

# Illegale ved sin blotte eksistens

## Om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester.

### En systematisk litteraturstudie

Trine Myhrvold, R.N., M.A., 1. lektor

ILLEGAL IN ONE'S OWN BARE BODY – ON UNDOCUMENTED MIGRANTS' STATE OF HEALTH AND NEED OF HEALTH CARE. A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

#### ABSTRACT

**Background:** Undocumented migrants may find themselves to be extraordinary vulnerable to health problems because of political, economic and social marginalization, language barriers and cultural constraints, fear of police and migration authorities, lack of psychological and social support, losses and discrimination. However our knowledge both nationally and internationally is limited.

**Aim:** The purpose is to gather insight in undocumented migrants' state of health, their need of health care and significant gaps in existing knowledge.

**Method:** A systematic literature review in the databases Cinahl, Medline, PubMed and SveMed.

**Results:** There is a huge protection gap between undocumented migrants' need of health care and access to health care. Restricted access may also be one major factor to the existing gaps in knowledge. Public health, reproductive health and their living difficulties as undocumented migrants have to some extent been studied so far. Less is known of mental health, chronic illness and state of health to the children as well as to elderly people.

**Conclusion:** There is a need to strengthen the efforts to make the ordinary system of health care work to including undocumented migrants, to protect charity – based health – centres, and to increase research and development to contribute to undocumented migrants' access to adequate health care.

**KEYWORDS:** Undocumented migrants, literature review, public health, reproductive health, professional and ethical implications

#### Bakgrunn

Utgangspunktet for denne litteraturstudien er flere rapporter som er samstemte i at papirløse migranter opplever et betydelig misforhold mellom behov for helsetjenester og tilgang til helsetjenester, og at de ulike hindrene for tilgang til helsetjenester i vesentlig grad er knyttet til deres status som illegale (4, 16, 18, 29, 30, 32, 59). Dette kan relateres til betalingssystemer i helsetjenesten og krav til identifikasjon, uklare retningslinjer for hva som kan defineres som nødvendig helsehjelp, diskriminering og språkproblemer, mangelfulle kunnskaper om menneskerettigheter blant helsepersonell, og papirløse migranternes frykt for politi og innvandringsmyndigheter. Faglige og etiske utfordringer og implikasjoner vil derfor diskuteres kort avslutningsvis i artikkelen.

#### Metode

Et første litteratursøk ble gjennomført i oktober - 2008 i databasene Medline og Cinahl, og gav 61 resultater på søkeordene undocumented + migrants + health. Ulike søkeord som illegal, nurs\*, access\* og healthcare\* gav ingen ytterligere resultater. I mai - 2009 gjorde jeg et nytt systematisk søk med de samme søkeordene og inkluderte også databasene PubMed og SveMed. Et siste søk i databasene Medline, Cinahl, PubMed og SveMed med søkeordene undocumented + migrants + health ble gjentatt i februar - 2010. En økning på ca. 30 % i resultater i Medline fra oktober - 2008 til mai - 2009 kunne bære bud om at oppmerksomheten og kunnskapen om papirløse migranternes helse øker, men det var ingen tilsvarende økning frem til februar - 2010.

Totalt ble 96 artikler funnet. Alle tilgjengelige abstrakter ble lest og vurdert i henhold til studiens hensikt, og jeg har lest 45 artikler. Eksklusjonskriteriene var temaer diskutert i tre eller færre artikler, studier mer enn 10 år gamle og på andre språk enn de skandinaviske og engelsk.

#### Inklusjonsvurderinger

Jeg tilstrebet en åpen tilnærming begrunnet i de relativt sett få artiklene om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. Gjennom analysen av artiklene ble tre områder for helse identifisert som tilstrekkelig undersøkt til å diskuteres her. Disse var folkehelse med vekt på smittsomme sykdommer og levekår, reproduktiv helse og det som her betegnes som hva som kjennetegner tilværelsen som papirløs migrant. Mangel på tilgang til helsetjenester og juridiske og etiske utfordringer og implikasjoner diskuteres i alle tilgjengelige publikasjoner om papirløse migranter, uavhengig av fokus for øvrig. Disse forholdene er derfor vektlagt her. Jeg har inkludert 30 artikler.

#### Begrensninger

Studiene representerer et mangfold av metodiske tilnærminger med vekt på både kvantitativ evidens og kvalitative innsikter og perspektiver. Bruk av egenrapportering er ganske omfattende også knyttet til for eksempel sult, hiv-aids og seksuelt overførbare sykdommer (SOS). Her anbefales å supplere med for eksempel høyde, vekt og screening. Disse forholdene begrenser mulighetene til sammenlikninger og til å trekke konklusjoner. Noen tendenser kan likevel leses av de aktuelle studiene, og de vil presenteres her.

#### Introduksjon

Flyktninger som massefenomen kan defineres som et av de store uløste politiske problemene i vår tid (47, 48). Det kan også se ut til at det er økt spenning mellom restriktive instanser med fokus på nasjonalstatens sikkerhet og suverenitet og ulike hjelpeinstansers arbeid for tilgang til helsetjenester og beskyttelse av universelle menneskerettigheter, herunder beskyttelse av asylinstituttet. Alle land i den vestlige verden har imidlertid undertegnet flyktningkonvensjonen (51), unntatt USA. Men av de 3 prosent av verdens befolkning som ikke lever i fødelandet lever 1 av 5 i USA (56). Økonomiske flyktninger beskyttes ikke av asylinstituttet.

Ulike betegnelser på papirløse migranter reflekterer dette problem-

komplekset. Papirløse migranter omtales som illegale, irregulære, underground people, persona non grata og paria. Betegnelsene på tilværelsen som papirløs som diaspora (42) og som ikke-medborgerskap og anti-borgerskap (29) reflekterer også den vanskelige situasjonen de er i, og dilemmaer knyttet til ulike instansers forhold til dem. I svært mange land kriminaliseres ulovlig/irregulært opphold i seg selv (55). Papirløse migranter kan derfor sies å representere «bare life», «det nakne livet», ulovlige ved sin blotte eksistens (29, 47).

