

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Helsehjelp til papirløse migranter

Cecilie Tsesmetsis

Høgskolelektor og anestesisykepleier
Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag, Høgskolen i Østfold

Jonas Debesay

Professor
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Helsepersonell

Frivillig arbeid

Papirløse migranter

Dilemma

Dybdeintervju

Sykepleien Forskning 2023;18(92992):e-92992

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.92992](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.92992)

Abstract

Bakgrunn: Papirløse migranter er mennesker som av ulike grunner befinner seg i Norge uten lovlig opphold. Juridisk har denne pasientgruppen kun krav på helsehjelp ved akutte tilstander. I mangel av et fullverdig tilbud til de papirløse fra den offentlige helsetjenesten prøver frivillige organisasjoner å dekke deres helsebehov. For de frivillige i organisasjonene kan det være etisk utfordrende å bevitne at sykdomstilstander forblir ubehandlet, men som med riktig oppfølging og tidlig intervensjon kunne vært forhindret.

Hensikt: Å utforske hvilke erfaringer og opplevelser frivillig helse- og sosialpersonell har med å gi støtte og helsehjelp til papirløse migranter.

Metode: Vi har gjennomført seks semistrukturerte dybdeintervjuer med frivillige på et helsesenter i tillegg til observasjon under et hospiteringsopphold. Intervjuene ble gjennomført fra mai til september 2021 og er analysert ved hjelp av Braun og Clarkes tematiske analyse.

Resultat: Studien viser at helse- og sosialpersonell ofte reagerte med frustrasjon og sinne over at sårbare papirløse migranter ble nektet den helsehjelpen de trengte. Studiedeltakerne opplevde å stå i situasjoner som utfordret deres yrkesetikk og kompetanse. Deltakernes engasjement overfor pasientene var drevet av det faglige ansvaret de kjente på som profesjonsutøvere og medmennesker. Samtidig opplevde de det som motiverende å bidra til å endre strukturelle ulikheter.

Konklusjon: Helsesenteret tilbyr tilpasset støtte og helsehjelp til papirløse migranter. Dette tilbudet eksisterer som et parallelt alternativ til det offentlige helsevesenet. Selv om de frivillige utfører et nødvendig og viktig arbeid overfor sårbare migranter, har innsatsen deres en personlig, følelsesmessig kostnad.

Introduksjon

På verdensbasis har tallet på personer som migrerer, vært stabilt de siste femti årene. Grunnet befolkningsvekst er tallet nå stigende (1).

I 2020 var nærmere 89 millioner migranter tvunget på flukt av ulike grunner. Den største andelen var på flukt i sitt eget land. Av disse er det kun registrert 4,1 millioner asylsøkere (2). En papirløs migrant er en person som 1) har ankommet landet med søknad om asyl og fått avslag, 2) har ankommet landet uten dokumentasjon eller gyldige innreisepapirer og unnlatt å registrere seg hos myndighetene, eller 3) har utgått visum eller oppholdstillatelse (3, 4).

Papirløse migranter er en av gruppene i befolkningen som ikke mottar den helsehjelpen de har behov for (5). Det er vanskelig å anslå hvor mange som har søkt tilflukt i Norge uten gyldig oppholdstillatelse, da det er vanskelig å innhente systematisk informasjon om denne gruppen. I 2020 var det registrert cirka 3000 personer med ulovlig opphold ifølge en oversikt utarbeidet av Politiets utlendingsenhet, mens i 2022 var tallet redusert til litt over 1800 personer.

I en familie kan en av ektefellene være papirløs mens den andre ektefellen og eventuelle barn har gyldig oppholdstillatelse. En slik livssituasjon påvirker hele familien negativt fordi den papirløse ikke har mulighet til å arbeide lovlig, og barna pådrar seg høyere risiko for helseplager enn andre barn. Det gjør at familiene ofte lever et avsondret og ustabilt liv, med få tilgjengelige ressurser (6, 7). Å være på flukt eller oppholde seg ulovlig i et land er psykisk belastende, hvor følelsen av usikkerhet og redsel for deportering fører med seg konstant stress og isolasjon (8, 9).

