HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,**
**Pilestredet,**
**Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer:** 307

**Eksamensnavn:**
Tuberkulose blant papirløse migranter i Norge.

**Dato:** 01.06.2017

**Klasse:** 3B

**Kull:** 2014

**Antall ord:** 9115

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

# Tuberkulose blant papirløse migranter i Norge

- Sykepleierens forebyggende funksjon

**Bacheloroppgave**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Pilestredet,**

**Fakultet for helsefag**

*«Hvordan kan man som sykepleier forebygge økt forekomst av tuberkulose blant papirløse migranter i Norge?»*

Publikasjons-år: 2017

Antall ord: 9115

**Sammendrag Bacheloroppgave**

**Tittel på oppgaven:**

Tuberkulose blant papirløse migranter i Norge

**Sammendrag:**


**Bakgrunn for valg av oppgave**

Tuberkulose ble frem til 1950 regnet som en folkesykdom i Norge. Økt levestandard, effektiv medisinering og vaksinasjonsprogrammet gjorde at forekomsten gikk ned. Siden 1996 har forekomsten av tuberkulose igjen steget. Dette begrunnes med at den norske befolkningen reiser mer, samt en økt innvandring til Norge. Papirløse migranter lever *under jorden* og gjennomgår ikke den samme kontrollen som asylsøkere ved ankomst til landet. Med begrenset rett på helsehjelp og en høy forekomst av tuberkulose vil dette kunne være en trussel for den norske folkehelsen.

**Problemstilling**

*«Hvordan kan man som sykepleier forebygge økt forekomst av tuberkulose blant papirløse migranter i Norge?»*

**Metode**

Dette er en litteraturstudie. Kildene er funnet ved hjelp av systematiske søk i ulike databaser og vurdert kritisk.

**Resultater og diskusjon**

Gjennom forskningsartikler og pensumlitteratur har jeg kommet frem til fire aktuelle påstander som jeg har valgt å bruke i min diskusjon. Den første omhandler papirløses behov for helsehjelp, før jeg tar for meg de ulike barrierene de papirløse har for å oppsøke helsehjelp og barrierer sykepleier har for å tilby helsehjelp. Videre drøfter jeg hvordan etikken med sine yrkesetiske retningslinjer er i konflikt med gjeldende lovverk og skaper et dilemma for sykepleiere i møte med de papirløse migrantene. Avslutningsvis vil jeg se disse påstandene i sammenheng og konkludere oppgaven.

# Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING ..... 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema. ..... 1
1.2 Problemstilling. ..... 2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans. ..... 2
1.4 Avgrensning og begrepsavklaringer. ..... 3
1.5 Oppgavens oppbygging. ..... 4
2.0 METODE ..... 5
2.1 Beskrivelse av metode. ..... 5
2.2 Databaser og litteratursøk. ..... 5
2.3 Kildekritikk. ..... 6
3.0 FUNN ..... 8
4.0 TEORETISK REFERANSERAMME ..... 10
4.1 Tuberkulose. ..... 10
4.3 Folkehelse. ..... 12
4.4 Kommunikasjon og bruk av tolk. ..... 13
4.5 Etikk. ..... 13
4.6 Stigmatisering. ..... 15
4.7 Sykepleierens møte med papirløse migranter. ..... 15
4.8 Madeleine Leiningers teori om transkulturell omsorg. ..... 16
5.0 DISKUSJON ..... 18
5.1 Det er ikke behov for forebyggende tiltak rettet mot papirløse migranter. ..... 18
5.2 Papirløse migranter har barrierer for å oppsøke helsehjelp. ..... 19
5.3 Sykepleiere har barrierer for å tilby de papirløse helsehjelp. ..... 21
5.4 Lovverket strider mot etiske prinsipper. ..... 23
6.0 KONKLUSJON ..... 25
7.0 LITTERATURLISTE ..... 26

# 1.0 INNLEDNING

Tuberkulose ble i Norge regnet som en folkesykdom frem til 1950. Grunnet økt levestandard, effektiv medisinering og vaksinasjon gikk forekomsten ned. Reduksjon i antall tilfeller tuberkulose fortsatte frem til 1996, med 201 registrerte tilfeller dette året. Siden har det igjen steget, med 2013 som en foreløpig topp med 392 registrerte tilfeller (Folkehelseinstituttet, 2016). Økningen i forekomsten de siste årene begrunnes med en økt innvandring til Norge og at den norske befolkningen nå reiser mer (Mjell, 2011, s.224). Av påviste tilfeller i Norge er det nå 9 av 10 smittede som har utenlandsk bakgrunn (Folkehelseinstituttet, 2016). På grunnlag av dette er personer fra land med høy forekomst av tuberkulose pliktig til å gjennomgå undersøkelser dersom de skal oppholde seg i landet i mer enn tre måneder sammenhengende. Får man påvist tuberkulose har man rett på helsehjelp og følges tett opp av norsk helsevesen (Brunvatne & Heldal, 2010, s. 111). Dette er et tiltak som forhindrer smitte og som bidrar til å holde forekomsten i Norge nede. Flere studier viser til de papirløse migrantene som en gruppe med generelt høy forekomst av tuberkulose, avhengig av opprinnelsesland. Dette er en trussel mot den norske folkehelsen med tanke på risiko for smitte og helsevesenets begrensede evne til å nå ut til denne gruppen med behandlende og forebyggende helsearbeid (Myhrvold, 2010).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Media har den siste tiden hatt en del fokus rettet mot innvandring og da også papirløse migranter. Dette er noe som opptar mange, inkludert meg selv. Innvandring, og kanskje spesielt ulovlig innvandring, oppfattes som et svært betent tema preget av kraftige motpoler og hard retorikk når det diskuteres i det offentlige. Personlig har jeg ikke yrkeserfaring med denne gruppen, men har kjennskap til papirløse migranter privat. På grunn av disse private relasjonene har jeg mange tanker, meninger og følelser rundt dette, men likevel for lite kunnskap. Som snart ferdig sykepleier synes jeg det er vanskelig å orientere meg gjennom politikk, lovverk og etiske retningslinjer, og jeg er på forhånd usikker på hvordan jeg som sykepleier kan, og burde, møte denne svake gruppen. Jeg ønsker derfor å sette meg inn i temaet gjennom denne oppgaven ved hjelp av litteratur, forskning og lovverk. Smittevern blir tatt opp som en utfordring i litteraturen som omhandler de papirløse migrantene. Smittevern er et spennende og viktig tema, spesielt i et stadig mer multikulturelt samfunn og jeg velger dermed å knytte min problemstilling opp mot dette, nærmere bestemt tuberkulose.

## 1.2 Problemstilling.

Oppgaven tar for seg tema smittevern blant papirløse, og problemstillingen fremstilles som:

*«Hvordan kan man som sykepleier forebygge økt forekomst av tuberkulose blant papirløse migranter i Norge?»*

## 1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans.

Da jeg begynte å studere sykepleie ble det for første gang innført *migrasjon og helse* som emne i studiet. Vi lærer gjennom dette faget hvordan man som sykepleier skal kunne møte mennesker som ikke har den samme etniske bakgrunnen som deg selv og likevel gi en god og verdig helsehjelp i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjer. Stort sett er lovverket i tråd med de sykepleiefaglige verdiene, men når det gjelder papirløse migranter er det komplisert. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir de papirløse innskrenkede rettigheter i forhold til den øvrige befolkning, og som sykepleier skal man både ha kjennskap til og kunne håndheve denne loven. Sykepleier vil kunne komme i kontakt med papirløse migranter på ulike arenaer og eventuelt måtte være den som skal vurdere om den papirløse skal få helsehjelp eller ikke. Som sykepleier blir man gjennom etikken lært til å se bort fra sosiale ulikheter og tilby den samme hjelpen til alle som skulle trenge den. Vi lærer hvordan sykepleier burde ha et iboende ønske om å hjelpe, samtidig som en følelse av plikt til å hjelpe burde oppstå om dette ikke faller naturlig. Hjelpe skal du uansett. Dette er i konflikt med gjeldende lovverk, og jeg tror det er viktig at sykepleier har tenkt gjennom disse problemstillingene, før man står i en situasjon hvor det må tas et standpunkt.

