

Helse for alle eller bare nesten alle?

Erfaringer med helsehjelp til papirløse migranter

Michael 2026; 23: 117–125

doi: 10.5617/michael.13327

Papirløse migranter utgjør en liten gruppe som lever marginaliserte liv, med spesielle behov i møte med helsetjenesten. De navigerer i en kompleks hverdag preget av uformelt arbeid og midlertidige boforhold samtidig som de forsøker å ivareta egen og andres helse. Mange har sammensatte helseutfordringer og behov for langvarig oppfølging. Rettighetsbegrensninger, språkproblemer, manglende personnummer og frykt for utsendelse påvirker behandlingsforløp og gir praktiske hindringer i klinisk arbeid. I denne kronikken belyser vi konkrete kliniske og organisatoriske utfordringer med utgangspunkt i en kasuistikk og egne erfaringer fra Helsesenter for papirløse migranter, og vi peker på løsninger som kan bidra til tryggere og mer likeverdige møter mellom leger og denne pasientgruppen.

Rett til helsehjelp er en grunnleggende menneskerett (1). Likevel lever noen mennesker i Norge uten tilgang til nødvendige helsetjenester. Papirløse migranter har i hovedsak kun rett til øyeblikkelig helsehjelp, noe som innebærer en betydelig begrensning i deres tilgang til nødvendig behandling og oppfølging. Det er ingen som vet hvor mange papirløse migranter som oppholder seg i Norge, men et anslag er mellom 5 000 og 10 000 (2). En vesentlig andel av disse har behov for helsetjenester, men manglende rettigheter, dårlige levekår og frykt for utsendelse bidrar til at de ikke får den helsehjelpen de har behov for. Antropologen Marry Anne Karlsen har påpekt at det å være ekskludert fra de sterke nordiske velferdsstatene, byr på særskilte utfordringer sammenlignet med mange andre land med mindre utviklede velferdsordninger. Befolkningen i Norden – inkludert oss leger – har tillit til at velferdsstaten ivaretar sosiale og helsemessige behov, og organiserer seg i mindre grad for å etablere alternative hjelpeordninger for dem som faller utenfor (3). Som følge av dette kan papirløse migranter i praksis ha dårligere

tilgang til støtte og helsehjelp i de nordiske landene enn i land med svakere offentlige velferdssystemer, der sivilsamfunnet i større grad fyller tomrommet. Selv jobber vi ved en av de få institusjonene i Norge som prøver å fylle noe av tomrommet som oppstår når velferdsstaten trekker seg tilbake, nemlig Helsesenter for papirløse migranter i Oslo. Helsesenteret eies og drives av Røde Kors og Kirkens Bymisjon, med støtte fra Oslo kommune og Helse- direktoratet.

Utfordringsbildet

«Maria» er en 25 år gammel kvinne fra Romania og er en del av en gruppe tilreisende romer som prøver å tjene til livets opphold som gatearbeider. Hun har to barn i Romania som bor hos besteforeldrene. Jeg treffer Maria i en lege- konsultasjon på Helsesenter for papirløse migranter i Oslo der hun kommer for langvarig hodepine der smertestillende (paracetamol og ibuprofen) som hun tar fast, kun gir kortvarig lindring. Hun lurer på om hun kan få andre smertestil- lende og eventuelle undersøkelser som kan bidra til å avklare årsaken til hode- pinen.

Maria snakker ikke norsk eller engelsk, og konsultasjonen gjennomføres ved hjelp av telefontolk. Under konsultasjonen avdekker jeg ingen faresignaler ved hodepinen, og det er ingen unormale neurologiske eller kliniske funn.

Jeg forsøker å forklare at jeg tror hodepinen nå vedlikeholdes av medisinene hun tar mot nettopp hodepinen. Dette ser først ut til å forvirre henne, men etter hvert synes hun å akseptere at forklaringen min om medikamentutløst hodepine faktisk kan stemme. Jeg forklarer hvordan hun må forsøke å gradvis klare seg uten smertestillende og hvor lang tid dette kan ta, samt symptomer som kan oppstå underveis. Jeg finner ingen skriftlig pasientinformasjon om tilstanden på rumensk, og datasystemet lar meg ikke kopiere teksten over til Google translate, så jeg skriver ut på norsk.

