



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 175

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9985

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 63

**Andre medlemmer i
gruppen:** 142

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

”Er jeg menneske for deg?”

”Am I human to you?”

142 Anne Stray Hamre

175 Celine Thomas Nicolaisen

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap (FHS)

Aud Berit Fossøy (veileder)

7. juni 2019

“Æ har reist så lenge, vil æ nån gang komme fram?

E æ menneske for dæ?

Ikkje ta fra mæ retten, tel å stå i et liv

Kan du se at æ dør sakte, uten at blikket mitt riv?

Og stemmen viskes ut, kem ska rope for mæ?

E æ menneske for dæ?”

”Hvis vi ikkje ska beskytte, hvis vi ikkje tar i mot

E vi menneska, e vi menneska da?”

Marthe Valle, 2019 (Valle, 2019).

Sammendrag

Tittel: Er jeg menneske for deg?

Bakgrunn for valg av tema: Papirløse migranter i Norge har ikke rett til annet enn akutt eller helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente, og det er mange spørsmål knyttet til hvor grensen for helsehjelp til papirløse går. Dette er et av dilemmaene vi som sykepleiere står i når vi møter en papirløs pasient i helsetjenestene, med den generelle helselovgivningen og yrkesetiske retningslinjer på den ene siden, og forskriften som regulerer papirløses tilgang til helsehjelp på den andre siden. Mennesker på flukt sliter med store traumatiske opplevelser og psykiske lidelser, og blir i tillegg syke av forholdene de lever under. Behovet for helsehjelp blant flyktninger er derfor enormt. På bakgrunn av yrkesetiske retningslinjer og helsepersonelloven er sykepleier pliktig til å hjelpe alle mennesker som trenger det, særlig de mest sårbare av oss. Mange papirløse migranter blir likevel avvist i helsetjenesten i Norge i dag. Vi mener alle som har behov for helsehjelp bør bli møtt på en verdig måte, uavhengig av rettslig status.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta papirløse migranternes behov for helsehjelp på en verdig måte?

Oppgavens hensikt: Vi ønsker med denne oppgaven å rette fokus på dilemmaet som oppstår når en gruppe mennesker ikke har den samme generelle retten til helsehjelp som befolkningen forøvrig.

Metode: I oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. Oppgaven er basert på pensumlitteratur, lover, retningslinjer, artikler fra tidsskrift og fire forskningsartikler.

Resultat: Forskningsartiklene får blant annet frem at kunnskap om formelle regler for pasienter uten norsk id-nummer ofte er utilstrekkelig. Hvordan den enkelte sykepleier tolker lover og retningslinjer er avgjørende for hvilken helsehjelp den papirløse mottar, og om de mottar helsehjelp i det hele tatt. Sykepleiere ønsker tydeligere retningslinjer for hvor langt en skal strekke behandlingen til denne gruppen. Forskning foreslår også sterkere rettigheter til helsehjelp for papirløse.

Nøkkelord: papirløse flyktninger, helsehjelp, sykepleiers erfaring, skandinavia

Summary

Title: Am I Human to You?

Background: Paperless migrants in Norway are only entitled to emergency medical care or critical health care that cannot wait. Thus, there are many questions as to where we draw the line when it comes to the health care offered to paperless migrants. On the one hand we have the general health legislation and professional ethics guidelines, and on the other hand we have the regulations that regulate their access to health care. These are some of the dilemmas we as nurses are faced with when dealing with a paperless patient in the health services. Migrants often struggle with traumatic experiences and mental disorders, and their health often deteriorates due to their living conditions. The need for health care among migrants is therefore immense. On the basis of the professional ethics guidelines and the Health Personnel Act (“helsepersonelloven”) a nurse is obliged to help all people who need it, especially the most vulnerable. Many paperless migrants are nevertheless rejected in the health sector in Norway today. We believe everyone who needs health care should be met in a dignified manner, regardless of their legal status.

Thesis question: How can nurses meet paperless migrants' need for health care in a dignified manner?

Aim: With this thesis we want to focus on the dilemma that arises when a group of people do not have the same right to health care as the general public.

Method: In the thesis we have used literature study as a method. The thesis is based on curriculum literature, laws, guidelines, articles from journals and research articles.

Findings: The research articles show, among other things, that knowledge when it comes to formal rules for patients without a Norwegian ID number is often insufficient. How the individual nurse interprets laws and guidelines is crucial for which health care the paperless migrant receives and whether they receive any health care at all. Nurses want clearer guidelines when it comes to the limitations for medical treatment for this group. Research also proposes stronger rights to health care for paperless migrants..

Keywords: undocumented migrants, health care, nurse perception, scandinavia

Innholdsliste:

Innledning.....	2
Bakgrunn for valg av tema	3
Problemstilling.....	3
Avgrensing og presisering	3
Oppgavens disposisjon	5
Metode.....	6
Litteraturstudie.....	6
Fremgangsmåte og litteratursøk.....	6
Presentasjon av forskningsartiklene	7
Kildekritikk.....	9
Etiske overveielser:.....	10
Teori.....	12
Papirløse migranter i Norge	12
Høyere risiko for helseproblemer	13
Redusere sosial ulikhet i helse	14
Lovverket	15
Kari Martinsen: omsorgsteori.....	16
Profesjonelt omsorgsarbeid	16
Sykepleiens verdigrunnlag.....	17
Faglig skjønn	18
Helsesenter for papirløse migranter	19
Drøfting	21
Helhetlig omsorg til papirløse er en utfordring.....	21
Faglig skjønn i møte med den papirløse pasienten.....	22
Tolkning av lovverket er avgjørende for helsehjelpen som blir gitt.....	23
Konsekvenser for uteblitt helsehjelp – et samfunnsproblem	25

Verdig helsehjelp – et statlig ansvar?.....	27
Konklusjon	30
Litteraturliste:.....	31

Er jeg menneske for deg?

Innledning

Temaet for denne oppgaven er papirløse flyktnings begrensede tilgang til helsehjelp. Retten til helsehjelp reguleres i Norge særlig av pasientrettighetsloven, som slår fast at alle som oppholder seg i Norge har rett til helsehjelp (brukerrettighetsloven, 1999). Papirløse flyktninger har derimot ikke denne generelle retten til helsehjelp (Helsedirektoratet, 2017) (Hjelde, 2010). De har kun rett til akutt og helt nødvendig helsehjelp (Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011). I tillegg må de dekke alle kostnader selv (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, Årsmelding 2017, 2017). Papirløse flyktninger har et stort behov for helsehjelp innen somatisk helse såvel som psykisk helse. Dette henger blant annet sammen med deres livssituasjon (Hjelde, 2010). Sykepleieren er ofte den første de papirløse kommer i kontakt med i forbindelse med behovet for helsehjelp. Forskning viser at sykepleierens tolkning av lovverket påvirker hvilken helsehjelp disse menneskene får (Hjelde, 2010). Kan sykepleiere dermed bli en slags «grensevokter» i helsetjenesten, og er dette en posisjon som er ønskelig? Dette vil vi diskutere i denne oppgaven.

Yrkesetiske retningslinjer beskriver sykepleierens ansvar for både individet og samfunnet i åtte områder. Sykepleieren skal blant annet engasjere seg i helsepolitisk utvikling, og bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers behov for helsetjenester (Norsk sykepleierforbund, u.å). Ved å utvide mulighetene til helsehjelp for denne gruppen kan vi forebygge både akutte somatiske og psykiske sykdommer, som igjen kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

Det er generelt en del uvitenhet rundt papirløse migranter i Norge. Papirløse blir av enkelte politikere omtalt som kriminelle fordi de befinner seg i landet uten oppholdstillatelse (Risnes & Solheim, 2018). Sykepleiere kan dermed bli anklaget for å utføre en kriminell handling dersom de gir papirløse helsehjelp utover det akutte eller helt nødvendige. Vi ønsker å gi leseren en bedre forståelse for de papirløse som gruppe, og i tillegg belyse de etiske dilemmaene sykepleiere står overfor i møte med den papirløse pasienten. Sykepleiere bør ikke bli sett på som medvirkende til kriminell handling ved å utføre omsorg etter yrkesetiske retningslinjer og helsepersonelloven. Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleiere kan ivareta papirløse migranter sine helsebehov på en forsvarlig og verdig måte.

Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudenter ønsker vi å bidra til at sårbare grupper får en "stemme". I løpet av vår utdanning har vi fått erfare flyktningers håpløshet og vanskelige tilværelse på nært hold da vi arbeidet ved en flyktingeleir i Hellas. Menneskene som oppholder seg der strever med store traumatiske opplevelser og psykiske lidelser, i tillegg blir de fysisk syke av forholdene de lever under. Vi har sett med egne øyne at behovet for helsehjelp blant flyktingene er enormt. I en annen av våre praksiser ble vi gjort oppmerksomme på et frivillig senter som gir helsehjelp til papirløse flyktinger i Norge. Det at en del mennesker lever i Norge i dag uten noen rettigheter til helsehjelp gjør oss begge opprørte. Vi mener alle som har behov for helsehjelp bør bli møtt på en verdig måte.

Problemstilling

"Hvordan kan sykepleiere ivareta papirløse migranters behov for helsehjelp på en verdig måte?"

Avgrensning og presisering

For å avgrense oppgaven vil vi ta utgangspunkt i et sykepleieperspektiv på systemnivå, med bakgrunn i de yrkesetiske retningslinjer og menneskers iboende verdighet. Av de papirløse migrantene som kontaktet legekontor i Norge, er kvinner og menn tilnærmet likt representert i følge rapporten til Aarseth et al (Aarseth, Kongshavn, Maartmann-Moe, & Hjortdahl, 2016). Dette fremgår også av årsrapporten til Helsesenteret for papirløse migranter. Dersom vi arbeidet i primærhelsetjenesten i en hvilken som helst kommune i landet, ville det være en stor mulighet for at vi ville møtt en pasient i akkurat denne gruppen. Derfor vil vi avgrense oppgaven til å gjelde voksne menn og kvinner i Norge. Fordi barn har egne rettigheter som går utover de rettighetene voksne papirløse har, er disse unnlatt i denne litteraturstudien. Gravide kvinner som har behov for helsetjenester under svangerskapet eller i fødselsforløpet er heller ikke tatt med, da dette krever en annen tilnærming.