Sykepleier har flere ulike funksjoner. I denne oppgaven belyses i hovedsak sykepleierens funksjonsområde for helsefremmende- og forebyggende helsearbeid i forbindelse med tuberkuløs sykdom. Sykepleiers behandlende og veiledende funksjon er også relevant i det forebyggende arbeidet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s.18-19). Norsk sykepleieforbund (2011) viser i sine yrkesetiske retningslinjer til sykepleiers ansvar for å aktivt imøtekomme sårbare gruppers behov for helse- og omsorgstjenester. De yrkesetiske retningslinjene sier også at sykepleier skal engasjere seg og ta del i den sosiale og helsepolitiske utviklingen. International Council of Nurses (2002) påpeker sykepleierens ansvar for å ta initiativ til og støtte offentlige tiltak for å møte samfunnets helsebehov, spesielt ovenfor de svakeste gruppene i samfunnet. De ulike retningslinjene viser hvordan sykepleierens rolle ikke er begrenset til pasientsengen, men også til større, samfunnsmessige problemstillinger.

Viktige spørsmål for denne oppgaven er når man skal hjelpe og når man skal avstå fra å hjelpe papirløse migranter. Hvordan sykepleier vurderer disse spørsmålene kan ha store konsekvenser, både for enkeltpersoner og for befolkningen når det gjelder det som kalles *allmennfarlige smittsomme sykdommer*, slik som tuberkulose er.

1.4 Avgrensning og begrepsavklaringer.

Denne oppgaven vil fokusere på hvordan sykepleier kan komme i kontakt med de papirløse migrantene i Norge og hvilke faktorer som hindrer et slikt samarbeid. På grunn av oppgavens ordramme vil jeg ikke gå inn på hvilke faktiske tiltak som må settes inn i praksis. I mange tilfeller henger forekomsten av tuberkulose tett sammen med forekomst av HIV, noe som også fremkommer i forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven. Jeg har valgt å kun gå i dybden på tuberkuløs sykdom, mens HIV bare vil bli nevnt i ved noen tilfeller. I praksis må man kunne se sykdommen i sammenheng med andre diagnoser for å få et fullstendig bilde. Jeg ønsker også å ta utgangspunkt i tuberkulose i form av lungeinfeksjon, og ikke tuberkulose manifestert i andre deler av kroppen. Begrunnelsen for dette er at lungetuberkulose er den vanligste varianten i tillegg til at dette er ven smittsomme varianten.

**Sykepleier**

Oppgaven tar utgangspunkt i en sykepleier uten spesialisering. Sykepleieren jobber på en av de aktuelle arenaer hvor man kan komme i kontakt med papirløse migranter, slik som legekontor, sykehus eller legevakt.

**Papirløs migrant**

En papirløs migrant er en person som oppholder seg i landet uten tillatelse. I denne oppgaven begrenses begrepet videre til en person som har oppholdt seg i landet i over 5 år etter avslag på asylsøknad. Udokumenterte migranter eller illegale migranter er det mest brukte navnet på gruppen internasjonalt, men i Norge er papirløse migranter mest benyttet og dermed det jeg velger å bruke i min oppgave.

**Tuberkulose**

Infeksjonssykdom i lungene som er forårsaket av tuberkelbakterien. Kan forekomme som latent sykdom, hvor man ikke er smittsom, eller i aktiv tilstand hvor dråpesmitte er den aktuelle smitteveien. Denne oppgaven omhandler begge varianter da latent tuberkuløs sykdom kan aktiveres og dermed bli smittsom.

## 1.5 Oppgavens oppbygging.

Da store deler av min oppgave bygger på forskningsartikler vil jeg innledningsvis presentere metodekapittelet. Dette kapitlet vil omhandle valg av metode, søkeprosess og kildekritikk, etterfulgt av et kapittel hvor jeg presenterer funnene fra søkeprosessen. Deretter vil jeg presentere den teoretiske referanserammen som omhandler en redegjøring for tuberkulose og papirløse migranter. Med mål om å skape et helhetlig bilde, inneholder kapitlet også lovverk, folkehelse og etikk, før jeg presenterer sykepleieteori av Madeleine Leininger. Avslutningsvis vil det drøftes fire påstander som gjennom litteratur og forskning fremstår som viktige for å kunne svare på oppgavens problemstilling, etterfulgt av en konklusjon.

## 2.0 METODE

Ifølge Dalland (2012, s. 111) er metode en fremgangsmåte for å tilegne seg eller for å etterprøve kunnskap. Metode er det verktøyet vi bruker når vi ønsker å undersøke noe, samtidig som den hjelper oss til å samle inn data. Valg av metode baseres på hvilken metode man mener vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte.

### 2.1 Beskrivelse av metode.

Som pålagt fra skolen er denne oppgaven en litteraturstudie. En litteraturstudie består i hovedsak av skriftlige kilder som man systematiserer. Å systematisere innebærer å samle inn kunnskap som man så går kritisk gjennom før man sammenfatter det hele til slutt (Tidemann, 2015, s. 79). Kunnskapen tilegner man seg gjennom systematiske søk, og vurderingen av disse funnene utføres i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet i en litteraturstudie (Dalland, 2015, s. 223).

### 2.2 Databaser og litteratursøk.

Jeg har utført systematiske søk i databasene Swemed+ og Medline. Systematiske søk i databaser har gitt få resultater hvor kombinasjon av søkeord og inklusjonskriterier resulterer ofte i få eller ingen resultater. Flere av artiklene er dermed funnet via søk med få søkeord, eller med å inkludere alle typer migranter og ikke bare de papirløse. Dette vil jeg ta høyde for i min kildekritikk.

Søkeordene jeg har benyttet er: «Transients and migrants», «Emigration and immigration» «emigrants and imigrants», «undocumented migrants», «tuberculosis», «social stigma» og «barriers»

Et søk i databasen Swemed+ gir 2 resultater med søkeordet «undocumented migrants» kombinert med inklusjonskriteriene siste 10 år og peer reviewed. Ut fra dette søket fant jeg artiklene *«Illegale ved sin blotte eksistens»* (Myhrvold, 2010) og *«Papirløse migranter og norske allmennleger»* (Aarseth, Kongshavn, Maartmann-Moe, & Hjortdahl, 2016)

Et søk idatabasen Medline gir 1208 treff med søkeordene «transients and migrants» OR «emigrants and immigrants» OR «Emigration and immigration» AND «Tuberculosis». Kombiner man dette med søkeordet «Social Stigma» gir det 4 resultater. Ut fra dette søket fant jeg artikkelen «A disease called stigma: the experience of stigma among African men with TB diagnosis in London.» (Chinouya & Adeyanju, 2017)

Et søk i databasen Medline gir 25 treff med søkeordene «undocumented migrants» AND «barriers». Ut fra dette søket fant jeg artiklene *«Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups?»* (Drewniak, Krones & Wild, 2017) og «Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumentet migrants in Denmark» (Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam, 2013)

Et søk i databasen Medline gir 79 treff med søkeordet «undocumented migrants» og eksklusjonkriterier. Ut fra dette søket fant jeg artikkelen *«The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants»* (Sandblom & Mangrio, 2016)

2.3 Kildekritikk.

Kildekritikk er det metodiske verktøy i en litteraturstudie. Kildekritikk brukes for å vurdere om en kilde er sann og holdbar. Dette gjøres ved hjelp av vurdering og karakterisering av de kilder som er benyttet. (Dalland, 2015, s. 67-68)

De presenterte funnene er stort sett nyere studier, noe som gjør at de kan lettere kan relateres til dagens situasjon. Studiene fra de Nordiske landene er lettest å overføre til norske forhold, men man må ta høyde for at det finnes også forskjeller mellom disse landene i form av lovverk og holdninger. Sverige har for eksempel praktisert en annen politikk enn i Norge, og har en større andel innvandrere. Dette kan påvirke både sykepleiernes holdninger, og de papirløses vilje til å oppsøke helsevesen.

Valgte studier er både kvantitative, kvalitative og oversiktsstudier. De kvalitative funnene kan ikke generaliseres i like stor grad som de kvantitative, men vil kunne bidra til en større dybde og forståelse i oppgaven. Oversiktsstudiene er de mest troverdige da de setter opp og vurderer mengder ulik forskning mot hverandre. Likevel tror jeg alle variantene vil være nyttige for min oppgave, så lenge de vektlegges korrekt.

Tekstene som er engelskspråklige kan bli tolket feil eller poeng kan bli oversett grunnet mangler i min språkkunnskap. Artiklene på mitt morsmål, norsk, vil være noe sikrere da teksten ikke vil trenge å oversettes.

Flere av studiene er gjort på tvers av yrkesgruppene innen helsevesen, og det må dermed vurderes i hvor stor grad funnene er overførbare til sykepleiefaget. Funnene som er gjort blant

den aktuelle yrkesgruppen, sykepleiere, vil vektlegges i større grad. Utover dette vil det tas høyde for at det er forskjeller mellom fagene.