Papirløse migranter får manglende oppfølging fra instanser i helsetjenesten som tilbyr bistand ved ikke-akutte tilstander. For å benytte seg av fastlegetilbudet må personen for eksempel være medlem av folketrygden, noe som ekskluderer papirløse migranter og skaper store utfordringer for barna deres (7, 10).

Papirløse migranter har større risiko for diabetes, kardiovaskulære lidelser og psykiske lidelser, da disse lidelsene gjerne henger sammen med levevilkår og livsstil. I praksis betyr dette at sykdommer som med riktig behandling ikke ville påført pasienten særlig skade, får utvikle seg til akutte tilstander og kan forringe pasientens livskvalitet og/eller ha dødelig utfall (8, 11, 12).

Tidligere forskning har vist at helsepersonell som arbeider frivillig med papirløse migranter, syntes det var vanskelig å gi helsehjelp til denne pasientgruppen, blant annet fordi de manglet utstyr og ressurser (11, 13, 14). Det norske regelverket begrenser også helse- og sosialpersonells mulighet til å gi behandling utover ikke-akutte tilstander, noe som ofte fører til etiske dilemmaer knyttet til egen profesjon og kompetanseområde (5, 15, 16).

I tillegg er sosioøkonomiske ulikheter som levestandard, arbeid og utdanning en direkte årsak til helseproblemene blant papirløse migranter og vanskelig for den frivillige å gjøre noe med (11, 13). Konsekvensen er at frivillig helsepersonell stadig sitter igjen med en følelse av ikke å strekke til i arbeidet med pasientene. Ofte legger de ned mer engasjement og følelser i denne typen frivillig arbeid enn i deres betalte arbeid i helsevesenet. De føler både en sterkere tilknytning til og er mer bekymret for pasienten (11).

Manglende forståelse og støtte fra andre deler av helsevesenet fører til en følelse av frustrasjon og fortvilelse blant de som på frivillig basis tilrettelegger for at denne pasientgruppen får best mulig helsehjelp (11, 13, 14, 17). For å kunne tilby gode og verdige helsetjenester til alle er det behov for å innhente kunnskap om helsetjenestetilbudet til sårbare grupper som papirløse migranter.

Hensikten med studien

Vi ønsket å utforske erfaringene og opplevelsene til frivillig helse- og sosialpersonell som tilbyr støtte og helsehjelp til papirløse migranter.

Metode

Studien har et kvalitativt design. Vi benyttet semistrukturerte individuelle intervjuer for å utforske studiedeltakernes erfaringer med og opplevelser i arbeidet som frivillige ved et helsesenter for papirløse migranter (18). Det er særlig møtet med pasientene, oppfatningen av den offentlige helsehjelpen for papirløse migranter samt mulige forskjeller mellom arbeidet deres ved helsesenteret og i det offentlige helsevesenet som var av interesse.

Setting

I rekrutteringsprosessen henvendte vi oss til Helsesenteret for papirløse migranter for å rekruttere helse- og sosialpersonell som hadde et pågående eller nylig avsluttet frivillig ansettelsesforhold. Et informasjonsskriv om prosjektet ble videreformidlet til aktuelle studiedeltakere, hvor de ble oppfordret til å ta kontakt med førsteforfatteren for å avtale intervju.

Helsesenteret for papirløse migranter er en del av Kirkens Bymisjons tilbud om behandling og helsehjelp. Helsesenteret blir driftet som en mellomting av en legevakt og et fastlegekontor og er et gratis og åpent drop-in-tilbud to dager i uken.

