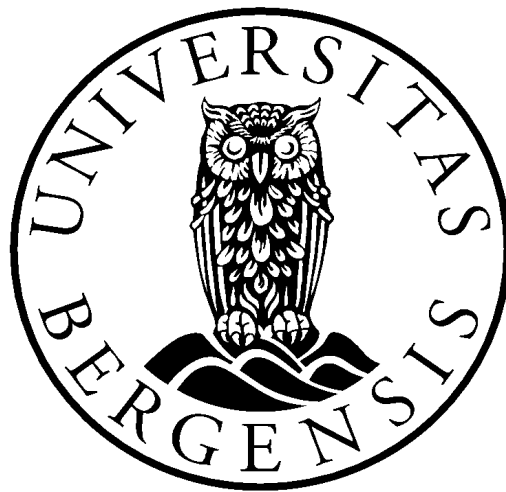


Motivasjon i frivillig arbeid:

En antropologisk tilnærming til å forstå hva som driver mennesker til
å hjelpe andre



Veronica Demez
Masteroppgave
Institutt for sosialantropologi
Universitetet i Bergen
Høst 2023

SAMMENDRAG

Denne oppgaven utforsker motivasjonen blant frivillige i tilknytning til helsehjelp for irregulære migranter. Basert på et etnografisk feltarbeid på helsesenteret for papirløse i Bergen og Oslo utforsker oppgaven erfaringer og fortellinger til frivillige. Gjennom å analysere disse fortellingene med fokus på hvordan motivasjon dannes har oppgaven argumentert for hvordan yrkesetikk, verdier og egne personlige erfaringer spiller en god rolle i hvordan motivasjon utvikles. Ved å belyse dette, bidrar denne oppgaven til eksisterende litteratur om frivillig arbeid og motivasjon, men også nye etnografiske funn knyttet til motivasjon blant frivillige tilknyttet arbeid med irregulære migranter.

Ut ifra mine empiriske funn på hvordan motivasjonen til de frivillige dannes, argumenterer jeg for at yrke, verdier og egne opplevelser spiller en viktig og avgjørende rolle for motivasjon i frivillig arbeid, spesielt knyttet til irregulære migranter. Oppgaven setter også fokus på hvilke etiske og praktiske dilemmaer de frivillige møter på, og hvordan dette påvirker deres motivasjon.

TAKKSIGELSER

Arbeidet med denne masteren har bydd på mange oppturer og nedturer, og jeg hadde ikke klart å gjennomføre den uten all støtte fra fantastiske mennesker rundt meg

Først og fremst vil jeg takke Helsesenteret for papirløse, både i Bergen og Oslo.

At dere tok meg imot med åpne armer, og gjorde dette prosjektet mulig for meg. Jeg vil takke alle dere flotte informanter jeg har fått lov å bli kjent med gjennom denne tiden, og for at dere delte deres private tanker og meninger med meg. Takk for flotte og innholdsrike samtaler på venterommet med te og kjeks, og alt det nye og nyttige dere har lært meg.

En stor takk til veilederen min Christine Jacobsen. Tusen takk for tålmodigheten, og for at du har forklart ting med teskje når jeg har trengt det for å forstå.

Takk til mine medstudenter for god støtte, gode råd og fine samtaler på pauserommet. Dette året hadde ikke vært det samme uten dere.

Takk Mehmet, for at du har holdt fortet hjemme! Jeg har satt pris på å komme hjem til ryddig hus og ferdig middag! Takk for at du har holdt ut med meg når jeg har vært frustrert og demotivert, og klart å motivere meg til å fortsette! Elsker deg.

Sist, men ikke minst. Takk til familie og venner for verdens beste støtte! Takk for at dere har lest gjennom oppgaven min utallige ganger, hørt på klagingen min når motivasjonen har vært på bunn og oppmuntret meg i vanskelige tider.!