Hun er helt tom for smertestillende og har ikke penger til å kjøpe medisiner. Jeg skriver derfor en papirresept på paracetamol. Der krysser jeg av for at Helse- senteret vil betale for medisinen, og instruerer henne i å gå på et spesifikt apotek som vi har avtale med. Til slutt informeres hun om å komme tilbake om noen uker på en drop in-time dersom hun ikke er bedre. Da vil hun sannsynligvis møte en annen frivillig lege, så jeg prøver å beskrive mine tanker om videre håndtering i journalen. Maria drar videre til akuttovernattingen for fattige tilreisende.

Kasuistikken om Maria rommer en del av utfordringene vi ser hos de papir- løse migrantene, selv om hun er yngre og friskere enn de fleste pasientene ved Helsesenteret. Utgangspunktet for Marias situasjon er manglende mulig-

heter til å forsørge seg selv og barna i hjemlandet. Barna måtte hun forlate for å arbeide på gaten i et fremmed land. Hverdagen er uforutsigbar, og hun får bare løfte om overnatting for fem netter av gangen dersom hun kan betale de 15 kronene det koster per natt. Hvis vi er forsinket med vår behandling på Helsesenteret og hun kommer senere enn kl 21 til akuttovernattingen, blir sengeplassen hennes gitt til en annen.

Mange av pasientene ved Helsesenteret gjør inntrykk med måten de navigerer gjennom en tilsynelatende umulig hverdag. Det er en heterogen gruppe pasienter – noen har høyere utdanning, andre er analfabeter – med opprinnelsesland fordelt over hele verden. I en studie, som nå er noen år gammel, ble det anslått at de hadde bakgrunn fra ca. 100 land fra Asia, Latin-Amerika, Afrika og Europa (4). Felles for de aller fleste er elendige levekår og utstrakt fattigdom fordi de ikke har lov til å forsørge seg selv. Til tross for dette klarer imidlertid de fleste papirløse migranter å skaffe seg midler til livsopphold og tar vare på seg selv og andre. Denne handlekraften er en form for overlevelsesstrategi som imponerer oss som jobber på Helsesenteret, og som gjør det mulig for dem å fortsette å fungere selv om de ikke har tilgang til nødvendige helsetjenester. Samtidig kan det gi problemer. For eksempel er selvmedisinering vanlig fordi pasientene ikke har råd til eller tilgang til formelle tjenester (5). De kan kjøpe legemidler på uformelle markeder eller ta dem med fra hjemlandet, gjenbruke en resept skrevet ut til en venn, eller justere doser basert på tidligere erfaringer. Dette kan lindre symptomer midlertidig, men gir også risiko for feilbehandling, interaksjoner og medikamentutløste tilstander, som i Marias tilfelle. Stilt overfor pasienter med svak helsekompetanse, som Maria, er det vanskelig å forklare sammenhengen mellom hodepinen og medisinbruken. Bruken av tolk gjør det også utfordrende å sikre at hun har forstått budskapet vårt. Det hadde vært nyttig å følge opp pasienten selv, men en legetjeneste med bare frivillige leger der pasientene møter nye leger hver gang de kommer, preges av manglende kontinuitet.

Som fastleger er det lenge siden vi har skrevet en papirresept, men på Helsesenteret må vi bruke papir fordi e-resept ikke er mulig uten personnummer eller D-nummer. De fleste pasientene har ikke økonomi til å betale medisinene selv. Derfor dekker Helsesenteret disse så langt det lar seg gjøre, enten ved å betale til apoteket, eller å hente ut fra eget medisinskap. Men et begrenset budsjett gjør at ikke alle medisingrupper kan tilbys. Noen ønsker å fornye medisiner som de har med fra hjemlandet sitt, og ikke alle disse er registrert i Norge.