Utvalg

Deltakerne i studien er strategisk utvalgt ut fra sted og erfaringsbakgrunn, men det er også et bekvemmelighetsutvalg (19) som følge av vanskeligheter med å rekruttere under covid-19-pandemien. To av deltakerne hadde faglig bakgrunn som sykepleier, to var sosionom og én bioingeniør. Alle var kvinner. Deres arbeidserfaring i det offentlige helsevesenet strakk seg fra ett år til over 30 år. De hadde mellom ett og tre års erfaring som frivillig ved helsesenteret.

Datasamling

Førsteforfatteren gjennomførte seks intervjuer med fem av deltakerne, der ett var et oppfølgingsintervju. På grunn av smitterestriksjoner under covid-19-pandemien ble intervjuene gjennomført digitalt i perioden mai til september 2021. Videomøtetjenesten Zoom ble brukt til å gjøre lydopptak før førsteforfatteren transkriberte intervjuene fortløpende. Hvert intervju varte i gjennomsnitt 75 minutter.

Dataene er supplert med observasjonsnotater knyttet til de frivilliges arbeid i ulike pasientsituasjoner under et besøk ved helsesenteret på en kveldsvakt. Førsteforfatteren fulgte de ansatte gjennom kveldsvakten. De beskrev fortløpende hvordan de utførte konsultasjoner med tjenestebrukene, men bidro selv ikke i arbeidet som ble utført (20).

Vi brukte en semistrukturert intervjuguide som var utarbeidet på bakgrunn av tilgjengelig litteratur og våre egne erfaringer i møte med papirløse migranter som helsepersonell. Spørsmålene handlet om deltakerens motivasjon og forventninger til det frivillige arbeidet samt erfaringer og opplevelser i møte med pasientene ved helsesenteret.

Førsteforfatteren har arbeidserfaring med papirløse migranter både fra prehospital og offentlig helsetjeneste som sykepleier. Andreforfatteren har selv flyktningbakgrunn, er sykepleier og en erfaren forsker innen migrasjon og helsetjenester.

Målet var å få kunnskap om deltakernes erfaringer og opplevelser med frivillig arbeid ved helsesenteret, deres mulighet for faglig arbeid og deres forhold til lovpålagte begrensninger i helsehjelpen overfor papirløse migranter.

Dataanalyse

Etter at alle intervjuene var transkribert av førsteforfatteren, brukte vi Braun og Clarkes (21) sekstrinns tematiske dataanalyse for å analysere dataene. I første trinn leste vi gjennom de transkriberte tekstene fra alle deltakerne for å bli kjent med datamaterialet. En utskrift av transkripsjonen ble sendt til deltakerne for korrigering og godkjenning.

Etter at vi hadde lest gjennom i flere runder, identifiserte vi meningsbærende enheter. Deretter organiserte vi de meningsbærende enhetene ved hjelp av fargekoder for å avdekke mønstre i teksten og utvikle undertemaer og overordnede temaer (se tabell 1).

1. Eksempel på analyseprosessen – fra mening til koding

Utsagnsbærende enhet	Kode
personell er jo også bare mennesker og har ulik erfaring kjennskap til gruppen og plukker opp ulike ting i media, n har også litt, ja, andre holdninger – rare og dårlige inger, det ser vi jo. Og det kan jo også gjennomsyre et ller en henvisning.»	Samarbeid med offentlig helsevesen Holdninger hos helsepersonell Mediers påvirkning
· jo en sånn fortvilelse over systemet. Jeg opplevde erson hadde en alvorlig lidelse som ble behandlet i s, men på grunn av at personen var papirløs, fikk den mme [...]. Og det er både på grunn av ting i systemet, jså på grunn av vanskelig forhold hos personen selv, og ævesenet ikke visste hvordan de skulle ta oppfølgingen, de ikke oppfølgingen som er standard i etterkant, som rte til at den personen mest sannsynlig ikke kommer til æve dette.»	Fortvilelse Mulighet for oppfølging Sosioøkonomisk status og helse

Etiske overveielser

Deltakerne ble bedt om å signere en samtykkeerklæring for frivillig deltakelse i prosjektet. Der ble det i tillegg opplyst om muligheten for å trekke tilbake samtykket uten å oppgi noen grunn. Prosjektet ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 775443. Opplysninger som kunne identifisere personene, ble aidentifisert og lagret på et sikkert område i henhold til retningslinjene til Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) (22).