Papirløse migranter er ingen homogen gruppe. Betegnelsen papirløse migranter inkluderer dem som ikke har papirer ved ankomst, ikke har meldt seg ved ankomst, har gått under jorden etter avslag på søknad om asyl eller andre «overstayers», og mennesker som er trafikerte. Papirløse migranter forstås i denne artikkelen som «migrants without a residence permit authorizing them to regularly stay in the country of destination» (21).

Det finnes ingen sikre tall på antall papirløse verken internasjonalt eller nasjonalt i dag. På verdensbasis er det anslått 30 millioner papirløse migranter, hvorav 5–8 millioner papirløse antas å leve i Europa (ibid). I Norge er antall papirløse migranter beregnet til 18 196 per 010106 (18).

### Folkehelse

Folkehelse er omfattende og retter seg bl.a. mot å identifisere helseproblemer i ulike grupper og å prioritere forebyggende, helsefremmende og behandlende tiltak. Betydningen sosial ulikhet har for helse er grunnleggende i forståelsen av folkehelse. Smittsomme sykdommer er et vesentlig anliggende.

### Smittsomme sykdommer

Globalt representerer infeksjonssykdommene tuberkulose og hiv (humant immunsvikt virus) som gir aids (acquired immune deficiency syndrom) hver for seg og sammen betydelige utfordringer både når det gjelder tilgang på undersøkelse, behandling og sykepleie, og som trusler mot folkehelsen. I følge Verdens Helseorganisasjon (50) er tuberkulose en vesentlig årsak til at mennesker med hiv-aids dør og hiv-smitte øker risikoen for tuberkulose.

Papirløse migranter er på bakgrunn av manglende tilgang på helse-tjenester en gruppe det er vanskelig å nå i arbeidet med undersøkelse og behandling av bl.a. tuberkulose. Dette kommer frem i Heldals og hans kollegers studie (6) av forekomsten av tuberkulose blant papirløse migranter. Tilgangen på data varierer, og studien baserer seg både på estimater og tilgjengelige studier i enkeltland. I land med kunnskap om situasjonen ble det rapportert at 5–10 prosent av tuberkuloseforekomsten var funnet blant de papirløse. Heldal og hans kolleger (6) antar at forekomsten kan være høyere enn estimatene indikerer. En ganske omfattende studie i Italia (46) synes å støtte oppunder en slik antagelse i det forekomsten av latent tuberkulose var på 40 prosent.

Forekomsten av tuberkulose og hiv-aids varierer fra land til land og fra gruppe til gruppe. Forekomsten av tuberkulose og hiv-aids i opprinnelseslandet, hvor nylig den enkelte har kommet til sitt nye land og levekårene er viktige faktorer for forekomsten av tuberkulose i ulike grupper migranter (1, 2, 6, 44, 46). I Weiss' med fleres studie (44) er forekomsten av tuberkulose høyere blant andre grupper migranter enn papirløse, men her er antallet papirløse migranter inkludert i studien lavt og resultatene kan mest sannsynlig forklares med opprinnelseslandet. I Wollfs og hans kollegers studie (1) ser kombinasjonen av latinamerikansk bakgrunn og papirløshet ut til å gi en økt risiko sammenliknet med en kontrollgruppe med legal status og uten latinamerikansk opprinnelse.

Dårlige boligforhold og arbeidsforhold samt redusert tilgang på både undersøkelse og behandling er de viktigste forholdene for økt risiko for tuberkulosesmitte. Videre øker risikoen for å utvikle sykdom hvis man er smittet ved mangelfull ernæring og stressfulle leveforhold. Den relativt høyere forekomsten av tuberkulose blant ulike grupper migranter i nordøst – London relateres av Collinson og Ward (2) til ekstraordinært vanskelige levekår og mangelfull tilgang på helsetjenester.

Läkare i Världen (4) oppgir at sult eller utilstrekkelig tilgang på mat rapporteres av flere papirløse migranter enn det å ha levd i et krigsher-

jet land eller å ha vært utsatt for fysisk vold i vertslandet. En usikker matsituasjon og, mer alvorlig, sult, defineres av Hadley og hans kolleger som «uncertain access at all times to culturally appropriate foods» (11) som fant at 28 prosent av informantene sultet i denne studien blant papirløse i USA. Dårligere fysisk og psykisk helse relateres her dels til mangelfull ernæring, dels til anstrengt økonomi forklart bl.a. med en uforutsigbar og usikker arbeidssituasjon og dels til begrenset tilgang på offentlige tjenester.

Det er behov for undersøkelse og behandling av tuberkulose blant papirløse migranter (1, 2, 6, 8, 44, 46). International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (54) anbefaler at alle immigranter har tilgang til undersøkelse og behandling av tuberkulose uten økonomiske eller andre omkostninger (6, 54), og at helsemyndighetene i alle land bidrar til å sikre helsepersonells taushetsplikt. Wolff og hans kolleger (1) understreker imidlertid betydningen av å ikke begrense undersøkelse og evt. behandling av tuberkulose til ankomst til vertslandet, dels fordi risiko for reaktivering av tuberkulose er tilstede i denne befolkningsgruppen og dels fordi hjemmesøk til opprinnelseslandene gir økt risiko for smitte, særlig til land med høy forekomst av tuberkulose.

Måltrettede tiltak mot utsatte grupper er også viktig i arbeidet mot hiv-aids. Kissinger og hennes kolleger (7) har studert risikoatferd blant papirløse arbeidssøkende menn i New Orleans, USA, etter Katrina – katastrofen som i denne perioden representerte en unntakstilstand i seg selv. De fleste mennene inkludert i studien (165 av 180 var papirløse) var der uten ektefelle og barn selv om nesten 2/3 var gift og mer enn 2/3 hadde barn.

