

Ulovlig og syk

En kvalitativ studie om kunnskap om helserettigheter og tilgang til helsetjenester blant papirløse migranter

Kandidatnummer: 8

Hani Abdulkadir Mohamed

Tverrfaglig helseforskning

60 studiepoeng

Helse og samfunn



«Men uansett, ulovlig eller ikke, de må vite at det finnes mennesker i dette landet, som ikke har oppholdstillatelse, og som er i sterke smerter og de trenger hjelp. Det er ikke ulovlig å be om hjelp, er det? Vi må behandles med respekt vi også, behandle oss pent.»

- Sahara, 2023

Sammendrag

Formål: Formålet med studien var å utforske hvordan papirløse migranter opplever sine helserettigheter og hvilke helsetjenester de opplever å ha tilgang til.

Teoretisk forankring: Studien er teoretisk forankret i begrepene «Inkluderende eksklusjon», strukturell vold, interseksjonalitet og helsesøkende atferd. Disse teoretiske perspektivene bidrar til å belyse hvordan ulike strukturelle, sosiale og juridiske faktorer påvirker papirløse migranternes helse og rettigheter.

Metode: Denne studien er en kvalitativ studie, med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Gjennom semistrukturerte intervjuer med åtte papirløse migranter, utforsker jeg deres opplevelser og perspektiver knyttet til helsetjenester og rettigheter. Analysen fokuserer på å avdekke hvordan papirløse migranter navigerer i det norske helsevesenet, hvilke muligheter de opplever at de har, og hvilke barrierer de støter på, samt hvilke beslutninger som gjelder egen helse og behov for helsefaglig hjelp, gitt deres juridiske status og samfunnsmessige forhold.

Resultater: Deltakerne i studien viser en generell mangel på kunnskap og informasjon om sine faktiske rettigheter i henhold til lovverket. Mangelen på personnummer eller identifikasjonspapirer, rapporteres som den største barrieren når det gjelder å få tilgang til helsetjenester i det offentlige helsevesenet. Andre rapporterte barrierer er gjentatte negative interaksjoner i møte med det offentlige helsevesenet, inkludert manglende medmenneskelighet, avslag på utredninger og økonomiske begrensninger. Betydningen av alternative helsesøkende strategier som uformelle helsetjenestetilbud, som Helsesenteret for papirløse, selvmedisinering og betydningen av støttenettverk trekkes frem som avgjørende for deres helseomsorg.

Konklusjon: Deltakerne hadde lite kunnskap om sine faktiske helserettigheter. De hadde særlig utfordringer med å skille øyeblikkelig hjelp og helt nødvendig helsehjelp. Videre opplevde deltakerne begrenset tilgang til helsetjenester, og flere opplevde det offentlige helsevesenet som utilgjengelig for dem.

Nøkkelord: Papirløse migranter, helserettigheter, interseksjonalitet, strukturell vold og helsesøkende atferd

Abstract

Purpose: The purpose of the study was to explore how undocumented migrants experience their health rights and what healthcare services they perceive to have access to.

Theoretical framework: The study is theoretically grounded in the concept of “inclusive exclusion”, structural violence, intersectionality, and health-seeking behavior. These theoretical perspectives will contribute to illuminating how various structural, social, and legal factors influence the health and rights of undocumented migrants.

Method: This study employs a qualitative approach with a phenomenological-hermeneutic orientation. Through semi-structured interviews with eight undocumented migrants, I explore their experiences and perspectives related to healthcare services and rights. The analysis aims to uncover how undocumented migrants navigate the Norwegian healthcare system, the opportunities they perceive to have, the barriers they encounter, and the decisions they make regarding their health and need for healthcare, given their legal status and societal circumstances.

Results: Participants in the study demonstrate a general lack of knowledge and information about their actual healthcare rights according to the law. The absence of personal identification number or official identification papers is reported as the major barrier to accessing healthcare services in the public healthcare system. Other reported barriers include repeated negative interactions with the public healthcare system, including lack of compassion, denial of investigations, and economic limitations. The significance of alternative healthcare-seeking strategies such as informal healthcare services, like the Health Center for Undocumented Migrants, self-medication, and the importance of support networks are highlighted as crucial for their healthcare.

Conclusion: Participants had limited knowledge of their actual health rights. They particularly struggled to differentiate between emergency care and necessary medical treatment. Furthermore, participants experienced limited access to healthcare services, and many found the public healthcare system inaccessible to them.

Keywords: Undocumented migrants, health right, intersectionality, structural violence, health-seeking behavior

Forord

Det er med stor glede og takknemlighet at jeg nå presenterer denne masteroppgaven, som utforsker temaet om papirløse migranter og deres opplevelse av helsetjenester og rettigheter. Jeg ønsker å takke mine veiledere, Anette Bringedal Houge og Lisbeth Thoresen, for uvurderlig støtte, veiledning og motivasjon gjennom hele denne prosessen. Jeg setter stor pris på deres kunnskap og engasjement.

Videre ønsker jeg å rette en spesiell takk til deltakerne i studien. Uten dere hadde dette arbeidet ikke kunne blitt gjennomført. Jeg er takknemlig for deres åpenhet, deltakelse og bidrag til å belyse viktige spørsmål om helsetjenester og rettigheter for papirløse migranter. En stor takk går også til organisasjonene Batteriet, Mennesker i Limbo, og spesielt Trude, for deres verdifulle innsikt, samarbeid og støtte gjennom denne oppgaven.

Jeg vil også rette en hjertelig takk til min familie og venner for deres vedvarende støtte, tålmodighet og oppmuntring gjennom hele studietiden. Deres støtte har vært en stor ressurs og har gitt meg den motivasjonen jeg trengte for å fullføre denne oppgaven.

Til slutt vil jeg takke alle som har bidratt til denne masteroppgaven på ulike måter. Jeg håper denne forskningen vil bidra til økt kunnskap og forståelse rundt utfordringene papirløse migranter står overfor i møte med helsevesenet og deres rettigheter.

Hani Abdulkadir Mohamed

Oslo

15.mai 2024

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	5
1.0 Innledning	8
1.1 Formål med studien.....	9
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	10
2.0 Bakteppe	12
2.1 Hvem er de «papirløse migrantene»?.....	12
2.2 Papirløse migranters helserettigheter i Norge.....	14
2.2.1 <i>Menneskerettighetene</i>	15
2.2.2 <i>Rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke vente</i>	16
2.2.3 <i>Andre særreguleringer for voksne papirløse migranter</i>	17
2.3 <i>ØSK-komiteens kritikk av forskriften</i>	18
2.4 Organisering av helsetilbud for papirløse migranter.....	20
2.4.1 <i>Helsesenter for papirløse migranter i Oslo og Bergen</i>	21
2.4.2 <i>Andre organisasjoner som jobber for papirløse migranter</i>	21
2.5 Forskning om papirløse migranters tilgang til helsetjenester.....	22
3.0 Teoretisk rammeverk	25
3.1 Inkluderende eksklusjon.....	25
3.2 Strukturell vold.....	27
3.3 Interseksjonalitet.....	29
3.4 Helsesøkende atferd.....	30
4.0 Metodetilnærming	32
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	32
4.2 Forforståelse og refleksivitet i forskningsprosessen.....	35
4.3 Datainnsamlingsmetode.....	37
4.4 Rekrutteringsprosessen.....	38
4.5 Utvalg.....	39
4.6 Gjennomføring av intervju.....	41
4.7 Transkribering.....	43

4.8 Analyse av data	44
4.9 Metoderefleksjon.....	47
4.10 Forskningsetiske vurderinger	50
5.0 Presentasjon av funn	54
5.1 Hverdagen som papirløs: «Jeg vet ikke hva fremtiden min er».....	54
5.2 Uklare rettigheter: “Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre hvis jeg blir syk”	56
5.3 Møter med det offentlige helsevesenet: «Jeg er ikke velkommen her»	58
5.3.1 Identifikasjonspapirer: «Du har ikke personnummer så vi kan ikke behandle deg»	59
5.3.2 Avslag på utredning og behandling: «De sa: når du får svar, kan vi hjelpe deg» .	61
5.3.3 Avhengig av andre for innpass «Han tok med meg til tannlegen hans, og han betalte etterpå».....	62
5.4 Møter med Helsesenteret: «Hvis det ikke hadde vært for Helsesenteret, hadde jeg vært død».....	63
5.5 Oppsummering av funn	65
6.0 Diskusjon.....	67
6.1 Opplevde helserettigheter	67
6.3 Opplevd tilgang til offentlige helsetjenester	70
6.5 Alternative strategier	73
6.5.1 Helsesenteret for papirløse	73
6.5.2 Nettverksstøtte	74
6.5.3 Selvmedisinering	75
7.0 Avsluttende refleksjoner	77
7.1 Studiens betydning for praksis og forskning.....	79
Litteraturliste.....	82
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema på norsk, engelsk og somali.....	90
Vedlegg 2: Intervjuguide på norsk, engelsk og somali	100
Vedlegg 3: Svar på søknad om godkjenning av masterprosjekt og veileder	104
Vedlegg 4: Kvittering fra SIKT	105
Vedlegg 5: Kvittering fra REK	107
Vedlegg 6: Tabell i oppgaven – tabell 1	109

1.0 Innledning

Aldri før har så mange som 108,4 millioner mennesker vært på flukt grunn av krig, forfølgelse, konflikt og menneskerettighetsbrudd (UNHCR, 2022). Samtidig har uautorisert migrasjon blitt et fremtredende tema i den offentlige debatten i Europa, og oppmerksomheten har skapt utfordringer og spenninger i samtlige europeiske land (Amigoni, m.fl., 2021). Det anslås at det finnes mellom 3,9 og 4,8 millioner papirløse migranter i Europa (Passel, 2019). I Norge antas det at det bor mellom 2000 og 18 000 papirløse migranter (Zhang, 2008). Dette anslaget kalles ofte for et «guestimate», da denne gruppen er vanskelig å telle på grunn av deres skjulte status og utfordringer knyttet til å etablere pålitelig statistikk om denne gruppen. På verdensbasis estimeres det at det kan være så mange som 20-30 millioner papirløse migranter som lever i en tilstand av juridisk usikkerhet (UNCHR, 2022).

Den økende oppmerksomheten rundt både autoriserte og uautoriserte migranter har ført til spenninger og politiske utfordringer i Europa. Papirløse migranter ankommer Europa gjennom både lovlige og ulovlige kanaler, og selv om flere europeiske land har innført tiltak for å redusere irregulær migrasjon, har det vært relativt lite fokus på rettighetene til papirløse migranter som allerede befinner seg i Europa (Myhrvold, 2011; Hatem, m.fl., 2021). Politisk fokus har ofte vært på å kontrollere grenser og hindre uautorisert migrasjon, mens grunnleggende rettigheter for papirløse migranter blir ofte oversett eller neglisjert. Helsetjenester for papirløse migranter i Europa er nasjonalt regulert, og deres rettigheter, med unntak av akutt helsehjelp, varierer fra full tilgang, delvis tilgang til ingen tilgang til helsetjenester (Biswas, m.fl., 2011). I Norge har strategien vært å begrense deres rettigheter i håp om at de søker opphold i et annet land (Myhrvold, 2011). Helsetjenester for papirløse migranter i Norge er begrenset til øyeblikkelig helsehjelp og «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente» (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011, §3 og 5). Den begrensede tilgangen til helsetjenester strider mot prinsippene i internasjonale konvensjoner som sikrer lik tilgang til helsetjenester og retten til å oppnå den beste helsestandard muliggjort (FN-sambandet, 2023).

Inntil nylig har irregulær migrasjon og situasjonen til papirløse migranter fått lite offentlig oppmerksomhet i Norge, og forskning på denne gruppen er begrenset. Helsetilbudet for papirløse migranter er svært presserende, der dagens tilbud er systematisk dårligere enn

befolkningen ellers (Myhrvold, 2011; Lønningen og Laupstad, 2021). I tillegg fremstår den eksisterende politikken og lovgivningen om papirløse migranternes helserettigheter som tvetydig, noe som skaper usikkerhet om hvilke type helsetjenester de har krav på og hvordan de skal få tilgang til disse (Lønningen og Laupstad, 2021). I denne studien ønsket jeg derfor å undersøke hvordan papirløse migranter opplever sine helserettigheter og hvordan de opplever egen tilgang til helsetjenester.

1.1 Formål med studien

Studier har rapportert at papirløse migranter opplever dårligere helse sammenlignet med den generelle befolkningen (Ehmsen, m.fl., 2014). Til tross for dette behovet for helsetjenester, har papirløse migranter en tendens til å utsette å søke helsehjelp eller forbli ubehandlet (ibid). Deres helserettigheter og tilgang til helsetjenester oppleves som uklare og tilfeldige, noe som bidrar til utfordringer i å opprettholde god helse blant denne gruppen (Haddeland, 2019, Lønning og Laupstad, 2021). Formålet med denne studien har derfor vært todelt.

1. **Å undersøke empirisk hvilke helserettigheter papirløse migranter opplever at de har:** Studien vil både undersøke hvilke helserettigheter papirløse migranter har i Norge, og hvordan disse erfarer i praksis. Gjennom en analyse av nasjonale lover, forskrifter og praksis vil studien identifisere og kartlegge hvilke formelle rettigheter papirløse migranter har til helsetjenester i henhold til norsk lov. Gjennom kvalitative intervjuer med papirløse migranter blir deltakerne i studien invitert til å reflektere rundt og beskrive sine opplevelser og tolkninger av egne helserettigheter.
2. **Å undersøke empirisk hvilke tilganger til helsetjenester papirløse migranter opplever at de har:** Gjennom kvalitative intervjuer vil deltakerne beskrive sine erfaringer med å søke og motta helsetjenester i Norge. Studien vil identifisere hvilke tjenester papirløse migranter oppfatter som tilgjengelige og utilgjengelige, og hvilke barrierer eller hindringer de møter i sin søken etter helsehjelp.

Studien tar sikte på å gjennomføre en grundig undersøkelse av deltakernes opplevelser av egne helserettigheter og deres tilgang til helsetjenester ved hjelp av en kvalitativ tilnærming. Ved å bruke semistrukturerte intervjuer som metode, forsøker jeg å identifisere og utforske de ulike barrierene og utfordringene de står overfor. Dette ga innsikt i hvordan deres opplevelser påvirkes av politiske, institusjonelle og sosiale faktorer. Studiens tilnærming er fenomenologisk og hermeneutisk. Fenomenologien bidrar til å utforske og forstå de unike

opplevelsene og perspektivene til papirløse migranter når det gjelder deres helserettigheter og tilgang til helsetjenester. Hermeneutikken gir et rammeverk for å tolke og analysere deltakernes historier og erfaringer på en dypere nivå, med fokus på å avdekke underliggende meninger og betoning i deres fortellinger. Ved å sette deres erfaringer i sentrum, vil studien kunne belyse kompleksiteten og mangfoldet i deres opplevelser av helsevesenet.

Jeg integrerer teoretiske perspektiver som inkluderende eksklusjon, strukturell vold, interseksjonalitet og helsesøkende atferd for å bedre forstå deltakernes opplevelser med helsevesenet: Inkluderende eksklusjon blir anvendt for å analysere hvordan papirløse migranter kan oppleve en form for eksklusjon fra helsetjenester på grunn av deres juridiske status, samtidig som de opplever en viss grad av inkludering gjennom tilgang til akutt hjelp eller begrensede helsetjenester. Videre undersøker studien strukturell vold i sammenheng med helsetjenester for papirløse, med fokus på hvordan lovgivning og politikk kan utøve strukturell vold ved å begrense deres helserettigheter og tilgang til nødvendige tjenester. Interseksjonalitet blir brukt for å analysere hvordan ulike aspekter av papirløse migranternes identitet, som juridisk- og sosial status, økonomiske ressurser, samhandler og påvirket deres opplevelser av helsetjenester og tilgang til ressurser. I tillegg er helsesøkende atferd en sentral del av studien, gjennom et fokus på hvordan papirløse migranter tilpasset sin tilnærming til helsehjelp basert på kunnskap, forståelser, holdninger og tilgang på ressurser. Denne forskningstilnærmingen gir et nyansert bilde av papirløse migranternes opplevelse av helserettigheter og tilgang til helsetjenester, med fokus på hvordan deres juridiske status og andre identitetsfaktorer påvirket deres helsetjenestebruk- og tilgang.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema i dette prosjektet har vært nøye gjennomtenkt og basert på min bakgrunn og erfaring som sykepleier. Min kliniske praksis har gitt meg et perspektiv på helsevesenet og de ulike utfordringene som sårbare samfunnsgrupper møter i sin søken etter helsetjenester. Disse erfaringene har vært en avgjørende faktor som har formet min interesse og engasjement for helsetjenester for papirløse. Som sykepleier har jeg vært vitne til de betydelige ulikhetene i tilgangen til helsetjenester som eksisterer mellom forskjellige samfunnsgrupper.

Dette har også vært grunnen til at jeg i 2020 startet som frivillig ved Helsesenteret for papirløse. Helsesenteret for papirløse drives av Røde Kors og Kirkens Bymisjon. Dette senteret spiller en avgjørende rolle i å tilby helsetjenester til papirløse migranter som ellers

står uten tilgang til det offentlige helsevesenet. Gjennom erfaringer ved Helsesenteret har jeg fått innsikt i utfordringene denne sårbare gruppen møter i møte med helsevesenet. Denne erfaringen har ikke bare forsterket min forståelse av utfordringene disse individene står overfor, men har også vært en betydningsfull motivasjonsfaktor for å velge dette temaet for masterprosjektet.

Min kulturelle bakgrunn som somalier har også spilt en avgjørende rolle i utformingen av min tilnærming til helse og helsevesen. Som del av en kultur preget av fellesskapets betydning og solidaritet, har jeg vokst opp med betydningen av å inkludere de som er mest sårbare i samfunnet. Disse erfaringene har skapt et fundament som har motivert mitt valg av masteroppgavens tema.

2.0 Bakteppe

I dette kapitlet redegjør jeg for hvem som omfattes av begrepet «papirløse migranter». Jeg gjør videre rede for hvilke rettigheter papirløse migranter har til helsehjelp i henhold til det norske regelverket og internasjonale forpliktelser. Dette innebærer å se på hvilken helsetilgang de formelt har rett til, samt eventuelle begrensinger og utfordringer i praksis. Deretter presenterer jeg organiseringen av helsetilbudet for papirløse migranter, herunder hvilke frivillige organisasjoner og hjelpeapparater som jobber for å støtte denne gruppen i Norge. Til slutt sammenfatter jeg oversikt over eksisterende forskning om papirløse migranternes tilgang til helsetjenester, med fokus på funnene og utfordringene som er identifisert i tidligere studier på området.

2.1 Hvem er de «papirløse migrantene»?

Det finnes flere ulike begreper og definisjoner som brukes for å omtale denne gruppen, som ulovlige migranter, irregulære migranter, papirløse migranter eller udokumenterte migranter. Jeg har valgt å bruke «papirløse» migranter, fordi det blir ofte fremmet som et alternativ blant annet av frivillige organisasjoner (Bendixsen, m.fl., 2015, s.28). Norske myndigheter bruker i hovedsak “personer uten lovlig opphold i landet” som betegnelse for gruppen, selv om det ikke finnes noen offisielle definisjoner av de ulike gruppene av personer uten lovlig opphold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Myndighetene deler “person uten lovlig opphold” i fire kategorier:

1. Personer som har fått avslag på asylsøknaden eller andre former for opphold, og som har valgt å forbli i landet etter fristen for å forlate landet har utgått og som ikke har blitt fremskyndet tvangs fjerning fra landet.
2. Personer som har fått avslag på asylsøknaden eller andre former for opphold og som har unndratt utvisning.
3. Personer som har kommet lovlig til Norge (herunder migranter som ikke trenger visum, migranter med gyldig visum og migranter med oppholdstillatelse) som har overskredet sitt lovlige opphold.

4. Personer som har kommet ulovlig inn i Schengen-området og som ikke søker asyl eller andre former for opphold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Myndighetenes typologi tar utgangspunkt i de administrative merkelappene som er gitt gjennom utlendingsforvaltningen (Lillevik og Tyldum, 2021). Disse kategoriene kan være viktige for å forstå hvordan personene kom til Norge, men sier ikke nødvendigvis noe om situasjonen de lever under i dag, og de har i liten grad vært relevante for meg i arbeidet med denne oppgaven. I sin FAFO-rapport fra 2021 presenterer Lillevik og Tyldum en annen type typologi av papirløse migranter med utgangspunkt i deres økonomiske overlevelsesstrategier (Lillevik & Tyldum, 2021). I arbeide med papirløse migranter er det klart for meg at det ikke er snakk om en homogen gruppe. Deres muligheter og begrensninger kan variere stort. I sin typologi beskriver Lillevik og Tyldum kjennetegn som deles av mange papirløse migranter, men alle som deler kjennetegn, har ikke nødvendigvis alle de andre kjennetegnene.

Typologien forstås som «idealtypisk», der noen deler kjennetegn, men likevel ikke lever like liv (ibid). Typologien består av fire hovedtyper og en overgangskategori:

De synlige: Denne gruppen består av personer som oppholder seg på asylmottak etter å ha fått endelig avslag på asylsøknad. Asylsøkere er personer som har forlatt sitt hjemland og søkt om asyl eller beskyttelse i et annet land på grunn av frykt for forfølgelse, krig eller alvorlig fare. Etter avslag på asylsøknaden, kan noen velge å bo på asylmottak. Denne gruppen omtales som «de synlige» fordi det produseres statistikk om dem, inkludert hvor de bor. Noen av disse avviste asylsøkerne kan bli værende på mottak til en eventuell returordning er på plass, noe som kan ta flere år på grunn av manglende returavtaler med mottakende land. Å bo på asylmottak utgjør en overlevelsesstrategi da det gir dem et sted å bo og begrenset økonomisk støtte (Lillevik & Tyldum, 2021).

De avhengige: Denne gruppen består av personer som bor hos noen med lovlig opphold, typisk kjæreste, samboer, venn eller familie. Å bli forsørget av en partner eller familiemedlem kan gi en følelse av trygghet og støtte, med penger til å klare seg, et fast bosted, og noen å støtte seg på i vanskelige tider. Imidlertid befinner de fleste seg i et avhengighetsforhold der de er den svakeste part når det gjelder juridiske og økonomiske ressurser. Å bryte ut av slike forhold når man selv ikke har lovlig opphold, kan være risikabelt og kostbart, siden det er få institusjoner eller mekanismer som beskytter denne gruppen om de ønsker å forlate situasjonen (Lillevik & Tyldum, 2021).

De arbeidende: Denne gruppen forsørger seg selv gjennom svart/ulovlig arbeid. Mange i denne gruppen oppholder seg i Norge i kort tid på grunn av faren for utvisning hvis de blir tatt av myndighetene for å ha jobbet ulovlig. Noen klarer dog å oppholde seg i lengre perioder og jobbe i det uformelle arbeidsmarkedet over lengre perioder. Ifølge Lillevik og Tyldum, kan denne gruppen være vanskelig å få tilgang på fordi de ofte går under radaren, i frykt for å bli oppdaget og anmeldt til myndighetene for ulovlig arbeid (Lillevik & Tyldum, 2021).

De «marginaliserte» er en gruppe papirløse migranter hvor det finnes tilgjengelig informasjon fra politiets registre og andre tjenester som opererer på gateplan. Disse individene lever av ulike former for kriminalitet eller prostitusjon i Norge. Gruppen inkluderer papirløse migranter som har fått endelig avslag på asylsøknaden og som forsørger seg gjennom prostitusjon, narkotikasalg eller andre former for vinningskriminalitet. Det kan også omfatte personer som kom til Norge med håp om ekteskap, arbeid eller asyl, men som blir involvert i kriminalitet eller prostitusjon av ulike årsaker eller under tvang (Lillevik & Tyldum, 2021).

De som er i fritt fall: Dette er en gruppe papirløse migranter som skiller seg ut ved at de mangler fungerende overlevelsesstrategier. Mange av dem har opplevd at deres livsgrunnlag forsvinner på et tidspunkt. Dette kan inkludere asylsøkere som får avslag og må forlate asylmottaket, ekteskapsmigranter eller kjærester som opplever samlivsbrudd, eller arbeidsmigranter som mister jobbmuligheter eller kontrakter. Uten et støttende nettverk føler de seg ofte som om de er i fritt fall, uten inntekt og evne til å forsørge seg selv. For å overleve må de rast finne et sted å bo og en måte å skaffe mat på (Lillevik og Tyldum, 2021).

Lillevik og Tyldum (2021) presenterer sin typologi av papirløse migranter i Norge med utgangspunkt i deres økonomiske overlevelsesstrategier i Norge. Ettersom disse gruppene lever under forholdsvis ulike forhold formet av hva slags inntektsmuligheter og nettverk de har i Norge, hvordan deres tilstedeværelse forstås, og hvor synlige de er for politi og andre i norsk offentlighet (Lillevik & Tyldum, 2021).

2.2 Papirløse migranternes helserettigheter i Norge

For å forstå hvilken tilgang til helsehjelp papirløse migranter har, er det helt sentralt å se på de juridiske rammene for helsehjelp. Det er flere problemstillinger som dels griper inn i hverandre og gjør det juridiske landskapet på feltet om papirløses rettigheter uoversiktlig, både

helse retten, utlendingsretten og menneskerettigheter spiller inn (Lønning og Laupstad, 2021). Hensikten i dette kapittelet er ikke å gi en fullstendig oversikt, men et sammendrag av det som er relevant for oppgaven. Først presenteres FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12, som Norge er forpliktet til. Videre vil jeg gjøre rede for hvilken rett til helsehjelp papirløse migranter har, ifølge norsk rett med ved å ta utgangspunkt i «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket.

2.2.1 Menneskerettighetene

Norske lover og forskrifter må tolkes i lys av Norges folkerettslige forpliktelser, spesielt de som er nedfelt i de ulike FN-konvensjonene om menneskerettigheter som Norge har tiltrådt (FN-Sambandet, 2023b). Disse menneskerettighetskonvensjonene har blitt inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettighetsloven og har en høyere juridisk status enn vanlige lover. Dette betyr at dersom det oppstår en konflikt mellom en bestemmelse i en norsk lov og en menneskerettslig forpliktelse, skal den menneskerettslige forpliktelsen ha forrang. Grunnlovens §92 fastslår også at norske myndigheter er forpliktet til å respektere og sikre menneskerettighetene, inkludert retten til helsehjelp (Kongerikets Noregs grunnlov, 1814, §92).

Ifølge FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12, har alle mennesker «rett til den høyeste oppnåelige standard for helse» (FN-Sambandet, 2023a). Det er statens ansvar å vedta lover eller treffer andre tiltak for å sikre at denne rettigheten blir realisert, og dette skal gjøres i den grad det er mulig innenfor tilgjengelige ressurser (FN-Sambandet, 2023b). Imidlertid er innholdet i denne rettigheten avhengig av statens evne og ressurser. ØSK-komiteen har likevel understreket at stater har plikt til å oppfylle et minimumsnivå av rettigheter, inkludert grunnleggende primærhelsetjenester (FN-Sambandet, 2023a).

Retten til god helse skal ikke være gjenstand for diskriminering basert på ulike diskrimineringsgrunnlag, inkludert «annen» status, som ifølge ØSK-komiteens tolkning inkluderer personer uten lovlig opphold (FN-Sambandet, 2023a). Staten kan begrense rettighetene i ØSK-konvensjonen bare dersom det er fastsatt i lov, og dette må være i tråd med formålet om å fremme allmenn velferd. Norge er et land kjent for sin velfungerende økonomi og et omfattende velferdssystem. Den høye standarden for omsorg og velferd som tilbys den øvrige befolkningen, omfatter imidlertid ikke papirløse migranter. Den norske

velferdsstaten er strengt regulert og å være medlem i folketrygden er nøkkelen til å ha rett på ulike velferdsytelser.

2.2.2 Rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke vente

I Norge er retten til helse- og omsorgstjenester regulert av pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-2), mens rettighetene for papirløse migranter reguleres og begrenses gjennom forskrift om tjenester til personer uten fast opphold. (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011, §1-6). "Forskrift" er en juridisk term som refererer til en bestemmelse eller regel fastsatt av en myndighet eller organ i henhold til en lov. Ifølge "forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket" (2011) §4 og §5, har alle som oppholder seg i riket rett til "øyeblikkelig hjelp og rett til helsehjelp som ikke kan vente uten fare for forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter" (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011 § 4-5). Alle som oppholder seg i riket har også rett til vurdering fra spesialisthelsetjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-2). Ved mistanke om livstruende eller alvorlig sykdom har alle rett og krav på rask vurdering, også papirløse migranter. Retten til å få behandling i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av vurderingen gjelder alle dersom hjelpen anses å være øyeblikkelig hjelp som ikke kan vente (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten lovlig opphold i riket, presiseres ikke hva som betegnes som «øyeblikkelig helsehjelp». Med «øyeblikkelig hjelp» refereres det til en situasjon der det oppstår akutt behov for undersøkelse eller behandling for å redde eller opprettholde vitale funksjoner, begrense eller forebygge alvorlig funksjonssvikt eller sykdom, eller tilby tilstrekkelig smertelindring ved kortvarige smerter (Helsedirektoratet, 2023). I tillegg står det i forskriften at personer som oppholder seg ulovlig i landet også bør ha rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller svært sterke smerter» (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011, §5a). Med denne formuleringen ønsker departementet å sikre at pasienter med de mest alvorlige og tidskritiske helseproblemene blir omfattet. Ved vurdering av tidsrammen for hva som anses som kort tid, legger departementet til grunn at personer som oppholder seg ulovlig i landet, forventes å forlate landet så snart som mulig. Departementet anser en tidsperiode på to til tre uker som

rimelig, slik at den berørte personen har tilstrekkelig til å organisere hjemreise. Behovet for å starte behandling innen få dager må vurderes individuelt av helsepersonell. Tidsfaktoren er avgjørende, selv om det krever tilpasning til pasientens behov. Pasienter plassert på venteliste antyder at nødvendig helsehjelp ikke er akutt. Alvorlige skader eller vedvarende sterk redusert funksjonstilstand må utvikle seg til en akutt nødsituasjon innen kort tid eller potensielt livstruende eller alvorlig helseskade innen tre uker. Varig sterkt nedsatt funksjonstilstand innebærer varig redusert funksjonsnivå på grunn av alvorlige smerter eller vedvarende problemer med vitale livsfunksjoner. Departementet gir så eksempler på tilstander som kan kvalifiseres som «helsehjelp som ikke kan vente», som truende hjerteinfarkt, tredjegrads brannskader og mistanke om svært alvorlig kreft sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

2.2.3 Andre særreguleringer for voksne papirløse migranter

Papirløse migranter har visse utvidede rettigheter når det gjelder tilgang til helse- og omsorgstjenester i Norge. For det første har de rett til psykisk helsevern dersom de er psykisk ustabile og utgjør en alvorlig og nærliggende fare for eget eller andres liv eller helse, i tråd med forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011, 5a). Videre har de rett til nødvendig smittevern hjelp i henhold til smittevernloven hvis de anses å være smittet med eller står i fare for å bli smittet med en allmenfarlig smittsom sykdom (Smittevernloven, 1994, §6-1; Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011, §5d). Når det gjelder svangerskapsomsorg og abort, har gravide kvinner uten lovlig opphold rett til svangerskaps- og barselomsorg på lik linje med andre. Dette inkluderer svangerskapskontroller og tilleggsoppfølging ved spesielle risikofaktorer (Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, 2011, §5c). Papirløse kvinner har også rett til selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke i henhold til abortloven i Norge (Abortloven, 1975, §2).