Veronica Demez
September 2023

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
TAKKSIGELSER	5
INNHALDSFORTEGNELSE	7
KAPITTEL 1: INNLEDNING	9
Valg av tematikk og sted	9
Metodologisk tilnærming	11
Refleksjon over det etiske og problematiske med Tinkering Care	13
Utfordringer knyttet til feltarbeid	13
Analytiske Begreper	15
Motivasjon	15
The care of the self - The relation of self to self	16
Imagination - the relation from self to the world	17
Need - the relation from self to others	18
Strukturell sårbarhet	19
Tinkering Care	20
Inkluderende eksklusjon	20
Irregulære migranter	21
Kort om Informantene mine	23
Oppgavens struktur	24
KAPITTEL 2: HELSESENTERET	27
Mitt første møte med helsesenteret	28
Viktigheten av helsesenteret	29
Samarbeidspartnere	31
Venterommet og miljøkontaktene	33
Venterommet	33
Miljøkontaktene	34
Meg selv som miljøkontakt	36
Oppsummering	37
KAPITTEL 3: FRIVILLIGHET OG MOTIVASJON	39
Hva er frivillig arbeid?	40
The Four W's of volunteering	41
Hvem	41
Hvorfor	43
The care of the self – et antropologisk syn på motivasjon	43
The relation of self to self	44

Det sosiale fellesskapet	45
Selvutvikling for en framtidig karriere	47
Imagination – The relation of self to the world	49
Profesjonalitet og en god borger av verden	49
Interesse siden barndommen	52
Dyp forståelse for andres behov og lidelser	53
Need – The relation of self to others	54
Oppsummering	55
KAPITTEL 4: ETISKE OG PRAKTISKE DILEMMAER	57
Når behandlingen ikke virker	57
Avvist av det offentlige	62
Når økonomien setter en grense	64
Kort om andre tilbud	66
Tinkering care – en kreativ løsning på problemer	67
Oppsummering	71
KAPITTEL 5: DET POLITISKE OG ETISKE I DET HUMANITÆRE FELTET	73
Helsehjelp som en menneskerettighet	74
Kort redegjørelse for helsehjelp i andre land i Europa	75
Konsekvenser av regler	78
Diskriminering og mangel på likebehandling	79
Helsevesenet som migrasjonskontroll	81
Jeg vil ikke være en del av det politiske	84
Oppsummering	86
KAPITTEL 6: OPPSUMMERING OG REFLEKSJONER	89
LITTERATURLISTE	91

KAPITTEL 1: INNLEDNING

Det var mandag morgen, og jeg satt på bussen til helsesenteret. Årsaken til at jeg skulle dit så tidlig, var at det var dagen jeg skulle intervju koordinatoren på helsesenteret. Jeg var litt for tidlig ute, og sto og ventet utenfor i kanskje 10 minutter før hun kom. "Sorry at jeg er sen", sa hun og smilte. "Ingen problem" svarte jeg! Det var jo så fint vær ute. Vi gikk inn, og satte oss ved et av bordene inne på det som blir brukt som venterommet til pasientene. Mens jeg tok opp PC-en, og fant fram sakene mine, ble jeg tilbudt en kopp te. "Ja, takk" sa jeg og smilte. Da tekoppene var kommet på bordet, og det var satt fram litt kjeks, var vi endelig klare til å begynne.

"Jeg synes det er kjempespennende at vi kommer inn, liksom "first hand" kontakt med denne målgruppen som mange kan snakke om, men som ikke så mange vet hvem er, eller kommer i kontakt med" uttrykte koordinatoren. Med dette sitatet fra koordinatoren i bakhodet skal jeg i denne oppgaven utforske ulike former for motivasjon blant frivillige ved helsesentrene for papirløse. Ved å bruke Liisa Malkki sin analyse av humanitært arbeid blant det finske Røde Kors skal jeg analysere mine egne funn. Malkki sin analyse vil være relevant for min oppgave da menneskene hun fulgte under sitt feltarbeid var frivillige i humanitært arbeid tilknyttet en humanitær organisasjon, noe mitt feltarbeid også bestod av. Gjennom oppgaven skal jeg svare på spørsmål om hva som motiverer de frivillige? Hvilken rolle spiller yrkesetikken og hvilke personlige grunner spiller inn? og hvilke praktiske og etiske dilemmaer møter de på som frivillige? og hvordan de løser dem.