Ulike mennesker oppfatter ofte begreper og betydningen av dem forskjellig (Dalland, 2017). Vi vil derfor forklare sentrale begreper i oppgaven, og hva vi legger i de forskjellige ordene i denne sammenheng.

Papirløse migranter er personer som ikke har søkt asyl, eller har fått endelig avslag på sin asylsøknad. Det kan også være personer som er offer for menneskehandel, eller personer som ikke har meldt seg for myndighetene av ulike årsaker. Dette er personer som ikke har fått personnummer i Norge, og i utgangspunktet skal forlate landet (Kirkens Bymisjon, u.å.). Vi kommer nærmere inn på hvorfor det likevel ikke er alle som har mulighet til dette i kap. 3.1.

Når en person som har flyktet fra landet sitt, melder seg for politiet i Norge og søker om beskyttende asyl, kalles han eller hun asylsøker. Med status som asylsøker, har de rettigheter til helsehjelp på lik linje med den øvrige befolkningen. Personen får dette som status frem til det er fattet endelig vedtak (Utlendingsdirektoratet, u.å.). Status som flyktning får personer først når de fyller kravene til å få beskyttende asyl. De får da oppholdstillatelse som flyktning eller på humanitært grunnlag (Utlendingsdirektoratet, u.å.).

I oppgaven vil vi ved flere anledninger bruke ordet helsehjelp. Med dette mener vi alle *”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell”* jfr. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-3 (1999). Helsehjelpen skal i tillegg være forsvarlig ifølge Helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet (1999). Bestemmelsen om forsvarlighet har to fokus. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig, og det skal ytes omsorgsfull hjelp. Det går ikke noe skarpt skille mellom forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Faglig forsvarlighet handler om det faglig tekniske, mens sistnevnte handler mer om en verdibasert måte å opptre atferdsmessig på. Hjelpen som blir gitt skal baseres på kunnskaper, noe som innebærer at helsehjelpen må bygge både på vitenskap og erfaringer (Molven, 2012, ss. 128-129). Omsorgsfull hjelp belyses derfor også ut fra Kari Martinsens omsorgsteori i kapittel 3.4

Verdighet er en fundamental verdi innenfor sykepleien (Norsk sykepleierforbund, u.å), og baseres på prinsippet om at alle er født med samme menneskeverd og menneskerettigheter (FN-sambandet, 2018). Verdighet uttrykkes også gjennom handling ved å stå opp mot urettferdighet og ulikhet. En

forutsetning for et verdig liv er blant annet å ha tilgang til et tilfredsstillende nivå av helsetjenester (GlobalDignity, 2019). For å møte papirløse migranter på en verdig måte, må vi sørge for at de mottar forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av innledning, teori, metode, drøfting og konklusjon. Innledningen gir en kort beskrivelse av bakgrunn for valg av tema gjennom samfunnskontekst, egne erfaringer fra praksis og sykepleieetikk. Metodekapittelet gir en innføring i hva en litteraturstudie er og hvilken litteratur vi har valgt å benytte i denne oppgaven. Vi har også beskrevet søkeprosessen, samt kildekritikk og etiske overveielser. Områder for drøfting har vi funnet i forskningsartiklene, og i teorien vi har presentert. Disse kommer vi tilbake til under "Drøfting" på s. 22.

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen sin sykepleieteori på grunn av hennes syn på omsorg for svake grupper. Hun er opptatt av å avdekke forhold ved samfunnet som påvirker menneskets helse. Videre vil vi belyse oppgaven med sykepleiernes verdigrunnlag. For å gi leseren en forståelse for situasjonen disse menneskene befinner seg i, har vi i oppgavens teoridel valgt å skrive om lovverket, hvem den papirløse pasienten er og helsesenteret for papirløse. Når sykepleier har kunnskap om pasientgruppen vil det være lettere for han eller henne å sette seg inn i situasjonen til pasienten. Dette er særlig viktig i forhold til denne gruppen pasienter fordi det ikke nødvendigvis finnes noe mulighet for å foreta en bakgrunnsjekk, grunnet mangel på dokumentasjon og id-nummer.

Metode

”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (1985, s. 196)[referert i Dalland, s 51]. Dalland beskriver metode som det å følge en viss vei mot målet (Dalland, 2017, s. 54).

Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Vi ønsker å rette søkelyset mot det vi anser som en utfordring for sykepleiere i møte med papirløse migranter. Litteraturstudie er derfor en god metode, da det gir et bredt spekter av opplevelser både fra sykepleiere og pasienter. Når vi arbeider med en litteraturstudie kreves det at vi henter data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, ss. 207-211). Vi har erfart at søkeprosessen er tidkrevende og at den krever god planlegging. Vi har lært om søk i databaser gjennom å arbeide med denne oppgaven. Dette er god erfaring vi kan ta med oss videre i arbeidssammenheng for å holde oss faglig oppdaterte innen den nyeste kunnskapen fra profesjonsfeltet.

Fremgangsmåte og litteratursøk

For å belyse problemstillingen har vi funnet relevant litteratur, som også kunne gi grunnlag for drøfting. Vi har gjennomgått pensum litteratur, samt rapporter fra Helsenter for papirløse og Helsedirektoratet. Vi har også benyttet oss av avisartikler som vi mener har bidratt til nyttig informasjon om temaet. I tillegg har vi brukt de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, samt relevant lovverk funnet på Lovdata.

I søk etter artikler ble det søkt på fagfelleverderte artikler publisert de siste ti årene [2009-2019]. De mest relevante databasene for sykepleieforskning ble benyttet ved datainnsamling. De ble valgt på bakgrunn av Høyskolen på Vestlandet avdeling Førdes anbefalinger av helsefaglige databaser (personlig kommunikasjon). Vi effektiviserte søket vårt ved å søke i følgende databaser samtidig; Pubmed, CINAHL, Medline og Academic Search Elite.

For å få bredde i søket vårt har vi brukt SweMed+ for å finne engelske søkeord. Artikler i SveMed+ gis også engelske medisinske nøkkelord, såkalte MeSH-termer (Jobb kunnskapsbasert!, 2012, ss. 42-43). MeSH er et verktøy for begrepsforståelse av medisinske og helsefaglige termer, og bidrar til at vi kan gjøre mer presise søk når vi skal finne litteratur i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, 2018). Søkeordene som ble brukt var *illegal immigrant**, *undocumented immigrant**, *unauthorized immigrant**, *health care*, *mental health care*, *somatic health care*, *scandinavia*, *nordic countries*, *Sweden*, *Norway*, *Denmark*, *nurs**, *registered nurse*, *nurses role*, *nurse experience**, *nurse perception** samt *healthsystem*. Trunkering ble brukt på enkelte ord for å få med alle varianter av ordene (Jobb kunnskapsbasert!, 2012, s. 56). For å fange opp flest mulig artikler om temaet ble bindingsordet "OR" brukt for å danne forskjellige kombinasjoner av søkeordene i samme kategori. Deretter ble bindingsordet "AND" brukt mellom de ulike kategoriene for å avgrense søket.

Det systematiske søket resulterte i fire artikler som vi mener er relevante for å besvare problemstillingen.

Presentasjon av forskningsartiklene

"Paperless migrants and Norwegian general practitioneres" - Aarseth, S., Kongshavn, T., Maartmann-Moe, K., & Hjortdahl, P. (2016).

Studien tar sikte på å undersøke omfanget av kontakten papirløse har med allmennleger i Norge, og hvor i landet denne kontakten er mest utbredt. Studien ønsker også å undersøke årsakene til legekontakt, og hvem som er majoriteten i denne gruppen. Fremgangsmåten for innsamling av data er basert på elektronisk spørreskjema som ble sendt ut til allmennleger som var medlem av Norsk Legeforening, og som hadde registrert e-postadresse. Ifølge studien er mer enn 99 % av alle leger medlemmer i foreningen. Totalt 3 994 allmennleger mottok spørreskjemaet. Forskerne konkluderer med at behovet for legehjelp finner sted i alle landets regioner, i små og store kommuner, ikke bare i urbane strøk. Mentale helseproblemer, svangerskapsrelaterte utfordringer og åndedrettsproblemer er de mest rapporterte årsakene for at denne gruppen har kontaktet helsetjenestene. Enkelte lider av kroniske plager, mens andre er disponert for sykdommer pga den stressende livssituasjonen de er havnet i. Av de allmennlegene som har hatt kontakt med papirløse, ønsker en stor andel å fortsette å behandle disse pasientene utover deres rettigheter ved lov og forskrift.

”Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review” - Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallmann, L. (2015).

Studien undersøker hvilke barrierer papirløse flyktninger møter i helsevesenet. Den ønsker også å identifisere strategier som kan benyttes for å overkomme disse barrierene. Forskerne kategoriserer barrierene i tre områder; politiske, individuelle og innad i helsevesenet. Lover for å begrense tilgangen til helsetjenester er den mest utbredte, deretter kommer barrierer innad i helsevesenet som blant annet mangel på tolketjenester og manglende kulturkunnskap. Frykt for utvising, lite økonomiske ressurser, dårlige kommunikasjonsevner og manglende kunnskap om helsetjenestene rapporteres som noen av de individuelle hindringene. Det ble identifisert fem strategier for hvordan man kan bryte barrierene; endring av loven slik at de papirløse blant annet har lik rett på helsehjelp som øvrige borgere, endring av finansieringsordningen for å fjerne økonomiske barrierer, utvide lavterskel helseklinikker med oppfordring om økt statsstøtte til disse, oppdatere helsepersonell på lover angående de papirløses rettigheter for å unngå at de blir stanset uten å ha fått rettmessig vurdering av sin situasjon, og til slutt oppsøkende virksomhet og opplæring blant papirløse migranter for å hjelpe dem å manøvrere i jungelen av lover og rettigheter.