Noen av studiene omhandler innvandrere generelt, og ikke papirløse. Det å oppholde seg ulovlig i et land medfører andre forhold og konsekvenser enn om du har tillatelse til å være der. Når jeg vurderingen de aktuelle funnene må ta dette i betraktning. De papirløse er likevel en del av innvandrergruppen, og mye vil være relevant. De fleste valgte artikler har også egne kapitler som omhandler de papirløse, til tross for at studien ikke er eksklusivt om dette.

Jeg har i oppgaven også benyttet meg av pensumlitteratur. De viktigste av disse er *sykdom og behandling* (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011) som er min hovedkilde for sykdomsforløpet og forekomsten av tuberkuløs sykdom, *Omtanke* (Nortvedt, 2012) som er mye brukt i form av etiske refleksjoner og argumenter og *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (Kumar & Viken, 2010) som belyser sentrale området i min oppgave. Jeg har vedsiden av pensumlitteraturen valgt å bruke flere nettressurser.

## 3.0 FUNN

*«Illegale ved sin blotte eksistens.»* (Myhrvold, 2010)

Dette er en systematisk litteraturstudie som tar for seg forskning gjort på papirløses helsetilstand og behovet for helsehjelp. Flere av artiklene peker til en høy forekomst av tuberkulose hos de papirløse. På grunn av vanskeligheten med å kartlegge denne gruppen er det delvis basert på kunnskap, delvis estimater. De sier at mellom 5-10% av tuberkuloseforekomst er blant de papirløse. Forfatterne av de ulike studiene tror tallet er høyere. En undersøkelse utført i Italia sier forekomsten av latent tuberkulose var 40% hos de papirløse. Artikkelen oppgir årsaker til at de papirløse har en økt risiko for å utvikle tuberkulose. Studien er relevant for min oppgave fordi den tar både tar for seg forekomst av tuberkulose blant papirløse, og årsakene til den forhøyede forekomsten.

*«Papirløse migranter og norske allmennleger.»* (Aarseth, Kongshavn, Maartmann-Moe & Hjortdahl, 2016)

Dette er en kvantitativ forskning som er utført gjennom et internettbasert spørreskjema. Spørsmålene er rettet mot norske allmennleger og omhandler medisinsk behandling av papirløse migranter. Studien belyser årsaker til kontakt mellom legen og den papirløse, og holdningen legen har til dette. 70% av legene som hadde utført helsehjelp til papirløse opplyser at de vil fortsette med dette, uavhengig av årsak. De resterende vil kun gi helsehjelp basert på gjeldende retningslinjer. Studien belyser den etiske utfordringen legen står ovenfor i møtet med en papirløs, noe jeg vil benytte meg av i min oppgave.

*«The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants»* (Sandblom & Mangrio, 2016)

En kvalitativ studie som omhandler svenske sykepleiere som jobber frivillig med å gi helsehjelp til papirløse migranter. Målet med studien er å belyse opplevelsen sykepleierne som gir helsehjelp til de papirløse har. Sykepleierne forklarer at de føler de er moralsk forpliktet til å hjelpe denne svake gruppen. Denne studien er relevant for min oppgave da den ikke bare sier noe om generelle holdninger, men gir en dypere forståelse i hvorfor noen ønsker å hjelpe. Studien er utført med fokus på den aktuelle yrkesgruppen, sykepleiere. Studien belyser de etiske perspektivene, noe jeg synes er en interessant og viktig side i diskusjonen.

*«Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups?»* (Drewniak, Krones & Wild, 2017)

Dette er en oversiktsstudie som tar for seg forskning gjort på helsepersonells holdninger til etniske minoriteter. Forfatterne understreker at vi på forhånd vet at det er ulikheter i helsetilstanden til minoritets- og majoritetsgrupper, og at de vil undersøke om helsepersonells holdning kan være en faktor som bidrar til dette. De presenterer ulike barrierer for at innvandrere oppsøker helsehjelp og for at helsepersonell tilbyr helsehjelp. De presenterer også barrieren, «Gate-keeping» eller portvaktsbarrieren som den oversettes til. Fokuset artikkelen har på helsepersonells holdninger og hvilke konsekvenser dette har er også interessant for min oppgave. De ulike barrierene er sentrale når det er snakk om helsehjelp til papirløse migranter.

*«Access to healthcare and alternative heatlh-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark»* (Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam, 2011).

Dette er en kvalitativ studie i form av intervju. Intervjuobjektene er papirløse migranter og sykepleiere som jobber på akuttmottak. Studiens hensikt er å beskrive de papirløses erfaringer i møtet med helsevesen, samt sykepleiernes erfaringer. Kunnskapen de papirløse har om helsetilbud og hvordan dette påvirker dem er sentralt. Studien tar også for seg alternativene de papirløse velger fremfor å oppsøke helsehjelp. Dette setter lys på hvilke konsekvenser det restriktive lovverket har for den enkeltes helsetilstand. I denne oppgaven ønsker jeg å bruke funnene fra denne studien for å få en dypere forståelse for tankene som både papirløse og sykepleiere opplever rundt tema.

*«A disease called stigma: The experience of stigma among african men with TB diagnosis in London»* (Chinouya & Adeyanju, 2017)

Dette er en kvalitativ studie i form av intervju av ti afrikanske menn som tidligere har gjennomgått tuberkulosebehandling. London har blitt kalt tuberkulosehovedstaden, med en høy forekomst sammenlignet med andre europeiske land. Denne studien undersøker stigmatiseringen mot en person med tuberkulose. Studien baserer seg på pasientens opplevelse. Studien undersøker også mennenes kunnskaper om tuberkulose og stiller spørsmål rundt behandlingsfasen. Denne studien vil bidra til en dypere forståelse rundt opplevelsen og forekomsten av sosialt stigma rettet mot de smittede. Informasjon om Afrikanske menns kunnskap om diagnosen er også en nyttig indikasjon, til tross for at det er vanskelig å generalisere med så få testobjekter.

# 4.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet vil jeg ta for meg teori og litteratur som er relevant for min oppgave, og som vil tas i bruk i diskusjonen.

## 4.1 Tuberkulose.

Tuberkulose er en bakterieinfeksjon som utgår fra bakterien Mycobacterium tuberculosis. Tuberkulose kan forekomme på ulike steder i kroppen, men fører i 60%-70% av tilfellene til en lungeinfeksjon (Mjell, 2011, s. 224). I Norge har tuberkulose hatt stor utbredelse mellom 1850-1950, men som følge av moderne medisin og vaksiner har forekomsten gått kraftig tilbake. Internasjonalt er tuberkulose et stadig økende problem. Ifølge World Health Organization (2016) var det omtrent 10,4 millioner nye tilfeller av tuberkulose i 2015. Økt fattigdom, økt forekomst av HIV og Aids og resistente tuberkelbakterier er årsak til dette. Folkevandring bidrar nå også til at forekomsten i Norge igjen er på vei oppover. Årlig diagnostiseres mellom 300-400 personer med tuberkulose i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016). Bare en tredjedel av de smittede blir diagnostisert internasjonalt, og halvparten av disse blir helbredet. Smitteveien for tuberkulose er stort sett alltid dråpesmitte. De med latent tuberkulose er ikke smittsomme, og heller ikke de som tidligere har hatt sykdommen og blitt helbredet (Mjell, 2011, s. 224). Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose er pliktig å gjennomføre en undersøkelse ved ankomst til Norge dersom de skal oppholde seg i landet i mer enn tre måneder. For asylsøkere og flyktninger fra land med høy forekomst er det krav om et røntgenbilde for å avdekke tuberkuløs sykdom og en prøve for latent tuberkulose. Dette skal skje i løpet av de første 14 dagene etter ankomst til landet. (Brunvatne & Heldal, 2010, s. 111-112) Helsepersonell bør i tiden fremover være ekstra årvåkne når det gjelder tuberkulose, spesielt om personen er fra et land med høy forekomst. Personer fra land med høy forekomst må sikres kunnskap om tuberkulose, slik at de selv kan oppsøke helsepersonell tidlig (Brunvatne & Heldal, 2010, s 115).

Behandlingsforløpet ved tuberkuløs sykdom er krevende. Først sikrer man diagnose ved hjelp av røntgen thorax, ekspektorat til dyrkning og Mantoux' prøve. Dette kan ta opptil 6 uker da dyrkning av tuberkelbakterier går langsomt. Ved påvist sykdom legges pasienten i isolat de to første ukene. Helsepersonell er pålagt å sikre at behandlingen gjennomføres fullstendig, og må derfor observere når pasienten tar medisinene. Dette kalles DOT eller Direkte Observert Behandling. I praksis betyr dette at hjemmesykepleien må komme hjem til pasienten daglig etter utskrivelse fra sykehuset for å påse at legemidlene tas (Mjell, 2011, s. 224-225).

