

# Møtet med den papirløse

■ ANDREA MELBERG, KRISTINE HUSØY ONARHEIM, ESPERANZA DIAZ, INGRID MILJETEIG

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

**Den norske immigrasjonsdiskusjonen setter søkelys på hvem som får komme til Norge, og hvordan norske kommuner skal håndtere det økende antall asylsøkere, og asylsøkernes rettigheter. Blant immigranter som er i Norge finner vi gruppen papirløse – eller irregulære – immigranter. Hvilke rettigheter til helsehjelp og helsefinansiering har de?**

Gjennom en syv-trinns-modell for upartisk etisk analyse, drøfter vi en konstruert sykehistorie om en papirløs pasient med diabetes type 2 (sukkersyke). Vi diskuterer to etiske dilemma: Bør en sykehusavdeling kreve full egenbetaling ved en akuttinnleggelse? Bør en allmennlege tilby oppfølging og blodsukkerregulerende behandling i primærhelsetjenesten?

I en systematisk analyse tydeliggjør vi hvilke interesser, prinsipper og verdier som står på spill i beslutninger helsepersonell tar i møte med papirløse.

## Papirløses helserettigheter

Den norske immigrasjonsdiskusjonen dreier seg om hvem som får komme til Norge og hvordan norske kommuner skal håndtere det økende antall asylsøkere, så vel som deres rettigheter. Blant immigranter som er i Norge finner vi også gruppen papirløse – eller irregulære immigranter. Mennesker som vi kaller papirløse består av asylsøkere med endelig avslag, personer som ikke er registrerte og med utgått visa. Som helsepersonell møter en papirløs pasient i primærhelsetjenesten og på sykehus. Papirløse oppholder seg ulovlig i Norge og har begrensede rettigheter. I Norge er papirløses tilgang på helsetjenester regulert av *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket* (2011), men ikke alle leger og annet helsepersonell kjenner dette regelverket. Papirløse har rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente». Det kreves full egenbetaling for disse helsetjenestene. Som ansatt i helsevesenet kan det være etisk utfordrende å møte pasienter med behov for, men ikke rett til, helsehjelp og/eller som ikke har mulighet til å betale for de tjenestene de har rett til (Karlsen, 2015).

Artikkelforfatterne har erfaring med ar-

beid med papirløse pasienter som frivillige og som allmennleger som tar imot papirløse pasienter. Dette arbeidet har ført til praktiske og etiske utfordringer: Hvilken diagnostikk, behandling og oppfølging skal pasienten eventuelt få, skal pasienten betale hele eller deler av regningen? Forskning viser at leger har valgt ulike strategier i møte med papirløse (Karlsen, 2015). Noen velger å tilby helsehjelp utover det som papirløse har rett til, enten gjennom frivillige organisasjoner eller på arbeidsplass.

Ved hjelp av en konstruert sykehistorie identifiserer vi to etiske utfordringer. Gjennom en systematisk analyse av handlingsalternativene vil vi tydeliggjøre hvilke interesser, prinsipper og verdier som står på spill i møtene med papirløse og diskutere hva som er mest etisk akseptabelt å gjøre.

## En syv-trinns etisk analyse

Etisk analyse brukes for å vurdere løsninger i situasjoner med minst to handlingsalternativ der det ikke er åpenbart hva som er mest riktig å gjøre (Manson, 2012). Vi bruker en modell for upartisk etisk analyse som bygger på Kymlicas etiske kasanalyse, modifisert av Miljeteig et al. (Miljeteig, 2010, 2013). Metoden ligner analysemodeller brukt i kliniske etikk-komiteer i norske sykehus (Førde, 2012). Gjennom syv nøkkelspørsmål går vi systematisk gjennom relevante aspekter i saken og tydeliggjør berørte parter og konsekvenser av alternative beslutninger. Målet er få frem hva som er viktigst å vektlegge, klargjøre avveininger og foreslå akseptable løsninger. Analysen tar utgangspunkt i dagens lovverk, vi analyserer hverken innholdet eller prosessen som har ledet frem til dagens regelverk.

