelagte tilbud (helse-tjenester til asylsøkere og flyktninger).
- Stavanger: tilbud i regi av det offentlige.

Tilstedeværelse eller fravær av spesialiserte tilbud i regi av humanitær sektor, eller hvorvidt noen undergrupper har tilgang gjennom (spesialiserte) kommunale tjenester, påvirker pågangen i ordinære tjenester.<sup>5</sup> Samtidig kan ulike ordinære tjenester stille seg ulikt i utgangspunktet. For eksempel kan tilbud som ikke finansieres av refusjonsordninger, som er mer åpne og lavterskel, muligens i mindre grad ha behov for å fastsette rettighetsgrunnlag. Det kan derfor være større tilgang til slike tjenester. Det kan også være vanskeligere å få hjelp for visse helseutfordringer. Tilgang på psykisk helsehjelp og for hjelp for kroniske eller alvorlig tilstander kan være vanskeligere å oppnå enn for akutt somatisk helsehjelp.<sup>6</sup>

Tidligere studier beskriver helsetjenester for irregulære migranter som vilkårlige, med bakgrunn i at de er individavhengige og fragmenterte, og at de påvirkes av forhandling og kunnskap.<sup>7</sup> I sin analyse av klager til fylkesmannen og intervju med irregulære migranter finner Haddeland utfordringer i tilgang, vilkårlig praksis og gap mellom behov og loven.<sup>8</sup> Dette gjenspeiler det våre informanter erfarer.

1 41,5 prosent av deltakerne i Myhrvold og Småstuens (2019) studie hadde opplevd overgrep, vold eller trakassering.

2 Myhrvold & Småstuen 2017.

3 Lillevik & Tyldum 2021.

4 Ibid.

5 Ibid.

6 Spesielt henvisning for kvinnehelse, psykiatri, rus og kreftbehandling er påpekt som utfordrende (ibid.: 86).

7 Bendixsen 2015; Karlsen 2015.

8 Helsesenteret for papirløse migranter er viktig for pasienters klagemuligheter. Klagesaker kan føre til korrigerende og ny praksis (Haddeland 2020b).

## Barrierer for tilgang

Våre informanter fortalte om barrierer i tilgang til helsehjelp som gir gjenklang i tidligere studier og erfaringer fra praksisfeltet. I likhet med andre trakk de frem juridiske og byråkratisk funderte praksiser som drar skillelinjer mellom ir/ regulære og skaper begrensninger i tilgang til helsehjelp,<sup>9</sup> for eksempel person- og d-nummer, kostnad, kunnskapsmangel, redsel, språkbarrierer, systemforståelse, helse- og kulturkompetanse og mistillit.<sup>10</sup> Rozerin fortalte for eksempel om hvordan økonomiske kostnader står i veien for hennes tilgang til helsehjelp:

*Etter det [endelige avslaget] ble det økonomiske [basisytelsen fra UDI] redusert til 900 kroner per 15. dag [for meg som enslig voksen]. Hvis du kontakter legen, så koster det 300 [hvis du betaler det samme som før, da du hadde andre rettigheter]. Hvis du skal kjøpe medisiner, så enda mer. Hva har du igjen da? Nesten ingenting. Og med flytting til nytt mottak så ble avstanden til Helsesenteret [for papirløse migranter] tre timer. Så da ble det enda vanskeligere å få hjelp. Da måtte jeg betale nesten 600 kroner for reisen.*

Dette ga gjenklang i Peters erfaringer. Han uttrykte at hans tilgang til helsehjelp hovedsakelig er begrenset av manglende betalingsevne og hvem som møter han:

*Ikke problem med fastlegekontoret i [by], spesielt den fastlegen som jeg går til. Jeg blir møtt på en god måte, men jeg hadde litt problemer i begynnelsen med de som jobbet i resepsjonen. Når de sier, «hva heter du», spør om personnummer eller d-nummer, og så søker de på d-nummeret. Det var noe med systemet deres, at det ikke ble akseptert. Etter hvert kanskje fastlegen har gjort noe, vet ikke, lar meg kom-*

*me uansett? Jeg ser også at språket hjalp meg veldig mye. Det er stor forskjell hvis du trenger tolk, og det må betales.*

Det hadde likevel gått over ett år siden han sist var hos legen – både kostnaden for å komme seg til fastlegekontoret og for å betale for helsehjelpen der var for høye. Andre beskrev tidsperioder som strakk seg over mange år, hvor de hadde behov for helsehjelp uten at de oppsøkte dette.

Flere informanter fortalte også om mistro til at de ville få hjelp, som Maria: «Jeg vet begrensningene, så jeg ber ikke om hjelp, selv om jeg virkelig trenger det. Jeg vet at de kommer til å etterspørre [oppholdsstatus], så jeg lar være.» For de aller fleste er redselen for hva som vil skje hvis de oppsøker hjelp, en sentral barriere:

*Jeg har ikke [opp søkt ordinære tjenester] fordi jeg var alltid redd for at jeg enten blir kastet ut av landet eller blir stilt mange spørsmål om hvorfor jeg ikke har oppholdstillatelse. Det var noen ganger jeg følte at jeg nesten skulle dø, men jeg turte fortsatt ikke å oppsøke helsehjelp. Jeg følte at jeg ikke ville få ordentlig hjelp fordi jeg ikke har oppholdstillatelse, og at det kanskje var bedre at jeg bare var ute, og dø ute. Det var en gang jeg ble veldig syk, og det var noen som sa at de skulle ringe etter ambulanse, men jeg ville ikke fordi jeg ikke har rettigheter. De sa «nei, vi tar ansvaret». Men jeg var fortsatt veldig redd for at jeg skulle bli tatt eller stilt spørsmål. De ringte ikke, jeg var for redd.*

– Khadisja

Khadisjas erfaring illustrer det mange forteller om: frykten for at kontakt med helsepersonell vil resultere i at de blir rapportert til myndighetsinstanser som vil tvangsreturnere dem, og hvordan dette gjør at mennesker ikke oppsøker helse-

<sup>9</sup> Karlsen 2021a.

<sup>10</sup> Kvamme & Ytrehus 2015; Barkensjö et al. 2018.

hjelp langt forbi det helsepersonell selv vurderer som «helt nødvendig og ikke kan vente». Folk blir altså sykere fordi de opplever manglende tilgang på helsehjelp.<sup>11</sup> Fraværende oppfølging og rehabilitering og behandling som ikke blir vurdert som «helt nødvendig og ikke kan vente», kan føre til akutte og alvorlige tilstander og i verste fall dødsfall som kunne vært unngått.<sup>12</sup>

Erfaringer fra Helsesenteret for papirløse migranter viser at pasienter gjerne først oppsøker hjelp ved alvorlige problemer eller en forverring,<sup>13</sup> noe som gjerne medfører et mer omfattende helseproblem enn tilstanden skulle tilsi, inkludert smerter, kostnad og senskader. Dette var også tilfellet for flere av våre informanter. De oppsøkte først Helsesentret i en kritisk situasjon, da deres helsebehov også ble vurdert av det ordinære helsevesenet som «helt nødvendig». De hadde ventet så lenge de maktet, med å oppsøke denne hjelpen. Som en informant sa: *«Paracet og Paracet, det var som godteri for meg. Jeg tok rundt ti tabletter hver dag for å døyve smertene.»*

Flere studier peker på manglende kunnskap om helserettigheter blant irregulære migranter.<sup>14</sup> Kjennskap til egne rettigheter er viktig for å kreve dem, stå imot avvisning og dårlig behandling<sup>15</sup> og benytte seg av den helsehjelpen man faktisk har krav på. At personer ikke er kjent med begrensinger eller barrierer, kan også føre til at de i større grad oppsøker hjelp enn de ellers ville gjort.<sup>16</sup> Dette var dog ikke tilfellet for våre informanter. Barrierene de opplevde, førte til en ytterligere selvekskludering.

Manglende lovlig opphold hindrer folk i å be om hjelp og anmelde overgrep og utnyttelse. Dette kan handle om andres vurdering av hvorvidt man har rett til hjelp, og at ved selv å ta kontakt gjør irregulære migranter myndighetene bevisst på egen tilstedeværelse med faren det innebærer, for (tvangs)retur. Barrieren dette skaper, er ikke nødvendigvis forbeholdt personer uten lovlig opphold: «også hjelpere er redde for å koble på politiet, fordi de ikke vet om migrantene vil bli sendt ut».<sup>17</sup> Selv om norske helsearbeidere har taushetsplikt og dermed ikke har rapporteringsplikt til politi eller utlendingsmyndighetene,<sup>18</sup> blir begrensede velferdsrettigheter en del av ekskluderingsmekanismen og kontrollen. Gruppen konstrueres som uverdige samtidig som de er redde for og avskrekkes fra å søke hjelp, som igjen fører til en selvekskludering.<sup>19</sup> Til tross for helsearbeideres taushetsplikt kan rutiner og infrastruktur rundt tilgang til helsehjelp forsterke begrensinger.<sup>20</sup> Mens ekskluderingen stadfestes og legitimeres i lovverket og diskursen, forhandles den i praksis.

Forholdet til egen helse(tilgang) endret seg gjerne blant våre informanter etter kontakt med Helsesenteret for papirløse migranter. Men til tross for at tilbudet nettopp eksisterer for å respondere på gruppens behov, var veien ofte lang til å tørre å oppsøke tilbudet. Maria forteller: *«Jeg greide virkelig ikke smerten mer. Jeg ba en venn om å være så snill å hjelpe meg dit for å prøve å få hjelp, at hva som skjer etter det, får skjje, det er min skjebne.»* Maria oppsøkte kun helsehjelp når smertene ble utholdelige, og hun overvant sin redsel for

11 Bendixsen 2015.

12 Haddeland 2020b.

13 Ottesen et al. 2015.

14 Haddeland 2020b; Kvamme & Ytrehus 2015.

15 Barkensjö et al. 2018.

16 Bendixsen 2015.

17 Lillevik & Tyldum 2021: 163.

18 Helsedirektoratet 2018a.

19 Bendixen 2020.

20 Karlsen 2015.

å bli angitt til myndighetene og tvangsreturnert. Og som Rayan sa:

*Jeg hørte om Helsesenteret, men jeg var redd. Jeg kom flere ganger for å sjekke hvor det ligger, hvordan sted, om det er politi og sånn. Jeg ventet i seks måneder, men [tilstanden] ble verre, og jeg var redd. Til slutt sa jeg nei, jeg må gå, uansett. Jeg ble møtt med te og kaffe. Jeg tenkte bare «oi, jeg har aldri opplevde sånn!». Jeg forventet ikke at noen kommer og åpner armene og sier «velkommen til oss». De var veldig hyggelige, og da følte jeg meg litt trygg.*

Informantene forklarte at deres kontakt med Helsesenteret for papirløse migranter ikke kun omhandler tilgang til helsehjelp. Det handler også om informasjon om rettigheter og en trygging i oppsøking av tjenester. Helsesenteret blir derved et referansepunkt for hvorvidt og hvordan man søker annen bistand. De fleste fortalte hvordan informasjon om Helsesenteret hadde nådd dem tilfeldig gjennom eget nettverk:

*Jeg kom høygravid og visste ikke hvor jeg skal ta kontakt. Vi tok kontakt med helsestasjonen, men fikk beskjed om at alt er fullt, og at det var for sent å søke hjelp der. Og så møtte vi en person jeg kjente fra asylmottaket som nettopp hadde vært på Helsesenteret. Vi snakket sammen, og jeg forklarte situasjonen. **Hun hadde heller ikke oppholdstillatelse og hadde født i Norge, og da kunne jeg spørre henne om mye av det jeg lurte på. Hun ga meg adressen [til Helsesenteret]. Det tilfeldige møtet var planlagt av Gud.***

– Hoodo

Flere av våre informanter fortalte at etter å ha blitt kjent med Helsesentret opplever de å ha funnet et trygt sted å søke helsehjelp, så lenge de praktisk og

økonomisk har mulighet til å komme seg til sentrene. Da tilbudet kun finnes i Oslo og Bergen, er det langt fra alle som har tilgang. Kjennskap, reisevei og økonomi er derfor også viktige barrierer for tilgang til den helsehjelpen som finnes for irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort i regi av humanitær sektor. En annen barriere er at det er begrensninger i hva Helsesenteret kan tilby. De er også avhengige av det ordinære helsevesenet for å dekke helsebehov blant sine pasienter.

### **Strategier for å mestre manglende helse(hjelp)**

Våre informanter har benyttet ulike strategier for å mestre konsekvensene av et vanskelig tilgjengelig tilbud og begrensede helserettigheter. Rayan fortalte hvordan han har forholdt seg til egen helse de siste 21 årene: «*Når jeg var syk, tenkte jeg bare 'det trenger bare litt tid'.*» Rayan forteller også om hvordan han aktivt har prøvd å forebygge behov for helsehjelp, og hvordan han har respondert på manglende tilgang til helsetjenester:

*Jeg spiste mindre, men sunn mat. Og jeg tenkte at jeg må trene, være litt aktiv. Jeg har brukt min erfaring når jeg har vært syk og det var ingen som kunne passe på meg. For eksempel, drikke mer te, sitron. Det var veldig vanskelig tider, men heldigvis gikk det bra. [...] En gang skadet jeg [benet]. Heldigvis hadde jeg en flaske med kaldt vann, og jeg lagde bandasje av t-skjorten. Jeg tenkte «hva skal jeg gjøre?» Jeg masserte [benet] med noe folkemedisin, og det ble litt bedre.*

Slike strategier er i tråd med hva Bendixsen finner i sin forskning. Hun peker på ulike strategier for å forholde seg til manglende og begrenset tilgang til helsehjelp, som selvivaretagelse og forebygging, kreativ tilgang, at «den syke kroppen» blir politisert gjennom å bli utgangspunktet for mulig opphold, og å ignorere symptomer.<sup>21</sup> Det sistnevnte, å

<sup>21</sup> Bendixsen 2015.

ignorere symptomer, trenger ikke å være et uttrykk for passivitet eller overgivelsen; det kan nettopp være en motstand, inkludert mot avvisning og hvordan man blir behandlet.<sup>22</sup> Peter forteller:

*Jeg har vært igjennom mange vanskelig ting, spesielt på Trandum, [antall] måneder [antall] uker. Når jeg kom ut, fikk jeg tilbud om psykisk behandling, mestring for psykiske problemer. Jeg sa bare, «si takk til UDI». Hvis UDI tenker at [Trandum] gjør sånt med et menneske, og så skal de gi et tilbud for å glemme det?*

Peter gikk ikke mer inn på sine erfaringer som langtidssinternert ved utlendingsinternat på Trandum. Røde Kors har hatt besøkstjeneste der siden 2010, og de to største utfordringene Røde Kors løfter frem med interneringen i en ny rapport, er «tilgang til helsetjenester og utfordringer som følger av streng frihetsberøvelse [...] og hvordan frivillige opplever at [dette] påvirker internertes psykiske helse».<sup>23</sup>

Strategiene beskrevet av Bendixen for å forholde seg til mangelfull helsehjelp handler også om å finne helsearbeidere som ikke stiller spørsmål, eller som er villig til å yte hjelp, å få lov til å benytte noen andres legitimasjon for tilgang og å oppsøke lege med utenlandsk navn man håper vil være villigere til å hjelpe.<sup>24</sup> Selv om flere av Bendixens informanter fremhevet viktigheten av å ikke gjøre noe som kan oppfattes som ulovlig, som å snike på bussen, kan strategier i forsøk på å oppnå tilgang til helsehjelp bli begrunnet med at helsehjelp er en menneskerett. Flere av våre informanter delte nettopp opplevelser av å bli umenneskeligjort.

### **Å (ikke) bli behandlet som menneske og pasient**

Hvordan personer opplever å bli møtt når de oppsøker hjelp, påvirker videre bruk av tjenester og mulighet for oppfølging. Irregulære migranter kan oppleve å ikke bli trodd om uttrykte helseplager, de kan oppleve diskriminering, dårligere behandling og neglisjering og at manglende kunnskap påvirker tilgang og mulighet til å følge foreskrevet behandling.<sup>25</sup> Flere deltakere i Bendixens studie opplevde først og fremst å bli behandlet som «illegale» og ikke som pasienter, noe som førte til at de senere frasto fra å søke hjelp.<sup>26</sup> Hvorvidt man søker hjelp, påvirkes altså av egne erfaringer, men også av det man blir fortalt.

En av våre informanter, Abdul, oppsøkte det ordinære helsevesenet og beskrev sin erfaring slik: «De [helsearbeidere] er veldig flinke. Jeg er takknemlig for den gode hjelpen jeg fikk av helsevesenet.» Abdul hadde ikke blitt avvist, men han pekte på at nettverket hans hadde hjulpet med å avklare tilgang og betaling, og hvor viktig Helsesenteret for papirløse migranter er for henvisning.

De av våre informanter som hadde erfart akutte helsetilstander, beskrev de mest positive møtene med det ordinære helsevesenet. Samtidig fortalte noen om store helsebehov som ikke ble imøtekommet. Shirin og Geir, som er pårørende til en person uten oppholdstillatelse, forteller hvordan hans dårlige helse og pleiebehov påvirker deres hverdag, og at de kun har tilgang til minimal hjelp for å imøtekomme behovene.

*Han er dement. Han kan ikke spise selv. Han må mates og omtrent tvinges til å spise. Så ille er det blitt. [Nå får vi denne hjelpen:] skif-*

<sup>22</sup> Bendixsen 2018b.

<sup>23</sup> Røde Kors 2021a: 26. Tilgang for internerte er noe annerledes når det gjelder helse: «internerte på Trandum skal få tilgang til helsehjelp utover det som er lovfestet dersom helsepersonell som undersøker eller behandler utlendingen, henviser til en slik behandling» (ibid.: 27), men tilbudet har gjentatte ganger blitt kritisert av blant andre Sivilombudsmannen, Tilsynsrådet, menneskerettighetsutvalgene hos Den Norske Advokatforening, Den norske legeförening og Norsk Psykologforening.

<sup>24</sup> Bendixsen 2015.

<sup>25</sup> Barkensjö et al. 2018.

<sup>26</sup> Bendixsen 2015.

te bleie og tørke med klut to ganger daglig og dusje ham en gang i uken. De skifter ikke sengetøy, vasker ikke rommet. De gjør ikke det samme som for andre pleietrengende. De kan ikke ta på støttestrømper, kan ikke vaske ansiktet, kan ikke klippe negler. [...] Vi skifter bleie fem ganger om dagen, og for å løfte ham opp så må man være to. Han trenger sykeseng, men det får han ikke. Han er til og med for syk til å ta koronavaksine, legen skrev det, og han er ikke bevegelig. Vi bor i [øvre] etasje, uten heis. Han har ikke vært ute på halvannet år. Ikke på balkongen engang. Han greier ikke å sitte 5 minutter i stuen.

I motsetning til dette store behovet for helse- og omsorgstjenester fortalte andre at fravær av behov var det som i høyest grad påvirket deres opplevelse av situasjonen. For Hoodo er det avgjørende at hun holder seg noenlunde frisk så hun ikke blir avhengig av oppfølging av helsevesenet: «Jeg har ikke hatt behov for ekstra oppfølging. Ingen utfordringer, så jeg har ikke trengt noe spesielt. Jeg håper det fortsetter sånn.» I håpet som Hoodo beskriver, ligger det også en skjør avhengighet, en avhengighet hun ikke kan styre, men der det er avgjørende ikke å få behov for helsehjelp. Derfor fargelegges også barrierene man møter, og møtet med helsevesenet av behovene man har.

Jamila løftet et helsefremmende element som beror på hvordan man blir møtt. Om sin kontakt med Helsesenteret for papirløse migranter forteller hun:

*Du ser at de bryr seg om deg. De viser det. Du ser at de tenker på deg. De stiller alltid opp. Du føler at du har verdi. Den følelsen mistet jeg for lenge siden. Jeg følte meg som ingenting.*

**Nå får jeg hjelp av dem, de tar imot, ordner, da føler jeg at jeg er et menneske.** Jeg ser hvordan de behandler folk. Det er ikke noe forskjell, alle er like. Etter at jeg snakket med dem, har jeg fått snakket ut. Etter mange, mange år som jeg holdt meg for meg selv, alene hele tiden. Du får snakke litt, ikke sant. Jeg føler at jeg har litt makt nå. Det er på grunn av dem.

