

Papirløse migranter og norske allmennleger

BAKGRUNN Papirløse migranter i Norge har begrensede rettigheter. Vi ønsket å undersøke i hvilken grad norske allmennleger behandler denne gruppen og deres begrunnelse for å gjøre det samt kartlegge hvilke helseproblemer som ble presentert.

MATERIALE OG METODE En internetbasert spørreundersøkelse ble i 2010 sendt til 3 994 allmennleger som var medlemmer av Legeforeningen.

RESULTATER 1 027 allmennleger svarte. 237 (23 %) anga at de hadde behandlet papirløse migranter. Psykiske problemer, svangerskapsrelaterte forhold og luftveisplager var de hyppigst rapporterte årsakene til kontakt. Av de 237 allmennlegene som oppga at de hadde behandlet papirløse migranter, anga 166 (70 %) at de ville fortsette med å ta imot disse pasientene.

FORTOLKNING At de fleste allmennleger som hadde behandlet papirløse migranter ville fortsette å ta imot denne pasientgruppen og dermed tilby helsetjenester utover det gruppen har krav på, anser vi som et ønske om å leve opp til norske legers etiske retningslinjer.

Det er anslått at det i 2006 var 18 000 papirløse migranter i Norge (1). Avslag på asylsøknad eller utgått turistvisum er vanlige årsaker til at mennesker oppholder seg ulovlig her i landet. Man antar at det finnes 1,9–3,8 millioner papirløse migranter i EU (2, 3).

Som alle andre trenger disse menneskene helsetjenester. Noen har kroniske lidelser, andre er disponert for sykdom på grunn av en stressende livssituasjon. Papirløse migranternes helsetjenestebehov er en utfordring for helsevesenet. Norge signerte i 1972 den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som ble norsk lov i menneskerettsloven fra 1999. I konvensjonens norske oversettelse heter det: «Konvensjonens partene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk» (4). Dette innebærer at helsetjenester skal være tilgjengelig, også økonomisk.

I henhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften hadde papirløse migranter på tidspunktet for denne undersøkelsen rett til øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten, rett til behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer og alvorlig psykisk lidelse, rett til svangerskapsomsorg og til helsetjenester til barn.

Henvendelser fra papirløse migranter kan sette legen i et moralsk dilemma – på den ene side offentlige signaler om et begrenset tilbud, på den annen side legeetikkenes krav om å hjelpe dem som trenger hjelp. Det er lite kunnskap om hvor ofte leger møter disse problemstillingene og hvordan de håndterer den.

Vi ønsket å få kunnskap om i hvilken grad allmennleger hadde kontakt med papirløse migranter, hvem disse legene var og hvor de befant seg og om de tilbød behandling utover

det som fremgikk av gjeldende retningslinjer. Vi ønsket også å få vite mer om de papirløse migrantene og hva de søkte lege for.

Materiale og metode

Studien ble utført i juni 2010 som en internetbasert spørreundersøkelse. Vi benyttet Questback og purret to ganger. Erfaringer fra en tidligere begrenset kartlegging (5) dannet grunnlag for spørsmålene, i hovedsak flervalgsspørsmål. Begrepet «udokumenterte migranter», som er mest brukt internasjonalt, ble i spørreskjemaet definert som ulovlige innvandrere og papirløse innvandrere (6). «Papirløse migranter» er det mest brukte begrepet i Norge og er derfor benyttet i denne artikkelen.

Informasjon om legen omfattet kjønn, alder, spesialiststatus, kommunestørrelse, legekantorstørrelse og helseregiontilhørighet. Inndeling i Helse Sør og Helse Øst ble beholdt for å kunne ha et noe bedre grunnlag for å vurdere den geografiske fordelingen. Legene ble også spurt om det var eller hadde vært asylmottak i kommunen.

De legene som tok imot disse pasientene, ble spurt om de kun tok imot dem som hadde rett til behandling, eller om de tok imot denne pasientgruppen uansett kontakårsak.