Av disse rapporterte mange om et høyt alkoholforbruk. Mange opplyste også at de hadde sex med høyrisiko-partnere, og av de vel halvparten som kjøpte seksuelle tjenester opplyste bare 45 prosent at de brukte kondom. Mennene ble ikke testet for hiv, men 10 prosent rapporterte at de var hiv-smittet. En relativt høy andel (nesten 1 av 5) rapporterte også symptomer på andre SOS som de ble testet for. Her var samsvaret mellom egenrapporteringen og tester liten, noe som kan forklares med at de er bevisst sin risikoatferd og av den grunn brakte med seg aktuelle medikamenter.

I lys av kunnskapen om økt risiko for hiv-aids og andre SOS for personer som selger og kjøper seksuelle tjenester er rapporten om fysisk og psykisk helse hos trafikerte kvinner og ungdom i Europa (30) egnet til å vekke bekymring. Nesten halvparten av informantene rapporterer at de har blitt behandlet for SOS, videre er bruk av kondom ikke konsekvent og bare 37 prosent oppgir at de bruker kondom alltid. Som vi skal se i neste kapittel ser det ut til at tilgangen på prevensjonsmidler er dårlig for papirløse migranter. Å øke denne, og spesielt sikre tilgang på kondomer, er derfor et viktig folkehelseanliggende i arbeidet mot hiv-aids.

For dem som blir rammet medfører hiv-aids fortsatt sosiale problemer i form av stigmatisering i store deler av verden. Det kan medføre ekskludering fra arbeidslivet, noe som igjen medfører betydelige økonomiske problemer (14, 25). Studien til Saether og hans kolleger (25) av tilgang på helsetjenester til ulike grupper migranter i Thailand identifiserer meget anstrengt personlig økonomi, frykt for stigmatisering og frykt for å miste arbeidet hvis deres hiv-status blir kjent som vesentlige hindre for tilgang til antiretroviral behandling for hiv-smittede. Det er mulig at frykt for stigmatisering også kan ha betydning for at ikke helsetjenester oppsøkes.

### Levekår

USA har hatt og har en betydelig skjult migrasjon over grensen mellom Mexico og Texas. Mange papirløse migranter har dels tunge, dels farlige og dels meget dårlig betalte jobber i industri eller jordbruk og det sosiale sikkerhetsnettet og helsehjelpen er mangelfull. Holmes (28) knytter en systematisk ulikhet i helsestatus til arbeidsforhold og boligforhold i USA og Mexico. Den hierarkiske oppbygningen av helse og levekår fra best til verst følger etniske skillelinjer og spørsmålet om statsborgerskap/lovlig opphold.

Manglende rettigheter er også knyttet til utnyttelse i et svart arbeidsmarked i Europa (2, 4, 29, 32, 41, 59). Informantene i studien til Collinson og Ward (2) oppsøkte helsetjenester i hovedsak av tre

grunner; alkoholforgiftning, overfall (ofte i forbindelse med rus) og skader i forbindelse med arbeidsulykker. Tilværelsen ble for mange av informantene ytterligere komplisert av at de var hjemløse, var tidligere straffedømte eller hadde psykiske lidelser.

Dårlige arbeidsvilkår gir grunn til bekymring fordi risikoen for arbeidsulykker øker (43) og fordi arbeidsrelatert sykdom øker (36). Både akutte fallskader, brannskader og knusningsskader, samt kroniske belastningslidelser og kroniske smerter, er aktuelle arbeidsrelaterte helseproblemer for denne gruppen. Dette forverres av redusert tilgang på helsetjenester og kan få konsekvenser for fremtidig arbeidsevne (4, 43).

Tilgang til informasjon på et språk man forstår og overskudd til å anvende sikkerhetsutstyr på utsatte arbeidsplasser er derfor viktig for papirløse migranter. Men informasjon alene er ikke nødvendigvis nok til avgjørende atferdsendring, men den enkeltes opplevelse av kontroll over sin situasjon (36). I denne og andre studier utført utenfor Europa, er dessuten informantene gjennomgående ganske unge, opplever språkbarrierer og har lite utdanning (11, 36, 43), forhold av betydning for å gjøre seg nytte av informasjon og ulike tiltak, herunder helsetjenester.

Også studier av reproduktiv helse dokumenterer dårlige levekår og arbeidsforhold. Nivået på utdanning varierer. Det er gjennomgående relativt lavt i studier fra USA (37, 45) mens det er gjennomgående høyt i studier fra Europa (12, 13, 35). Flere studier dokumenterer dårlige levekår og arbeidsforhold uavhengig av utdanningsnivå (12, 13, 35, 37). Sosial ulikhet i helse synes i særlig grad å være relatert til alder, utdanningsnivå og frykt samt til mangel på betalingsevne for nødvendig medisinsk behandling for papirløse migranter (4, 21, 22, 25, 32).

### Reproduktiv helse

Reproduktiv helse inkluderer seksualitet, graviditet, fødsel, abort, prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer, kreft og infertilitet (57). Internasjonalt er det imidlertid fortsatt få tilgjengelige studier om papirløse migranternes reproduktive helse, og mange forhold er ikke undersøkt.

#### *Seksualitet, svangerskapsomsorg og fødselsomsorg*

Kvinnenes reproduktive helse er et anliggende i (nesten alle) studiene om papirløse migranternes reproduktive helse. Mannens reproduktive helse er mindre vektlagt. Bekymringer fra helsepersonell om mangelfull tilgang på svangerskapsomsorg for papirløse kvinner er tuftet på kvinnenes og barnas sårbarhet (10, 57).

Studier av og erfaringer med hvilke behov for helsehjelp papirløse migranter har ser ut til å bekrefte at papirløse kvinners behov for omsorg i tilknytning til seksualitet, svangerskap og fødsel representerer en utfordring (4, 5, 10, 32). Erfaringer fra Läkare Utan Gränser (32) viser at 63 prosent av dem som oppsøkte helsesenteret var kvinner, av dem hadde 28 prosent gynekologiske problemer og 12 prosent var gravide og uten tilgang til svangerskapsomsorg. Castanedas studie på et helsesenter for migranter i Tyskland (5) viste at kvinner med behov for omsorg i tilknytning til svangerskap og fødsel representerte en betydelig og økende del av pasientene på senteret.