Gjennom oppgaven vil jeg argumentere for at det finnes ulike former for motivasjon, og at bakgrunn, verdier og yrkesetikk påvirker hva som motiverer de frivillige. I tillegg setter jeg søkelys på ulike praktiske og etiske dilemmaer de frivillige møter på, og argumenterer for at disse dilemmaene påvirker motivasjonsgrunnet deres.

Valg av tematikk og sted

Etter å selv ha vært frivillig i noen år, og blitt kjent med hvilke tilbud som finnes, var det interessen for helsetilbudet for irregulære migranter som til slutt gjorde at jeg valgte dette temaet til min masteroppgave. Første gang jeg hørte om tilbudet var da jeg var aktivitetsleder

for leksehjelpen, og en av de frivillige på gruppen min som var medisinstudent, hadde begynt som frivillig der. Ahmed og hans historie om hvorfor han ble frivillig på helsesenteret skal jeg gå mer inn på senere i oppgaven.

Etter at jeg flyttet til Bergen som student for 10 år siden, har jeg i min nære vennekrets opplevd at familiemedlemmer av venner har mistet oppholdstillatelsen, og dermed mistet alle rettighetene sine. Saker i media som Mustafa saken har også gjort at min interesse for temaet økte. Mustafa-saken handler om at Mustafa Hasan kom til Norge i 2008 sammen med familien sin, og de fikk innvilget midlertidig opphold. I 2012 mener utlendingsmyndighetene at moren løy, og den midlertidige oppholdstillatelsen til familien blir trukket tilbake. Siden den gangen har saken vært oppe i retten flere ganger, I 2017 dro moren og lillesøsteren ut av landet, mens Mustafa og broren blir igjen under barnevernets omsorg. Etter 10 år i Norge ville UNE (utlendingsnemnda) sende Mustafa ut av landet, og til Jordan hvor norske myndigheter mener familien kommer fra. Advokaten til Mustafa mener Mustafas botid i Norge skal veie tyngre enn innvandringsregulerende hensyn, og i 2021 tok Mustafa UNE til retten. I februar 2022 vant Mustafa saken mot UNE og får bli i Norge¹.

En annen, litt mer personlig grunn for valg av tematikk er at jeg er gift med en mann som på et tidspunkt bodde i Norge uten rettigheter i påvente av oppholdstillatelse. Utfordringer vi møtte i denne perioden, med norsk helsevesen, selv om han egentlig var her lovlig med tanke på reglene hos UDI, sto han igjen med ingen rettigheter knyttet til helse. En av episodene som fikk meg til å reagere var en skyhøy regning etter et besøk på legevakten, selv om han både var her lovlig og var gift med meg som norsk statsborger. Dette økte interessen min betraktelig for hvordan systemet egentlig fungerte.

I antropologien er det mange som har skrevet om irregulæres tilgang til helsehjelp (se Jacobsen 2015, Karlsen 2021, Ticktin 2006, Khosravi 2010), men det er få som har skrevet om frivilliges motivasjon. Denne oppgaven er derfor et forsøk på å forstå hva som motiverer de frivillige, og jeg vil vise hvordan ulike mennesker kan ha ulik motivasjon for at de gjør det de gjør. Jeg vil gjøre rede for de praktiske og etiske dilemmaene de frivillige treffer på i møte med irregulære migranter, og jeg vil vise hvordan de frivillige løser disse dilemmaene på kreative måter. Spørsmålene jeg ønsker å besvare i denne oppgaven er derfor “Hva motiverer de frivillige ved helsesenteret?”, “Hvilken rolle spiller yrkesetikken og hvilke personlige

¹ Alle kildene knyttet til Mustafa-saken kan leses her: NRK, “Mustafa Hasan-saken”

grunner spiller inn?”, “Hvilke praktiske og etiske dilemmaer møter de på?” og “Hvordan løser de disse?”.