Å oppleve at man blir behandlet som et menneske, gjør noe grunnleggende med hvordan man har det, og hvordan man ser seg selv. Det motsatte, å erfare at man blir behandlet umenneskelig og blir umenneskeliggjort, har en svært nedbrytende effekt.

Karlsen ser på hvordan irregulære migranter blir inkludert, en inkludering hun beskriver som prekær. Den prekære inkluderingen kjennetegnes gjennom sin «midlertidighet, orientering mot her og nå, usikkerhet, og uforutsigbarhet» og er del av en måte å styre irregulær migrasjon på.<sup>27</sup> Den synliggjør makten gjennom hverdagslig institusjonell praksis og prosedyrer. Begrensede helse- og velferdsrettigheter som virker innvandringsregulerende, blir en form for strukturell vold<sup>28</sup> – det resulterer i ekstreme ulikheter i helse og konstruerer noen mennesker som uverdige for helse.<sup>29</sup>

### **Ytterligere isolering under koronapandemien**

Koronapandemien førte til nedstengning av Norge den 12. mars 2020. Siden da har samfunnet vært stengt ned i større og mindre grad avhengig av smittetrykket. Pandemien har ført til en rekke konsekvenser, som akutt sykdom, økt arbeidsledighet og stor usikkerhet. Under den første nedstengningen reduserte mange tjenester sine tilbud eller holdt stengt i perioder. Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo beskrev situasjonen slik:<sup>30</sup>

27 Karlsen 2021a: 134. Oversettelse fra engelsk.

28 Bendixsen 2020.

29 Bendixsen 2015.

30 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2021: 12.



*Pasienter fortalte at de brått hadde mistet inntektsgrunnlag, bo- og overnattingstilbudene sine, og noen hadde blitt «korona-faste» i landet uten midler. Behov for mat og klær i en nedstengt by ble påfallende for både voksne og barn. Siden mars har etterspørselen etter slike basale behov jevnlig meldt seg. Koronasituasjonen har medført mange psykososiale utfordringer og behov for pasientene.*

Våre informanter er ulikt påvirket av koronapandemien og nedstengningen. Den har både ført til en forsterkning av tidligere utfordringer og nye utfordringer. Det samme er tilfellet for irregulære migranter i andre land, viser en internasjonal studie som nylig ble ferdigstilt.<sup>31</sup>

Abdul forteller oss hvordan pandemien innebærer nærmest total isolasjon: «Jeg er nesten isolert hjemme. Jeg er veldig redd, og derfor går jeg ikke ut.» Andre fortalte at deres mulighet til frirom ble enda mer begrenset, samtidig som deres avhengighet økte som resultat av sykdom og mangel på inntekt. Maria forteller også hvordan begrenset mulighet til å betale med kontanter ekskluderte henne i enda høyere grad, som tilhørende en gruppe uten tilgang til å få bankkort i Norge.

Andre fremhevet hvordan koronapandemien og nedstengningen innebærer kjente erfaringer. Selv om fare for smitte førte til forsterket redsel for noen, fortalte andre at isolasjon allerede var en stor del av deres hverdag. Jamila sammenlignet også hvordan hun opplever pandemien, med tidligere opplevelser av krig: «Du tenker at alle folk vil dø. Masse sånne tanker snurrer rundt i hodet. Du føler at du er i krig, alt er stengt, stille. Det er

*samme som krig, men ikke bomber, så stille.» En slik «stengthet» og «stillhet» kan oppleves som vanskelig, men også delvis befriende, da det innebærer at alle holder avstand, mindre politikontroll og at folk flest er hjemme. Rayan forteller:*

*Under koronapandemien tenkte jeg «min hverdag ligner på de andres. De holder seg hjemme og jeg holder meg hjemme. De er ikke ute, jeg er ikke ute». Jeg synes det var litt bedre. Mange butikker var stengt, mange steder var stengt. Folk holder avstand. [...] Du vet, jeg har alltid vondt i hjertet mitt når jeg ser bussen er stappfull. De skal på jobb. Når skal jeg få jobb? Jeg har alltid klandret meg selv. Min feil, jeg må overleve, jeg må rette den opp. Jeg prøvde, men fortsatt vet jeg ikke hvordan det skal ordne seg. Nå er bussen tom, ja, folk er hjemme.*

Rayans hverdag de siste 21 årene ligner på den nye hverdagen til mange flere under smittevernsrestriksjonene som ble innført fra mars 2020. Men for ham er unntakstilstanden normalen – en hverdag som han står helt alene og usynlig i.<sup>32</sup>

31 Studien fremhever følgende barrierer som de viktigste for migranter: «kvalifiserer ikke eller ekskludering basert på juridisk status; utilgjengelig informasjon – inkludert hvor og hvordan få tilgang til tjenester og forhindre COVID-19; økonomiske barrierer; utilstrekkelige eller utilgjengelige tjenester; inkonsekvent anvendelse eller tolkning av relevante lover og retningslinjer; frykt, helse og sikkerhets bekymringer; mangel på relevant dokumentasjon; og digital ekskludering» (Red Cross Red Crescent Global Migration Lab 202: 15, oversettelse fra engelsk).

32 Ytterligere studier kan med fordel se nærmere på gruppens erfaringer under koronapandemien og pandemiens sekundæreffekter. I 2021 publiserte Røde Kors en rapport om humanitære konsekvenser i kjølvannet av covid-19, basert på tidligere studier (Røde Kors 2021b), men studier om irregulære migranter inngikk ikke i disse.



## 3.2 LEVEKÅRSBETINGELSER OG LIVSSITUASJON

Livene til våre informanter er preget av ulike omstendigheter og unike erfaringer, i tillegg til forskjeller i kjønn, alder, opprinnelsesland, etnisitet og ikke minst, tid i velferdsstatens ytterkant. Slike aspekter har også en innvirkning på hvordan situasjoner oppleves.<sup>33</sup> Livserfaringer passer sjeldent uproblematisk inn i hvordan utlendingsretten er formulert.<sup>34</sup> Dette handler om kompleksitet, men også om hvordan mennesker skaper sine liv utover ensidige kategorier og status som «irregulær».<sup>35</sup> Personer kan mangle lovlig opphold og leve i ytterkanten eller på utsiden av velferdssamfunnet samtidig som de bidrar, deltar og føler en sterk tilhørighet. Dette skjer til tross for ekskluderingen som følger den juridiske statusen. Levde liv utfordrer slike binære skillelinjer.

I å prøve å forstå erfaringer med tilgang til helsehjelp, helse og uhelse blant irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort ble det tydelig for oss at det er viktig også å se på de større betingelsene rundt levekår og livssituasjon.

### «Hjemløs», «etterlatt» og «ikke hørt»

«Hjemløs.» Slik beskriver Peter sin situasjon. Han har bodd ti år i Norge med tilgang kun til helsehjelp som er «helt nødvendig og ikke kan vente». Peter beskriver en eksistensiell hjemløshet – en opplevelse av at det ikke finnes noe sted for han. Han utdyper ved hjelp av eksempler på de praktiske konsekvensene av «hjemløsheten» i form av manglende rettigheter, medbestemmelse og nærmest ingen mulighet til å påvirke situasjonen. Peter forteller om en situasjon hvor manglende oppfyllelse av menneskerettigheter blir «manifestert først og

fremst gjennom fraværet av et sted i verden som gjør [hans] meninger betydningsfulle og [hans] handlinger effektive».<sup>36</sup> Peter bor på asylmottak og forteller at det er mange i hans situasjon. Til tross for en gjennomgripende ekskludering forteller Peter også om hvordan han prøver å fylle hverdagen med meningsfylte handlinger, som bønn, å følge nyhetene og frivillig arbeid.

«Etterlatt.» Dette er ordet Maria bruker i et forsøk på å oppsummere sin opplevelse i ett ord. Hun har bodd åtte år i Norge uten oppholdstillatelse og sier at hun føler seg etterlatt. Hun kjenner ingen andre i samme situasjon. Maria beskriver en tilværelse full av begrensinger og redsel: «*Jeg er så redd hver gang jeg går ut*», forteller hun. Venninnene er viktige i Marias beretning – de finner på ting sammen, som vindusshopping – men hun beskriver også en følelse av å være alene: «*Hvis jeg hadde noen som var i samme situasjon, da kunne vi vært nærmere, vi kunne utveksle erfaringer, men det er bare meg, bare meg.*»

Rozerin stiller spørsmålene: «*Hvem hører på oss? Hvem lytter?*» Hun fikk endelig avslag på sin søknad om beskyttelse for ett år siden. Rozerin eksemplifiserer den manglende bestemmelsesretten flere uttrykker, når hun forteller at på omtrent like mange år som det er fingre på en hånd, har hun bodd på 13 ulike mottak. Nå har hun forlatt mottakssystemet og står på bar bakke.

Rayan har på sin side bodd 21 år i Norge, med rett kun til helsehjelp som er «helt nødvendig og ikke kan vente». Han forteller om overlevelse, hva som utgjør menneskelighet, og en motstand mot å miste håpet:

33 Bendixsen 2018c.

34 Haddeland 2020a.

35 Brux et al. 2019.

36 Arendt 1968: 296.

[Om] å være papirløs [sier Rayan:] Det er en død person blant andre mennesker. Jeg føler at selv om jeg lever, så er det et liv uten identitet. Jeg vil ikke si uten håp, jeg vil ikke miste håpet. [...] Hvis jeg skal gjøre noe, kommer ordene: Du får ikke lov. **Å være papirløs, rett og slett, det er veldig tungt. Man skal leve uten en framtid.**

«Å leve uten en framtid» blir en spesiell måte å leve på – en måte som noen informanter beskrev som mindre tung enn andre. Hoodo sa for eksempel: «Det er veldig vanskelig, veldig vanskelig å gjøre ting du vil gjøre, men samtidig så blir man vant til det etter så mange år.» Hoodo har levd fire år i Norge i denne situasjonen. For Hoodo har tiden gjort at hun har blitt mer vant til det, men Jamila fortalte at tiden kun gjorde hennes situasjon tynge å bære. Jamilas har levd 18 år i Norge i en slik situasjon. Hun beskrev hvordan betingelsene som følger med en tilværelse som irregulær, angriper hennes menneskelighet, men også hvordan den er en stor trussel mot god helse:

**Å være uten papirer, det er helvete. Hvis man har noen fysiske eller psykiske problemer, så bare vokser og vokser og vokser de. Du blir helt ødelagt, du blir et helt annet menneske. Du blir fjernet, uverdigg. Du føler deg som at du er verdiløs, at du er ingenting ... Det er veldig vondt. Du [intervjuer] kan forstå at det er vondt, men du vet ikke hvor vondt det er.**

Som Karlsen observerer, «vedlikeholder den ustabile, begrensede, og suboptimale hjelpen som tilbys irregulære migranter et *prekært liv* heller enn å muliggjøre levbare liv». <sup>37</sup> Som vist i første del av kapitlet lever våre informanter sine liv innenfor

denne prekære tilværelsen, hvor tilgang til velferdstjenester er minimale, hvis ikke fraværende.

### **En hverdag uten et trygt hjem**

Syv av våre informanter hadde på et tidspunkt vært i asylprosessen, men kun én bodde på asylmottak på intervjuetidspunktet. Personer som har søkt asyl, har krav på mottaksplass. Personer med utreiseplikt som benytter seg av tilbudet, kan betegnes som de «synlige». <sup>38</sup> Ved å være synlig for myndighetene risikerer man (tvangs)retur. Det kan være store forskjeller mellom hvor utsatt grupper føler seg ved å oppholde seg på kjent adresse. <sup>39</sup> Hvorvidt man kommer fra et land som Norge har en returavtale med eller ikke, kan påvirke hvordan man erfarer muligheten til og risikoen ved å være «synlig» for myndighetene. Når Norge inngår en returavtale med et opprinnelsesland, blir personer uten lovlig opphold deporterbare. <sup>40</sup>

Khadisja fortalte om hvordan hennes frykt for å være «synlig» gjennomsyret hennes tid på asylmottak etter at hun fikk endelig avslag på sin søknad om beskyttelse: «**Jeg fryktet alltid at de [politiet] skulle komme midt på natta og ta meg fra asylmottaket. Det var en veldig stressende periode. Jeg kunne ikke sove ordentlig, kunne ikke spise ordentlig. Jeg tenkte alltid, hva er det neste som skjer?**»

Rozerin beskrev en opplevelse av å bli «merket» ved endelig avslag: «**De som er rundt deg på mottaket, de ser helt annerledes på deg. De mener du har mistet alt håp om å være i Norge.**» Våre informanter fremhevet eksplisitte og implisitte returmotiverende tiltak som del av sine opplevelser av å leve på mottak med endelig avslag. Som Peter sa etter rundt ti år på mottak: «**De har strammet veldig mye for å få oss til å tenke på retur.**» Og som

<sup>37</sup> Karlsen 2021a: 139. Oversettelse fra engelsk.

<sup>38</sup> Lillevik & Tyldum 2021.

<sup>39</sup> Haddeland 2020b.

<sup>40</sup> Bendixsen 2017.

Rozerin forklarte: «De bruker behandlingen for å presse oss tilbake. De prøver å presse oss sakte, steg for steg, ut av landet.»

Ved å frasi seg mottaksplassen må man sikre seg bolig og livsopphold selv. Hvorvidt man har alternativer, varierer derfor på bakgrunn av faktorer som økonomi og nettverk. Personer som forsvinner fra mottak, går gjerne over i kategorien «avhengige», «arbeidende», «marginaliserte» eller «i fritt fall», for å bruke Lillevik og Tyldums typologi,<sup>41</sup> enten i Norge eller i andre land der man også kan bli «synlig» på nytt gjennom å søke asyl og risikere å bli sendt tilbake under Dublin-forordningen. Dette var tilfellet for to av våre informanter. Én hadde reist to ganger til andre europeisk land for å søke asyl og ble returnert til Norge begge gangene.

For personer som ikke har søkt asyl, eller som bor utenfor mottak, finnes det få tilbud. I Oslo, Bergen og Kristiansand driver humanitære organisasjoner akuttovernatting. I Oslo og Bergen er dette et helårstilbud, mens Kristiansand har tilbudet i vinterhalvåret. To av våre informanter delte erfaringer av å være hjemløs. En av disse, Mariusz, som har bodd 15 år i Norge, fortalte hvordan akuttovernattingstilbud er viktig for personer uten husly. Khadisja forteller derimot hvordan hun har opplevd å stå uten tilbud de siste fem årene, utover mottaksplass, som hun har vært for redd til å benytte seg av.

*På asylmottak så har du et sted å sove, selv om det er veldig vanskelig, så vet du at du fortsatt har tak over hodet. Men på den tiden var jeg reddere for å bli sendt tilbake. Nå har jeg ikke et fast tak over hodet. **Noen ganger sover jeg ute. Da er jeg veldig, veldig redd. Jeg pleier å gjemme meg sånn at man ikke kan se at***

***jeg sover der, og jeg leter etter steder der jeg tenker at det ikke er menn i nærheten.***

Irregulære migranter kan oppleve «at de er sårbare for, og utsettes for, seksuell utnyttning og krenkelse i forbindelse med sine bestrebelser for å skaffe bolig og økonomiske midler».<sup>42</sup> Dette kan i seg selv også føre til behov for helsehjelp. Situasjonen som irregulærisering medfører, kan også lett føre til en forverring av eksisterende plager. Som Mburu m.fl. påpeker: «Mange [irregulære migranter] har også en hverdag preget av den 'hverdagskulturen' fattigdom, hjemløshet og kamp for overlevelse skaper».<sup>43</sup> Mens konsekvensene kan bli kroppsliggjort gjennom ulike smerteuttrykk og psykosomatiske plager, forverres også den generelle helsetilstanden av at man ikke oppsøker eller har tilgang til helsehjelp.

Helseproblemer kan også knyttes til boforhold.<sup>44</sup> Som Myhrvold og Småstuen viser, kan bosituasjoner preges av utilfredsstillende boløsninger med mange fremmede, noe som hverken gir mulighet til privatliv eller danner grobunn for relasjoner.<sup>45</sup> Rayan delte sine refleksjoner etter 21 år uten et sted å kalle «hjem»:

*Jeg har ikke et sted å bo. Hvis man har et sted, eget sted, da føler man at man har noe frihet, at man kan sove og se, her er min plass, en egen plass, et sted som er privat. Ellers, hele tiden føler jeg at jeg forstyrrer andre.*

Irregulære migranter med familiemedlemmer med lovlig opphold kan muligens bo hos dem, men de kan også være redd for at nettopp dette synliggjør dem. Fire av våre informanter bor sammen med sin familie/partner, og fire bor hos venner eller bekjente.

41 Lillevik & Tyldum 2021.

42 Mburu et al. 2015: 173; Kjærre 2015.

43 Mburu et al. 2015: 171.

44 Kvamme & Ytrehus 2015.

45 Myhrvold & Småstuen 2019.

## Å leve i fattigdom

Personer uten lovlig opphold har ikke tillatelse til å ta arbeid. Arbeid uten arbeidstillatelse betegnes som arbeidslivskriminalitet. Noen personer kommer til Norge med formål om å jobbe svart eller havner i en slik situasjon. Andre føler seg tvunget til å ta svart arbeid i fravær av alternativ. Svart arbeid innebærer sårbarhet for utnyttelse. Og som Øien og Sønsterudbråten sier, kan nødvendigheten av å ha en inntekt utfordre et grunnleggende ønske om å være lovlydig.<sup>46</sup> Selv etter 21 år beskriver Rayan nettopp hvor viktig det er for han å være lovlydig, selv om resultatet er avhengighet og fattigdom: *«Jeg vil heller leve i fattigdom enn å jobbe svart. Folk har hjulpet litt, med 200, 300 kroner eller sånn. Heldigvis har jeg god samvittighet, at jeg ikke har jobbet svart. Det tenker jeg er veldig bra.»*

Personer uten arbeidstillatelse er også forsørgerne. Et slikt ansvar kan være vanskelig å leve opp til og kan innebære en konstant bekymring.<sup>47</sup> Det å sende penger «hjem» kan også være en måte å «vise» at man har det bra.<sup>48</sup> Ansvaret kan også være forbundet med tradisjonelle og normative kjønnsroller.<sup>49</sup> Eventuelle forventninger kan være tærende på intime relasjoner og påvirke store beslutninger, som å få barn.<sup>50</sup> Således kan det resultere i at egen familieetablering og familieliv blir satt på vent.<sup>51</sup> Kun én av våre informanter fortalte om lønnet arbeid ved intervjuutidspunktet. Vedkommende hadde også et forsørgeransvar. En annen

fortalte om å tidligere ha hatt arbeid samtidig som vedkommende var hjemløs.

Tidligere studier viser til erfaringer med lønninger helt ned i 15–20 kroner timen blant irregulære migranter,<sup>52</sup> men også en timelønn på 60 kroner blant de som rengjør private hjem.<sup>53</sup> Studier peker også på helsefarer ved for eksempel skadelige stoffer brukt i bilvasking, lang og uregulert arbeidstid og fare for trakassering.<sup>54</sup> Fordi irregulære migranter opplever utnyttelse, finner Myhrvold og Småstuen at arbeid i seg selv ikke synes å være en faktor som bidrar til psykisk velvære eller økt livskvalitet.<sup>55</sup> Samtidig erfarte 60 prosent av deres informanter å gå i seng sultne minst en gang i måneden.