Resultater

Funnene fra studien resulterte i tre temaer: 1) Å være vitne til forskjellsbehandling, 2) Profesjonell etikk og kompetanse, og 3) Frivillig arbeid – mot et felles mål. Temaer og undertemaer er presentert i tabell 2.

summering av temaer og undertemaer

	Undertema
ing	Egne reaksjoner knyttet til det frivillige arbeidet ved helsesenteret
	Samfunnets reaksjoner knyttet til arbeidet med papirløse migranter
	Å jobbe mot strukturer som bidrar til urettferdighet
og kompetanse	Det moralske kompasset i skjæringspunktet med yrkesetikken
	Vurderingskompetanse og profesjonell autonomi
not et felles mål	Nettverksbygging og et bedre tverrfaglig samarbeid
	Helhetsforståelse for helsehjelp og behandling

Å være vitne til forskjellsbehandling

Det frivillige arbeidet ved Helsesenteret for papirløse migranter fører ofte til sterke følelsesmessige reaksjoner blant helse- og sosialpersonellet: «Det er ganske ofte at jeg er både frustrert, forbanna og lei meg, og føler veldig på den uretten, og særlig fordi at man står der litt i skvis og prøver med sykehuset, med politikere som sier det samme om og om og om igjen.»

Studiedeltakerne uttrykte ofte både frustrasjon og fortvilelse over et system som de oppfattet bidro til og opprettholdt en systematisk forskjellsbehandling.

Å være vitne til at papirløse migranter tilbys dårligere helsetjenester enn befolkningen ellers var tyngende for helse- og sosialpersonellet. De fortalte at som yrkesutøver i det frivillige arbeidet blir man ofte vitne til at «folk må vente, de lider og lever vanskelige liv og får ikke helsehjelp».

Pasientene som de frivillige møtte, fortalte om situasjoner med overgrep eller vold, noe som ga helse- og sosialpersonellet sterke følelsesmessige reaksjoner. Selv om deltakerne uttrykte at de hadde behov for tid til refleksjon og utblåsing, fantes det ikke noe systematisk tilbud om veiledning eller debriefing. Ofte ble fritiden brukt til å bearbeide de sterke inntrykkene som oppsto i møte med pasientene.

Urettferdigheten i tilbudet til de papirløse pasientene som de frivillige erfarte, kunne også være en drivkraft til å skape endringer, eller «aktivisme på grasrotnivå», som en av deltakerne kalte det. Selv om systemet kan være rigid, opplevde deltakerne det likevel som motiverende å jobbe for denne pasientgruppen – særlig når de så at det nyttet. I de større byene er det i dag bedre samarbeid mellom det offentlige helsevesenet, kommunen og helsesenteret.

Under nedstengningen på grunn av covid-19 ble helsesenteret holdt åpent, da det ble beskrevet som en «essensiell tjeneste». Den finansielle støtten fra kommunen har også økt de siste årene. Noen av deltakerne fortalte dessuten at enkelte mindre steder tilbyr lokale løsninger, slik at pasientene både får tilbud om fastlege og oppfølging fra Nav, noe som bidro til at engasjementet føltes nyttig og personlig givende.

Profesjonell etikk og kompetanse

Deltakerne beskrev at de ofte sto i et spenningspunkt mellom hva man som profesjonell yrkesutøver *bør* gjøre for denne pasientgruppen, og hva man *kan* gjøre. De opplevde denne begrensede handlefriheten som etisk vanskelig i arbeidet med papirløse migranter.