Videre viser studier av gravide papirløse kvinner et høyere antall uplanlagte graviditeter (12, 35, 45), begrenset eller utsatt svangerskapskontroll (10, 12, 35, 37, 45) samt høyere forekomst av genital Chlamydia trachomatis infeksjon (13) sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen(e). Mangel på prevensjonsmidler er hovedårsaken til uplanlagt graviditet (12, 13, 35). I den omfattende retrospektive studien til Reed og hennes kolleger i USA (37) fremkommer det også at gravide papirløse kvinner i mindre grad enn majoritetsbefolkningen røkte og drakk alkohol under svangerskapet, noe som kan forklare lavere antall av barn med lav fødselsvekt og for tidlig fødte. Til tross for dette oppnådde de gravide i mindre grad ønsket vektøkning og hadde høyere grad av anemi.

#### *Kjønn, identitet og familie*

Mennenes forsørgeransvar er et viktig forhold av betydning for reproduktiv helse fordi reproduktiv helse reflekteres i synet på kjønn, sek-

sualitet, identitet og familie, og varierer med kulturell og religiøs tilknytning i større grad enn mange andre helseområder gjør (57). I en situasjon hvor mannen har hele forsørgeransvaret kan dette bli en byrde særlig med tanke på den utnyttelsen papirløse migranter risikerer i et svart arbeidsmarked. Og selv om mange personer i husholdningen er et sosialt gode, kan det gi grunnlag for betydelige økonomiske bekymringer. I Scarincis og hennes kollegers studie (45) fra USA kjennetegnes livssituasjonen av at flesteparten bor med ektefelle (omtrent halvparten) eller nære andre, og av mange personer i husholdningen. Et vesentlig funn er også at de papirløse kvinnene lever på eller under fattigdomsgrensen og at 90 (av 97) av kvinnene var hjemmeværende.

I tillegg kan mennene oppleve mistenkeligjøring hvis de mister arbeidet. I Walters og hans kollegers studie (43) opplevde enkelte papirløse migranter mistanke om for eksempel alkoholmisbruk fra dem hjemme når det ble mindre muligheter til å sende penger hjem ved redusert eller tapt arbeidsevne. Å mislykkes er en belastning i seg selv (38), men kan også representere en tilleggsbyrde fordi de økonomiske forpliktelser overfor dem i hjemlandet er sterke (11, 25, 43). I Hadleys og hans kollegers studie av sult (11) sendte 85 prosent penger til familie eller venner i hjemlandet, og av denne gruppen rapporterte flere om sult enn blant dem som ikke sendte penger.

På den annen side kan kvinnenes avhengighet gjøre dem sårbare med hensyn til risiko for smitte, og med hensyn til vold og utnyttelse (12, 30, 45). Økonomisk avhengighet av en mann, som i denne sammenheng må sies å leve svært utsatt selv, vil kunne øke en slik risiko. For kvinner som er prisgitt andre kan det se ut til at kunnskap om hvilke muligheter som finnes av helsehjelp er en utfordring (45), og at denne kan henge sammen med utdanningsnivå og alder. Forholdene forsterkes med statusen som illegal og med den frykten for å bli anmeldt til migrasjonsmyndigheter eller politi. Å være uten arbeid (45) eller å arbeide i private hjem (3) ekskluderer dessuten kvinner fra helseforsikringer knyttet til formelle arbeidsforhold, noe også svart arbeid gjør i bygg og anlegg, industri og jordbruk (2). Goldade (3) fremhever i sin diskusjon av kjønn at mannen skammer seg fordi han har bedre rettigheter enn sin kone gjennom arbeidsrelatert forsikring, og at dette elementet faktisk også medfører at han selv ikke bruker sine egne rettigheter.

Castaneda (5) knytter diskusjonen om kjønn og ansvar til det faktum at barn født i Tyskland ikke automatisk har rett til statsborgerskap. Med utgangspunkt i problemstillinger som følger av illegal status, ble Castaneda kjent med det fenomenet hun omtaler som «fast food fathers». Farskapsklæring fra en tysk mann gir barnet automatisk tysk statsborgerskap, og kvinnen økte muligheter for oppholdstillatelse. En farskapsklæring som legaliserer barnets status, og øker morens muligheter til selv å få lovlig opphold, har altså skapt et marked for farskap.

### Tilværelsen som papirløs

Så langt vi har kunnskap er misforholdet mellom behovet for helsetjenester og tilgangen til helsetjenester for papirløse migranter meget stort.

#### *Psykososiale problemstillinger*

Statusen ulovlig, frykt, stor usikkerhet, mangel på psykisk støtte og sosialt nettverk, diskriminering eller opplevd vold og (ny)rasisme er tilleggsfunn i mange studier diskutert her og viktige momenter i diskusjonen av papirløse migranternes helse og livsbetingelser (17, 34, 38, 41, 59). I og med at papirløse migranter risikerer å oppleve så mange av disse forholdene samtidig er det rimelig å anta at deres psykiske helse vil være truet, noe som bekrefte i rapportene om papirløse migranternes livssituasjon (4, 21, 22, 29, 30, 32). Frykten ser først og fremst ut til å være knyttet til risikoen for å bli oppdaget, og er et så vesentlig element i papirløses tilværelse (8, 42) at selve papirløsheten kan være en risikofaktor for psykiske lidelser.