At papirløse migranter har rett til visse former for helsehjelp, betyr ikke nødvendigvis at de har rett til gratis behandling. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (2001) §5-3 er «personer uten fast opphold i riket ansvarlige for å dekke kostnadene for helsehjelpen fullt ut», selv om det ikke kan kreves forhåndsbetaling for spesialisthelsetjenester eller øyeblikkelig hjelp som ikke kan vente (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §5-3). Det er helsetjenestene som skal vurdere

pasientens betalingsevne. Hvis pasienten ikke har betalingsevne, må utgiftene dekkes av den instansen som er ansvarlig for helsetjenesten, for eksempel sykehuset eller legekantoret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Staten har dessuten ikke etablert noen refusjonsordninger for helsehjelp til papirløse migranter, med unntak av tjenester eller tiltak knyttet til smittevern og tvungen psykisk helsehjelp. (Lillevik & Tyldum, 2021).

Papirløse migranter har samme krav på beskyttelse av helseopplysninger som andre pasientgrupper, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven §3-6 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-6). Ifølge helsepersonelloven §21 har helsepersonell plikt til å hindre at andre får kjennskap til opplysninger om folks helseforhold (Helsepersonelloven, 1999, §21). Spørsmål kan oppstå der hvor helsepersonell ønsker å ta kontakt med utlendingsmyndighetene for å få avklart vedkommende sin oppholdsstatus eller spørsmål knyttet til utreise. Dersom en papirløs migrant søker øyeblikkelig hjelp på et sykehus, kan ikke sykehuset kontakte utlendingsmyndighetene for å avklare oppholdststatusen uten pasientens samtykke (i henhold til helsepersonelloven §22) eller med mindre sykehuset allerede vet at utlendingsmyndighetene har relevant informasjon (i henhold til helsepersonelloven, 1999, §23. nr1), for eksempel hvis pasient ble ført til sykehuset av politiets utlendingsmyndighet. Hvis helsepersonell er usikre på pasientens oppholdsstatus og pasienten ikke ønsker at opplysninger skal hentes fra utlendingsmyndighetene, må helsepersonell avgjøre tilgjengeligheten av helsehjelp basert på opplysningene som er tilgjengelige (Bendixsen, 2015, s.58-59).

2.3 ØSK-komiteens kritikk av forskriften

ØSK-komiteens kommentarer og anbefalinger angående Norge, styrker argumentet om at norske myndigheter ikke fullt ut oppfyller sine menneskerettslige forpliktelser (ØSK-komiteen, 2013; ØSK-komiteen, 2020). Konkret har komiteen anbefalt at alle som oppholder seg i Norge, uavhengig av oppholdsstatus, skal ha tilgang til primærhelsetjenester. Videre har komiteen anbefalt at tiltakene som ble innført i 2011 gjennom forskrift om helse- og omsorgstjenester til personer uten lovlig opphold i riket, og som resulterte i en begrenset tilgang til helsetjenester, bør reverseres (ØSK-komiteen, 2013; ØSK-komiteen, 2020). I tillegg har komiteen påpekt viktigheten av å inkludere barn på fastlegelister, da fravær av

dette hindrer dem i å få tilgang til adekvate helsetjenester som de i utgangspunktet har rett til (ØSK-komiteen, 2013).

Forskriften om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket har blitt kritisert av helsefagpersoner, humanitære organisasjoner og FN for å være utydelig og begrensende i omfang (Haddeland, 2019). Både i 2013 og i 2020 ble forskriften om rett til helsehjelp til papirløse kritisert av FN, der komiteen gir uttrykk for bekymring over de begrensede omfanget av vilkårene for papirløse migranter gis helsehjelp og fraværet av klare retningslinjer for tolking av forskriften (ØSK-komiteen, 2013; ØSK-komiteen, 2020). Det er sterke menneskerettslige argumenter for å utvide retten til helsehjelp utover dagens nivå. FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter i artikkel 12 fastslår som nevnt at enhver har rett til den høyeste oppnåelige standarden for helse (FN-Sambandet, 2023a). Hva som utgjør den høyeste oppnåelige standarden i hvert enkelt land, avhenger av statens tilgjengelige ressurser, og innholdet i denne rettigheten er derfor relativt. ØSK-konvensjonen gir rom for visse begrensninger i retten til helse, men alle stater må oppfylle minimumsrettigheter for alle individer innenfor sitt juridiske område, også personer uten lovlig opphold (FN-Sambandet, 2023a). Dette understreker viktigheten av å sikre at alle, uavhengig av juridiske status, har tilgang til nødvendig helsehjelp i tråd med menneskerettighetene.

I vurderingen av om Norge oppfyller sine menneskerettslige forpliktelser, er det relevant å merke seg at ØSK-komiteen understreker at stater har en spesifikk og vedvarende forpliktelse til å realisere retten til helse så raskt og effektivt som mulig (ØSK-komiteen, 2020, se også FN-Sambandet kommentarer til komiteens vurdering, 2023a). Det betyr at det ikke er anledning til å innføre tiltak som forverrer tilgangen til helsehjelp. Hvis en stat reduserer tilgangen til helsetjenester på en måte som bryter med de grunnleggende elementene i retten til helse, vil det være et brudd på konvensjonsbestemmelsene. Da dagens forskrift ble innført i 2011, var utgangspunktet at tilgang til helsetjenester ikke var like omfattende regulert som nå. Til tross for argumenter om at forskriftens formål var å presisere rettstilstanden, har det faktiske utfallet i følge Bendixsen (2015) vært at personer uten lovlig opphold har fått en begrenset sin tilgang til helsetjenester sammenlignet med det som var tilfelle før forskriften ble vedtatt.

ØSK-komiteens kommentarer og anbefalinger gir et viktig innblikk i den aktuelle debatten om tilgang til helsetjenester for papirløse migranter i Norge. Disse kommentarene og anbefalingene er ikke bare et resultat av en uavhengig vurdering av Norges overholdelse av internasjonale menneskerettsstandarder, men også en påminnelse om landets forpliktelse til å sikre grunnleggende rettigheter for alle individer på sitt territorium. Ved å se på ØSK-komiteens kommentarer og anbefalinger, får man et bilde av de spesifikke områdene der Norge kan forbedre sin praksis når det gjelder helsetjenester for papirløse migranter. Dette kan omfatte behovet for å endre eksisterende retningslinjer, eller til og med innføre nye tiltak for å sikre fullstendig respekt for retten til helse for alle individer, uavhengig av juridisk status.

For å forstå papirløses opplevelse av deres helserettigheter og tilgang til helsetjenester, er det viktig å ta hensyn til disse kommentarene og anbefalingene. De gir et referansepunkt for å vurdere Norges innsats på dette området og identifisere områder der forbedringer kan gjøres. Samtidig er de et uttrykk for det internasjonale fellesskapets forventinger til Norges innsats for å beskytte og fremme menneskerettighetene til alle individer som befinner seg på sitt territorium. Kort sagt gir ØSK-komiteens kommentarer og anbefalinger en viktig kontekstuell ramme for å diskutere papirløse migranternes opplevelse av deres helserettigheter og tilgang til helsetjenester i Norge.

2.4 Organisering av helsetilbud for papirløse migranter

En betydelig begrensning i tilgang til helsetjenester for papirløse migranter, er at de ikke har rett til å registrere seg hos fastlege, som er den primære kontakten for helsehjelp i Norge (Bendixsen, m.fl., 2015, s.55). Organiseringen av helsetilbudet for papirløse migranter kan oppleves som uorganisert og tilfeldig. Helsetilbudet for denne gruppen varierer fra kommune til kommune, men felles kommunene er at alle papirløse migranter kan henvende seg til legevakt ved behov for øyeblikkelig helsehjelp. Legevakten er en del av primærhelsetjenesten tilbudet i kommunene. Enkelte kommuner er vertskommuner for asylmottak (Lillevik og Tyldum, 2021). Vertskommunene har plikt til å sørge for at beboerne i mottakene tilbys nødvendige helsetjenester ifølge helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). I disse kommunene samorganiseres helsetilbudet for asylsøkere, både de som har søkt og de som har fått endelig avslag. Disse tjenestene har fast finansiering og tar ikke betalt fra pasientene. Som en del av kommunale tjenester tilbyr disse helsestasjonene primærhelsetjeneste til sine pasienter (Lillevik og Tyldum, 2021).

Helsepersonellet på helsestasjonene kartlegger hvilket behov for helsehjelp pasientene trenger og hjelper med henvisninger til spesialisthelsetjenesten ved behov. Noen kommuner, som for eksempel Kristiansand, tilbyr disse kommunale tjenestene til både asylsøkere med endelig avslag og til papirløse migranter som ikke har gjennomgått asylsystemet. I motsetning til dette er et kriterium for å motta helsehjelp i kommunale tjenester i andre kommuner, som Trondheim, at pasienten har vært gjennom asylsystemet, ofte referert til som «papirløse asylsøkere» (Lillevik og Tyldum, 2021).

2.4.1 Helsesenter for papirløse migranter i Oslo og Bergen.

Helsesenteret for papirløse springer ut fra Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Oslo Røde Kors og ble etablert i 2009 (Lønningen og Laupstad, 2021). I Bergen ble et tilsvarende senter opprettet i 2013. Utgangspunktet for opprettelsen av helsesentrene var at organisasjonene selv kartla situasjonen for personer uten lovlig opphold i den aktuelle byen og identifiserte et udekket behov for helsehjelp (Bendixen, m.fl., 2015). Helsesentrene tilbyr primærhelsetjenester for papirløse ved å benytte seg av autorisert helsepersonell, tolker og miljøarbeidere som stiller opp frivillig. I Oslo var det i 2019 knyttet 185 frivillige aktive knyttet til helsesenter, mens i Bergen var det 104 samme år. Blant de frivillige møter pasientene leger (i ulike spesialiteter som gynekologer, psykiater, øyelege m.m), sykepleiere, psykologer, tannleger, sosionomer, fysioterapeuter og jordmødre, for å nevne noen (Lillevik og Tyldum, 2021). Helsesenteret arbeider også for å øke pasientgruppens tilgang til ordinære helsetjenester innenfor dagens regelverk. Helsetjenestene er gratis, og helsesentrene hjelper også sine pasienter med å skaffe nødvendig medisiner som de ikke har råd til å betale for seg. Helsesenteret tilbyr vanlig helsehjelp der en kan møte sykepleier, lege, psykolog og fysioterapeut etc. for konsultasjon. All helsehjelp er gratis og basert på frivillig arbeid. Helsesenteret er den eneste gratis helsehjelpen papirløse migranter kan motta dersom den ikke er akutt eller ansett som, helt nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven (Bendixen, m.fl, 2015, s.150).

2.4.2 Andre organisasjoner som jobber for papirløse migranter

Papirløse migranter som ikke ønsker frivillig retur lever ofte et usikkert liv og med behov for hjelp fra omgivelsene. Grunnet papirløse migranternes manglende rettigheter til velferdsytelser i samfunnet, blir mange avhengig av frivillige organisasjoner som tilbyr grunnleggende helsehjelp, husly og mat. I tillegg til Helsesenteret for papirløse har Røde Kors også bistått

med humanitær hjelp for denne gruppen. Røde Kors arbeider direkte med papirløse ved å tilrettelegge for akutte overnattings- og sanitært tilbud. De tilbyr også støtte og samtaler der helsevesenet ikke strekker til (Rodekors.no).

Kirkens Bymisjon har også opprettet en egen organisasjon for papirløse. *Batteriet* er en organisasjon som arbeider for at papirløse asylsøkere skal samarbeide og arbeide politisk som en organisert gruppe. Organisasjonen ønsker å rette fokuset mot at gruppen samlet skal oppnå rettigheter og goder. Gruppen består i dag av 5 - 6 personer med endelig avslag på asylsøknaden og asylsøkere som tidligere har levd lenge med endelig avslag. Gruppen kaller seg *Mennesker i Limbo*, med henvisning til den mellomstasjonen de befinner seg i. *Batteriet* har til sammen fem ansatte med ulike utdannelser innenfor sosiologi, psykologi, sosionomer og siviløkonomer. Alle med erfaring med organisasjonsarbeid og bistår med hjelp og støtte til *Mennesker i Limbo* sitt arbeid (Batteriet.no).

2.5 Forskning om papirløse migranternes tilgang til helsetjenester

Forskning om papirløse migranternes tilgang til helsetjenester kan tilføre flere viktige perspektiver og funn til studien om hvordan papirløse migranter opplever sine helserettigheter og tilgang til helsetjenester. Først og fremst kan det gi meg en dypere forståelse av de konkrete utfordringene og barrierene de møter i helsevesenet. Dette kan bidra til å kontekstualisere deres opplevelser av helserettigheter og tilgang til helsetjenester. Forskning som tar for seg papirløse migranter i EU-landene har avdekket at de som gruppe har høyere risiko for helseproblemer på grunn av deres juridiske status og som en konsekvens av økonomisk og sosial marginalisering. Papirløse migranter i ulike deler av Europa står overfor betydelige utfordringer når det gjelder retten til tilgang til helsetjenester. Ulike land har ulike tilnærminger når det gjelder å implementere internasjonale traktater som sikrer retten til helse for alle (De Vito, m.fl., 2016; Woodward, m.fl., 2013). Denne mangelen på enighet skaper forskjeller i rettigheter knyttet til helse- og sosialsystemene mellom landene. Det eksisterer ulike typer barrierer for reell tilgang, selv i land der papirløse migranter har fullverdig tilgang til helsetjenester. Det kan skyldes hvilken kunnskap helsepersonell og migranter har om de konkrete helserettighetene, manglende betalingsevne, frykt for avvisning og deportasjon, mangel på tillit til helsevesenet og/eller språkproblematikk (Jacobsen, s.33, 2015; Myhrvold og Småstuen, 2017).

Forskning på papirløse migranter i Norge har vært begrenset. Fordi irregulær migrasjon påvirkes av internasjonale regelverk, samt statlige lokale reguleringer, lar ikke empirien fra andre europeiske land seg overføre uten videre til norske forhold. Irregulær migrasjon i Skandinavia er et relativt nytt fenomen. Dog har oppmerksomheten og interessen for denne gruppens situasjon, livsvilkår og juridiske rettigheter vært økende de siste årene. Forståelsen av sammenhengen mellom papirløse migranternes livssituasjon og deres helsestatus er kompleks og flerdimensjonal. Det er også utfordrende å produsere kunnskap og kartlegge denne gruppen på grunn av deres irregulære status, som fører til at mange lever mer eller mindre skjult i samfunnet. Studier som analyserer deres situasjon og helse støter på flere utfordringer, da individuelle forutsetninger varierer og er i stadig endring. Den eksisterende empiriske forskningen viser at helseutfordringene blant denne gruppen er omfattende. De beskrives som en sårbar gruppe med betydelige behov for både somatiske og psykiske helsehjelp.

I rapporten «Helserettigheter for papirløse» av Røde Kors i 2019 identifiseres flere barrierer som papirløse migranter møter når det gjelder tilgang til helsetjenester. Disse barrierene inkluderer først og fremst juridiske barrierer: mangelen på rettslig status eller dokumentasjon hindrer papirløse migranter i å få tilgang til helsetjenester. I tillegg beskrives manglende kunnskap om helserettigheter som en annen betydelig barriere. Mangelen på informasjon om tilgjengelige helsetjenester gjør det vanskelig for deltakerne å søke hjelp. Andre barrierer som ble beskrevet var manglende betalingsevne og frykt for å bli oppdaget. Et mindre antall beskrev manglende vilje blant helsepersonell til å behandle papirløse migranter på grunn av deres juridiske status eller manglende betalingsevne (Lønningen og Laupstad, 2022).

En studie utført av Haddeland (2019) blant papirløse migranter i Norge avdekker at flertallet av deltakerne opplever søvnproblemer, tap av matlyst og/eller hodepine. Noen ble rammet av angst og depresjon, og enkelte rapporterte alvorlige psykiske lidelser, inkludert selvmordsforsøk eller tanker om å avslutte sitt eget liv. For de fleste deltakerne synes de psykiske helseproblemene å være tett knyttet til deres prekære migrasjonsstatus. Studien avslører også betydelige hindringer for papirløse migranter når det gjelder å få tilgang til psykisk helsehjelp. Begrensninger i tilgangen til helsetjenester generelt, språkbarrierer og manglende kjennskap til tilgjengelige tjenester bidrar, ifølge Haddeland (2019), til en utilstrekkelig respons på deres psykiske helsebehov.

En annen studie utført av Kvamme og Ytreide (2015) om tilgang til helsetjenester blant papirløse kvinner viser at gravide kvinner var uvitende om deres rett til å motta svangerskapsomsorg, noe som kunne føre til sen eller uteblitt behandling for potensielle komplikasjoner. Manglende tilgang til prevensjon og seksuell helseinformasjon kan også påvirke reproduktiv helse blant papirløse kvinner og menn. De kan ha begrenset kunnskap om og tilgang til prevensjonsmidler og seksuell helseinformasjon, noe som kan øke risikoen for uønsket svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner. For eksempel viser denne studien at en stor andel av deltakerne ikke visste om nødprevensjon sammenlignet med de lovlige bosatte kvinner. Dette resulterte i en høyere prosentandel uønsket graviditet blant de papirløse kvinnene (Kvamme & Ytreide, 2015).

Forskning av Jensen m.fl. (2011) i Danmark har vist at mangelen på klare retningslinjer og uklar regulering fører til at helsearbeidere må bruke unødvendig tid på å vurdere om juridiske betingelser er oppfylt for å gi medisinsk hjelp (Jensen, m.fl. 2011). Disse funnene er relevante i norsk sammenheng fordi de belyser hvordan uklare retningslinjer og reguleringer kan påvirke effektiviteten og kvaliteten på helsetjenestene som tilbys til papirløse migranter. Det kan føre til at verdifull tid går tapt som kunne vært brukt på å gi nødvendig helsehjelp i stedet for å fungere som portvoktere. Videre kan begrensningene i tilgjengelige tjenester skape etiske dilemmaer for helsepersonell. Selv om lovverk gir visse rettigheter til papirløse migranter når det gjelder helsetjenester, som retten til øyeblikkelig hjelp og akutt hjelp, er tilbudet ofte begrenset sammenlignet med det som er tilgjengelig for andre borgere (Haddeland, 2019). Dette kan føre til spenninger mellom ønsket om å gi best mulig omsorg og realiteten av begrensede ressurser. Samtidig kan helsepersonell være bekymret for konsekvensene av å tilby helsetjenester til papirløse migranter i strid med immigrasjonslovgivningen eller forskriften. Frykt for rettslige sanksjoner eller negative reaksjoner fra myndighetene kan føre til tilbakeholdenhet blant helsepersonell når det gjelder å gi omsorg til denne sårbare gruppen (Bendixsen, m.fl., 2015 s.131.).

3.0 Teoretisk rammeverk

Denne studiens problemstilling setter søkelys på erfaringene og opplevelsene til papirløse migranternes tilgang og bruk av helsetjenester, samt deres kunnskap om egne helserettigheter. Dette kapittelet har som mål å forklare studiens teoretiske rammeverk. Fire teorier eller teoretiske perspektiver grunnlaget for min forståelse av deltakernes livsverden: Inkluderende eksklusjon, strukturell vold, interseksjonalitet og helsesøkende atferd. Disse teoretiske perspektivene utgjør rammeverket for tolkningen av deltakerens opplevelser og erfaringer i oppgaven. Ingen av disse teoriene alene fanger fullstendig kompleksiteten i livene til papirløse migranter eller deltakernes livserfaringer. Likevel, ved å kombinere disse teoriene vil jeg skape et rammeverk som gjør det mulig utforske deres opplevelser mer grundig, forstå hvordan strukturelle, sosiale og juridiske faktorer påvirker deres helse og rettigheter, og belyse de unike utfordringene de møter.

3.1 Inkluderende eksklusjon

Å bli kategorisert som “papirløs”, “irregulær” eller “ulovlig” migrant betyr å ha begrensede sosiale rettigheter og velferdsrettigheter, ingen tilgang til det formelle arbeidsmarkedet, begrensede rettigheter til helsetjenester og å være “deporterbar” (Bendixen, 2020). Den italienske filosofen Giorgio Agamben bruker begrepet «inkluderende eksklusjon» til å beskrive denne tilstanden, der en person er inkludert i loven gjennom sin eksklusjon eller utenforstående status. Dette begrepet henspiller på en paradoksal tilstand der individet, på grunn av sin eksklusjon fra visse rettigheter eller beskyttelse, faktisk blir innlemmet eller underlagt lovens makt på en spesiell måte (Flohr, 2017; Vaughan-Williams, 2009., s.12; Bendixen, m.fl. 2015, s.35). Mange papirløse migranter befinner seg i en situasjon der de ikke er utvist fra landet, men heller ikke anerkjent som fullverdige deltakere som har tilgang til og kan nyte godt av de samme rettighetene, muligheter og goder som andre borgere (dette inkluderer blant annet retten til utdanning, arbeid, helsetjeneste og deltakelse i samfunnsaktiviteter) i samfunnet.

Empiriske studier av papirløse migranter vist at til tross for deres svært begrensede juridiske velferdsrettigheter, er de i praksis inkludert i ulike samfunnsarenaer gjennom mindre formelle ordninger (Bendixen, m.fl., 2015, s. 38). Det vil si, tross for mangel på formell anerkjennelse eller rettigheter i samfunnet, finner papirløse migranter måter å engasjere seg på og delta i

ulike aspekter i samfunnslivet. Disse mindre formelle ordningene kan inkludere deltakelse i sosiale støttenettverk, frivillig arbeid, uformelle arbeidsmuligheter eller andre former for sosial interaksjon og deltakelse. Dette er spesielt synlig i det uformelle arbeidsmarkedet hvor mange papirløse finner jobb enten i eller utenfor den formelle økonomien i det uformelle arbeidsmarkedet. Også anskaffelse av boliger og husleiekontrakter kan forekomme uten involvering av offentlige kanaler (ibid). I tillegg opprettes det en form for alternativt velferdstilbud på enkelte samfunnsområder, hvor frivillige organisasjoner trår til og tilbyr tjenester som papirløse migranter ikke har rett på gjennom det offentlige systemet (ibid). Helsesenteret i Oslo og Bergen representerer et eksempel på denne strukturelle kompensasjonen. For papirløse migranter kan også etniske og religiøse nettverk, som for eksempel kirker, moskeer, nettverk av mennesker med samme etniske bakgrunn, spille en betydelig rolle i slike uformelle inkluderinger. (Bendixsen, m.fl., 2015, s. 37-38).

Imidlertid, på grunn av begrensede definisjoner av hvem som har rett til å nyte godt av tjenester som tilbys gjennom offentlige midler (som ofte, enten implisitt eller eksplisitt, ekskluderer papirløse migranter), har gapet i tilgjengelige tjenester blitt en økende realitet og trussel. Det er likevel viktig å påpeke at forholdet mellom eksklusjon gjennom formell lovgivning og inklusjon gjennom uformelle praksiser ikke er entydig. Papirløse migranter er ikke ensidig ekskludert på et juridisk nivå, da de kan være selektivt inkludert i visse velferdstilbud (Bendixsen, m.fl., 2015, s.37). Et eksempel som illustrer dette er tilgangen til grunnleggende helsehjelp for papirløse migranter. Selv om formell lovgivning kan ekskludere papirløse migranter fra å registrere seg hos fastlege og få tilgang til offentlige helsetjenester, kan det være uformelle praksiser på visse helseinstitusjoner som gir begrenset, men selektiv helsehjelp for denne gruppen. Et annet eksempel kan være at papirløse migranter som oppsøker et sykehus med akutt behov for helsehjelp, få behandling på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad. Dette kan ses på som en form for inklusjon gjennom en lovpålagt praksis som prioriterer akutte tilfeller uavhengig av migrasjonsstatus. Samtidig kan det være at andre rutinemessige eller mindre presserende helsebehov blir ekskludert, selv om personen mottar nødhjelp (Bendixsen, m.fl., 2015, s.40; Bendixsen, 2020). Denne “inkluderende eksklusjon” kan uansett sies å ha alvorlige konsekvenser for deres helse (Jacobsen, s.35, 2015). Ved å ikke ha tilgang til helsetjenester på lik linje som den øvrige befolkningen, utsettes derfor papirløse migranter for strukturell vold, som hindrer dem i å ivare ta sin fysiske og mentale helse på en adekvat måte.

3.2 Strukturell vold

Strukturell vold manifesterer seg gjennom restriktive immigrasjonspolitikker, diskriminerende praksiser i helsevesenet og sosioøkonomiske barrierer som begrenser deres muligheter for å få nødvendig helsehjelp (Guillot-Wright m.fl., 2022).. Dette skaper betydelige utfordringer for papirløse migranter med hensyn til å oppnå og opprettholde god helse (Guillot-Wright m.fl., 2022; Vogt, 2013). Papirløse migranter står overfor en rekke hindringer som begrenser deres evne til å utøve disse rettighetene. For det første ekskluderes de ofte fra offentlige helseprogrammer og forsikringsordninger på grunn av deres manglende juridiske status, noe som gjør det vanskelig eller umulig for dem å få tilgang til nødvendige helsetjenester. For det andre kan frykten for å bli oppdaget og deportert avskrekke dem fra å søke medisinsk hjelp når de trenger det, noe som kan føre til forverring av helsetilstand og unødvendige lidelser (Bendixsen, m.fl., s.70, 2015). For å forstå denne dynamikken, ønsker jeg å bruke teorien om strukturell vold utviklet av den norske samfunnsforskeren Johan Galtung på slutten av 1960-tallet.

I sin artikkel «Violence, Peace and Peace Research» fra 1969, utforsker Galtung begrepet vold i ulike former og identifiserer dens trekk og eksempler. Ifølge Galtung er vold når mennesker «blir påvirket» på en måte som kompromitterer deres fysiske og mentale potensial; det er «forskjellen mellom potensialet og det faktiske» (Galtung, 1969, s.168). Med andre ord nekter strukturell vold mennesker fullt uttrykk for sine unike individualiteter. Galtung hevder at strukturell vold er unødvendig og kan unngås. Han bruker eksemplet med tuberkulose for å illustrere dette poenget. I 1850 ville død fra tuberkulose vært uunngåelig og derfor tilfeldig. I dag kan tuberkulose forebygges og behandles, og ingen bør dø av det. Hvis noen likevel dør av det, representerer det en form for vold. Skaden er innebygd i systemet og ikke forårsaket av et enkelt individ på et bestemt tidspunkt (Galtung, 1969, s.169).

Teorien beskriver altså hvordan ulike sosiale strukturer, inkludert politiske, økonomiske, juridiske, kulturelle og religiøse forhold, kan fungere som hindringer som begrenser individets eller gruppens evne til å klare seg og utvikle seg i tråd med vanlige eller normale forhold (Guillot-Wright m.fl., 2022). Det omhandler hindringer i livsforhold som er unødvendige og som kan unngås, men som likevel kan føre til sykdom, forhindre helbredelse og bidra til økt dødelighet (Varvin, 2019). Det referer til den usynlige, men likevel mektige volden som er innbakt i samfunnsstrukturer og institusjoner, som vi er en del av og ansvarlige for, og som

bidrar til ulikheter og urettferdighet på individ- og samfunnsnivå. Den moralske dimensjonen kan skjule konsekvensene av undertrykkelse av folkegrupper og svekke vår evne til å forstå dem. Strukturell vold handler ikke primært om individuelle valg, men om byråkratiske rutiner og politiske prosesser som skaper dårlige levevilkår og begrensede muligheter til de mest underprivilegerte og fattige gruppene i samfunnet. Det er et systemisk problem som berører alle, uavhengig av individuelle intensjoner eller ondskap (Varvin, 2019).

Den juridiske statusen til papirløse migranter, som begrenser deres tilgang til arbeid, helsetjenester, utdanning og boligstøtte, kan ses som et eksempel på strukturell vold. (Vogt, 2013). Disse begrensningene, skaper en hverdag preget av stress, bekymring og håpløshet. Denne juridiske sårbarheten påvirker ikke bare deres praktiske tilgang til essensielle tjenester, men også deres generelle livskvalitet og psykiske helse (Vogt, 2013). Disse strukturelle begrensningene kan føre til en konstant følelse av å være fanget i en sirkel av usikkerhet med manglende fremtidsutsikter. Papirløse migranter opplever ofte en vedvarende frykt for represalier, utvisning eller andre negative konsekvenser knyttet til deres juridiske status. Denne frykten kan bli internalisert og påvirke deres oppfatning av seg selv som uønsket i samfunnet (Bendixsen, s.188, 2015). Når det gjelder helserettigheter, understreker internasjonale rammeverk, som nevnt tidligere, at alle mennesker har rett til helse, uavhengig av deres juridiske status eller migrasjonsbakgrunn (FN-sambandet,2023b). Imidlertid viser teorien om strukturell vold at selv om disse rettighetene er anerkjent, kan strukturelle barrierer og vold begrense reell tilgang til helsetjenester for papirløse migranter (Guillot-Wright m.fl., 2022; Vogt, 2013).

Strukturell vold, når brukt alene som et analytisk rammeverk, har blitt kritisert for å ikke ta hensyn til interaksjoner mellom ulike former for vold (sosial, politisk, økonomisk, fysisk) samhandler og formidles på individnivå for å skape nyanserte og spesifikke opplevelser av helse- og sosiale ulikheter (Dean, m.fl., 2022). Teorien om interseksjonalitet støtter slike betraktninger ved å muliggjøre utforskning av hvordan individets mange sosiale posisjoner flettes sammen for å forme helseulikheter som oppstår fra et nett av gjensidig forsterkende og kryssende maktforhold (ibid).