De forklarte at det fremdeles kan være vanskelig for utenforstående å se hele bildet, hvordan enkle grep kan ha store konsekvenser for livskvaliteten og tilværelsen til disse pasientene: «Det å ikke kunne gjøre noe med omstendighetene er vanskelig.»

Denne problemstillingen trakk deltakerne frem i forbindelse med at det var vanskelig å hjelpe en person med søvndepresjon når de ikke disponerte et egnet sted der vedkommende kunne sove.

Flere opplevde at helsehjelpen man endte opp med å gi, ofte var ganske lik som tilbudet en person med fulle rettigheter ville mottatt. Det lot seg gjøre fordi de valgte å se vekk fra lovverket og gi full helsehjelp til de som trengte det. Samtidig førte deltakernes engasjement på helsesenteret til at de papirløse migrantene lettere kunne få tilbud om helsehjelp eller oppfølging på den frivilliges arbeidsplass i det offentlige helsevesenet.

Deltakerne anså dette som gunstig for den enkelte pasienten, men erkjente at på sikt var slike løsninger med på å opprettholde forskjellsbehandlingen. Deltakerne påpekte videre at de helst skulle sett at kommunen tok mer ansvar for denne pasientgruppen, og at et forsvarlig og likeverdig helsetilbud ble opprettet.

Frivillig arbeid – mot et felles mål

Med den nåværende praksisen opplever deltakerne at papirløse migranter ender med å motta et relativt godt tilbud og tilnærmet likt det som de med krav på helsehjelp får, bare at de papirløse er nødt til å oppsøke helsesenteret for å få denne hjelpen. Helsesenteret har av den grunn blitt en «trygg base» for denne pasientgruppen, der de kan få helsehjelp uten å være redd for rettslige sanksjoner.

Driften av helsesenteret avhenger av frivillighet, som gjør det utfordrende å sikre et fast tjenestetilbud til de som bruker helsesenteret. Man er avhengig av mange ressurser for å kunne tilby et likeverdig tilbud ved hver vakt. Da studiedeltakerne fikk spørsmål om hva de oppfattet som det viktigste for å sørge for at denne pasientgruppen får helsehjelpen og behandlingen de mangler, var svaret enstemmig å endre lovverket: «Jeg tror nok det er den største barrieren.»

Gitt deres felles engasjement og motivasjon erfarte flere av deltakerne at samarbeidet ved helsesenteret var godt – også på tvers av ulike profesjoner: «På sykehus, der er det jo veldig sann at det kan være litt sann skille på yrker og profesjoner og sånne ting, men på helsesenteret så føles det ut som vi har en felles forståelse.»

De opplevde samarbeidet på helsesenteret som helt særegent og langt bedre enn det de erfarte i sitt ordinære arbeid.

Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen var å utforske erfaringer og opplevelser til frivillige helse- og sosialpersonell som tilbyr støtte og helsehjelp til papirløse migranter. Hovedfunnene fra studien viser at det frivillige arbeidet er etisk utfordrende og krever et stort engasjement, men samtidig er det personlig givende.

Mer enn bare helsehjelp – utfordringen med å være dedikert

Våre funn tyder på at det frivillige arbeidet med papirløse migranter fremkaller en sterk emosjonell respons hos deltakerne, noe som krever både tid og gode mestringsstrategier å bearbeide. De påpekte spesielt situasjoner der papirløse migranter med mindre akutte problemstillinger får begrenset oppfølging. De frivillige syntes slike situasjoner var følelsesmessig vanskelige å være vitne til, da tilstrekkelig oppfølging kunne ha hatt positiv innvirkning på sykdomsforløpet.

Studier viser at manglende bearbeidelse av utfordrende situasjoner ikke bare kan medføre stress og utbrenthet, men kan påvirke den enkeltes arbeidskapasitet og motivasjon (23–25). De frivillige ble sittende igjen med en opplevelse av å ha utilstrekkelig kompetanse og for få ressurser til å kunne tilby god oppfølging. I stedet ble de vitne til at pasientens livskvalitet ble dårligere.