Å mangle tilgang til tilstrekkelig mat er også erfaringer beskrevet av våre informanter. Flere fortalte at de er avhengige av at andre gir dem mat. Khadisja, som har bodd fem år i en irregulær situasjon, forteller: *«På morgenen går jeg ut av huset [...], og så kommer jeg tilbake om kvelden. Før jeg går ut, spiser jeg brødskiver, og hvis det er mat hjemme når jeg kommer hjem, så spiser jeg, ellers så sover jeg bare.»* Deltakeren i vår studie, som er forsørger, hadde mistet jobben i en periode under koronapandemien. Vedkommende fortalte om å prøve å få pengene til å strekke til: *«Jeg er forsiktig og strekker 100 kroner i en uke. Det er mulig for meg fordi jeg spiser nesten ikke. En pakke med pølser for 35 kroner kan vare en uke.»* Dårlig ernæring er en av tilstandene helsearbeidere ved Helsesenteret for papirløse migranter ser blant sin

46 Øien & Sønsterudbråten 2011.

47 Myhrvold & Småstuen 2017.

48 Mburu et al. 2015.

49 Myhrvold & Småstuen 2017; Kjærre 2015.

50 Øien & Sønsterudbråten 2011.

51 Mburu et al. 2015. En studie fra Sverige viser at kvinner uten lovlig opphold benytter færre prevensjonsmidler og har flere uønskede graviditeter og i yngre alder (Barkensjö et al. 2018). En norsk studie hvor halvparten av deltakerne var gravide, viser at deltakerne virket glad for sin graviditet, men at de ikke var klar over retten til svangerskapsomsorg (Kvamme & Ytrehus 2015).

52 Lillevik & Tyldum 2021.

53 Kvamme & Ytrehus 2015.

54 Myhrvold & Småstuen 2017.

55 Myhrvold & Småstuen 2019.

pasientgruppe, og som bør kartlegges.<sup>56</sup> Også for beboere ved asylmottak har det vært uttrykt bekymring for feil- og underernæring. En studie viser at ni av ti beboere «sier de ikke har tilgang til nok, trygg og næringsrik mat over tid».<sup>57</sup>

Beboere på asylmottak mottar en basisytelse fra UDI som skal dekke alle utgifter utover bolig. For beboere med endelig avslag på søknad om beskyttelse var denne 1 992 kroner i måneden i 2021 for en enslig voksen.<sup>58</sup> De begrensede godene er i tidligere studier beskrevet som en form for kontrollvelferd.<sup>59</sup> Tilgang til velferdsgodene synliggjør personen for myndighetene, men beløpet kan også bortfalle eller bli redusert. Derfor kan slike velferdsgoder også ha en disiplinerende funksjon.

Rozerin og Peter delte sine erfaringer med å prøve å få basisytelsen til å dekke daglige behov. Rozerin forteller: «*Det er ikke lett å kjøpe mat. Jeg må prøve å få det på halv pris. Jeg må lete etter mat som går ut på dato. Jeg har ikke kjøpt mat med lengre holdbarhetsdato.*» Både hun og Peter fortalte også om hvordan beløpet fører til en streng prioritering, og at det er bare å glemme alt man kan ønske seg som koster penger, og som ikke er helt nødvendig. Selv når det kommer til det man anser som nødvendig, evner man nødvendigvis ikke å få pengene til å strekke til.

### **Behov for å få tankene over på noe «annet»**

Flere av våre informanter beskrev et behov for å få tankene over på noe «annet» enn situasjonen de står i. Arbeid kan føre med seg en rutine, vennekontakt, fritidsaktiviteter og boforhold som bedre legger til rette for privatliv og hvile.<sup>60</sup> Mangel på arbeid eller annen aktivitet kan likeledes føre til

en opplevelse av at dagene blir lange, som også er en faktor for psykisk stress. Å engasjere seg i ulønnet aktivitet kan være en strategi for å «få tiden til å gå», skape mening og en hverdagsrutine. Flere av våre informanter fortalte hvor avgjørende det er for dem å holde seg opptatt. Som Peter sa: «*Det er veldig vanskelig hvis jeg sitter inne og gjør ingenting.*» Og som Rayan forteller: «*Den beste tiden i livet mitt er å hjelpe andre som trenger hjelp. Det er bra at jeg har et sted å holde meg opptatt og hjelpe andre. Ikke tenke så mye, hvis ikke får man psykiske problemer.*» De har levd i Norge uten oppholdstillatelse i henholdsvis ti og 21 år.

Mens noen, som Peter og Rayan, fortalte om aktiviteter som hjalp dem til å få tankene over på noe annet, beskrev andre et totalt fravær av dette, til tross for forsøk. Rozerin sa: «*Jeg prøver å gå ut for å glemme det [situasjonen]. Men når jeg er ute, så ønsker jeg bare å gå hjem. Det er det som er i tankene mine hele tiden.*» Andre igjen har en livssituasjon som krever at de har en hverdagsrutine som er «normaliserende». Tre av våre informanter er foreldre til voksne barn, mens to er foreldre til mindreårige barn. En av disse, Hoodo, fortalte hvordan rollen som småbarnsforelder preger hverdagen hennes: «*Dagene mine består av at jeg er opptatt med barna. Jeg står opp, leverer i barnehagen, så henter jeg barna. Og på ettermiddagen går vi tur, og jeg passer dem.*» Til tross for dette påvirker irregulærisering familielivet og representerer en konstant trussel mot det.

### **En trussel mot familielivet**

Fem av våre informanter er foreldre. Tre har barn i Norge med norsk statsborgerskap/oppholdstillatelse. Deres erfaringer belyser derfor ikke

56 Ottesen et al. 2015; Myhrvold & Småstuen 2017.

57 Ertzeid 2018.

58 UDI 2008. Som en sammenligning var basisytelsen kroner 1 910 i 2011 (Bendixsen 2018a). En enslig sosialhjelpsmottaker mottar i 2021 kroner 6 450 per måned (NAV 2014).

59 Kjærre 2015.

60 Kvamme & Ytrehus 2015.

situasjoner blant barn uten lovlig opphold,<sup>61</sup> en gruppe som gjerne omtales som «lengeværende barn», men setter lys på familieliv hvor en av partene mangler lovlig opphold. Når en forelder lever i en prekær og usikker situasjon, påvirker det hele familien. Jamila forteller om hvordan hennes situasjon, som har pågått i 18 år, påvirker barna:

*Ungen spør hele tiden: «Hvorfor kan vi ikke reise sammen som familie. Alle mine venner gjør det. Hvorfor har du ikke papirer? De kan ikke kaste deg ut», sier h[e]n. «Mamma, jeg vil ikke flytte fra Norge, mamma, jeg er norsk. Du er min mor og vi må være sammen.» Jeg sier jeg vet, men ... Det påvirker ungen. Noen ganger ser jeg h[e]n passe på meg. [...] Situasjonen er ikke samme når du ser andre har papirer og du ikke har det, og du er familie, ikke sant. Og jeg blir litt sånn, jeg vet ikke hvordan jeg skal si det, litt sjalu. Jeg tenker hvorfor? Hvorfor skjer det med meg?*

Maria, hvis barn ikke bor i Norge, beskriver en lignende følelse. En følelse som både hun og Jamila sa det er vanskelig å sette ord på, hvor sjalu blir det nærmeste ordet de begge finner på et språk som ikke er morsmålet, men som ikke strekker til for å formidle den smerten som også ligger i det. Maria sa: «Jeg må være sterk. Jeg blir emosjonell, spesielt hvis det er noe i hjemlandet med barna. Når jeg er med venninnene mine, så later jeg alltid som at jeg er glad. Men jeg kjenner det også når jeg ser de sammen med familiene sine, med barna sine. Hvorfor kan ikke jeg være med mine barn?» Abdul fortalte også om hvordan familielivet hans har vært preget av irregulariteten de siste 15 årene. Til tross for egen situasjon legger han vekt på takknemligheten han også føler for at barna, som er norske

statsborgere, ikke opplever å stå i samme situasjon som han: «*Selv om systemet ødela livet mitt, så er jeg takknemlig på grunn av barna mine.*»

Rayan så fravær av oppholdstillatelse og alle de begrensningene dette har medført for han de siste 21 årene, som grunnen til at han ikke har etablert familie: «*Jeg mistet livet mitt i denne perioden. Hvis jeg hadde meldt meg med en gang, kanskje jeg hadde giftet meg, kanskje jeg hadde fått barn. Men på grunn av redsel så skjulte jeg meg.*» En slik opplevelse kan også føre til at man avslutter forhold, da man ikke ser en framtid.<sup>62</sup> Andre etablerer familie til tross for situasjonen, planlagt eller uplanlagt. Rayan beskrev det som for sent for ham nå å få barn, men la til: «*Jeg kan ikke spole tilbake tiden, men jeg kan bruke den erfaringen på beste måte for andre. Og jeg er fortsatt veldig glad for at jeg er her i landet, selv om jeg er papirløs.*» En slik opplevelse var gjennomgående. Informantene sa at for dem var retur langt verre enn å leve i ytterkanten av det norske velferdssamfunnet.

Tidligere studier på irregulære migranter i Norge har som regel ikke fokusert på situasjonen for lengeværende barn,<sup>63</sup> spesielt barn utenfor asylmottak, en situasjon som kom frem i den norske offentligheten for alvor med Maria Amelie og hennes selvbiografi *Ulovlig norsk*. Det vi vet, er at per mai 2021 hadde 119 barn ved mottak utreiseplikt, hvorav 56 var fem år eller yngre, 37 av barna var mellom seks og ti år, og 26 av barna var mellom elleve og 17 år. Disse barna inngår i barnefamilier med til sammen 257 personer.<sup>64</sup> Tilværelsen for barnefamilier med endelig avslag ved asylmottak preges av usikkerhet og dårlig økonomi.<sup>65</sup> Barn uten lovlig opphold har flere rettigheter enn voksne i samme situasjon, men også innad i gruppen

61 Se for eksempel Amelie 2010; Weiss 2013; Ljosdal 2015. Se Karlsen (2021a) for en etnografisk beskrivelse av et barns (familie) møte med helsevesenet og kamp for helsehjelp.

62 Bendixsen 2018c.

63 Se Weiss 2013.

64 Statistikk på forespørsel fra UDI, mottatt juni 2021.

65 Weiss 2013.



barn er det forskjeller. Barnas situasjon kan derfor sies å tydeliggjøre «spenninger mellom inklusjon og eksklusjon, normalitet og deporterbarhet».<sup>66</sup>

Vi intervjuet også pårørende med omsorgsansvar over flere år for en pleietrengende forelder uten tilgang til ordinære helse- og omsorgstjenester. Til tross for fulle rettigheter selv beskrev de hvor alene de står i situasjonen, og hvordan det også går utover deres helse:

*Det er veldig mange rundt oss som ikke vet hvilken situasjon vi er i. Det er en vanskelig situasjon, og så blir det spørsmål. Det bare sliter. Så da beskytter vi oss med å ikke slippe folk så tett innpå. Som pårørende står man på bar bakke. Det påvirker oss veldig mye. Det sliter veldig mye, og vi kommer oss ikke ut. Noen må være med ham [pleietrengende forelder] hele tiden.*

– Shirin og Geir

Det er fortsatt lite kunnskap om situasjoner blant personer over 67 år uten lovlig opphold som bor hos familie eller slekt i en fase av livet som gjerne medfører nye og større helseutfordringer, men som står utenfor eldreomsorgen. Helsesenteret for papirløse migranter løfter tilgang til omsorgstjenester som et av de områdene de er spesielt bekymret for med tanke på sine pasienter.<sup>67</sup> Som Geir og Shirin viser, er familien et viktig nettverk også for pleie og omsorg, men langt fra alle vi intervjuet, har familie i Norge. Nettverk bestående av andre enn familiemedlemmer er derfor også viktig.

### **Betydningen av nettverk og mangelfull beskyttelse**

Nettverk er avgjørende, og for personer med begrenset tilgang til helse- og velferdstjenester

kan nettverk gi tilgang til husly, penger, omsorg og emosjonell støtte, så vel som å være en støtte-spiller som bistår med tilgang til tjenester og mulighet til å fremme egen sak. Peter fortalte for eksempel om hvordan han fikk økt tilgang til helsehjelp gjennom sitt nettverk: «*Jeg slo tennene. Tannlegen ville trekke tennene, men jeg sa nei. Jeg snakket med [ansatte på mottaket], og de sendte brev til UDI. Det tok lang tid. Jeg fikk ikke svar, men til slutt tok en norsk venn meg med til en annen tannlege, og jeg ble behandlet der.*»

Selv om nettverk kan bety tilgang til bedre helse og økt medbestemmelse, som illustrert i eksempelet over, kan det også lede til en skjør balanse mellom behov for hjelp og avhengighet. Dette kan føre til en opplevelse av at man er en byrde,<sup>68</sup> som igjen kan føre til strategier for å unngå å belaste nettverket. Khadisja, som har levd fem år i Norge uten lovlig opphold, forteller: «*Jeg bor hos en kvinne. På morgenen går jeg ut av huset. Jeg bare går rundt og rundt, og så kommer jeg tilbake om kvelden. Jeg vil heller være borte om dagen og ha et sted å sove om natten.*» En strategi for å prøve å kompensere for eventuell belastning eller utarming av nettverket sitt er å aktivt prøve å utvide det og å rotere overnattingssted.<sup>69</sup>

Den skjeve maktbalansen som skapes av avhengighetsfaktoren, gjør de «avhengige» utsatte ved behov for å bryte relasjonen.<sup>70</sup> Dette kan føre til at man ikke melder fra ved eventuell vold eller utnyttelse. Khadisja var åpen om sin sårbarhet i møte med andre: «*Noen ganger sier folk, 'kom og hjelp meg med det,' og så er det menn der, og så føler jeg meg ikke veldig komfortabel. Du er i en situasjon, og når de ser at du lider, så prøver de å bruke og utnytte deg. De utnytter situasjonen.*»

66 Kjærre 2015: 216.

67 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

68 Kvamme & Ytrehus 2015.

69 Karlsen 2021a.

70 Lillevik & Tyldum 2021.

En irregulær situasjon utfordrer sosiale praksiser,<sup>71</sup> og personer kan oppleve å bli avvist i sosiale relasjoner på grunn av juridisk status.<sup>72</sup> Samtidig fører redsel for å bli oppdaget og returnert til at personer prøver å unngå å tiltrekke seg oppmerksomhet, noe som igjen kan lede til isolasjon.<sup>73</sup> Flere informanter beskrev en gjennomgripende redsel, som oppsummert av Jamila, som har bodd 18 år i Norge med denne redselen. Hun forteller: *«Jeg føler meg aldri trygg. Jeg er redd hvis noen banker på døren, hvis telefonen min ringer, hvis noen skriker. Jeg er alltid redd. Jeg har alltid den følelsen. Jeg lever med redselen.»*

Rayan erfarte også hvordan redsel begrenset hans bruk av det offentlige rom og hva han deler med andre:

*Jeg er ikke ute i helgen på natten. Det er farlig for meg, hvert eneste sted jeg går. Jeg bare handler litt og kommer hjem. Går ikke i sentrum heller. **Jeg åpner meg ikke til folk om at jeg er papirløs. Jeg har ikke latt meg selv kommet nær folk som kan spørre meg personlige spørsmål. I rundt 15 år hadde jeg ikke særlig kontakt med andre. Til slutt stolte jeg på noen og fortalte om min situasjon.***

Nettverk kan bestå av lokale, nasjonale og transnasjonale aktører. Øien og Sønsterudbråten finner at nettverk fra asylsøkerfasen og flukten er viktig.<sup>74</sup> Etnonasjonale nettverk utfordres ikke nødvendigvis av en språkbarriere, men personer kan også føle seg utsatt gjennom slike nettverk.<sup>75</sup> Noen av våre informanter beskriver hvordan språk er en viktig døråpner for å delta i ulike nettverk. Flere av de som behersket norsk godt, fortalte at dette spilte en stor rolle for deres tilværelse – både for

hva de kan gjøre, og hvordan de blir sett og møtt av andre.

Det relasjonelle er også viktig for hvordan man har det, og kan således være helsefremmende. Jamila forteller om hvor viktig det er å føle seg forstått i møte med andre, og at dette er langt fra tilfellet med alle man omgås:

*[Helsearbeider på Helsesenteret for papirløse migranter] sa, «du viser en annen person når du snakker, men jeg vet hva du har [føler] inne». Jeg fikk sjokk når hun sa det. Hvordan vet hun det? Kanskje hun kjenner mange folk i samme situasjon. Hun kan lese øynene mine. Jeg tenker hun forstår meg, men ikke alle gjør det. Noen ser på meg og sier du er heldig, du er glad. De vet ikke. Jeg viser ikke. Jeg forteller ikke folk hva som er problemet mitt. Hva er vitsen? Jeg har ikke venner uansett. Hvis jeg ser noen ler, ler jeg også, men ikke fra hjertet. Jeg prøver alltid å skjule det som er inne i meg, jeg viser ikke. Jeg viser at jeg er glad, jeg smiler, jeg snakker.*

At én person utviser forståelse, handler dermed også om å føle seg sett. Nettverk er derfor også en viktig beskyttelsesfaktor, som Peter beskrev. Han sto selv overfor flytting til nytt mottak. Om dette sa han: *«Det er veldig viktig for meg å ikke bli flyttet fra alle mine kontakter. Jeg vil ikke miste de. Det er det eneste som holder meg i live.»*

71 Bendixsen 2020.

72 Bendixsen 2018c.

73 Barkensjö et al. 2018.

74 Øien & Sønsterudbråten 2011.

75 Bendixsen 2018c.

# 4 ERFARINGER BLANT HELSEARBEIDERE

Vi intervjuet ni helsearbeidere tilknyttet Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo og Bergen. I møte med personer som kun har rett til helsehjelp som er «helt nødvendig og ikke kan vente», kan helsearbeidere oppleve å stilles overfor motstridende krav.<sup>1</sup> Helseforskriftens rettighetsformulering kan oppfattes som uklar og som motstridende til medisinskfaglig vitenskap, yrkesetiske koder og menneskerettigheter.<sup>2</sup> Det er helsearbeidere som blir overlatt til å skille mellom de som skal få hjelp, og de som ikke skal få det. Dette resulterer i varierende praksis samt at beslutninger fattes på bakkenivå. Administrativt personale, som helsesekretærer, blir i realiteten portvoktere.<sup>3</sup>

Dette kapitlet omhandler helsevesenets møte med irregulære migranter og EØS-borgere uten helse-trygdkort. Under **4.1 Helsearbeideres møte med de «papirløse»** ser vi på hvordan helsehjelp og behov blant pasientgruppen ligger i skjæringspunktet mellom det «ordinære» og det «ekstraordinære», hvordan psykisk uhelse og styrke synliggjøres, hvilke grupper som anses som spesielt utsatte, og koronapandemiens konsekvenser. Og under **4.2 Barrierer og muligheter i tilgang til helsehjelp** fokuserer vi på barrierer og muligheter i tilgang til helsehjelp gjennom et fokus på kontinuitet og tillit i pasientrelasjonen, helsearbeidernes erfaringer med å imøtekomme behov og henvise videre, hvilke behov de erfarer forblir udekket, og deres motivasjon til å stå i arbeidet og vurdering av egen rolle.