## 4.2 Papirløse migranter og deres rettigheter.

En papirløs migrant er en person som oppholder seg i landet uten tillatelse. Når man går ut i fra denne definisjonen har statistisk sentralbyrå gjort en teoretisk beregning som sier at dette tallet er opp mot 20 000. Definerer man de papirløse kun som de som har fått avslag på asylsøknad og fremdeles oppholder seg i landet halveres tallet til 10 000 og om man innsnevrer nok en gang til de som har vært her i over 5 år etter avslag på asyl er tallet nærmere 3000 (Norsk organisasjon for asylsøkere, udatert). Det er vanskelig å finne et presist tall, nettopp fordi de ikke er registrerte, og dette er kun anslag. De 3000 som har oppholdt seg i Norge i over fem år etter avslått asyl er den gruppen som på et vis utgjør en del av den norske befolkningen, og folkehelsen i landet. Det er disse tallene som oftest refereres til når det er snakk om de papirløse i Norge. Det er derfor denne definisjonen jeg velger å bruke. Likevel vil alle 20 000 som er i Norge akkurat nå uten papirer utgjøre en økt risiko for spredning av tuberkulose om de er smittet av sykdommen og derfor er viktig å huske også dette tallet.

Dette er personer som er lite synlige for myndighetene, og som dermed ikke får den hjelpen de har behov for i tråd med menneskerettighetene. Helsetilbudet er utilstrekkelig, både i form av helsepersonells kunnskap, de papirløses tilgang til helsehjelp og betaling for tjenestene (Siem, 2010, s 24).

Papirløse migranter har ikke rett på helsehjelp på lik linje med den norske befolkningen. Det finnes ikke et eget lovverk knyttet til den papirløse migranten, og rettighetene består dermed av de lovene som gjelder *enhver* som oppholder seg i landet. Menneskerettigheter omfavner også de papirløse, og jeg vil dermed ta opp den mest relevante konvensjonen.

«Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester» (Smittevernloven, 1994, §6-1). Loven sier her at smittevern er rettigheten til «enhver» og gjelder dermed også de som oppholder seg i Norge uten dokumenter. Om en faglig vurdering gir grunn til å anta at man er i fare for å bli smittet med en *allmennfarlig smittsom sykdom* har man rett på forebyggende helsehjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen forebyggende hjelp. Er personen smittet har man rett til medisinsk vurdering, utredning, behandling og pleie. Vedtatt budsjett gir ikke grunnlag for å nekte helsehjelp (Smittevernloven, 1994. §6-1). Tuberkulose er en av sykdomstilstandene som defineres som allmennfarlig smittsom sykdom, og er dermed inkludert i listen over diagnoser som gir rett på smittevernhjelp (Brunvatne & Heldal, 2010, s. 113).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) fastsetter retten til øyeblikkelig helsehjelp for enhver som oppholder seg i riket. Dette gjelder både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Loven sier også at enhver har rett på *nødvendig* helsehjelp fra både kommune og spesialisthelsetjenesten.

I 1972 signerte Norge konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Konvensjonen ble senere norsk lov, gjennom menneskerettighetene. Konvensjonen sier at signerte parter anerkjenner retten til enhver til den høyest oppnåelige helsestandard. Dette omfatter både fysisk og psykisk helse (Forente Nasjoner, 1966).

## 4.3 Folkehelse.

Når det kommer migranter fra hele verden til Norge endres ikke bare sammensettingen av befolkningen men vi får også nye utfordringer når det kommer til sykdommers art, forløp og kommunikasjon med pasienten (Goth, 2014, s 113). Helsedirektoratet definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2011. §3). Folkehelsen vil i fremtiden preges av sterk økning i sykdommer som påvirkes av vår helseatferd og sosiale forhold. For å redusere sosiale ulikheter kreves det likeverdige levekår og likeverdig tilgang til helse og velferdstjenester (Siem, 2010, s. 24). Determinanter som oppvekstmiljø, lokal helse- og velferdstjeneste, arbeids- og bomiljø og reelle arbeids- og utdanningsmuligheter har alle en innflytelse på den enkeltes helse (Goth, 2014, s. 115). Folkehelsearbeid innebærer både sykdomsforebyggende og helsefremmende strategier. I denne oppgaven er det snakk om å forebygge tuberkulose, og vi snakker dermed om en sykdomsforebyggende strategi. Det sykdomsforebyggende arbeidet tar utgangspunkt i risikoen for at individet utvikler sykdom og bygger på epidemiologisk forskning. Man trenger strategier både på individuelt nivå og på samfunnsnivå. Individuell strategi kan være medikamentell behandling eller råd og veiledning. På samfunnsnivå kan det være helseopplysning eller vaksinasjonsprogram (Siem, 2010, s. 24-25). Tuberkulosebehandling av papirløse må skje både på individ og samfunnsnivå for å sikre folkehelsen. Den enkelte smittede må få utredning, behandling og oppfølgning av sin diagnose for å hindre at man smitter andre. På gruppenivå må de som kommer fra høyrisikoland få informasjon om sykdommen, vaksiner og være bevisst risikoen for smitte om personen reiser til hjemlandet på besøk.

Et av målene når det gjelder folkehelsearbeid er å nå ut til innvandrere med helseforebyggende og helsefremmende perspektiver, samt strategier for å bevare helsen og forebygge negative konsekvenser av sykdom. Målgruppen består av forskjellige mennesker fra forskjellige land og kulturforskjeller vanskeliggjør folkehelsearbeidet. Manglende språkkompetanse, kort tid i Norge og dårlig integrering kan være til hinder for at innvandrere oppsøker helsehjelp. Hvilket helsesystem den enkelte kjenner til fra sitt hjemland kan også være av stor betydning (Goth, 2014, s. 113).

## 4.4 Kommunikasjon og bruk av tolk.

Alle innvandrere, uavhengig av sosial status, har til felles at de mister sin språklige kompetanse. De taper alle funksjoner språket har, og har ikke lengre evnen til å uttrykke seg. Dette kan være vanskelig og blir forbundet med sorg for den det gjelder (Viken & Magelssen, 2010, s. 73-74). Språk er også en av barrierene for at de papirløse migranter ikke kontakter helsevesen (Drewniak, et al, 2017). Som helsepersonell er det vår oppgave å legge til rette for at kommunikasjonen når frem. Alle pasienter har rett til å medvirke sin behandling, og rett på informasjon. Om pasienten ikke forstår hva som blir sagt grunnet språk faller disse, og flere andre rettigheter vekk. Er dette tilfellet skal man sikre at informasjonen når frem ved bruk av tolk (Viken & Magelssen, 2010, s. 75-76). Ved bruk av tolk skal man som hovedregel benytte seg av en profesjonell tolk, og ikke pårørende. Årsaken til dette er at sykepleier ikke kan være trygg på pårørendes kompetanse som tolk. Av ulike grunner kan informasjon bli holdt igjen, eller ikke bli videreformidlet korrekt. Omhandler samtalen personlige tema er det vanskelig for pasienten å dele dette, og det kan gjøres vanskeligere om det er en slektning som skal tolke (Eide & Eide, 2014, s. 86). I en undersøkelse utført i Oslo svarer 84% at de vanligvis bruker pårørende som tolk når det er nødvendig, til tross for anbefalinger om bruk av profesjonell tolk. Dersom ikke informasjonen blir tilrettelagt vil dette kunne føre til diskriminering, og være et brudd på menneskerettighetene (Viken & Magelssen, 2010, s. 76).

## 4.5 Etikk.

I 1978 ble det lansert fire prinsipper for medisinsk etikk som har fått stor innflytelse på tenkningen om etikk i helsevesenet. Prinsippene er velgjørenhet, ikke skade, rettferdighet og autonomi. Velgjørenhetsprinsippet er tanken om å både ønske, og etter beste evne gjøre det

beste for pasienten. Ikke skade-prinsippet sier at du skal minimalisere pasientens smerte og ubehag, et prinsipp for lindring og ivaretakende omsorg. Autonomiprinsippet er pasientens rett til å ta egne valg og rettferdighetsprinsippet sier at pasienter skal ha lik rett til omsorg, avhengig av pleiebehov, men uavhengig av sosial status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosialt nettverk. Dette er prinsipper som gir utgangspunkt for sykepleieetikken, og om to eller flere av prinsippene i en situasjon er uforenlige oppstår et etisk dilemma. (Nortvedt, 2012, s. 96-100)

Profesjonsetikken skal ifølge Nortvedt (2012, s. 29-30) begrunne handlinger og bidra til å løse ulike etiske dilemma. I likhet med sykepleieetikken er profesjonsetikkens oppgave også å sette søkelyset på undertrykkelse og illegitim maktbruk ovenfor de svake gruppene i samfunnet. Etikken skal hjelpe oss å stille kritiske spørsmål på forhold i helsetjenesten som man reagerer på, som for eksempel urettferdighet eller vanskelige nedprioriteringer.