Funnene våre viser at de frivillige opplevde det som følelsesmessig mer utfordrende å ta vare på papirløse migranter enn å ta vare på pasienter i det offentlige helsevesenet. Det har trolig sammenheng med det tidligere studier beskriver, at situasjonen til den papirløse migranten ofte er kompleks. Problemstillingen omfatter gjerne dårlige boforhold samt mangel på trygghet og tilhørighet, noe som påfører den frivillige både stress, frustrasjon og sinne (11, 17).

Faglig innsats i et frivillig miljø utfordrer yrkesetikken

Våre funn tyder på at det frivillige arbeidet bidrar til at helse- og sosialpersonellet utvikler en sterk etisk ansvarsfølelse overfor papirløse migranter. De kjenner på dette ansvaret i kraft av å være helse- og sosialpersonell. De kjenner også på solidaritet og empati i kraft av å være medmennesker. Denne ansvarsfølelsen var sterkere i deres frivillige arbeid enn i deres regulære arbeid, noe som ga en opplevelse av at yrkesetikken var under press (11, 26).

Selv om det tidvis følte tyngende å tilby helsehjelp som frivillig i en slik setting, beskrev de det som positivt å kunne være den personen som stiller opp når samfunnet generelt mangler adekvate støttende funksjoner for de papirløse.

Lovverket og de internasjonale etiske retningslinjene tillater helse- og sosialpersonell å tilby helsehjelp, uavhengig av pasientens rettslige status og betalingsevne (27, 28). Selv med begrensede økonomiske midler til disposisjon var de frivillige ved helsesenteret i større grad fritatt fra økonomiske bekymringer. De anvendte det tilgjengelige utstyret uten frykt for å bruke opp ressursene eller overskride kostnadsrammene ved senteret.

Av den grunn hadde deltakerne et større handlingsrom til å ivareta pasienter på helsesenteret enn på sin egen arbeidsplass, som gjerne har et begrenset tilbud av økonomiske hensyn. Likevel opplevde helse- og sosialpersonellet ved helsesenteret ofte å stå i situasjoner der de så at pasienten hadde et behov som ikke ble møtt.

Ufullstendig ivaretagelse av pasienters helseutfordringer har ofte sammenheng med at frivillig arbeid noen ganger utføres av personer med begrenset erfaring og kompetanse. Enkelte frivillige mangler erfaring og kompetanse. Det kan være en utfordring som bidrar til lavere krav til kvalitet enn de som ellers stilles til aktører i det offentlige helsevesenet (28).

Frivillig innsats i omsorgsfeltet

Som frivillig ved Helsesenteret for papirløse migranter har helse- og sosialpersonellet tilegnet seg en bred forståelse av og rikelig med kunnskap om innvandrerhelse. De er ofte i kontakt med pasienter som har migrert, og får et godt innblikk i hvordan påkjenningene med å forlate hjemlandet har påvirket livskvaliteten og helsen. Å øke den helser relevante kulturkompetansen til helsepersonell er beskrevet som et satsingsområde av Helse- og omsorgsdepartementet (29).

Helsesenteret er en viktig arena for å innhente kunnskap om pasientgruppen, både om levestett og kultur. Frivilliges erfaringer kan være en betydningsfull ressurs å bruke i holdningsendrende arbeid og for å styrke den kulturelle kompetansen i det offentlige helsevesenet.

Det er generelt lav rekruttering av frivillige til humanitære organisasjoner, særlig knyttet til omsorgsfeltet. Til tross for jevn rekruttering til akkurat denne frivillige organisasjonen er det fare for at høy gjennomtrekk av ansatte kan bidra til å skape ustabilitet og manglende kontinuitet for både frivillige og pasienter (30–32).

For pasientens helse og kvaliteten på senteret vil det helt klart være positivt å forsøke å beholde erfarne frivillige, men da er det nødvendig at det legges til rette for forhold som skaper tilhørighet og motivasjon slik at den frivillige ønsker å fortsette i organisasjonen.