Legene ble bedt om å oppgi kjønn, alder, diagnose, opprinnelsesland og eventuell årsak til status som papirløs på den siste pasienten de hadde behandlet eller den siste de husket.

Kontakårsaken ble angitt som én ICPC-2-diagnose eller i fritekst. Fritekstdiagnoser ble klassifisert i henhold til ICPC-2 av forfatterne (7, 8). Fordi materialet er lite og svarprosenten var lav, er det ikke gjort statistiske analyser. Det ble ikke samlet inn personidentifiserbar informasjon, det ble heller ikke brukt helseregistre. Vi anså det derfor

Svein Aarseth

svein.aarseth@vikenfiber.no
Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Trygve Kongshavn

Fjell Legesenter
Drammen

Kjell Maartmann-Moe

Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
og
Helsedirektoratet

Per Hjortdahl

Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Allmennleger over hele Norge har kontakt med papirløse migranter

Om lag 70 % av legene som tar imot papirløse migranter, vil fortsette med dette, uansett kontakårsak

ikke som nødvendig med godkjenning fra etisk komité. Bruk av legeforeningens register ble godkjent av Norsk samfunnsviten-skapelig datatjeneste (NSD).

Over 99 % av norske allmennleger er medlemmer av Allmennlegeforeningen (personlig meddelelse Anders Taraldset, Den norske legeforening). Medlemmer med registrert e-postadresse ble invitert til å delta. De som ikke hadde drevet praksis de siste seks måneder, ble sjaltet ut etter første spørsmål.

Det var 4 612 ikke-pensjonister med adresse i Norge. Av 4 561 medlemmer sto 4 098 oppført med e-postadresse, men kun hos 3 994 fungerte denne. Disse fikk tilsendt spørreskjemaet. I 131 svarte, hvorav 1 027 av de 3 994 (26 %) hadde drevet praksis de siste seks måneder. Kvinner utgjorde 39 % av dem som svarte og 34 % av dem som ikke svarte. De som svarte, utgjør et representativt utvalg av legene ut fra statistikk fra Legeforeningen (9).

Resultater

237 leger (23 %) svarte at de hadde hatt kontakt med papirløse migranter, 153 av dem hadde hatt slik kontakt i løpet av de siste tre måneder. Pasientene var i alle aldersgrupper. Hovedtyngden var imidlertid voksne, i aldersgruppen 19–66 år. Pasientene kom fra 40 land, de fleste fra land i Afrika og Asia. Menn utgjorde 59 % og kvinner 41 %. 34 % av legene som hadde behandlet papirløse migranter, jobbet i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere, mot 26,1 % av de øvrige legene.

I hver av Norges helseregioner oppga omtrent en firedel av dem som svarte at de hadde hatt kontakt med papirløse migranter (spredning 17–26 %).

Av de 237 legene som oppga at de hadde behandlet papirløse migranter, anga 166 (70 %) at de ville fortsette med å ta imot disse pasientene – uavhengig av type helseproblem. Av de øvrige 71 hadde 52 behandlet pasienter som øyeblikkelig hjelp, 17 hadde behandlet pasienter med mistanke om allmennfarlig smittsom sykdom og 17 hadde behandlet personer med alvorlig psykisk lidelse. 16 hadde behandlet/undersøkt gravide og ti hadde behandlet barn.

Kontaktårsaken refererer til den siste kontakten legen hadde hatt eller husket å ha hatt med en papirløs migrant og er oppgitt i 160 tilfeller. I 120 av disse tilfellene hadde legen hatt kontakt i løpet av de siste tre månedene. Psykiske problemer utgjorde 29 % av tilfellene, og angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse var dominerende diagnoser. Det var svangerskapsrelaterte problemstillinger hos 14 % av pasientene, sykdommer i luftveiene hos 11 % og «allment og uspesifisert» (der infeksjoner er en stor gruppe) hos 8 %. Hos de 48 der legen hadde oppgitt

at asylsøknaden var avslått, var det psykiske problemer hos hele 50 %.