Nortvedt (2012, s. 262-263) skriver om skillet mellom partiskhet og upartiskhet. Partiskhet innebærer at sykepleier gir noen pasienter eller grupper pasienter forrang grunnet relasjon, egeninteresse, nærhet til deres sykehistorie eller lidelse. Upartiskhet innebærer å legge lik vekt på alle personers egeninteresser. Sykepleien er i stor grad bygd opp på individuell pleie, hvor oppmerksomheten rettes mot en enkelt pasients hjelpebehov. Utfordringen er hvordan sykepleier skal ivareta den enkelte pasient, samtidig som samfunnets institusjoner skal inngå i et system som skaper en rettferdig fordeling, også globalt. I en sitasjon hvor man står ovenfor et etisk dilemma spør Nortvedt (2012, s. 131): «hva sier jussen?». Jussen beskrives som en sentral rolle når man står ovenfor vanskelige valg, og kan ofte bidra til å finne den beste løsningen for pasienten.

Dersom jussen og etikken samsvarer utgjør ikke dette et problem, men noen ganger, slik som i tilfellet med papirløse migranter og helsehjelp i Norge oppstår det konflikt. Som en hovedregel er jussen alltid overordnet etikken. Stortinget har ofte hatt en debatt i forhånd av en lovbestemmelse og reflektert over ulike sider ved innføring av den nye loven (Molven, 2012, s. 74). Yrkesutøver er pliktig å følge lovverket som blir satt, og i de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er juridisk forsvarlig (Norsk sykepleieforbund, 2011). Ved uklare eller flertydige lovbestemmelser vil etikken spille en større rolle i argumentasjonen. Domstoler viser sjelden til etikken og etiske vurderinger når de gir begrunnelse for sin beslutning, men sier heller at de *tolker* loven. Gjelder det derimot skrevne etiske retningslinjer kan det forekomme at domstolen refererer til dette (Molven, 2012, s.75).

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv. Det understrekes at praksis skal preges av respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter. Aktuelle yrkesetiske retningslinjer for denne oppgaven er blant annet punktet som sier at sykepleien skal engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette viser hvordan sykepleier skal engasjere seg utover det som skjer ved pasientsengen. Retningslinjene sier at sykepleieren aktivt skal bidra til å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Dette vil for eksempel kunne være de papirløse migrantene. Sykepleieren skal også bidra til prioriteringer som kommer de pasientene med størst behov for sykepleie til gode (Norsk sykepleieforbund, 2011).

## 4.6 Stigmatisering.

Ordet stigma stammer fra gresk og betyr «merke». Personen som blir stigmatisert blir stemplet som en avviker. Videre fører stigmatiseringen til en moralsk panikk. Dette er en situasjon hvor de rundt personen opplever en ubegrunnet frykt knyttet til avviket eller den avvikende gruppen. Slik moralsk panikk utvikles etter hvert til en offentlig fordømming og frykt (Store Norske Leksikon, 2014). Enkelte smittsomme sykdommer er knyttet til stigma. Dette er ofte sykdommer som kan føre til død, eller med et langsomt forløp. Dette gjelder sykdommer som hiv/aids, tuberkulose og lepra. Omgivelsene opplever en frykt for å bli smittet, og trekker seg unna den smittede. Dette kan føre til at den smittede føler seg isolert. For å forhindre denne isolasjonen velger mange å holde sykdommen sin skjult. Til tross for at vi stadig finner effektiv behandling til disse sykdommene, henger frykten ved i lang tid etter. Kommer man fra et land hvor behandling ikke er tilgjengelig vil dette øke frykten for sykdommen ytterligere (Brunvatne & Heldal, 2010, s. 107-108).

## 4.7 Sykepleierens møte med papirløse migranter.

Sykepleier vil kunne møte papirløse migranter gjennom flere ulike arenaer. Med tanke på lovbestemmelser om akutt og nødvendig helsehjelp er det sykehus og akuttmottak som er de mest åpenbare arenaene, samt frivillige klinikker for papirløse migranter. Uavhengig av arena er sykepleierens oppgave å yte en profesjonell omsorg. Profesjonell omsorg er, ifølge Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 87-89), regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske

retningslinjer. Sykepleieren skal opptre altruistisk, altså uegennyttig, noe som i stor grad baserer seg på sykepleierens faglige og etiske ansvar for det syke mennesket. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er basert på faglig og erfaringsbasert kunnskap, men krever ofte en viss grad av følelsesmessig involvering for å evne å gi god pleie.

Hansen (2011, s. 135) understreker at sykepleieren i møte med et menneske fra en annen kultur må ta spesielle forhåndsregler. Kulturgrensene øker faren for misforståelser, og det er viktig at sykepleier ikke tar behandlingsformene i sin kultur for gitt. Ved kulturbaserte uenigheter skal sykepleier ta i bruk sin mellommenneskelige innsikt og kulturelle forståelse for å finne den beste løsningen for pasienten. Dette kan dog ikke gå på bekostning av den sykepleiefaglige kunnskapen (Hansen, 2011, s. 151). Sykepleier må om nødvendig gjennomføre en kulturell datasamling, hvor hun aktivt oppsøker kunnskap om den aktuelle kulturen for å oppnå en bedre forståelse. Det er ingen selvfølge at sykepleier innehar kunnskap om alle aspekter ved alle kulturer og religioner, men det kan være en fordel å sette seg inn i noe av det om man opplever å ha svært ulike forståelser som kan være kulturelt begrunnet. Det er også viktig å huske at pasienten alltid vil være et eget individ, og dermed kan ha andre ønsker, tanker og meninger enn noen med samme kulturelle bakgrunn (Hansen, 2011, s. 154-155) Norge har en svært individualistisk kultur hvor vi verdsetter uavhengighet og autonomi. I mange andre kulturer har de et mer kollektivistisk syn, hvor storfamilien er i fokus, og hvor dette prioritere fremfor individuelle interesser. Det er derfor viktig at sykepleier gir rom for pårørende om dette er tilfellet. Hun beskriver også kommunikasjon og bruk av tolk som en av sykepleiers ansvarsområder, og hvordan en vennlig tilnærming er desto viktigere når språket ikke når frem. (Hansen, 2011, s. 143-145)

### 4.8 Madeleine Leiningers teori om transkulturell omsorg.

Leiningers omsorgsteori skiller seg fra andre sykepleieteorier da den er den eneste teorien som fokuserer på en holistisk, kulturell omsorg. Hun beskriver det hun kaller transkulturell sykepleie som en retning innen sykepleien hvor man tar hensyn til pasientens kultur, verdier og tro med et mål om å utøve en kulturspesifikk og universal sykepleie. Sykepleier skal hjelpe pasienten i møtet med sykdom og død på en kulturelt meningsfull måte. Denne type omsorg vil avdekke menneskers likheter av natur og hva som gjør den enkelte til et unikt individ (Masters, 2012, s. 213). I følge Leininger er det tre måter å gå frem på for å utøve tilfredsstillende og meningsfylt transkulturell sykepleie til pasienten. Den første fremgangsmåten innebærer bevaring eller

vedlikehold av kulturen hvor sykepleier handler på en måte som hjelper pasienten å bevare sine verdier og sin levemåte i møtet med sykdom, funksjonstap eller død. Neste fremgangsmåte handler om imøtekommelse eller forhandling. Her vil sykepleier utføre handlinger og valg som hjelper pasienten å tilpasse seg eller forhandle med andre for å oppnå et meningsfylt og fordelaktig resultat. Den siste fremgangsmåten handler om å endring av mønster. Her vil man gjennom handlinger hjelpe pasienten å endre eller justere deres levemåte for et annerledes men fordelaktig resultat (Masters, 2012, s.214).