3.3 Interseksjonalitet

Interseksjonalitet er en verdifull tilnærming for å oppnå innsikt i de komplekse utfordringene papirløse migranter møter, som går på langt utover deres juridiske status. Teorien om interseksjonalitet har sitt opphav i akademiske og aktivistiske miljøer, spesielt innenfor kvinne- og kjønnsstudier samt svart feministisk tenkning (Orupabo, 2014). Begrepet ble først introdusert av juristen og aktivisten Kimberlé Crenshaw på slutten av 1980-tallet, for å adressere de komplekse og overlappende former for diskriminering og undertrykkelse som kvinner, spesielt svarte kvinner kunne leve med (Orupabo, 2014). Teorien har siden utviklet seg og blitt videreført i ulike fagfelt, inkludert sosiologi, antropologi og andre grener (Gressgård, 2013).

Interseksjonalitet handler om å forstå hvordan ulike former for identitet og sosiale kategorier, som kjønn, etnisitet, klasse, seksuell orientering, og andre, samhandler og påvirker en persons opplevelse av diskriminering og marginalisering. Teorien utforsker hvordan ulike former for diskriminering og privilegier virker sammen og skaper komplekse maktstrukturer. Det er viktig å se på en persons erfaring som helhet, i stedet for å isolere en enkelt identitetskategori. Teorien utfordrer enkeltstående og ensidige forståelser av diskriminering og oppfordrer til å ta hensyn til mangfoldet av påvirkende faktorer i analysen av sosiale utfordringer (Thomas, 2022).

Interseksjonalitet utgjør en nyttig teoretisk tilnærming for å utforske og forstå de utfordringene som papirløse migranter står overfor. Denne tilnærmingen anerkjenner den komplekse virkeligheten ved å se på de lagene av identitet som samhandler (Bastia, 2014). For papirløse migranter innebærer det å anerkjenne at faktorer som kjønn, etnisitet, religion og andre elementer ikke eksisterer isolert, men veves sammen for å skape unike opplevelser. Den interseksjonelle tilnærmingen ser også på hvordan diskriminering manifesterer seg i flere former (Thomas, 2022). En papirløs migrant kan møte utfordringer ikke bare på grunn av sin migrasjonsstatus, men også på grunn av rase, kjønn eller andre identitetsaspekter.

I studien legges det vekt på deltakernes individuelle fortellinger og ved å gi rom for disse historiene blir det mulig å fange opp det varierte mangfoldet som eksisterer innenfor gruppen. Hensikten med å bruke denne teorien i denne studien er for å forstå hvordan samspillet mellom ulike former for strukturell vold danner ulike former for ulikhet for papirløse

migranternes tilgang og bruk av helsetjenester. Denne teorien legger til rette for en forståelse av hvordan disse faktorene ikke bare eksisterer parallelt, men også hvordan de kan enten virke uavhengige av hverandre eller samhandlet kollektivt (Thomas, 2022; Dean, 2022). Dette skaper et komplekst nettverk der disse faktorene kan overlappe og dermed påvirke papirløse migranternes helsesøkende atferd. Individens helsesøkende atferd formes ikke isolert, men i et komplekst samspill av ulike identiteter og kontekster (Cornally & McCharthy, 2011). For eksempel kan papirløse migranter møte barrierer i sin tilgang til helsetjenester som ikke bare skyldes deres migrasjonsstatus, men også på grunn av økonomisk sårbarhet, alder eller andre sosiale aspekter. Interseksjonalitet gir et rammeverk for å forstå hvordan disse forskjellige faktorene samhandler og skaper unike utfordringer i tilgang til helsetjenester (Dean, m.fl., 2022).

3.4 Helsesøkende atferd

Studier om papirløse migranternes helseutfordringer viser, som redegjort for over, at deres tilgang til helsetjenester og helsetilstand er betydelig dårligere sammenlignet med resten av befolkningen (Haddeland, 2019; Bahar Ozvaris, m.fl., 2020). I denne studien søker jeg å få en bedre forståelse av hvordan papirløse migranter navigerer seg gjennom både det formelle og uformelle helsetjenestetilbudet, hvordan de søker hjelp og informasjon om sin helse, og hva de gjør ved sykdom. Derfor ønsker jeg også å utforske deres *helsesøkende atferd*.

Teorien om helsesøkende atferd har sitt opphav i sosial- og helsevitenskapene. Den tar utgangspunkt i forskning innenfor psykologi, sosiologi, antropologi og folkehelse, hvor målet er å forstå hvordan mennesker oppfører seg når de opplever helseutfordringer eller søker helsehjelp (Poortaghi, m.fl., 2015; Zhang, m.fl., 2020). Der helsekompetanse vektlegger den kognitive informasjonsbehandling aspektet av helseforvaltning, fokuserer helsesøkende atferd på de konkrete handlingene som tas for å håndtere (u)helse (Cornally & McCharthy, 2011; Kickbusch, m.fl., 2013).

Mennesker reagerer ulikt på helseutfordringer; noen søker hjelp når problemet oppstår, mens andre prøver å takle det på egen hånd før de eventuelt ber om hjelp (Cornally & McCharthy, 2011). Denne prosessen med å søke hjelp kan variere i form og tidslinje avhengig av individuelle faktorer og situasjon rundt helseproblemet. Noen personer velger først å utforske og søke informasjon selv, gjennom å lese, søke på nettet eller bruke andre kilder for å forstå problemet bedre. Dette kan være første trinn for å forsøke å identifisere, forstå og eventuelt

løse problemet før de involverer andre. En annen tilnærming er å verbalisere helseproblemet for en potensiell hjelper. Dette kan skje ved å søke råd eller støtte fra et helsepersonell, enten det er en lege, terapeut, sykepleier eller en annen autoritet innen helseområdet. Ved å dele informasjon om problemet med en fagperson, søker individet veiledning og hjelp for å redusere eller løse problemet (Shubham m.fl.. 2020,).

Det å søke helsehjelp er en individuell prosess som avhenger av flere faktorer. Det kan være kulturelle normer, sosiale støttenettverk, tilgang til helsetjenester og sosioøkonomisk status. Sosiale nettverk og støtte kan motivere en til å søke råd eller assistanse når det oppstår helseproblemer. Tilgang til helsetjenester, både geografisk og økonomisk, spiller også en viktig rolle i beslutningen om å søke hjelp. Begrensninger i tilgjengelighet eller økonomisk tilgang kan føre til forsinket eller manglende søken etter hjelp. Tilgangen på pålitelig informasjon om helse, enten det er fra helsepersonell, media eller andre kilder, kan påvirke hvordan en person søker hjelp. God kommunikasjon med helsepersonell kan motivere noen til å søke hjelp tidligere eller være mer åpen om helseproblemer. Kunnskap, holdninger og opplevelser knyttet til helse kan påvirke hvordan en person responderer på helseproblemet. Tidligere erfaringer med lignende problemer, personlige helseoverbevisninger, og tro på egen mestringsevne kan også påvirke beslutninger om å søke hjelp (Latunji & Akineyemi, 2018).

Forståelsen av helsesøkende atferd er viktig innen helseforskning og helsetjenester da det bidrar til å forklare hvorfor noen mennesker søker hjelp tidligere eller oftere enn andre, samt hvilke faktorer som kan påvirke folks helsebeslutninger og deres reaksjoner på helsemessige utfordringer (Cornally & McCarthy, 2011). Når jeg anvender helsesøkende atferd i analysen, er formålet å forstå hvordan deltakerne reagerer når de opplever sykdom eller helseproblemer, og hvilke faktorer som påvirker deres handlinger. Dette omfatter å undersøke hvilke tiltak de setter i gang for å håndtere helseproblemer, om de unngår å søke profesjonell helsehjelp, samt hvilke tjenester og strategier de benytter seg av. Jeg ønsker å belyse de ulike faktorene som kan påvirke deres helsesøkende atferd. Dette kan inkludere sosiale og økonomiske forhold som tilgjengelighet av helsetjenester, økonomisk belastning, språkbarrierer, kulturelle normer og opplevelser av diskriminering eller mistillit i helsevesenet. Andre faktorer som stigma, samt tidligere erfaringer med helsevesenet, kan også spille en rolle.

4.0 Metodetilnærming

Tilgang til helsetjenester for papirløse migranter er, som beskrevet tidligere, ofte påvirket av en rekke komplekse faktorer, inkludert juridiske, økonomiske, kulturelle og sosiale (Bendixsen m.fl., 2015). Jeg er interessert i å utforske betydningen av disse faktorene i deltakernes liv, ut fra deres perspektiver. Jeg har derfor valgt semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Å bruke intervju som metode kan gi innsikt i den spesifikke konteksten der papirløse migranter lever sine liv og forsøker å få tilgang til helsetjenester. Dette kan inkludere å forstå lokale helsetjenestesystemer, tilgjengelige ressurser og politiske forhold som påvirker deres tilgang, samtidig å forsøke å identifisere de spesifikke barrierene som de opplever at hindrer deres tilgang til helsetjenester.

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske ståsted. Deretter vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen som er blitt benyttet, og gi en oversikt over de ulike fasene i prosjektet. Dette inkluderer datainnsamling, rekrutteringsprosessen, gjennomføringen av intervjuer, transkribering av data og analysen som er gjennomført. Videre vil jeg drøfte studiens styrker og svakheter, samt reflektere over min egen rolle som forsker, inkludert mine forforståelser. Til sist vil jeg reflektere over de forskningsetiske vurderingene som har blitt gjort både før og underveis i arbeidet med denne studien.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Når et forskningsspørsmål utvikles og undersøkes, spiller både strukturelle og kulturelle forhold som lovverk, retningslinjer, normer og holdninger inn, så vel som forskerens faglige og mer personlige interesser (Malterud, 2018, s.53). Hvilke vitenskapsteoretiske ståsted man har, altså hva man ser på som kunnskap og hvordan man oppnår kunnskap, er avgjørende for hvordan undersøkelsen gjennomføres (Thoresen m.fl., 2020, s.14). Denne oppgaven plasserer seg innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk posisjon. Som filosofiske tradisjoner kan fenomenologi og hermeneutikk fremstå som å motsi hverandre når man følger paradigmenes premisser (Malterud, 2018 s.28). Likevel kan det være hensiktsmessig å kombinere begge tilnærmingene for å tydeliggjøre det som fremkommer i intervjuene fortolkes gjennom analyseprosessen. Som metodisk og analytisk kunnskapsgrunnlag for

problemstillingen denne oppgaven har, har jeg derfor funnet det fornuftig å anvende begge tilnærmingene. I det følgende vil jeg redegjøre for valg av vitenskapsteoretisk posisjon.

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2018, s.28). Å kombinere fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming gir meg muligheten til å utforske papirløse migranternes erfaringer og opplevelser med bruk av og tilgang til helsetjenester på en måte som tar hensyn til både deres subjektive perspektiver og den kontekstuelle forståelsen av deres situasjon.

Fenomenologien ble utviklet av Edmund Husserl, ofte referert som fenomenologiens far, på slutten av det 19. og begynnelsen av det 20. århundre. Fenomenologi er studiet av fenomener slik de oppleves og erfares fra et menneskelig perspektiv. Det som kjennetegner en fenomenologisk tilnærming i helsefaglig forskning, er preget av anerkjennelsen av og interessen for å utforske menneskers erfaringer og oppfatninger knyttet til helse og sykdom. En fenomenologisk tilnærming handler om å sette søkelys på folks opplevelser og forståelse av sin situasjon og hverdagslivet de lever i (Wifstad, 2018, s.101). I fenomenologien referer begrepet «livsverden» til den daglige umiddelbare opplevelsen av verden som mennesker har. Livsverden er det grunnleggende fundamentet for menneskelig eksistens og representerer den kontinuerlige strømmen av bevissthet hvor alt vi opplever, skjer og forstår i vår hverdag, integreres (Thoresen m.fl., 2020, s.26-27). Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om deltakernes egne opplevelser av tilgang til helsetjeneste, samt deres kunnskap om deres helserettigheter. Ett og samme fenomen kan oppleves individuelt ut fra hver persons interesser, bakgrunn og forståelse (Wifstad, 2018, s.100). Ved å gjennomføre dybdeintervjuer med papirløse migranter, ønsker jeg å utforske deres livsverden og opplevelse av helse. Det inkluderer blant annet deres sosiale kontekst, tilgang til helsetjenester, kulturelle oppfatninger om helse, språkbarrierer, samt følelsesmessige og praktiske utfordringer. Jeg har utarbeidet en intervjuguide som inneholder åpne spørsmål som oppfordrer deltakeren til å beskrive sine erfaringer, tanker og følelser knyttet til det å være papirløs i Norge (Kvale & Brinkmann, 2015, s.140).

Med utgangspunkt i fenomenologiens anerkjennelse av førstepersonsperspektivet ønsker jeg å oppfordre deltakerne til å dele sine historier og opplevelser med helsesystemet. Hva er deres personlige erfaringer med å søke helsehjelp og hvordan navigerer de helsesystemet og utfordringer de møter? Edmund Husserls beskriver *førstepersonsperspektivet* i

fenomenologien som det mest grunnleggende og fundamentale for å forstå fenomener, og mente at det er viktig å betrakte fenomener fra subjektets eget ståsted eller synsvinkel (Thoresen m.fl., 2020, s.98-99). Det er det individuelle subjektet, med alle dets unike erfaringer, følelser og tolkninger som er i fokus i førstepersonsperspektivet (ibid). Dette står i kontrast til tredjepersonsperspektivet, som betrakter mennesker som et objekt som kan observeres og analyseres uten nødvendigvis å ta hensyn til subjektiviteten til personen. Fenomenologi søker å utforske førstepersonsperspektivet ved å stille spørsmål som: hva opplever jeg, hvordan opplever jeg det, hva betyr det for meg? og hvordan gir jeg mening til disse erfaringene? (Thoresen, 2020, s.24). Gjennom inngående analyse og beskrivelse av førstepersonsperspektiv kan en forstå mer av de grunnleggende strukturer og meninger som ligger til grunn for våre opplevelser av verden (Thoresen m.fl., 2020, s.99). Dette bidrar til å forstå hvordan mennesker gir mening til sin eksistens, relasjoner og verden rundt dem (ibid).

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) var i sin tid opptatt av hvordan mennesket er som forstående vesener (Malterud, 2018, s.28). Gadammers filosofiske opprinnelse baserte seg på tekstforståelse eller tekstitolkning. En hermeneutisk tilnærming innebærer at man ser på mennesker som historiske og selvfortolkende vesener (Wifstad, 2018, s.126). Ens forståelse vil være avhengig av tradisjon og historisk liv (Wifstad, 2018, s.128). Både den hermeneutiske og fenomenologiske kunnskapstradisjonen hevder at all forståelse og mening skapes av en ikke-bevisst forforståelse, og det er ved vår forforståelse at vi kan tillegge mening i det nye som møter oss (Thoresen m.fl., s. 36; Wifstad, 2018, s.128). Hermeneutikken fokuserer på kontekst, og hevder at tekstens mening gis ut fra det vi kan og det vi kjenner til fra før. Det kan være utfordrende å forstå en tekst eller en samtale når, man ikke deler samme kontekst eller forståelse av det som skrives eller samtales om. Det kan skyldes ulike perspektiver på virkeligheten eller kulturelle forutsetninger som ligger til grunn (Wifstad, 2018, s.128). I fenomenologien refereres ofte dette som *intensjonalitet*, som er en sentral forutsetning for fenomenologien (Thoresen, m.fl.. 2020, s.28). Intensjonalitet innebærer at all bevissthet er bevissthet om noe. Med andre ord er bevisstheten alltid rettet mot et objekt eller en erfaring. Dette går imot den tradisjonelle filosofiske ideen om at bevissthet er en isolert og selvrefererende enhet. Innenfor sentral fenomenologisk tenkning forstås bevissthet alltid som bevissthet om noe, og at forståelsen av bevissthet må starte med analysen av denne relasjonen til objekter (ibid).

Hermeneutikkens syn på språk og mening kan illustreres ved hjelp av begrepet “den hermeneutiske spiral” (Wifstad, 2018, s.128-129). Den hermeneutiske spiral representerer en tolkningsprosess der man beveger seg fra deler til helhet, og deretter fra helhet til deler for å oppnå en dypere forståelse av en tekst eller en handling. Denne prosessen er en kontinuerlig sirkel der tolkningen forfiner seg etter hvert som man beveger seg fremover. En tolkning begynner ofte med en forståelse av delene, de enkelte elementene som utgjør teksten eller handlinger. Deretter utforsker man hvordan disse delene passer sammen for å danne en helhetlig forståelse (ibid). Mitt mål i dette prosjektet er ikke å få en full forståelse av den transkriberte teksten, det vil si datamaterialet, og en helhetsforståelse av papirløses tilgang og bruk av helsetjenester. Dette er et mål som er umulig å nå, men et mål jeg kan nærme meg. En full forståelse av en tekst er en uendelig oppgave. Fortolkningsarbeidet handler om å kontekstualisere, kode eller kategorisere innhold. Dette arbeidet vil være grunnlaget for nye forståelser av datamaterialets egne tolkninger. Datatolkningens viktige trekk er at den er problematiserende og reflekterende i formen. Den nye formulerte teksten som springer ut av mine fortolkninger, vil være et viktig empirisk grunnlag for videre analyse av data (Brottveit, 2018, s.180).

Å kombinere fenomenologi og hermeneutikk gjør det mulig å presentere en helhetlig forståelse av de komplekse fenomenene som studeres, samtidig som det åpner opp for en dypere innsikt i de menneskelige aspektene ved dataene. Det gir meg muligheten til å se utover det åpenbare og søke etter de underliggende betydningene og sammenhengende som ligger bak deltakernes historier. Hensikten med denne studien er ikke å innta en uttalt tolkende eller beskrivende posisjon, men å kombinere begge ved å vektlegge den ene dimensjonen mer enn den andre under innsamling og analysering av data. Her må jeg tåle ambivalens mellom å vite at man påvirker materialet, samtidig som man arbeider for å redusere denne innflytelsen. Det er forskerens ansvar å sammenfatte materialet på en måte som er tro mot deltakernes uttrykk og erfaringer (Malterud, 2018; Thoresen, m.fl., 202; Wifstad, 2018).

4.2 Forforståelse og refleksivitet i forskningsprosessen.

Der en ved forskning basert på spørreskjemaer og statistikk har en viss avstand fra deltakerne, vil en ved bruk av kvalitative forskningsmetoder komme både fysisk og psykisk nærmere de personene som gjøres til gjenstand for forskning (Thoresen m.fl., 2020, s.33). I kvalitativ forskning er nærheten til feltet en viktig forutsetning, da den gir forskeren muligheten til å

forstå deres opplevelser og perspektiver på en dypere måte (Kvale & Brinkmann, 2015, s.73). Forforståelse kan forklares som en «bagasje» forskeren tar med seg inn i feltet og forskningsprosessen. Det kan være personens kulturelle bakgrunn, erfaringer, vitenskapelige kompetanse, motivasjon og moralske prinsipper tilegnet seg i egen sosialiseringssprosess (Johannesen, m.fl., s.34-35). Forforståelsen kan derfor sies å legge et grunnlag for forskningens utgangspunkt, hvordan data samles i feltet og tolkning og erfaring av materialet (ibid).

I utarbeidelsen av studien har jeg brukt mye tid på å sette meg inn i forskning på feltet, lovverk og ulike teoretiske perspektiver. Dette har kommet godt med da jeg skulle ta fatt i prosjektets tema, problemstilling, samtaler med deltakerne og bearbeiding av data. Forskningsfeltet var ikke totalt ukjent. Likevel vil jeg som deltaker i en annen livsverden enn mine deltakere aldri helt forstå deres situasjon. Jeg vil aldri kunne fremstille deres liv helt objektivt, men ha muligheten til å stille kritiske spørsmål basert på kunnskap, refleksjoner og sammenligning med egen livssituasjon. Nærhet alene er ikke tilstrekkelig for å gjøre meningsfull kvalitativ forskning (Shamoo & Resnik, 2022). En må også ha analytisk distanse og en refleksiv holdning for å gi empirisk data en analytisk fortolkning. Refleksivitet i kvalitativ forskning er en kompetanse og en forskerposisjon som innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene og den forståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Hovland, m.fl., 2010). Utgangspunktet for prosjektet har vært både min interesse for og empati med papirløses livssituasjon. Jeg har forsøkt å være oppmerksom på mitt følelsesmessige engasjement i alt fra tematisk utgangspunkt, under intervjuene og reaksjoner i etterkant. For eksempel kunne det være utfordrende til tider å tenke som en forsker og ikke som en sykepleier under intervjuene med deltakerne. Spesielt utfordrende synes jeg det var å høre på fortellinger om vanskelige livssituasjoner. Som sykepleier får jeg ofte et behov for å hjelpe og det gjorde et sterkt inntrykk å høre på disse historiene og føle at jeg ikke kunne ha 'profesjonshatten' på, og forsøke å avhjelpe. Likevel opplevde jeg at mine følelser kunne brukes som en styrke ved at deltakerne ble møtt av en forsker som bryr seg om deres livssituasjon og som har ønske om å rette søkelys på den. Jeg erkjenner at jeg, til tross for min innsikt, ikke representerer papirløse migranter, eller kan re-presentere deres livssituasjon- og erfaringer i et en-til-en forhold. Livet slik det leves, og livet slik det fortelles, og i neste omgang, gjenfortelles i forskning, er, for å parafrasere Kjersti Ericsson (2011: 69), forskjellige størrelser. Derfor har min målsetting vært å forstå mest mulig, være åpen for ulike perspektiver, transparent om min egen posisjon i

feltet og kritisk til mine egne fortolkninger. Underveis i hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å ha en refleksiv holdning ved å være bevisst på mine egne fordommer og holdninger for å redusere bias og sikre en rettferdig representasjon av deltakernes erfaringer.

4.3 Datainnsamlingsmetode

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). I dagliglivet, i litteraturen og i faglig sammenheng finnes det mange former for samtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Det kvalitative forskningsintervjuet som samtale søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s.21). Et kvalitativt forskningsintervju er en samtale som er rettet, mer eller mindre, mot forskerens spesielle behov for data (Green & Thorogood, 2018 s.116). I studien har jeg benyttet meg av semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i studiens formål, tidsbegrensninger og tilgang på deltakere. Semistrukturert intervju har en fleksibel struktur og kan ses på som en samtale mellom forskeren og deltakerne, samtidig som den styres av både forskerens ønskede temaer og de temaer som deltakerne bringer opp (Green & Thorogood, 2018, s.116). Valg av semistrukturert intervju har også sammenheng med mitt vitenskapsteoretiske ståsted. Å bruke en fenomenologisk tilnærming gjennom semistrukturerte intervjuer innebærer å fokusere på subjektive opplevelser, meninger og følelser til deltakerne uten å pålegge en rigid struktur på intervjuet (Thoresen m.fl. 2020 s.46-47).

Som tidligere nevnt kan bruk av kvalitative forskningsintervjuer i dette prosjektet gi meg tilgang til deltakernes opplevelser, meninger, perspektiver og kontekstuelle forståelse av egen tilværelse, muligheter for og tilgang til helsetjenester. Det kan også gi meg muligheten til å innhente et bredt spekter av perspektiver fra deltakere med ulike erfaringsbakgrunner og synspunkter, samt fange opp følelser og kulturelle aspekter som ikke kan kvantifiseres på samme måte i kvantitative studier (Green & Thorogood, 2018, s.117-118). Samtidig kan ikke funnene fra de kvalitative intervjuene jeg har gjennomført til denne oppgaven generaliseres. Jeg har intervjuet et begrenset antall deltakere. Det kan heller ikke gi meg kunnskap som kan brukes til å lage statistiske sammenhenger eller måle mengder og frekvenser (ibid). Gjennomføring av intervjuene kan være tidkrevende og gir ofte ikke mulighet for å dekke et

bredt spekter av emner på kort tid (Green & Thorogood, 2018, s.124). Dette vil jeg komme tilbake til senere i kapittelet.

4.4 Rekrutteringsprosessen

I kvalitativ forskning er ikke valg av deltakere tilfeldig; informantene velges ut fra interesse og relevans for undersøkelsens formål. Det ideelle antallet deltakere er avhengig av prosjektets formål (Kvale & Brinkmann, 2015, s.148), men også tilgang og muligheter til å rekruttere ønsket antall. Papirløse migranter er en sårbar gruppe som kan være vanskelig å rekruttere til forskning (Jacobsen, m.fl., 2015, s.43). For å ikke blande min rolle som frivillig sykepleier på Helsesenteret, og rollen som forsker i dette prosjektet, besluttet jeg å ikke rekruttere gjennom Helsesenteret. Gjennom en bekjent i Helsesenteret, kom jeg i kontakt med organisasjonen Batteriet Oslo. Batteriet er en organisasjon som jobber blant annet for at papirløse skal oppnå rettigheter og goder som en gruppe. Gjennom Batteriet kom jeg deretter i kontakt med Mennesker i Limbo, som er et interessefellesskap for en gruppe lengeværende papirløse som kjemper for anerkjennelse og for å bedre papirløses situasjonen i Norge. En ansatt i Batteriet har fungert som kontaktperson og mellomledd mellom meg og medlemmene i Mennesker i Limbo. Jeg ble invitert av Mennesker i Limbo til å komme på et av deres ukentlige møter og holde presentasjon om prosjektet, som en inngang til rekruttering av potensielle deltakere. I etterkant av presentasjonen fikk de som var interessert i deltakelse et informasjonsskriv med samtykkeskjema med seg. For å ivareta taushetsplikten i rekrutteringsprosessen, fikk jeg ikke tilgang til personopplysninger før deltakerne samtykket til dette. Jeg fikk derfor kontaktinformasjon gjennom kontaktpersonen i Batteriet, deretter tok jeg kontakt med dem for å avtale et senere tidspunkt for møte.

I rekrutteringsprosessen hadde jeg ingen krav når det gjelder deltakernes etnisitet eller kjønn. Jeg hadde heller ingen krav om alder, annet enn at jeg kun ønsket voksne deltakere.

Demografisk var jeg interessert i deltakere som bor eller oppholder seg i og rundt Oslo-området. Da språk kan utgjøre en barriere, har jeg hatt som begrensning kun å intervju deltakere som behersker godt norsk, engelsk eller somali. Jeg snakker alle tre språkene. Selv om dette har begrenset utvalget kan bruk av tolk være problematisk både med tanke på forskningens krav om anonymitet, og med tanke på at intervjuene skal oppleves som et trygt rom å dele sensitiv informasjon om eget liv i. Papirløse er en svært sårbar gruppe, og minoritetsmiljøene i Norge er relativt små. Det er velkjent fra tidligere forskning at det kan

oppleves problematisk for pasienter og/eller deltakere å dele fra eget liv og utfordringer til en tolk som tilhører samme sosiale nettverk (Vange, Rørdam Nielsen & Smith Jervelund, 2023).

Som redegjort for innledningsvis er formålet å utforske og opparbeide innsikt i en utsatt gruppes opplevde (og reelle) helsetjenestetilgang. I dette prosjektet har det derfor vært viktigere å få meningsmettede intervjuer – eller data – fra møter med et relativt lite antall deltakere enn «kjappe» data fra mange informanter. Jeg antok også at det ville være utfordrende å rekruttere fra gruppen fordi det er en gruppe som lever sitt liv mer eller mindre i skjul, og som har egeninteresse i ikke å avdekke personopplysninger som kan identifisere dem. Jeg hadde derfor et håp om å rekruttere ti deltakere til studien. Allerede i første rekrutteringsrunde var det ni personer som ville delta i prosjektet. To av disse utelukket jeg da de trengte tolk for å kunne delta. Disse to var ikke til stede under presentasjonen av prosjektet, men hadde blitt fortalt om prosjektet gjennom vår felles kontaktperson i Batteriet. En annen potensiell deltaker trakk seg etter hvert, da han ikke var i god nok form til å delta på intervju. Totalt holdt jeg tre presentasjoner om prosjektet på de ukentlige møtene til Mennesker i Limbo. To deltakere ble med etter tredje rekrutteringsrunde. Jeg endte altså opp med 8 deltakere. Nedenfor vil jeg presentere utvalget skjematisk.

4.5 Utvalg

I skjemaet nedenfor presenterer jeg deltakerne i studien. For å holde deltakerne i studien anonyme, har de fått fiktive navn. Jeg har ikke tatt med deres faktiske alder eller etnisitet, men valgt å ta med hvilken verdensdel de er fra, omtrent hvor gamle de er og hvor lenge de har oppholdt seg i Norge. Fordi papirløse migranter i Norge er en liten gruppe, kan informasjon om deres kjønn i kombinasjon med informasjon om deres hjemland og hendelser i deres liv potensielt være nok til gjenkjenning.

Tabell. 1

FIKTIV NAVN	KJØNN	Ca. ALDER	VERDENSDEL	OPPHOLD I NORGE
ALI	Mann	50-60 år	Midtøsten	15-20 år
MARIAM	Kvinne	50-60 år	Afrika	10-15 år
SAHRA	Kvinne	20-30 år	Afrika	5-10 år
AHMED	Mann	30-40 år	Midtøsten	10-20 år
ESROME	Mann	30-40 år	Afrika	15-20 år
AISHA	Kvinne	40-50 år	Afrika	10-15 år
FATIMA	Kvinne	40-50 år	Afrika	10-15 år
OMAR	Mann	20-30 år	Midtøsten	5-10 år

Sahra er den eneste deltakeren som jeg kjenner fra tidligere. Jeg kjenner henne gjennom Kvinnekafe i regi av Røde Kors og som pasient på Helsesenteret. Sahra har hatt mangeårige helseproblemer og nylig fått oppholdstillatelse på humanitært grunnlag. Jeg har valgt å inkludere Sahra i denne studien fordi hun har erfaringer som jeg mener kan være nyttige i denne studien.

Alle deltakerne, bortsett fra Sahra, lever i en form for avhengighetsforhold. Felles for disse deltakerne er at de bor hos personer med lovlig opphold, noe som kan være en kilde til trygghet og ivaretagelse. Esrome er den eneste deltakeren som er gift og har barn med lovlig opphold i Norge. Ali, Omar og Ahmed bor med nære slektninger som også har lovlig opphold i Norge. Fatima, Aisha og Mariam bor hos venner og fjerne slektninger. Alle deltakerne, bortsett fra Ali, har søkt asyl og fått endelig avslag på asylsøknaden. Ali har aldri søkt om oppholdstillatelse i Norge, og lever «under radaren». Mariam har fått hjelp av en bekjent med jobb, og er den eneste deltakeren som har en form for inntekt.