Diskusjon

Forskning på papirløse migranter er krevende. De er redde, lever i skjul, finnes ikke i statistikker eller registre og snakker ofte ikke norsk. Dersom vi som leger ønsker å forbedre helsetjenesten til denne marginaliserte pasientgruppen, har vi behov for mer kunnskap om den. I tidligere studier har man i stor grad tatt utgangspunkt i kartlegginger gjort ved klinikker utenom det offentlige helsevesen som oppsøkes av papirløse migranter (10–12).

Med utgangspunkt i Allmennlegeforeningens register kunne vi nå nær alle allmennleger i Norge og spørre om deres erfaring med papirløse migranter. Denne tilnærmingen har gitt oss ny innsikt i norske allmennlegers kontakt med denne gruppen, men metoden har svakheter. Selv om nær 100 % av norske allmennleger er medlemmer av Allmennlegeforeningen, manglet det fungerende e-postadresse hos 10 % av dem, og om lag 20 % var midlertidig borte fra sin praksis og kunne derfor ikke inviteres til å delta i denne studien.

Papirløse migranter søker helsehjelp over hele Norge. I vår studie rapporterer allmennleger i alle helseregioner, i små og store kommuner, kontakt med papirløse migranter. Dette funnet står i kontrast til funnene i en nederlandsk undersøkelse fra 1997, som indikerer at det er allmennleger i fattigstrøk i store byer som først og fremst har kontakt med denne pasientgruppen (13). En praktisk konsekvens er at norske allmennleger over hele landet må forvente å møte pasientgruppen, ikke bare leger i urbane strøk. Kartleggingen omfattet også allmennlegers bruk av tolk. Resultater fra spørsmålene som omhandlet bruk av tolk er tidligere publisert (9).

Ut fra denne undersøkelsen synes norske allmennleger å møte de samme helseproblemer hos papirløse migranter som dem leger ellers i verden møter (11, 12). Først og fremst gjelder det psykiske problemer, hvor en stressende livssituasjon før de kom til Norge, opphold i mottak og tilværelsen som papirløs migrant kan være medvirkende faktorer. I vår studie rapporterte legene at 50 % av dem som hadde fått avslag på asylsøknaden, kom på grunn av psykiske problemer, sammenliknet med 29 % for gruppen som helhet, men det er stor usikkerhet knyttet til tallene. I en svensk studie var forekomsten av angst, depresjon og selvmordstanker ti ganger så høy hos papirløse migranter som i den svenske normalbefolkningen (10). En oversikt over migrasjon og mental helse i Europa indikerer at det sammenliknet med normalbefolkningen er økt forekomst av schizofreni hos migranter, hos flyktninger

og især hos papirløse migranter. Angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse er vanlige diagnoser (11).

Doctors of the World (Médecins du Monde) gjennomførte en kartlegging i 2007 der 835 leger fra ni europeiske land deltok (12). Fordøysessykdommer, «allment og uspesifisert» og muskel- og skjelettplager var de problemene papirløse migranter ble diagnostisert med. Det indikerer at gruppen har mange av de samme helseplagene som normalbefolkningen (14).

I 2012 ble det i forskrift fastsatt hvilke helserettigheter papirløse migranter skal ha (15). Den er avløst av *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket*, som gir rett til øyeblikkelig hjelp, nødvendig helsehjelp som ikke kan vente, rett til helsehjelp for gravide og barn og for alvorlig psykiske syke. Pasientene må selv betale for helsetjenestene.

Slik vi vurderer det, er det i dag ikke politisk vilje til å gi denne gruppen mennesker vanlig tilgang til helsetjenester. Det er nasjonale og lokale retningslinjer for håndtering av asylsøkere, flyktninger og dem som har fått familiegjenforening, men ikke for hvorledes papirløse migranter skal møtes. Som Schengen-medlem er Norges forpliktelser overfor asylsøkere uendret, noe som gjør at resultatene av denne kartleggingen fortsatt er aktuelle. På kartleggingstidspunktet hadde våre naboland tilsvarende begrensninger, mens andre land, blant annet Spania og Italia, ga dokumenterte migranter større rettigheter (2).