## HOVEDBUDSKAP

Høy egenbetaling er til hinder for realisering av retten til helsehjelp for papirløse. Å kreve full egenbetaling på sykehuset og ikke å tilby behandling i primærhelsetjenesten står i konflikt med de grunnleggende medisinske-etiske prinsippene: velgjørenhet, ikke skade og respekt for pasientens autonomi. Helsepersonells autonomi står i konflikt med respekt for regelverket og fellesskapets beslutninger samt finansiering av helsetjenestene.

Med dagens regelverk avhenger papirløse pasienters tilgang til helsetjenester av den enkelte sykehusavdelings eller allmennleges etiske oppfatning samt skjønnsmessige og praktiske forhold. Gitt dagens situasjon med økt immigrasjon til Norge, og signaler om innstramming av asylreglene kan vi anta at flere helsepersonell kommer til å møte denne pasientgruppen. Vi konkluderer med at helsepersonell bør tilstrebe mindre egenbetaling og tilby mer omfattende helsetjenester enn dagens regelverk legger til rette for. Videre oppfordrer vi norske politikerne til å drøfte papirløses reelle og lovfestede rett til helsehjelp.

### Trinn 1

**Hva er dilemmaene og mulige løsninger?**

Skal sykehusavdelingen kreve full egenbetaling for akuttinnleggelsen?

- Ja
- Nei

Skal allmennleger tilby videre oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten?

- Nei
- Ja

### Trinn 2

**Hva er kunnskapsgrunnlaget for de ulike handlingsalternativene?**

Vi trenger informasjon om pasientgruppen, aktuelle kostnader og konsekvenser av egenbetaling og prognose for pasient med og uten behandling for den videre analysen.

### Pasientgruppen

Ingen vet hvor mange papirløse som oppholder seg i Norge i dag. I en rapport fra 2008 ble det anslått at det var 10 000–30 000 papirløse i Norge (Zhang, 2008). Be-

# pasient – en etisk analyse



ILLUSTRASJONSFOTO: ESPERANZA DIAZ

grenset tilgang til helsetjenester kan gi migranter økt helserisiko, og migranter med lovlig opphold bruker fastlegen i mindre grad enn norskfødte (Diaz, 2015, World Health Organization, 2013). En vet lite om sykdomsbyrde og helsetjenestebruk blant papirløse, men Helsecenter for papirløse i Oslo rapporterer kontakt med 2500 pasienter i løpet av fem år (Ottesen, 2015). Disse pasientene hadde i stor grad samme helseproblemer som andre migranter, i tillegg til problemer relatert til usikker bopel, arbeidssituasjon og frykt for utsendelse (Ottesen, 2015, Affronti, 2013).

## Egenbetaling og aktuelle kostnader

Egenbetaling kan gi insentiv til mer tilbakeholden bruk av helsetjenester, og kan spare helsevesenet og privatpersoner for unødvendige kostnader. Samtidig kan det gi mindre bruk av kostnadseffektive og nødvendige helsetjenester (Godager, 2014). For pasienter med behandlingstrengende sykdom kan egenbetaling føre til forsinket helsehjelp og høye helseutgifter. Høy egenbetaling kan derfor føre papirløse inn i fattigdom eller gjøre at papirløse ikke søker helsehjelp for å unngå disse kostnadene. Til tross for ulike finansieringsordninger i

forskjellige land, taler internasjonale eksperter for felles finansieringsmekanismer og liten grad av egenbetaling (World Health Organization, 2010). Det norske helsevesenet er finansielt tilgjengelig for alle som er medlem i Folketrygden, men papirløse er ikke en del av denne ordningen. Et eksempel er en kvinne som fikk en regning på 52 000 kroner etter et keiser-snitt (Dommerud, 2015).