## 4.1 HELSEARBEIDERES MØTE MED DE «PAPIRLØSE»

Tilgang til helsehjelp reguleres av lovverket, men det forhandles i praksis. Tilgang for pasientgrupper som kun har rett på helsehjelp som er «helt nødvendig og ikke kan vente», kan i praksis både være større og mindre enn det som er formulert i lovverket. Et større tilbud kan være resultat av egne tilbud og hvordan helsearbeidere i ordinære tjenester strekker seg for å imøtekomme behov,<sup>4</sup> «delvis fordi de ser et behov som de føler seg forpliktet til å møte, [...] og delvis fordi det er nødvendig å strekke seg for å oppnå noe, [...] fordi de vanlige linjene i velferdsstaten ikke fungerer for personer uten lovlig opphold»,<sup>5</sup> eller de ikke kjenner loven og derved ikke begrenses av den. Manglende kunnskap kan også resultere i begrenset tilgang til helsehjelp.<sup>6</sup> I en spørreundersøkelse i 2007 til allmennleger i Osloregionen oppga 43 prosent at de vurderer egen kompetanse om gruppen som lav eller middels, mens 38 prosent vurderer den som over middels/høy.<sup>7</sup>

I en spørreundersøkelse i 2010 til allmennleger med medlemskap i Den norske legeforening oppga 23 prosent av respondentene at de har møtt personer uten lovlig opphold som pasienter, og 70 prosent av disse oppga at de vil fortsette å møte behov «uavhengig av type helseproblem».<sup>8</sup> Men få lavterskeltilbud retter seg mot de grunnleggende behovene til irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort. Som påpekt av andre er kunnskap om gruppene først og fremst å finne i gatenære tilbud drevet av humanitære organisasjoner og i utvalgte kommunale tilbud rettet mot

1 Karlsen 2015.

2 Barkensjö et al. 2018.

3 Karlsen 2015.

4 Lillevik & Tyldum 2021.

5 Ibid.: 160.

6 Karlsen 2015.

7 Aarseth et al. 2009.

8 Aarseth et al. 2016.

flyktninger, asylsøkere og prostituerte.<sup>9</sup>

Selv i forsøk på å imøtekomme helsebehov kan helsearbeidere mangle bevissthet rundt andre barrierer pasientene møter, inkludert administrative utfordringer og mulighet til å følge foreskrevet behandling, som manglende evne til å kjøpe (livsnødvendig) medisin.<sup>10</sup> Mens gratistilbud og finansieringsordninger minsker økonomiske barrierer, kan ulike grupper også ha ulik mulighet til å få dekket utgifter.<sup>11</sup> Blant respondentene i Lillevik og Tyldums spørreundersøkelse var det helsearbeidere som hadde opplevd å selv dekke utgifter for å imøtekomme pasienters behov.<sup>12</sup> Som allerede påpekt beskriver tidligere studier helse-tjenester for irregulære migranter som vilkårlige og at de påvirkes av forhandling og kunnskap.<sup>13</sup> Lillevik og Tyldum viser også i sin kartlegging av tilbudene i de fem største byene at: Det er «grunn til å tro at [...] tilgang på helsehjelp varierer med hvilken by man bor i, hvem man kommer i kontakt med, hvilke helseutfordringer man har, og hvordan krav om betaling praktiseres».<sup>14</sup> I fravær av nasjonale retningslinjer og organisatoriske prioriteringer fører dette til en individualisering av ansvaret og en medfølgende privatisering av hvordan helsearbeidere erfarer det å stå i arbeidet med en pasientgruppe som befinner seg i ytterkanten av helsevesenets sikkerhetsnett.<sup>15</sup>

### **I skjæringspunktet mellom det «ordinære» og det «ekstraordinære»**

Helsearbeidere ved Helsesenteret for papirløse migranter møter en heterogen pasientgruppe,

men med noen grunnleggende felleselementer. På spørsmål om hva som kjennetegner gruppen, sa en lege: «*Det er vanskelig å skjære dem over en kam, de er fortvilet over situasjonen. Jeg oppfatter dem som helt vanlige folk i en krevende livssituasjon*» (lege 4). Og som en annen påpeker: «**På sin måte i den situasjonen de er, er de som folk flest**» (lege 3). Dette ga gjenklang i hva andre fortalte: «*Veldig mye av det samme [som med andre pasienter]. Litt varhet på at de er i underprivilegerte situasjoner og ikke tar det for gitt. Og spør litt forsiktig om de har fått spist, trenger noe å drikke, de småtingene*» (psykolog 1).

Helsearbeiderne balanserte sine beskrivelser mellom det *ekstraordinære*, som konsekvensene av manglende tilgang til helse- og velferdstjenester, med det *ordinære*, at pasientene er helt vanlige mennesker i en krevende situasjon. Som en lege forklarer:

*Det er selvfølgelig et helt annet avhengighetsforhold, men også hos papirløse finnes det akkurat som blant alle mine andre pasienter folk som krever, er engstelige, er sympatiske, er usympatiske, så det er egentlig ganske mye av det samme spekteret. Jeg er mer forsiktig, har en språkbarriere og ser sårbarheten de har, på en helt annen måte, men ellers så er det mye av det samme du jobber med.*

– Lege 3

I dette la de også vekt på aspekter som omhandler migrasjons- og flyktninghelse generelt, som

9 Lillevik & Tyldum 2021: 159.

10 Karlsen 2015. Helsesenteret for papirløse migranter uttrykker bekymring for personer i behov for livsnødvendig behandling og medisin (Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020).

11 Mottaksbeboere kan søke UDI om å få dekket utgifter. Det har ikke lyktes oss å få informasjon om i hvilken grad dette gjøres for personer med endelig avslag på sin søknad om asyl.

12 Lillevik & Tyldum 2021.

13 Bendixsen 2015; Karlsen 2015.

14 Lillevik & Tyldum 2021: 161.

15 Lønning & Houge (under utgivelse).

behov for tolk og kulturkompetanse.<sup>16</sup> Møtene med pasientene er også krysskulturelle, slik at ulik sykdomsforståelse også kan gjøre seg gjeldende.<sup>17</sup> Som en annen lege sa: «for så vidt hele spekteret. Det er mye av de samme sykdomsproblemene som man ser i en allmennpraksis, bortsett fra at de kommer fra andre land» (lege 4). Men som vist i sitatene over pekte helsearbeiderne på at deres pasientgruppe først og fremst representerer spekteret av helseutfordringer.

*Stor andel av pasientene jeg ser, har egentlig ganske konkret problemstilling, som medisiner. Det trenger ikke å være så komplisert og komplekst. Alle sånne vanlige ting som alle opplever: flis i fingeren, enkle hudinfeksjoner, hodepine, astma, bryst smerter, mye hodepine og muskelverk. Egentlig mye man også ser i en vanlig allmennpraksis.*

– Lege 2

Denne legen la dog til: «Uhelse er forbundet med veldig mange kjennetegn i gruppen: **Dårlig sosio-økonomisk status, uvisshet, mange har traumatisk bakgrunn. Alle disse tingene vet vi gjør at du har mye større sannsynlighet for å få alt av helseplager, være seg hjerteinfarkt, hodepine, kreft, alt.**» Flere kom derfor også inn på levekår og livssituasjoner blant pasientene som leder til uhelse. Det er en helsemessig påkjenning å være i konstant beredskap over tid. Som en annen lege forklarer: «Du har vært i en situasjon som har satt deg i en fight og flight modus i årevis, du er så spent fordi du er alltid i spranget, du skal videre, du ser deg over skulderen fordi du føler deg ikke trygg» (lege 1). De la derfor vekt på hvordan levekår som

kjennetegner pasientgruppen og som gjerne følger med marginalisering, fører til uhelse:

*Livsstilssykdommer er ganske vanlige i denne gruppen: dårlig ernæring, en god del har lav utdannelse, dårlig arbeidsstatus, de har ikke hatt lønnet arbeid på lang tid. Mange har ikke nødvendigvis alvorlige sykdommer, men en generelt usunn livsstil. Og så er det og det psykiske. [...] Gjerner det største behovet, å bli møtt, å bli sett, å bli tatt vare på av noen.*

– Sykepleier 2

Helsearbeidernes beskrivelser trakk derfor ofte tilbake til det ekstraordinære i pasientenes levekår og livssituasjoner. En lege løftet frem det hun opplever påvirker både henne og pasientene mest: «Det jeg sitter igjen med som har gjort størst inntrykk, er den uvissheten de lever i. Det er det jeg føler påvirker dem» (lege 2). Hun fortalte videre hvordan pasientgruppen har utvidet hennes syn på helse: «[Jeg har fått] økt forståelse for hva helse er [i møte med denne pasientgruppen], og det er mye mer enn hode, skulder, kne og tå. Det er alt. Det er livet du lever. Det er de utfordringene du har. Alt er helse og uhelse. Og det vil jeg si at jeg har reflektert mye over etter at jeg har jobbet på Helsesenteret for papirløse migranter.»

Som helsearbeiderne fremhever, påvirker usikkerhet og manglende tilgang på helsetjenester fysisk og psykisk helse.<sup>18</sup> Tidligere studier om irregulære migranternes helsesituasjon peker blant annet på søvnproblemer, depresjon, konsentrasjonsvansker, manglende appetitt, høyt stress- og angstnivå, hodeverk, magesmerter, muskelspenninger og posttraumatisk stress.<sup>19</sup> Rapporterte smerter og

16 Likeverdige helse- og omsorgstjenester er et mål og er blant annet synliggjort gjennom *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). I Helsedirektoratets (2018b: 15) evaluering av strategien anbefaler de å videreføre satsningen gjennom en handlingsplan som «bør omfatte hele innvandrerbefolkningen, inkludert arbeidsinnvandrere, asylsøkere og personer uten lovlig opphold».

17 Mburu et al. 2015.

18 Øien & Sønsterudbråten 2011.

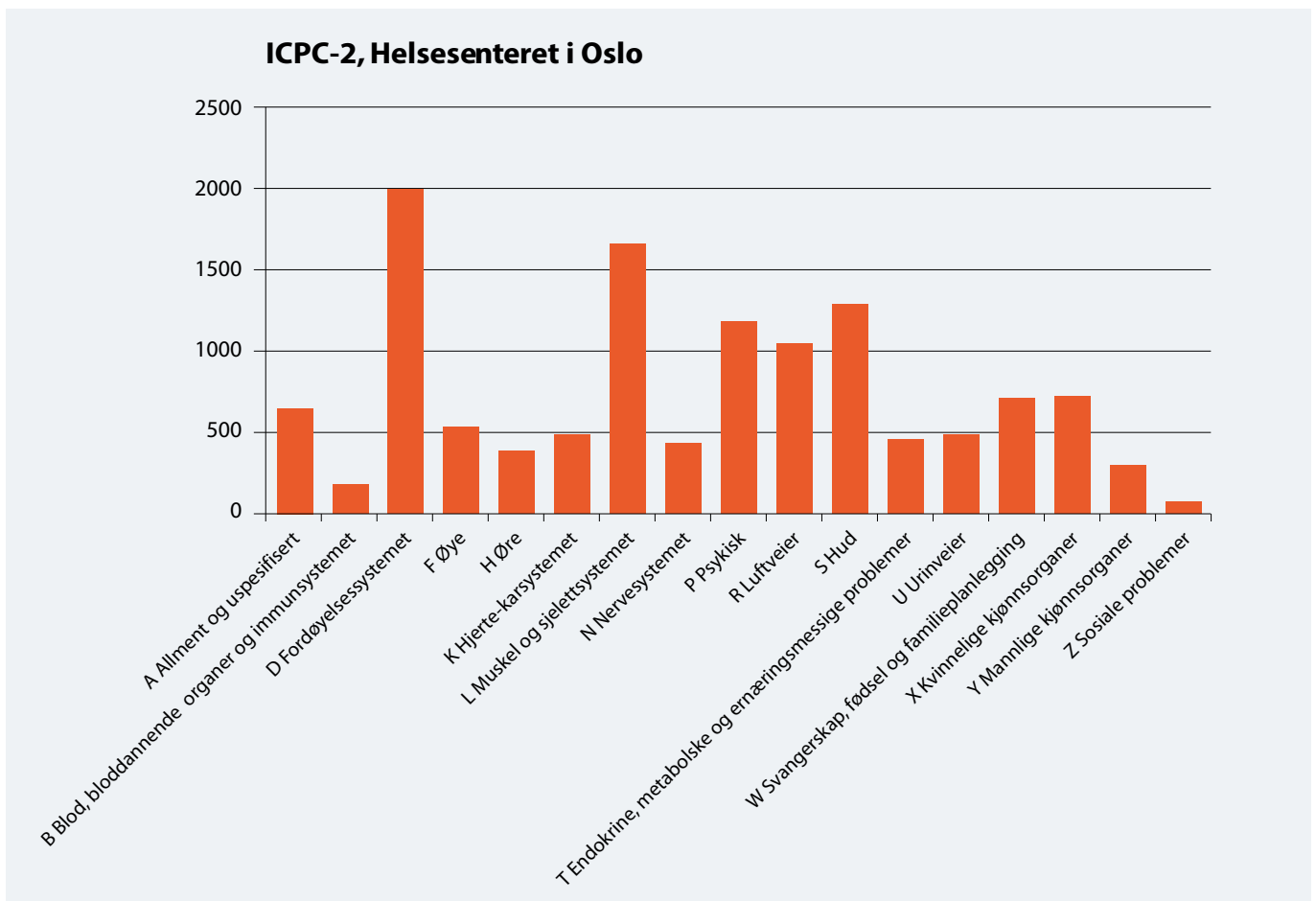
19 Ottesen et al. 2015; Barkensjö et al. 2018; Bendixsen 2020. Se også Myhrvolds (2010) litteraturgjennomgang.

plager handler ikke kun om helsetilstand og tidligere traumatiske erfaringer; det handler også om en nåværende situasjon preget av «kontinuerlig krise».<sup>20</sup> Dette inkluderer utfordringer knyttet til usikkerhet og redsel for retur,<sup>21</sup> «men også skader og helseproblemer som skyldes eksponering for uhygieniske boforhold, dårlig ernæring og utrygt og helsefarlig arbeidsmiljø».<sup>22</sup>

I en spørreundersøkelse i 2007 til allmennleger (sendt ut til 580 leger med 37 prosent svarprosent)

oppga respondentene at somatisk sykdom og infeksjoner var årsak til at irregulære migranter tok kontakt i rundt halvparten av tilfellene, mens en tredjedel av kontakten gjaldt psykiske lidelser.<sup>23</sup> I en annen spørreundersøkelse fra 2009 (sendt ut til 3994 allmennleger, med 26 prosent svarprosent) var de hyppigste kontaktårsakene psykiske problemer (29 prosent), etterfulgt av svangerskapsrelaterte forhold (14 prosent) og luftveisplager (elleve prosent).<sup>24</sup>

Figur 3: Diagnoser 2019, Helsecenteret for papirløse migranter i Oslo.<sup>25</sup>



20 Mburu et al. 2015: 167.

21 Myhrvold & Småstuen 2017.

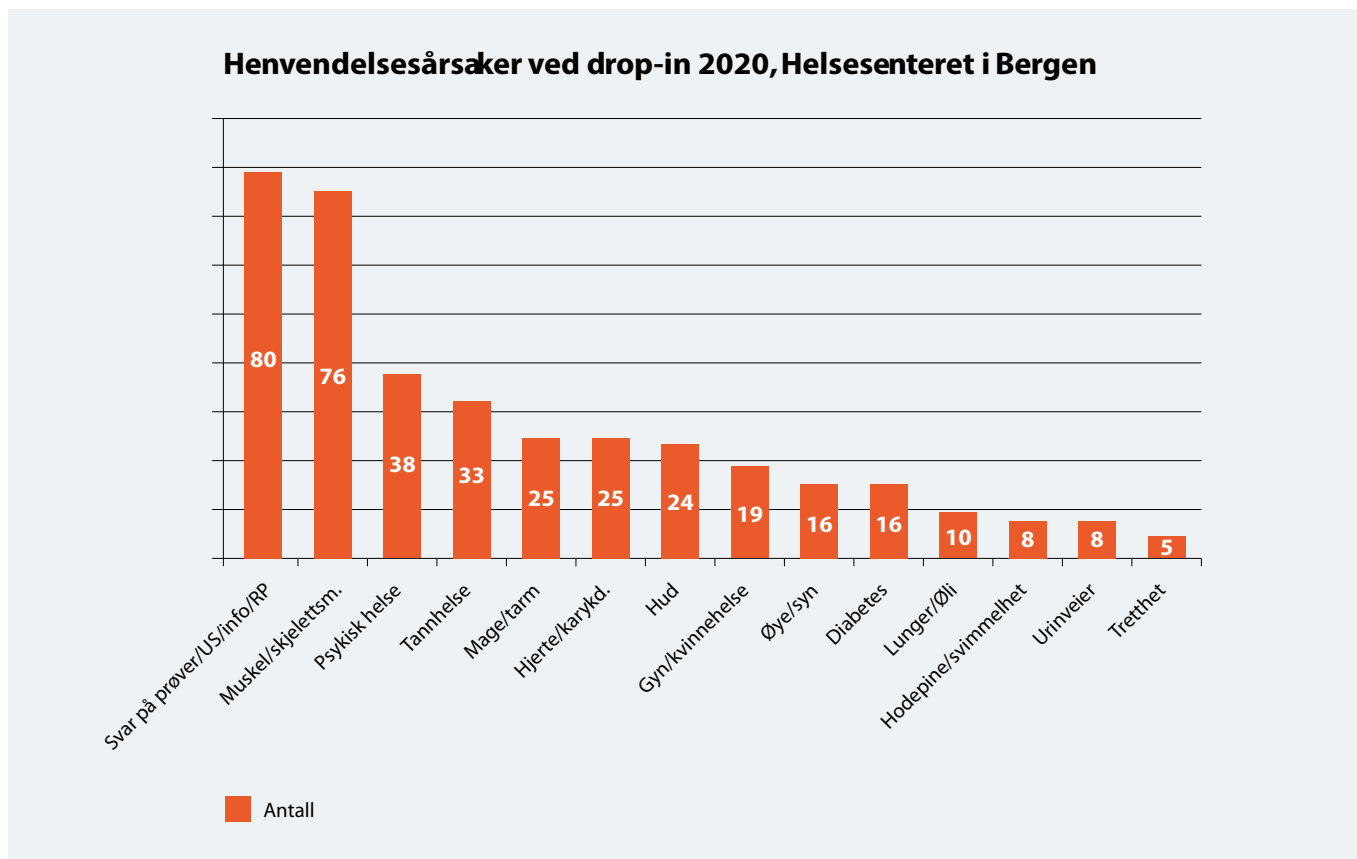
22 Ottesen et al. 2015: 154.

23 Aarseth et al. 2009.

24 Aarseth et al. 2016.

25 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020: 10. «Mange av diagnosene i kodegruppe D Fordøyelsessystemet er relatert til tannhelse. Som sagt er sannsynlig kodegruppe L Muskel og skjelett systemet noe underdiagnostisert. I forhold til kodegruppe P Psykisk er de seks vanligste diagnosene *Følelse angst/nervøs/anspent, Psykisk ubalanse situasjonsbetinget, Depresjonsfølelse, Søvnforstyrrelse, Depressiv lidelse og Posttraumatisk stresslidelse*» (ibid.: 9).

Figur 4: Henvendelsesårsaker 2019, Helsesenteret for papirløse migranter i Bergen.



Figur 5: Konsultasjoner ved Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo.<sup>26</sup>

Registrerte konsultasjoner	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
<b>Psykisk</b>	300	245	352	457	426	383	372	364	356	419	323	212	4 209
<b>Somatisk</b>	900	1 905	2 324	2 520	2 767	2 402	2 525	2 361	2 318	2 057	1 703	779	24 561
<b>Tannhelse</b>						279	283	276	223	200	224	181	1 666
<b>Sosial</b>							326	229	282	308	175	0	1 320
<b>Antall</b>	1 200	2 150	2 676	2 977	3 193	3 064	3 506	3 230	3 179	2 984	2 425	1 172	31 756

I tillegg kommer alle uformelle konsultasjoner med sykepleier, per tlf, etc.

Oversikten i Figur 5, over konsultasjoner ved Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo, viser at flesteparten av registrerte konsultasjoner gjelder somatisk sykdom – 23 782 konsultasjoner mellom 2010 og 2020 mot 3 997 konsultasjoner innen psykisk helse. Helsesenteret i Bergen erfarte at

psykisk helse var den vanligste henvendelsesårsaken helt frem til 2020. Helsesenteret ser endringen i 2020 som et resultat av «at pasienter med behov for psykologoppfølging over tid har fått hjelp på dagtid hos fast frivillig psykolog og hos psykologer på SEMI».<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2021: 8.

<sup>27</sup> Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors 2020: 12.