Responsraten i denne studien var lav, 28 %, men omtrent som forventet når det gjelder elektroniske spørreskjemaundersøkelser (16, 17). 23 % av respondentene oppga å ha behandlet pasienter som var uten lovlig opphold i landet. I vår undersøkelse i 2007 (5) var svarprosenten 37. Høyere svarprosent den gang kan være betinget i at spørreskjemaet var kortere. 43 % oppga da å ha behandlet pasienter uten lovlig opphold.

Det er grunn til å anta at allmennleger som i utgangspunktet er positive til å behandle papirløse migranter, i større grad har besvart spørreundersøkelsen enn leger som ikke er positive til dette. Studien er retrospektiv, noe som medfører fare for erindringsfeil. Dette og den relativt lave svarprosenten gjør at man bør være forsiktig med å generalisere ut fra våre funn. Vi mener likevel at de gir nyttig informasjon om pasientgruppen.

Papirløse migranternes rett til helsetjenester er også et politisk tema. Mange politikere mener det er uakseptabelt at denne gruppen ikke får helsetjenester på linje med norske innbyggere (18). De store politiske partiene og regjeringspartiene er ikke av den oppfatningen og bruker begrensede helserettigheter som et instrument i innvandringspolitikken (19–21).

Norske leger er forpliktet av sitt legeløfte, Legeforeningens etiske regler og World Medical Association's Code of ethics (22). Disse slår fast at leger skal yte helsetjenester etter behov, uavhengig av pasientens sivile eller politiske status. I vår studie indikerte 70 % av de legene som hadde behandlet papirløse migranter at de vil fortsette å ta imot pasientgruppen, uavhengig av hvilke helseproblemer de kommer med. De resterende 30 % vil kun behandle denne gruppen i henhold til gjeldende retningslinjer. Vi stilte ikke det samme spørsmålet til dem som ikke hadde behandlet papirløse migranter, så deres holdning kjenner vi ikke.

Lov og forskrift ga på kartleggingstidspunktet rom for fortolkninger. Hvorvidt papirløse vil få alminnelig helsehjelp, vil ofte være avhengig av den enkelte leges personlige syn på norsk innvandringspolitikk og hans eller hennes vurdering av legeetikken – en situasjon som ofte setter legen i et moralsk dilemma (23). En kvalitativ studie fra Norge støtter dette synet (24). Måten lege-pasientrelasjonen ivaretas på, avhenger av legens etiske vurderinger, satt opp mot forpliktelser etter internasjonale konvensjoner.

Det faktum at det på frivillig basis er opprettet helsetjenester for papirløse migranter, må også ses som et uttrykk for at denne gruppens helsetjenestebehov ikke blir imøtekommet i det offentlige helsevesen. Da studien ble gjennomført, var en lavterskelklinikk blitt åpnet i Oslo i regi av Kirkens bymisjon og Røde Kors. I Bergen ble det opprettet et tilbud i 2014. Utover i landet er gruppen imidlertid fortsatt avhengig av å kontakte allmennlege eller legevakt for å få vanlige helsetjenester.

Konklusjon

Papirløse migranter er en liten, marginalisert pasientgruppe som oppholder seg i alle deler av landet. 23 % av allmennlegene som besvarte vår undersøkelse, hadde tatt imot og behandlet gruppen, og av disse ville 70 % fortsette med å ta imot disse pasientene, uansett helsebehov. Dette betyr at de vil tilby helsetjenester utover det pasientgruppen har krav på etter lov og forskrift. De resterende 30 % ville kun gi behandling i henhold til gjeldende retningslinjer.

Helsetjeneste til papirløse migranter reiser viktige medisinske, etiske og politiske spørsmål som krever mer innsikt og forskning, faglig og politisk diskusjon og humanitær handling.