Pasientene forteller om krevende liv. De som er fattige tilreisende fra EU-land, som Maria, har i teorien lov til å være her i kortere perioder, men

står utenfor det ordinære arbeidslivet i Norge. De får inntekt gjennom uformelt arbeid som for eksempel panting av flasker, salg av magasiner og tiggning. De er her på kortvarige opphold på inntil tre måneder, og mange av dem kommer tilbake flere ganger i året gjennom flere år. Denne gruppen mangler Europeisk helsetrygdekort som ytterligere vanskeliggjør tilgang til helsehjelp.

Personer fra land utenfor EU uten lovlig opphold i Norge har ikke lov til å arbeide, selv om de skulle ha en faglig bakgrunn (utdanning, erfaring) som kunne gjøre dem til attraktiv arbeidskraft. De fleste av pasientene på Helsesenteret mangler derfor egen bolig. Å mangle et trygt sted å bo er en stor kilde til stress, frykt og psykisk og fysisk uhelse. Er man uten fast bopel, forsterker det fattigdom og marginalisering fra samfunnet og øker risikoen for å bli utnyttet. Mange av pasientene på Helsesenteret sover på sofaen hos venner og flytter videre når de synes de har belastet dem nok. Det er et krevende liv å være avhengig av andres nåde! Våre råd må tilpasses en situasjon der pasientene kanskje ikke kan styre noe av hverdagen sin selv og ikke har råd til å betale for livsviktige medisiner.

Det er begrenset kunnskap om sykdomsbyrden hos papirløse pasienter. Siden de ikke har personnummer, er det umulig å forske på helsen deres gjennom vanlige registerdata. Det vi har av forskning, tyder imidlertid på at det utsatte livet de lever, har alvorlige helsekonsekvenser. Blant annet viser en nyere studie at perinatal dødelighet for barn av papirløse migranter er langt høyere enn for barn av minoritetskvinner med lovlig opphold (28 versus 6 dødsfall per 1000 barn) (6).

Generelt er vår erfaring at denne gruppen er sykere enn en vanlig fastlegepopulasjon. I tillegg til sosioøkonomiske utfordringer er det mye multimorbiditet i gruppen. Med polyfarmasi og lav helsekompetanse ville det vært ønskelig å ha regelmessig oppfølging med en fast lege. Helsesenterets ambisjon er å gi et eksellent tilbud til alle. Men som frivillige leger opplever vi stadig vekk utilstrekkelighet ved ikke å kunne gi ønsket kvalitet på tjenesten, og ved å sende pasienter med komplekse og invalidiserende tilstander ut i «ingenting». Eksempler på dette er pasienter med diabetes, hjertesykdom og kols i tillegg til dårlig tannstatus og infeksjonssykdommer.

Det er viktig at alle som arbeider i helsetjenesten, vet at disse pasientene ikke har fastlege. Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold (7) slår i § 2 fast at rett til helsehjelp fullt ut bare gjelder «for personer som har lovlig opphold i riket» (8). Forskriftens § 3 slår fast at alle som oppholder seg i riket, har rett til øyeblikkelig hjelp, og at personer under 18 år har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 4. I § 5 slås det også fast rett til

helsehjelp som ikke kan vente, nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, svangerskapsavbrudd, smittevernhjelp og helsehjelp under internering. Forskriften har aldri vært prøvd for en domstol, og det synes å være en selvmotsigelse at en lov som faktisk skal garantere helsehjelp til «alle som oppholder seg i riket», skal ha en forskrift som begrenser den så betydelig for noen. Legeforeningen har uttalt at det er medisinsk behov, ikke oppholdsstatus, som bør være avgjørende for beslutning om at helsehjelp skal gis (9). Begrensning av helsetjenester fungerer dessuten neppe innvandringsregulerende: Mye tyder på at det er eksisterende nettverk i mottakerlandet – ikke velferdstjenester eller tilgang på helsetjenester – som avgjør flyktningers valg av destinasjonsland.