Jeg utførte hoveddelen av mitt feltarbeid ved helsesenteret i Bergen, og dro på besøk til helsesenteret i Oslo en uke, hvor jeg fulgte en detaljert oppsatt plan på intervjuer og deltakende observasjoner. Det er kun Bergen og Oslo som har egne helsesentre, så derfor falt valget på disse to byene. Før jeg bestemte meg for å reise til Bodø, forhørte jeg meg litt om hva som fantes av lignende tilbud i forskjellige byer i Norge. Det var kun i Bodø jeg fant noe håndfast og som kunne gi meg relevant informasjon til oppgaven min, så jeg valgte derfor å reise dit også. I Bodø intervjuet jeg flere ansatte i Kirkens bymisjon, noe som passet bra siden det er de som driver helsesenteret i Oslo og Bergen. I Bodø tilbyr de ikke noe direkte helsehjelp for papirløse gjennom Kirkens bymisjon, men jeg besøkte en av deres avdelinger hvor de ofte jobber mot både kommunen og fylkeskommunen for å gi de papirløse rett til arbeid og helsetjenester. De samarbeider også med organisasjonen Mennesker i limbo og jobber med Empowerment med papirløse som gruppe, samt påvirkningsarbeid knyttet til lokale og regionale politikere. Jeg valgte også Bodø fordi jeg ble fortalt om episoder hvor papirløse oppsøkte tilbud for narkomane, i mangel på et eget tilbud. Dette skal jeg komme tilbake til lenger ned i oppgaven.

Metodologisk tilnærming

Denne oppgaven baserer seg på data samlet inn i perioden mars 2022 til juni 2022, hos helsesenteret for irregulære migranter. Hoveddelen av feltarbeidet er utført i Bergen, og resten ved et kort feltarbeid i Oslo. Noe data er også samlet inn under en tur til Bodø ved å intervjuer noen av de ansatte i Kirkens Bymisjon. Det er utført deltakende observasjoner på helsesenteret i drop in åpningstiden, og kvalitative intervjuer med frivillige og ansatte både mens de var på vakt og utenfor tiden de var på helsesenteret.

Som jeg forteller om tidligere i kapittelet, var jeg først i kontakt med en av de frivillige jeg kjente gjennom en annen aktivitet jeg var med i, men som senere ble en informant til oppgaven. Informanten ga meg kontaktinformasjonen til koordinator i Kirkens Bymisjon, og jeg fikk avtalt et møte. Jeg fortalte ideen min til koordinator, og hun var positiv til å hjelpe meg med prosjektet mitt. I begynnelsen var avtalen at jeg skulle komme og observere den lille tidsperioden fra de frivillige som skulle på vakt kom til pasientene begynte å komme. Senere

ble avtalen at jeg skulle få lov å være til stede gjennom hele vekten for å kunne observere samhandlingene mellom de frivillige og pasientene. Grunnen til at dette endret seg var fordi jeg fikk tilgang til observasjon av frivillige i samhandling med pasientene da jeg var på feltarbeid i Oslo, og ønsket dette i Bergen også. Ved denne type observasjon fikk jeg mulighet til å observere hvordan de frivillige oppførte seg i samhandling med pasientene, og ga meg viktig innsikt i hvordan de frivillige trivdes i aktiviteten, som igjen påvirket deres lyst og motivasjon.

Under min deltakende observasjon på helsesenteret hadde jeg tilgang til venterommet hvor pasientene ble møtt av dagens miljøkontakter og satt og ventet til det ble deres tur til å bli registrert hos sykepleier eller deres tur inn til legen. Jeg fikk ikke lov til å være med inn der de medisinske samtale foregikk. Dette var på grunn av etiske retningslinjer for personvern og at fokuset i oppgaven min er på de frivillige, og ikke på migrantene selv. Selv om det er kjent at helsesenteret i Oslo og Bergen er driftet av organisasjonene Røde Kors og Kirkens Bymisjon, har jeg valgt å ikke beskrive hvilket helsesenter informantene mine tilhører, og heller ikke de ansatte jeg har intervjuet. Dette er for å verne om deres identitet.

Hoveddelen av mitt feltarbeid foregikk på helsesenteret i Bergen, da senteret i Oslo bare hadde tid å ha meg på besøk en kort periode. I løpet av denne perioden var det satt opp et stramt tidsskjema, hvor jeg fikk observert masse i løpet av tiden jeg var der. Jeg fikk intervjuet de fleste av de frivillige som var på vakt denne uken og jeg har gjennomført 30 semistrukturerte intervjuer, fordelt på helsesentrene i Oslo og Bergen. Begge stedene gjorde jeg også deltakende observasjoner. Ved disse intervjuene brukte jeg mobilen til å ta opp lyd, slik at jeg virkelig fikk fokusert på det informanten hadde å fortelle istedenfor å sitte og ta notater av samtalen.