Litteratursøket i denne studien er utelukkende gjort i en enkelt database, og det kommer ikke fram av studien hvilke land som er inkludert. Dette kan redusere kvaliteten i studien da relevante artikler kan gå tapt.

“Jeg er alltid bekymret” - rapport om udokumenterte migranter og deres forhold til helsetjenestene i Oslo - Hjelde, K. H. (2010).

Studien viser at papirløse lever under ekstremt vanskelige forhold, nesten helt uten rettigheter og marginalisert i det norske samfunnet. De lider av somatiske og psykiske helseproblemer og har reelle behov for helsetjenester, men går likevel uten behandling eller unngår i det lengste å oppsøke hjelp. Studien peker på at de papirløse blir møtt av helsepersonell på en inkonsekvent måte. Det kommer blant annet frem at det er opp til hvert enkelt helsepersonell å avgjøre i en bestemt situasjon om man skal tilby behandling eller ikke. Forskerne konkluderer med at det dermed ikke bare er medisinske hensyn som er avgjørende for om pasienten får behandling eller ikke, men personlige

holdninger og egen tolking av loven. Forskerne anbefaler også sterkere og mer spesifikke rettigheter til helsetjenester for papirløse, i tråd med menneskerettighetene.

“The experience of nurses working within a voluntary network: A qualitative study of health care for undocumented migrants” - Mangrio, E., & Sandblom, M. (2017).

Studien peker på at aksepten for det dårlige helsetilbudet som de papirløse får, er basert på at de papirløse blir sett på som mindre verdt som mennesker. Videre kommer det frem i studien at det å arbeide på helsesenter for papirløse oppleves stressende for sykepleierne. Hovedgrunnene for dette er de etiske dilemmaene, følelse av utilstrekkelighet og påvirkning. Det oppleves stressende å velge mellom å følge loven og etisk forpliktelse. Sykepleierne følte det også utfordrende å ikke strekke til, og ikke alltid kunne gi den hjelpen som pasientene trengte. Et annet viktig funn i studien var at opplevelsen av all denne uretten, motiverte dem til frivillig arbeid. Samholdet med andre sykepleiere gav dem også sjansen til å få ut frustrasjon i felleskap med andre med samme etisk tilnærming og menneskesyn. Resultatet av denne studien viser at en kan bearbeide frustrasjon og følelse av utilstrekkelighet, ved å arbeide for det du tror på og ved det, håpe at samfunnet følger etter.

Kildekritikk

Oppgavens pålitelighet avhenger av at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet. Det må tydelig gå frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort (Dalland, 2017, s. 152).

I oppgaven har vi benyttet kvantitative og kvalitative artikler for å svare på problemstillingen. Kvantitative studier kjennetegnes av at data innhentes uten direkte kontakt med feltet. De går i bredden og innhenter et lite antall opplysninger i form av spørreskjema med få svaralternativer. De kvalitative studiene derimot skjer i direkte kontakt med feltet, og er opptatt av å fremstille forståelsen og opplevelsen av et fenomen ved å gå i dybden hos informantene (Dalland, 2017, s. 53). De ulike artiklene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av hvor og hvordan sykepleiere og papirløse pasienter samhandler. Vi har valgt å benytte studier som bidrar til å avdekke hvor i landet de papirløse oppsøker helsetjenester, og dermed hvor vi som sykepleiere har muligheter for å møte denne pasientgruppen. Vi mener det er interessante opplysninger i forhold til behovet for

helsehjelp og hvor det til sammenligning er opprettet lavterskel helsetilbud. I tillegg har vi valgt å ta med studier som bidrar til bedre forståelse av enkeltindividers opplevelse av helsehjelpen til papirløse slik den er i dag. Vi har presentert studier som viser både sykepleieres og de papirløses perspektiv. Da vi ønsker å legge vekt på helheten av helseproblematikken til denne gruppen har vi utelukket forskning som kun tar for seg mentale aspekter ved de papirløses situasjon. Fordi vi har valgt å fokusere på Skandinavia, og i all hovedsak Norge, har vi i tillegg utelukket forskning som gjelder helsehjelp for papirløse i Europa.

For å få pålitelig informasjon har vi tatt for oss sjekklister for kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2019), samt sjekket at artiklene vi har benyttet er hentet fra fagfelleverderte tidsskrift. At tidsskrift er fagfelleverdert vil si at artiklene som publiseres har blitt kvalitetsvurdert av eksperter (Søk og skriv, 2018). Vi har forsøkt å forholde oss til primærkilder så langt det lar seg gjøre, men har i tillegg benyttet sekundærkilder i form av pensumlitteratur. Sekundærkilder kan ha betydning for kvaliteten på oppgaven da de er en gjengivelse av den opprinnelige forfatterens arbeid. Det betyr at perspektivet kan ha endret seg i forhold til hvordan forfatteren er blitt tolket (Dalland, 2017, s. 159). Vi anser likevel sekundærkildene i oppgaven som pålitelige og relevante, da disse endrer seg lite over tid. Pensumlitteratur vi har benyttet i oppgaven er som følger *"Sykepleie og jus"* (Molven, 2012), *"Etikk i sykepleien"* (Brinchmann, 2016), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (Grovs & Holter, 2015), og *"Jobb kunnskapsbasert"* (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

For å få frem dagens samfunnsdebatt rundt tematikken i oppgaven har vi tatt med et utvalg avisartikler fra Bergens Tidende, Dagbladet og Dagsavisen. I tillegg har vi kontaktet leder ved helsesenteret for papirløse i Bergen, samt byråd for sosial, bolig og inkludering i Bergen Erlend Horn for å få deres innspill om de papirløses behov for helsehjelp (personlig kommunikasjon).

Etiske overveielser:

Det er nødvendig å gjøre etiske vurderinger allerede i planleggingen av et prosjekt. Et av spørsmålene Dalland mener vi bør stille er om vi, som utfører et prosjekt, kan bidra med noe for de menneskene som er involvert. Dette har vært et nødvendig spørsmål for oss gjennom hele oppgaven. Ofte er det gjerne den som skriver oppgaven som får mest igjen for det (Dalland, 2017, ss. 235-239), men for oss

har det vært vesentlig at det også er av betydning for personene som er berørt av problematikken. Det er viktig for oss å kunne bidra til en verdig og forsvarlig behandling av en sårbar gruppe.

Vi er klar over at vår forforståelse kan ha påvirket valget av litteratur, samt på hvilke personer vi har kontaktet og fått informasjon av. Dette kan også ha hatt innvirkning på resultatet. I arbeidet vårt med denne oppgaven har vi vært i kontakt med personer som arbeider både innenfor feltet og med målgruppen. Når mennesker forteller om personlige opplevelser og sine personlige meninger er det viktig at vi er bevisst våre etiske forpliktelser. Dette kan vi gjøre ved å ivareta tillit og taushetsplikt i vår gjengivelse av informasjonen (Dalland, 2017, s. 240).

Forskningsetikk går ut på å ivareta personvern, verdighet og integritet (Dalland, 2017, s. 236). Ved bruk av personlig kommunikasjon som kilde, har vi også vært opptatt av å få samtykke før vi har sitert eller brukt informasjon hentet fra disse (Dalland, 2017, s. 241). All litteratur vi har brukt har vi henvist til riktig kilde, slik at det er etterprøvbart (De nasjonale forskningsetiske komite, 2014).

Som forord har vi brukt en sangtekst skrevet av Marthe Valle (Valle, 2019). Hun er sykepleier i tillegg til å være artist. Teksten skrev hun etter å ha arbeidet i samme leiren som vi selv arbeidet ved året før, og som er bakgrunnen for oppgaven vi nå skriver. Deler av sangteksten har blitt tittel på oppgaven. Vi har etter åndsverkslovens § 2 c spurt om lov fra opphavsmann til dette (åndsverkloven, 2018).

Teori

Oppgavens teoretiske del vil ta for seg samfunnsperspektiv, lovverket og helsesenteret for papirløse flyktninger. Sykepleieteoretiker Kari Martinsens teori om omsorg samt verdigrunnlaget i sykepleie utgjør kapittelets siste del.

Papirløse migranter i Norge

Migrasjon har hatt en stor utvikling de siste årene, og fått en økt betydning når det kommer til helsepolitikk både nasjonalt og internasjonalt. Helsedirektoratet gav i 2009 ut rapporten "Migrasjon og helse - utfordringer og utviklingstrekk", hvor de fokuserer på samfunnsbetydningen dette har nasjonalt (2009). Noen migranter er såkalt papirløse. Fellesnevneren for denne gruppen mennesker er at de ikke har oppholdstillatelse i det landet de oppholder seg i. Det kan være flere ulike årsaker til dette, og det betyr ikke nødvendigvis at de ikke har ID- papirer (Talleraas, 2017). Statistisk sentralbyrå anslo at tallet på papirløse flyktninger pr 1.1.06 var ca 18 000 (Hjelde, 2010). Noen av disse har oppholdt seg i Norge i inntil 20 år (Talleraas, 2017).