## Psykisk uhelse og styrke

Mange av helsearbeiderne tilskrev en god del plager hos sine pasienter til det psykosomatiske, selv om flesteparten av dem først og fremst jobber med somatisk helse. Behovet for psykisk helsehjelp i pasientgruppen er der, men psykisk helsehjelp kan være vanskeligere å få tilgang til enn hjelp på andre helseområder.<sup>28</sup> En psykolog forteller om hvordan situasjonen virker inn på sine pasienter:

*Veldig mange har en traumehistorie, en del er alvorlig psykisk syke med psykosetilstander. Alle tenker på å ta livet sitt. Noen prøver, noen prøver ikke. De fleste snakker om det å være enormt alene, være usynlig, at ingen bryr seg, skammen i sosiale relasjoner, spesielt i Norge spør man «hvor jobber du/hvor bor du». Veldig fort må de inn på at «nei, jeg er her ulovlig», og så orker de ikke det. **Mange er fortvilet fordi livet er på pause. Opplevelse av å ikke få til noe, å være ubrukelig, udugelig og uønsket. Ofte veldig tungt.***

– Psykolog 1

Denne psykologen gir et innblikk i livssituasjoner som kan betegnes som på bristepunktet. Men han utdyper sin beskrivelse utover dette og legger til styrken og tålmodigheten han også er vitne til:

*Samtidig er det veldig mange som bærer sin status med en verdighet og ufattelig tålmodighet. I mitt fag snakker man om negativ kapabilitet – evnen til å tåle negative følelser – og de har jo satt verdensrekord i sånne ting for lenge siden. Bor ti år i skogen i telt, og likevel forsetter du å møte opp til timer, ta opp saken på nytt og nytt. **Jeg blir fryktelig imponert over hvor sterke disse menneskene er, og hvor like vi er på mange måter.** De er glade i ungene sine, finner styrke i ungene, glad i konen sin, lyst til å være nyttige og klare seg selv.*

Denne psykologen påpeker både en enorm negativ kapabilitet og ikke minst grunnleggende menneskelige fellestrekk på tvers av levekår og livssituasjon. Han viser til hvordan levde liv utfordrer binære skillelinjer til tross for juridisk status og den enorme sårbarheten som følger med ekskludering.

## Spesielt utsatte grupper

Helsearbeiderne løftet frem bekymringer og grupper de erfarer som spesielt utsatte. Blant disse er EØS-borgere som er hjemløse og/eller tigger, og lengeværende asylsøkere:

*En del EØS-borgere som er tiggere, har rettighetene i en periode, men blir gjerne lengre i Norge. De ser ofte mye eldre ut enn de er, og de har også en tøff livsstil og en tøff bakgrunn. De skiller seg ut. De som er lengeværende som har bodd på asylmottak eller utenfor uten rettigheter i 10–15 år, skiller seg gjerne også ut med en håpløshet, at ting aldri blir bedre.*

– Sykepleier 2

Flere løftet også frem personer utsatt for menneskehandel, personer med psykisk sykdom og kvinner mer generelt:

*De som er utsatt for menneskehandel, er en ekstremt sårbar gruppe, og de er det ofte vanskelig å få kartlagt informasjon rundt oppholdsstatus til. [...] Personer er også veldig utsatte når det omhandler prostitusjon. Jeg tenker også på personer som har alvorlig psykiske symptomer eller sykdom. Har du problemer med tillit, paranoide trekk, i tillegg til alt annet, så er du ekstremt sårbar. Og kvinner generelt, tenker jeg, kvinner som ikke snakker norsk og engelsk, er ekstremt sårbare.*

– Sykepleier 1



Enslige menn ble også løftet frem som en gruppe som er vanskelig å nå med helsehjelp:

*De aller fleste hjemløse EØS-borgere er del av et felleskap. De finner et sted å være og lager mat sammen. Og så er det noen marginaliserte individer i den gruppen som er mutters alene, og som ikke har noe særlig kontakt med andre. Det er oftest de som blir værende i Norge igjennom vinterhalvåret uten bolig. De bekymrer jeg meg mye for, fordi **hvis du har noe menneskelig kontakt, så er det mye helse i det. Når du er mutters alene, så blir du utrolig skjør, og du har vanskelig med å ta den helsekontakten du trenger.***

– Lege 1

Hjemløse EØS-borgere, lengeværende asylsøkere, personer utsatt for menneskehandel, personer som selger sex, personer med psykisk sykdom og kvinner mer generelt ble løftet frem med visse risikofaktorer som skiller seg ut i en allerede marginalisert gruppe. Men det var den utrygge livssituasjonen og de vanskelige levekårene som helsearbeiderne fremhevet som det overordnede, og dette kjennetegnet hele pasientgruppen.

Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo har også uttrykt en særskilt bekymring for EØS-borgere og deres tilgang på helsehjelp.<sup>29</sup> EØS-borgerne som benytter tilbudet ved Helsesenteret, er stort sett hjemløse.<sup>30</sup> Flesteparten av disse pasientene kommer fra Romania. Senteret opplever også å bli oppsøkt av tredjelandsborgere fra Syd-Europa. Også Misje beskriver situasjonen blant hjemløse EØS-borgere som prekær og viser til hvordan de i økende grad blir irregularisert i norsk velferdslov-

givning og kan ha utfordrende levekår.<sup>31</sup> I en studie fra 2015 som inkluderte en spørreundersøkelse med 438 rumenske «gatearbeidere» i Oslo, oppga 68 prosent at de bor ute.<sup>32</sup> Av disse oppga halvparten å mangle telt eller annet for å beskytte seg mot værelementene, og 96 prosent oppga at de hadde blitt vekket mens de sov, enten av politi eller vakter, og bedt om å forlate stedet minst en gang i uken før intervjuet. Videre svarte 69 prosent at de ikke hadde benyttet seg av tilgjengelige mattilbud for hjemløse i uken før intervjuet, til tross for at få har tilgang til kokefasiliteter. Dietten deres består derfor i all hovedsak av brød og kald hermetikk. Å bo på gaten fører også til helseutfordringer, uavhengig av helsestatus, og studien viser at 22 prosent hadde vært i kontakt med helsetjenester i Norge, men at de manglet kunnskap om forskjeller i tilbud (Helsesenteret for papirløse migranter, legevakt, ordinære tjenester). Forskerne tilskriver antallet som har mottatt helsehjelp, det gateoppsøkende arbeidet med rumenske sosialarbeidere.<sup>33</sup> En kartlegging blant EØS-borgere som tigger i Norge, viser at flere får bistand fra nordmenn.<sup>34</sup>

Helsesenteret har også uttrykt bekymring for personer med behov for livsnødvendig behandling, slik som insulin i forbindelse med diabetes, og omsorgstjenester, slik som personer med kognitiv svikt ved alderdom.<sup>35</sup>

### **Koronapandemiens konsekvenser**

Koronapandemien har gjort det særlig tydelig hvor sårbart og uforutsigbart helsetilbudet for «papirløse» er. Begrensninger for helsearbeidere resulterte både i at Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo og Bergen holdt stengt i en periode, og at tilbudet manglet frivillige.<sup>36</sup> De frivillige ved

29 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

30 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2019.

31 Misje 2020.

32 Djuve et al. 2015.

33 Ibid.

34 Engebrigtsen et al. 2014.

35 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

36 Lillevik & Tyldum 2021.



Helsesenteret er enten ansatte ved andre helseinstitusjoner eller er pensjonerte. Helsearbeidere har i perioder ikke kunnet jobbe på tvers av helseinstitusjoner, og pensjonister regnes som risikogruppe. Helsesenteret i Oslo og Bergen stengte midlertidig ned store deler av sine tilbud i mars 2020.<sup>37</sup> I april fikk begge tildelt en midlertidig legestilling fra kommunen: 20 prosent i Oslo, og 40 prosent i Bergen til august, og deretter 20 prosent også der. Fastlegestillingen i Bergen har vært tilknyttet Senter for migrasjonshelse (SEMI) og er finansiert av koronamidler.<sup>38</sup> SEMI har også bidratt med psykolog- og fysiokonsultasjoner til Helsesenterets pasienter.

En sykepleier beskrev hvordan endringene i tilbudet grunnet koronapandemien utfordret viktige prinsipper i arbeidet ved Helsesenteret: *«Vi har måttet avvise noen, som vi ikke liker å gjøre, luftveisymptomer. Jeg tror pasientene har hatt forståelse for det. Også liten plass. Akkurat dette med å bli avvist som vi prøver å unngå, som kan føye seg inn i mønsteret, i hvert fall for nye pasienter som ikke vet hvordan det pleier å være»* (sykepleier 2). Koronapandemien har også begrenset tilbudet det er mulig å gi. Som en psykolog forteller: *«Vanskelig å få tak i folk. Det går an å ha telefonkonsultasjon med tolk med pasientene jeg kjenner godt, men å ha en ny samtale med tolk har vært vanskelig. Veldig begrenset hva tilbud folk har fått»* (psykolog 1).

Samtidig fremhevet flere hvordan det å få en lege i deltidsstilling har hatt en enorm innvirkning og resultert i mer helhetlige tilbud og mulighet for kontinuitet:

***Koronasituasjonen gjorde at våre pasienter fikk et bedre tilbud, fordi kommunen gikk inn med en 20 prosent legestilling. Det betyr at***

***de har fått mer av den oppfølgingen de burde ha hatt hele tiden. Det har vært helt fantastisk. Da ser man hvor stor forskjell det gjør med én stilling og oppfølging for dem som har mest bruk for det. Ulempen er at den stillingen kommer til å bli nedlagt.***

– Sykepleier 2

Helsesenteret påpeker at deres pasienter opplever administrative problemer med tilgang til testing, isolasjon, smittesporing, karantene og vaksine. Noen informanter pekte også på at det fortsatt er mye uavklart rundt hvorvidt pasientgruppen skal få mulighet til å bevise sin vaksinasjonsstatus utover en skriftlig bekreftelse. Dette kan ha ringvirkninger i andre områder av livet og virke ekskluderende. Helsesenteret i Oslo viser til at de ikke er sikker på hvorvidt alle engang mottar en skriftlig bekreftelse. Helsesenteret i Bergen viser likevel til at hoveddelen av EØS-borgere som er pasienter hos dem, har vaksinert seg i hjemlandet og har elektronisk bevis på dette. Andre utfordringer pekt på av Helsesenteret handler om tilgang til informasjon, manglende mulighet til å følge smittevernråd på grunn av sosioøkonomiske faktorer og mangelfull tilgang til helsehjelp.

Som beskrevet tidligere i kapittel 1 har antallet pasienter ved Helsesenteret i Oslo gått ned under koronapandemien fra 769 pasienter i 2019 til 505 pasienter i 2020.<sup>39</sup> Helsesenteret i Bergen teller ikke pasienter, men konsultasjoner. De hadde 495 konsultasjoner i 2019 (inkludert legetimer hos frivillige fastleger) og 566 konsultasjoner i 2020.<sup>40</sup> Antallet konsultasjoner i 2020 inkluderer 121 konsultasjoner hos fastlegen ved SEMI. Vi vet ikke hvordan koronapandemien har påvirket antallet irregulære migranter eller EØS-borgere uten helsetrygdkort, men det vi vet, er at i begynnelsen av

37 Helsesenteret i Oslo stengte 13. mars, og senteret i Bergen stengte 17. For mer informasjon, se Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2021 og Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors 2021.

38 Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors 2021.

39 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020, 2021.

40 Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors 2020, 2021.

pandemien fikk flere EØS-borgere som var hjemløse og/eller tigger, hjelp til å reise til sine hjemland. Selv om situasjonen i Oslo og Bergen ikke er lik og vi ikke kan sammenligne antall pasienter i de to byene, gjenstår det å se hvordan pandemien har påvirket gruppens tilgang til helsehjelp, og om tilstander som burde vært undersøkt og behandlet, har resultert i forverret helsestatus, nettopp fordi pandemien representerer en ytterligere og ny barriere for tilgang til helsehjelp.

## 4.2 BARRIERER OG MULIGHETER I TILGANG TIL HELSEHJELP

Som beskrevet i *Kapittel 3: Erfaringer fra å leve i velferdsstatens ytterkant* er redsel for å bli uttransportert, manglende tillit til at man vil få hjelp, og økonomi barrierer for å oppsøke helsehjelp. Helsearbeiderne vi intervjuet, er godt kjent med slike barrierer. Som en sykepleier forteller: «Pasientene på Helsesenteret har ikke erfaringen med at systemet vil hjelpe og vil dem godt» (sykepleier 2). Hun forteller videre: «Mange har erfaring med å bli avvist alle steder de går. Hvis de ber om hjelp, så blir de avvist. Når de kommer til oss, fornemmer jeg en redsel for å bli avvist, at man blir var for at her er enda et sted man ikke får hjelp.» En viktig del av å møte pasientene på Helsesenteret for papirløse migranter er derfor trygging og å bygge tillit. «Handler mye om å markere at Helsesenteret er et sted du ikke blir avvist. Kanskje kan vi ikke hjelpe deg med akkurat dette, men prøve å være til stede likevel. Tydeliggjøre at ønsket om å hjelpe er der» (sykepleier 2). Dette ga gjenklang i hva andre fortalte:

**Terskelen for å søke hjelp sitter nok langt inne, å være mottaker av hjelp.** Så jeg tenker det viktigste vi gjør da, er at når de setter foten innenfor Helsesenteret, at de skal skjønne at her er du velkommen, uansett hva. Det er

*ikke alltid jeg finner sykdom, men jeg sier «kom igjen når det er noe annet», og senke terskelen på den type helsehjelp.*

– Lege 1

God helsehjelp handler derfor også om trygghet og tillit.

### Kontinuitet og tillit

Kontinuitet og en trygg relasjon er viktig for god helsehjelp. Helsearbeiderne så tillit mellom seg selv og pasientene som mulig å etablere, men flere beskrev også hvordan kontinuitet er en reell utfordring som ikke kun påvirker deres relasjon til pasientene, men også kvaliteten på behandlingen de gir. Som en lege sa:

*En utfordring jeg synes er stor, er kontinuiteten. Vi er mange som går inn og yter tjenester, og det må nødvendig gå utover kvaliteten på tjenesten. Å få til en god enhetlig tjeneste og klare å bruke journalen til et godt redskap til å følge opp på en god måte, det syntes jeg har vært krevende. Å ikke kunne avtale timer. Her er de [kronikerne] mer overlatt til seg selv og må ta kontakt tilbake. **Det å ikke få fulgt opp egne pasienter synes jeg er krevende, fordi det ligger veldig mye kvalitet i å følge opp pasientene over tid.***

– Lege 4

Dette ga gjenklang i hva andre fortalte, og viser hvordan tilbudet som er mulig gitt rammene ved Helsesenteret, skiller seg fra det offentlige tilbudet, hvor man har rett til plass på en fastlegeliste:

*Jeg synes det er fryktelig vanskelig, for det er tilfeldig hvis jeg har fått fulgt en pasient jeg har møtt før. Jeg ser jo at mellom meg og pasienten har snakket, kan det være fire, fem leger inne i bildet. Du vil jo gjerne følge med. Det er den største mangelen ved den måten å jobbe*

på. Du er ikke en fastlege, du har ikke pasienten på listen, og du vet ikke hvor det ender, og hvordan det går. Det savner jeg veldig. Det å kunne beholde de, hva skjedde, hva kan vi gjøre videre.

– Lege 1

Mulighet for gjentatte møter med samme pasient handler om å kunne følge utvikling over tid, men også hvordan tid og trygghet kan styrke relasjonen, og at også dette påvirker helsetilbudet. «Relasjonen blir selvfølgelig mye bedre [med oppfølging over tid], og hvis det er mer kompleks behandling, så er relasjon veldig viktig for at det skal bli bra resultat, fordi relasjonen gjør om den pasienten stoler på deg, tror på deg, gjør som du sier i gåsetegn» (Lege 4).

Noen helsearbeidere ved Helseneteret, først og fremst psykiatriske helsearbeidere, leger, fysioterapeuter og jordmødre, har noen ganger mulighet til å følge opp pasienter over tid. En psykolog beskriver betydningen av tid og kontinuitet for behandlingstilbudet han kan gi:

*[Kontinuitet] gjør at relasjonen blir sterk, har referanser, ser når de er på vei opp, og når de er på vei ned. Du blir en som har fulgt historien deres. Blir kanskje en av få relasjoner som har vært trygge og gode. Det å ha kontakt over tid er veldig viktig, litt som et livsvitne – **du fins, vi setter av tid, det er plass til deg.***

– Psykolog 1

Kontinuitet og en relasjon over tid beskrives der- ved i seg selv som et bidrag til gode helsetilbud. Det handler også om å tilby perspektiv underveis, som denne psykologen også kom inn på: «Når du følger folk over tid, så får du med deg at folk går fra å prøve å tenne på seg og ta livet sitt til å få opphold.» Han fortalte også hvor grunnleggende kontinuitet nettopp er for å tilby god behandling

og den tryggheten som muliggjøres gjennom tid til å bygge en relasjon:

*Man skal holde på sinnssykt lenge før du får rom til å gi råd. Jeg husker en sak, vi hadde hatt en veldig god første samtale, og av en eller annen idiotisk grunn så havnet jeg inn på et spor der jeg skulle prøve å hjelpe ham til å se at han har et valg. Og så hadde han så sinnssykt lite valg. Og jeg forsto for sent at jeg måtte slutte. Og til slutt snakket vi ja, du kan velge hvor lenge du vil dusje. Ja det var et eller annet helt tåpelig, og så sa han: «Jeg betaler for dusjing- en min, så jeg kan ikke velge det heller.» Etter det tok han ikke kontakt. Da var relasjonen for ung, jeg ble for ivrig. Det er også noe jeg tenker man lærer med tid, man forstår litt hvor folk er hen, hva de kan ta til seg og ikke.*

Til tross for at muligheten for kontinuitet i pasientrelasjonen er begrenset for noen av helsearbeiderne, kom flere inn på et viktig aspekt i møte med pasienter hvor rammene på Helseneteret skiller seg positivt ut, nemlig bedre tid til hver pasient:

*Jeg har veldig god tid til hver pasient. Tid er en viktig ting, og det er satt av en time. Det tar litt tid å sette seg inn i problemstillingen, veldig ofte må vi ha telefontolk, og så er det et trangt rom. Når jeg skal gjøre undersøkelser, tar det også litt tid. Men når jeg har en time, føler jeg meg ganske avslappet. Jeg føler meg ikke jaget. Da bidrar det til tillit.*

– Lege 5

De ulike rammene helsearbeiderne må forholde seg til, skaper derfor både utfordringer og muligheter i møtet med pasienten og i å bygge en relasjon. Helsearbeiderne som ikke jobbet i inntak eller i førstelinjen på Helseneteret, fortalte også hvordan de opplever at grunnsteiner for en trygg relasjon allerede var lagt av kolleger.

### **Å imøtekomme behov og henvise videre**

Usikkerhet rundt situasjonen til pasienter uten lovlig opphold fører til medisinsk praksis med fokus på «her og nå».<sup>41</sup> Dette handler om å imøtekomme behov så godt man kan innenfor et begrenset tidsrom, og at helsearbeidere ikke nødvendigvis har noen måte å komme i kontakt med pasienten i ettertid. Som en lege sa i forbindelse med hjemløse EØS-borgere: «*kommer i tre til seks måneder om gangen. Da gjør vi det vi kan*» (lege 1).

Det var flere som beskrev hvordan det å jobbe med irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort skiller seg fra arbeid med pasienter med fulle rettigheter. Man kan være avhengig av å måtte be andre helsearbeidere om tjenester for å få tilgang til helsehjelp for sine pasienter:

*Den aller største forskjellen er ressursene. Jobber på [instans, og jeg er] vant med at man mobiliserer alle gode krefter. Uansett hva godt man kan gjøre, så setter man alt i spill for å klare det. Og i denne situasjonen er det snakk om å be om tjenester [fra helsearbeidere utenfor Helsesenteret]. Det er godvilje mange steder, men systemet stiller ikke opp i det hele tatt. Det kan være utrolig frustrerende når man ser at mange av disse menneskene har større behov enn en del av dem i min vanlige arbeidshverdag.*

– Sykepleier 2

Helsesenteret i Oslo har avtale med Diakonhjemmet Sykehus, og Helsesenteret i Bergen har avtale med Haraldsplass Diakonale Sykehus. I tillegg har begge et nettverk med helsearbeidere. Dette betyr at Helsesenteret har etablert et samarbeid med noen helsetilbydere for å henvise pasienter, men avslag på henvisninger er også en del av arbeidshverdagen.