Helsesenter for papirløse migranter

I 2009 opprettet Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors Helsesenter for papirløse migranter i Oslo (10). Målet var å yte helsehjelp og å gi helseinformasjon til papirløse migranter, å dokumentere papirløse migranternes helsesituasjon samt å jobbe for at papirløse migranter får like bra helsehjelp som alle andre i den ordinære helsetjenesten.

Helsesenteret har noen faste stillinger som står for daglig ledelse og koordinasjon av virksomheten. Helsetilbudet driftes av frivillig helsepersonell med ulik bakgrunn. På en vanlig vakt jobber det sykepleiere, leger, psykologer, miljøarbeidere, en sosionom, en bioingeniør og en farmasøyt sammen. Dette gir et raust og inspirerende tverrfaglig arbeidsmiljø; kanskje forsterket av en felles opplevelse av å gjøre en frivillig innsats sammen? Gynekologer, øyeleger, jordmødre, tannleger, tannpleiere, fysioterapeuter, optikere og tolker er andre frivillige som også jobber ved Helsesenteret. I 2024 var det 144 forskjellige frivillige involvert i driften.

Helsesenteret holder åpent tre dager i uken de fleste ukene i året, og to av dagene er det bare drop in-timer med frivillig helsepersonell. En dag i uken er det en fast deltidansatt lege som tilbyr avtalte timer med enkelte pasienter. Denne legen har også ansvar for å følge opp svar på prøver og epikriser, noe som ville vært vanskelig å gjennomføre for frivillige leger med sporadiske vakter. Dette tilbudet ser ut til å skape tillit, gi bedre kunnskap om hva som ligger bak helseproblemene, og til å bedre oppfølgingen. Denne legestillingen er likevel ikke tilstrekkelig til å tilby kontinuiteten som en fastlege kunne gjort.

Den som faktisk representerer kontinuiteten best, er en fast ansatt sykepleier som er til stede på de fleste vaktene. Her kan vi frivillige leger ofte få god og viktig bakgrunnsinformasjon om pasientene dersom det er behov for det, da ca. to tredjedeler av pasientene har vært på Helsesenteret tidligere.

Denne sykepleieren følger opp pasienter med svak helsekompetanse og følger med når viktige medisiner er i ferd med å ta slutt så de kan få nye. Hun fungerer dermed på mange måter som en fastlege for pasientene på Helsesenteret.

Ansatte og frivillige ved Helsesenter for papirløse migranter arbeider også med politisk påvirkning for å gi sine pasienter bedre tjenester. Deres overordnede mål er at pasientene skal bli så integrert i den offentlige helse-tjenesten at virksomheten til slutt ikke trengs lenger.

Både i Bergen og Trondheim har de ordnet seg annerledes enn i Oslo. I Bergen er det Bergen Helsehus legekontor som tilbyr allmennlegetjenester til personer uten lovlig opphold (11). Flyktningshelseteamet i Trondheim kommune tilbyr et kommunalt helsetilbud også til personer med endelig avslag som oppholder seg i kommunen (12). Vår erfaring er at det finnes pasienter uten oppholdstillatelse i mange kriker og kroker av landet, som kommer til Helsesenteret i Oslo for oppfølging, selv om det er krevende og dyrt å reise så langt. Hvis du som leser dette er lege i distrikt, og er villig til å gjøre en forskjell for mennesker i utsatte situasjoner som måtte befinne seg i ditt nærområde, ta kontakt med Helsesenteret for papirløse migranter. Her er det en mulighet til å gjøre en stor forskjell for mennesker i en utsatt gruppe.

Samhandling med øvrige helsetjenester

Av 2 044 konsultasjoner i 2024, ble det sendt 217 henvisninger til spesialisthelsetjenesten, fordelt på omtrent like mange til bildediagnostikk som til sykehusspesialist (10). Helsesenteret har en samarbeidsavtale med Diakonhjemmet sykehus som mottar flest henvisninger, men det er også nødvendig å henvise til andre sykehus med spesialiserte avdelinger. Vår erfaring er at langt færre henvisninger enn tidligere blir avslått på grunn av forskriftens begrensninger i vårt nærområde. 12 av 217 (5,6 %) henvisninger ble avslått i 2024, derav kun én begrunnet med manglende rettigheter.