Felles for alle deltakerne (utenom Sahra), er at de mangler gyldige oppholds dokumenter som tillater dem å bo lovlig i landet. De har begrenset til ingen tilgang til grunnleggende tjenester som helsehjelp, utdanning og arbeid. Noen av dem lever i skjul for å unngå å bli oppdaget av myndighetene, og de står overfor betydelige juridiske og sosiale utfordringer knyttet til deres manglende lovlige status. Likevel er de mangfoldige og deres erfaringer og bakgrunn varierer sterkt fra person til person. I denne studien vil deres fortellinger være det empiriske grunnlaget for studien.

4.6 Gjennomføring av intervju

Det er svært få papirløse migranter som er synlige i samfunnet. Mange lever et liv under radaren på grunn av frykt for myndighetene. Derfor var det viktig for meg under dette prosjektet å møte deltakerne på deres "arena". Da flere av deltakerne bodde midlertidig hos venner eller slektninger, kunne ikke møtene avholdes i deres hjem. Det var viktig for meg at møtestedet skulle oppleves trygt, derfor foregikk intervjuene på Batteriets lokaler, der Mennesker i Limbo holdt sine ukentlige møter. Jeg fikk disponere et eget grupperom til å utføre intervjuene. Intervjuene foregikk i perioden oktober til november 2023. Alle intervjuene, bortsett fra ett, var en-til-en intervjuer. Med unntak av ett intervju, brukte jeg lydopptak via en diktafonapp som overførte alle opptakene direkte til Tjenester for sensitiv data (TSD). TSD er en privat sky med tjenester for innsamling, lagring og analyse av sensitive forskningsdata som krever et høyt sikkerhetsnivå (UiO, 2021).

Som tidligere nevnt, er denne studien basert på semistrukturerte intervjuer. Dette designe innebærer at det er et forhåndsdefinert sett med temaer som skal dekkes under intervjuene, men deltakerne har også frihet til å utdype og reflektere over temaene på en åpen måte (Kvale og Brinkmann, 2015, s.162). Hensikten er å få detaljerte beskrivelser av deltakernes erfaringer, forståelse, oppfatninger, følelser, holdninger og refleksjoner om et fenomen og å kunne følge opp temaer som får betydning i samtalen noe friere enn i et ferdigstrukturert intervjuoppsett (Johannessen m.fl., 2016, s.146); Kvale og Brinkmann, 2015, s.162). Gjennom en kombinasjon av deskriptiv og eksplorativ tilnærming fikk jeg muligheten til å både få detaljert informasjon og bredere innsikt om et emne eller fenomen (ibid). I forkant av intervjuprosessen utarbeidet jeg en intervjuguide. En intervjuguide representerer en systematisk oppstilling av emner og spørsmål som forskeren skal følge under datainnsamlingen. De ulike temaene reflekterer studiens problemstilling og utgjør grunnlaget for undersøkelsen (Johannessen, m.fl. 2016, s. 149).

Intervjuguiden besto av punkter som var kategorisert etter temaene: introduksjon/bakgrunn, opplevelse av egen helse, kunnskap om helserettigheter, og erfaringer med bruk av helsetjenester (se vedlegg 2). Intervjuene startet med at jeg fortalte litt om meg selv, min motivasjon til å skrive denne oppgaven, min erfaring i arbeid og møte med papirløse og en gjennomgang av informasjonsskrivet. Samtalen gikk så videre til hvem deltakeren(e) var, deres bakgrunn, deres interesser og også deres motivasjon til å delta i dette prosjektet. Her

snakket vi så videre om hva vi hadde til felles og småprat om vær, vind og familie, før vi gikk videre til de ulike temaene for intervjuet.

Jeg startet hvert tema ved å stille åpne spørsmål der jeg lot deltakerne fortelle fritt om sine erfaringer, kunnskap og opplevelser innenfor det ønskede emnet. Gjennom en deskriptiv tilnærming ønsket jeg å oppfordre deltakerne til å beskrive deres opplevelser, meninger og erfaringer grundig. Ved å stille mer konkretiserende spørsmål som «kan du fortelle om sist du dro til legen?» ønsket jeg å oppmuntre deltakerne til å fortelle historier om deres opplevelser. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål for å utforske dyptgående eller uklare områder og for å forstå de underliggende meningene, betydninger og følelser deltakerne knyttet til opplevelsene. Selv om spørsmålene hadde en viss struktur, forsøkte jeg å være fleksibel og tillate deltakerne å utdype eller utforske temaer som var viktige for dem. Noen ganger var det heller ikke lett å følge strukturen, fordi deltakerne selv hoppet frem og tilbake mellom temaene. Underveis dukket det opp temaer som jeg ikke hadde med i intervjuguiden, for eksempel betydningen av sosial kapital i møte med helsevesenet. Ved å ha en viss struktur i intervjuene for å sikre at vi kom oss igjennom temaene, og samtidig være åpen for å følge interessante spor eller utforske nye emner som oppsto underveis, opplevde jeg intervjuene både som ryddige og fleksible: Ryddige fordi jeg fikk muligheten til å komme meg gjennom alle temaene i intervjuguiden uten å være rigid, og fleksible fordi jeg opplevde deltakerne som avslappet og trygge når de delte sine opplevelser og erfaringer med meg, i et møte som tok form som en tematisk samtale.

Intervjuene varte mellom 30-60 minutter, og hver deltaker ble spurt om deres opplevelser, perspektiver og meninger knyttet til temaene som ble utforsket. Noen av deltakerne viste større åpenhet og delte mer omfattende, mens andre uttrykte seg mer reservert. Esrome og Aysha ønsket å bli intervjuet sammen og det aksepterte jeg. Ettersom det kan være en vanskelig gruppe å rekruttere fra, var det viktig for meg å tilpasse meg deres ønsker for å legge til rette for en åpen og tillitsfull samtale. Begge deltakerne var åpne og delte sine erfaringer, og det oppsto en interaktiv refleksjon der de sammen utforsket sine opplevelser, noe som ga en unik dynamikk i samtalen. Samtidig var det utfordrende å fokusere dypere på individuelle perspektiver og få en grundig forståelse av hver enkeltes erfaring når begge snakket samtidig.

4.7 Transkribering

Ifølge Kvale og Brinkmann, handler transkribering om å gjøre det muntlige datamaterialet til skriftlig tekst og gjøre intervjuene tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s.204-205). En kan si at transkribering er svekkede reproduksjoner av den direkte samtalen, og i et slik arbeid vil noe alltid gå tapt (ibid). Jeg transkriberte intervjuene selv, og arbeidet med transkriberingen gjorde meg godt kjent med dataene.

Alle intervjuene ble gjennomført med hjelp av universitetets diktafonapp koblet til Nettskjema som lagrer opptaket direkte til TSD. Selve transkribering ble gjort i et Word-dokument. For å sikre personvern og konfidensialitet, har jeg underveis aidentifisert og fjernet og/eller endret informasjon som alder, bosted, land og annet informasjon som kan spores tilbake til deltakerne. Alle navnene i transkriberingene (og i oppgaven) er pseudonymer og ikke deltakernes virkelige navn.

Jeg har valgt å transkribere alle intervjuene på bokmål. Det gjorde jeg for å gjøre det enklere å gjennomføre en grundig analyse av intervjuene når teksten er på det språket jeg er mest fortrolig med. Å transkribere intervjuene til norsk ble også en del av den analytiske prosessen, der jeg fikk muligheten til å fordype meg i materialet. Jeg har forsøkt å transkribere intervjuene så nøyaktig som mulig og beholde originaliteten i informantenes uttalelser. Likevel var det noen ord og uttrykk som var vanskelig å oversette fra for eksempel somali til norsk. Jeg omformulerte derfor noe av det deltakerne sa, på en måte som var forståelig på norsk, uten å ta bort meningen med setningen. Språk har vært en utfordring både under intervjuene og i transkriberingen. Selv om deltakerne jeg intervjuet på norsk behersket å snakke norsk, brukte likevel flere tid på å lete etter ord og setninger for å beskrive det de ønsket å formidle. For eksempel kunne flere av deltakerne stoppe opp og lete etter ordene. Likevel forsto jeg meningen med det de sa, selv om ordene kunne være vanskelig å forstå. Av den grunn var transkribering av intervjuene ganske krevende og tok lengre tid enn antatt. Under transkriberingene var jeg nødt til å høre intervjuene flere ganger, og enkelte setninger måtte spilles av gjentatte ganger for å forstå sammenhengen i det som ble sagt og ikke minst for å sikre at jeg forstod det riktig. Da oppgavens fokus ikke er betydningen av språk for analyse, valgte jeg å redigere bort alle pause-ord som «hmm», «ehm», og grammatiske feil. Publiseringen av usammenhengende og ordrette transkripsjoner kan også skape en uetisk stigmatisering av personer eller grupper (Kvale og Brinkmann, 2015, 213).

Transkriberingene ble totalt 52 sider tekst. Jeg har både underveis og i etterkant av transkriberingene skrevet notater og sammendrag av hvert intervju for å trekke ut det mest interessante og relevante informasjonen som grunnlag for analyse, men også notert tanker om forståelse av intervjuene, eventuelle utfordringer og følelser det vekket hos meg.

4.8 Analyse av data

Etter å ha transkribert alle intervjuene, var neste steg i prosessen å målrettet analysere datamaterialet. I denne studien har jeg benyttet meg av tematisk analyse som analysemetode. Tematisk analyse, som ble introdusert av Braun og Clarke (2006), er en tilnærming til kvalitativ analyse som er kjent for fleksibilitet og tilpasningsdyktighet (Malterud, 2018, s. 92). Denne metoden gir forskeren muligheten til å utforske og forstå komplekse fenomener ved å fokusere på identifisering av gjentatte mønstre på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2016, s.4). En sentral ide i tematisk analyse er at forskeren ikke blir begrenset av forhåndsdefinerte kategorier eller forhåndsbestemte temaer. I stedet gir tematisk analyse rom for en åpen tilnærming der forskeren lar temaene vokse organisk fra datamaterialet. Det er forskerens tolkning underveis og analytiske innsikt som veileder prosessen. Braun og Clarke presenterer gangen i tematisk analyse som seks ulike trinn: 1) bli kjent med datamaterialet, 2) lag de første kodene, 3) let etter temaer, 4) gå kritisk gjennom temaene, 5) definer og navngi temaene, 6) skriv dem ut (Braun & Clarke, 2020, s.28) I det følgende vil jeg presentere hvordan jeg har tatt bruk disse seks trinnene i den tematiske analysemodellen, og hvordan denne tilnærmingen ble anvendt i denne studien.

Det første trinnet i tematisk analyse, innebærer å gå grundig gjennom datamaterialet, og søke etter mønstre og sammenhenger (Braun & Clarke, 2022, s.33). For å få oversikt og et helhetlig bilde av deltakernes fortellinger, ble datamaterialet nøye gjennomgått. Først, som beskrevet tidligere, ble alle intervjuene transkribert på norsk. Etter transkriberingen av intervjuene satt jeg igjen med omfattende tekstmateriale. Jeg leste nøye gjennom hvert intervju flere ganger. Gjennom fortolkende lesing blir teksten en nøkkel til menneskers erfaringer og forskeren forsøker å forstå deltakernes tolkninger av det fenomenet som undersøkes (Johannessen m.fl., 2016, s. 165). Samtidig blir mine egne tolkninger av deltakernes fortellinger belyst. I studien har jeg lagt vekt på deltakernes fortellinger, hvor jeg har utforsket og tolket deres perspektiver. Min tilnærming til tolkningen er påvirket av min egen forforståelse, og er nødvendig for å gi mening til deltakernes fortellinger. Den fortolkende lesningen knyttes

direkte til det fenomenologisk-hermeneutiske ståsted, som igjen har sin opprinnelse i studiens formål og forskningsspørsmål (Johannessen m.fl., 2016, s. 165).

Etter å ha fått oversikt over datamaterialet, gikk jeg over til trinn 2); koding. I analyse av datamaterialet er koding en essensiell fase, der forskeren systematisk organiserer og identifiserer temaer og mønstre (Braun & Clarke, 2020, s.51). Koding kan utføres på grunnlag av både teori og data, og innebærer å sette navn eller «merkelapper» eller kategorier til ulike setninger og avsnitt for å lette gjenfinning og identifisering av spesifikke temaer i teksten (ibid).

Etter å ha lest gjennom datamaterialet flere ganger, samt notert alle kodene jeg fant, er neste trinn (trinn 3) å organisere kodene i ulike kategorier/temaer. Først søkte jeg etter mønstre og sammenhenger i datamaterialet. Deretter forsøkte jeg å navngi og definere hva disse mønstrene antydte. For eksempel ble deltakernes beskrivelser av å føle seg mistenkeligjort eller ikke trodd, knyttet til kategorien «mistrivsel i møte med helsevesenet». Jeg organiserte også relevante uttalelser under hver kategori. I intervjuguiden hadde jeg allerede delt mine spørsmål inn i ulike kategorier. Imidlertid valgte jeg under analysen å benytte andre kategorier enn de som var angitt i intervjuguiden. Dette gjorde jeg fordi de opprinnelige kategoriene var for brede og omfattet mange mindre temaer. Å beholde de forhåndsbestemte kategoriene kunne dessuten ha begrenset min evne til å identifisere aspekter som var spesielt relevante for deltakerne selv. Derfor kan det sies at min analyse bygger på både koder jeg anså som relevante, hovedsakelig av teoretisk art, og der som ble utledet direkte fra deltakernes fortellinger.

Trinn 4 i analysemetoden handler om å gjennomgå temaene. Denne fasen startet når jeg hadde et sett av aktuelle temaer som jeg trengte å definere nærmere. I prosessen med å gjennomgå og søke etter relevante temaer, oppsto det flere analyse spørsmål. Disse spørsmålene var rettet mot å utforske, forstå og tolke mønstre, sammenhenger eller temaer i dataene (Braun & Clarke, 2022, s. 97). Analyse spørsmålene hjalp meg også med å avdekke underliggende mønstre, sammenhenger og betydninger som kaster lys over forskningsspørsmålet. For eksempel ved å stille spørsmål som:

- Hva er de viktigste temaene som gjentar seg i datamaterialet?
- Finnes det variasjoner eller likheter i deltakernes interaksjoner med helsepersonell?

- Hva er de mest utbredte misoppfatningene eller manglende kunnskap blant papirløse migranter når det gjelder deres helserettigheter?
- Hvordan er mønstre for bruk av uformelle helsetjenester (Helsesenteret for papirløse) blant deltakerne, og hvordan påvirker det deres opplevelse av helsehjelp?

Disse spørsmålene var rettet mot å avdekke mening, sammenligne forskjellige aspekter av dataene, eller utforske relasjoner mellom ulike elementer. De var også veiledende for å sikre at analysen adresserer forskningsspørsmålene eller problemstillingene på en omfattende måte (Braun & Clarke, 2020, s. 99).

Etter å ha utarbeidet et tematisk kart over datamaterialet, gikk jeg så videre til trinn 5. Denne fasen involverer å konkretisere temaene ved å identifisere kjernen i meningsinnholdet og vurdere hvilke aspekter av datamaterialet som bør inkorporeres i hvert tema. Jeg utarbeidet en liste over de temaene som jeg fant mest relevant som for eksempel «støtte fra Helsesenteret» og «erfaringer med helsevesenet». Noen av temaene, som for eksempel «erfaringer med helsevesenet» og «erfaringer med helsepersonell» slo jeg sammen fordi det handlet om mye av det samme.

Som tidligere nevnt, ble mine temaer avledet både fra teori og de innsamlede dataene. Ved navngiving av temaene valgte jeg betegnelser som enten direkte knyttet seg til problemstillingen eller ble direkte hentet fra deltakernes uttalelser. Selv om Braun og Clarke beskriver de seks trinnene i tematisk analyse i en bestemt rekkefølge, er det ikke nødvendigvis at de må følges strengt kronologisk. Derfor betegnes ofte tematisk analyse som en fleksibel tilnærming der forskeren kan tilpasse prosessen etter behov. Det har noen ganger vært hensiktsmessig for meg å gå tilbake til tidligere trinn eller hoppe fremover, spesielt når jeg har oppdaget nye mønstre eller temaer underveis. Det viktigste er å bruke fleksibiliteten i tematisk analyse for å sikre at man får en forståelse av datamaterialet og at temaene som identifiseres, er meningsfulle og relevante i forhold til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2020, s. 29).

Jeg identifiserte fire sentrale temaer og tre underliggende subtemaer som belyser studiens problemstillinger om deltakernes opplevelse av sine helserettigheter og tilgang til helsetjenester. Disse temaene inkluderer «Hverdagen som papirløs», «Uklare rettigheter», «Møter med det offentlige helsevesenet» og «Møter med Helsesenteret», med tilhørende

subtemaer som fokuserer på «identifikasjonspapirer», «avslag på utredning og behandling» og «avhengighet av andre for innpass». I kapittel 5, «Presentasjon av funn», vil jeg presentere disse temaene sammen med hovedfunnene fra analysen. Deretter i kapittel 6, «Diskusjon», vil jeg kombinere disse funnene med relevant teori og tidligere forskning for å utforske og drøfte studiens problemstilling grundig.

4.9 Metoderefleksjon

Troverdighet, eller validitet, i kvalitativ forskning er det overordnede begrepet for pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Drageset og Ellingsen, 2010). Troverdighet eller validitet handler om hvordan den valgte metoden undersøker det den har som formål å undersøke, eller i hvilken grad undersøkelsens funn og fremgangsmåter gjenspeiler studiens hensikt (Drageset og Ellingsen, 2010). Innen kvalitativ forskning refererer intern validitet til hvor godt studiens resultater og funn er gyldige, pålitelige og overførbare (Jacobsen, 2015). Med andre ord handler intern validitet om hvor godt studien måler det den faktisk har til hensikt å måle, og om funnene kan tilskrives de faktorene og betingelsene som er undersøkt og ikke eksterne påvirkninger eller feilkilder. Ekstern validitet i kvalitativ forskning referer til generaliserbarheten eller gyldigheten av studiens funn utenfor den spesifikke konteksten der studien ble gjennomført (ibid). Det handler om i hvilken grad funnene kan generaliseres, overføres eller er relevante for andre situasjoner, settinger eller populasjoner. I det følgende vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har forsøkt å sikre intern og ekstern validitet ved å ta utgangspunkt i studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

Gyldighet: Gyldighet referer i kvalitativ forskning til hvorvidt studien måler og undersøker det den faktisk har til hensikt å måle, og om funnene og konklusjonene som trekkes er gyldige, pålitelige og nøyaktige i henhold til forskningsspørsmålet som studeres (Malterud, 2018, s.192). For å sikre gyldighet i studien, er troverdig datainnsamling et viktig element.

Forskerens kompetanse og egnethet i kvalitative forskningsintervjuer er også avgjørende for data som skapes. For å sikre at datainnsamlingen er troverdig, har jeg brukt tid og utarbeidet intervjuguide der målet er å sikre relevante beskrivelser fra deltakerne (dette har jeg skrevet om i punkt 4.6 Gjennomføring av intervju). Jeg har også fulgt forskningsetiske retningslinjer for å sikre at datainnsamlingen og prosessen er etisk forsvarlig. Dette inkluderer hensyn til konfidensialitet, samtykke og beskyttelse av deltakernes integritet (viser til punkt 4.10 i oppgaven). Jeg har benyttet meg av lydopptak i intervjuene – med unntak av ett intervju, og

underveis også gjort notater. I punkt 4.7 transkribering, har jeg gjort rede for valg jeg har tatt i transkriberingsprosessen.

Andre måter å sikre gyldighet i kvalitativ forskning på er blant annet metodetriangulering, informantvalidering og forskervalidering (Drageset og Ellingsen, 2010). En svakhet i studien er at jeg ikke har anvendt ulike metoder for innhenting av data, men kun innhentet data ved hjelp av intervju. Å benytte seg av flere metoder kan styrke gyldigheten til studien da det kan gi mulighet til å bekrefte eller validere funnene fra en metode med funnene fra en annen. For eksempel kan intervjuer og observasjoner gi komplementære data, der observasjoner fanger opp adferd og kontekstuelle elementer som kanskje ikke kommer frem i intervjuer, mens intervjuer kan gi innsikt i tanker, følelser og opplevelser som ikke er synlige gjennom observasjon alene (Malterud, 2018, s.200). Formålet med denne studien har ikke vært å finne den objektive sannheten om papirløses tilgang, men deltakernes erfaringer og perspektiver på egne liv. Hadde formålet vært det første, ville triangulering vært nødvendig, men for å oppnå innsikt i deres perspektiver er intervjuer en naturlig inngang til kunnskap.

Når det gjelder informantvalidering, fikk deltakerne i studien tilbud om å lese gjennom transkriberingen og deretter vurdere min fortolkning, Dette takket de alle nei til. Flere av deltakerne mente at selv om de behersker å snakke norsk, har de noen utfordringer med å lese norsk. Selv om informantvalidering kunne ha styrket gyldigheten i studien, er jeg klar over at jeg ikke kan basere meg utelukkende på informantenes egen virkelighetsbeskrivelse, men på dataen i forhold til de analytiske begrepene og de teoretiske perspektivene som har vært viktige i studien. Teksten blir ikke nødvendigvis mer gyldig om deltakerne har rettet opp i den, det er problemstillingen, metoden og kvaliteten på dataen som avgjør hva som er relevante gyldighetsprosedyrer (Drageset og Ellingsen, 2010).

I denne oppgaven har mine veiledere fungert som en form for forskervalidering i prosjektet. Gjennom metodologisk veiledning har veilederen gitt meg innsikt og veiledning angående metodevalg, datainnsamling og analysemetoder. Min veileder har også gjennom råd om kildebruk, litteraturgjennomgang og kritisk vurdering, bidratt til å sikre at forskningen holder høy kvalitet. Gjennom ekstern og kritisk vurdering av forskningsprosessen og resultatene, styrkes forskningens gyldighet og kvalitet (Jacobsen, 2015).

Pålitelighet, eller reliabilitet er knyttet til dataene i undersøkelsen, inkludert hvilke data som er samlet inn, hvordan de er innsamlet og bearbeidet (Johannessen m.fl., 2016, s.231). En av

de viktigste aspektene ved pålitelighet i kvalitativ forskning er transparens eller gjennomsiktighet. Dette innebærer at forskeren må redegjøre for hele forskningsprosessen, inkludert hvordan undersøkelsen ble gjennomført, hvorfor den ble gjennomført i en bestemt kontekst, og beskrive valgene som ble tatt underveis (Johannessen m.fl., 2016). Videre må forskeren reflektere over konsekvensene av disse valgene for forskningen. Her er det relevant å skille mellom intern og ekstern reliabilitet. Intern reliabilitet referer til graden av konsistens i forskningsprosessen og dataanalysen innenfor studien (Jacobsen, 2015). Det fokuserer på om forskeren kan oppnå de samme resultatene og tolkningene hvis studien gjentas under lignende forhold og med de samme deltakerne eller datakilder. Denne oppgaven inneholder flere faser, knyttet til valg av metode, rekruttering, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av intervjuer, transkripsjon og dataanalyse. Under hver av fasene har jeg redegjort for valgene jeg har tatt, samt reflektert over hvordan disse valgene kan ha påvirket prosjektet. For å styrke funnernes og analysens pålitelighet beskriver jeg hvordan og hvorfor jeg har brukt spesifikke data i undersøkelsen, samt reflektert over betydningen mine valg har for resultatet av prosjektet.

Ekstern reliabilitet handler om graden av generaliserbarhet eller overførbarhet av funnene til andre sammenhenger eller populasjoner (Jacobsen, 2015). Ekstern reliabilitet vurderer om studiens funn og konklusjoner kan replikeres eller gjenskapes i ulike situasjoner eller med ulike grupper av deltakere. Det tar også hensyn til hvor godt forskningsprosessen kan replikeres av andre forskere for å oppnå lignende resultater (Jacobsen, 2015). For å styrke funnernes og analysens pålitelighet beskriver jeg hvordan og hvorfor jeg har brukt spesifikke data i undersøkelsen, samt reflektert over betydningen mine valg har for resultatet av prosjektet. Innenfor kvalitativ metode kan det ofte være vanskelig å skulle etterprøve resultater fra forskningen fordi de som regel handler om erfaringer og vurderinger, meningsinnhold og dybde, fremfor for eksempel kvantifiserbare kortformsvar. I dette prosjektet spilte relasjonen mellom meg og deltakerne en stor rolle for hva de valgte å dele, og konteksten rundt har vært avgjørende for hvordan samtalene har forløpt. Dataene som har blitt produsert gjennom intervjuene er subjektive og handler om deltakernes egne erfaringer i situasjoner – ikke objektive sannheter. Ved å være transparent, og dokumentere alle trinn i forskningsprosessen, kan andre forskere gjenskape studiens metodologi, hvis ønskelig. Jeg har også reflektert over egen rolle som forsker, og hvordan min tilstedeværelse kan påvirke intervjuprosessen. Dette inkluderer å være oppmerksom på hvordan forforståelsen kan påvirke datainnsamlingen og tolkingen av resultatene.

Overførbarhet handler om i hvilken grad resultatene fra undersøkelsen kan overføres til lignende fenomener (Johannessen m.fl., 2016, s.233). Der det ved kvantitativ forskning er mulig å generalisere funn fra et utvalg til en populasjon, vil ikke det være mulig i kvalitative undersøkelser (Malterud, 2018, s.23). Overførbarhet i kvalitativ forskning er knyttet til ideen om at selv om funnene ikke nødvendigvis kan generaliseres i tradisjonell forstand, kan de likevel ha verdi i lignende prosjekter, situasjoner eller kontekster. Dette betyr at selv om resultatene ikke kan generaliseres til en bredere populasjon, kan de gi innsikt og forståelse som er relevant og nyttig i andre sammenhenger (Drageset og Ellingsen, 2010). Dette prosjektet handler om papirløse migranters helserettigheter samt tilgang og bruk av helsetjenester. En tilnærming for å sikre at funnene er overførbare, er å gi en beskrivelse av konteksten studien ble gjennomført i. Dette inkluderer informasjon om helsesystemets struktur og de spesifikke barrierene eller utfordringene papirløse står overfor når det gjelder tilgang til helsetjenester. Dette har jeg gjort i oppgavens andre kapittel der jeg redegjør for helsehjelp for personer uten lovlig opphold i riket og presentert forskning om papirløses helseutfordringer. Likevel finnes det relativt lite forskning om deres faktiske tilgang og bruk av helsetjenester i Norge.

Selv om oppgaven tar utgangspunkt i tidligere forskning og teorier, forsøker jeg å bringe inn noe nytt da hensikten med prosjektet er skape ny innsikt i papirløses erfaringer og perspektiver. Ved å inkludere relevante sitater og eksempler fra intervjuene i studien, ønsker jeg å gi en bedre forståelse av papirløses opplevelser og perspektiver når det gjelder helsetjener. Med dette vil jeg hevde at prosjektets resultat kan brukes til å få en bedre forståelse av papirløses kunnskap om deres rettigheter og deres faktiske bruk og tilgang av helsetjenester. I denne oppgaven ønsker jeg ikke å generalisere et system eller en livssituasjon som noe alle papirløse erfarer. Jeg har valgt å bruke deltakernes livshistorier som subjektive representanter for sine livssituasjoner og virkeligheter. Dette kan bidra til å gi funnene et bedre grunnlag for sammenligning med lignende kontekster. Selv om deres erfaringer kan ha overføringsverdi til andre i liknende situasjoner, er ikke målet å sette to streker under svaret på at det er slik *alle* papirløse opplever det.

4.10 Forskningsetiske vurderinger

Medisinsk og helsefaglig forskning er underlagt streng regulering på internasjonalt, nasjonalt og etisk nivå (Hovland m.fl., 2010). Det er fordi denne typen forskning kan være preget av

høy risiko, sårbare deltakere og sensitiv informasjon (ibid). Forskning på sårbare grupper og sensitive emner reiser en rekke etiske spørsmål som særlig krever nøye vurdering. Likevel kan det også være uetisk å la være å produsere kunnskap om og fra dem med en slik begrunnelse (Hovland m.fl., 2010). I denne studien har jeg viet betydelig oppmerksomhet til papirløse migranter og deres begrensede rettigheter. Denne sårbarheten var avgjørende for betydningen av mine valg i prosessen med grundige refleksjoner og etiske vurderinger knyttet til dette prosjektet. Jeg vil nå presentere de generelle forskningsetiske prinsippene jeg har tatt hensyn til, i tillegg reflektere over min egen rolle som forsker.

Hensyn til deltakerne: De nasjonale forskningsetiske komiteene presenterer tre viktige prinsipper som forskere må ta utgangspunkt i: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta (Hovland m.fl., 2010). Informert samtykke går ut på at deltakerne får informasjon om prosjektets formål, hovedtrekkene i designen, samt mulige fordeler og konsekvenser ved å delta i prosjektet. Deltakeren skal være informert om kravet til frivillig samtykke og at hen kan trekke seg fra undersøkelsen uten negative konsekvenser. I rekrutteringsfasen fikk alle potensielle deltakere utdelt et informasjonsskriv. Informasjonsskrivet var skrevet på tre forskjellige språk; norsk, engelsk og somali, og jeg har forsikret meg at informasjonen skal være leselig og forståelig. I informasjonsskrivet beskrives prosjektets hensikt, frivillig deltakelse, taushetsplikt og hva deltakelse innebærer, muligheten for å trekke seg før og underveis i prosjektet og hvordan personvern ivaretas. Jeg har også gitt muntlig informasjon til deltakerne om hva det innebærer å delta i prosjektet. Jeg har informert om at deltakelse skal være basert på frivillighet, at jeg har taushetsplikt, og at deltakelse i prosjektet ikke vil ha noen konsekvenser for dem og særlig deres forhold til myndighetene, Batteriet eller Helsesenteret. Etter å ha gått gjennom informasjonsskrivet flere ganger, har alle deltakerne samtykket til deltakelse og skrevet under samtykkeskjema.