Helsearbeiderne vi intervjuet, har både positive og negative eksempler på å få gjennomslag for henvisninger. Som en lege forteller: «*I psykiatrien er det store avslag uansett hvor man kommer ifra. Ved akutte tilstander har jeg i hvert fall opplevd mye velvilje med mine pasienter som jeg har henvist. Ved kroniske tilstander er det veldig hipp som happ hvem som blir akseptert for videre behandlingstilbud*» (lege 1). Ottesen m.fl. peker på forskjell i hvordan avslag innenfor somatisk og psykisk helse vanligvis formuleres; på det somatiske er begrunnelsen ofte i henhold til manglende trygderettighet, mens innenfor psykisk helsehjelp er det ofte «begrunnet med at helsebehovet ikke er vurdert som øyeblikkelig hjelp, eller det anføres at sosiale forhold først må stabiliseres, og at pasienten således ikke forventes å kunne 'nyttiggjøre seg tilbudet'».<sup>42</sup>

Askjer m.fl. har undersøkt henvisninger til DPS fra Helsesenteret i Oslo.<sup>43</sup> De finner at avslag hovedsakelig begrunnes gjennom «faglige, helserettslige, økonomiske og etiske vurderinger». Manglende helserettigheter var den mest brukte begrunnelsen, samtidig som ingen av avslagene viste til rettskilder om irregulære migranternes rettigheter. Inntakere de intervjuet, fortalte at forskriften oppleves «som vanskelig å forstå, uklar og tvetydig». Flere manglet dessuten kjennskap til forskriften.

Flere av helsearbeiderne påpekte behov for en annen tilnærming i sine henvisninger ved Helsesenteret enn i sine ordinære jobber. Dette innebar å være mer på og følge opp, som en ekstra forsikring, eller komme med en skriftlig bestilling ved besøk til legevakt:

41 Karlsen 2021a.

42 Ottesen et al. 2015: 159.

43 Askjer et al. 2021.

Figur 6: Aksept/avslag for henvisninger fra Helsecenteret for papirløse migranter i Oslo.

Henvisninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Rtg/ct/mam./ul./gastr.	3	64	74	96	113	86	92	121	93	116	161	98	57	1 174
Spesialist	7	90	145	161	166	218	199	157	184	150	118	125	84	1 804
Psykisk helse	0	13	4	15	3	9	12	11	1	9	10	6	1	94
Tannlege	2	98	168	27	57	118	96	72	38					676
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>265</b>	<b>391</b>	<b>299</b>	<b>339</b>	<b>431</b>	<b>399</b>	<b>361</b>	<b>316</b>	<b>275</b>	<b>289</b>	<b>229</b>	<b>142</b>	<b>3 748</b>
Svar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Avvist	2	19	9	17	22	21	17	11	18	12	9	25	7	189
Gjennomført	9	193	291	225	248	186	203	169	168	137	82	150	62	2 123
Ikke fullført	1	52	84	51	60	80	43	44	54	32	40	30	35	606
Venter time/svar	0	1	7	6	9	26	40	65	38	94	100	17	37	440
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>265</b>	<b>391</b>	<b>299</b>	<b>339</b>	<b>313</b>	<b>303</b>	<b>289</b>	<b>278</b>	<b>275</b>	<b>231</b>	<b>222</b>	<b>141</b>	<b>3 358</b>

*Vi har jo erfaringer der vi har sendt pasienten videre, og så er det språkproblemer, og så har de ikke person-/d-nummer, og de blir møtt med vansker når de kommer til instansen. Og så er de alltid veldig nervøse når det kommer til betaling. Vi ringer, og så skriver vi et notat, kommer med en bestilling. Det har som regel fungert ganske greit.*

– Sykepleier 1

Flere uttrykte også en tillit til kolleger i det ordinære helsevesenet:

*Tror at vi fortsatt har mange nok gode folk som sitter og vurderer henvisninger. Overleger som sitter og leser det, ikke med profittbriller på, men med medmenneskelige briller og sier at dette er klart noe vi skal se på. Da er det det medisinskfaglige som ligger til grunn og ikke pengesekken som man skal snøre igjen.*

– Lege 1

Samtidig delte de eksempler på avskrekking og ekskludering, som også belyst av andre, ikke minst

gjennom en rekke reportasjer i *Klassekampen* våren 2021 om svangerskapsomsorg.<sup>44</sup> Slik praksis fører til udekkede behov.

### Udekkede behov

Helsearbeiderne fortalte om pasientgruppens kjennetegn ut fra helseoppfølging og behov:

*Oftest mangel på helseoppfølging over tid. Ofte at pasientene kommer for sent. Kan være utrolig frustrerende medisinsk sett, for da vet vi at vi kunne gjort en bedre jobb. Hvis de hadde vært del av det vanlige helsetilbudet, da vet vi at mange kunne hatt det bedre. Kunne ha skånet mange for skader og et vanskelig liv.*

– Lege 1

Det handler derfor også om at man som helsearbeider vet at pasienten kunne hatt bedre helse under andre omstendigheter – at uhelse er et resultat av, eller forverret ved, mangelfullt tilbud. Dette kan føre til stor frustrasjon hos helsearbeideren. Det kan også konfrontere helsearbeidere med tilstander de aldri trodde de skulle være vitne til i Norge:

<sup>44</sup> Se for eksempel Brandvold 2021a, 2021b; Brandvold & Olsson 2021.

*De sterkeste tilfellene jeg husker, er mennesker som har bodd i Norge i en årrekke, seks, åtte år, og ikke har søkt helsehjelp fordi de har trodd at det er for farlig. De har ofte ganske stabil situasjon, ikke de aller mest sårbare som bor uten-dørs, og som er avhengige av å tigge. De er så redde for å bli rapportert og ødelegge den skjøre livsbalansen de har ved å få en regning som de ikke kan betale. De går med tilstander som gjerne er langsomt voksende. Det er ikke noe akutt forløp. Gjerne ikke knyttet til sterk smerte, for ved sterke smerter så pleier mennesker å ta kontakt ved et eller annet tidspunkt, fordi da tenker man «nå trenger jeg det, nå kommer de til å se at jeg trenger det».*

– Lege 1

Denne legen beskriver en situasjon som gjenspeiler erfaringene til flere av informantene i kapittel 3. Flere av dem hadde gått med plager i lang tid, inntil smerten ble uutholdelig eller redselen tok over. På dette tidspunktet oppsøkte de helsehjelp, til tross for redsel for at dette ville føre til tvangsretur og store betalingskrav. Legen forteller videre om noen av de ekstreme tilstandene hun har vært vitne til hos sine pasienter ved Helsesenteret:

***Langsomt voksende tumorer i buk og i livmor, det har jeg sett et par tilfeller av som er abnorme som jeg tenkte «dette trodde jeg at jeg aldri skulle få se på norsk jord, for det er helt vanvittig».*** Det kan være ti kilo tumor, som et svangerskap, hvor det er åpenbart for alle at dette ikke er normalt. Men likevel har pasienten kledd på seg tykke jakker og gensere for å ikke skille seg ut og vil ikke være til besvær, til bry, verken for de de bor hos, eller helsevesenet. Og de blir ofte tatt inn på få dager og får kirurgi kostnadsfritt.

Som hun også forteller, kommer pasienter når det allerede kan være for sent å behandle tilstanden.

Dette er oftest når den intense smerten uteblir, eller når symptomene ikke har vekket sterk nok bekymring:

*De andre går det ikke alltid så fint med. Det er mennesker som har symptomer på kreftsykdom som ikke vet det selv. Og da går det lang tid før de søker hjelp, og da kan det være for sent. Noen har en hoste og tror de konstant har en lungebetennelse fordi de bor ute. Å bo ute i vintermånedene er beintøft. Kommer og tror at de har lungebetennelse igjen og igjen, og så viser det seg at det er lungekreft.*

En sykepleier pekte også på hvordan mange i gruppen er underinformert og bærer på en sterk redsel for å bli avvist selv når de har behov for øyeblikkelig helsehjelp. Dette gjenspeiler også informantenes beskrivelser i kapittel 3:

*Jeg har et konkret eksempel som jeg synes beskriver det ganske godt. En [opprinnelsesland] kvinne i midten av 30-årene. Jeg spør om siste kontakt med helsepersonell, og det er før hun flyttet ut fra asylmottaket, seks år tilbake i tid. Gått seks år og ikke visst om tilbudet fra Helsesenteret for papirløse migranter og hører fra miljøet at hun ikke har rett på noe form for helsehjelp. I Norge har man alltid krav på øyeblikkelig hjelp. Denne kvinnen presenterte [kom] til Helsesenteret med en situasjon som fordret «utredning, øyeblikkelig hjelp» [så hennes helsebehov var akutt]. Men hun har ikke turt å ta kontakt med legevakt eller ringe 113, fordi hun er underinformert om sine rettigheter, og fordi hun er redd for å bli avvist. Og dette er til og med en person som ikke har språkbarrieren.*

– Sykepleier 1

Blant de totalt 20 deltakerne var det personer på tvers av informantgruppene som uttrykte behov for økt kunnskap, både om rettigheter og tilbud.



Flere ga også uttrykk for at det å gå lenge med helseproblemer ikke kun har konsekvenser for sykdomsforløp, det gjør også noe med menneskeverdet.

Å muliggjøre tilgang til helsehjelp for denne pasientgruppen krever også en annen oppmerksomhet og forståelse for det praktiske fra helsearbeidere:

*Det er mange sånne praktiske ting du må tenke på. Det er mange som kommer med vanlige plager, obstipasjon – klarer ikke å gå på do. Sier da «du må spise mer frukt og fiber og drikke masse vann». Og så husker jeg veldig godt en kvinne som sa til meg «men jeg er jo alltid bare gjest, jeg kan ikke bestemme maten». Det har jeg ikke tenkt på før. Hun kan ikke bare gå og handle mat og kjøpe svsker og linfrø. Hun må bare ta det hun får. Det tenker man aldri over til vanlig. Du må alltid ha det i bakhodet. Klarer denne pasienten å følge det opp? Det kan være mange grunner til at de ikke kan det. Ofte er det det praktiske rundt som gjør det vanskelig.*

– Lege 2

Helsearbeidere må derfor ta hensyn til den større livssituasjonen og levekårene for å faktisk nå ut til pasientgruppen med reell helsehjelp.

### **Motivasjon og vurdering av egen rolle**

Alle helsearbeiderne hadde en historie bak *hvorfor* de begynte å jobbe ved Helsesenteret for papirløse migranter, samt *hvorfor* de har fortsatt med dette gjennom mange år. De la ikke skjul på utfordringer de erfarer fra arbeidet, det være seg rammene eller vanskeligheter med å møte behov. Samtidig beskrev de et stort engasjement og en glede ved å jobbe med nettopp denne pasientgruppen og ikke minst i tråd med prinsipper og verdier de løftet frem som viktige for dem.<sup>45</sup> De fortalte:

*Min jobb er å åpne dører, og det er veldig givende. **Dagene på Helsesenteret er de beste, fordi jeg føler at jeg gjør noe fornuftig.***

– Lege 3

*Man kan bli helt overveldet av å tenke på alle livssituasjonene man møter, men for meg har det funket å tenke at nå skal jeg tilby den beste helsehjelpen jeg kan. Nå har jeg legehatten på, og nå skal jeg gjøre det beste jeg kan, med de ressursene jeg har, og den tilgangen jeg har til spesialisthelsetjenesten. Hvis ikke kan man bli nesten maktesløs. Det å vite at man jobber tverrfaglig for det beste, det er virkelig en glede.*

– Lege 1

I tillegg løftet flere frem møtene med både pasienter og andre frivillige og ansatte som svært berikende:

*Det er en veldig takknemlig oppgave. Det er ikke alltid vi får utrettet så veldig mye eller nødvendigvis trenger å gjøre så veldig mye. Men noe med mennesker som ellers kanskje er nederst på rangstigen av det norske samfunnet, faktisk for en gangs skyld blir møtt og sett og tatt på. Det gjør at man får utrolig mye takknemlighet tilbake. Mennesker som har blitt avvist i mange måneder og år, blir møtt av et varmt menneske fra det norske samfunnet. [...] Man møter virkelig på vidunderlige mennesker i den frivillige gruppen, men da spesielt i pasientgruppen. Det [arbeidet ved Helsesenteret] er ikke noe oppofrelse i det hele tatt. Det er en plikt, og jeg får mye glede av det.*

– Sykepleier 1

Noen beskrev også hvordan tid, erfaring og trygghet har påvirket hvordan de opplever det å stå i arbeidet:

<sup>45</sup> Se også Lønning & Houge (under utgivelse), om engasjement og utholdenhet i arbeid med torturutsatte.

*Jeg synes det er veldig givende, og etter hvert som jeg har blitt mer erfaren, så har det blitt mindre slitsomt, fordi det har blitt tydeligere for meg hva jeg kan gjøre og ikke gjøre noe med. Og den elendigheten er ikke sånn at jeg blir helt oppspist av den lenger. Jeg vet at det jeg gjør, hjelper på lang sikt.*

– Psykolog 1

Helsearbeidere påvirkes også av den offentlige debatten og hvordan grupper omtales.<sup>46</sup> Dette kan bli spesielt tydelig på et så politisert område som irregulær migrasjon og tilgang til helsehjelp. Våre informanter uttrykte gjerne frustrasjon over helse-politikken og den situasjonen de blir satt i når de tilbyr behandling til pasienter med begrensede rettigheter. De beskrev hvordan en begrensing av helsehjelp sto i motsetning til deres personlige og faglige ståsted. Som en lege sa: «*Jeg synes det er veldig viktig at vi som helsearbeidere, vi er ikke jurister og utøvende makt. Jeg vil forholde meg til det mennesket jeg har foran meg, de utfordringene og problemene de har, og yte den helsehjelpen jeg har lært etter norske retningslinjer. Jeg kommer ikke til å lempe på standarden*» (lege 2).

Rettighetsbegrensingen kan også være krevende for helsearbeidere å stå i: «*Jeg synes det er fryktelig krevende, måten man bruker denne gruppen politisk på. Å ikke gi dem helsehjelp, det synes jeg er fryktelig krevende. Ikke minst for meg som helsepersonell, at man skal ha en forskrift som forskjellsbehandler så til de grader*» (lege 4). Som denne legen la til: «*Jeg er redd for at slik lovgivningen er i Norge, så bidrar det til å fremmedgjøre gruppen for norsk helsepersonell. Det synes jeg er bekymringsfullt.*»

Karlsen peker på at det i helsearbeideres møter med irregulære migranter kan være en «fin linje

mellom funksjonell ignoranse, ignoranse og ansvarsfraskrivelse».<sup>47</sup> Hun viser også til praksiser som forsterker en ekskludering fra helsehjelp. Disse omhandler «[u]nnvikelse, motvilje til å engasjere seg og/eller handle, og holde seg til et smalt biomedisinsk rammeverk, [og] ignorere omstendigheter».<sup>48</sup> Således kan arbeidet også handle om å ta et ståsted mot en ekskludering:

*For meg er det en prinsipiell veldig viktig del av meg som menneske, medmenneske og verdensborger, men også som profesjonell – som sykepleier. **Jeg skal ikke trenge å tenke på loven eller diskriminere mellom mennesker. Det er det siste jeg skal finne meg i. [...]** Kanskje først og fremst den prinsipielle biten. Arbeidet ved Helsesenteret skal jeg stå i så lenge jeg kan, og bidra så godt jeg kan, fordi jeg er totalt uenig med lovgivningen.*

– Sykepleier 1

Helsearbeiderne fortalte gjerne at det å slutte ved Helsesenteret for papirløse migranter ikke representerer et alternativ så lenge livssituasjonen deres tillater det og Helsesenteret ikke har nådd sitt mål – å bli overflødig.

46 Ibid.

47 Karlsen 2015: 133.

48 Karlsen 2021a: 102. Oversettelse fra engelsk.

## MEDISINSKETISKE DILEMMA

Grunnprinsippene for medisinsk etikk er å gjøre godt, å respektere selvbestemmelse, å ikke skade og å være rettferdig. «I dag innebær den medisinske etiken att varje patient ska utredas, prioriteras och behandlas enbart utifrån sina medicinska behov.»<sup>49</sup> I tillegg til grunnprinsippene har de ulike helseprofesjonene sine yrkesetiske koder.

Tydelige stemmer i norsk helsevesen krever at helsepersonell må få utføre yrket sitt etter de profesjonelle og etiske prinsippene.

I 2013 utga Den norske legeforening et policynotat hvor de slår fast at medisinsk hjelp må springe ut av den enkeltes medisinske behov og internasjonale forpliktelser, at personer uten lovlig opphold må ha kunnskap om sine rettigheter til medisinsk behandling, samt at helsepersonell må kjenne sin plikt til å yte hjelp ved akutt sykdom. Den norske legeforening peker også på at barn er ekstra utsatte, og minner om at FNs barnevernkonvensjon gjelder alle barn, og at staten er forpliktet til å sørge for at barn ikke blir diskriminert. Videre uttrykker Den norske legeforening at praktiske ordninger må på plass for dem som ikke er betalingsdyktige, slik at tilgangen deres til helsetjenester blir reell.<sup>50</sup> Den norske legeforening understreker at det er gode grunner, sett fra både et humant og et folkehelseperspektiv, til å gi «papirløse» god helsehjelp og tilstrekkelig informasjon om deres rett til helsehjelp.<sup>51</sup>

I sitt høringsinnspill til *Representantforslag om helsehjelp til alle i Norge, også til papirløse migranter samt tilreisende EØS-borgere uten helsetrygdkort* uttrykker Den norske legeforening blant annet at: «Som leger har vi en grunnleggende etisk plikt til å ivareta pasientens interesser og integritet og behandle pasienten med omsorg og respekt, uansett hvem pasienten er.»<sup>52</sup>

Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening og Norsk Psykologforening fastslår i et opprop initiert av dem at: «Å kreve at vi som helsepersonell avgrensar hvem vi skal hjelpe basert på innvandringsregulerende hensyn er å be oss gå på akkord med vår yrkesetikk.»<sup>53</sup>

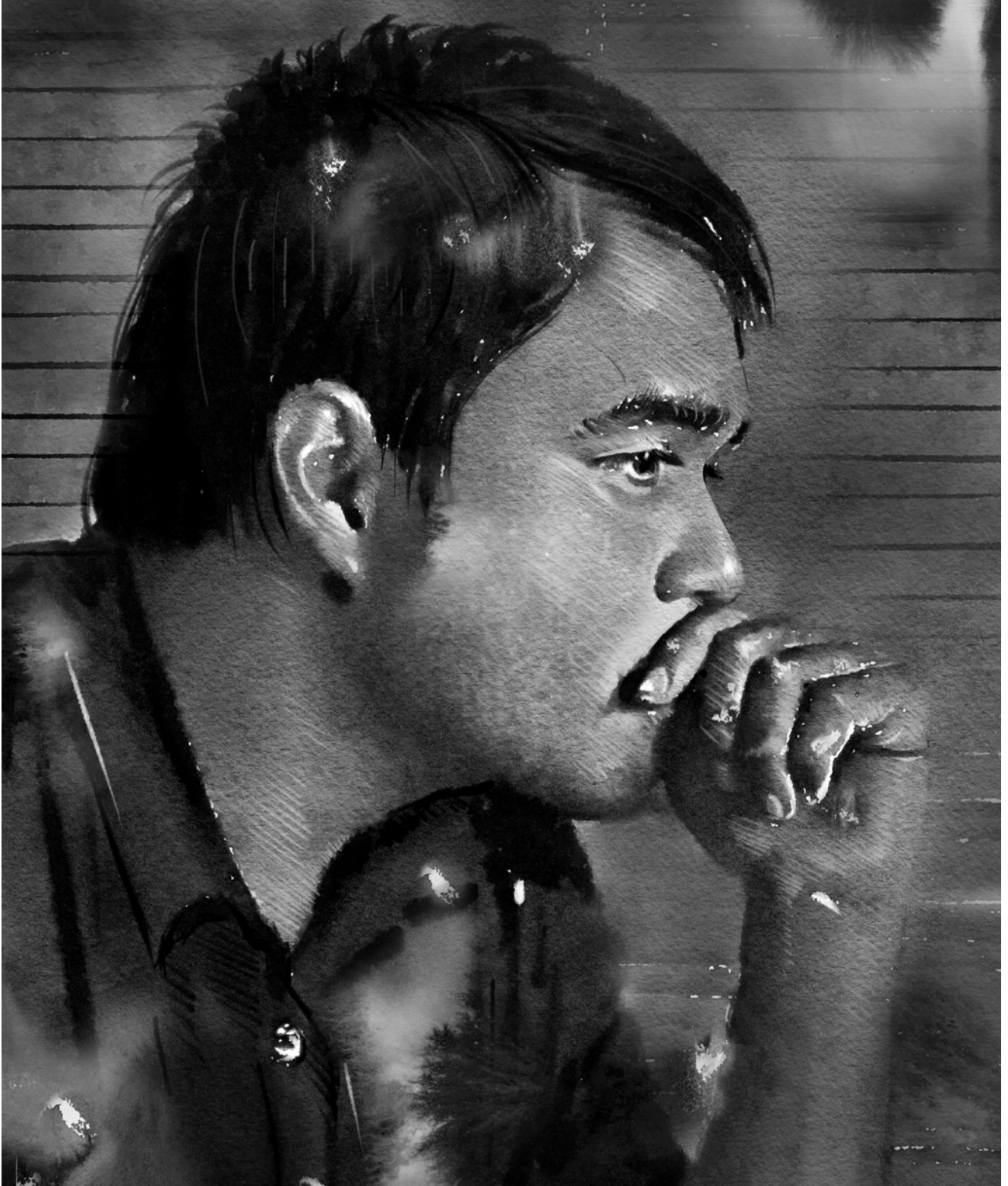
49 Sosialdepartementet 2011: 129.