Zimmerman og hennes kolleger (30) dokumenterer at deres informanter i stor grad hadde vært utsatt for multiple traumer. Mange hadde både forut og i traficking - situasjonen opplevd seksuelt misbruk, vold og trusler mot nære andre. Dette øker risikoen for psy-

kiske lidelser som for eksempel posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSF). 56 prosent av informantene hadde symptomer forenlig med PTSD ved første kartlegging, avtagende og redusert til 6 prosent ved den siste. Omfanget av depresjon, angst og fiendtlighet fulgte samme mønster. En trygg tilværelse ser ut til å være avgjørende for reduksjonen av psykiske lidelser i denne studien, men det er vanskelig å vurdere hvorvidt tilgang på behandling uten at tilværelsen i sin helhet oppleves tryggere vil ha samme positive resultater. Dette er en aktuell problemstilling spesielt hvis de psykiske problemene og lidelsene primært er knyttet til tilværelsen som papirløs og ikke for eksempel opplevelser før og under flukt/migrasjon/trafikking.

Historier om overgrep og konsekvenser av overgrep for psykisk helse bekreftes av erfaringer fra Rosengrenska stiftelsen for papirløse migranter i Sverige hvor det ser ut til at papirløse migranter har økt risiko for overgrep (19). Det er alvorlig fordi papirløse ofre for overgrep ikke oppsøker politi og ofte mangler alternative nettverk, noe som øker risikoen for depresjon, angst og søvnproblemer (4, 19, 32).

Men disse forholdene er vanskelige å skille fra hverandre. I flere studier der det har blitt stilt et åpent spørsmål om hva som er den største vanskeligheten i livet, er illegal status fremhevet som en av de største (9, 12, 35, 36).

#### *Tap av livssammenhenger*

Psykiske problemer og lidelser kan også knyttes til mange og samtidige tap av de forholdene som utgjør menneskets livsverden (49); nære andre, arbeid, historie, kultur, natur, livssyn/religion og en naturlig eller selvfølgelig plass i det samfunnet man lever i (31, 34). Hver livssammenheng har betydning i seg selv, i tillegg til å berike de andre. Tap av en eller flere livssammenhenger kan derfor true de gjenværende. Mest alvorlig synes å være atskillelse fra egne barn (4, 35, 42). Halvparten av dem som hadde barn fra før hadde forlatt minst et barn i opprinnelseslandet i følge Wolffs og hans kollegers studie (35).

Manglende sosial støtte kommer frem bl.a. gjennom et høyt antall single gravide; ca 70 prosent (12, 13, 35), og i en av disse studiene (12) var nesten halvparten uten andre familiemedlemmer i samme by og de var mer utsatt for vold under graviditeten sammenliknet med kvinner i kontrollgruppen. Marginal økonomi og manglende sosial støtte kommer også frem i Castanedas (5) studie av papirløse kvinner.

Diskriminering og strukturell (ny)rasisme representerer viktige dimensjoner for denne gruppens opplevelse av tap av livssammenhenger. Språkproblemer og kulturforskjeller gjør tilpasningsprosessen i vertslandet vanskelig (28, 29, 39, 40, 42).

#### **Mangel på kunnskap**

Områdene som i noen grad er studert kan ikke representere noe fullstendig bilde av papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. Resultatene av denne litteraturstudien forteller først og fremst at vi har få erfaringer og relativt liten kunnskap om denne gruppens særegne behov. Andre forhold vedrørende papirløse migranternes helse enn de som reflekteres i denne litteraturstudien kan være like viktige.

Dette er kroniske sykdommer som for eksempel diabetes og epilepsi og kroniske lidelser som for eksempel belastningslidelser, noe mange grupper papirløse migranter risikerer. Derfor bør også eldre vies mer oppmerksomhet fordi de har levd med mangelfulle helsetjenester over tid. Barna, ofte kalt medmigranter, enten de fødes i skjul eller har migrert sammen med foreldre eller andre voksne, bør også vies særskilt oppmerksomhet. Barns behov blir i mange sammenhenger, også utover denne, et slags bekymringsvedheng til de voksnes situasjon. Barn har behov for tilhørighet i stabile relasjoner, trygge lekeplasser med rom for utfoldelse, tilgang på vaksinasjonsprogrammer, tilgang på helsehjelp ved sykdom/skade og tilgang på skolegang, for å nevne noe.

Kartlegging av sosiodemografiske data er mangelfull i flere sentrale studier inkludert her. Slike opplysninger er viktige fordi mulighetene til å få denne gruppen i tale er ganske liten, fordi behovet for helsetjenester er stort og fordi tilgangen til helsetjenester er begrenset, noe som gjør det særlig viktig at de tilbudene som finnes tilpasses gruppens nyanserte behov så godt som mulig.

Flyktninger er utsatt for traumatiske opplevelser før flukten, under flukten og i asylsøkerprosessen og tilpasningsprosessen i vertslandet (17, 29, 39, 40). Traumatiske opplevelser i vertslandet er dels assosiert med en betydelig usikker livssituasjon, lengden på opphold i asylmottak (15, 26) og med internering (27, 39, 40). Disse forholdene sammen med papirløse migranternes vanskelige livssituasjon bør etter mitt skjønn medføre at vi gir økt oppmerksomhet til papirløse migranternes psykiske helse.

#### **Faglige og etiske utfordringer og implikasjoner**

Studiene inkludert her representerer ulike land i ulike deler av verden med forskjellige kulturer og med ulik organisering av helsetjenestene. Sosial ulikhet i helse er et folkehelseanliggende og representerer som vi har sett en betydelig utfordring. Ulike land har ulike utfordringer i arbeidet med å gi papirløse migranter adekvate helsetjenester også når det gjelder økonomiske hindre for tilgang til helsetjenester for papirløse migranter. Mangel på forsikringer er ett vesentlig hinder for hjelp (2, 4, 25, 28, 43, 45). Men økonomiske hindre er ikke et problem begrenset til USA eller den tredje verden. Sverige er, sammen med Østerrike, det landet som kommer dårligst ut i Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUMs) rapport om papirløse migranternes tilgang på helsetjenester (21). Mangel på tilgang til helsetjenester i disse og flere andre land forklares med svært høye priser for helsetjenester for dem uten gyldige papirer (4, 21, 29, 32). Andre forhold av betydning er uklare retningslinjer for hva som betegnes som nødvendig helsehjelp og mangel på tilgang til helsehjelp utover akutt hjelp. Både internering og mangelfulle helsetjenester ser ut til å vurderes som tiltak for å redusere antallet asylsøkere av redsel for «helseturisme» (22, 27). Det er så langt vi vet ikke grunnlag for en slik antagelse (4).