Konfidensialitet i forskning er et avgjørende etisk prinsipp som innebærer at forskeren har en forpliktelse til å håndtere innsamlede data om personlige forhold på en fortrolig og konfidensiell måte (Hovland m.fl., 2010). Dette prinsippet er utformet for å beskytte deltakernes personvern og sikre at deres opplysninger ikke blir misbrukt (ibid). Fordi jeg har fått tilgang til personopplysninger og data som kan spores tilbake til deltakerne, faller prosjektet under personopplysningsloven. Dette prosjektet er derfor meldt til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT), som har gitt sin tilslutning til at prosjektet gjennomføres, uten nærmere DPIA. Lydopptakene av deltakerne er gjort via Diktafon-app

som har vært koblet opp mot Nettskjema og lagret i TSD frem til transkribering. Opptakene har vært lagret i kryptert fil og kun vært tilgjengelige for meg og veilederen min i dette prosjektet. Alle deltakerne har også fått informasjon om at jeg kommer til å benytte meg av pseudonymer istedenfor faktiske navn, og at informasjon som kan spores tilbake til dem fjernes. Offentliggjøring av slike opplysninger kan ha alvorlige konsekvenser. Det er derfor viktig at offentliggjøring av denne masteroppgaven ikke på noen måte fører til økt stress og belastning for informantene som er involvert.

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) er relevante i studier som involverer **sårbare grupper**, som papirløse migranter. Disse retningslinjene fokuserer på prinsippet om «Å gjøre godt, og ikke skade», som er sentralt for å sikre at forskningsprosjekter har et gunstig forhold mellom nytte og risiko for deltakerne (Hovland m.fl., 2010). Deltakere i prosjektet som avslører svært personlige og intime detaljer om livet deres er sårbare på en rekke måter. De kan være sårbare for at deres egne følelser vekkes ved å delta i prosjektet. Flere av deltakerne hadde på intervjutidspunktet en pågående sak der de har klaget på avslag på asylsøknaden. Mange papirløse befinner seg i vanskelige og tøffe levekår på grunn av trang økonomi, mangel på bopel, jobb og andre velferdstjenester. Det er viktig å være klar over at man mulig river opp i gamle sår og potensielt retraumatiserer deltakerne når de bretter ut om livet sitt (Shamoo & Resnik, 2022). Å etablere og opprettholde tillit hos informantene har derfor vært en viktig oppgave for meg i dette prosjektet. Å få være med på de ukentlige møtene til Mennesker i Limbo har vært viktig for nettopp å bli kjent med deltakerne og bygge en relasjon til dem. Jeg har vært tydelig på min intensjon og hensikt med dette prosjektet. Jeg har vært ærlig om min rolle som forsker og student, og hva jeg håper å oppnå med dette prosjektet, og være ærlig om begrensningene i studien og hva jeg ikke kan love. Jeg har forsøkt å være tydelig på at dette prosjektet ikke skal ha noen konsekvenser for deres sak, både negative – at prosjektet vil påvirke saksforholdet til offentlige myndigheter, eller at deltakelse i prosjektet kan hjelpe deres sak.

I forskningsetikken handler «å gjøre godt og ikke skade» prinsippet også om å sørge for at forskeren aktivt arbeider for å sikre deltakernes integritet. Dette innebærer å respektere deres autonomi, beskytte deres rettigheter, sikre konfidensialitet og unngå å forårsake noen form for skade gjennom forskningsprosessen. Dette prinsippet kan ses i sammenheng med maktdynamikken som eksisterer mellom forskeren og deltakerne. Forskeren har ofte en viss grad av makt og innflytelse i forskningsprosessen, særlig når det gjelder å samle inn, tolke og

presentere dataene (Kvale & Brinkmann, 2015, s.284). Jeg har reflektert mye over min egen makt som forsker, både under rekrutteringsprosessen, selve intervjuene og i etterkant av intervjuene. Å redusere maktasymmetrien er viktig for å sikre en mer likeverdig og respektfull deltakelse. Jeg har forsøkt å gjøre det ved å legge vekt på å etablere en tillitsfull relasjon med deltakerne. Ved å vise respekt, lytte aktivt og ved å gi dem muligheten til å velge hvor mye de ønsker å dele eller ikke dele. Med tanke på at jeg fikk hjelp av Batteriet og Mennesker i Limbo til å rekruttere deltakere, gjorde det også at jeg reflekterte over maktposisjonen til organisasjonene og om det kunne påvirke de aktuelle deltakernes forhold til dem. Derfor var jeg opptatt av at deltakerne ikke skulle oppleve at de hadde plikt til å delta eller måtte delta. Deltagelse skulle være basert på frivillig deltakelse og at deltakerne kunne trekke seg når som helst uten at det skulle ha konsekvens for hjelpen eller tjenestene de får fra Batteriet eller Mennesker i Limbo.

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens funn. Gjennom den tematiske analysen identifiserte jeg fire hovedtemaer som gjentok seg på tvers av intervjuene: hverdagen som papirløs, møter med det offentlige helsevesenet, møter med Helsesenteret for papirløse og uklare rettigheter. Jeg vil i det følgende utforske disse temaene og gi leseren et innblikk i hvordan papirløse migranter opplever sine liv uten oppholdsstatus og hvordan dette påvirker deres forståelse av egen helse og tilgang til helsetjenester. Gjennom å utforske deres hverdag og erfaringer med helsevesenet vil jeg belyse dynamikkene som preger deres livs- og helsesituasjon. Dette vil danne grunnlaget for diskusjonen i neste kapittel, der jeg vil utforske funne i lys av eksisterende forskning og relevante teoretiske perspektiver, sett opp mot oppgavens problemstillinger.

5.1 Hverdagen som papirløs: «Jeg vet ikke hva fremtiden min er»

Deltakerne beskriver en hverdag preget av den utfordrende juridiske statusen de befinner seg i, med de begrensningene som følger med. Noen av disse begrensningene er relatert til begrenset tilgang til arbeid, helsetjenester, utdanning og boligstøtte. Den helserelevante dimensjonen av hverdagen som papirløs kommer tydelig frem i deres historier. Mangel på oppholdsstatus påvirker ikke bare deres fysiske helse, men det har også betydelig konsekvenser for deres mentale helse. Usikkerhet, stress og frykt kan føre til risiko for andre helseproblemer. Denne konstante belastningen på deres fysiske og mentale helse kan gjøre det enda mer utfordrende for deltakerne å få tilgang til helsetjenester og den nødvendige omsorgen de trenger.

Sahra, Ali, Mariam, Omar, Fatima, Aysha, Esrome og Ahmed er alle papirløse migranter som har bodd i Norge i en periode mellom 5 og 20 år. Med unntak av Ali, har alle deltakerne søkt asyl i Norge og fått avslag på sine søknader. Ali har valgt å leve under radaren uten å søke asyl av frykt for myndighetene i sitt hjemland. Sahra, som har levd som papirløs i nesten 10 år, fikk oppholdstillatelse for ett år siden. Før avslaget på asylsøknadene, var de fleste av deltakerne, med unntak av Ali, bosatt i asylmottak. Etter avslaget måtte de forlate mottakene av forskjellige årsaker. Noen av deltakerne, som Omar, Ali, Esrome, Ahmed og Fatima, bor nå sammen med nære slektninger som har oppholdstillatelse. For disse deltakerne har det å leve med sine nærmeste familiemedlemmer blitt en nødvendighet, da det gir dem en viss grad

av stabilitet og muligheten til å dekke utgifter og ressurser. På en annen side har Mariam og Aysha ikke en fast bopel og lever derfor en mer uforutsigbar tilværelse. De bytter mellom å bo hos venner og bekjente. De er avhengig av sine sosiale nettverk og støttespillere for å overleve og håndtere utfordringene de står overfor.

Flere av deltakerne beskriver en hverdag preget av kjedsomhet og stress. Aysha uttrykker denne følelsen: «Det er kjedelig og for mye stress. Den samme kjedelige hverdagen. Det er ikke bra for alderen. Vi blir jo bare eldre her. Fremtiden er ikke et sted. Det er ingen drømmer.» (Aysha, 2023). Dette sitatet fra Aysha reflekterer følelsen av monotoni og stress som preger hennes hverdag. Den understreker at hennes situasjon ikke bare er vanskelig, men også bekymringsfull når det gjelder hennes fremtid og mangelen på håpefulle utsikter. For enkelte deltakere i studien er håpløshet en følelse som veier tungt, spesielt når det gjelder å legge fremtidsplaner. Dette gjenspeiler seg i bekymringer knyttet til alderdom og helse. Mariam uttrykker disse følelsene slik: «Jeg har null håp, jeg er en eldre dame, jeg har vondt både her og der, og jeg pleier ikke å ta blodprøver for å sjekke meg, så det er jo vanskelig» (Mariam, 2023). Dette sitatet gir et innblikk i bekymringen hun føler når det kommer til hennes alder, helse og den manglende troen på en bedre fremtid. Den dobbelte byrden av å være eldre og papirløs blir tydelig gjennom hennes uttalelse. Tankene om håpløshet og bekymring for helse er tett knyttet til usikkerheten de opplever som papirløse migranter. For Mariam og flere av deltakerne, er det å leve uten klare rettigheter og muligheter en konstant byrde som påvirker deres mentale og fysiske velvære.

Omar beskriver opplevelsen av å gå glipp av sentrale livsaspekter som jobb og skole sammenlignet med jevnaldrende. «Fordi jeg kan ikke jobbe som dem. Jeg kan ikke gå på skole. Jeg vet ikke hva fremtiden min er ... Jeg ser ikke fremtiden. Så jeg bare venter, venter, og tenker.» (Omar, 2023). Han formidler en følelse av usikkerhet og tap, hvor han føler seg fanget i "limbo", ventende på muligheten til å gjøre noe meningsfylt med livet sitt. Ahmed beskriver den grunnleggende ønske om å leve et «normalt» liv, med alle de elementene som følger med det, som jobb, familie og ansvar. «Du vet, leve et normalt liv. Jeg vil også gifte meg, skjønner du? få barn, være far som passer på barna sine.» (Ahmed, 2023)

Selv om dagliglivet beskrives som ensomt og stressende, finner likevel flere av deltakerne støtte gjennom familie, sosialt nettverk og religion. Ali jobber frivillig i en kirke og i andre frivillige organisasjoner. For han tillegges livet mening når han kan hjelpe andre med deres

problemer og utfordringer. For Fatima utgjør hennes tro på Gud en kilde til trøst og lettelse i stressende situasjoner. Hun uttrykker at hun søker Gud for å finne lindring og styrke og sier: «Jeg tror på Gud. Jeg snakker mye med Gud, jeg spør om lettelse,» (Fatima, 2023). Troen fungerer som en form for mental støtte og gir henne en følelse av håp og ro i møte med utfordringene hun står overfor. Omar, på sin side, har funnet støtte og betydningsfullt nettverk i sin familie. Han reflekterer over hvor heldig han er som har dem ved sin side, og sier: «Men jeg har det litt bra. Jeg har familie her. Hvis jeg ikke hadde familie, hadde det vært mye verre. Da hadde jeg ikke hatt noen plass å sove eller et sted å spise.» (Omar, 2023). Denne støtten gir han ikke bare praktisk hjelp, men også en følelse av tilhørighet og trygghet, som er uvurderlig i en situasjon preget av usikkerhet og utfordringer.

5.2 Uklare rettigheter: “Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre hvis jeg blir syk”

Deltakerne i studien hadde lite kunnskap om sine helserettigheter. Manglende oppholdstillatelse knyttes direkte til mangel på rettigheter, inkludert helserettigheter. Sitater og beskrivelser som «Jeg har ikke oppholdstillatelse så har jeg ikke rettigheter», (Omar, 2023) er gjennomgående i alle intervjuene. Esrome er den eneste deltakeren som referer eksplisitt til lovverket og forteller: «hvis man har skadet seg hardt og blør eller hvis man holder på å dø» (Esrome, 2023). Likevel er han usikker på hva dette faktisk innebærer. I tillegg til begrensede helserettigheter, er usikkerhet om hvordan man skal søke helsehjelp ved helseproblemer er også utbredt blant deltakerne. Når de blir spurt “hva ville du gjort hvis du ble akutt syk”, uttrykker flere av dem bekymring og usikkerhet. For eksempel svarer Omar at han ikke vet hva han ville ha gjort. Selv om han tidligere har benyttet seg av legevakten, er han usikker på om han har rett til å dra dit, og føler han tar sjansen ved å søke hjelp der. Denne usikkerheten og bekymringen er en realitet for flere av deltakerne.

Mangel på fastlege beskrives som særlig utfordrende blant flere av deltakerne. Som Sahra sier: «Det er vanskelig når man blir syk her fordi jeg har jo ikke fastlege» (Sahra, 2023). Flere beskriver vanskeligheter med å navigere helsesystemet. Noen av bekymringene er knyttet til hvor de skal søke helsehjelp, og samtidig bekymringer om avvisning. Esrome sier: «Det er ikke bare bare å gå til legen. Hvis vi drar til legen, de aksepterer oss ikke» (Esrome, 2023). Mariam uttrykker bekymringene sine slik: «Jeg blir bekymret noen ganger fordi jeg er en eldre dame, og jeg tenker veldig mye, tenker mye på barna mine og alt, så jeg blir jo veldig

redd for å få sykdommer ... fordi hvis jeg får det så kan jeg ikke gå til lege» (Mariam, 2023). Sitatene illustrerer en reell usikkerhet og bekymringene for avvisning og begrensninger i adgang til medisinsk behandling forsterker deres følelse av sårbarhet og mangel på trygghet i helsevesenet.

For å unngå å bli avhengig av helsevesenet, gjør flere av deltakerne det de kan for å holde seg noenlunde friske. Ali deler sin tilnærming til dette ved å bruke mat, spesielt hvitløk, som en form for medisin.

Jeg har vært der for lenge siden (tannlegen). Også tok de bildet av tannen og sa den var død. Men han sa han kan ikke hjelpe meg, det koster mye. Jeg tenkte "hva skal jeg gjøre?", tannlegen er veldig dyrt for alle. Altså de som har rettigheter og de som ikke har det. " Så jeg tenkte jeg må ta tabletter, men jeg kan ikke spise tabletter, så jeg begynte å spise masse hvitløk, det dreper bakterier. (Ali, 2023).

Han uttrykte frustrasjon over en tidligere opplevelse med tannlegen hvor han ikke hadde råd til nødvendig behandling. Ali benyttet seg av hvitløk som et alternativ for å bekjempe bakterier og opprettholde sin orale helse. Alis beskrivelser belyser den utfordrende balansegangen papirløse står overfor, der de forsøker å håndtere helseproblemer med begrensede ressurser, samtidig som de søker å minimere avhengigheten av et helsevesen de har begrenset tilgang til.

Begrenset tilgang til helsetjenester, spesielt ved ikke-nødssituasjoner, fører til at flere av deltakerne føler de ikke har krav på helsehjelp på grunn av sin juridiske status. For eksempel uttrykker Ahmed at han ikke føler seg berettiget til utredning og behandling for sin tilstand, og at han ikke har rett på langsiktig hjelp for sine helseproblemer.

Jeg var i så mye smerter, som om hele magen spiser seg selv. Vi dro dit på natten (legevakten), jeg fortalte dem om problemet mitt, og jeg fikk sånn som hjelper for at det kommer ut (avføring). De sier til meg at det er på grunn av stress, men det er ikke stress, jeg har levd sånn for alltid, men de bryr seg ikke. Jeg fikk den greia (Klyx), og det hjelper der og da, men det løser ikke problemet Jeg har lært å leve med det. Så jeg er forsiktig med hva jeg spiser, jeg spiser litt av gangen, jeg kan ikke spise mye mat, for da sier det stopp, og da er det veldig vondt. (Ahmed, 2023).

Ahmeds historie illustrerer ikke bare hans helseproblemer, men også hvordan papirløse pasienter kan føle seg oversett i helsevesenet. Den manglende evnen til å motta grundig diagnostisering og behandling kan føre til at enkeltpersoner, som Ahmed, lærer å tilpasse seg og leve med smertefulle tilstander uten adekvat støtte. Det viser hvordan papirløse migranter, på grunn av begrensninger i tilgangen til helsetjenester, kan bli tvunget til å tilpasse seg og håndtere sine helseproblemer på egenhånd.

Aysha har ikke tenkt noe særlig på hva hun skal gjøre hvis hun blir syk. Hun beskriver helseproblemer som søvnvansker, neseblod og dårlig appetitt, og knytter disse symptomene til stress. Likevel er hun ambivalent til hva hun skal gjøre. Tidligere negative erfaringer med Helsesenteret, har skapt nøling når det gjelder å søke omsorg der igjen. Aysha hadde aldri tidligere oppsøkt legevakten eller andre offentlige helsetjenester på grunn av manglende betalingsevne. Hun uttrykker bekymringen: «Hvordan skal jeg betale dem? Jeg har ikke jobb. Det er ikke gratis.»» (Aysha, 2023). Denne ambivalensen belyser de utfordringene papirløse migranter kan stå overfor med å opprettholde en stabil og vedvarende tilgang til omsorg. Ayshas manglende faste bosted og økonomiske begrensninger legger også til ytterligere usikkerhet i livet hennes. Disse begrensningene gjør det vanskelig for henne å få i seg nok søvn og å kjøpe ordentlig mat, og hun er avhengig av velvilje fra andre for å møte grunnleggende behov. I tillegg til Aysha, delte også Omar, Ahmed og Fatima lignende erfaringer. De uttrykte avhengighet av familiemedlemmer for å kunne betale for grunnleggende behov som mat, bopel og nødvendig helsehjelp. Dette understreker den økonomiske sårbarheten som påvirker selv de mest grunnleggende aspektene av helse, som ernæring og søvn, og hvordan avhengighet av andres støtte kan være avgjørende for overlevelse.

5.3 Møter med det offentlige helsevesenet: «Jeg er ikke velkommen her»

Deltakerne forteller om store forskjeller i måten de blir møtt og hvor trygge de føler seg i møte med helsepersonell avhengig av om de oppsøker offentlige helsetjenester eller Helsesenteret for papirløse. Flere opplever eller tror at det offentlige helsevesenet er utilgjengelig for dem på grunn av juridiske begrensninger knyttet til deres manglende oppholdstillatelse. Noen har også opplevd å bli avvist som følge av dette. I motsetning,

opplever mange at Helsesenteret er et tryggere alternativ for dem å oppsøke nødvendig helsehjelp uten å frykte represalier eller diskriminering.

I dette delkapittelet presenterer jeg hvordan deltakerne fortalte om sine møter med det offentlige helsevesenet. Deres erfaringer var preget av frykt for avvisning, mistillit til helsevesenet og til tider manglende medmenneskelighet fra helsepersonell.

5.3.1 Identifikasjonspapirer: «Du har ikke personnummer så vi kan ikke behandle deg»

Måten papirløse migranter blir møtt når de søker hjelp, har betydning for deres videre bruk av tjenestene og muligheter for å få kvalifisert oppfølging. En følelse av å være uønsket/uvelkommen er et gjennomgående tema blant deltakerne når de deler sine erfaringer med det offentlige helsevesenet. Flere av deltakerne beskriver gjentatte negative opplevelser som preges av manglende medmenneskelighet, lang ventetid, avslag på utredninger og en generell følelse av å ikke bli tatt seriøst. Disse negative aspektene utgjør konstante utfordringer i deres interaksjoner med helsevesenet, og påvirker deres vilje til å søke helsehjelp. Flere av deltakerne rapporterer at de ikke føler at de blir tatt seriøst. De knytter dette til deres papirløse status og de utfordringene som følger med deres juridiske situasjon. Esromes begrensede kontakt med det offentlige helsevesenet har påvirket hans syn på helsevesenet som en helhet. Han deler sin opplevelse ved å si: «Jeg føler vi blir ikke tatt seriøst. De tenker sikkert at vi er “tullinger”, og de tar oss ikke seriøst. Men det kan være alvorlig, og det kan bli alvorlig en gang.» (Esrome, 2023). Dette sitatet belyser Esromes følelse av undervurdering i legevakten, og han påpeker den potensielle risikoen som ligger i å ikke bli lyttet til og forstått i nødssituasjoner. Han understreker hvordan denne manglende oppmerksomheten kan resultere i alvorlige konsekvenser for hans helse, og dette illustrerer den reelle risikoen papirløse migranter kan stå overfor hvis de ikke blir behandlet med den nødvendige seriositeten og respekten fra helsepersonell. Denne mangelen på anerkjennelse skader tilliten til helsevesenet blant deltakerne, og forverrer deres allerede sårbare posisjon.

Videre uttrykker flere av deltakerne skuffelse over manglende empati og medmenneskelighet fra helsepersonell i helsetjenestene de har oppsøkt. Noen av deltakerne forteller om frustrasjon over den begrensede hjelpen de mottar fra legevakten, mens andre deler erfaringer om å bli henvist til Helsesenteret for papirløse når de søker hjelp på legevakten. Denne opplevelsen av å bli henvist fra ett helsetilbud til et annet kan forsterke følelsen av å være

utenfor og ikke velkommen i det formelle helsevesenet. Mariam uttrykker denne følelsen slik: “Ja, jeg er utenfor, jeg er jo ikke velkommen her” (Mariam, 2023). Videre reflekterer Mariam: “Det verste er å tenke på hvis jeg blir innlagt på sykehus, da vet jeg ikke hva jeg skal gjøre, hva slags hjelp jeg skal få der?» (Mariam, 2023). Denne bekymringen indikerer en dyp usikkerhet og frykt for hva som vil skje med henne hvis hun skulle bli alvorlig syk og behovet for innleggelse på et sykehus skulle oppstå.

Sahra har hatt omfattende erfaringer med både det offentlige helsevesenet (legevakt og sykehus) og uformelle helsetjenester som Helsesenteret. I intervjuet sammenligner hun hvordan hun ble møtt før og etter at hun fikk innvilget oppholdstillatelse. Sahra beskriver en opplevelse av å bli behandlet som to forskjellige personer avhengig av hennes juridiske status. «Nå? Jeg fikk opphold i vår, i løpet av noen uker fant jeg en fastlege, han henviste meg til MR med en gang ... jeg har allerede vært der, og nå venter jeg på svar». (Sahra, 2023)

Selv om det har vært positivt å endelig få hjelp med helseproblemene sine, finner Sahra denne kontrasten på hvordan hun møttes frustrerende. Hun formulerer denne følelsen slik: “Når du har oppholdstillatelse så er du et menneske som lever et verdig liv, mens når du ikke har oppholdstillatelse så er du redusert til et menneske som bare må gi opp på livet» (Sahra, 2023). Uten oppholdstillatelse følte Sahra seg redusert til en tilstand der hun følte seg tvunget til å gi opp livet. Oppholdstillatelsen blir betraktet som en faktor som avgjør ens status som et verdig individ, og fraværet av dette dokumentet reduserer ens menneskelige verdighet. Dette avspeiler påvirkningen av juridisk status på hvordan en person blir møtt og behandlet i helsevesenet, og hvordan det kan påvirke ens oppfatning av egen verdi. Sahra legger til: «Men uansett, ulovlig eller ikke, de må vite at det finnes mennesker i dette landet, som ikke har oppholdstillatelse, og som er i sterke smerter og de trenger hjelp» (Sahra, 2023).

Mangelen på identifikasjonspapirer eller personnummer viste seg å være den primære årsaken til at deltakerne unngikk å søke helsehjelp. Flere av deltakerne hadde oppsøkt legevakten, men fikk ikke hjelp eller behandling fordi de ikke hadde personnummer. Andre unngikk å oppsøke legevakten fordi de forventet å bli nektet hjelp på grunn av manglende personnummer. En fremtredende utfordring rapportert av deltakerne er vektleggingen av å “være i systemet”, noe som skaper frustrasjon blant dem. Deltakerne opplever å bli nektet tilgang til helsetjenester fordi de ikke kan fremvise gyldig legitimasjon. Esrome forteller om en kveld han oppsøkte legevakten, men nektet behandling på grunn av manglende

personnummer: «Jeg var syk en gang, kanskje for fire år siden. Da dro jeg til legevakten. Men de nektet meg hjelp fordi de sa du har ikke personnummer eller papirer. Så jeg har egentlig ikke søkt helsehjelp siden da» (Esrome, 2023). Når Esrome deler sin opplevelse av å ha blitt avvist på legevakten, legger Aysha til: «Ja, det er det. Har du ikke personnummer, så får du ikke hjelp» (Aysha, 2023). Dette sitatet belyser kjernen av problemet, der kravet om legitimasjon blir en forutsetning for å motta helsehjelp. Det bidrar ikke bare til følelse av frustrasjon blant deltakerne, men også til en opplevelse av å bli ekskludert fra helsevesenet. Utfordringene knyttet til identifikasjon forsterker følelsen av sårbarhet og hjelpeløshet blant dem som søker helsetjenester gjennom formelle tjenester som legevakten. Kravet om identifikasjon eller personnummer bidro til at flere av deltakerne følte at de ikke ble anerkjent som fullverdige individer i samfunnet, noe som bidro til en opplevelse av usynlighet eller mangel på anerkjennelse av deres menneskelige verdier og rettigheter.

5.3.2 Avslag på utredning og behandling: «De sa: når du får svar, kan vi hjelpe deg»

Lang ventetid og avslag på utredninger er også ofte rapporterte bekymringer blant deltakerne. Ventetiden for behandling oppleves som lang, og det er utbredt frykt blant enkelte deltakere for å bli syk mens man venter. Dette skaper bekymringer for utvikling av andre helseproblemer. Sahra deler sine bekymringer om konsekvensene av å vente på behandling, og uttrykker det på følgende måte: «Og i løpet av et år vet du hvor mange andre problemer og plager man kan få? bare mens man venter?» (Sahra, 2023). Ahmed har gjentatte ganger oppsøkt legevakten og deler sin takknemlighet for den hjelpen han har fått, selv om den er begrenset. Han uttrykker: «Men jeg drar dit, og jeg får hjelp. Hjelpen er ikke 100%, men det er "hjelp» (Ahmed, 2023). Det illustrerer nødvendigheten av å søke medisinsk hjelp for hans helseplager, samtidig som det fremhever realiteten av begrensede ressurser og tjenester tilgjengelige for papirløse migranter. Selv om hjelpen han mottar ikke er ideell, erkjenner Ahmed likevel verdien av den begrensede støtten han får ved legevakten. Han har også tidligere blitt henvist til utredning og behandling for sine helseproblemer, men fått avslag.

Fatima reflekterer over sin erfaring med helsehjelp og sammenligner behandlingen hun har mottatt for hjertesykdom med den manglende oppfølgingen hun har fått for knesmerter. Denne sammenligningen gir innsikt i hvordan oppfølgingen varierer avhengig av type lidelse. I Fatimas observasjoner fremhever hun at hjelpen knyttet til hjertesykdommen hennes blir tatt

mer seriøst. Hun anerkjenner alvoret i hjertesykdom, og det faktum at det kan være en liv- og dødsituasjon. «Ja, hjerte er alvorlig, det er jo liv og død. Men man får god hjelp, men man kan ikke regne med all slags hjelp» (Fatima, 2023). Samtidig uttrykker hun takknemlighet for den gode hjelpen hun har mottatt for hjertesykdommen, men påpeker samtidig at det ikke alltid er mulig å forvente samme grad av hjelp når det gjelder knesmerter. På den andre siden, når det gjelder knesmerter, uttrykker Fatima at disse får mindre oppfølging, til tross for at de også påvirker hennes livskvalitet. Dette aspektet av Fatima sine erfaringer belyser hvordan enkelte helseproblemer kan bli undervurdert eller neglisjert, selv om det har betydelig innvirkning på en persons daglige liv og velvære. Omar beskriver også en helseskade han har, men som han ikke får behandling for: «Den er ikke på plassen (feilstilt ledd) ... Den må settes på plass gjennom operasjon. De sa at når du får svar (oppholdstillatelse), kan vi hjelpe deg.» (Omar, 2023). Situasjonen til Ahmed, Fatima og Omar beskriver den skjøre tilstanden mange papirløse befinner seg i, hvor tilgang til medisinsk behandling er betinget av juridisk status de ikke har kontroll over.

5.3.3 Avhengig av andre for innpass «Han tok med meg til tannlegen hans, og han betalte etterpå»

Flere av deltakerne gir uttrykk for at de er avhengig av andre for å få tilgang til helsevesenet, spesielt når de møter barrierer som manglende identifikasjon eller økonomiske begrensninger. Sahra deler sin erfaring med å ha med seg en følge til legevakten, hvor personen som fulgte henne aktivt argumenterte for alvoret i hennes helsebehov overfor helsepersonellet.

Hun sa: se på henne, undersøk henne, også etterpå kan dere gjøre dere opp en mening om hvilken behandling hun skal ha, men dere kan ikke si dere skal ikke undersøke henne engang, ser dere ikke at hun er i smerter. (Sahra, 2023).

Hun understreket viktigheten av at Sahra ble tatt seriøst som en pasient som trengte hjelp, uavhengig av hennes juridiske status. Omar forteller også om sin erfaring med å oppsøke legevakten, hvor hans onkel har vært uvurderlig ressurs for han både med hensyn til språkbarrierer og betaling for helsehjelpen. På lignende vis beskriver Aysha hvordan en bekjent tidligere har tatt med henne til sin egen tannlege for en tannsjekk, og bekjente betalte for behandlingen.

Jeg har vært hos tannlege før. Jeg kjenner en mann, han tok med meg til tannlegen hans, bare sånn for sjekk. Så de undersøkte tennene, også fikk jeg dem vasket. Det var egentlig bare det, fordi det ikke var noe problem med tennene. Men jeg fikk det på grunn av han da. Han kjente dem, og han betalte etterpå (Aysha, 2023).

Disse eksemplene viser hvordan papirløse migranter kan være avhengige av andre for støtte og assistanse for å få tilgang til helsetjenester som ellers ville vært vanskelig å oppnå på egen hånd. Uten denne støtten kan de stå overfor utfordringer med å få den omsorgen og behandlingen de trenger for å opprettholde sin helse.

5.4 Møter med Helsesenteret: «Hvis det ikke hadde vært for Helsesenteret, hadde jeg vært død»

Mens det offentlige helsevesenet kan være utilgjengelig for dem på grunn av juridiske begrensninger knyttet til deres manglende oppholdstillatelse, kan Helsesenteret være et tryggere alternativ for dem å oppsøke nødvendig helsehjelp uten å frykte represalier eller diskriminering. Helsesenteret for papirløse migranter spiller en betydelig rolle for deltakerne sammenlignet med det offentlige helsevesenet. I denne konteksten blir Helsesenteret ofte ansett som et tryggere og mer tilgjengelig alternativ, der deltakerne føler seg velkomne og ivaretatt.