Når vi omtaler papirløse snakker vi primært om to kategorier. De som lever i skjul for å unngå retur, og de såkalte "ureturnerbare". Ureturnerbare asylsøkere er personer som har fått avslag på asylsøknaden sin, men som av ulike grunner ikke kan returneres til sine hjemland. Dette kan være fordi Norge ikke har returavtale med hjemlandet, og hjemlandet derfor nekter å ta imot dem. Andre grunner kan være at en person ikke har tilhørighet i noe land fordi de er født i et annet land enn foreldrene opprinnelig kommer fra, og er siden flyktet til Norge. Dermed ønsker ingen av opphavslandene å ta dem imot. Norge har returavtale med for eksempel Etiopia, men en studie av Norges returavtaler peker på at det er lite samarbeid fra Etiopia sin side om tvangsreturer. Det viser å være et misforhold mellom hva returavtalen var ment å være, og hvordan det implementeres i praksis (Sønsterudbråten, Kindt, Vevstad, & Mørk, 2016). Tall fra Norsk organisasjon for asylsøkere, NOAS, antyder at det befinner seg mellom 3000 og 5000 ureturnerbare asylsøkere i landet vårt (NOAS, 2015). I tillegg har vi mennesker som er offer for menneskehandel, og som befinner seg i Norge mot sin vilje (Helsedirektoratet, 2009). Tall fra Helsesenteret for papirløse har registrert at de fleste papirløse de behandler kommer fra Afrika, Europa og Sentral-asiatiske land, inkludert Midtøsten (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, 2017).

Høyere risiko for helseproblemer

Papirløse har større risiko for psykiske problemer enn den øvrige befolkningen. De får ikke bearbeidet traumer og deres livssituasjon fører til et enormt stress. Psykisk stress kan føre til kroppslig sykdom og kan resultere i alvorlige helseproblemer for den papirløse. I studien til Hjelde uttaler de papirløse at problemer med søvn, mage, muskel- og skjelett, samt psykiske problemer og depresjon har vært gjennomgående plager (2010). Papirløse migranter blir i tillegg syke av sin livssituasjon. Mange lever under svært dårlige boforhold som påvirker helsen negativt (Mangrio & Sandblom, 2017). De fleste har et redusert nettverk, og kan være mer utsatt for sykdom av den grunn ettersom sosialt nettverk kan fungere som immunitet overfor sykdom (Brinchmann, 2016, s. 29). De har ikke rett til arbeid, de fleste snakker ikke språket og mange lever dessuten i skjul og begrenser sine bevegelser (Helsedirektoratet, 2009).

Studier viser at regulering av tilgang til helsetjenester blir brukt som et politisk virkemiddel for å holde innvandring til landet på et minimum (Hjelde, 2010). Reguleringen av helsetjenester vises på ulike måter, men det er først og fremst det strenge lovverket som er den største barrieren for de papirløse. På grunn av frykt for utvisning utsetter de papirløse helsetilsyn i det lengste, gjerne til tilstanden er alvorlig og kritisk (Hjelde, 2010).

Helsedirektoratet skriver at alle mennesker bør ha et minimum av grunnleggende helsetjenester, og vil arbeide for en internasjonal helsekonvensjon som gir dette. Blant annet vektlegges det at tidlig psykisk helsehjelp er nødvendig, fordi flyktninger og asylsøkere har økt risiko for psykiske plager. Videre kommer det frem at flere med innvandrerbakgrunn har ulike somatiske sykdommer som ofte er underbehandlet på grunn av personens sosiale status. Enkelte har også sykdommer som er sjeldne i Norge. Helsedirektoratets rapport viser i tillegg at flyktninger uten gyldige papirer ofte ikke vet hvilke rettigheter de har til helsehjelp. Akutthjelpen til papirløse blir ofte kostbar, og mange oppsøker ikke helsehjelp. Dette kan videre føre til økt risiko for smittsomme sykdommer (Helsedirektoratet, 2009). Kirkens bymisjon oppgir at flere med smittsomme sykdommer lever i skjul (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, 2017).

Redusere sosial ulikhet i helse

Retten til helse er en menneskerett etter Menneskerettighetserklæringen av 1948 . Denne sier: *”Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg”* (FN-sambandet, 2018).

FN`s bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å blant annet utrydde fattigdom og bekjempe ulikhet innen 2030. Sårbare mennesker skal prioriteres, og et av hovedmålene er universell helsedekning. Bærekraftsmålene gjelder for alle land i verden, og forplikter også Norge (FN-sambandet, 2019). For å nå bærekraftsmålene vil Norge følge opp med et godt folkehelsearbeid. De må legge til rette for god helse for alle, samt bidra til å redusere sosial ulikhet i helse for å nå målene (omsorgsdepartementet, 2018, s. 8). Norsk politikk utfordres dermed når det gjelder papirløse flyktningers tilgang til helsehjelp (Melberg, Onarheim, Spjeldnæs, & Miljeteig, 2017). FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 13. desember 2013, uttrykker bekymring for at papirløse migranter i Norge ikke har tilgang til mer omfattende helsehjelp. Rapporten anbefaler å gi personer uten fast opphold i riket helsehjelp på lik linje med andre (Helsedirektoratet, 2009).

I 2017 ble det sendt en innstilling om Representantforslag fra stortingsrepresentanter i Helse- og omsorgskomiteen (2016-17) vedrørende helsehjelp til papirløse migranter. I innstillingen ber de regjeringen sørge for at :

1. *” (...) også papirløse migranter gis eksplisitt rett til forebyggende og kurative helsetjenester i primærhelsetjenesten, inkludert rett til å stå på liste til fastlege.”*
2. *” (...) tilbudet for sårbare grupper papirløse migranter, som barn, personer med funksjonshemninger, gravide kvinner og eldre, er på linje med tilbudet til befolkningen for øvrig.”*
3. *”Stortinget ber regjeringen utarbeide ordninger for finansiering av helsetjenester til ubemidlede papirløse.”*

Representantforslaget ble behandlet i Stortinget juni 2017, og forslaget fikk ikke tilslutning fra flertallet (omsorgskomiteen, 2017). De største organisasjonene i Helse-Norge støtter

representantforslaget med et opprop 9. april 2019, der de oppfordrer norske myndigheter å gi reell tilgang på helsehjelp til papirløse Oppropet er ganske tydelig - helsehjelp skal baseres på *“helsefaglige vurderinger, yrkesetiske retningslinjer og menneskerettslige prinsipper”* (sykepleieforbund, legeförening, & psykologforening, 2019).

Lovverket

Vi vil i dette kapitlet presentere lover som forteller noe om hvordan vi som sykepleiere skal opptre i samhandling med pasienter, og forskriften som regulerer papirløse migranternes rett til helsehjelp. Vi opplever at den generelle helselovgivningen kommer i konflikt med forskrift om helse- og omsorgstjenester til personer uten lovlig opphold. Dette skaper dilemma for oss som sykepleiere.

Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter ble gjort til norsk lov 21. mai 1999. Menneskerettsloven artikkel 12.1 slår fast at staten skal anerkjenne at alle har rett til å nyte den høyest oppnåelige standard på fysisk og psykisk helse (1999).

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. heter det at *“kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester”*. Kommunen skal *“fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer”*. Videre skal de *“... legge til rette for samarbeid med (...) frivillige organisasjoner som arbeider med det samme som helse- og omsorgstjenesten”* (2011).

Helsepersonell skal gi helsehjelp dersom det er påtrengende nødvendig etter Helsepersonelloven § 7. *“Ved tvil (...) skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser”*. Helsehjelpen som gis skal være forsvarlig og ytes på en omsorgsfull måte, jfr. Helsepersonelloven § 4 (1999). *“Folk skal være sikret et minimum av helsehjelp, og denne skal alltid holde et forsvarlig nivå”*. For å kunne oppfylle kravet om faglig forsvarlighet må helseinstitusjonene ha rammebetingelser og et system som gir forutsetninger for å kunne yte helsehjelp på en omsorgsfull måte (Molven, 2012, s. 129).

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 sier at pasienter som ikke har bosted i landet skal dekke behandlingsutgiftene selv. Helseinstitusjonen kan kreve dokumentasjon på at pasienten kan dekke utgiftene før planlagt tjeneste ytes. Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av helseinstitusjonen (1999).

Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 5 a) slår fast at alle som oppholder seg i riket har rett på *”Helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nær forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter”* (2011).

Kari Martinsen - omsorgsteori

Omsorgsetikk blir ofte brukt i sykepleiefaglige debatter for å belyse væremåte og holdninger i profesjonen (Brinchmann, 2016, ss. 116-117). Kari Martinsen har vært en viktig bidragsyter for omsorgsetikken. Hun er en norsk sykepleier og filosof, med spesialutdanning i psykiatri. Martinsen opplevde at teoriene som ble presentert gjennom sykepleierutdanningen ikke belyste hva pleie og omsorg egentlig handler om. Derfor begynte hun på filosofi ved Universitetet i Bergen (Gripsrud, 2003). En viktig inspirasjonskilde for henne har blant annet vært den danske teologen og filosofen Knud Ejler Løgstrup. Han blir mye referert i sykepleie- og omsorgsetikk, og vi har derfor også valgt å nevne hans tanker i oppgaven (Brinchmann, 2016, s. 119).

Profesjonelt omsorgsarbeid

Sykepleie er profesjonelt omsorgsarbeid, og har i oppgave å ta vare på mennesker som av ulike grunner ikke kan ta vare på seg selv. Omsorg er en sentral kvalitet i all sykepleie (Kim, 2015). Kari Martinsen ser omsorgen som et overordnet prinsipp, og hun er spesielt opptatt av ansvaret for de svake i samfunnet (Omhelse.no, 2019). Som sykepleiere står vi overfor en moralsk utfordring om å handle riktig og godt i enhver situasjon, og skal alltid handle til det beste for pasienten (Brinchmann, 2016). Vi må ha forståelse for situasjonen, og må i tillegg ha innsikt i pasientens muligheter og begrensninger i hans eller hennes aktuelle livssituasjon.