I Helse Vest koster et liggedøgn i gjennomsnittlig 12 999 kroner (Samdata, 2014). Estimert for denne sykehusinnleggelsen blir da 38 997 kroner. Allmennlegens forventede inntekter ved behandling av en papirløs pasient vil skille seg fra personer med lovlig opphold. Allmennlegen får ikke basistilskudd eller refusjon fra HELFO. Forventet inntekt for allmennleger ved diabeteskontroll av medlemmer av folketrygden er 1019 kroner. Fastleger kan dekke kostnaden selv, eller la pasienten dekke hele eller deler av beløpet. Pasienten vil på sin side ikke kunne dra nytte av frikort- eller blåreseptordningene (HELFO, 2015).

## Prognose og nytte av helsetiltak

Diabeteskoma (koma grunnet sukkersyke, nonketotisk hyperosmolart prekoma) er en livstruende tilstand. Anbefalt behandling er stabilisering av væske- og elektrolyttbalansen og insulinbehandling samt behandling av en eventuell infeksjon (Helsedirektoratet 2009, 2013).

Omlegging av dietten er førstevalg som behandling av sukkersyke. Når dette ikke gir god nok behandlingsrespons, er medikamentet metformin, som regulerer blodsukkeret, førstevalg som medikamentell vedlikeholdsbehandling i primærhelsetjenesten.

## Trinn 3

**Hvilke lover, regler eller retningslinjer regulerer beslutningene?**

### Nasjonale lover og forskrifter

Papirløses rettigheter til helsehjelp reguleres gjennom Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket (2011). Papirløse har rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand,

alvorlig skade eller sterke smerter», samt i noen særskilte tilfeller. Papirløse har ikke tilgang til forebyggende eller rehabiliteringstiltak. Vurderingen om pasienten har rett på helsehjelp skal gjøres på individuelt medisinsk grunnlag.

Folketryktdloven angir vilkår for rett til stønad ved helsetjenester (1997). For medlemmer av folketrygden dekkes størstedelen av helseutgiftene gjennom HELFO. Helseinstitusjonene får dekket kostnadene gjennom basistilskudd og refusjonsordninger. For å være medlem i folketrygden må man ha lovlig opphold i Norge.

Grunnloven slår fast at «statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene» (1814). Det kan diskuteres hvem som har ansvar for å respektere og sikre menneskerettighetene for mennesker som oppholder seg ulovlig i Norge.

Vi vil videre skille mellom formale og reelle rettigheter. Vi forstår her formale rettigheter som rettigheter gitt ved lov, og reelle rettigheter som de faktiske mulighetene til å benytte seg av rettigheter, for eksempel gitt en persons økonomiske eller sosiale situasjon.

#### Faglige retningslinjer

Det finnes nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes i primær- og spesialisthelsetjenesten og antibiotikabruk i sykehus (Helsedirektoratet, 2009, 2013). Å avvike fra de faglige retningslinjene må kunne begrunnes av legen som tar beslutningen.

#### Trinn 4 Hvem er de involverte partene?

De involverte partene er den papirløse pasienten, pårørende, andre pasienter, helsepersonell, helsevesenet, frivillige aktører og samfunnet øvrig.

#### Trinn 5

##### Hva er potensielle goder og byrder for de involverte partene?

##### Den papirløse pasienten

Å betale for en sykehusinnleggelse kan bli katastrofalt for privatøkonomien til papirløse, som ofte har begrensede ressurser. Det er en byrde og et helsetap for pasienten ikke å få tilgang til blodsukkerregulerende behandling hos en allmennlege. Selv om helsepersonell har taushetsplikt, kan pasienten oppleve frykten for å bli angitt som en byrde dersom hun oppsøker spesialist- og primærhelsetjenesten (PICUM, 2010).

##### Pårørende

Dersom pasienten avkreves full egenbetaling, kan en anta at pårørende kan måtte bidra til å dekke helseutgiftene da papirløse

se ikke kan ha ordinært arbeid. At pasienten ikke får behandling vil være til byrde for pårørende.

##### Andre pasienter

Om papirløse betaler selv, vil de offentlige ressursene fordeles til andre pasienter, som er et gode for dem.