Flere av deltakerne i studien uttrykker en dyp takknemlighet for den hjelpen de mottar ved Helsesenteret og beskriver personalet som omsorgsfulle og dedikerte til å hjelpe dem. De uttrykker tillit til personalet ved Helsesenteret og anerkjenner den støtten de mottar der. Helsesenteret blir for dem ansett som helt avgjørende for deres tilgang til helseomsorg. Et sitat fra Sahara illustrerer den fundamentale betydningen Helsesenteret har hatt for henne: «Hvis det ikke hadde vært for Helsesenteret, hadde jeg vært død» (Sahra, 2023). Det understreker også den tydelige livreddende rollen som Helsesenteret spiller for denne gruppen, og hvordan det utgjør en essensiell støtteplattform for dem som ikke har tilgang til ordinær helsehjelp. Mariam beskriver hvordan hun er fornøyd med Helsesenteret og at hun ikke har hatt behov for å søke helsetjenester andre steder. «Det er jeg veldig fornøyd med, jeg trenger ikke andre.» (Mariam, 2023).

Deltakerne bruker helsesenteret for å dekke ulike behov. For Omar og Ahmed har Helsesenteret vært en plass der de kan søke hjelp for sine mentale og psykiske utfordringer. Ahmed trekker frem erfaringene sine med psykolog slik: «Når det blir mye tanker, så går jeg til han og snakker om alt» (Ahmed, 2023). Kontakten med psykologen blir fremhevet som viktig for å opprettholde god mental helse og håndtere stressende situasjoner. Omar på sin side forteller: «Hun hørte på meg mye. Jeg vet ikke hvordan jeg skal takke henne. For hvis jeg ikke hadde henne, så kunne jeg ikke levd som vanlig person.» (Omar, 2023). Dette sitatet fra Omar illustrerer betydningen av den psykologiske støtten han får, som for han har vært avgjørende for hans liv. Disse sitatene understreker den avgjørende rollen som psykologisk støtte spiller for deltakernes mentale velvære og deres evne til å håndtere de utfordringene de står overfor som papirløse migranter. Det viser også den verdifulle støtten som Helsesenteret gir til denne gruppen.

Deltakerne fortalte videre at deres kontakt med Helsesenteret ikke kun handlet om tilgang til helsehjelp, men om informasjon om rettigheter og en trygging i oppsøking av tjenester. Helsesenteret fungerte dermed som et referansepunkt for deltakerne når det gjaldt å søke annen bistand og støtte. Sahra beskriver sin erfaring på følgende måte:

De på Helsesenteret kjenner saken min, de kjenner meg og de hjalp meg mye med kontakten med NOAS. Helsesenteret oppmuntret meg til å dele dette med dem da (hennes helsetilstand), det var vanskelig ... men jeg ble veldig syk, helsen min var svært dårlig, jeg skulle igjennom denne operasjonen og det hastet med å få svar (svar fra NOAS) ... men det tok tid uansett, minst seks måneder ... Det verste med å være i denne situasjonen er å føle at du ikke blir trodd, de stoler ikke helt på hva du sier, men ja, jeg var mye på Helsesenteret pga. helsen min den tiden, jeg kom også i kontakt med en psykiater, fordi det ble for mye i perioder. (Sahra, 2023)

Dette sitatet viser hvordan Helsesenteret ikke bare bidro til å formidle informasjon og tilby helsetjenester, men også til å koble henne med andre organisasjoner og støttetjenester som NOAS (Norsk organisasjon for asylsøkere). Sara beskriver hvordan hun fikk hjelp med å kommunisere med NOAS og opplevde støtte fra Helsesenteret da hun var i en vanskelig situasjon med helseproblemer og behov for kirurgi. Hun understreker betydningen av å få tilgang til psykiatrisk hjelp gjennom Helsesenteret i perioder med økt belastning.

Deltakerne uttrykker stor tillit og takknemlighet for støtten og behandlingen de mottar på Helsesenteret, men de er også klar over at det er begrensninger i tjenestene som tilbys. Selv om Helsesenteret spiller en viktig rolle i å gi grunnleggende helsetjenester og støtte, erkjenner deltakerne at de ikke kan forvente å få fullstendig medisinsk behandling eller nødvendig oppfølging for komplekse medisinske tilstander. Ali bemerker at Helsesenteret er et verdifullt tilbud som hjelper folk med ulike problemer, men han legger merke til at han kun oppsøker Helsesenteret ved alvorlige situasjoner: «Men det er et veldig godt tilbud, og så selvfølgelig, det hjelper folk med forskjellige problemer, ikke sant? Men jeg drar dit bare hvis det er veldig alvorlig.» (Ali, 2023). Dettet sitatet fra Ali illustrerer hvordan han opplever Helsesenteret som et viktig og verdifullt tilbud, med samtidig er bevisst på begrensningene i tilgjengelige tjenester. Han benytter seg av Helsesenteret i situasjoner som oppleves alvorlige, da han opplever mer komplekse medisinske tilstander kanskje ikke kan håndteres fullt ut på senteret.

5.5 Oppsummering av funn

Deltakerne beskriver et liv og en hverdag preget av den utfordrende juridiske statusen som papirløse migranter. De møter begrensninger når det gjelder tilgang til arbeid, helsetjenester, utdanning og boligstøtte. De beskriver en hverdag preget av kjedsomhet, stress og bekymringer for fremtiden. For flere av deltakerne veier følelsen av håpløshet tungt, spesielt når det gjelder å legge fremtidsplaner.

Deltakerne beskriver tap av rettigheter, spesielt innen helsetjenester på grunn av manglende oppholdstillatelse. Usikkerhet om tilgang til akutt helsehjelp er vanlig blant deltakerne, og flere prøver å unngå å bli avhengig av helsevesenet. Begrenset tilgang til behandling fører til tilpasning og egenhåndtering av helseproblemer. Noen, som Ali, bruker alternative metoder som mat for å opprettholde helsen. De beskriver den vanskelige balansen de står overfor når de prøver å håndtere helseproblemer uten tilgang til helsetjenester. De beskriver utfordringene knyttet til økonomisk sårbarhet, og hvordan de er avhengig av støtte fra familiemedlemmer og bekjente for å dekke grunnleggende behov. Flere deltakere uttrykker også avhengighet av andre for å få tilgang til helsetjenester på grunn av barrierer som manglende identifikasjon eller økonomiske begrensninger.

Flere opplever negative interaksjoner i det formelle helsevesenet, inkludert manglende medmenneskelighet, fokus på å ha identifikasjonspapirer, lang ventetid og avslag på utredninger. Dette skaper mistillit og følelsen av å ikke bli tatt seriøst. Mangel på identifikasjonspapirer eller personnummer hindret deltakerne fra å søke helsehjelp i det formelle helsevesenet. Flere beskriver negative opplevelser og nekting av behandling særlig på legevakten på grunn av manglende personnummer. Kravet om legitimasjon forsterket følelsen av sårbarhet og usynlighet blant deltakerne.

Helsesenteret for papirløse migranter er avgjørende for deltakerne, spesielt når tilgangen til det formelle helsevesenet er begrenset på grunn av juridiske hindringer. Deltakerne uttrykker stor takknemlighet for den omsorgen de mottar der, og beskriver personalet som dedikerte og omsorgsfulle. De føler seg velkomne og ivaretatt på Helsesenteret, og ser det som en livreddende ressurs. Deltakerne bruker Helsesenteret for å dekke ulike behov. Noen av deltakerne fremhever spesielt den psykologiske støtten de får der som avgjørende for deres mentale helse og evne til å håndtere stress. De beskriver også hvordan Helsesenteret ikke bare fungerer som et sted for helsehjelp, men også som en kilde til informasjon om rettigheter og en trygghet for å søke andre tjenester og støtte.

Selv om de anerkjenner Helsesenterets viktige rolle i å gi grunnleggende helsetjenester og støtte, er de også bevisste på at de ikke kan forvente fullstendig medisinsk behandling eller nødvendig oppfølging av komplekse medisinske tilstander. Det påpekes også en skjevhet i støtten som tilbys, der det er observert at det virker som om kvinner får mer støtte enn menn.

6.0 Diskusjon

Diskusjonen om hvordan papirløse migranter opplever deres helserettigheter og tilgangen til helsetjenester er kompleks og kan dra nytte av en rekke teoretiske perspektiver og empirisk forskning. Ved å anvende teorier om inkluderende eksklusjon, interseksjonalitet, strukturell vold og helsesøkende atferd, samt egne funn og eksisterende forskning på feltet, ønsket jeg å få en dypere forståelse for de utfordringene denne gruppen migranter står overfor. Dette kapittelet tar utgangspunkt i oppgavens to hovedproblemstillinger:

- Hvilke helserettigheter opplever papirløse migranter at de har?
- Hvilke helsetjenester opplever papirløse migranter at de har tilgang til?

Problemstillingene har vært sammenkoblet og har bidratt til å belyse både de formelle og praktiske utfordringene deltakerne møtte i forhold til helse og tilgang til helsetjenester. I dette kapittelet vil jeg diskutere de spesifikke barrierene og mestringsstrategiene som deltakerne trakk frem i intervjuene, knyttet til hverdagen som papirløs, uklare rettigheter og deres erfaringer med det offentlige og frivillige helsetjenesten. Først vil jeg utforske deltakernes kunnskap om sine helserettigheter og deres praktiske opplevelse av disse rettighetene. Her vil teorien om inkluderende eksklusjon være relevant, da den bidrar til å forstå hvordan manglende klarhet i rettigheter kan føre til en eksklusjon. Videre vil jeg drøfte deltakernes opplevelser av tilgang til helsetjenester, særlig deres interaksjoner med det offentlige og frivillige helsetjenesten. I denne sammenhengen har teoriene om strukturell vold og interseksjonalitet vært nyttige for å belyse hvordan ulike faktorer som økonomi, sosial bakgrunn og juridisk status påvirker tilgjengeligheten til helsetjenester. Avslutningsvis vil se på hvilke strategier deltakerne tok i bruk i sin helsesøkende atferd, og hvordan de tilpasset seg utfordringene de møtte

6.1 Opplevde helserettigheter

Deltakerne i studien viser en generell mangel på kunnskap og informasjon om sine faktiske helserettigheter i henhold til norsk lovverk. Flere av dem hadde begrenset kunnskap om hvilke helsetjenester de hadde rett på, spesielt når det gjaldt øyeblikkelig helsehjelp og helt

nødvendig helsehjelp som ikke kan vente. Til tross for de lovpålagte rettighetene, trodde flere av deltakerne at de ikke hadde reell tilgang til helsetjenester i det offentlige helsevesenet. Deltakerne knyttet sin manglende oppholdstillatelse direkte til følelse av manglende helserettigheter. Dette illustrerer en form for inkluderende eksklusjon, hvor selv om de er inkludert i visse aspekter av helsetjenesten, opplever de eksklusjon når det gjelder mer omfattende helsetjenester som er tilgjengelig for andre med lovlig opphold. Usikkerheten blant deltakerne om hva deres rettigheter faktisk innebar, reflekterer hvordan manglende klarhet i lovverket bidrar til å forsterke opplevelsen av eksklusjon og begrensninger i tilgangen til helsetjenester blant papirløse migranter. Lignende funn trekkes frem i studien til Lønning og Laupstad (2021), der deltakerne der også finner det utfordrende å forstå og utøve sine rettigheter, når lovverket er uklart og ikke dekker alle deres behov.

Problemet med manglende kunnskap om helserettigheter blant papirløse migranter kan skape store utfordringer. For det første kan det føre til at denne gruppen ikke får den nødvendige helsehjelpen de har rett på. Dette gjenspeiles i studier som har avdekket at mange papirløse migranter ikke er klare over omfanget av deres rett til helsehjelp, spesielt når det gjelder nødhjelp og «helsehjelp som ikke kan vente» (Haddeland, 2019). I likhet med denne studien, uttrykte deltakere i Haddelands studie, tvil rundt tolkningen av begrepet «øyeblikkelig hjelp» og var usikre på om deres tilstand kvalifiserer som akutt eller nødvendig hjelp som ikke kan vente. Grensedragningene mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig hjelp som ikke kan vente, og den type hjelp som kan vente og derfor ikke gir rett til umiddelbar helsehjelp, skaper ofte utfordringer i praksis for papirløse migranter (Bendixsen, s.190, 2015). Denne usikkerheten kan være problematisk da den kan føre til at papirløse migranter ikke oppsøker helsehjelp i nødvendige tilfeller eller unnlater å be om den nødvendige hjelpen de faktisk har rett på. Tilsvarende kan helsepersonell ha utfordringer med å tolke og anvende lovbestemmelser knyttet til helserettigheter for papirløse migranter, noe som kan føre til at de ikke tilbyr den nødvendige hjelpen eller prioriteringen som er påkrevd.

Usikkerheten om deres faktiske rettigheter, eller i noen tilfeller feiloppfatning av disse, hadde en betydelig innvirkning både på hvordan deltakerne opplever sin livssituasjon i Norge og deres forhold til egen helse. Oppfatningen av å ikke ha lovlig tilgang til helsetjenester utover øyeblikkelig hjelp ble ikke formet at deres kunnskap til papirløse migranters begrensede rettigheter, men også av tidligere erfaringer med avvísninger fra helsepersonell og feilinformasjon av venner og fra rykter. Esrome var den eneste av deltakerne som refererte

eksplisitt til forskrift om helsehjelp til personer uten lovlig opphold. Han forteller at han har hørt at man får hjelp, men var likevel usikker på hva dette faktisk innebar. Dette samsvarer med funn fra Haddelands (2019) studie som antyder at selv om papirløse migranter er klar over sine helserettigheter i teorien, møter de betydelige utfordringer med å få tilgang til helsetjenester i praksis.

Opplevelsen av helserettigheter blant deltakerne kan være sterkt påvirket av den eksklusjonen de møter i samfunnet. Som Mariam sier: – «Ja, jeg er utenfor, jeg er jo ikke velkommen her» (Mariam, 2023). Tidligere forskning har dokumentert at papirløse migranter, som en marginalisert gruppe, står overfor en rekke hindringer som begrenser deres tilgang til helserettigheter og deres rettigheter til helsehjelp (Biswas & Kristiansen, 2011; Haddeland, 2019; Kvamme & Ytrehus, 2018; Hatem & Andersson, 2021). Der tidligere studier har dokumentert at papirløse migranter ofte unngår å søke helsetjenester på grunn av frykt for å bli oppdaget av myndighetene og risikoen for deportasjon, har ikke mine deltakere fortalt om dette (Hatem, et al, 2021; Biswas m.fl., 2011).

Den var den primære årsaken til at deltakerne unngikk å oppsøke helsehjelp i det offentlige helsevesenet, var manglende personnummer eller identifikasjonspapirer. Flere opplevde avvisning eller nektet behandling på legevakten på grunn av dette. Esrome er en av deltakerne som har blitt avvist på legevakten, han fortalte: «Men de nektet meg hjelp fordi de sa du har ikke personnummer eller papirer. Så jeg har egentlig ikke søkt helsehjelp siden da». Dette gir også et tydelig eksempel på inkluderende eksklusjon, der papirløse migranter møter barrierer som effektivt begrenser deres tilgang til helsetjenester til tross for formelle rettigheter nedfelt i internasjonale konvensjoner som Norge har forpliktet seg til å respektere.

Rettighetene til nødvendig helsehjelp er en del av internasjonale avtaler og menneskerettighetsstandarder som Norge har signert. Imidlertid tolkes og implementeres disse rettighetene ofte på en måte som ekskluderer papirløse migranter fra å få nødvendige helsetjenester. Esromes erfaringer illustrerer denne problematikken, hvor selv i tilfeller av akutt sykdom blir han nektet hjelp på grunn av sin juridiske status. Denne formen for inkluderende eksklusjon betyr at rettighetene eksisterer teoretisk sett, men på grunn av juridiske barrierer og tolkninger av regelverket, ekskluderes papirløse migranter effektivt fra å få den helsehjelpen de trenger.

Kravet om identifikasjon representerer dermed en direkte påminnelse om deres juridiske status som papirløs, og dermed som personer som ikke har rett til opphold i landet. Når de blir bedt om å fremvise personnummer eller identifikasjonspapirer, blir de konfrontert med sin manglende legitimitet i samfunnet, noe som kan føre til en følelse av å være utenfor loven (Bendixsen, s.193, 2015). I tillegg kan avvisning eller nektet tilgang til helsetjenester på grunn av manglende identifikasjon forsterke følelsen av å ikke ha rett på tjenestene. Når papirløse migranter opplever at de ikke får den samme behandlingen som andre på grunn sin manglende evne til å bevise sin identitet, kan det bidra til å forsterke deres opplevelse av å være utenfor loven eller ekskludert fra samfunnet (ibid).

Deltakerne kan oppleve slike situasjoner som en utfordring av deres moralske og/eller legitime rettigheter til ulike helsetjenester og god helse, både som migranter (selv om de er papirløse) og som individer. Sahras beskrivelse av å bli behandlet som to forskjellige mennesker, før og etter oppholdstillatelse, der den ene ikke blir behandlet som et verdig individ, belyser den reduserte verdigheten flere papirløse opplever uten identifikasjonspapirer. Sahra, i likhet med Esrome har også tidligere blitt avvist på legevakten. Gjennom de gjentatte erfaringene med avvisning, stigmatisering og følelse av å være uønsket eller uverdigg i helsevesenet, utvikler papirløse migranter gradvis en subjektposisjon som går utover deres individuelle helsetilstand (Bendixsen, 2018). Deres opplevelse av å bli behandlet som “uverdige” migranter i møte med helsevesenet får dem til å internalisere en identitet som går på tvers av deres rolle som pasienter. Denne subjektposisjonen blir en integrert del av deres selvoppfatning og påvirker hvordan de ser seg selv i samfunnet. Den tildelte statusen som “ulovlig” migrant kan bli så dominerende at den overskygger deres identitet som pasient, og kan innebære at deres behov for helsehjelp ofte blir underordnet deres juridiske status og den stigmatiseringen de møter. Som et resultat kan de føle seg maktesløse og usynlige, og det kan ytterligere forverre deres allerede sårbare situasjon (Bendixsen, s.193, 2015).

6.3 Opplevd tilgang til offentlige helsetjenester

Flere av deltakerne fant offentlige helsetjenester utilgjengelig for dem og begrenset dermed også deres bruk av dem. I tillegg til kravet om identifikasjonsnummer eller personnummer, møtte deltakerne en rekke andre spesifikke barrierer i deres forsøk på å få tilgang til offentlige helsetjenester. For Ahmed handlet det om begrenset kunnskap om egne rettigheter. For Ali og Esrome handlet det om en forventning om å bli avvist og manglende tillit til at de ville få

nødvendige helsehjelp. Andre deltakere trekker frem manglende betalingsevne som en betydelig faktor. De fleste opplevde en kombinasjon av disse hindringene. Det er viktig å forstå disse barrierene fordi de viser hvordan strukturelle, sosiale og økonomiske faktorer påvirker papirløse migranter og deres tilgang til helsetjenester.

For Sahra, Fatima, Ahmed og Omar, har behovet for helsehjelp vært så presserende at de har måtte ty til legevakten. Selv om enkelte beskriver negative opplevelser, opplever de generelt at de kan oppsøke legevakten ved akutt behov. Dette illustrerer hvor desperat noen papirløse migranter kan være når det gjelder å få nødvendig behandling, selv om de kanskje ikke blir møtt med den ønskede omsorgen eller respekten. Flere av deltakerne uttrykker skuffelse over manglende empati og medmenneskelighet fra helsepersonell i helsetjenestene de har oppsøkt. Det rapporteres om frustrasjon over den begrensede hjelpen de mottar på legevakten, mens andre deler erfaringer om å bli henvist til Helsesenteret for papirløse når de søkte hjelp på legevakten. Denne opplevelsen av å bli henvist fra et helsetilbud til et annet forsterket følelsen av å være utenfor og ikke være velkommen i det formelle helsevesenet. Mariam reflekterte over hva som ville skjje hvis hun ble innlagt på sykehus, og uttrykte bekymring og usikkerhet rundt hva slags hjelp hun ville fått der: «Det verste er å tenke på hvis jeg blir innlagt på sykehus, da vet jeg ikke hva jeg skal gjøre, hva slags hjelp jeg skal få der?» (Mariam, 2023). Esrome uttrykte frustrasjon over å føle å ikke bli tatt seriøst. Disse opplevelsen illustrerer hvordan papirløse migranter kan oppleve at deres helseproblemer ikke blir tilstrekkelig anerkjent eller prioritert, noe som øker deres følelse av sårbarhet og mangel på støtte i det offentlige helsevesenet. Forskning understøtter slike funn og påpeker at papirløse migranter opplever barrierer som begrenser deres tilgang til helsevesenet, inkludert mangel på empati og respekt fra helsepersonell (Bendixsen, 2020; Haddeland, 2019).

Videre trakk deltakerne fram manglende fastlege som særlig utfordrende når det gjelder hvordan de opplevde sin tilgang til helsetjenester. Som Sahra sier i sitt intervju: «Det er vanskelig når man blir syk her fordi jeg har jo ikke fastlege» (Sahra, 2023). Fastlegen fungerer vanligvis som den primære koordinatoren for helsetjenester, og uten denne forbindelsen kan papirløse migranter møte store utfordringer med å få tilgang til nødvendige helsetjenester (Lillevik og Tyldum, 2021). Legevakten blir derfor et av de få tilgjengelige formelle helsetjenestene for papirløse migranter, spesielt når det gjelder behov for akutt helsehjelp. Imidlertid møter de utfordringer på legevakten når det gjelder ikke-akutte tilstander eller kroniske sykdommer, da de ikke kan henvises til fastlege for oppfølging etter

initial behandling. Denne situasjonen utgjør en betydelig hindring for Sahra og andre papirløse migranter når de trenger medisinsk hjelp og behandling (Lønning og Laupstad, 2021).

Økonomisk sårbarhet er også en betydelig barriere som trekkes frem i studien. For eksempel har Aysha unngått å oppsøke offentlige helsetjenester på grunn av manglende betalingsevne. Som hun sa: “Hvordan skal jeg betale dem? Jeg har ikke jobb. Det er ikke gratis.” (Aysha, 2023). Ayshas situasjon er ikke unik. Flere av deltakerne rapporterte om å leve i konstant økonomisk usikkerhet uten tilgang til økonomiske støtteordninger. Denne vedvarende økonomiske sårbarheten gjorde det vanskelig for dem å håndtere helseproblemer når de oppstår, da de må vurdere kostnadene ved å søke medisinsk hjelp i tillegg til allerede utfordrende livsforhold. Studiene utført av Kvamme og Ytreide (2015), Haddeland (2019) og Lønningen og Laupstad (2021) støtter disse funnene og viser innvirkningen av økonomisk usikkerhet på tilgangen til helsetjenester blant papirløse migranter. De bekrefter de utfordringene denne gruppen møter på grunn av begrensede økonomiske ressurser.

Deltakernes ambivalens og usikkerhet med hensyn til å oppsøke helsetjenester, spesielt etter tidligere negative erfaringer, belyser hvordan deres interseksjonelle sårbarhet som papirløse migranter, sammen med økonomiske begrensninger, skaper komplekse barrierer for å søke nødvendig omsorg. Disse bekymringene knyttet til økonomisk betaling for helsetjenester reflekterer den strukturelle ulikheten i tilgang til helsetjenester, som særlig rammer de mest sårbare gruppene (Kvamme og Ytreide, 2015; Haddeland, 2019). I en bredere sammenheng kan denne situasjonen også betraktes som et eksempel på strukturell vold, der juridiske og økonomiske barrierer samhandler og begrenser tilgangen til helsetjenester og opprettholder ulikheter blant papirløse migranter.

Mangelen på papirer og fastlege, og økonomiske begrensninger gitt manglende arbeidsmuligheter uttrykker en form for strukturell vold, ettersom systematiske forhold i samfunnet begrenser papirløse migranters muligheter til å få tilgang på helsetjenester. Den interseksjonelle sårbarheten til deltakerne forsterkes av disse strukturelle barrierene, da de møter flere lag med hindringer som påvirker deres helse og tilgang til adekvat helsehjelp. Men i sum var tilgangen til helsetjenester for deltakerne ikke utelukkende et spørsmål om juridiske begrensninger, men også et spørsmål om deres egne opplevelser av sine rettigheter og praktiske tilgang. Kombinasjonen av en utbredt, og for flere erfaringsbasert, mistillit til

helsevesenet, sosiale, økonomiske og juridiske faktorer virker sammen og forsterker hverandre.

6.5 Alternative strategier

I møte med helsevesenet, der papirløse migranter ofte konfronteres med spørsmål om deres (u)lovlige status i stede for å få spørsmål om deres sykehistorier eller helseproblemer, endrer migrantene også sin oppfatning av seg selv, sin helse og sitt liv (Bendixsen, s.192, 2015). Sykdomsforløpet som oppstår i en prekær situasjon, kan være vanskelig å stoppe da tilgangen til helsetjenester fremstår som komplisert eller nærmest uopnåelig. Den helsesøkende atferden til papirløse migranter blir dermed formet av disse utfordringene. Migrantene unngår å benytte seg av sine formelle rettigheter i frykt for avvisning, noe som skaper en praksis som kan være helsefarlig (Bendixsen, s.192, 2015). Dette fører til at tilgangen til helsetjenester blir fragmentert og formet av kreative taktikker, begrenset av deres sosiale og økonomiske ressurser. I denne konteksten utvikler deltakerne strategier for å håndtere helseproblemer utenfor det offentlige systemet, noe som ytterligere understreker den fragmenterte og vanskelige tilgangen til adekvat helsehjelp for denne gruppen.

6.5.1 Helsesenteret for papirløse

Flere av deltakerne uttrykte en sterk preferanse for å bruke ikke-offentlige helsetjenester, som Helsesenteret for papirløse, som sin primære kilde til helsehjelp. Deres manglende tillit til det offentlige helsevesenet førte de til å søke alternative løsninger, der de følte seg mer velkomne og ivaretatt. De opplever at de ikke får tilstrekkelig omsorg og respekt i det tradisjonelle helsevesenet, og søker derfor alternativer der de føler seg mer velkomne og ivaretatt. Lignende funn blir vist i en studie utført av Jervelund og Sodemann (2010), der de undersøkte hvordan papirløse migranter i Danmark oppsøker helsetjenester. Resultatene indikerte at mange papirløse migranter foretrakk å bruke alternative helsetjenester som tilbys av frivillige og ikke-offentlige organisasjoner, heller enn det offentlige helsevesenet. Dette skyldes deres opplevelse av stigmatisering og frykt for represalier hvis de søkte hjelp i det offentlige helsevesenet (Jervelund og Sodemann, 2010).

Deltakerne beskrev Helsesenteret for papirløse migranter som avgjørende i deres tilgang til helseomsorg, spesielt i fravær av tilgang til offentlige helsetjenester. Sitatet fra "Hvis det ikke hadde vært for Helsesenteret, hadde jeg vært død" (Sahra, 2023) understreker den

fundamentale betydningen Helsesenteret har hatt for henne. Dette viste også hvor viktig slike alternative helsetjenester kan være for papirløse migranter. Ahmed og Omar trekker særlig frem betydningen av psykologisk støtte ved Helsesenteret. De uttrykte en dyp takknemlighet for omsorgen og hjelpen de mottar ved Helsesenteret, og beskrev personalet som dedikerte til å hjelpe dem og til å tilby en trygg og støttende helsehjelp. Denne tilliten og takknemligheten overfor Helsesenteret understreker behovet for alternative helsetjenester som er tilgjengelige og tilpasset behovene til papirløse migranter. Forskning støtter viktigheten av slike alternative helsetjenester. Studien av Lønning og Laupstad (2021) har vist at papirløse migranter møter betydelige utfordringer med å få tilgang til offentlige helsetjenester på grunn av deres juridiske status og andre sosiale barrierer. I denne konteksten spiller Helsesenteret en kritisk rolle i å fylle gapet i tilgang til helseomsorg for denne gruppen. Dette viser hvor sentral denne tjenesten er for å opprettholde hans mentale velvære og håndtere utfordrende situasjoner. Forskning har dokumentert betydningen av alternative helsetjenester og viser at tilgang til spesialiserte helsetjenester, inkludert psykologisk støtte, kan være avgjørende for å møte behovene til denne gruppen som mangler formell tilgang til helsetjenester (Lønning og Laupstad, 2021, Haddeland, 2019, Kvamme og Yrthus, 2015).

Aysha og Ali representerer en dynamikk, hvor de er ambivalente i forhold til å bruke Helsesenteret for papirløse. Til tross for at de unngår det offentlige helsevesenet, opplever de også utfordringer med å få tilfredsstillende hjelp på Helsesenteret. Dette eksemplet illustrerer kompleksiteten ved å søke helsehjelp for papirløse migranter, der tilgjengelige alternativer ikke nødvendigvis oppleves som ideelle eller tilfredsstillende. Studien av Biswas og Kristiansen (2016) fant lignende funn, der papirløse migranter ofte har vanskeligheter med å navigere det komplekse helsesystemet og oppnå tilfredsstillende behandling. Selv om de hadde tilgang til alternative helsetjenester, varierte kvaliteten og omfanget av hjelpen de mottok og var noen ganger utilstrekkelige (Biswas & Kristiansen, 2016).

6.5.2 Nettverksstøtte

Sosial støtte og nettverk spilte en viktig rolle for helsesøkende atferd for enkelte av deltakerne. For eksempel delte Sahra sin opplevelse av å ha med seg en følge til legevakten, hvor personen som fulgte henne aktivt argumenterte for alvoret i hennes helsebehov overfor helsepersonell. Hun understreket viktigheten av at Sahra blir tatt seriøst som en pasient som trenger hjelp, uavhengig av hennes juridiske status. På samme måte delte Omar sin erfaring

med å ha med sin onkel som uvurderlig ressurs når han oppsøkte legevakten. Onkelen fungerte ikke bare som tolk for Omar, men bidro også til å dekke kostnadene for helsehjelpen. Denne økonomiske og språklige støtten gjorde det mulig for Omar å motta den nødvendige behandlingen og føle seg ivaretatt gjennom hele prosessen. I studien av Cornally og Mcharthyhar (2011) hadde deltakere som rapporterer sterke sosiale nettverk en tendens til å ha bedre helseutfall og var mer sannsynlig til å søke helsetjenester når nødvendig. Når en person har et sterkt sosialt nettverk, kan det bidra til å redusere følelsen av isolasjon og ensomhet, samtidig som det gir tilgang til praktisk hjelp, informasjon og emosjonell støtte.