Leininger definerer mennesket som kulturelle vesener som har overlevd gjennom tiden ved å ta vare på sine barn og eldre i ulike miljøer og på ulike måter. Hun mener at mennesket ikke kan ses utenfor sin kulturelle bakgrunn. Ordet menneske inkluderer individer, kulturelle grupper, samfunn og institusjoner. Miljø defineres som helheten av en hendelse, og inkluderer alt som gir mening for menneskets tolkning. Helse beskrives som mer enn bare fravær av sykdom. Leininger mener helse er en tilstand av velvære som er definert av kultur, verdier og ulikt praktisert. Sykepleie er for Leininger en tillært humanetisk kunst og vitenskap som tar mål i og fremme og vedlikeholde helse og helbrede sykdom. Sykepleie er et transkulturelt omsorgsyrke som er rettet mot å assistere, støtte og aktivere personer med ulike behov på en respektfull måte som tar høyde for kulturelle verdier, tro og levemåte (Masters, 2012, s. 215-17).

# 5.0 DISKUSJON

På bakgrunn av presenterte funn i metodekapittel og litteratur presentert i teoretisk referanseramme ønsker jeg nå å presentere fire ulike påstander til diskusjon. Jeg ønsker dermed å komme tilbake til min problemstilling.

*«Hvordan kan man som sykepleier forebygge økt forekomst av tuberkulose blant papirløse migranter i Norge?»*

## 5.1 Det er ikke behov for forebyggende tiltak rettet mot papirløse migranter.

Tuberkulose defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Smittevern er tilgjengelig for enhver som oppholder seg i landet, dette for å beskytte den øvrige befolkningen fra smitte og forhindre en epidemi (Smittevernloven, 1994). For asylsøkere og flyktninger fra land med høy forekomst av tuberkulose er det satt strenge krav til undersøkelse ved ankomst til Norge. Dette er sykdomsforebyggende tiltak som vi er lovpålagt å utføre (Brunvatne & Heldal, 2010, 111-112). For de papirløse finnes ingen tilsvarende tiltak, til tross for at forekomsten av tuberkulose er høy også i denne gruppen (Myhrvold, 2010). I følge Siem (2010, s. 24) vil fremtidens folkehelse være preget av en sterk økning av sykdommer som påvirkes av våre sosiale forhold, og uten likeverdig tilgang til helsetjenester vil vi forsterke den sosiale ulikheten i samfunnet. Dermed vil det være vanskelig å bekjempe tuberkulose uten å tilby den samme helsehjelpen til alle. I følge Brunvatne & Heldal (2010, s. 109) er ikke tuberkulose en veldig smittsom sykdom og det vil sjeldent oppstå smitte utenfor nære relasjoner. Dette kan bety at det til tross for en høy forekomst av tuberkulose blant papirløse migranter, ikke er en reell trussel for folkehelsen i Norge. Dersom det ikke er en fare for smitte vil det heller ikke være nødvendig å iverksette kostbare forebyggende tiltak mot denne gruppen for å sikre den norske folkehelsen. Da kan man også argumentere for at det heller ikke er nødvendig med denne tette oppfølgingen av asylsøkere og flyktninger. Likevel er det vurdert slik at asylsøkere skal følges tett opp når det kommer til tuberkulose, og det er dermed nærliggende å tro at det av samme årsaker vil være nødvendig med oppfølgning også av de papirløse migrantene fra utsatte deler av verden.

En rekke determinanter er med på å påvirke den enkeltes helse. Dette kan for eksempel være arbeids- og bomiljø, helse- og velferdstjenester eller psykisk stress (Goth, 2014, s.115). De papirløses helse kan påvirkes negativt av flere slike determinanter. Dette underbygges av Myhrvold (2010) som viser til hvordan dårlige boforhold og arbeidsforhold i kombinasjon med den reduserte tilgangen på helsehjelp gjør de papirløse ytterligere utsatt for tuberkulosesmitte

sammenlignet med den øvrige befolkningen. På bakgrunn av disse risikofaktorene vil man kunne påstå at forebyggende tiltak rettet mot papirløse er nødvendig og viktig både for individet og befolkningen med tanke på risiko for smitte. Likevel er det mange som mener at de papirløse ikke burde få tilbud om helsehjelp. Argumentet for dette er ofte at de papirløse utfører en kriminell handling bare ved å oppholde seg i landet, og dermed ikke burde få dra nytte av godene i dette landet (Aarseth, et al., 2016). FNs (1966) konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter fastsetter retten til helse for alle mennesker, uansett sosial status. Et argument om at de papirløse migrantene likevel ikke skal motta helsehjelp baserer seg dermed på en antakelse om at de papirløse ikke er likestilt med den øvrige befolkningen. Aarseth et. Al (2016) mener også at sykepleierne som jobber frivillig er et uttrykk i seg selv for at de papirløses behov for helsehjelp ikke blir ivaretatt i det offentlige. Det opprettes stadig slike lavterskeltilbud i de store byene, også i Norge, hvor sykepleiere og annet helsepersonell tilbyr de papirløse helsehjelp utover deres rettigheter. Samtidig vil ikke uenighet mellom sykepleiere i seg selv være bevis for at dagens ordning er feil. I beste fall vil man kunne argumentere at sykepleiernes misnøye med dagens tilbud gjør at det er nødvendig å åpne for diskusjon rundt tema.

## 5.2 Papirløse migranter har barrierer for å oppsøke helsehjelp.

Det finnes flere ulike barrierer for at papirløse migranter velger å oppsøke helsehjelp. Språk er en av disse barrierene. Tap av evne til å uttrykke seg tilfredsstillende er en stor utfordring når du kommer til et nytt land (Viken & Magelssen, 2010, s. 74). Som sykepleier er det din oppgave å legge til rette for en trygg situasjon og sikre at informasjonen kommer frem. Ved en alvorlig diagnose som tuberkulose er det viktig at informasjonen blir forstått av pasienten for å forebygge angst, spesielt om pasienten kjenner tuberkulose som en dødelig sykdom fra sitt hjemland. Dette sikres ved bruk av profesjonell tolk. Til tross for anbefalinger velger mange å benytte seg av pårørende som tolk (Eide & Eide, 2007, s. 86). I 2015 hadde FN en gjennomgang av diskriminering i Norge. I en rapport ga de tilbakemelding på bekymringsverdige forhold hvor bruk av barn og pårørende som tolk var et av hovedpunktene. De påpeker et høyt forbruk av uprofesjonell tolk i Norge, og beskriver dette som en trussel mot minoriteters rett på likeverdig helsehjelp (Forente Nasjoner, 2015). På bakgrunn av en slik kritikk er det grunnlag for å endre praksis, og innføre bruk av profesjonell tolk som rutine i møtet med fremmedspråklige pasienter. På en annen side er det flere pasienter som ønsker å avstå fra bruk av profesjonell tolk. Dette begrunnes med at de ikke stoler på tolkens taushetsplikt, spesielt

med sensitiv informasjon, slik som en tuberkulosediagnose kan være for mange (Viken & Magelssen, 2010, 77). Dette samstemmer med mine personlige erfaringer fra praksis, hvor vi stadig benyttet oss av tolketjenester. En pasient kunne i ettertid fortelle at privat informasjon var lekket ut i lokalmiljøet av tolken, og pasienten nektet dermed å benytte seg av tilbudet i fremtiden. Min praksisveileder kunne da fortelle at det ikke var første gang dette hadde skjedd, og at tillitt til tolkene var et problem. En mulig løsning er å være mer selektiv i valg av tolk. Om man unngår å benytte seg av en tolk fra pasientens nærområde er sjansen mindre for at tolken og pasienten har samme omgangskrets hvor informasjonen kan lekkes ut. På en annen side bor vi i et lite land, hvor innvandrermiljøene kan være små og hvor «alle kjenner alle». Alternativet man da står igjen med er å klare seg med dårlig norsk og kroppsspråk. Dette vil igjen kunne skape en utrygg situasjon med rom for misforståelser og angst hos pasienten (Viken & Magelssen, 2010, s. 76). Det er da mulig at pårørende tross alt utgjør det mest forsvarlige alternativet for å sikre at den papirløse forstår det som blir sagt, og dermed kan følge opp behandlingen av tuberkulose (Eide & Eide, 2014, s. 86).