Martinsen bruker fortellingen om "den gode samaritan" i undervisningen og i bøkene sine når hun snakker om omsorg, solidaritet og fellesskap (Gripsrud, 2003). Ifølge henne er det to nivåer knyttet til omsorg. Vi skal gi den hjelpen som kreves i situasjonen uten å vente noe i gjengjeld. På den annen side må vi se på hva det er med samfunnsforholdene som setter pasienten i den situasjonen han eller hun er i. Omsorgsetikk handler derfor ikke bare om at vi skal yte omsorgsfull hjelp til individet. Sykepleieren har også et etisk ansvar for hvordan samfunnet vanskeliggjør eller legger til rette for at den omsorgsfulle hjelpen kan bli gitt (Brinchmann, 2016, s. 125). Dersom vi ønsker å avdekke fordommer og forståelse av samfunnsforhold må vi reflektere sosiologisk. Det innebærer å se sosiale fenomener med nye øyne, og utfordre den forståelsen som er rådende i dag. På den måten kan vi finne frem til alternative løsninger (Ingstad, 2013, s. 31). Kari Martinsen presiserer: "*Hvis man skal ta omsorg alvorlig, kan man ikke la være å være samfunnskritisk*" (Gripsrud, 2003).

Et av hovedpoengene i omsorgsetikk er at sykepleieren må være var for pasientens situasjon. For å forstå at verdier står på spill må vi være oppmerksomme på det særegne i situasjonen. Den som yter helsehjelp må ha forståelse for situasjonen, og ha innsikt i pasientens muligheter og begrensninger i den aktuelle livssituasjonen (Gripsrud, 2003). Et annet poeng er at etikk må begynne i praksis, og ikke fra teoretiske normer og regler (Brinchmann, 2016, s. 116). Normer og regler er en rettesnor for handling, mens etikken først oppstår i møtet mellom sykepleieren og pasienten. Når sykepleier blir stående mellom yrkesetiske retningslinjer og norsk helselovgivning på ene siden og forskriften på den andre siden, oppstår et dilemma. Løgstrup sier at regler skal være til hjelp i krevende situasjoner. Reglene kan støtte oss på samme måte som vi støtter oss til krykker når vi har brekt et bein. Dersom krykkene derimot er for uhåndterlige, vil de være til hinder mer enn de vil være til hjelp (Brinchmann, 2016, s. 120). Det kan med andre ord være utfordrende for oss som sykepleiere å vite hvilke handlingsrom vi har i dette dilemmaet.

Sykepleiens verdigrunnlag

Som sykepleiere har vi vårt etiske fundament i sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiens grunnlag defineres slik: "*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene*". Sykepleiere skal i tillegg ivareta pasientenes verdighet. Pasienten på sin side har rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp uten å bli krenket.

Sykepleiere står personlig ansvarlig for at deres praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. I tillegg skal sykepleiere ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, u.å).

Helhetlig omsorg går ut på å se menneske som en helhet med utgangspunkt i fire dimensjoner ved et menneskes liv, fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. En forstyrrelse i hvilke som helst av disse vil utstråle til alle de andre dimensjonene. Det vil si at dersom pasienten har en fysisk sykdom eller plage, vil dette berøre også sosiale og psykiske aspekter ved livet. Dersom sosiale ressurser uteblir, vil dette kunne manifestere seg i fysiske og psykiske plager. Målet med en slik tilnærming er å ta hensyn til at det finnes mange potensielle årsaker til sykdom og dårlig helse (Brinchmann, 2016, s. 28). I praksis er en slik tilnærming til pasienter utfordrende. Tid, økonomi og prioriteringer gjør at det er vanskelig å se pasienten som noe mer enn sin lidelse, diagnose eller situasjon (Eriksen, 2015, s. 896). En helhetlig tilnærming innebærer også at pasienten må betraktes som medmenneske og likeverdig (Brinchmann, 2016, s. 29).

Faglig skjønn

Som sykepleiere forholder vi oss til en rekke lover og retningslinjer. Det er ikke alltid gitt i enhver situasjon hvilke av disse som er mest avgjørende, og noen ganger kan vi oppleve å havne i situasjoner der vi selv må vurdere hva som er til det beste for pasienten. I sånne situasjoner må vi benytte våre fagkunnskaper og erfaringer fra lignende situasjoner for å komme frem til best mulig avgjørelse. Det er dette som kalles faglig skjønn. Noe lærer vi gjennom forskning, mens andre lærer vi gjennom erfaringer, både i livet og gjennom vår yrkesutøvelse (Alvsvåg, 2015, s. 173). Vi kan tilegne oss et godt faglig skjønn ved å tenke gjennom en situasjon *før* vi handler, *når* vi handler og *etter* at vi har handlet (Alvsvåg, 2015, s. 175). Dette samsvarer med Løgstrup, som mente at grunnlaget for etikken finnes i menneskenes erfarte virkelighet (Brinchmann, 2016, s. 119).

Mennesker vil vanligvis møte hverandre med tillit, og pasienter har ofte et naturlig tillitsforhold til oss som sykepleiere. Med tillit følger også en forventning om å bli sett, møtt og tatt vare på. Det kan ligge en sårbarhet i det å oppsøke hjelp, og pasienten kan gjerne føle seg utlevert i situasjonen.

Kari Martinsen (Brinchmann, 2016, s. 115) beskriver sårbarheten i situasjonen slik: *”Den andres ansikt gjør meg ansvarlig (...) Tilliten ligger allerede i den andres ansikt, appellen lyser ut av ansiktet og kaller på barmhjertighet. I ansiktet, i synet er det en utleverthet, og i denne utlevertheten ligger etikken.”*

Ved å oppsøke hjelp legger pasienten noe av sitt liv i våre hender. I følge Løgstrup er det uendelig viktig at sykepleieren er klar over hvor mye av pasientens liv hun holder i sin “hånd” (Brinchmann, 2016, ss. 120-123). Dersom pasienten ikke blir sett og bekreftet som et menneske med egenverd og betydning, men kun som et objekt, nedgraderes han eller hun til en ting eller en gjenstand som vi kan forholde oss nøytrale til og være uberørt av. Et slikt forhold til mennesker vil være uetisk (Brinchmann, 2016, s. 115).

Det kreves derfor av oss, som sykepleiere, at vi tar vare på det som pasienten utleverer til oss. Vi må i enhver situasjon selv vurdere hva som er til det beste for vår pasient og medmenneske (Brinchmann, 2016, s. 120).

Helsesenter for papirløse migranter

Helsesenteret for papirløse tilbyr gratis helsehjelp til flyktninger som ikke har lovlig opphold i Norge. Pasientene som kommer til helsesenteret er ofte ekskludert fra samfunnet. Flere har opplevd krig, overgrep, tortur, fattigdom fra landet de kommer fra, og lever ofte under dårlige forhold. De lever i en tilværelse hvor de ikke har kontroll over sitt eget liv eller fremtid (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, 2017).

Pasientene har ulike problemer de trenger hjelp til, men felles for mange er at de har sammensatte helseproblemer som trenger langvarig oppfølging og kontinuitet i behandlingen. Helsesenteret møter flere som har hatt liten tilgang på helsetjenester, og de opplever at helseproblemer kunne vært forebygget dersom de hadde vært behandlet på et tidligere tidspunkt.

Helsesenteret er basert på frivillige og tilbyr en tverrfaglig primærhelsetjeneste bestående av blant annet leger, sykepleiere, psykologer med flere. De har tillegg flere telefontolker.

Helsesenteret har som mål og bli overflødige slik at de kan legge ned sin virksomhet. Håpet er at de papirløse migrantene kan få helsehjelp på like linje med andre borgere, men de opplever ikke stor politisk vilje for dette (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, 2017).

Drøfting

I drøftingsdelen vil vi se nærmere på funnene vi har gjort oss i arbeidet med oppgaven. Vi vil diskutere hvordan vi som sykepleiere kan ivareta papirløse migranternes behov for helsehjelp på en verdig måte. Vi vil vise hvorfor det er viktig med et faglig skjønn i møte med papirløse, da det er utfordrende med en helhetlig tilnærming til denne gruppen. Videre vil vi se på hvordan tolkning av loven er avgjørende for helsehjelpen de papirløse mottar. Drøftingsdelen vil belyse konsekvenser for uteblitt helsehjelp, og vi vil diskutere om Norge som land oppfyller FNs bærekraftsmål. I tillegg vil vi diskutere om helsehjelpen papirløse mottar er et frivillig eller statlig ansvar.

Helhetlig omsorg til papirløse er en utfordring

Det er mange potensielle årsaker for sykdom og dårlig helse. Tid, økonomi og prioriteringer gjør, som nevnt i teoridelen, det vanskelig å se pasienten som noe mer enn sin lidelse, diagnose eller situasjon. En helhetlig tilnærming til papirløse migranter byr på enda større utfordringer enn møte med andre pasienter. Papirløse har ikke norsk ID-nummer, og bakgrunnssjekk blir dermed ikke mulig å foreta i de fleste tilfeller (Hjelde, 2010). Som følge av dette vil det være vanskeligere for oss å kartlegge den helhetlige situasjon til den papirløse.

Det er naturlig for oss å innhente kunnskap gjennom journalsystemer for å få en riktig forståelse av den papirløse pasientens problemer, behov og ressurser (Alvsvåg, 2015, s. 163). Når vi ikke kan innhente informasjon om pasienten slik vi vanligvis pleier, må vi skaffe oss den på andre måter. Mye informasjon kan vi hente fra pasienten gjennom samtale, men også dette kan være utfordrende på grunn av språkbarrierer. Mange papirløse kan ikke det norske språket og har i tillegg ofte dårlige engelskkunnskaper (Hacker m fl., 2015). De klarer derfor ikke alltid å forklare sine helseplager til sykepleier. Sykepleier kan i tillegg misforstå det den papirløse prøver å fortelle. Dette bekreftes i studien til Hacker m fl. (2015). Studien peker også på at papirløse ikke fullt ut blir trodd på sine symptomer. Den oppfordrer derfor til økt bruk av tolketjenester for å forstå den papirløse bedre. Bruk av tolk synes derimot å være betinget av den generelle arbeidsmåten ved ulike helseinstitusjoner fremfor hvilke oppholdsstatus den papirløse har (Hjelde, 2010).