For papirløse migranter, som ofte lever i en tilstand av usikkerhet og eksklusjon, kan et støttende nettverk være avgjørende for å navigere i utfordrende situasjoner, inkludert å søke helsetjenester (Biswas og Kristiansen, 2016). Gjennom deltakernes erfaringer blir det tydelig hvordan disse nettverkene ikke bare tilbyr hjelp, men også støtte og oppmuntring gjennom helsemessige utfordringer. Forskning utført av Shubham m.fl., (2020) om helsesøkende atferd blant sårbare grupper understreker betydningen av sterke sosiale nettverk for helseutfall blant, og hvordan disse nettverkene kan bidra til å redusere følelsen av isolasjon og ensomhet, samtidig som de gir tilgang til praktisk hjelp, informasjon og emosjonell støtte. Et robust sosialt nettverk kan derfor også påvirke individets oppfatning av helse og sykdom, samt deres opplevelse av å søke hjelp. Når en person har venner, familie eller andre støttespillere som oppmuntrer til å ta vare på ens helse og oppsøke medisinsk hjelp ved behov, er det sannsynlig at de vil søke hjelp når det trengs. Dette kan bidra til tidligere oppdagelse og behandling av helseproblemer, og dermed bedre helseutfall på lang sikt (Shubham, m.fl., 2020; Cornally og Mcharthy, 2011).

6.5.3 Selvmedisinering

Ali og Ahmed beskrev strategier for å håndtere helseproblemer som viste elementer av selvmedisinering. Ali beskriver tilnærming til å håndtere helseproblemer ved å bruke hvitløk som erstatning for medisin. Det reflekterer en strategi for å opprettholde helsen på en rimelig måte, som kan være nødvendig når handlingsrommet er begrenset. Denne tilnærmingen kan bære preg av desperasjon i møte med begrensede alternativer, samtidig som den viser manglende resignasjon og en form for kreativitet for å møte utfordringene. Alis erfaringer med å improvisere med enkle og tilgjengelige midler som hvitløk, som han ser på som en form for selvmedisinering medisin, speiler den virkeligheten mange av disse migrantene kan

stå overfor når det gjelder å skaffe tilgang til helsetjenester. Valget om å bruke hvitløk som et middel for munnhelse i stedet for å søke profesjonell tannbehandling, illustrerer en tilpasning til begrensede økonomiske midler og en generell mistillit til det tradisjonelle helsevesenet. Dette kan også være et resultat av manglende tillit og frykt for tradisjonelle helsevesenet, som mange papirløse migranter opplever på grunn av tidligere negative erfaringer eller bekymringer knyttet til deres juridiske status.

Ahmed forteller: “Jeg har lært å leve med det. Så jeg er forsiktig med hva jeg spiser, jeg spiser litt av gangen, jeg kan ikke spise mye mat, for da sier det stopp, og da er det veldig vondt” (Ahmed, 2023). Hans tilnærming til sine helseproblemer, der han lærer å leve med smerte og begrenser inntak av mat for å unngå ubehag, illustrerer hvordan disse migrantene tilpasser seg sin situasjon. I fravær av tilstrekkelig tilgang til helsetjenester og økonomiske begrensninger, er selvmedisinering en strategi Ahmed har tydd til for å håndtere helseproblemer på egen hånd. Ahmeds vilje til å tåle smerte og begrense ernæringen er et eksempel på den ekstreme tilpasningsevnen mange papirløse migranter utvikler som en respons på deres vanskelige situasjon.

De har lært å leve med kroniske tilstander uten adekvat medisinsk oppfølging. Dette kan tolkes som et uttrykk for tilpasning, da migrantene forsøker å håndtere sine helseutfordringer på best mulig måte, gitt deres begrensede ressurser og situasjon. Imidlertid kan denne tilpasningen også være en konsekvens av manglende tillit til helsevesenet og følelsen av at deres juridiske status diskvalifiserer dem fra å motta nødvendig omsorg. Tidligere studier støtter opp under denne innsikten og har vist hvordan papirløse migranter reagerer på formelle og uformelle barrierer ved å praktisere selvmedisinering, og dermed utsette behandling (Biswas, m.fl., 2011; Haddeland, 2019).

7.0 Avsluttende refleksjoner

Målet med denne studien har vært å empirisk undersøke hvilke helserettigheter og tilgang til helsetjenester papirløse migranter opplever å ha. Jeg har nærmet meg dette ved å analysere de juridiske rammene for helsehjelp, ved gjennomgang av teoretiske perspektiver og litteratur, og gjennom kvalitative intervjuer med papirløse migranter. I dette kapitlet gir jeg noen avsluttende refleksjoner i lys av problemstillingene som har ledet arbeidet med denne masteroppgaven:

1. Hvilke helserettigheter opplever papirløse migranter at de har?

Når det gjelder helserettigheter, opplevde deltakerne ofte betydelige utfordringer med å få tilgang til helsetjenester på grunn av begrensninger i lovgivningen. De hadde lite kunnskap om sine faktiske helserettigheter, og kun en av deltakerne refererte eksplisitt til forskriften om helse- og omsorgstjenester for personer uten lovlig opphold. For deltakerne oppsto det i tillegg utfordringer med å skille øyeblikkelig hjelp og helt nødvendig helsehjelp fra ikke-akutt og nødvendig helsehjelp. Det skapte igjen vanskeligheter for deltakerne i å forstå og utøve sine rettigheter. Videre knyttet flere av deltakerne manglende oppholdstillatelse til tap av rettigheter generelt, inkludert helserettigheter. Denne oppfatningen av en overordnet tap av rettigheter forsterket følelsen av usikkerhet og skapte ytterligere hindringer i deres interaksjoner med helsevesenet.

2. Hvilke tilganger til helsetjenester opplever papirløse migranter at de har?

Deltakerne opplevde å ha begrenset tilgang til helsetjenester og flere opplevde at det offentlige helsevesenet ikke var tilgjengelige for dem. Uklare regler og diskriminerende praksis begrenset deres tilgang til helsetjenester og nødvendig omsorg. De rapporterte om økonomiske barrierer, manglende identifikasjonspapirer, og frykt for konsekvensene av å søke hjelp, som begrenset deres evne til å oppsøke nødvendig helsehjelp. Flere var avhengige av uformelle helsetjenester, som Helsesenteret for papirløse, og andre benyttet seg i tillegg av selvmedisinering for å dekke sine helsebehov.

Å anvende teoriene om inkluderende eksklusjon, interseksjonalitet og strukturell vold har gitt denne studien en ramme å fortolke og forstå deltakernes erfaringer på. Teoriene utfylte hverandre ved å belyse hvordan ulike strukturelle, sosiale og institusjonelle faktorer virket sammen og formet både deltakernes forståelse av helserettigheter, og deres tilgang til helsetjenester i praksis.

Forskriften som regulerer tilgangen til helsehjelp for papirløse illustrerer en form for inkluderende eksklusjon, hvor papirløse migranter er inkludert i visse aspekter av helsehjelp (for eksempel øyeblikkelig- og helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente), men samtidig ekskluderes fra mer oppfattende helsetjenester som er tilgjengelig for andre med lovlig opphold (Forskrift om helsetjenester for personer uten lovlig opphold i riket §3 og 5; Bendixsen m.fl., 2015, s.35-37).

Videre kan begrensningene i lovgivningen forstås som en form for strukturell vold fordi de er institusjonalisert gjennom lover som kun gir tilgang til «øyeblikkelig og helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente» (Forskrift om helse- og omsorgstjenester til personer uten lovlig opphold i riket, 2011, §3 og 5) I tillegg til de juridiske barrierene, forsterkes deltakernes utfordringene av økonomiske hindringer, manglende personnummer eller identifikasjonspapirer, og frykt for konsekvensene av å søke hjelp. Overlappen mellom ulike former for sårbarhet, økonomi, helse- men også trygghet, muligheter for deltakelse i arbeidslivet og samfunnet for øvrig, viser en form for interseksjonell sårbarhet som springer ut av statusen som papirløs migrant. De juridiske barrierene alene gir allerede en betydelig utfordring for deltakerne når det gjelder tilgang til helsetjenester. Når dette kombineres med økonomiske hindringer, som begrenser deres evne til å betale for helsetjenester eller nødvendige medisiner, og mangelen på identifikasjonspapirer som er nødvendig for å få tilgang til offentlige tjenester, blir situasjonen deres enda mer kompleks. Frykten for konsekvensene av å oppsøke hjelp, var i stor grad preget av frykt for avvisning fra helsepersonell, dette bidro også til å forsterke denne strukturelle volden. Hindringene som deltakerne møtte når de søkte helsehjelp forsterkes av deltakernes unike livssituasjon og identiteter.

Anvendelsen av teorien om helsesøkende atferd i studien var i tillegg essensiell av flere grunner. I møte med begrensede helserettigheter og tilgang til helsetjenester, utviklet deltakerne alternative strategier for å møte sine helsebehov. Teorien hjalp med å identifisere

konkrete barrierer de møtte når de søkte helsetjenester, samtidig som den ga innsikt i hvilke ressurser de mobiliserte for å få nødvendig omsorg. Deres helsesøkende atferd var preget av bruk av uformelle helsetjenester, som for eksempel Helsesenteret for Papirløse, og alternative strategier som selvmedisinering. Videre fremhevet noen av deltakerne betydningen av sosiale nettverk som en ressurs når de søkte helsehjelp, noe som reflekterte deres behov for støtte og assistanse i situasjoner der tradisjonelle helsetjenester opplevdes utilgjengelige. Disse alternative strategiene og nettverkene var et resultat av deres erfaringer med begrensede helserettigheter, og de demonstrerte deltakernes evne til å tilpasse seg og søke løsninger på tross av hindringer.

7.1 Studiens betydning for praksis og forskning

Studien er begrenset ved at den baserer seg på et relativt lite utvalg. Papirløse migranter er en gruppe som er utfordrende å identifisere, rekruttere og forske på, hovedsakelig fordi de lever «utenfor» samfunnet uten gyldige identifikasjonspapirer eller tilhørende rettigheter. Mange av disse migrantene har legitime grunner til å ønske å unngå oppmerksomhet og fortsette å gå «under radaren». Derfor kan også relativt små studier – som denne – ha betydning for det kunnskapsgrunnlaget vi har, og hvordan vi som samfunn generelt og helsevesen spesielt møter den gruppen mine deltakere er del av. Jeg mener min studie gir grunnlag for særlig to anbefalinger.

Papirløse migranternes rett til helsehjelp i bør klargjøres for å bedre oppfylle

menneskerettslige krav: I henhold til FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12, har enhver rett til høyest oppnåelig helsestandard (FN-sambandet, 2023). Denne standarden varierer imidlertid fra land til land avhengig av statens tilgjengelige ressurser. ØSK-komiteen har definert flere sammenhengende elementer i retten til helse og understreker at helsetjenester må være tilgjengelige både fysisk og økonomisk. Staten har derfor plikt til å sikre reell tilgang gjennom lovverk og andre tiltak. Barrierer som økonomiske begrensninger, manglende identifikasjonspapirer og frykt for konsekvensene av å søke hjelp, skaper utfordringer for reell tilgang til helsetjenester. ØSK-komiteens kommentarer og anbefalinger til Norge viser at norske myndigheter ikke fullt ut oppfyller sine menneskerettslige forpliktelser. Komiteen har kritisert Norge for manglende tilgang til helsetjenester for personer uten lovlig opphold og har spesifikt anbefalt at alle i Norge får tilgang til primærhelsetjenesten uavhengig av

oppholdsstatus. Dette inkluderer reversering av forskriften fra 2011 som reduserte tilgangen til helsetjenester (ØSK-komiteen, 2020, s.7).

Funnene i studien viser også at mangel på tilgang til fastlege utgjør en betydelig hindring for tilgang til helsetjenester for deltakerne, uavhengig av om tjenestene er kostnadsfrie eller ikke. Fordelen ved å ha en fastlege er flere. Fastlegen er kjent med pasientens historikk og kan derfor gi mer målrettet og effektiv behandling. Fastlegen kan også henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten ved behov. Papirløse migranter må ofte ty til kommunale legevakter, som ikke er tilpasset for å fungere som fastleger. Deltakerne i studien opplever i tillegg også barrierer når de forsøker å få hjelp gjennom legevakten som de har rett til å henvende seg til for øyeblikkelig hjelp. ØSK-komiteens anbefaling i 2020 om å tillate personer uten lovlig opphold, å stå på fastlegelister er ikke rettslig bindende, men det er viktig at norske myndigheter vurderer disse rådene for å sikre at praksisen er i samsvar med internasjonale menneskerettslige standarder (ØSK-komiteen, 2020, s.7).

Papirløse migranter må selv dekke alle kostnader knyttet til helsehjelp, med unntak av noen få enkelte områder (Spesialisthelsetjenesteloven §5-3). Deltakerne beskrev hvordan økonomiske bekymringer utgjør en betydelig barriere for tilgangen til helsetjenester. Flere er nølende eller avstår fra å oppsøke helsetjenester fordi de er redde for kostnadene involvert. Den økonomiske barrieren medfører en reell risiko for at enkelte venter lenger med å søke helsehjelp, noe som kan føre til forverring av medisinske tilstander. Manglende betalingsordninger må derfor ses i sammenheng med det menneskerettslige kravet om at helsetjenester må være tilgjengelige. Når økonomiske barrierer hindrer tilgangen til helsetjenester, er tilgangen ikke reell. Som tidligere nevnt har ØSK-komiteen anbefalt norske myndigheter å implementere effektive tiltak for å sikre at alle har tilgang til primærhelsetjenester. Tiltak som adresserer økonomiske hindringer, må være en del av denne strategien (ØSK-komiteen, 2013; ØSK-komiteen, 2020; Lønning og Laupstad, 2021). Norge har et ansvar for å oppfylle sine menneskerettslige forpliktelser gitt tilgjengelige ressurser. En finansieringsordning for helsehjelp til papirløse migranter er et tiltak som det kan være rimelig å anta at Norge vil innføre (Lønning og Laupstad, 2021).

Implikasjoner for videre forskning på feltet om papirløse migranter og deres tilgang til helsetjenester: Funnene i studien peker først og fremst på behovet for mer forskning i Norge som utforsker papirløse migranter sine erfaringer med helsehjelp, samt helsepersonells

kjennskap til og praksis opp mot til dels motstridene regelverk. Dette kan inkludere studier som ser nærmere på spesifikke barrierer og utfordringer som påvirker deres tilgang til helsetjenester. Videre kan det være nyttig å gjennomføre sammenlignende studier gjennom ulike land og regioner for å undersøke hvordan lovgivning og politikk påvirker papirløse migranter sin tilgang til helsetjenester. Dette kan bidra til å identifisere beste praksis og utforske ulike tilnærminger for å forbedre tilgangen til helsehjelp. Det kan også være hensiktsmessig å inkludere langsiktige oppfølgingsstudier som ser på konsekvensene av begrensede helserettigheter på helseutviklingen til papirløse migranter. Dette kan bidra til å belyse langsiktige helsemessige konsekvenser av sosiale og juridiske barrierer.

Litteraturliste

Abortloven (1975). Lov om svangerskapsavbrudd, (LOV-1975-06-13-50). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abortloven>

Bahar Özvarış Ş, Kayı İ, Mardin D, Sakarya S, Ekzayez A, Meagher K, Patel P. *COVID-19 barriers and response strategies for refugees and undocumented migrants in Turkey*. J Migr Health. 2020 Dec 7;1-2:100012. doi: 10.1016/j.jmh.2020.100012. PMID: 34405167; PMCID: PMC8352003. (Bahar Ozvaris, m.fl., 2020)

Batteriet.no: Hentet, Nov. 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.batteriet.no/om-oss/om-batteriet/>

Braun, V., & Clarke, V. (2021) *Thematic analysis: A practical guide*. Heftet.

Bendixsen, S. K., Jacobsen C. M. og Søvig K. H. (2015). *Eksepsjonell velferd?* Oslo, Gyldendal Juridisk.

Bendixsen, Synnøve. 2020. *Existential Displacement: Health Care and Embodied Un/Belonging of Irregular Migrants in Norway*. Culture, Medicine, and Psychiatry. 44: 479-500. Tilgjengelig fra:

Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. m.fl. *Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark*. BMC Public Health 11, 560 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-560>

Brottveit, G. (red). (2018). Kapittel 10 «*Analyse av kvalitative materialer i et vitenskapsteoretisk perspektiv*». I: Brottveit, G. (red). «*Vitenskapsteori og kvalitative forsknings-metoder*» Om å arbeide forskningsrelatert. (s. 129-152). Oslo: Gyldendal

Commins, P. (2004). *"Poverty and Social Exclusion in Rural Areas: Characteristics, Processes and Research Issues."* Sociologia Ruralis Vol. 44: p. 60-75.

United Nations: Economic and Social Council (2013). *Concluding observations on the fifth periodic report of Norway**. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)
Tilgjengelig fra: <https://www.refworld.org/docid/52d53eb34.html>

United Nations: Economic and Social Council (2020). *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway**. UN Retrieved from <https://digitallibrary.un.org/record/3865967>

Cornally N, M. G. (2011). *"Help-seeking behaviour: A concept analysis."* *International Journal of Nursing Practice* Vol. 17: p. 280-288. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>

Dean L, Theobald S, Nallo G, Bettee A, Kollie K, Tolhurst R. A syndemic born of war: *Combining intersectionality and structural violence to explore the biosocial interactions of neglected tropical diseases, disability and mental distress in Liberia*. *PLOS Glob Public Health*. 2022 Jun 29;2(6):e0000551. doi: 10.1371/journal.pgph.0000551. PMID: 36962440; PMCID: PMC10021464.

De Vito, E., de Waure, C., Specchia, M.L. m.fl. *Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union?*. *Public Health Rev* 37, 13 (2016). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0026-3>

Drageset, S., Ellingsen, S., (2010). *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. Sykepleien Forskning. DOI: [10.4220/sykepleienf.2011.0027](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027) Hentet fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/681679.pdf>

Ehmsen BK, Biswas D, Jensen NK, Krasnik A, Norredam M. *Undocumented migrants have diverse health problems*. *Dan Med J*. 2014 Sep;61(9): A4897. PMID: 25186539. (Ehmsen, m.fl., 2014)

Flohr, M. (2017). *Giorgio Agamben's Inclusive Exclusion of Étienne de La Boétie*. *Telos*, 181, 106.

FN-Sambandet. (2023a). Konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. FN-sambandet - United nations association of Norway. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-oekonomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter>

FN-Sambandet. (2023b). *Norge og menneskerettighetene*. FN-sambandet - united nations association of Norway. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/tema/menneskerettigheter/norge-og-menneskerettighetene>

FN-Sambandet. (Oppdatert 2023). *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989*. Hentet fra 20.sep from <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>

Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket (2011), (FOR-2011-12-16-1255). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>

Galtung, J. (1969). *Violence, Peace, and Peace Research*. Journal of Peace Research, 6(3), 167–191. <http://www.jstor.org/stable/422690>

Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research* (Vol. 4). SAGE Publications Ltd.

Gisle, J. Jahelln, (2023). *Eksklusjon*. Store Norske Leksikon (SNL). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/eksklusjon>

Guillot-Wright S, Cherryhomes E, Wang L, Overcash M. *Systems and subversion: A review of structural violence and im/migrant health*. Curr Opin Psychol. 2022 Oct;47:101431. doi: 10.1016/j.copsyc.2022.101431. Epub 2022 Jul 31. PMID: 36001924.

Hatem., M., Andersson, L.M., Hjern, A. m.fl. *Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden - a principal component analysis*. BMC Health Serv Res 21, 830 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06837-y>

Haddeland, H. B. (2019). *The Right to Health Care for Irregular Migrants in Norway: Interpretation, Accessibility, and Gaps Between Needs and Rights*. *Nordic Journal of Human Rights*, 37(4), 329–349. <https://doi.org/10.1080/18918131.2020.1731970>

Helsedirektoratet (2023). *Rundskriv. Pasienten- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Sist oppdatert 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport#rett-til-nodvendig-helsehjelp-fra-spesialisthelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2028). *Schengen- og Dublinsamarbeidet*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring-og-integrering/innsikt/schengen--og-dublin-samarbeidet/id578315/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Høringsnotat – Endring av prioriteringsforskriften - Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet*. Internet: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/de615e594e94466085abb7b39e77d303/hoeringsnotat.pdf>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell mv,(LOV-1999-07-02-64). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonel>

Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lundre, T., Melsom, P. A., Solbekken, J.-A., Møller, V. S., & Staff, A. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De Nasjonale Forskningsetiske komiteer.

Jacobsen, D. I., (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo. Cappelen Damm AS.

Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. *Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals?* *BMC Health Serv Res*. 2011 Jun 28;11:154. doi: 10.1186/1472-6963-11-154. PMID: 21711562; PMCID: PMC3150245.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til vitenskapelig metode* (Vol. 5). Abstrakt forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.

Kongeriket Noregs Grunnlov, (2021). Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>

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

<https://doi.org/10.3402/shv.v6.28668>

Latunij O. O, Akiney O. (2018). "Factors influencing health-seeking behavior among civil servants in Ibadan, Nigeria". *National Library of Medicine* Vol. 16: 52-60. Tilgjengelig:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143883/>

Lønning, M, M., Laupstad, I., (2021). *Helserettigheter for «papirløse» - Utenfor velferdsstatens*

sikkerhetsnett. https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/rappport_helserettigheter-for-papirlose_sept2021.pdf

Lillevik, R., Tyldum, G. (2021). *Irregulær bistand: En kartlegging av norske storbyers møter med irregulære migranter*. <https://www.fafo.no/images/pub/2021/20782.pdf>

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Vol. 4).

Universitetsforlaget.

Marti Castaner M, Slagstad C, Damm Nielsen S, Skovdal M. *Tactics employed by healthcare providers in the humanitarian sector to meet the sexual and reproductive healthcare needs of undocumented migrant women in Denmark: A qualitative study*. *Sex Reprod Healthc*. 2022 Dec;34:100785. doi: 10.1016/j.srhc.2022.100785. Epub 2022 Sep 28. PMID: 36208503.

Myhrvold T, Småstuen MC. *The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway*. J Clin Nurs. 2017 Mar;26(5-6):825-839. doi: 10.1111/jocn.13670. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27875006.

Myhrvold, T. (2010). *Illegale ved sin blotte eksistens. Om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester*. En systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden*, Vol. 30(3), 38-43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/010740831003000309>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (Ikrafttredelse 2001, Rettet 2022a). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloen>

Passel, P. C. o. J. S. (2019). *Europe's Unauthorized Immigrant Population Peaks in 2016, Then Levels Off*(Pew Research center, Issue. <https://www.pewresearch.org/global/2019/11/13/europes-unauthorized-immigrant-population-peaks-in-2016-then-levels-off/>

Psykisk helsevernloven (1999) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, (LOV-1999-07-02-62). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>

Poortaghi S, Raiesifar A, Bozorgzad P, Golzari SE, Parvizy S, Rafii F. *Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review*. BMC Health Serv Res. 2015 Nov 27;15:523. doi: 10.1186/s12913-015-1181-9. PMID: 26613729; PMCID: PMC4662038.

Schachter, R. D. F. A. (2018). *"Who Are the "Illegals"?: The Social Construction of Illegality in the United States."*. American Sociological Association 83. SAGE

Shamoo, A. E., & Resnik, D. B. (2022). *Responsible conduct of research Oxford academic*, 4, 60. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oso/9780197547090.003.0003>.

Shubham G., Agarwal, (2020). *"Patterns and determinants of healthcare-seeking behavior among hypertensive patients in a rural population of north India. A mixed-method study."*

Journal of Family Medicine and Primary Care 6: p. 2830-2836. DOI:
[10.4103/jfmipc.jfmipc_200_20](https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_200_20)

Smittevernloven (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer, (LOV-1994-08-05-55).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernslaven>

Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Ikrafttredelse
2001, rettet 2022b). Lovdata [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-
61/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5)

Thomas, L., (2022) *Importance of intersectionality*. Intersectionality in Healthcare. News
Medical Life Sciences. Tilgjengelig fra: [https://www.news-
medical.net/health/Intersectionality-in-Healthcare.aspx](https://www.news-medical.net/health/Intersectionality-in-Healthcare.aspx)

Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*.
Universitetsforlaget.

Udi. Hva skjer når noen søker om beskyttelse (asyl)? [https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-
en-kommune/hva-som-skjer-nar-noen-soker-asy/#link-9898](https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-en-kommune/hva-som-skjer-nar-noen-soker-asy/#link-9898)

United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN) (2016). Report on the
World Situation: Identifying social inclusion and exclusion. UN-ilibrary.org. DOI:
<https://doi.org/10.18356/5890648c-en>

UNCHR – The UN Refugee Agency (2022), *Global trends. Forced Displacement in 2022*.
Tilgjengelig fra: [https://www.unhcr.org/sites/default/files/2023-06/global-trends-report-
2022.pdf](https://www.unhcr.org/sites/default/files/2023-06/global-trends-report-2022.pdf)

Varvin, S. (2019). *Strukturell vold mot flykninger*. Magasinet Psykisk helse. Tilgjengelig fra:
<https://psykiskhelse.no/magasinet/strukturell-vold-mot-flykninger/>

Vange SS, Nielsen MR, Michaëlis C, Smith Jervelund S. *Interpreter services for immigrants
in European healthcare systems: a systematic review of access barriers and facilitators*.
Scandinavian Journal of Public Health. 2023;0(0). doi:[10.1177/14034948231179279](https://doi.org/10.1177/14034948231179279)

Vaughan-Williams, N. (2009). *Giorgio Agaben*. I N. Vaughan-Williams (Red.), *Critical Theorists and international relations* (1.utg., s.12). Routledge:
<https://doi.org/10.4324/9780203881842>

Vollebregt SJC, Scholte WF, Hoogerbrugge A, Bolhuis K, Vermeulen JM. *Help-Seeking Undocumented Migrants in the Netherlands: Mental Health, Adverse Life Events, and Living Conditions*. *Cult Med Psychiatry*. 2023 Dec;47(4):1067-1089. doi: 10.1007/s11013-022-09790-5. Epub 2022 Jul 30. PMID: 35907149; PMCID: PMC10654188.

Woodward A, Howard N, Wolffers I. *Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review*. *Health Policy Plan*. 2014 Oct;29(7):818-30. doi: 10.1093/heapol/czt061. Epub 2013 Aug 16. PMID: 23955607; PMCID: PMC4186209. (Woodward m.fl.. 2013)

Zhang, L.-C. (2008). Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/a/english/publikasjoner/pdf/doc_200811_en/doc_200811_en.pdf

Zhang, Q., Feng, S., Wong, I.O.L. m.fl. *A population-based study on healthcare-seeking behaviour of persons with symptoms of respiratory and gastrointestinal-related infections in Hong Kong*. *BMC Public Health* 20, 402 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08555-2>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema på norsk, engelsk og somali

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema på norsk, engelsk og somali

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Ulovlig og syk – En kvalitativ studie om tilgang til helsetjenester og helsesøkende atferd blant papirløse migranter”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke papirløse migranternes tilgang til helsetjenester og deres helsesøkende atferd. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studier utført i Norge viser at papirløse migranter rapporterer om dårligere helse sammenlignet med resten av befolkningen. Papirløse migranter mangler nødvendige tilgang til helsetjenester og har begrensede rettigheter og muligheter i det norske samfunnet. Som en konsekvens av dette, har de en tendens til enten å forbli ubehandlet eller å utsette å søke hjelp for deres helseproblemer.

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i en redegjørelse av de faktiske helserettighetene til papirløse migranter, og de eksisterende helsetjenester som er tilgjengelige for dem. Målet er å undersøke hvilke atferdsmønstre papirløse migranter benytter seg av når de søker helsehjelp. Helsesøkende atferd referer til de beslutninger og handlinger som deltakerne tar i betraktning når de ønsker å søke hjelp for sine helseproblemer, og hvordan tilgjengelighet, kulturelle faktorer, sosiale nettverk og individuelle oppfatninger spiller en rolle i denne sammenhengen.

Videre har prosjektet også som formål og identifisere barrierer og utfordringer som kan påvirke papirløse migranter og deres tilgang til nødvendig helsehjelp. Dette kan omfatte faktorer som språklige hindringer, mangel på kunnskap om helsetjenester, frykt for represalier eller deportasjon, samt sosiale og økonomiske begrensninger. Ved å analysere og forstå disse

barrierene og utfordringene, kan det være mulig å indentifisere mulige løsninger eller tiltak for å forbedre tilgangen til helsetjenester for papirløse migranter og deres generelle helse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I forbindelse med dette masteroppgaveprosjekt, ønsker jeg å intervju 6-8 papirløse migranter. Jeg ønsker å intervju deg, da din søknad om oppholdstillatelse ikke er innvilget. Dine erfaringer er veldig verdifulle for prosjektet og jeg er takknemlig for at du ønsker å dele dem med meg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i dette prosjektet er frivillig, og du som deltaker har mulighet for å trekke intervjuet om du skulle ombestemme deg. Jeg har taushetsplikt overfor deg som deltaker og har hverken kontakt med UDI eller andre offentlige myndigheter. Dersom du ønsker å delta i studien, ønsker jeg å invitere deg til et intervju. Selve intervjuet vil ta omkring 1-1,5 time. Underveis i intervjuet vil jeg stille utforskende spørsmål til det du forteller meg, det kan hende vi kommer inn på temaer som kan være vanskelig for deg å snakke om. Du bestemmer selv hva du ønsker å fortelle om i intervjuet. Det er du som bestemmer hvor og når du ønsker å bli intervjuet. Det kreves ingen forberedelse. Det skal tas lydopptak under intervjuet. Lydopptaket vil deretter overføres til et sikkert lagringsområde for videre behandling.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Hvorvidt du ønsker å delta i prosjektet eller ikke, vil ikke ha noen konsekvenser for hvilken hjelp du vil kunne få her i Norge, og din deltakelse vil ikke påvirke ditt forhold til utlendingsmyndighetene.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være meg og min veileder som vil ha tilgang til dem. Datamaterialet vil bli anonymisert, slik at ingen vil kunne kjenne deg igjen. Hverken ditt navn eller bosted vil ikke registreres noe sted. Fokuset i intervjuene vil ikke være din reise til Norge eller tiden fra hjemlandet ditt. Jeg kan likevel måtte oppgi ditt hjemland i gjengivelse av intervjuet slik at leseren kan danne seg et bilde av kontekst for fortellingen. Dine opplysninger vil bli lagret av meg på en passord-beskyttet minnepenn som kommer til å være innelåst.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes etter innlevering og godkjenning av masteroppgaven, dette vil være, etter planen, sommer 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet, inkludert lydopptak av intervju med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Anette Bringedal Houge, Phd, Avdeling for tverrfaglig helseforskning. Telefon: 99224698/ Mail: a.b.houge@medisin.uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Anette Bringedahl Houge
(Forsker/veileder)

Hani Abdulkadir
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Do you want to participate in the research project?