50 Den norske legeforening 2008, 2013.

51 Den norske legeforening 2013.

52 Stortinget 2021a; 2021b.

53 Brean 2019; Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening & Norsk Psykologforening u.å.



# 5 HVA SKAL TIL?

Målet med denne rapporten har vært å belyse humanitære konsekvenser når tilgang til helsehjelp begrenses av juridiske, sosioøkonomiske og praktiske årsaker. Vi har tilnærmet oss dette gjennom de rettslige rammene for helsehjelp, en gjennomgang av utvalgt litteratur og kvalitative intervjuer med irregulære migranter, pårørende og helsearbeidere. Irregulære migranter er en av gruppene i Norge med størst udekte humanitære behov.<sup>1</sup> Helsesenteret for papirløse migranter har også løftet bekymringen for EØS-borgere som ikke får tilgang til helsehjelp gjennom det ordinære helsevesenet.<sup>2</sup> Gruppene har til felles at deres helsebehov ikke blir møtt i tilstrekkelig grad slik situasjonen er i dag. Ved å utforske generelle betingelser, ulike posisjoner og perspektiv har Røde Kors' hensikt vært å belyse erfaringene fra ytterkanten av den norske velferdsstatens sikkerhetsnett i 2021.

Et argument for å begrense helserettigheter er at det beskytter velferdsstaten. Et annet er at det forhindrer såkalt «helseturisme», en påstand som ofte er ubegrunnet i norsk kontekst.<sup>3</sup> Begrensningene kan sees i sammenheng med en retorikk som signaliserer at man ikke er velkommen, som er avskrekkende, og som skaper vanskelige levekår i den hensikt å motivere til retur.<sup>4</sup> Likevel forblir noen mennesker i Norge og lever sine liv her uten lovlig opphold og uten helsetrygdkort i kortere eller lengre perioder. I skjæringspunktet mellom behov, praksis og lovverk kolliderer de begrensede helserettighetene med praksis på bakkenivå – der behov utspiller seg og helsearbeidere har sitt virke.<sup>5</sup> Dette fører igjen til vilkårlige og uforutsigbare løsninger, noe som forverrer helsetilstanden til de utsatte og resulterer i ekstreme ulikheter i helse. Det setter også helsepersonell urettmessig i vanskelige situasjoner.

Tilgang til helsehjelp er en grunnleggende menneskerett, som fastholdt i flere internasjonale konvensjoner og norsk lov. Det norske regelverket fremmer en snever juridisk tilgang til helsehjelp for irregulære migranter, selv om menneskerettighetskonvensjonene som Norge har forpliktet seg til å følge, stiller flere krav til hvilken helsehjelp som skal være tilgjengelig for alle. Vår rettslige gjennomgang viser også at EØS-borgere på midlertidig opphold i utgangspunktet har rett til å få dekket utgiftene til helsehjelp når de oppholder seg i Norge, men at manglende helsetrygdkort fra hjemlandet kan stå i veien for at behandlingen blir dekket. Våre informanternes erfaringer underbygger dette. De viser også at det norske regelverket ikke er tilpasset den virkeligheten som den regulerer. Hvert år oppsøker hundrevis av mennesker Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo og Bergen. Dette faktumet viser at det åpenbart er et stort udekket humanitært behov.

Basert på funnene i denne rapporten vil vi i det følgende løfte frem de viktigste endringene for å gjøre tilgangen til helsehjelp reell, slik menneskerettighetene krever. Vi fremhever ikke alle relevante problemstillinger, men setter søkelyset på dem vi mener har størst betydning og derfor bør prioriteres.

## NØDVENDIGE ENDRINGER

### **Irregulære migranternes rett til helsehjelp må utvides, den er ikke i tråd med menneskerettslige krav**

Erfaringene fra Helsesenteret for papirløse migranter viser tydelig at det er et stort og udekket behov for helsetjenester til irregulære migranter. Retten til helsehjelp må derfor utvides. Det finnes

1 Barstad 2017.

2 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

3 Myhrvold 2010.

4 Bendixsen 2015.

5 Lillevik & Tyldum 2021.

også sterke menneskerettslige argumenter for å utvide retten til helsehjelp fra det nivået som er i dag. FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 slår fast at enhver har rett til den høyest oppnåelige helsestandard. Hva som er den høyest oppnåelige standard i hvert enkelt land, avhenger av hvor mange ressurser staten har tilgjengelig. Innholdet i rettigheten er dermed relativt. Som vist i kapittel 2 er det en viss anledning til å gjøre begrensninger i retten til helse, men alle stater må uansett oppfylle et minimum av rettigheter for alle innenfor sin jurisdiksjon, og disse minimumsrettighetene innebærer blant annet essensiell primærhelsetjeneste.<sup>6</sup> Som vist er det også et forbud mot diskriminering som har en mer absolutt karakter, og ØSK-komiteen som vurderer hvordan forpliktelsene praktiseres, har understreket at retten til den høyest oppnåelige helsestandard også må gjelde for personer uten lovlig opphold.

ØSK-komiteen har videre beskrevet at retten til helse inneholder flere sammenhengende elementer, og det er understreket at helsehjelpen må være tilgjengelig. Det innebærer både at det må være et tilstrekkelig omfang av helsehjelp, og at alle må ha tilgang til denne. Den må være både fysisk og økonomisk tilgjengelig.<sup>7</sup> Med andre ord må tilgangen være reell, og staten har plikt til å sikre dette. Lovgivning er ett tiltak. Staten må også sikre tilgang på andre måter.

Det er mange barrierer som kan stå i veien for en reell tilgang til helsetjenester, noe informantene

i denne rapporten tydelig har beskrevet. I tillegg til de juridiske barrierene som begrenser retten til helsehjelp, kan ulike økonomiske barrierer, manglende person-/d-nummer og en redsel for hva som vil skje hvis man oppsøker hjelp, også stå i veien for nettopp å oppsøke hjelp. Når barrierene er så store som de er beskrevet i denne rapporten, oppfyller ikke dagens løsning de menneskerettslige kravene norske myndigheter har.

ØSK-komiteens kommentarer og anbefalinger til Norge underbygger at norske myndigheter ikke oppfyller sine menneskerettslige forpliktelser. Komiteen har både i 2013 og i 2020 kritisert Norge for å ikke gi bedre tilgang til helsetjenester til personer uten lovlig opphold.<sup>8</sup> Komiteen anbefalte helt konkret at alle som oppholder seg i Norge, får tilgang til primærhelsetjenesten uavhengig av oppholdsstatus, at tiltakene i forskriften som ble innført i 2011, og som medførte et tilbakesteg, blir reversert, og at barn får stå på en fastlegeliste.<sup>9</sup> Alvoret i saken understrekes av at komiteen har bedt Norge om særskilt å rapportere fra oppfølgingen av akkurat disse anbefalingene innen våren 2022.<sup>10</sup>

I vurderingen av om Norge oppfyller sine menneskerettslige forpliktelser, er det også et argument at ØSK-komiteen beskriver at statene har en spesifikk og vedvarende forpliktelse til å realisere retten til helse så raskt og effektivt som mulig, og at det nok ikke er anledning til å innføre tiltak som forverrer tilgangen til helsehjelp.<sup>11</sup> Dersom en stat gjør tilgangen dårligere på en måte som bryter med de grunnleggende elementene i retten til hel-

6 CESCR 2000: avsnitt 43.

7 Ibid.: avsnitt 12.

8 I 2015 uttrykte ØSK-komiteen bekymring for at personer uten lovlig opphold ikke har tilgang til helsetjenester utover akutt hjelp, og at rundskrivet til forskriften ikke ga god nok veiledning til helsepersonell om hva slags behandling personer uten oppholdstillatelse har rett til. Komiteen anbefalte at staten burde iverksette tiltak for å muliggjøre tilgang til all nødvendig helsehjelp, og minnet om at helsetjenester skal være tilgjengelig for alle uten diskriminering (CESCR 2013). I 2020 løftet komiteen igjen sin bekymring for forskriften og at denne ble opprettholdt uten at det ble gjort en vurdering av betydningen for de berørte. Komiteen uttrykte også bekymring for de strenge vilkårene for å få helsehjelp og manglende veiledning i hvordan vilkårene skal tolkes (CESCR 2020: avsnitt 38).

9 Ibid.: avsnitt 39.

10 Ibid.: avsnitt 50.

11 Ibid.: avsnitt 30-32 om såkalt «retrogressive» tiltak.

se, vil det være et brudd på konvensjonsbestemmelsen.<sup>12</sup> Da dagens forskrift ble innført i 2011, var utgangspunktet at tilgangen til helsetjenester ikke var regulert i like stor grad som nå. Selv om det er argumentert med at formålet med forskriften var å presisere rettstilstanden, så har realiteten blitt at personer uten lovlig opphold har fått en snevrere tilgang til helsetjenester enn det som var tilfellet i tiden før forskriften ble vedtatt.<sup>13</sup> Det er det altså ikke adgang til, ifølge FN-komiteen.<sup>14</sup>

### **Forskriften om helsehjelp fører til vilkårlig praksis og må endres**

Forskriften som regulerer tilgangen til helsehjelp, sier at personer uten lovlig opphold kun har rett til *øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp som ikke kan vente* (utover tre uker). Vilåret for å få rett til hjelp samsvarer ikke med et fast medisinsk begrep, og det er derfor vanskelig for helsepersonellet å vurdere når en pasient har denne rettigheten, og hva den omfatter. Dette kan føre til sprikende og vilkårlig praksis rundt hvem som får helsehjelp, som belyst både i denne rapporten og i tidligere studier.<sup>15</sup> Dersom tilgangen til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i det hele tatt skal særreguleres, må det gjøres med et regelverk med vilkår som det er mulig for helsepersonell å praktisere. Et uklart regelverk og manglende retningslinjer gjør at det blir opp til den enkelte behandler å fortolke og forstå regelverket i hver enkelt situasjon. Det medfører en personavhengig, sprikende og vilkårlig praksis. Praktiseringen av regelverket kan variere fra sak til sak og være avhengig av hvem som møter pasienten, og hvordan denne helsearbeideren vurderer behovet for helsehjelp og betaling. Således individualiseres ansvaret og kostningene både for pasient og helsearbeider.<sup>16</sup>

Det uklare regelverket bidrar også til at det er vanskeligere for pasientene å forstå hvilke rettigheter de har. En av informantene i denne rapporten beskrev en pasient som ikke oppsøkte helsehjelp selv om situasjonen var akutt, fordi hun trodde at hun ikke hadde rett til helsehjelp i det hele tatt. Et tydelig regelverk ville vært enklere å forholde seg til. Det er også lite hensiktsmessig at helsearbeidere må vurdere hvorvidt juridiske vilkår er oppfylt for medisinsk hjelp – tid som kunne vært brukt på å gi nødvendig helsehjelp heller enn til å skulle fungere som portvoktere.

### **Tilgang til primærhelsetjeneste er et minimum**

De fleste irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort som trenger helsehjelp, har et behov som kan løses i primærhelsetjenesten, altså innenfor det kommunehelsetjenesten tilbyr. Det viser erfaringen fra Helsesenteret for papirløse migranter, og som helsearbeiderne sa: Mange av behovene pasientene har, er også det man ser i en vanlig allmennpraksis. Flere av informantene viser også til at personer uten lovlig opphold venter til situasjonen blir helt akutt, før de oppsøker hjelp, og at de derfor går lenge med plager eller smerter som kunne blitt behandlet med mindre ressurskrevende virkemidler dersom helsehjelpen ble gitt på et tidligere tidspunkt. For noen blir tilstanden kronisk eller livstruende. En faktisk tilgang til primærhelsetjenester vil gjøre at behovet for helsehjelp blir oppdaget og dekket tidligst mulig og behandlet på mest mulig effektive vis.

### **Barn må få tilgang til fastlege**

Som vist i kapittel 2 har staten en streng plikt til å sikre at alle barn får tilgang til den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Forskriften om helsehjelp til personer uten lovlig opphold presiserer

12 Ibid.: avsnitt 48.

13 Süßmann 2015: 82.

14 CESCR 2020: avsnitt 38.

15 Lillevik & Tyldum 2021; Bendixsen 2015; Karlsen 2015.

16 Lønning & Houge (under utgivelse).

også at barn skal ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes. Barn har i tillegg rett til fornyet vurdering, fritt behandlingsvalg og individuell plan. Barn har imidlertid ikke rett til fastlege.<sup>17</sup>

Selv om tilgangen til helsehjelp tilsynelatende er god for barn, gjør mangelen på fastlege at barn ikke har en lege som kjenner dem og deres historikk, og at helsehjelpen må gis via legevakt eller på annen måte. Selv om barn på papiret har relativt god tilgang til helsehjelp, viser antallet barn som har brukt Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo, at det er flere barn som faktisk ikke får tilgang til helsevesenet og må bruke det frivillige apparatet i stedet – 161 barn fra 2009–2020. Tilgjengeligheten er altså ikke reell for alle.

### **Fastlege er «veien inn» til helsehjelp for både voksne og barn**

Funnene våre viser at manglende tilgang til fastlege er en reell barriere for helsehjelp uavhengig av om helsehjelpen skal betales for eller ikke. Fordelelene ved å kunne gå til en fastlege er mange. Fastlegen vil kjenne pasienten og sykdomshistorikken, slik at det er enklere å gi riktig helsehjelp til riktig tid. Kontinuitet og trygghet i relasjonen mellom pasient og helsearbeider er også et viktig poeng som informantene trakk frem. Fastlegen vil også ha anledning til å henvise til spesialisthelsetjenesten på vanlig måte når det er nødvendig. Personer som ikke har tilgang til fastlege, er avhengig av å få hjelp fra den kommunale legevakten, som ikke er rigget for å opptre som fastlege. Våre informanter forteller også om opplevde barrierer for tilgang til helsehjelp gjennom legevakt og nødetatene – instanse- ne de har rett til å henvende seg til for øyeblikkelig hjelp.

Selv om det er uklart hvor mange irregulære migranter som oppholder seg i Norge, er det trolig ikke veldig store fastlegeressurser som må til for å begynne å dekke behovet. Helsearbeidere i denne studien påpeker hvilken forskjell en tildelt 20 prosent legestilling tilknyttet Helsesenteret for papirløse migranter har utgjort etter at koronapandemien traff Norge. De uttrykker også bekymring for at denne stillingen ikke er permanent.

I 2020 anbefalte ØSK-komiteen norske myndigheter å gi personer uten lovlig opphold, inkludert barn, anledning til å stå på en fastlegeliste.<sup>18</sup> Selv om komiteens anbefalinger ikke er rettslig bindende, bør et slikt konkret råd tillegges stor vekt av norske myndigheter for å sikre at praksisen er i tråd med menneskerettslige krav.

### **Reell helsehjelp fordrer en finansieringsordning**

Irregulære migranter må dekke alle kostnader ved helsehjelp selv, med unntak av noen få spesielle områder.<sup>19</sup> Som vist i kapittel 2 må institusjonen som har gitt spesialisthelsetjenester, selv dekke kostnadene dersom pasienten ikke betaler. Reglene om betaling er spredt ut over flere forskjellige lover og er vanskelig tilgjengelig. Det er derfor ofte et problem for pasienter og helsearbeidere å finne frem til hva som gjelder.

Våre informanter beskrev hvordan økonomi utgjør en stor barriere for tilgang til helsehjelp, for å betale både for transport, helsehjelp og medisiner. Noen forteller at de vegrer seg for å oppsøke helsehjelp fordi det vil medføre kostnader. Andre lar være å oppsøke helsehjelp som faktisk ville blitt dekket av for eksempel helseforetaket, grunnet frykten for betalingskrav. Den økonomiske barrieren utgjør en reell fare for at personer venter

17 Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 § 2-1 c.

18 CESCR 2020: avsnitt 39.

19 Helse- og omsorgsdepartementet 2011a. Se også Søvig 2015, som blant annet drøfter betalingskrav og hvor det er gitt en oversikt over aktuelle unntak.



lengre med å oppsøke helsehjelp, og at den medisinske tilstanden forverres og blir vanskeligere og mer kostbar å behandle.

Manglende betalingsordning må ses i sammenheng med det menneskerettslige kravet om at helsehjelpen må være tilgjengelig. Når en økonomisk barriere står i veien for at helsehjelp blir gitt, er ikke tilgangen reell. Som tidligere nevnt har ØSK-komiteen anbefalt norske myndigheter å gjennomføre effektive tiltak for å sikre at alle har tilgang til primærhelsetjenester.<sup>20</sup> Tiltak som motvirker økonomiske barrierer, må være en del av dette. Staten er også forpliktet til å gjennomføre de menneskerettslige kravene innenfor tilgjengelige ressurser. Norge er en ressurssterk stat i denne sammenhengen, og en finansieringsordning for helsehjelp til irregulære migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort er et tiltak det kan forventes at Norge innfører.

### **Alle EØS-borgere må få nødvendig helsehjelp**

EØS-borgere som er i Norge på midlertidig tillatelse, men mangler helsetrygdkort, opplever i mange sammenhenger en begrenset tilgang til helsetjenester. Det samme er tilfellet i andre europeiske land.<sup>21</sup> Helsesenteret for papirløse migranter har hatt EØS-borgere som pasienter siden oppstarten, og i 2019 utgjorde EØS-borgere over halvparten av de nye pasientene ved Helsesenteret i Oslo.<sup>22</sup> Helsesenteret har identifisert et klart behov for helsehjelp for denne gruppen, men for å løse problemet trenger vi mer kunnskap om årsakene til behovet.