Studier fastslår i tillegg at papirløse ofte undervurderer sine helseplager. Sykepleiere i Hjeldes studie forteller at bakgrunnen for dette kan komme av ulik forståelse av hva sykdom og helse er, og at de papirløse ikke vet hvor de skal henvende seg med sine plager (2010). Dette gjør det vanskelig for oss å forstå hvilke behov den papirløse pasienten har. Studier indikerer at sykepleiere trenger opplæring for å forstå denne gruppens behov bedre (Hjelde, 2010). Når vi skal yte helsehjelp til papirløse er det derfor nødvendig med kunnskap om gruppen som helhet. På denne måten kan vi skaffe oss bedre informasjon om hvilke behov som er størst, samt hvilke muligheter og begrensninger den papirløse pasienten har.

Faglig skjønn i møte med den papirløse pasienten

For å kunne gi papirløse forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, kreves det at sykepleier har utviklet et godt faglig skjønn. Hjeldes rapport underbygger viktigheten av et godt skjønn for å imøtekomme de papirløse på best mulig måte. Studien viser til to papirløse migranter som begge hadde blitt avvist av sykepleiere ved legevakten. Dette til tross for at begge hadde hatt store smerter og følte seg svært dårlige og livstruende syke. Historiene ble fortalt til forskerne med opphisset og hevet stemme, noe som kan tyde på at pasientene ikke har opplevd omsorgsfull hjelp i situasjonen (Hjelde, 2010). Møtet med de papirløse pasientene representerer en usikker situasjon for sykepleierene. Og nettopp i usikre situasjoner kommer det faglige skjønnet til sin rett (Alvsvåg, 2015, s. 167).

Kun gjennom reflektert erfaring og kunnskap utvikler vi skjønnet (Alvsvåg, 2015, s. 175). Sykepleiere må derfor aktivt bidra til å skaffe seg informasjon om papirløse og gjøre seg godt kjent med lovverk og retningslinjer rundt helsehjelp til denne gruppen. Dersom sykepleierne på legevakten hadde satt seg godt inn i lovverket ville de kanskje vurdert situasjonen annerledes. Pasientene i studien, hadde allerede store smerter og kvalifiserte dermed til nødvendig helsehjelp som ikke kan vente, ifølge Forskrift om helse- og omsorgstjenester til personer uten opphold i Riket (2011). Smerter er individuelle og kan være vanskelig for sykepleier å vurdere. Ved tvil burde sykepleierne foretatt nødvendige undersøkelser for å utelukke fare for at situasjonen ville forverre seg (Helsepersonelloven, 1999). Hadde sykepleierne på forhånd tilegnet seg kunnskap og informasjon om papirløses livssituasjon, ville de vært kjent med at de papirløse pasientene mest sannsynlig ikke ville oppsøkt legevakten med mindre det var alvorlig (Hjelde, 2010).

Det faglige skjønn kommer til uttrykk gjennom kunnskap, verdier og erfaringer (Holter, 2015, s. 113). Derfor er det naturlig at sykepleier som kan mye om de papirløses livssituasjon og er trygg på hvilke rettigheter de har, vil være i bedre stand til å vurdere situasjonen til den papirløse slik at helsehjelpen blir mest mulig forsvarlig og omsorgsfull.

Tolkning av lovverket er avgjørende for helsehjelpen som blir gitt

Studier viser at det kan være vanskelig å forstå dagens retningslinjer for tilgang til helsehjelp fullt ut. Dette gir rom for at hver enkelt sykepleier kan tolke loven på sin egen måte. Ulik tolkning av lovverket kan avgjøre om papirløse mottar helsehjelp eller ikke. Dette bekreftes i studien til Hjelde (2010). Vi har, som beskrevet i teoridelen, to sider av lovverket som står mot hverandre. Mellom dette står sykepleieren og de yrkesetiske retningslinjene. Dette skaper vanskelige dilemma når vi selv må tolke hvordan vi skal handle i møte med den papirløse pasienten.

Det kan være ulike grunner for hvorfor sykepleiere tolker loven ulikt. Enkelte studier peker på at tolking av lovverket henger sammen med sykepleiers innvandringspolitiske oppfatninger og vurdering av yrkesetiske retningslinjer (Hjelde, 2010). Det er naturlig at vår yrkesutøvelse blir preget av våre holdninger. Noen kan ha en forforståelse og fremmedkulturell frykt. Fordommer kan være med å påvirke måten den enkelte sykepleier behandler papirløse pasienter på. På en annen side søker sykepleiere seg til utdanningen fordi de har et ønske om å gjøre noe godt for mennesker som har det vanskelig (Alvsvåg, 2015, s. 162). Derfor er det nærliggende å tro at de fleste sykepleiere klarer å skille sin rolle som omsorgsyter fra innvandringspolitisk ståsted. Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet bør være grunnleggende verdier hos enhver sykepleier (Norsk sykepleierforbund, u.å).

Studien til Hacker m fl. fastslår på sin side at sykepleiere mistolker hva nødvendig helsehjelp ifølge loven innebærer (2015). Dette kan tyde på en uklarhet i hva begrepet betyr, og det blir dermed opp til hver enkelt sykepleier å legge vekt på sin egen oppfatning. Forskriften om helsehjelp til papirløse har, etter vår mening, derimot en ganske klar definisjon på hva nødvendig helsehjelp innebærer. Helsehjelpen er nødvendig dersom det er *“fare for nær forestående død, sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter”* (2011). Dette indikerer at i det i de fleste tilfeller kreves en medisinsk undersøkelse for å fastslå om det er snakk om nødvendig helsehjelp eller

ikke. Mange papirløse blir likevel avvist uten noen form for undersøkelse (Røda Korset, 2018). Noe av problemet kan være at sykepleiere ikke kjenner lovverket godt nok til å vurdere hva nødvendig helsehjelp innebærer. Dette bekreftes av Hacker et al. De anbefaler at sykepleiere bør oppdateres i lovverket, og gjøre seg godt kjent med retningslinjer for tilgang til helsehjelp (Hacker et al, 2015).

Studier viser også at økonomiske vurderinger ofte veier tyngre enn medisinske vurderinger (Hjelde, 2010). Dette gjelder nok særlig i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven sier at helseinstitusjonen kan be om at pasienten dokumenterer sin evne til å betale for tjenesten i forkant av behandling (1999). Dermed kan den papirløses betalingsdyktighet være avgjørende for om han eller hun mottar helsehjelp. Dette forutsetter at sykepleier prioriterer loven om krav til betaling, selv om loven i utgangspunktet sier at helseinstitusjonen skal betale i de tilfeller den papirløse ikke er betalingsdyktig.

At økonomiske vurderinger skal være førende for å motta helsehjelp motstrider med hvordan Kari Martinsen mener vi skal behandle pasienten. Hun sier at vi som sykepleiere har et moralsk ansvar om å handle riktig og godt i enhver situasjon (Brinchmann, 2016). Vi skal alltid handle til det beste for pasienten. Skal vi klare det, må vi se bort fra de økonomiske sidene ved behandlingen og heller fokusere på den papirløses behov for helsehjelp. I slike situasjoner kan vi som sykepleiere føle at vi havner i dilemma mellom vårt verdigrunnlag og retningslinjer på arbeidssstedet. Yrkesetiske retningslinjer slår på sin side fast at vi som sykepleiere står personlig ansvarlig for at vår praksis er forsvarlig. Den skal ikke bare være faglig og juridisk forsvarlig, men også etisk forsvarlig . Vi skal ivareta pasientens verdighet, og yte omsorgsfull hjelp uten fare for å krenke pasienten (Norsk sykepleierforbund, u.å). Å avvise papirløse pasienter utelukkende basert på økonomiske overveielser er uverdigg og strider i tillegg mot lovverket. Det står også i sterk kontrast med viktige etiske prinsipper i yrkesprofesjonen.

Når loven tolkes ulikt kan de papirløse pasientene bli nektet helsehjelp de har rett til. Personer med samme sykdomsbilde kan få ulik vurdering av sin tilstand på bakgrunn av hvilken sykepleier de møter. Dette illustreres på en god måte med et pasienteksempel fra et helsesenter for papirløse migranter i Sverige (Røda Korset, 2018). En papirløs pasient forsøkte å bestille time på et legekantor flere ganger grunnet en vond fot . I resepsjonen på legekantoret møtte pasienten en sykepleier som ikke tolket dette som nødvendig helsehjelp. Senere, da en annen sykepleier på Helsesenteret for

papirløse i Sverige undersøkte samme foten, viste det seg at flere av tærne var svarte. I tillegg hadde pasienten mistet følelsen på flere steder. Sykepleieren ringte dermed til det samme legekantoret som pasienten tidligere hadde vært på. Pasienten fikk time til undersøkelse dagen etter på bakgrunn av den andre sykepleierens beskrivelse av den aktuelle situasjonen. For denne pasienten var det helt avgjørende for hans eller hennes liv hvordan sykepleierne i dette tilfellet tolket lovverket. Dette viser hvor viktig det er for den enkelte papirløse pasient at sykepleier tar seg bryet med å gjøre seg godt kjent med retningslinjene for helsehjelp. Uteblitt helsehjelp kan i flere tilfeller få store konsekvenser for pasientene.

Som sykepleier har vi et ansvar for å gjøre oss kjent med papirløses situasjon og lovverket som regulerer retten til helsehjelp dersom vi ønsker å ivareta de papirløse med verdighet. Men konsekvensene for uteblitt helsehjelp er også et samfunnsproblem.