“ Illegal and sick – A qualitative study on access to health services and health-seeking behavior among undocumented migrants”?

This is a question for you about participating in a research project where the purpose is to investigate undocumented migrants' access to health services and their health-seeking behaviour. In this document, we provide you with information about the aims of the project and what participation will mean for you.

Purpose

Studies conducted in Norway show that undocumented migrants report poorer health compared to the rest of the population. Undocumented migrants lack the necessary access to health services and have limited rights and opportunities in Norwegian society. As a consequence, they tend to either remain untreated or to delay seeking help for their health problems.

This master's thesis is based on an account of the actual health rights of undocumented migrants, and the existing health services that are available to them. The aim is to investigate which behavioral patterns undocumented migrants use when seeking health care. Health-seeking behavior refers to the decisions and actions that participants take into account when they want to seek help for their health problems, and how accessibility, cultural factors, social networks and individual perceptions play a role in this context.

Furthermore, the project also aims to identify barriers and challenges that may affect undocumented migrants and their access to necessary healthcare. This can include factors such as language barriers, lack of knowledge about health services, fear of reprisals or deportation, as well as social and economic constraints. By analyzing and understanding these barriers and challenges, it may be possible to identify possible solutions or measures to improve access to healthcare for undocumented migrants and their overall health.

Who is responsible for the research project?

The University of Oslo is responsible for the project.

Why are you being asked to participate?

In connection with this master's thesis project, I would like to interview 6-8 undocumented migrants. I would like to interview you, as your application for a residence permit has not been granted. Your experiences are very valuable for the project and I am grateful that you want to share them with me.

What does participating mean for you?

Participation in this project is voluntary, and you as a participant have the opportunity to withdraw from the interview if you change your mind. I have a duty of confidentiality towards you as a participant and have neither contact with the UDI nor other public authorities. If you wish to participate in the study, I would like to invite you to an interview. The interview itself will take around 1-1.5 hours. During the interview, I will ask probing questions about what you tell me, we may touch on topics that may be difficult for you to talk about. You decide for yourself what you want to talk about in the interview. You decide where and when you want to be interviewed. No preparation is required. An audio recording must be taken during the interview. The audio recording will then be transferred to a secure storage area for further processing.

Participation is voluntary

Participation in the project is voluntary. If you choose to participate, you can withdraw your consent at any time without giving any reason. All your personal data will then be deleted. There will be no negative consequences for you if you do not want to participate or later choose to withdraw. Whether you want to participate in the project or not will have no consequences for the help you will be able to get here in Norway, and your participation will not affect your relationship with the immigration authorities.

Your privacy - how we store and use your information

We will only use the information about you for the purposes we have described in this article. We treat the information confidentially and in accordance with the privacy regulations. Only me and my supervisor will have access to them. The data material will be anonymised, so that no one will be able to recognize you. Neither your name nor place of residence will be registered anywhere. The focus of the interviews will not be your journey to Norway or the time away from your home country. I may still have to state your home country in the reproduction of the interview so that the reader can form an image of the context for the story. Your details will be stored by me on a password-protected memory stick which will be locked away.

What happens to your personal data when the research project ends?

According to the plan, the project will end after submission and approval of the master's thesis, which will be, according to the plan, summer 2024. After the end of the project, the data material, including the audio recording of the interview with your personal data, will be deleted.

What gives us the right to process personal data about you?

We process information about you based on your consent.

On behalf of the University of Oslo, Sikt - the Knowledge Sector's service provider has assessed that the processing of personal data in this project is in accordance with the privacy regulations.

Your rights

As long as you can be identified in the data material, you have the right to:

- access to the information we process about you, and to be given a copy of the information
- to have information about you corrected that is incorrect or misleading
- to have personal data about you deleted
- to send a complaint to the Norwegian Data Protection Authority about the processing of your personal data

If you have questions about the study, or want to know more about or exercise your rights, please contact:

- The University of Oslo by Anette Bringedal Houge, PhD, Department for interdisciplinary health research. Phone: 99224698/ Mail: a.b.houge@medisin.uio.no

If you have questions related to the assessment made of the privacy services from Sikt, you can get in touch via:

- Email: personverntjenester@sikt.no or telephone: 73 98 40 40.

With best regards

Anette Bringedahl Houge
(Researcher/supervisor)

Hani Abdulkadir
(Student)

Declaration of consent

I have received and understood information about the project [insert title], and have been given the opportunity to ask questions. I agree to:

- to participate in an interview

I agree to my information being processed until the project is finished

(Signed by project participant, date)

Ma rabtaa inaad ka qaybgasho mashruuca cilmi-baadhista?

"Sharci-darro iyo jirran - Daraasad tayo leh oo ku saabsan helitaanka adeegyada caafimaadka iyo dhaqanka caafimaad-raadinta ee muhaajiriinta aan sharciga lahayn"

Tani waa su'aal adiga kugu saabsan oo ku saabsan ka qaybqaadashada mashruuc cilmi-baaris ah halkaas oo ujeedadu tahay in la baaro gelitaanka muhaajiriinta aan sharciga lahayn ee adeegyada caafimaadka iyo hab-dhaqankooda caafimaad. Dukumeentigan, waxaanu ku siinaynaa macluumaadka ku saabsan ujeedooyinka mashruuca iyo waxa ka qaybqaadashadu kuu yeelan doonto.

Ujeedo

Daraasad lagu sameeyay Norway ayaa muujisay in dadka aan sharciga haysan ay soo sheegaan caafimaad darro marka loo eego dadka intiisa kale. Soo-galootiga aan sharciga haysan ayaa ka maqan helitaanka lagama maarmaanka ah ee adeegyada caafimaadka waxayna leeyihiin xuquuq iyo fursado kooban oo bulshada Norway ah. Natiijo ahaan, waxay u muuqdaan inay yihiin kuwo aan la daweyn ama inay dib u dhigaan raadinta caawimaadda dhibaatooyinkooda caafimaad.

Shahaadada Master-ka waxay ku salaysan tahay koontada xuquuqda caafimaad ee dhabta ah ee muhaajiriinta aan sharciyeysnayn, iyo adeegyada caafimaad ee jira ee ay heli karaan. Ujeeddadu waa in la baaro hababka dhaqan ee soo-galootiga aan sharciga lahayni adeegsadaan marka ay raadinayaan daryeel caafimaad. Dabeecadda caafimaad-raadiska waxaa loola jeedaa go'aamada iyo ficillada ay ka qaybgalayaashu ku xisaabtamaan marka ay rabaan inay caawimaad u raadsadaan dhibaatooyinkooda caafimaad, iyo sida gelitaanka, arrimaha dhaqanka, shabakadaha bulshada iyo fikradaha shakhsi ahaaneed ay door uga ciyaaraan xaaladdan.

Intaa waxaa dheer, mashruucu wuxuu sidoo kale ujeedadiisu tahay in la ogaado caqabadaha iyo caqabadaha saameynaya muhaajiriinta aan sharciyeysneyn iyo helitaankooda daryeel caafimaad oo lagama maarmaan ah. Tan waxaa ku jiri kara arrimo ay ka mid yihiin caqabadaha luqadda, aqoon la'aanta adeegyada caafimaadka, cabsida aargoosiga ama masaafurinta, iyo sidoo kale caqabadaha bulshada iyo dhaqaalaha. Marka la falanqeeyo oo la fahmo caqabadahan iyo caqabadahan, waxaa suurtagal ah in la ogaado xalalka suurtagalka ah ama tallaabooyinka lagu horumarinayo helitaanka daryeelka caafimaadka muhaajiriinta aan sharciyeysneyn iyo caafimaadkooda guud.

Yaa mas'uul ka ah mashruuca cilmi-baarista?

Jaamacadda Oslo ayaa mas'uul ka ah mashruuca.

Maxaa lagu weydiinayaa inaad ka qaybgasho?

Marka la eego mashruucan shahaadada sare, waxaan jeclaan lahaa inaan wareysto 6-8 muhaajiriin aan sharciyeyneyn. Waxaan jeclaan lahaa inaan ku wareysto, maadaama codsigaaga sharciga aan la aqbalin. Waayo-aragnimadaada aad bay qiimo ugu leedahay mashruuca, waana ku mahadsan yahay inaad rabto inaad ila wadaagto.

Waa maxay macnaha ka qaybqaadashadu adiga?

Ka qayb qaadashada mashruucan waa ikhtiyaari, adiguna ka qaybgale ahaan waxaad fursad u haysataa inaad ka noqoto waraysiga haddii aad go'aansato. Aniga waxaa saaran waajibka sirta ah ee adiga kaa qaybgale ahaan oo aan xidhiidh la samayn UDI iyo maamulada kale ee dadweynaha toona. Haddii aad rabto inaad ka qaybgasho daraasadda, waxaan jeclaan lahaa inaan kugu martiqaado waraysi. Wareysiga laftiisa ayaa qaadan doona qiyaastii 1-1.5 saacadood. Inta lagu jiro wareysiga, waxaan ku weydiin doonaa su'aalo baaritaan ah oo ku saabsan waxaad ii sheegto, waxaa laga yaabaa inaan taaban mowduucyo ay kugu adkaan karto inaad ka hadasho. Adiga ayaa go'aaminaya waxa aad rabto inaad kaga hadasho waraysiga. Adiga ayaa go'aaminaya meesha iyo goorta aad rabto in lagu wareysto. Diyaar garow looma baahna. Cod duubis ah waa in la qaadaa inta waraysigu socdo. Codka duubista ayaa markaa loo wareejin doonaa meel kaydinta ammaan ah si loogu sii habeeyo.

Ka qaybqaadashadu waa ikhtiyaari

Ka qayb qaadashada mashruuca waa ikhtiyaari. Haddii aad doorato inaad ka qaybgasho, waxaad kala noqon kartaa oggolaanshahaaga wakhti kasta adoon bixin wax sabab ah. Dhammaan xogtaada khaaska ah ayaa markaa la tirtiri doonaa Ma jiri doonto cawaaqib xun haddii aadan rabin inaad ka qaybgasho ama hadhow aad doorato inaad ka noqoto. Haddii aad rabto in aad mashruuca ka qaybgasho iyo inkale wax cawaaqib ah kuma yeelanayso caawimada aad ku iman karto Norway, ka qaybqaadashadaaduna wax saamayn ah kuma yeelanayso xidhiidhka aad la leedahay maamulka socdaalka.

Qarsoonaantaada - sida aan u kaydinno oo u isticmaalno macluumaadkaaga

Waxaan kaliya u isticmaali doonaa macluumaadka adiga kugu saabsan ujeedooyinka aan ku sharaxnay maqaalkan. Waxaan ula dhaqmaa macluumaadka si qarsoodi ah iyo si waafaqsan xeerarka sirta ah. Aniga iyo kormeerahayga oo keliya ayaa geli doona iyaga. Qalabka xogta waa la qarin doonaa, si qofna u awoodin inuu ku aqoonsado. Magacaaga iyo meesha aad degan tahay midna meelna laguma diiwaangelin doono. Ujeeddada wareysiyadu ma noqon doonaan safarkaaga Norway ama wakhtiga aad ka maqan tahay dalkaaga hooyo. Waxaa laga yaabaa in aan weli ku qasbanaado in aan sheego waddankaagii hooyo dib-u-soo-saarka wareysiga si akhristuhu uu u sameeyo sawirka macnaha guud ee sheekada. Faahfaahintaada

waxa aan ku kaydin doonaa usha xusuusta sirta ah ee lagu ilaaliyo oo meel fog laga xidhi doono.

Maxaa ku dhacaya xogtaada khaaska ah marka mashruuca cilmi-baadhistu dhamaado?

Sida qorshuhu yahay, mashruucu wuxuu dhamaanayaa soo gudbinta iyo ansixinta shahaadada masterka, taasoo noqon doonta, sida qorshuhu yahay, xagaaga 2024. Kadib dhamaadka mashruuca, macluumaadka, oo ay ku jiraan duubista codka ee waraysiga xogta gaarka ah, waa la tirtiri doonaa.

Maxaa nagu siinaya xaqaa aan uga baaraandegi karno xogtaada shakhsi ahaaneed?

Waxaanu ku socodsiiinaynaa macluumaadka adiga kugu saabsan iyadoo ku saleysan ogolaanshahaaga.

Anigoo ku hadlaya magaca Jaamacadda Oslo, Sikt - bixiyaha adeegga qaybta aqoonta ayaa qiimeeyay in habaynta xogta shakhsi ahaaneed ee mashruucan ay waafaqsan tahay xeerarka qarsoodiga.

Xuquuqdaada

Ilaa iyo inta lagugu aqoonsan karo agabka xogta, waxaad xaq u leedahay:

- Helitaanka macluumaadka aanu ka baaraandegno adiga, iyo in nala siiyo koobiga macluumaadka
- In la saxo macluumaadka adiga kugu saabsan oo khaldan ama marin-habaabin ah
- in la tirtiro xogta adiga kugu saabsan
- inaad u dirto cabasho ku saabsan hab-socodka xogtaada gaarka ah Hay'adda Ilaalinta Xogta Norway

Haddii aad hayso su'aalo ku saabsan daraasadda, ama aad rabto inaad wax badan ka ogaato ama aad isticmaasho xuquuqdaada, fadlan la xidhiidh:

- Jaamacadda Oslo oo ay diyaarisay Anette Bringedal Houge, PhD, Waaxda cilmi-baarista caafimaadka isku-dhafan. Taleefanka: 99224698/ Boostada: a.b.houge@medisin.uio.no
- Sarkaalkayaga ilaalinta xogta:

Haddii aad hayso su'aalo la xidhiidha qiimaynta lagu sameeyay adeegyada gaarka ah ee Sikt, waxaad kala xidhiidhi kartaa adiga:

- limayl: personvertjenester@sikt.no ama telefoon: 73 98 40 40.

Salaan wanaagsan

Anette Bringedal Houge
(Cilmi baaraha/kormeeraha)

Hani Cabdulqaadir
(Arday)

Ku dhawaaqida ogolaanshaha

Waxaan helay oo fahmay macluumaadka ku saabsan mashruuca [ciwaanka gelida], waxaana la i siiyay fursad aan ku weydiiyo su'aalo. Waan ogolahay:

- inaad ka qayb qaadato waraysiga

Waxaan ogolahay in xogtayda la habeeyo ilaa mashruuca la dhammeeyo

(Waxa saxeexay ka qaybgalayaasha mashruuca, taariikhda)

Vedlegg 2: Intervjuguide på norsk, engelsk og somali

INTERVJUGUIDE (Norsk)

Introduksjon

- Starte med å introdusere meg selv, hensikten med intervjuet, gå igjennom informasjonsskrivet
- Si litt om tema for samtalen – hvorfor dette er viktig kunnskap
- Forklare hva intervjuet skal brukes til og forklare taushetsplikt og anonymitet
- Informere om lydopptak, og sørge for samtykke til opptaket
- Spørre om noe er uklart eller om deltakeren har noen spørsmål
- Starte opptaket

Bakgrunn

- *Fortell meg litt om deg selv: alder, sivilstatus, nasjonalitet, lengde på opphold i Norge*
- *Hvordan kom du til Norge? Søkte du asyl? Hvis ja: når fikk du endelig avslag? Hvor lenge har du vært «papirløs»,*
- *Har du gått på skole her? Har du jobbet her i Norge? Jobber du fortsatt? /inntektsmuligheter, bostatus,*
- *Hvordan oppfatter du selv å være en som ikke har oppholdstillatelse? Hvordan definerer du dette begrepet? Hvor plasserer du deg i samfunnet?*

Helse:

- *Hva legger du i begrepene «helse», «god helse» / «dårlig helse»*
 - o *Hva mener du er viktig for å oppnå/opprettholde god helse?*
- *Hvilken tanker har du om egen helse? Psykisk/fysisk helse, vil du beskrive din helse som god/dårlig? Hvorfor?*
 - o *Oppfølgingsspørsmål: Pleier det å være slik? Når er det ikke slik? Hva gjør du da? Hvordan var det i hjemlandet?*

Rettigheter og tilgang til helsehjelp

- *Hva vet du, eller kan fortelle meg noe om hva du vet om dine rettigheter i Norge*
- *Kan du fortelle meg om hva du vet om dine helserettigheter?*
- *Hva vet du om din tilgang helsehjelp? Hvor kan du søke helsehjelp?*
- *Oppsøker du lege, tannlege eller andre helsetjenester når du trenger det? Hvor ofte? Evt hvorfor ikke? Utforske litt her overgangen fra å være for eksempel asylsøker til endelig avslag på asylsøknaden, endret det seg noe for deg her?*
- *Hvordan opplever du å bli møtt av helsevesenet?*
 - o *Språkproblemer? Diskriminering? Avvisning? Redsel for å bli meldt til myndighetene? Penger? Andre barrierer?*

Avslutning:

- *Har jeg forstått deg slik...?*

- Har du deltatt som deltaker til forsknings-, master, bachelorprosjekter tidligere?
 - o Hva er din motivasjon til å delta?

HAGAHA WAREYSIGA (Somali)

Hordhac

- Ka bilow inaad isbartid, ujeedada wareysiga, u gudub warqadda macluumaadka
- Wax yar ka dheh mawduuca wada hadalka - sababta ay tani u tahay aqoonta muhiimka ah
- Sharax waxa wareysiga loo isticmaali doono oo sharax sirta iyo qarsoodiga
- Ogeysii ku saabsan duubista maqalka, oo hubi ogolaanshaha duubista
- Weydii haddii ay wax aan caddayn ama haddii ka qaybqaataha uu qabo wax su'aalo ah
- Bilow duubista

Asalkii hore

- Weydii taariikhda: da'da, xaaladda guurka, dhalashada, gobolka degganaanshaha, muddada joogitaanka Norway

Waayo-aragnimada adeegyada daryeelka caafimaadka:

- Waydii waraystaha waayo aragnimada raadinta adeegyada caafimaadka sida soo galooti aan sharci lahayn
- Sahaminta noocyada adeegyada caafimaad ee ay raadsadeen (daryeelka degdega ah, daryeelka aasaasiga ah, caafimaadka dhimirka, iwm.)
- Weydii khibradooda helitaanka, helitaanka iyo tayada adeegyada caafimaad ee ay heleen.
- Weydii ilaha macluumaadka iyo hagitaannada ay isticmaaleen markii ay raadinayaan adeegyada caafimaadka

Caqabadaha iyo caqabadaha:

- Sahami caqabadaha iyo caqabadaha ay la kulmeen markii ay isku dayayeen inay helaan adeegyada daryeelka caafimaadka
- Weydii wixii caqabado af, dhaqan, dhaqaale ama sharci ah oo ay la kulmeen.
- Sidoo kale baadh caqabadaha ku xidhan cabsida aqoonsiga iyo cawaaqibka raadinta adeegyada caafimaadka

Dhaqanka caafimaad-raadiska:

- Weydii sida ay u gaadhaan go'aannada ku saabsan raadinta adeegyada daryeelka caafimaadka iyo waxyaabaha saameeya habka go'aan-qaadashada
- In ay baadho aqoonta ay u leeyihiin caafimaadka iyo awoodda ay u leeyihiin in ay qiimeeyaan dhibaatooyinka caafimaadka oo ay raadiyaan daawayn ku habboon
- Waydii isticmaalkooda adeegyo caafimaad oo kale ama is-daawaynta iyo sababaha tan.

La kulanka shaqaalaha daryeelka caafimaadka:

- Sahaminta waayo-aragnimadooda la kulanka xirfadlayaasha daryeelka caafimaadka
- Waydii khibradooda isgaadhsiinta iyo la dhexgalka xirfadlayaasha daryeelka caafimaadka, oo ay ku jiraan caqabadaha luqadda iyo kala duwanaanshaha dhaqameed
- Weydii khibrad kasta oo togan ama taban oo ay kala kulmeen shaqaalaha daryeelka caafimaadka

INTERVIEW GUIDE (Engelsk)

Introduction

- Start by introducing myself, the purpose of the interview, go through the information letter
- Say a little about the topic of the conversation - why this is important knowledge
- Explain what the interview will be used for and explain confidentiality and anonymity
- Inform about audio recording, and ensure consent to the recording
- Ask if something is unclear or if the participant has any questions
- Start the recording

Background

- Ask about background: age, marital status, nationality, state of residence, length of stay in Norway

Experiences with healthcare services:

- Ask the interviewee's experiences of seeking health services as an undocumented migrant
- Explore the types of health services they have sought (emergency care, primary care, mental health, etc.)
- Ask about their experience of availability, access and quality of the health services they have received.
- Ask about which sources of information and guidance they have used when seeking health services

Barriers and challenges:

- Explore what barriers and challenges they have encountered when trying to access healthcare services
- Ask about any linguistic, cultural, economic or legal barriers they have experienced.
- Also explore any barriers linked to fear of identification and consequences of seeking health services

Health-seeking behaviour:

- Ask about how they make decisions about seeking healthcare services and what factors influence their decision-making process
- Explore their knowledge of health and their ability to assess health problems and seek appropriate treatment
- Ask about their use of alternative health services or self-medication and the reasons for this.

Meeting with healthcare personnel:

- Explore their experiences with meetings with healthcare professionals

- Ask about their experience of communication and interaction with healthcare professionals, including language challenges and cultural differences
- Ask about any positive or negative experiences they have had with healthcare personnel

Vedlegg 3: Svar på søknad om godkjenning av masterprosjekt og veileder

UiO • **Det medisinske fakultet**
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Anette Bringedal Houge
Evt. Intern prosjektansvarlig: Christine R. Borge
Masterstudent: Hani Abdulkadir Mohamed

Dato: 13.06.2023

Kontaktperson: Christine R. Borge

Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder

Prosjekt: «Ulovlig og syk» - En kvalitativ studie om tilgang til helsetjenester og helsesøkende atferd blant papirløse migranter.

Vi viser til søknad datert 01.06.23 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av Masteroppgavekomiteen ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap 13 juni 2023.

Faglig vurdering

Prosjektet har til hensikt å redegjøre for hvilke helserettigheter papirløse migranter har og under hvilke vilkår og betingelser de gjelder, og hvilke helsetjenestetilbud som finnes. Videre å undersøke hvilke helserettigheter papirløse migranter opplever at de har, hvilke helsetjenester de opplever at de har tilgang til, hvordan de ivaretar helse og hva de gjør ved sykdom. Studenten har erfaring med å jobbe med papirløse immigranter. Et antall på 6-8 deltagere skal rekrutteres fra Helsesenteret for Papirløse migranter i Oslo og fra organisasjonen mennesker i Limbo. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og lagret via TSD. For å unngå bruk av tolk vil deltakere som behersker norsk, engelsk og somalisk inkluderes.

Prosjektet vurderes som helsefaglig relevant og gjennomførbart.

Forskningsetisk vurdering

Prosjektet skal legges frem for REK og Personvernombudet/NSD etter at det er godkjent av masterprogramkomiteen.

Prosjektet anses som forskningsetisk forsvarlig under forutsetning av at tilrådingene fra REK/NSD er innhentet.

Vedtak

Komiteen godkjenner igangsetting av prosjektet.

Det forutsettes at alle godkjenninger foreligger, derav også signatur på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjektet før prosjektet settes i gang (sendes til e-post: l.k.lovendahl@medisin.uio.no). Lykke til med prosjektet.

Med hilsen
Hilde Bondevik

Christine R. Borge

Avdelingsleder, professor

Leder masteroppgavekomiteen, Førsteamanuensis



Institutt for helse og samfunn
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald
Schjelderups hus, inngang 2

Telefon: 22 84 53 78
Telefaks: 22 84 53 83
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no/helsam
Org.nr.: 971 035 854

Vedlegg 4: Kvittering fra SIKT

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

14.08.2023, 09:47

[Meldeskjema](#) / [«Ulovlig og syk» - En kvalitativ studie om tilgang til helsetjenester o...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

242004

Vurderingstype

Standard

Dato

06.07.2023

Tittel

«Ulovlig og syk» - En kvalitativ studie om tilgang til helsetjenester og helsesøkende atferd blant papirløse migranter.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig

Anette Bringedal Houge

Student

Hani Abdulkadir Mohamed

Prosjektperiode

01.06.2023 - 15.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2024.

[Meldeskjema](#)**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

FREMLAGT FOR REK – IKKE SØKNADSPLIKTIG

Du har lagt prosjektet frem for REK. REK mener prosjektet ikke fremstår som helseforskning, og derfor ikke trenger godkjenning fra REK.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Utvalget er papirløse migranter i Norge.

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a).

Den registrerte gir sitt uttrykkelige samtykke til behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger. Dermed gjelder ikke forbudet i personvernforordningen art. 9 nr. 1, ettersom vilkår for unntaket i art. 9 nr. 2 a) er oppfylt.

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

14.08.2023, 09:47

Utvalget vil rekrutteres via tredjeperson fra Helsesenteret for Papirløse migranter i Oslo og fra organisasjonen Mennesker i Limbo. Rekrutteringen vil skje på en måte som ivaretar taushetsplikten, ved at prosjektet ikke vil få tilgang på personopplysninger før deltakere har samtykket til det, og på en måte som hensyntar maktrelasjonen mellom utvalget, som en svært sårbar gruppe, og de frivillige som vil bistå i rekrutteringen. Det må fremgå helt klart at deltakelse i prosjektet ikke vil ha betydning for spørsmålet om oppholdstillatelse, og at det ikke vil få noen negative konsekvenser å takke nei.

Masterstudenten jobber også som frivillig sykepleier ved Helsesenteret, men vil ikke være innblandet i rekrutteringen, og det kreves et klart skille mellom rollen som frivillig og rollen som forsker. Vi understreker at det vil kun være anledning til å bruke opplysninger innhentet via prosjektet, og ikke opplysninger som har tilflytt masterstudenten gjennom frivillig arbeid.

IKKE BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler personopplysninger:
som er sensitive, om sårbare registrerte

Ofte vil dette kreve en mer omfattende vurdering (DPIA). Vi mener det likevel ikke er så høy risiko for personvernet at dette prosjektet trenger en DPIA. Dette fordi:

Alle forskningsdeltakerne får informasjon
Alle forskningsdeltakerne samtykker
Rekrutteringen skal sikre reell frivillighet
Få personer har tilgang på personopplysningene
Prosjektet vil unngå bruk av tolk for å sikre unødig deling av opplysninger.
Transkripsjoner anonymiseres fortløpende
Prosjektet benytter TSD til sikker lagring av personopplysninger mens behandlingen pågår
Ved prosjektslutt skal kodenøkkel slettes, sammen med lydopptak og øvrige personopplysninger.
Ingen vil være gjenkjennbare i publisert materiale
Varigheten av behandlingen er kort
Prosjektet er vurdert som ikke fremleggingspliktig hos REK
Godkjent av masterprogramkomiteen ved UiO.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med.

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5: Kvittering fra REK



Region:	Saksbehandler:	E-post:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst A	Elin Evju Sagbakken	rek-sorost@medisin.uio.no	22845502	26.06.2023	641945

Anette Bringedal Houge

Fremleggingsvurdering: Ulovlig og syk – en kvalitativ studie om tilgang til helsetjenester og helsesøkende adferd blant papirløse migranter

Søknadsnummer: 641945

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Hensikten med dette prosjektet er todelt: jeg skal først redegjøre for hvilke helserettigheter papirløse migranter faktisk har og under hvilke vilkår og betingelser de gjelder, og hvilke helsetjenestetilbud som finnes. Derneft skal jeg undersøke hvilke helserettigheter papirløse migranter opplever at de har, hvilke helsetjenester de opplever at de har tilgang til, hvordan de ivaretar egen helse og hva de gjør ved sykdom. Prosjektet undersøker hvilke hjelpesøkende atferder papirløse migranter bruker. Med helsesøkende atferd menes hvilke beslutninger og handlinger som deltakerne tar i bruk når det gjelder å søke helsehjelp, hvordan tilgjengeligheten oppleves og hvilke kulturelle faktorer, sosiale nettverk og individuelle oppfatninger som spiller inn. Gjennom intervjuer med papirløse migranter vil prosjektet gi innsikt i barrierer og utfordringer som kan påvirke tilgang til nødvendig helsehjelp, og mulighetene informantene benytter seg av i og utenfor det offentlige helsetilbudet.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 20.06.2023. Henvendelsen er behandlet av leder i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst A på fullmakt.

REKs vurdering

Slik prosjektet og dets formål vurderes, basert på de opplysninger som fremkommer av framleggingsvurderingen er hensikten med prosjektet todelt:

- Først redegjøre for hvilke helserettigheter papirløse migranter faktisk har og under hvilke vilkår og betingelser de gjelder, og hvilke helsetjenestetilbud som finnes.
- Derneft undersøke hvilke helserettigheter papirløse migranter opplever at de har, hvilke helsetjenester de opplever at de har tilgang til, hvordan de ivaretar egen helse og hva de gjør ved sykdom.

Prosjektet er basert på dybdeintervjuer som tar 1,5-2 timer.

Prosjektledere har lagt ved prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og en intervjuguide.

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven da det er fokus på papirløse migranternes tilgang til helsetjenester. Basert på vedlagte intervjuguide er det heller ingen spørsmål om helse, kun om hvordan

de opplever tilgang til helsetjenester.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Konklusjon

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli tatt et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <https://rekportalen.no>. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Kristian Bjørø
Professor dr. med.
Leder REK sør-øst A

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver, REK sør-øst A

Kopi til:
Universitetet i Oslo

Vedlegg 6: Tabell i oppgaven – tabell 1

FIKTIV NAVN	KJØNN	Ca. ALDER	VERDENDEL	OPPHOLD I NORGE
ALI	Mann	50-60 år	Midtøsten	15-20 år
MARIAM	Kvinne	50-60 år	Afrika	10-15 år
SAHRA	Kvinne	20-30 år	Afrika	5-10 år
AHMED	Mann	30-40 år	Midtøsten	10-20 år
ESROME	Mann	30-40 år	Afrika	15-20 år
AISHA	Kvinne	40-50 år	Afrika	10-15 år
FATIMA	Kvinne	40-50 år	Afrika	10-15 år
OMAR	Mann	20-30 år	Midtøsten	5-10 år