Fordi de fleste av disse pasientene er bostedsløse, bes det om at timeavtale sendes til Helsesenteret som i sin tur kontakter pasientene. Dette medfører mye ekstra administrasjon, men vurderes likevel å være nødvendig for å sikre at flest mulig av pasientene møter opp til timen på sykehus. Likevel erfarer vi at en del uteblir fra avtalene, blant annet som følge av redsel for å bli kastet ut av Norge eller av frykt for ikke å ha råd til å betale for helse-tjenestene. Mange blir fortvilet når de mottar høye fakturaer for konsultasjonene, og Helsesenteret har bistått mange av pasientene med å få kreditert regninger som de ikke har råd til å betale. I 2024 dreide dette seg om et totalbeløp på hele 1,3 millioner kroner. Vi vil oppfordre helsepersonell som

jobber i helseinstitusjon, til å informere de som skal utstede regningene, om at pasienten ikke har betalingsevne. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven §5-3 skal helseinstitusjonen selv dekke utgiftene dersom pasienten ikke kan betale.

For pasienter som bor andre steder i landet, og ikke har Helsesenteret til å argumentere for seg, kan regningene føre til at de ikke tør å be om helsehjelp i det hele tatt.

Vi opplever at store deler av helsetjenesten ikke har forståelse for hva det faktisk innebærer å ha så få rettigheter til helsehjelp. De vet heller ikke hva slags helsetilbud som kan gis ved Helsesenteret. «Skrives ut til videre oppfølging hos fastlege» står det i mange epikriser. Men Helsesenteret har ingen fastleger. Det kan også forskrives behandling med dyre medikamenter som normalt dekkes av blåreseptordningen. Denne refusjonsordningen gjelder imidlertid ikke papirløse migranter, som per definisjon ikke er medlem av folketrygden. En annen viktig utfordring er at mangel på personnummer/D-nummer gjør at det ofte etableres en ny journal ved hvert nytt besøk på sykehuset for disse pasientene. Det gjør det vanskelig å finne frem til tidligere journalnotater og få oversikt over hva som er gitt av helsehjelp tidligere.

For å bidra til at helsepersonell kan få bedre kunnskap og verktøy om det å gi helsehjelp til papirløse migranter, er det utviklet et e-læringskurs som tilbys gratis via Kompetansebroen (13). Kurset tar bare 30 minutter. Gjennom en kasuistikk som følger «Sara» i møte med forskjellig helsepersonell, lærer deltakerne å finne praktiske og administrative løsninger på utfordringer i møte med papirløse migranter. Det er mulig å gi mer helsehjelp enn det som omfattes av lovverket ved å gjøre egne helsefaglige vurderinger.

Avslutning

Papirløse migranter lever utsatte liv, og har et svakt vern i den norske velferdsstaten – ofte risikerer de endog at staten kaster dem ut av landet. Papirløse migranter blir også syke, og den gruppen som søker hjelp på Helsesenter for papirløse migranter i Oslo, er som andre pasienter – bare sykere. Dette er lett å forklare ut fra den biopsykososiale modellen der kombinasjonen multimorbiditet, fattigdom, manglende bolig, lav helsekompetanse og en grunnleggende usikkerhet bidrar til fysisk og psykisk uhelse. Som helsepersonell må vi ta hensyn til alle disse faktorene og gjøre krevende avveininger mellom profesjonsetikk, faglig forsvarlighet og pasientrettigheter – utover den rent biomedisinske vurderingen.