Styrker og svakheter ved studien

Ettersom intervjuene hadde en semistrukturert utforming, kan dataene i studien være påvirket av denne åpenheten. Ulike oppfølgingsspørsmål basert på samme intervjuguide kan gi opphav til ulike data (33). Likevel åpnet et slikt semistrukturert intervju for at deltakerne kunne fortelle mer åpent om hva som engasjerte og motiverte, og hva som begrenset og utfordret deres frivillige aktiviteter.

En styrke ved studien kan være at forfatterne har bakgrunn fra helsehjelp og har minoritetsbakgrunn, noe som kan ha gjort det lettere å stille mer saksrelevante spørsmål til studiedeltakerne (34).

En av studiets svakheter er et relativt lavt antall deltakere, noe som kan gi begrenset informasjon (35). Samtidig er datamaterialet nyansert og mangfoldig ettersom informantene hadde ulik sosialfaglig bakgrunn. Datamaterialet gir god innsikt i deltakernes situasjon som frivillige ved et helsesenter.

Konklusjon

Studien viser at helse- og sosialpersonell ble følelsesmessig og fysisk påvirket i det frivillige arbeidet med papirløse migranter. De ansvarlige for frivillighetsarbeidet bør skape åpenhet om og oppmerksomhet rundt konsekvensene av å arbeide med traumatiserte pasienter.

Videre bør de iverksette forebyggende tiltak for å minimere stress og utbrenthet. Med sin kunnskap om papirløse migranter kan de frivillige bidra til å vende den politiske oppmerksomheten mot sine utfordringer ved å tilby helsehjelp til pasientgruppen samt påvirke både politikere og befolkningen til å se flere perspektiver av problemstillingen (11).

En overføring av denne unike kunnskapen og disse erfaringene til det offentlige helsevesenet vil også kunne bidra til å øke helse- og sosialpersonells kulturelle kompetanse. Økt kunnskap om helseutfordringer hos papirløse migranter er viktig i arbeidet med å utjevne systematiske forskjeller i helsetjenesten.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ØNSKER FORSVARLIG HELSETILBUD: På helsesenter for papirløse migranter må de frivillige se

vekk fra lovverket for at pasientene skal få et helsetilbud som er tilnærmet likt det en person med fulle rettigheter ville mottatt. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Forente nasjoner. International migration 2020: highlights. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2020. Rapportnr.: ST/ESA/SER.A/452. Tilgjengelig fra: <https://www.un.org/en/desa/international-migration-2020-highlights> (nedlastet 11.08.2023).
2. McAuliffe M, Triandafyllidou A. Report overview: technological, geopolitical and environmental transformations shaping our migration and mobility futures. Genève: International Organization for Migration (IOM); 2021.
3. Flyktninghjelpen. Begreper 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.flyktninghjelpen.no/global/statistikk/begreper/> (nedlastet 25.02.2022).
4. Myhrvold T. Illegale ved sin blotte eksistens: om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. En systematisk litteraturstudie. Vård i Norden. 2010;30(3):38–43. DOI: [10.1177/010740831003000309](https://doi.org/10.1177/010740831003000309)
5. Slagstad K. Den annens lidelse. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2017;137(17). DOI: [10.4045/tidsskr.17.0764](https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0764)
6. Home-Start Familiekontakten. Sluttrapport for prosjekt: Barndom i «NowHereLand» – å være barn av papirløse migranter i Norge. Kirkens Bymisjon; 2016. Tilgjengelig fra: <https://homestartnorge.no/wp-content/uploads/2017/03/Sluttrapport-til-Exstrastiftelsen-med-vedlegg-1.pdf> (nedlastet 01.05.2023).
7. Kirkens Bymisjon. De usynlige barna – Erfaringsrapport om papirløse barn og barn av papirløse. Kirkens Bymisjon; 2023. Tilgjengelig fra: <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2023/03/20105023/De-usynlige-barna.pdf> (nedlastet 01.05.2023).
8. Myhrvold T, Småstuen MC. Undocumented migrants' life situations: an exploratory analysis of quality of life and living conditions in a sample of undocumented migrants living in Norway. Journal of Clinical Nursing. 2019;28(11–12):2073–87. DOI: [10.1111/jocn.14743](https://doi.org/10.1111/jocn.14743)
9. Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. BMC Health Services Research. 2018;18:1–N.PAG. DOI: [10.1186/s12913-018-2838-y](https://doi.org/10.1186/s12913-018-2838-y)
10. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 15.10.2020).
11. Sandblom M, Mangrio E. The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2017;31(2):285–92. DOI: [10.1111/scs.12343](https://doi.org/10.1111/scs.12343)

12. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC Health Services Research. 2012;12(1):308. DOI: [10.1186/1472-6963-12-308](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-308)
13. Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T, et al. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2013;48(1):105–16. DOI: [10.1007/s00127-012-0528-3](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3)
14. Bianchi A, Oths KS, White K. Are the undocumented deserving? Health workers' views of immigrants in Alabama. J Health Care Poor Underserved. 2019;30(2):820–40. DOI: [10.1353/hpu.2019.0058](https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0058)
15. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 15.10.2020).
16. Gobeyn JL. Caring for undocumented immigrants. Nursing. 2018;48(8):54–7. DOI: [10.1097/01.Nurse.0000542469.30330.13](https://doi.org/10.1097/01.Nurse.0000542469.30330.13)
17. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crépeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Matern Child Health J. 2013;17(2):292–8. DOI: [10.1007/s10995-012-0973-3](https://doi.org/10.1007/s10995-012-0973-3)
18. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. Forskningsmetode for sykepleierutdanningen. Oslo: Abstrakt forlag; 2015.
19. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
20. Fangen K. Deltakende observasjon. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3:77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp0630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a)
22. Fossum-Raunehaug S. Innsamling og lagring av forskingsdata i pågående prosjekt [internett]. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU); 27.09.2018 [oppdatert 26.06.2023, hentet 11.08.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nmbu.no/forskning/forskere/forskningsdata/node/35651>
23. Kelly L. Burnout, compassion fatigue, and secondary trauma in nurses: recognizing the occupational phenomenon and personal consequences of caregiving. Crit Care Nurs Q. 2020;43(1):73–80. DOI: [10.1097/cnq.0000000000000293](https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000293)
24. Haavik M, Toven S. Ivaretaelse av hjelpere: Er vi ikke betalt for å tåle dette? Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
25. Isdal P. Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.

26. Figenschou TU, Thorbjørnsrud K. Myndighetspropaganda eller demokratisk arena – irregulær migrasjon i norske nyhetsmedier. I: Bendixsen S, Jacobsen CM, Søvig KH, red. Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet. Oslo: Gyldendal Juridisk; 2015. s. 110–24.
27. International Council of Nurses. The ICN Code of ethics for nurses – revised 2021. Genève: ICN; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf (nedlastet 15.03.2022).
28. Lov 28. april 2023 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 16.03.2022).
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. I-1188 B. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (nedlastet 16.08.2023).
30. Lorentzen H, Tingvold L. Frivillig innsats: Hindre i omsorgssektoren. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2018;4(2):120–31. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2018-02-08](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-08)
31. Andfossen NB. Ulike typer frivillige i omsorgstjenestene – samstemt innsats eller mangfold til besvær? Tidsskrift for velferdsforskning. 2019;22(1):25–42. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2019-01-02](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-01-02)
32. Higdem U. Møtet mellom helse og plan. Plan. 2015;47(3–4):4–9. DOI: [10.18261/ISSN1504-3045-2015-03-04-02](https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3045-2015-03-04-02)
33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105–12. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
34. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
35. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.