##### Helsepersonell

Å hjelpe papirløse utover hva regelverket legger opp til eller ikke å kreve betaling, kan gi moralske og finansielle utfordringer for helsepersonell. Samtidig kan helsepersonell oppleve det som problematisk å kreve full egenbetaling for pasienter som ikke har råd til å betale. For allmennleger kan det være moralsk stressende å ikke yte helsehjelp til en syk og lidende pasient. Samtidig kan det å behandle papirløse pasienter gi økt arbeidsbelastning, og studier viser at norske leger ikke føler seg kompetent til å behandle flyktninger (Varvin, 2009). En allmennlege vil også kunne få vansker med å henvise papirløse pasienter. Å tilby pasienter sub-optimal behandling kan oppleves som utfordrende fra et faglig ståsted, og i uoverensstemmelse med etiske regler for leger. Legeforeningen har engasjert seg politisk for å utvide papirløses helserettigheter (Den norske legeforening, 2013).

##### Helseforetaket

For sykehusavdelingen er det et gode å ikke dekke utgiftene til behandling uten refusjon. Det er også et gode om pasientene blir fulgt opp i førstelinjetjenesten slik at alvorlige hendelser som krever innleggelse unngås.

##### Frivillige aktører

Dersom papirløse må stå for full egenbetaling og ikke får oppfølging i primærhelsetjenesten, vil frivillige helsetilbud oppleve økte utgifter. Når frivillige tilbud står for utgiftene, gir dette tilsvarende mindre byrde for det offentlige og inntrykk av et mindre behov.

##### Samfunnet

Det er et gode for myndigheter og skattebetalerne ikke å dekke kostnadene for sykehusbehandling. Samtidig vil mindre bruk av helsetjenester blant papirløse bli ugunstig med tanke på smittevern og folkehelse (World Health Organization, 2013). I velferdsstaten Norge har solidaritet med de dårligst stilte tradisjonelt sett vært en grunnleggende verdi. Et samfunn som tilbyr hjelp til en gruppe mennesker som ellers ikke får hjelp kan sees på som et gode i seg selv (NOU, 2014).

#### Trinn 6

##### Hvilke interesser står i konflikt?

Pasienten og hennes pårørende har interesse av ikke å betale for akuttinnleggelsen og å få videre behandling. Denne interessen kan stå i konflikt med rettferdig fordeling av samfunnets ressurser til pasienter med formell rett på behandling. Man kan også hevde at den papirløse selv har valgt å oppholde seg ulovlig i landet med de helserettighetene det innebærer, og at myndighetene har interesse av ikke å gjøre ulovlig opphold attraktivt. Det er vanskelig å vite hvilken interesse andre papirløse har i dette: Papirløse kan være tjent med å bli behandlet når de selv blir syke samtidig som økte offentlige kostnader på sikt kan føre til en mer restriktiv innvandringspolitikk.

For allmennlegen kan pasientens interesse stå i konflikt med økonomiske interesser og hensynet til å følge lovverket. Samtidig kan helsepersonell, inkludert allmennlegen, oppleve konflikt mellom hva samfunnet har bestemt og profesjonsetiske holdninger.

#### Trinn 7

##### Hvilke prinsipper og verdier står i konflikt?

I medisinsk etikk står fire prinsipper sentralt: velgjørenhet, ikke skade, rettferdighet og respekt for pasientens autonomi. I denne konkrete sykehistorien vil det å kreve full egenbetaling på sykehuset og ikke å tilby behandling i primærhelsetjenesten gå imot prinsippene velgjørenhet, ikke skade og respekt for pasientens autonomi. Disse medisinsk-etiske prinsippene står dermed i konflikt med regelverket, og finansiering av helsetjenestene. Avveiningen mellom legers profesjonsautonomi og de medisinsk-etiske prinsippene og respekten for fellesskapets beslutninger kan være utfordrende.