Konsekvenser for uteblitt helsehjelp – et samfunnsproblem

Konsekvensene for uteblitt helsehjelp hos papirløse migranter kan bli store utfordringer for både de papirløse og for samfunnet generelt. Det kan være bedre samfunnsøkonomi å forebygge sykdommer, enn å behandle de akutt. Migranterne må for eksempel etter norsk lov vente på at mindre alvorlige sykdommer skal bli alvorlig nok til at det kan kategoriseres som akutthjelp. Alvorlige kroniske sykdommer som diabetes, kreft og hypertensjon blir ikke alltid regnet som akutt sykdom (Helsedirektoratet, 2017)

Helsedirektoratets rapport peker blant annet på disse helseutfordringene vi som samfunn står ovenfor med tanke på papirløse. Som tidligere nevnt i oppgaven er det rapportert om at flere papirløse går med ubehandlede sykdommer (Helsedirektoratet, 2009). Dette er uheldig, da det kan føre til at for eksempel smittsomme sykdommer kan spre seg. Helsesenteret arbeider derfor med å øke kunnskapen om rettigheter og om helsetilbud til papirløse migranter. Ved å øke den reelle tilgangen på helsetjenester, og samtidig arbeide for bedre rettigheter, vil de kunne forbygge et helseproblem blant denne gruppen. Helsesenteret gir aktivt ut informasjon og deler av sine erfaringer på politisk nivå. Dette var også en del av bakgrunnen til Representantforslaget om rett til helsehjelp for denne gruppen på lik linje med den øvrige befolkningen. Flertallet på stortinget ville likevel ikke støtte forslaget. De oppfattet ikke dagens tilbud som problematisk, men mener det er

forsvarlig slik det er i dag. Vi kan spørre oss om dagens hjelp er på et slikt nivå at det kan kalles forsvarlig når en gruppe mennesker ikke får forebyggende eller kurativ hjelp til vanlige og kroniske sykdommer (Dokument 8:106 S, 2016-17).

Kroniske sykdommer som forblir ubehandlet kan føre til alvorlige tilstander som krever akutte og kostbare behandlinger. Et høyt blodtrykk som ikke blir behandlet kan utvikle seg til for eksempel hjerneslag som trenger akutt behandling og eventuelt operasjon. En operasjon, nødvendig medisiner, opptrening og rehabilitering er kostbart. I utgangspunktet må de papirløse betale en slik behandling selv. I spesialisthelsetjenesteloven står det derimot at helsehjelp skal gis i akuttsituasjoner, selv om pasienten ikke er betalingsdyktig. Kan ikke pasienten betale, skal det betales av helseinstitusjonen (spesialisthelsetjenesteloven, 1999). På den annen side vet vi at helseinstitusjoner ikke alltid betaler. I følge koordineringsansvarlig på Helsesenter for papirløse migranter i Bergen kommer pasienter dit med store regninger og purringer de ikke klarer å betale. Helsesenteret i Bergen har betalt en del av disse regningene (personlig kommunikasjon). Det kan tenkes at disse regningene og gjentatte purringer kan være en grunn for at de papirløse ikke oppsøker helsehjelpen igjen ved behov. De regninger som helsesenteret ikke betaler må dekkes av det offentlige. Da vil det være bedre samfunnsøkonomi å forebygge disse akutte sykdommene. Enkle tiltak og jevnlig oppfølging kan dermed spare samfunnet for kostbare operasjoner og sykehusinnleggelse.

Når det kun er akutthjelp som er lovfestet, er det grunn til å tro at rehabilitering ikke følger med dette. Det kan være vanskelig å vite hvor grensen går for hva som er akutthjelp, og hva som ikke regnes som akutt. Dette støttes i studien til Hjelde. Sykepleierne i studien ønsker tydelige retningslinjer for hvor langt en skal strekke behandlingen (Hjelde, 2010). Aarseth et al. beskriver også denne utfordringen. Når papirløse har mottatt operasjon eller annen sykehusbehandling, sendes de hjem uten medisiner og oppfølging. De må vente til de blir akutt syke igjen, for så å bli innlagt på nytt. På denne måten skaper vi «svingdørspasienter» i helsetjenesten (Sivertsen, 2019). Dette dilemmaet forteller oss noe om et lovverk som kanskje ikke er tilstrekkelig.

En annen konsekvens er at samfunnet får en gruppe mennesker på utsiden av samfunnet preget av fattigdom og store helseutfordringer. Papirløse migranter er en lite synlig gruppe for myndighetene, og får derfor liten tilgang til den helsehjelpen de allerede har rett til (Helsedirektoratet, 2009). Papirløse har ingen mulighet til å få inntekt på lovlig vis. 88% av pasientene på Helsesenter for

papirløse migranter oppgir at de lever under fattigdomsgrensen. Flere bor også i boliger som er skadelig for helsen. Slike dårlige levekår er med på å påvirke helsen negativt. Mange tør heller ikke oppsøke den hjelpen de har krav på, i frykt for å bli arrestert (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, Årsmelding 2017, 2017). Tar vi utgangspunkt i FNs bærekraftsmål, som vil utrydde fattigdom og bekjempe ulikheter, gir dette grunnlag for å si at Norge ikke er en bidragsyter til å støtte dette arbeidet. Vi lukker øynene for en stadig voksende gruppe sårbare mennesker. Med dette risikerer vi å nedprioritere et av FNs hovedmål om universell helsedekning. Dermed opprettholder vi forskjeller, som skaper et klasseskille med flere under fattigdomsgrensen i Norge.

Verdig helsehjelp – et statlig ansvar?

På helsesenter for papirløse migranter kan personer uten lovlig opphold komme for å få hjelp ved sykdom. Tilbudet er gratis. Helsesentrene er opprettet i to av de store byene, og kan ikke alene dekke behovet for helsehjelp blant papirløse i Norge. Behovet for helsehjelp finnes i alle landets regioner, i små og store kommuner (Aarseth m fl., 2016). Det er usikkert om de papirløse migrantene som bor der, får den helsehjelpen de har behov for ettersom de da er avhengig av å henvende seg til lege eller akuttmottak for å få hjelp. Som tidligere nevnt kan papirløse etter norsk lov ikke benytte seg av helsehjelp uten at det er akutt eller helt nødvendig (Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011). De kan da bli tvunget til å komme på andre løsninger. I Helsedirektoratet sin rapport leser vi om dette (2009). Enkelte papirløse har sett seg nødt til å låne identiteten til venner eller bekjente for å få hjelp hos en fastlege. Sensitiv informasjon vil da stå i feil person sin journal. En kan spørre seg om dette er faglig forsvarlig. Dette viser oss noe av kreativiteten de må ta i bruk for å få nødvendig helsehjelp.

Flere leger tar imot papirløse uten å kreve betaling (Aarseth m fl., 2016) (Helsedirektoratet, 2009). De får ikke dette refundert av staten. Ulike finansielle ordninger som gjør at helsevesenets økonomi ikke blir belastet kan være et alternativ. Dette var, og er fortsatt, et viktig politisk diskusjon i ønske om lovendring for papirløses rett til helsehjelp (personlig kommunikasjon). Gjennom representantforslaget (2016-17) foreslås det flere forslag til hvordan dette kan løses. Det vises til at det største behovet for dette er innenfor kommunehelsetjenesten og tilgang på allmennlegetjenesten. I forskrift om fastlegeordningen står det blant annet at fastleger i fulltid, kan pålegges andre allmennlegetjenester inntil 7,5 timer i uken i kommunen. Innenfor denne ordningen foreslås det da at det kan være mulig å dekke behovet til papirløse for allmennlegetjenester. Videre

viser 30 medlemmer i representantforslaget at andre land i Europa har valgt ulike løsninger for finansiering av helsetilbud til papirløse, og for å gjøre helsetjenestene mer tilgjengelig (Dokument 8:106 S, 2016-17).

Forslaget om finansielle ordninger for denne gruppen ble ikke støttet i 2017. Et av motargumentene for å tilrettelegge for gratis helsehjelp og gjøre den tilgjengelig for alle, var muligheten for at flere ville komme til Norge for å få helsehjelp, såkalte helseturister. Dette ville vært uheldig bruk av landets helseressurser (Dokument 8:106 S, 2016-17). Argumentet virker ikke veldig troverdig. Av alle migrantene Helsesenter for papirløse har mottatt, opplyser kun 2 % at de kom til Norge av helsemessige årsaker (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, 2017). Norge ligger geografisk til slik at det ikke er lett å komme hit. Derfor er det lite sannsynlig at vi vil få en økt andel papirløse ved en eventuell lovendring i tilgang på helsehjelp.

En løsning kan være å se på et system med gradert tilgang på helsehjelp. Det betyr at noen kan få utvidete rettigheter på bakgrunn av juridisk status. Dette er foreslått fra medlemmer i Helse- og omsorgskomiteen. Forslaget gikk ut på å gi enkelte grupper, som funksjonshemmede, barn, gravide og eldre full tilgang på helsehjelp på like linje med øvrige befolkning (Dokument 8:106 S, 2016-17). Dette kan bidra til at de mest sårbare, får økt tilgang til helsehjelp. Samtidig er alle papirløse en veldig sårbar gruppe som har stort behov for helsehjelp, spesielt de som har bodd her i mange år og er ureturnerbare. Dette kan bidra til at de papirløse som bor her i limbo, får økt tilgang til helsehjelp. Samtidig er alle papirløse en veldig sårbar gruppe som har stort behov for helsehjelp. Alle har, ifølge menneskerettighetene, rett på lik helsehjelp uansett status. Det å skulle gi ulik helsehjelp til ulike gruppe mennesker vil være å se på noen som mer verdt og mer fortjent til hjelpen enn andre. Ser vi på alle mennesker som like mye verdt, må også retten til helse være en universell rettighet som gjelder alle uansett hvor de befinner seg. Et gradert helsesystem hvor en gruppe papirløse flyktninger har utvidete rettigheter i forhold til andre, vil i tillegg legge et enda større press på sykepleiere som vil måtte gjøre umenneskelige prioriteringer. I dag strever allerede flere sykepleiere med at de rives mellom etiske retningslinjer og lovverket. Studien til Mangrio et al tar for seg nettopp sykepleieres erfaring med å arbeide som frivillig på et helsesenter som tilbyr hjelp til papirløse. Å arbeide her opplevdes i studien som stressende for sykepleierne. Hovedgrunnene for dette var de etiske dilemmaene, følelse av utilstrekkelighet og at møtet med en sårbar gruppe påvirket sykepleierne emosjonelt. Det opplevdes stressende å velge mellom å følge loven og etisk forpliktelse. Sykepleierne følte det også utfordrende å ikke strekke til, og ikke alltid kunne gi den hjelpen som

pasientene trengte. Likevel opplevde sykepleierne i studien at de kunne bearbeide mange av disse følelsene ved å arbeide i et fellesskap mot et felles mål (Mangrio & Sandblom, 2017).