Vi takker Den norske legeforening og Allmennlegeforeningen for velvilje og Lisbeth Kongsvik for viktig hjelp til Questback-undersøkelsen. Arbeidet er støttet med stipend fra Allmennmedisinsk forskningsfond.

Svein Aarseth (f. 1950)

er spesialist i arbeidsmedisin og i allmennmedisin og fastlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trygve Kongshavn (f. 1953)

er spesialist i allmennmedisin og fastlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjell Maartmann-Moe (f. 1951)

er spesialist i allmennmedisin og seniorrådgiver.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Hjortdahl (f. 1946)

er spesialist i samfunnsmedisin og professor i allmennmedisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Zang L-C. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Rapport nr. 11/2008/. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2008. www.ssb.no/a/english/publikasjoner/pdf/doc_200811_en/doc_200811_en.pdf [22.4.2016].
2. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. Rapport. Paris: Huma network, 2009. www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/Legislative-Rapport-HUMA-Network.pdf [22.4.2016].
3. Carrera S, Merlino M. Undocumented immigrants and rights in the EU. Rapport. Brussel: CEPIS (Centre for European Policy Studies), 2009. <https://core.ac.uk/download/files/213/5087071.pdf> [22.4.2016].
4. International covenant on economic, social and cultural rights. Genève: FN, 1966. www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx [22.4.2016].
5. Aarseth S, Kongshavn T, Kristiansen O. Går papir-

løse innvandrere til allmennlege? Utposten 2009; nr. 4: 7–11.

6. Biffl G. Definitions and methods of estimation of undocumented migrants. I: Biffl G, Altenburg F, red. Migration and health in nowhereland. Bad Vöslau: Omnium, 2012.
7. Okkes I, Jamoulle M, Lamberts H et al. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. Fam Pract 2000; 17: 101–7.
8. ICPC-2. International Classification of Primary care. Oxford: Oxford University Press, 1998.
9. Legestatistikk. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/> [22.4.2016]
10. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Stockholm: Läkare Utan Gränser, 2006. www.temaasyl.se/Documents/Organisationer/MSF/StudieGomdaSverige.pdf [22.4.2016].
11. Eick F. Årsrapport 2015 – om det skjulte helsebehovet. Oslo: Kirkens bymisjon, 2015.
12. Chauvin P, Parizot I, Drouot N et al. European survey on undocumented migrants' access to healthcare. Paris: Médecins du Monde, European Observatory on Access to Health Care, 2007.
13. Reijneveld S, Verheij R, van Herten L et al. Contacts of general practitioners with illegal immigrants. Scand J Public Health 2001; 29: 308–13.
14. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy Plan 2014; 29: 818–30.
15. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255> [22.4.2016].
16. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys [CHERRIES]. J Med Internet Res 2004; 6: e34.
17. Sheehan KM. E-mail survey response rates: a review. J Comput Mediat Commun 2001; 6: 2.
18. Skille ØB. – Politiet må ta dem. www.nrk.no/norge/-politiet-ma-ta-dem-1.6454439 [22.4.2016].
19. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. Eur J Public Health 2012; 22: 267–71.
20. Vernon G. Denunciation: a new threat to access to health care for undocumented migrants. Br J Gen Pract 2012; 62: 98–9.
21. de Zulueta P. Asylum seekers and undocumented migrants must retain access to primary care. BMJ 2011; 343: d6637.
22. Statement on medical care for refugees, including asylum seekers, refused asylum seekers and undocumented migrants, and internally displaced persons. New York, NY: World Medical Association, 2010.
23. Dauvin M, Lorant V, Sandhu S et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study. BMC Res Notes 2012; 5: 99.
24. Hjelde KH. «Jeg er alltid bekymret». Rapport nr. 1/2010. Oslo: Nakmi (Nasjonal kompetansenet for minoritetshelse), 2010.

Mottatt 17.10. 2014, første revisjon innsendt 30.5. 2015, godkjent 22.4. 2016. Redaktør: Lars Frich.