En av de største barrierene for at papirløse migranter oppsøker helsehjelp er frykten for å bli meldt til myndighetene og deretter deportert. Mange av de papirløse er usikker på hva de har rett på av helsehjelp, og mange tror de ikke har rett på helsehjelp i det hele tatt. Dermed oppleves det som en stor risiko å oppsøke helsevesenet og risikere å bli meldt, når du likevel ikke vet om du har rett på hjelpen (Biswas, et al, 2011). Grunnet denne frykten velger mange papirløse å behandle seg selv fremfor å oppsøke helsevesen. Dette i form av selvdiagnostisering og behandling med reseptfrie legemidler eller legemidler kjøpt ulovlig (Biswas, et al, 2011). Kunnskapen om tuberkulose er heller ikke en selvfølge, og Chinouya & Adeyanju (2017) viser i sin studie hvordan flere ventet til de begynte å hoste blod før de forstod alvoret og kontaktet helsevesen. Helsepersonelloven (1999) pålegger sykepleieren taushetsplikt og man har dermed ikke lov å dele kunnskap om pasienten man tilegner seg gjennom sitt yrke. Sykepleierens taushetsplikt gjelder også den papirløse, og vil dermed hindre sykepleier i å kontakte politiet. Likevel råder det usikkerhet fra sykepleiers side. I følge Drewniak, et al (2017) er det en stor kunnskapsmangel rundt tema, og mange sykepleiere er usikre på om og når de eventuelt skal kontakte politiet. Denne usikkerheten er i seg selv grunnlag for en frykt hos de papirløse, da de risikerer at en sykepleier uten nødvendig kunnskap bryter sin taushetsplikt.

Stigmatisering vil kunne opptre som en barriere. Frykten for at omgivelsene skal trekke seg unna og se på deg som en avviker kan trolig være en faktor som fører til at man velger å ikke oppsøke helsehjelp. Tuberkulose har tidligere vært knyttet til død og et langsomt sykdomsforløp, noe som i noen grad henger ved den dag i dag. Denne oppfatningen av sykdommen kan føre til stigmatisering av den smittede (Brunvatne & Heldal, 2010, s. 107-108). I Norge har vi hatt effektiv medisinering av tuberkulose siden 1950 tallet, og det er derfor nærliggende å tro at stigmatisering ikke lenger forekommer i så stor grad her til lands (Mjell, 2011, s. 224). På en annen side kan frykten for stigmatisering begrunnes med at den papirløse kommer fra en annen del av verden, hvor effektiv behandling ikke nødvendigvis er tilgjengelig. Chinouya & Adeyanju (2017) rapporterer at flere tuberkulosesmittede opplevde stigmatisering, og beskrev en opplevelse av avvisning og at omgivelsene hadde en «frykt for å puste samme luft». Alle de afrikanske mennene som tok del i studien ble i forbindelse med tuberkulosesykdom også diagnostisert med HIV. Dette førte til at de opplevde å bli «dobbel-stigmatisert». Den ene deltakeren beskrev stigmatisering slik:

«Stigma er bare enda en sykdom slik jeg ser det.» - deltaker 2 (Chinouya & Adeyanju, 2017)

Denne personen setter opplevelsen av å bli stigmatisert på linje med hans andre diagnoser, tuberkulose og HIV. Dette sier noe om den vonde opplevelsen av å føle seg utstøtt. En annen sa:

«… mine nærmeste utstøtte meg. Det var forferdelig. For å være helt ærlig var det den verste opplevelsen i mitt liv. Noen ganger gråter jeg bare av å tenke på det» - Deltaker 1 (Chinouya & Adeyanju, 2017)

Begge deltakerne bruker sterke ord om opplevelsen av å bli stigmatisert. Om en papirløs migrant opplever en slik følelse av isolasjon og fremmedgjøring ved tuberkulosesmitte kan dette føre til depresjon og andre psykiske vansker. Slike påkjenninger vil igjen virke som en determinant og påvirke helsen negativt og gjøre personen mer sårbar for sykdom.

### 5.3 Sykepleiere har barrierer for å tilby de papirløse helsehjelp.

Det er sykepleierens ansvar å kunne vise kulturell forståelse i møtet med mennesker med en annen bakgrunn enn dem selv. En barriere for at de papirløse mottar helsehjelp er nettopp kulturell misforståelse. Flere studier viser til hvordan ulike oppfatninger av konsepter som sykdom, død, kjønnsroller og normer kan skape vanskeligheter mellom helsepersonell og

pasienten (Drewniak, et al, 2017). I møtet med en annen kultur er det da viktig at sykepleier kan utøve kulturspesifikk omsorg. Sykepleieren kan da velge en av de tre fremgangsmåter presentert i Leiningers teori i møtet med pasienten. Så lenge det ikke går utover det strenge behandlingsregime ved tuberkulose burde sykepleier strebe etter å la pasienten bevare sitt kulturelle ståsted. Har pasienten en kulturelt betinget oppfatning som går på bekostning av behandlingen vil sykepleier måtte forsøke å forhandle eller endre en slik oppfatning. Dette er utfordrende og krever mye av sykepleieren, men vil være nødvendig da en ufullstendig behandling av tuberkulose ikke er et alternativ (Masters, 2015, s. 2014) Dette bekreftes av Hansen (2011, s.151) som sier vi skal ta kulturelle hensyn, men ikke på bekostning av den sykepleiefaglige kunnskapen.

Et ord kan ha ulikt innhold og betydning for den enkelte, og misforståelser har lett for å oppstå (Eide & Eide, 2014, s. 83). Disse ulike forståelsene gjør at pasientens reaksjon på sykdom oppfattes som uforutsigbar og irrasjonell for sykepleier, som igjen kan føre til at pasientens tillitt til sykepleier svekkes (Drewniak, et al, 2017). En slik irrasjonell reaksjon kan også oppstå om den papirløse er fra et land hvor tuberkulose regnes som en dødsdom, og dermed reagerer med panikk og angst. For sykepleieren vil dette kunne virke som en overdreven og uforståelig reaksjon da vi har en effektiv behandling for sykdommen i Norge. For å kunne kommunisere rundt helseproblemer er det derfor viktig med kunnskap om hverandres kulturelle rammer og utgangspunkt (Eide & Eide, 2014). Dette underbygges av Leininger som mener at transkulturell sykepleie er essensielt for å fremme velvære og helse på en tilfredsstillende måte (Masters, 2015, s. 217). Ved mangel på forståelse er det sykepleiers oppgave å tilegne seg denne kunnskapen ved hjelp av kulturell datasamling (Hansen, 2011, s. 154). På en annen side er Norge et land med mennesker fra 213 ulike nasjoner, og man kan argumentere med at det er for mye å forvente at sykepleier skal kunne tilpasse seg så mange ulike kulturer. Likevel vet vi hvor de største innvandrergruppene kommer fra, og til tross for manglende statistikk gir blant annet media og politikken oss en indikasjon på hvilke land de papirløse har sin opprinnelse. Å sette seg inn i deler av kulturene til de største gruppene i Norge vil bidra til at vi vil kunne tilby en mer helhetlig og god sykepleie til de papirløse migrantene (Hansen, 2011, s. 154).

Det er en hårfin balanse mellom kulturell forståelse og fordommer, og et velment ønske om å forstå kan fort gå over i feilaktige antakelser om en person (Drewniak, et al, 2017). Papirløse migranter er en svært heterogen gruppe, og også innenfor de samme kulturene er det store individuelle forskjeller (Hansen, 2011, s. 137). Flere studier viser til en ulik helsetilstand blant

minoritetsgrupper og majoritetsgrupper. Det er mange faktorer som bidrar til dette, inkludert økonomi, levestandard, utdannelse og så videre. Fordommer fra helsepersonell er også en faktor som bidrar til en slik ulikhet (Drewniak, et al, 2017). Det er stigma knyttet til en sykdom som tuberkulose, og hvordan sykepleiere reagerer i møtet med diagnosen kan også variere. Dette er en sykdom som ofte knyttes opp til afrikanske land, da det er en høyere forekomst i disse landene enn i Norge. Forfatterne i studien viser også til hvordan sykepleiere knytter andre sykdommer til Afrikanske land, som ikke er faktabasert eller knyttet til deres genetikk. Da går vi over fra en kulturforståelse til en fordom. Som sykepleier er det som sagt ditt ansvar å tilegne seg kunnskap og forståelse for andre kulturer, og ved hjelp av denne kunnskapen kunne handle kunnskapsbasert og respektfullt ovenfor pasienten. Som sykepleier skal du strebe etter å yte rettferdig og verdig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Men selv om sykepleier jobber mot å være fordomsfri er det ikke dermed sagt at det er tilfellet. Helsepersonell har en tendens til å tro det finnes mye fordommer i helsevesenet men lite tro på at dette gjelder sin yrkesgruppe, eller seg selv. Drewniak, et al. (2017) sier denne «blindheten» kommer tydelig frem i flere ulike studier og til tross for at resultater tilsier at det opptrer i alle yrkesgruppene. Om man ikke selv *tror* at man har fordommer mot andre vil det være unaturlig å jobbe mot å eliminere de, og dermed vil fordommene bestå. En annen tolkning vil kunne være at de fleste er klar over sine fordommer, men synes det er vanskelig å innrømme de, og dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke aktivt kan gå inn for å kvitte seg med dem.