Det ser altså ikke ut til at tilgangen til helsetjenester for papirløse migranter er avhengig av de ulike landenes nasjonaløkonomi slik man kanskje kunne tro. En mulig forklaring kan knyttes til hvorvidt papirløse migranter primært assosieres med flyktning - og asylpolitikken slik vi gjør i Norden, eller med arbeidsinnvandring noe som i større grad er vanlig i USA og Sør-Europa. En annen forklaring kan knyttes til at de nordiske landene er relativt små og gjennomsiktige, noe som kan gjøre utvikling av alternative helsetjenester vanskelig. I Norge åpnet det første helsesenteret for papirløse migranter først høsten 2009 i regi av Kirkens Bymisjon og Røde Kors, mens Sverige har hatt tilbud fra 1995 (19, 20, 32, 59).

I en sammenliknende studie av tilgang til helsetjenester for asylsøkere assosierer Norredam og hennes kolleger (33) kartlegging av asylsøkeres helse til to overordnede hensikter; den ene knyttes til asylsøkerens velbefinnende, den andre til vertslandets befolknings velbefinnende. Kartlegging av asylsøkeres psykiske helse assosieres med hensynet til asylsøkeren selv, og den er mangelfull (23, 33). Undersøkelse og behandling for tuberkulose assosieres med hensynet til befolkningen for øvrig, og her er tilgangen betydelig bedre. Disse hensynene er etter mitt skjønn like viktige og må ikke settes opp mot hverandre. Alvorlige smittsomme sykdommer er en trussel mot folkehelsen.

I Danmark er Utlændingestyrelsen ansvarlig for helsetjenester for dem uten lovlig opphold (24). Rett til helsehjelp gjelder imidlertid bare hvis adressen til den enkelte papirløse migrant gjøres kjent og med et samtidig krav om å formidle adressen til politiet. Videre er tilgangen på helsetjenester begrenset til akutt hjelp.

I ulike land er også helsetjenester til papirløse migranter truet fordi ulike nasjonale lover kriminaliserer de papirløse selv og/eller dem som hjelper dem. European Migration Networks spørreundersøkelse (55) om hvorvidt nasjonal lovgivning kriminaliserte papirløse, og i tilfelle ja til hva slags lovgivning kriminaliseringen var tilknyttet, viser at mange land kriminaliserer papirløshet. Kriminaliseringen er begrunnet i ulike, og viktige, lover knyttet til bl.a. nasjonalstatens sikkerhet, arbeidstageres sikkerhet og trafikking. Kriminaliseringen av papirløshet i seg selv medfører like fullt tap av «retten til å ha rettigheter», noe som reduserer dem til «bare life» (29, 47).

I Tyskland kriminaliseres assistanse til papirløse, også dem som gir helsehjelp og særlig hvis hjelpen ikke kan defineres som akutt hjelp, gjennom The Residence Act (5, 21, 55). Straffen er bøter eller fengsel

inntil fem år. Castaneda (5) kjenner ikke til saker der helsepersonell har blitt straffet, men understreker at loven har medført mange utvisninger.

Ulike nasjonale lover knyttet til migrasjon, arbeid og sikkerhet er på kollisjonskurs med universelle menneskerettigheter, og med yrkesetiske retningslinjer. Dette medfører frykt og usikkerhet blant papirløse og blant helsepersonell, og kan være en medvirkende faktor til at helsepersonell virker som dørlukkere og ikke dørråpnere for denne gruppen (3). Det kan derfor synes nødvendig å minne om at alle de europeiske landene har ratifisert FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (52) som bl.a. understreker retten til helsehjelp (58). Yrkesetiske retningslinjer kan være et verktøy for helsepersonell som ønsker å bidra til at papirløse sikres adekvate helse tjenester. International Council of Nurses' Code of Ethics (53) bygger på menneskerettighetene og understreker bl.a. kulturelle rettigheter (ibid). For å styrke tilgangen på helsetjenester for papirløse migranter og helsepersonells arbeid for denne gruppen, kan det se ut til at papirløshet bør innarbeides i innledningen som presiserer hvilke forhold sykepleie skal ytes uavhengig av. Dette kan legges til forhold som allerede presiseres her som for eksempel alder, seksuell legning og etnisk bakgrunn.

Å bidra til at papirløse migranter får helsehjelp ved behov uten at de papirløse risikerer anmeldelse til politi eller migrasjonsmyndigheter og uten at helsepersonell risikerer usikkerhet eller straff ved å hjelpe er svært viktig (6, 30, 54). Helsepersonells taushetsplikt er under press og må vernes. Det komplekse samspillet mellom samfunn og individ, og den enkeltes tap av frihet og kontroll, risiko for vold, usikkerhet og frykt er viktige forhold med tanke på å utvikle helsetjenester til denne gruppen.

### Konklusjon

Det er få tilgjengelige studier om hvilke behov for helsehjelp papirløse migranter har både på verdensbasis og i Europa. I Norden er oppmerksomheten denne gruppen har fått til nå marginal. Men det er ikke mulig å overse deres svært sårbare livssituasjon i alle deler av verden. Litteraturstudien bekrefter at papirløse migranternes helsetilstand gjennomgående er dårligere enn andre grupper i befolkningen, også andre grupper migranter, og tilgangen til helsetjenester er begrenset. Selve tilværelsen som papirløs representerer en betydelig stressfaktor med konsekvenser for både fysisk og psykisk helse.

Marginalisering som fenomen og begrep bør anvendes med varmsomhet. Papirløse migranter må like fullt sies å være en gruppe som opplever marginalisering i alle dets dimensjoner. Marginalisering knyttet til politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle forhold synes å medføre en helsefaglig og moralsk marginalisering. Dette har konsekvenser for muligheter til forskning og fagutvikling som kan gi verdifulle bidrag til utvikling av adekvate helsetjenester for denne gruppen. Papirløse migranter kan derfor sies å oppleve en dobbelt marginalisering.