I forbindelse med utarbeidelsen av denne rapporten har vi ikke hatt kapasitet til å gå dypt inn i problemstillingene knyttet til EØS-borgere, men vi har identifisert flere områder som bør undersøkes

nærmere. Den faktiske situasjonen for EØS-borgere uten helsetrygdkort bør kartlegges i større grad og inkludere en undersøkelse av hvor mange personer det er snakk om, og hva slags helsetjenester det er behov for, men også hvilken tilknytning de har til hjemlandets trygdeordninger, og hvorfor de eventuelt ikke er medlem.

Videre bør den juridiske situasjonen utredes. Det er relativt klart hvilke rettigheter EØS-borgere har, når de kan fremvise helsetrygdkort, men situasjonen er uklar for dem som ikke har det og ikke kan betale for helsehjelp. Det bør klargjøres om EØS-borgere uten helsetrygdkort har samme rett til helsehjelp som andre EØS-borgere med midlertidig opphold. I dag er reglene vanskelig tilgjengelige, og det er ikke enkelt for verken pasienter eller helsepersonell å forstå hva lovverket sier.

Når helsetrygdkort mangler, må EØS-borgere på samme måte som irregulære migranter betale for helsehjelpen selv. Vi har tidligere vist hvordan risikoen for et betalingskrav kan være en økonomisk og praktisk barriere for pasientene. Det bør undersøkes nærmere om betalingskravet som EØS-borgere risikerer, på samme måte er en barriere som svekker den reelle tilgangen til helsehjelp og dermed kommer på kant med ØSK artikkel 12.

Et annet spørsmål som også bør utredes nærmere, er om dagens praksis, hvor tilgangen til helsehjelp er begrenset, er direkte eller indirekte diskriminering, jf. ØSK eller EMK artikkel 14. Det har kommet frem i ulike studier at en del av pasientene som er EØS-borgere, verken får tilgang til helsetjenester i Norge eller til helsetjenester i hjemlandet.<sup>23</sup> I tillegg er de ofte marginalisert; de lever under vanskelige kår og mangler gjerne et fast sted å bo. Dersom manglende medlemskap i hjemlandets trygde-

20 CESCR 2020: avsnitt 38-39.

21 Se eksempel fra Sverige i Länsstyrelsen i Stockholm 2020: 40.

22 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2020.

23 Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors 2017; Engebriktsen et al. 2014.

ordning er basert på diskriminerende praksis, må det vurderes om det innebærer fortsatt diskriminering når tilgangen til helsehjelp begrenses i Norge fordi dette medlemskapet mangler.

## RØDE KORS MENER:

Papirløse migranter og EØS-borgere uten helsetrygdkort må få utvidet tilgang til helsehjelp i Norge. Dette kan enkelt gjøres i tre steg:

- Forskriften om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 5 bokstav a må endres til: «nødvendig helsehjelp basert på vurdering fra helsepersonell».
- Det må opprettes en finansieringsordning for behandlere slik at disse kan få refundert utgifter og medisiner gitt til pasienter utenfor folketrygden.
- Barn og voksne uten fast opphold i riket må gis tilgang på fastlegeordningen.

I tillegg må situasjonen til EØS-borgere uten helsetrygdkort utredes nærmere for å sikre at disse får tilgang til helsetjenester i tråd med de internasjonale og regionale forpliktelsene Norge har under ØSK og EMK.

# REFERANSER

- Amelie, M. (2010). *Ulovlig norsk*. Oslo: Pax forlag.
- Arendt, H. (1968). *The Origins of Totalitarianism*. London: A Harvest Book.
- Askjer, J. F., Hilden, P. K. & Lie, A. K. (2021). *Irregulære migranternes rett og tilgang til behandling i distriktpsikiatriske sentre. Utposten 1*. [https://www.utposten.no/journal/2021/1/m-106/Helsepersonells\\_vurderinger](https://www.utposten.no/journal/2021/1/m-106/Helsepersonells_vurderinger) (hentet 23.07.2021).
- Barkensjö, M., Greenbrook, J. T. V., Rosenlundh, J., Ascher, H. & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: A qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden, *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(217).
- Barstad, A. (2017). *Humanitære behov i Norge*. SSB & Røde Kors. <https://www.rodekors.no/contentassets/bc8ae399af1e47d68e-b122f8ccdc0bd6/ssb-rapport-om-humanitære-behov-i-norge.pdf> (hentet 29.07.21).
- Bendixsen, S. (2015). Vilkårslige rettigheter? Irregulære migranternes tillit, sosiale kapital og kreative taktikker. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 184–202). Oslo: Gyldendal.
- Bendixsen, S. (2017). The Production of Irregular Migrants: The Case of Norway. *Two Homelands*, 42, 29–43.
- Bendixsen, S. (2018a). Differentiation of Rights in the Norwegian Welfare State: Hierarchies of Belonging and Humanitarian Exceptionalism. *Social Inclusion*, 6(3), 162–171.
- Bendixsen, S. (2018b). The politicized biology of irregular migrants: Micropractices of control, tactics of everyday life and access to health care. *Nordic Journal of Migration Research*, 8(3), 167–174.
- Bendixsen, S. (2018c). Transnational Practices of Irregular Migrants and Nation-State Management in Norway. *Nordic Journal of Migration Research*, 8(4), 229–236.
- Bendixsen, S. (2020). Existential Displacement: Health Care and Embodied Un/Belonging of Irregular Migrants in Norway. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44(4), 479–500.
- Brandvold, Å. (2021a, 20. mai). Gravide blir bedt om å undertegne en gjeldserklæring: Kan få inkasso. *Klassekampen*. <https://klassekampen.no/utgave/2021-05-20/kan-fa-inkasso> (hentet 01.09.2021).
- Brandvold, Å. (2021b, 22. mai). Helse Bergen sender fødselsregning til inkasso: 250.000 for å føde i Norge. *Klassekampen*. <https://klassekampen.no/utgave/2021-05-22/250000-for-a-fode-i-norge> (hentet 01.09.2021).
- Brandvold, Å. & Olsson, C. (2021, 26. mai). Jordmor Anett Michelsen hjelper gravide uten lovlig opphold i Norge med å føde hjemme: Ønsker seg et nytt system. *Klassekampen*. <https://klassekampen.no/utgave/2021-05-26/onsker-seg-et-nytt-system> (hentet 01.09.2021).
- Brean, A. (2019). De som trenger oss mest. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 10.4045/tidsskr.19.08.01
- Brunovskis, A. & Bjerkan, L. (2008) *Research with irregular migrants in Norway. Methodological and ethical challenges and emerging research agendas* (FoU-rapport). UDI.
- Brux, C., Hilden, K. & Middelthun, A.-M. O. (2019). "Klokka tikker, tiden går": Time and irregular migration. *Time & Society*, 28(4), 1429–1463.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2000). *General Comment No. 14 The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey-6PAz2qaojTzDjMc0y%2B9t%2BsAtGDNzdEqA6SuP2r0w%2F6sVBGT-pvTSCbiOr4XVFTqhOY65auTFbORPWNDxL> (hentet 23.8.2021).
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2013). *Concluding observations on the fifth periodic report of Norway*. <https://www.refworld.org/docid/52d53eb34.html> (hentet 23.8.2021).
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2020). *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*. <https://tinternet.ohchr.org/layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fNOR%2fCO%2f6&Lang=en> (hentet 23.8.2021).
- Committee on the Rights of the Child (CRC). (2013). *General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*. <https://www.docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPrICaQhKb7yhsqkirkQZLK-2M58RF%2F5F0vHClS1B9k1r3x0aA7FYrehINUfw4dHmlOxmFtmhai-MOkH80ywS3uq6Q3bqZ3A3yO0%2B4u6214CSatnrBIZT8nZmj> (hentet 23.8.2021).
- Den norske legeforening (2008). *Likeverdige helsetjenester? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/505d2d9408884b85837eef477ef1bbfe/likeverdige-helsetjenester-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere-pdf.pdf> (hentet 30.08.2021).
- Den norske legeforening (2013). *Policynotat nr. 1/2013: Papirløse innvandrere*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/618b14a32a8340e-8a9cf8d90af22fd0e/papirløse-innvandrere.pdf> (hentet 30.08.2021).
- Djuve, A. B., Friberg, J. H., Tyldum, G. & Zhang, H. (2015). *When poverty meets affluence: Migrants from Romania on the streets of the Scandinavian capitals*. <https://www.fafu.no/images/pub/2015/954-innmat-trykk.pdf> (hentet 31.08.2021).
- Düvell, F., Triandafyllidou, A. & Vollmer, B. (2010). Ethical Issues in Irregular Migration Research in Europe. *Population, Space and Place*, 16(3), 227–239.
- Düvell, F. (2011). Paths into Irregularity: The Legal and Political Construction of Irregular Migration. *European Journal of Migration and Law*, 13(3), 275–295.
- Engebrigtsen, A. I., Fraenkel, J. & Pop, D. (2014). *Gateliv: Kartlegging av situasjonen til utenlandske personer som tigger* (Rapport 7/2014). NOVA.
- Ertzeid, H. (2018). Nesten halvparten sier de ikke har nok mat på asylmottak. OsloMet. <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/nesten-halvparten-sier-de-ikke-har-nok-mat-asylmottak> (hentet 31.08.2021).
- European Union – Your Europe. (2020a). *FAQs – Health cover for temporary stays*. [https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/faq/index\\_en.htm](https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/faq/index_en.htm) (hentet 31.8.2021).
- European Union – Your Europe (2020b) *Health cover for temporary stays*.

[https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index\\_en.htm](https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index_en.htm) (hentet 31.8.2021).

Figenschou, T. U. & Thorbjørnsrud, K. (2015). Myndigheters propaganda eller demokratisk arena: Irregulær migrasjon i norske nyhetsmedier. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 110–127). Oslo: Gyldendal.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-09-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=FOR-2012-08-29-842> (hentet 23.8.2021).

Haddeland, H. B. (2020a). Termen «ulovlig» brukt om opphold i utlendingsretten: Kritik og alternativer. *Retfærd. Nordisk Juridisk Tidsskrift*, 165(2), 29–46.

Haddeland, H. B. (2020b). The Right to Health Care for Irregular Migrants in Norway: Interpretation, Accessibility, and Gaps Between Needs and Rights. *Nordic Journal of Human Rights*, 37(4), 329–349.

Hesledirektoratet. (2018a). § 21. *Hovedregel om taushetsplikt (sist faglig oppdatert 28. juni 2018)*. <https://www.hesledirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt> (hentet 01.09.2021).

Hesledirektoratet. (2018b, ikke publisert). *Evaluering av Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Helsehjelp til personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold*. (Nr. I-5/2011) [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-52011-helsehjelp-til-personer-uten-fas/id662225/> (hentet 23.08.2021).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket* (FOR-2011-12-16-1255) [Forskrift] <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255> (hentet 06.09.2021).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf) (hentet 30.08.2021).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge*. (Nr. I-3/2017) [Rundskriv]. [Rundskriv I-3/2017 Dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/dokumenter/i-3/2017-dekning-av-utgifter-ved-helsehjelp-i-helseinstitusjoner-under-den-offentlige-spesialisthelsetjenesten-blant-annet-for-personer-som-ikke-er-bosatt-i-norge) (hentet 29.8.2021).

Jacobsen, C. M. (2015). Begreper og perspektiver i forskningen om irregulær migrasjon og velferd. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 25–46). Oslo: Gyldendal.

Karlsen, M. A. (2015). Når helsevesenet blir en del av migrasjonskontrollen: Ethiske og praktiske dilemmaer for helsearbeidere. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvi (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 128–145). Oslo: Gyldendal.

Karlsen, M. A. (2021a). *Migration control and access to welfare: The precarious inclusion of irregular migrants in Norway*. London: Routledge.

Karlsen, M. A. (2021b). Waiting out the condition of illegality in Norway. I C. M. Jacobsen, M.-A. Karlsen & S. Khosravi (red.), *Waiting and the Temporalities of Irregular Migration* (s. 113–130). London: Routledge.

Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors. (2017). *Årsrapport 2016 – det skjulte helsebehovet*. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2018/06/19151832/%C3%85rsmelding-Helsesenteret-2016.pdf> (hentet 1.9.2021)

Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors. (2019). *Årsmelding 2018: Helsen-*

*teret for papirløse migranter*. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2018/06/19150141/A%CC%8Arsmelding-Helsesenteret-2018.pdf> (hentet 31.08.2021).

Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors. (2020). *Årsmelding 2019*. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2020/05/22134133/%C3%85rsmelding-2019-Helsesenteret-Bergen.pdf> (hentet 30.08.2021).

Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors. (2020). *Årsmelding 2019: Helsen-teret for papirløse migranter*. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2020/06/05124131/A%CC%8Arsmelding-Helsesenteret-2019.pdf> (hentet 30.07.2021).

Kirkens Bymisjon & Bergen Røde Kors. (2021). *Årsmelding 2020*. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2021/04102118/Arsmelding-2020-Helsesenteret.pdf> (hentet 30.08.2021).

Kirkens Bymisjon & Oslo Røde Kors. (2021). *Årsmelding 2020: Helsen-teret for papirløse migranter*. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2018/06/14104338/Arsmelding-2020-helsesenteret-for-papirløse-migranter-.pdf> (hentet 19.07.2021).

Kjærre, H. A. (2015). Kontrollvelferd i det norske mottakssystemet: Mottakstilværelsen og livet utenfor. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 203–222). Oslo: Gyldendal.

Kvamme, E. & Ytrehus, S. (2015). Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability*, 6(1).

Länsstyrelsen i Stockholm. (2020). *Uppdrag om nationell samordning avseende utsatta EU/EES-medborgare som saknar uppehålls rätt i Sverige – SLUTRAPPORT*. Länsstyrelsen i Stockholm. <https://www.lansstyrelsen.se/stockholm/tjanster/publikationer/2020/uppdrag-om-nationell-samordning-avseende-utsatta-eu-ees-medborgare-som-saknar-uppehalls-ratt-i-sverige---slutrapport.html> (hentet 03.09.2021)

Lillevik, R. & Tyldum, G. (2021). *Irregulær bistand: En kartlegging av norske storbyers møter med irregulære migranter*. Fafo. (Fafo-rapport 2021: 15).

Ljosdal, L. D. (2015). Barn av irregulære migranternes møte med den norske skolen. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 242–258). Oslo: Gyldendal.

Lønning, M. N. & Houge, A. B. (under utgivelse). «Jeg kan ikke slåss på to fronter»: Engasjement og utholdenhet i rehabiliteringsarbeid med torturutsatte. *Tidsskrift for velferdsforskning*.

Mburu, C. B., Middelthun, A.-L. & Hilden, P. K. (2015). Utvikling av psykiske og psykososiale helsetjenester ved Helsesenteret for papirløse migranter. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 165–182). Oslo: Gyldendal.

Misje, T. (2020). Social work and welfare bordering: The case of homeless EU migrants in Norway. *European Journal of Social Work*, 23(3), 401–413.

Myhrvold, T. (2010). Illegale ved sin blotte eksistens: om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester: En systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden*, 97(30), 38–43.

Myhrvold, T. & Småstuen, M. C. (2017). The mental healthcare needs of undocumented migrants: An exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 825–839.

Myhrvold, T. & Småstuen, M. C. (2019). 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*, 28(11–12), 2073–2087.

- NAV. (2014, sist oppdatert 02.07.2021). *Statlige veiledende retningslinjer for økonomisk stønad*. [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kontakt-nav/oversikt-over-satser/statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad\\_kap](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kontakt-nav/oversikt-over-satser/statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad_kap) (hentet 31.08.2021).
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi.pdf> (hentet 02.05.2021).
- Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening & Norsk Psykologforening (u.å.) *Opprop for papirløse i Norge*. <https://www.papirløse.org/#opprom> (hentet 30.08.2021).
- Ottesen, S. H., Eick, F. & Hilden, K. (2015). Erfaringer fra Helsesenteret for papirløse. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 146–164). Oslo: Gyldendal.
- Oxford Research. (2014). Et marginalt problem? *Asylsøkere, ulovlig opphold og kriminalitet*. [https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou\\_i/beskyttelse/et-marginalt-problem---endelig.pdf](https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/beskyttelse/et-marginalt-problem---endelig.pdf) (hentet 23.08.2021).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/> (hentet 23.08.2021).
- PU. (2021). *Hvor mange oppholder seg ulovlig i Norge?* <https://www.politiet.no/om/organisasjonen/sarorganene/politiets-utlendingsenhet/hvor-mange-oppholder-seg-ulovlig-i-norge/> (hentet 19.07.2021).
- Red Cross Red Crescent Global Migration Lab. (2021). *Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EN-RCRC-Global-Migration-Lab-Locked-down-left-out-COVID19.pdf> (hentet 24.08.2021).
- Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems (Text with relevance for the EEA and for Switzerland). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02004R0883-20140101> (hentet 06.09.2021).
- Røde Kors. (2020). *Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. Oslo: Røde Kors.
- Røde Kors. (2021a). *Røde Kors' møter med internerte migranter i Norge fra 2010–2020: Ti år med besøk til Politiets utlendingsinternat på Trandum*. Oslo: Røde Kors.
- Røde Kors. (2021b). «Velferdssamfunnet satt på prøve.» *Humanitære konsekvenser i kjølvannet av covid-19-pandemien*. Oslo: Røde Kors.
- SOU 2011: 48. (2011). *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/49b6a1/contentassets/5eb63a85e7364014a30c2905ad712ea0/vard-efter-behov-och-pa-lika-villkor---en-mansklig-rattighet-sou-201148> (hentet 30.08.2021).
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenestelov> (hentet 23.08.2021).
- Stortinget. (2021a). *Legeforeningens innspill til representantforslag 46 S (2020–2021)*. <https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Horing/horingsinnspill/?dnid=14698&h=10004223> (hentet 30.08.2021).
- Stortinget. (2021b). *Representantforslag om helsehjelp til alle i Norge, også til papirløse migranter samt tilreisende EØS-borgere uten helsetrygd-kort*. Dokument 8:46 S (2020–2021), Innst. 262 S (2020–2021). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=81993> (hentet 30.08.2021).
- Süssmann, A. (2015). *Dronning i grenseland?* I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 69–89). Oslo: Gyldendal.
- Søvig, K. H. (2015). *Tilgang til velferdstjenester for irregulære migranter etter det norske regelverket*. I S. K. Bendixsen, C. M. Jacobsen & K. H. Søvig (red.), *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet* (s. 47–68). Oslo: Gyldendal.
- UDI. (2008, sist endret 06.05.21). *2008-035V1 Satser for økonomiske ytelser til beboer i mottak i 2021*. <https://www.udiregelverk.no/rettetkilder/udi-retningslinjer/udi-2008-035/udi-2008-035v1/> (hentet 19.07.2021).
- Weiss, N. (2013). *Normalitet i limbo: Asylbarn med endelig avslag*. Fafo. (Fafo-rapport 2013: 47).
- Zhang, L. C. (2008). *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway*. Statistics Norway, Division for Statistical Methods and Standards. [https://www.ssb.no/a/english/publikasjoner/pdf/doc\\_200811\\_en/doc\\_200811\\_en.pdf](https://www.ssb.no/a/english/publikasjoner/pdf/doc_200811_en/doc_200811_en.pdf) (hentet 02.05.2021).
- Øien, C. & Sønsterudbråten S. (2011). *No Way In. No Way Out? A Study of Living Conditions of Irregular Migrants in Norway*. Fafo. (Fafo-rapport 2011: 03).
- Øverland, M. B., Berg, B., Valenta, M. & Lauritsen, K. (2020). *Kan ikke reise – får ikke bli: Mottaksliv for tidligere enslige mindredrige på voksenmottak*. NTNU Samfunnsforskning.
- Aarseth, S., Kongshavn, T. & Kristiansen, O. (2009). *Går papirløse innvandrere til allmennlege? Utposten 4, 7-11*.
- Aarseth, S., Kongshavn, T., Maartmann-Moe, K. & Hjortdahl, P. (2016). *Papirløse migranter og norske allmennleger*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, 911–913.