Som sykepleiere tilstreber vi en holistisk tilnærming til våre pasienter. Med lovverket vi har i dag er dette svært utfordrende, om ikke umulig å få til. I sykehusene og i primærhelsetjenesten har vi bare mulighet til å gi den helt nødvendige eller akutte helsehjelpen som kreves i situasjonen, og kan ikke se på andre aspekter ved livssituasjonen til den papirløse. Disse aspektene kan ha vel så stor innvirkning på den fysiske eller psykiske tilstanden hos pasienten som også krever behandling. Dette er kanskje noe av grunnen til at sykepleiere velger å arbeide frivillig ved lavterskel tilbud som Helsesenteret for papirløse.

I følge Mangrio m fl. ser vi at i tillegg til å bli syke av sin livssituasjon, får papirløse dårligere kvalitet på den pleien de mottar fra det offentlige (2017). Manglende personnummer gjør at dokumentasjonen ofte blir utilstrekkelig, noe som igjen kan føre til feilbehandling. I Norge er vi opptatt av pasientsikkerhet. Denne mener vi ikke blir ivaretatt, når det er tilfeldig hvilken hjelp en får som papirløs. De som kommer til helsesenter for papirløse er heldig. De får hjelp av frivillig helsepersonell som står på for pasientene, og følger dem opp på best mulig måte. Samtidig har vi forstått at flere kan være redde for å gi hjelp til noen uten dokumenter i frykt for å bryte loven. Det er lov for oss som sykepleiere å gi helsehjelp til papirløse migranter (Kirkens Bymisjon, u.å.).

Helsesenter for papirløse migranter ønsker å bli overflødige, og dermed kunne legge ned senteret (Kirkens Bymisjon & Røde Kors, 2017). Det ser ikke ut til å være politisk vilje til å utvide helsehjelpen til denne gruppen. Å utvide eksisterende lavterskel helsetilbud kan derfor være et alternativ for å imøtekomme behovene for helsehjelp blant papirløse. For å kunne gjennomføre dette, kreves en del ressurser. Et slikt tilbud vil i tillegg være svært sårbart i forhold til bemanning dersom frivillighet skal være bærebjelken i tilbudet. Derfor oppfordres det til økt statsstøtte for at dette skal kunne virkeliggjøres (Hacker m fl., 2015).

Konklusjon

Papirløse har svært innskrenkede rettigheter når det gjelder helsehjelp. Krav til betaling og krav til identifikasjon hindrer ofte muligheten til å benytte seg av helsetilbud. Manglende språk og samfunnsforståelse gjør at papirløse mangler kunnskap om de tilbud som finnes og har i tillegg problemer med å gjøre seg ordentlig forstått. Studier viser at enkelte også mangler overskudd til å pleie sin egen helse. For å ivareta papirløse migranternes behov for helsehjelp på en verdig måte, må vi som sykepleiere tilstrebe å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Vi må hindre at den papirløse pasienten blir avvist når han eller hun oppsøker helsetjenester.

Når vi må nekte en pasient helsehjelp gjør det noe med oss. Det rører ved grunnlaget i våre verdier. Ikke bare som sykepleiere, men også som medmennesker. Sykepleiere må derfor være bevisst sitt ansvar overfor de svakeste i samfunnet, og reflektere over hvordan de som yrkesgruppe kan bidra til å redusere sosiale ulikheter innen helse for å oppnå FNs bærekraftsmål. For å skape en vilje til å endre vilkårene og rettighetene til helsehjelp for papirløse migranter trenger politikere, annet helsepersonell og samfunnet for øvrig, mer kunnskap. Vi som sykepleiere bør bidra til å videreføre og formidle denne kunnskapen.

Litteraturliste:

Aarseth, S., Kongshavn, T., Maartmann-Moe, K., & Hjortdahl, P. (2016). Paperless migrants and Norwegian general practitioners. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 136(10), 911-913.
doi:10.4045/tidsskr.14.1304

Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 156-178). Oslo: Cappelen Damm AS.

Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

brugerrettighetsloven, p. o. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63).
Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De nasjonale forskningsetiske komite. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf

Dokument 8:106 S. (2016-17). *Representantforslag 106 S om helsehjelp til papirløse flyktninger*.
Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2016-2017/dok8-201617-106s.pdf>

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 887-907). Oslo: Cappelen Damm AS.

FN-sambandet. (2018, januar 10). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>

FN-sambandet. (2019, april 10). *FNs bærekraftsmål*. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>

Folkelseinstituttet. (2018). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>

- Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold. (2011). Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket (FOR-2011-12-16-1255). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1255>
- GlobalDignity. (2019). Dignity principles. Hentet fra <https://globaldignity.org/our-story/>
- Gripsrud, S. (2003, januar 22). *Omsorgsfilosof i kamphumor*. Hentet fra <https://forskning.no/sykepleie-historie-partner/omsorgsfilosof-i-kamphumor/1063205>
- Grov, E. K., & Holter, I. M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Aschehoug.
- Grov, E. K., Madah-Amiri, D., & Kyte, L. (2015). Klinisk undersøkelse. I E. K. Grov, & I. M. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Cappelen Damm.
- Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov. (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1814-05-17>
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallmann, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175-183. doi:10.2147/RMHP.S70173
- Helsebiblioteket. (2018). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2019). *sjekklister for forskningslitteratur*. Hentet april 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse*. Hentet fra <https://www.napha.no/attachment.ap?id=548>
- Helsedirektoratet. (2017). *Rettigheter, ansvar, organisering*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/rettigheter-ansvar-organisering>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hjelde, K. H. (2010). *"Jeg er alltid bekymret" - rapport om udokumenterte migranter og deres forhold til helsetjenestene i Oslo*. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/jeg-er-alltid-bekymret-nakmi-skriftserie-1-2010.pdf>

Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 107-118). Oslo: Cappelen Damm AS.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kim, H. S. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 142-155). Oslo: Cappelen Damm AS.

Kirkens Bymisjon. (u.å.). Fakta om papirløse i Norge. Hentet fra <https://kirkensbymisjon.no/artikler/fakta-papirlose-migranter/>

Kirkens Bymisjon, & Røde Kors. (2017). *Årsmelding 2017*. Helsesenteret for papirløse migranter.

Mangrio, E., & Sandblom, M. (2017). The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian journal of caring sciences*(2), 285-292. doi:10.1111/scs.12343

Mauno, H. (2019). Helsepersonell slår alarm om papirløse. (2019, 9. april). Dagsavisen. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/innenriks/helsepersonell-slar-alarm-om-papirlose-1.1463350>

Melberg, A., Onarheim, K. H., Spjeldnæs, A. O., & Miljeteig, I. (2017). Towards universal health coverage for undocumented migrants? *Tidsskriftet den norske legeforening*(1), 1-3. doi:10.4045/tidsskr.17.0683

menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. (LOV-1999-05-21-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-05-21-30>

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NOAS. (2015, mars 26). *Norsk Organisasjon for asylsøkere*. Hentet fra <https://www.noas.no/norges-papirlose-underklasse/>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.

- Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Omhelse.no. (2019, juni 5). Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Hentet fra <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/kari-martinsen/>
- omsorgsdepartementet, H. o. (2018). *Folkehelsemeldinga*. (Meld.St.nr.(2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- omsorgskomiteen, H. o. (2017). Representantforslag om helsehjelp til papirløse migranter. (*Dokument 8:106 S 2016-2017*). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=68616>
- omsorgstjenesteloven, h. o. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (*LOV-2011-06-24-30*). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Risnes, K., & Solheim, B. (2018, desember 26). Venstre og KrF vil gi papirløse migranter helsehjelp. *Bergens Tidende*. Hentet fra <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/xRByxV/Venstre-og-KrF-vil-gi-papirlose-migranter-helsehjelp>
- Røda Korset. (2018). Nedslag i verkligheten. Svenska Røde Korsets vårdenhet.
- Sivertsen, Ø. S. (2019, februar 26). Begrenset helsehjelp til papirløse migranter gjør noe med oss. *Tidsskriftet Den norske Legeforening*. doi:doi: 10.4045/tidsskr.19.0056
- spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (*LOV-1999-07-02-61*). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- sykepleierforbund, N., legeforening, D. n., & psykologforening, N. (2019). Hentet fra Opprop for papirløse i Norge: <https://papirlose.org/>
- Søk og skriv*. (2018, august 8). Hentet fra <https://sokogskriv.no/soking/planlegg-soket-dit/>
- Sønsterudbråten, S., Kindt, K. T., Vevstad, V., & Mørk, J. (2016). *Retur som avtalt?* Forskningsstiftelsen FAFO. Hentet fra https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/retur/retur-som-avtalt.pdf
- Talleraas, K. (2017, juni 25). Helse som menneskerett - også for de papirløse. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/helse-som-menneskerett---ogsaa-for-de-papirlose/67971157>

Utlendingsdirektoratet. (u.å.). *Ord og begreper*. Hentet fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/>

Valle, M. C. (2019). *Menneska*. Panduro Film. Hentet fra
<https://www.youtube.com/watch?v=fFmws6IM-a8>

Åndsverkloven. (2018). Lov om opphavsrett til åndsverk mv. (*LOV-2018-06-15-40*). Hentet fra
<https://lovdata.no/lov/2018-06-15-40>