## 5.4 Lovverket strider mot etiske prinsipper.

Som sykepleier skal du yte profesjonell omsorg ovenfor pasienten. Denne omsorgen reguleres ifølge Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 87-89) av fagkunnskapen, etikken og juridiske retningslinjer. Stort sett faller dette naturlig, og det er åpenbart hva som er det rette å gjøre. Når det kommer til de papirløse migrantene opplever mange sykepleiere at etikken ikke er forenelig med juridiske retningslinjer (Sandblom & Mangrio, 2016). Denne oppfatningen kommer også frem blant de norske allmennlegene (Aarseth et al, 2016). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at *enhver* har rett på akutt og nødvendig helsehjelp. Sammen med smittevernloven (1994) som gir rett til behandling av smittsom sykdom, utgjør dette de papirløses rett til helsehjelp i Norge. Faren med en slik begrensing er at symptomer på tuberkulose kan feiltolkes som forkjølelse eller lungebetennelse, noe som kan resultere i at den papirløse blir avvist på bakgrunn av at han tilsynelatende ikke har rett på behandling. Papirløse har ved flere tilfeller

blitt nektet helsehjelp, hvor det i ettertid har vist seg å være behov for øyeblikkelig hjelp (Drewniak, et al, 2017). Denne begrensningen i tilbud om helsehjelp har ført til at helsepersonell jobber frivillig for å sikre et tilbud til de papirløse. Dette begrunnes med en etisk forpliktelse til å hjelpe de svake i samfunnet (Sandblom & Mangrio, 2016). De etiske prinsippene gir mye av grunnlaget for yrkesetikken i helse. Etikken forteller oss at vi skal søke rettferdighet og strekke oss for å gjøre andre vel (Nortvedt, 2012). De frivillige sykepleierne følte at lovverket ikke ga de papirløse de rettighetene de fortjener, og følte seg dratt mellom lovverk og etiske forpliktelser (Sandblom & Mangrio, 2016). Likevel viser legeforeningens studie at 70% av legene vil gi helsehjelp til de papirløse utover hva de tolker loven gir de rett på. De begrunner også dette med etikk, men gir ikke denne hjelpen gjennom frivillig arbeid (Aarseth, et. Al, 2016). Hvordan man kan utøve helsehjelp utover det som oppfattes som rettmessig kan begrunnes med at formuleringen av loven gir rom for tolkning. Loven sier at enhver har rett på «nødvendig helsehjelp» uten å spesifisere hva slags helsehjelp dette faktisk innebærer. I følge Molven (2012, s. 74) må etikken som hovedregel vike for jussen, til tross for hva sykepleier selv føler er riktig. Ved uklare lovbestemmelser slik som pasient- og brukerrettighetslovens paragraf om *nødvendig* helsehjelp vil etikkens rolle bli sterkere, og blir et relevant argument. Dermed vil hva som er nødvendig til en viss grad bli opp til den enkelte utøver. Portvaktbarrieren viser hvordan rom for tolkning kan slå begge veier hvor sykepleiere har unnlatt å gi helsehjelp til innvandrere som i ettertid ble vurdert som akutt eller nødvendig. Dette på grunn av lite kunnskap eller fordommer (Drewniak, et al, 2017).

## 6.0 KONKLUSJON

Tuberkulose kan være en alvorlig sykdom som kan true folkehelsen. Dette ser i historisk sett i Norge og per dags dato internasjonalt. Siden tilnærmet alle smittede i Norge i dag er av utenlandsk opprinnelse er det hit vi må rette blikket. Vi har allerede iverksatt forebyggende tiltak rettet mot asylsøkere og flyktninger fra utsatte land, og det vil med tanke på den høye forekomsten av tuberkulose blant papirløse være naturlig og nå iverksette tiltak rettet mot dem. De papirløse har i dag rett på smittevern, men utfordringen ligger i å utøve helsehjelpen. Flere barrierer er til hinder for at de papirløse oppsøker helsehjelp, og om de først velger å søke hjelp risikerer de å bli møtt med fordommer og kulturell misforståelse. Målet fremover må dermed være å bryte ned de ulike barrierene for å minske avstanden mellom de papirløse og det norske helsevesen. Mye tyder på at begge parter er preget av mangel på kunnskap, og informasjon om lovverk, rett på tolk og utøvelse av kulturelt tilpasset sykepleie ville bidratt i riktig retning. Et tydeligere lovverk med mindre rom for tolkning ville sikret at den papirløse fikk helsehjelpen som det er krav på, men ville også kunne begrenset de utøverne som i dag velger å gi helsehjelp utover lovverkets rammer. Som sykepleier er du pliktig å underordne deg lovverket, men med dagens formulering vil etikken kunne legge føringer på hva som er riktig å gjøre i ulike situasjoner, og det er dermed til en viss grad opp til den enkelte. Smittevern er en viktig oppgave som sykepleier, og med en økende forekomst av tuberkulose er det viktig å rette fokuset mot dette slik at vi kan jobbe med å forebygge en videre økning i antall tilfeller. Å sikre at den papirløse får det den har rett på er en viktig oppgave, da dette ikke alltid er tilfellet.

# 7.0 LITTERATURLISTE

Aarseth, S., Kongshavn, T., Maartmann-Moe, K. & Hjortdahl, P. (2016) Papirløse migranter og norske allmennleger. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening;* 136(10) 911-3

Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Norredam, M. (2011) *Access to healthcare and alternative healthseeking strategies among undocumented migrants in Denmark.* BMC Public health, 2011, 11:560

Brunvatne, R. & Heldal, E. (2010) Smittevern. I Kumar, B. & Viken, B. (Red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv.* Fagbokforlaget

Chinouya, M.J & Adeyanju, O. (2017) *A disease called stigma: The experience of stigma among african men with TB diagnosis in London*. Public Health 145 (2017) 45-50

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving.* Gyldendal Akademisk

Drewniak, D., Krones, T. & Wild, V. (2017) Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal og Nursing Studies.* 70: 89-98

Eide & Eide (2014) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk.* Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet (2016) Hentet 25. April fra https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tuberkulose---faktaark/

Folkehelseinstituttet (2016) Hentet 25. April fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/tuberkuolse-arsrapport-2015-pdf.pdf

Folkehelseloven (2011) Lov om folkehelsearbeid. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven

Forente Nasjoner (1966) Konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Hentet den 19. Mai fra http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-oekonomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter

Goth, U-S (2014) *Folkehelse i et norsk perspektiv.* Gyldendal Akademisk

Hansen, I. (2011) Interkulturell sykepleie. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1.* Gyldendal Akademisk

International council of nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses.* Hentet 24. Mai fra: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Kristoffersen, N., Nortvedt, P. & Skaug, E-A (2011) Om sykepleie. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1.* Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. & Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1.* Gyldendal Akademisk

Masters, K. (2012) *Nursing theories -A framework for professional practice.* Jones & Bartlett Learning

Mjell, J. (2011) Sykdommer i respirasjonsorganene. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.) *Sykdom og behandling.* Gyldendal Norsk Forlag AS

Molven, O. (2012) *Sykepleie og jus.* Gyldendal juridisk

Myhrvold, T. (2010) Illegale ved sin blotte eksistens. Om papirløse migranters helsestatus og behov for helsetjenester. En systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden*, 30(3) 38-43

Nordtvedt, P. (2012) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk.* Gyldendal akademisk

Norsk organisasjon for asylsøkere (udatert) Hentet 25. April fra: file:///C:/Users/loone/Downloads/Q-A-papirlose.pdf

Norsk sykepleieforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 04. Mai fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Sandblom, M. & Mangrio, E. (2016) The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian Journal of Caring sciences.*

Siem, H. (2010) Migrasjonsprosesser og folkehelse. I Kumar, B & Viken, B. (Red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 19-26) Fagbokforlaget

Smittevernloven (1994) Lov om vern mot smittsomme sykdommer. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven

Tidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter.* Universitetsforlaget

Viken, B. & Magelssen, R. (2010) Kulturelle forskjeller og dialog. I Kumar, B. & Viken, B. (Red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv.* Fagbokforlaget

World Health Organization (2016) Global tuberculosis report. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1