Innenfor prioriteringsdiskusjonen i Norge er det bred enighet om at vi bør tilstrebe likebehandlingsprinsippet – det vil si at like tilfeller skal behandles likt. For øvrig presiseres det at man bør tilby likeverdige helsetjenester til innvandrere (Helsedirektoratet, 2012). Dersom vi må prioritere skal prioriteringskriteriene følges (NOU, 2014). Papirløses manglende rettigheter gjør det vanskelig å vite hvem deres medisinske behov skal sammenliknes med, norske statsborgere eller personer fra landet de kommer fra? På et generelt nivå kan det diskuteres om utstrakt bruk av helsetjenester til papirløse fører til konflikt mellom prinsippene om ikke å skade og å gjøre godt for andre papirløse på lengre sikt. Vi finner at det mest utfordrende verdispørsmålet er hvordan vi ivaretar prinsippet om

å respektere samfunnets fordeling av ressurser og rettigheter og hvordan respekt for dette prinsippet kan komme i konflikt med de andre prinsippene.

### Fra sykehistorie til helsehjelp

Gjennom en etisk analyse har vi systematisk relevante aspekter når en skal ta stilling til om det er etisk akseptabelt å krevne at den papirløse pasienten dekker kostnadene ved en akuttinnleggelse og hvorvidt allmennleger bør la være å tilby oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten. Til tross for at vi har gjort en systematisk analyse av disse spørsmålene, er det fortsatt mye som er usikkert. Vi har svært begrenset kunnskap om disse pasientene og hvilke helsebehov de har. Lovverket åpner opp for skjønsmessige vurderinger om hva som er øyeblikkelig hjelp. I en verden med migrasjon og globalisering er det ikke tydelig for oss hvordan vi skal forstå rettferdig fordeling av helsehjelp (Gulbrandsen, 1999).

Vår vurdering er at pasientens behov for helsetjenester og interesse i å kunne få denne uten å bli påført store utgifter veier tyngst. Vi vektlegger også viktigheten av at helsepersonell kan følge sin profesjonsetiske overbevisning og respekt for likebehandlingsprinsippet i møtet med en syk pasient. Vi kommer til at helsepersonell bør tilstrebe mindre egenbetaling og tilby mer omfattende helsetjenester enn regelverket legger til rette for, og konkluderer med at avdelingen ikke skal krevne full egenbetaling, og allmennlegen bør tilby konsultasjon med eller uten egenandel fra pasienten. Våre konklusjoner sammenfaller også med praksis blant norske allmennleger: I en nylig publisert internettbasert spørreundersøkelse oppga 23 prosent av allmennlegene at de hadde behandlet papirløse, og 70 prosent av dem anga at de ville fortsette å ta imot papirløse i fremtiden (Aarseth et al 2016). Vi er klar over at det er en rekke utfordringer med disse konklusjonene og det oppstår nye dilemma som for eksempel: Hvis allmennlegen bestemmer seg for å følge vanlige retningslinjer og henviser til øyekontroll – bør øyeleger tilby diabeteskontroll til papirløse, og hvem skal i så fall dekke kostnadene? Skal papirløse tilbys mindre kostbar, suboptimal sykehusbehandling grunnet deres ulovlige status?

Artikkelforfatterne engasjerer seg for papirløses helsehjelp som frivillige og allmennleger tilknyttet Helsehjelp for papirløse i Bergen. Selv om vi har etterstrebet en upartisk etisk analyse, anerkjenner vi at vår for forståelse kan ha påvirket analysen.

Med dagens regelverk avhenger de papirløses tilgang til helsetjenester av den enkelte sykehusavdelings eller allmennleges etiske oppfatning samt skjønsmessige og praktiske forhold. Gitt dagens situasjon med økt tilstrømming av mennesker til Norge, og signaler om innstramning av asylreglene kan vi anta at flere leger kommer til å møte denne pasientgruppen. Vi mener at tiden er inne for på ny å drøfte hvorvidt papirløse bør ha lovfestet rett på øyeblikkelig hjelp uten full egenbetaling og i hvor stor eller liten grad de bør ha rett på oppfølging og behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten.