I diskusjonen om faglig og moralsk ansvar for dem som ikke er inkludert i etablerte helsetjenester, er spørsmålet om hvordan man kan inkludere den Tredje fortsatt en stor utfordring (60) i diskusjonen og utviklingen av omsorg og omsorgsetikk både innenfor det etablerte helsevesenet og i samfunnet for øvrig. Det aller viktigste er å bidra til å gjøre det normale systemet for helsetjenester tilgjengelig. Men her har vi en lang vei å gå. Å etablere trygge lavterskeltilbud og å beskytte frivillige ideelle tiltak for denne gruppen er derfor viktig. De ulike diskursene om denne gruppen representerer ytterpunkter; fra lovløse uten rettigheter på den ene siden til svært hjelpetrengende personer på den andre siden. Det er en utfordring for helsepersonell på mange måter. Helsepersonell kan likevel bidra til å bygge ned motsetningene ved å holde fast på universelle menneskerettigheter, helsepersonells taushetsplikt og alle menneskers eget verd. Til dette er det nødvendig med helsemyndighetenes støtte.

Godkjent for publisering 18.08.2010

Trine Myhrvold, Avdeling for sykepleierutdanning/ Faculty of Nur-

sing, Høgskolen i Oslo/ Oslo University College, Postboks 4, St. Olavs Plass, NO – 0130 Oslo, E-mail: Trine.Myhrvold@su.hio.no (+47) 22 45 38 47, Fax: (+47) 22 45 39 07

### Litteratur:

1. Wolff, H., Janssens, J.P., Bodenmann, P., Meynard, A., Delhumeau, C., Rochat, T., Sudre, P., Costanza, M.C., Gaspoz, J.M., Morabia, A. *Undocumented migrants in Switzerland: geographical origin versus legal status as risk factor for tuberculosis*. Journal Of Immigrant And Minority Health 2010; 12 (1): 18–23
2. Collinson, S., Ward, R. *A nurse-led response to unmet needs of homeless migrants in inner London*. British Journal Of Nursing 2010; 19 (1): 36–41
3. Goldade, K. «Health Is Hard Here» or «Health for All»? *The politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica*. Medical Anthropology Quarterly 2009; 23 (4): 483–503
4. Chauvin, P., Parizot, I., Simonnot, N. *Tilgången till Vård för Papperslösa i 11 Europeiska Länder*. Rapport om undersökkelser i 2008 av Läkare I Världen 2009
5. Castaneda, H. *Paternity for sale: anxieties over «demographic theft» and undocumented migrant reproduction in Germany*. Medical Anthropology Quarterly 2008; 22 (4): 340–359.
6. Heldal, E., Kuyvenhoven, J.V. et al. *Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low – or intermediate-incidence countries*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2008; 12 (8): 878–888
7. Kissinger, P., Liddon, N., Schmith, N., Curtin, E., Salinas, O., Narvaez, A. *HIV/STI Risk behaviors among Latino migrant workers in New Orleans post-Hurricane Katrina disaster*. Sexually Transmitted Diseases 2008; 35 (11): 924–929
8. Rousseau, C., ter Kuile, S. et al. *Health Care Access for Refugees and Immigrants with Precarious Status Public Health and Human Right Challenges*. Canadian Journal of Public Health 2008; 99 (4): 290–292
9. Dias, S.F., Severo, M., Barros, H. *Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal*. BMC Health Services Research 2008; 8: 207–211
10. Ascher, H., Björkman, A. et al. *Diskriminering av papperslösa i vården leder til lidande och död Nytt lagförslag hot mot patienterna, vården och samfunnet*. Läkartidningen 2008; 105 (8): 538–541
11. Hadley C, Galea S, Nandi V, Nandi A, Lopez G, Strongarone S, Ompad D. *Hunger and health among undocumented Mexican migrants in a US urban area*. Public Health Nutrition 2008; 11 (2):151–158
12. Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M.C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., Dubuisson, J.B., Gaspoz J.M., Irion, O. *Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention*. BMC Public Health 2008; 8: 93
13. Wolff, H., Lourenco, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz J.M., Dubuisson, J.B. *Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study*. BMC Public Health 2008; 8: 391
14. Suwanvanichkij, V. *Displacement and disease: The Shan exodus and infectious disease implications for Thailand*. Conflict and Health 2008; 2 (4)
15. Nielsen, S.S., Norredam, M., Christiansen, K.L., Obel, C., Hilden, J., Krasnik, A. *Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study*. Public Health 2008; 8
16. Brunovskis, A. og Bjerkan, L. *Learning About Illegals: Issues and Methods*. Utlendingsdirektoratet 2008
17. Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Priebe, S. *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists 2008; 23 (1): 14–20
18. Zhang, L.C. *Sizing the irregular residents population in Norway*. Statistisk Sentralbyrå 2008
19. Sjögren, A. *Stiftelsen Rosengrenska nätverket i Göteborg. Erfarenheter från arbete med papperslösa*. Socialmedisinsk tidskrift 2008; (6): 483–491
20. Baghir-Zada, R. *Papperslösa tillgång till hälso – och sjukvård: en jämförande studie mellan olika EU-länder*. Socialmedisinsk tidskrift 2008; (6): 466–473

21. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. 2007a
22. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) *Repport of PICUM International Conference on Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. 2007b
23. Norredam, M., Nielsen, A.S., Krasnik, A. *Migrants' access to healthcare*. Danish Medical Bulletin 2007; 54 (1): 48–49
24. Hansen, A.R., Krasnik, A., Høg, E. *Access to health care for undocumented immigrants: rights and practice*. Ugeskrift Læger 2007; 168 (36): 3011–3012
25. Saether ST, Chawphrae U, Zaw MM, Keizer C, Wolffers I. *Migrants' access to antiretroviral therapy in Thailand*. Tropical Medicine & International Health 2007; 12 (8): 999–1008
26. Hallas, P., Hansen, A.R., Stæhr, M.A., Munk-Andersen, E., Jorgensen, H.L. *Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark*. Public Health 2007; 7
27. Silove, D., Austin, P., Steel, Z. *No refuge from Terror: The impact of detention on the mental Health of Trauma-affected Refugees Seeking Asylum in Australia*. Transcultural psychiatry 2007; 44 (3): 359–392
28. Holmes S.M. *An ethnographic study of the social context of migrant health in the United States*. Plos Medicine 2006; 3 (10): 448
29. Khosravi, S. *Territorialiseraad mänskighet: irreguljära immigranter och det nakna livet I: Statens Offentliga Utredningar SOU 2006:37*
30. Zimmerman, C, Hossain, M. et al. *Stolen smiles A summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe*. The London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2006
31. Myhrvold, T. *The different other – towards an including ethics of care*. Nursing Philosophy 2006; 7: 125–136
32. Läkare Utan Gränser (Leger Uten Grenser) *Gömnda i Sverige Utstängda från hälso- och sjukvård*. Stockholm, Sverige; 2005
33. Norredam, M., Mygind, A., Krasnik, A. *Ethnic Disparities in Health Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies*. European Journal of Public Health 2005; 16 (3): 286–290
34. Carta, M.G., Bernal, M., et al. *Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1)* Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005; 1 (13)
35. Wolff, H., Stalder, H., Epiney, M., Walder, A., Irion, O., Morabia, A. *Health care and illegality; a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva*. Social Science & Medicine 2005; 60 (9): 2149–2154
36. Vela Acosta, M.S., Chapman, P., Bigelow, P.L., Kennedy, C., Buchan, R.M. *Measuring success in a pesticide risk reduction program among migrant farmworkers in Colorado*. Journal Of Industrial Medicine 2005; 47 (3): 237–245
37. Reed, M.M., Westfall, J.M., Bublitz, C., Battaglia, C., Fickenscher, A. *Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population*. Public Health 2005; 5: 100
38. Sullivan, M., Rebm, R. *Mental Health of Undocumented Mexican Immigrants A review of the Literature*. Advances in Nursing Science 2005; 28 (3): 240–251
39. Lustig, S.T., Kia-Keating, M., Knight, W.G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J.D., Keane, T., Saxe, G.N. *Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43 (1)
40. Steel, Z., Momartin, S., Bateman, A.H., Silove, D.M. *Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia*. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2004; 28 (6): 527–536
41. Villarejo, D. *The health of U.S. hired farm workers*. Annual Review Of Public Health 2003; 24: 175–193
42. McGuire, S., Georges, J. *Undocumentedness and Liminality as Health Variables*. Advances in Nursing Science 2003; 26 (3): 185–195
43. Walter, N., Bourgois, P., Margarita Loinaz, H., Schillinger, D. *Social context of work injury among undocumented day labours in San Francisco*. Journal Of General Internal Medicine 2002; 17 (3), s. 221–229
44. Weis, S.E., Moonan, P.K., Pogoda, J.M, Turk, L., King, B., Freeman-Thompson, S., Burgess, G. *Tuberculosis in the foreign-born population of Tarrant county, Texas by immigration status*. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine 2001; 164 (6): 953–957
45. Scarinci, I.C., Klesges, R.C., Kovach, K.W., Chang, C.F. *Access to prenatal, delivery, and newborn care among undocumented Hispanics in the Memphis Area*. Journal Of The Tennessee Medical Association 2001; 94 (8): 300–304
46. El-Hamad I, Casalini C, Matteelli A, Casari S, Bugiani M, Caputo M, Bombana E, Scolari C, Moiola R, Scarcella C, Carosi G. *Screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection among undocumented immigrants at an unspecialised health service unit*. The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease 2001; 5 (8): 712–716
47. Agamben, G. *Homo Sacer Sovereign Power and Bare Life*. 1998; Stanford University Press, Stanford, California
48. Agamben, G. *We refugees*. Symposium 1995; 49 (2): 114–119
49. Fløistad, G. *Utfordringer Studier i Langsomhetens Filosofi*. 2000; Univeristet i Oslo, Norge
50. World Health Organization Report 2009 on Global Tuberculosis Control Epidemiology, Strategy, Financing (09.01.2010)
51. The United Nation Refugee Convention of 1951 and the protocol of 1967, Office of the High Commissioner for Human Rights (13.07.2009)
52. The United Nation International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (23.02.2009)
53. International Council of Nurses (2006). *The ICN code of Ethics for Nurses* (09.01.2010)
54. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease Union Official Statement (2008). *Recommendations to ensure the diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants* (30.11.2009)
55. European Migration Network (2009). *Ad-Hoc Query on criminal penalties against illegally entering or staying third-country nationals*. European Migration Network (18.02.2010)
56. United Nations, Department of Social and Economic Affairs, International migration, 2006 (30.10.2008): [http://www.un.org/esa/population/publications/2006Migration\\_Chart/Migration2006](http://www.un.org/esa/population/publications/2006Migration_Chart/Migration2006)
57. Kvinner helse i Norge, Norske Offentlige Utredninger 1999:13
58. Myhrvold, T. *Rettferdighet i ingenmannsland Papirløse migranters rett til helsehjelp er fundert i universelle menneskerettigheter*. Fagkronikk, Sykepleien 2009; 97 (10): 80–81
59. Holmedal Ottesen, S. *Papirløse migranter En undersøkelse av situasjonen for mennesker uten lovlig opphold i Norge, og humanitære tiltak for denne gruppen i andre europeiske land*. 2008; En rapport fra Kirkens Bymisjon, Oslo, Mangfold og Oppvekst.
60. Myhrvold, T. *The exclusion of the other: challenges to the ethics of closeness*. Nursing Philosophy 2003; 4 (1): 33–43.