Selv om papirløse migranter mangler lovfestede rettigheter til nødvendig helsehjelp på samme nivå som personer med lovlig opphold i Norge, kan helsepersonell likevel bidra til å møte dem på en mer human måte. Det er ikke ulovlig å gi helsehjelp og heller ikke å la være å ta betaling av pasienter uten betalingsevne (14). Ved å ta e-læringskurset (13) kan du og dine kolleger lære mer om hvordan man kan styrke vernet for denne sårbare pasientgruppen. Tar du sjansen, kan du utvide horisonten din gjennom møter med mennesker fra hele verden som bærer på utrolige historier.

Litteratur

1. FN. Verdenserklæringen om menneskerettighetene fn.no1948. <https://fn.no/assets/images/FN-kunnskap/Avtaler/FN-konvensjoner-filer/Verdenserklæringen-om-menneskerettigheter.pdf>. (10.12.2025)
2. Ligaard JS, Sivertsen OS, Nasholm L et al. Hjelp, pasienten er papirløs. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2025. doi: 10.4045/tidsskr.25.0117
3. Karlson M-A. The Limits of Egalitarianism: Irregular Migration and the Norwegian Welfare State. I: Bendixen S, Bringslid M, Vike H, red. *Egalitarianism in Scandinavia. Approaches to Social inequality and Difference*. Palgrave Macmillan, Cham, 2018; 223–243. https://doi.org/10.1007/978-3-319-59791-1_10
4. Vacková J, Maňhalová J, Rolantová L et al. Health literacy in the Roma population. *Kontakt* 2020; 22(4): 243–250. doi: 10.32725/kont.2020.021
5. Patel DK. The health of migrating street-workers in Oslo. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, 2018.
6. Eick F, Vallernes OM, Fjeld HE et al. Perinatal mortality among pregnant undocumented migrants in Norway 1999-2020: A register-based population study. *Social Science & Medicine* 2024; 353: 117055. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.117055
7. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Helse- og omsorgsdepartementet 2011. (10.12.2025)
8. Bendixen SKN, Jacobsen CM, Søvig KH. *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Juridisk, 2015.
9. Legeforeningen. Innspillrunde - Helsehjelp til personer uten fast opphold i Norge – praktisering av rettighetene. Legeforeningen 2023. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e10ddd5608874cbf9515450ebb30a147/hoeringsuttalelse-fra-legeforeningen-helsehjelp-til-personer-uten-fast-opphold-i-norge.pdf> (15.12.2025)
10. Helsesenteret for papirløse migranter. Årsmelding 2024. Kirkens bymisjon 2025. https://kirkensbymisjon.no/content/uploads/sites/28/2025/03/Arsmelding_2024-Helsesenteret.pdf (15.12.2025)
11. Bergen kommune. Tjenester til personer uten lovlig opphold (papirløse). Beren kommune 2025. <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/helsetjenester/legehjelp/tjenester-til-personer-uten-lovlig-opphold-papirlose> (15.12.2025)
12. Trondheim kommune. Flyktningshelseteamet. Trondheim kommune 2024. <https://www.trondheim.kommune.no/org/byradsavdeling-sosiale-tjenester/Flyktningshelseteamet/> (14.12.2025)

13. Kompetansebroen. Helsehjelp til papirløse migranter. Kompetansebroen 2025. <https://www.kompetansebroen.no/courses/helsehjelp-til-papirlose-migranter?> (09.09.2025)
14. Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K et al. Paperless migrants and Norwegian general practitioners. *Tidsskrift for Den norske Legerforening* 2016; doi: 10.4045/tidskr.14.1304

Anne Kveim Lie

ablie@medisin.uio.no

*Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
0318 Oslo*

Anne Kveim Lie er professor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse og utdanningsleder ved Institutt for helse og samfunn (HELSAM). Hun arbeider som frivillig lege ved Helsecenter for papirløse migranter i Oslo.

Trygve Skonnord

trygve.skonnord@medisin.uio.no

*Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
0318 Oslo*

Trygve Skonnord er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og undervisningsleder i allmennmedisin. Han er tidligere fastlege, nå frivillig lege ved Helsecenter for papirløse migranter i Oslo.