### Interessekonflikt

- Andrea Melberg jobber som frivillig ved Helsehjelp for papirløse.
- Kristine Husøy Onarheim jobber som frivillig ved Helsehjelp for papirløse.
- Esperanza Diaz tar imot pasienter fra Helsehjelp for papirløse.
- Ingrid Miljeteig tar imot pasienter fra Helsehjelp for papirløse.

### REFERANSER

- Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M, et al. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Internal and emergency medicine*. 2013; 8(7): 561–6.
- Den norske legeforening. Papirløse innvandrere: Policynotat nr. 1/2013.
- Diaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu L-A. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *The European Journal of Public Health*. 2015; 25(1): 72–8.
- Dommerud T. Store forskjeller på om papirløse gravide må betale for fødsel. *Aftenposten*. Publisert 02.05.2015.
- FOR-2011-12-16-1255 (2011). Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Hentet 13.06.2016.
- Førde R, Pedersen R. Manual for arbeidet i klinisk etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo; 2012.
- Godager G, Hagen T, Iversen T. Effekter av egenbetaling som virkemiddel for prioritering. Oslo: Helseøkonomisk Analyse AS, 2014.
- Gulbrandsen P. Rettferdighet - den største og mest krevende dyden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1149–52
- HELFO. Regelverk og takstar for lege 2015 [2015 07.07]. <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-lege>.

- Helsedirektoratet. Diabetes – Nasjonal faglig retningslinje, 2009. Nettside: <https://helseidirektoratet.no/retningslinjer/diabetes-nasjonal-faglig-retningslinje>. Hentet 03.03.2016.
- Helseidirektoratet. Nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus, 2013. Hentet 07.07.2015. <http://sites.helseidirektoratet.no/sites/antibiotika-bruk-i-sykehus/>
- Helseidirektoratet. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017 (Norwegian National Strategy Document on Immigrant Health). Oslo: 2012.
- Karlsen M-A. Når helsevesenet bli ren del av migrasjonskontrollen – etiske og praktiske dilemmaer for helsepersonell. I: Bendixsen SK, Jacobsen CM, Søvig KH, ed. *Ekspeksjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015.
- LOV-1814-05-17. Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven). Hentet 13.06.2016.
- LOV-1997-02-28-19. Lov om folketrygd (folketrygdloven). Hentet 13.06.2016.
- Manson HM. The development of the CoRE-Values framework as an aid to ethical decision-making. *Medical Teacher*. 2012; 34(4): e258–e68.
- Miljeteig I, Johansson KA, Sayeed SA, Norheim OF. End-of-life decisions as bedside rationing. An ethical analysis of life support restrictions in an Indian neonatal unit. *J Med Ethics*. 2010; 36(8): 473–8.
- Miljeteig I, Skrede S, Langørgen J, Haaverstad R, Jøsendal O, rsen H, et al. Skal rusmiddelavhengige pasienter tilbys hjerteklaffkirurgi for andre gang? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013(133): 977–80.
- NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.
- Ottesen SH, Eick F, Hilden PK. Erfaringer fra Helsevesenets papirløse migranter. I: Bendixsen SK, Jacobsen CM, Søvig KH, ed. *Ekspeksjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015.
- PICUM. Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Health Care in 17 EU countries. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, 2010.
- Samdata spesialisthelsetjenesten 2013: Helseidirektoratet; 2014.
- Varvin S, Aasland OG. Legers forhold til flyktningpasienten (Physicians' relation to refugees). *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2009; 129(15): 1488–90.
- World Health Organization, United Nations High Commissioner for Human Rights, International Organization for Migration. *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva: 2013.
- World Health Organization. *The World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Zhang L-C. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Statistisk sentralbyrå, 2008.
- Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. Papirløse migranter og norske allmennleger. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2016; 136: 911–3.

■ ANDREA.MELBERG@CIH.UIB.NO

UTPOSTEN  
TETT PA!