Min rolle og mitt eget frivillige engasjement i Røde Kors hjalp meg på vei inn til helsesenteret. At jeg allerede var involvert i frivillig arbeid hos Røde Kors, som er samarbeidspartneren til Kirkens Bymisjon i helsesenterprosjektet hjalp på tilliten de hadde til meg og dette prosjektet. Det har gjennom hele mitt feltarbeid vært viktig for meg at informantene mine hadde full forståelse over hva de hadde takket ja til å delta i, at de kunne trekke seg når som helst om de skulle angre og at de ville bli anonymisert i oppgaven.

Det at jeg selv var frivillig på samme tid som feltarbeidet ble utført, fikk meg til å reflektere hvor min egen motivasjon lå, og hvordan mine egne etiske verdier spilte en viktig rolle i hvorfor jeg selv hadde blitt frivillig.

Refleksjon over det etiske og problematiske med Tinkering Care

I oppgaven vil jeg ta for meg noen problematiske områder, for eksempel uformelle praksiser, som blir referert til i oppgaven under begrepet “Tinkering Care”. Ved bruk av uformelle praksiser velger frivillige og helsepersonell å utfordre regelverket ved å hjelpe personer som ikke har rett på helsehjelp, og på grunn av dette kan de møte på ulike problemer med for eksempel deres egne arbeidsgivere. Det at jeg skriver om denne måten å jobbe på kan bli problematisk ved at mine informanter opplyser at disse tingene skjer, og at de selv står fram i oppgaven og forteller at de selv har utført slike praksiser.

Marry-Anne Karlsen argumenterer for måter forskning på dette området kan være problematisk i boken sin “ Migration control and access to welfare”, og setter fokus på at forskning som er tilknyttet irregulære migranter kan være problematisk da det blir satt fokus på noe staten ser på som ulovlig (Karlsen 2021: 13). Selv om det er de frivillige jeg har forsket på, er feltet mitt tilknyttet arbeid med irregulære migranter gjennom helsesenteret. Dette i seg selv er ikke problematisk, da helsesenteret er godt kjent av staten. Det problematiske ved dette er når det blir satt fokus på at de frivillige følger opp pasientene i sine egne jobber, som blir betegnet som ulovlig av staten. At dette arbeidet blir belyst kan også føre til mer fokus på at denne gruppen mennesker blir betegnet som ulovlig, og føre til mer overvåkning rundt gruppen og arbeidet med dem (Karlsen 2021: 13). Konsekvensene av dette vil kunne bli at tilbudet blir mer begrenset, og samarbeid med ulike offentlige institusjoner blir vanskeligere

Utfordringer knyttet til feltarbeid

Underveis i mitt feltarbeid møtte jeg på en del praktiske og metodiske utfordringer. Tilgjengeligheten til de frivillige og det å få avtalt intervju med folk har vært den største utfordringen på helsesenteret i Bergen. Dette var fordi de frivillige allerede hadde et travelt liv med jobber som krevde mye av tiden deres. Det var lite respons på e-posten som frivillighetskoordinatoren sendte ut, så de fleste informantene jeg har fått tak i har jeg selv spurt når de har vært på vakt på helsesenteret. Dette var helt annerledes på helsesenteret i

Oslo, hvor koordinatoren hadde laget en liste med klokkeslett og hvem jeg kunne intervjuet til enhver tid.

Dette oppsettet hadde nok noe med at helsesenteret i Oslo er betraktelig større, og mer travelt enn i Bergen. At koordinatoren hadde laget et tidsskjema gjorde at jeg fikk intervjuet flest mulig de få dagene jeg var der, og tiden min der ble mer effektiv. Negative konsekvenser som kan ha kommet ut av dette var tidsbegrensningen på hvert intervju på 10-15 minutter. Dette kan ha ført til at enkelte av informantene jeg intervjuet følte at det ikke var nok tid til alt de ønsket å snakke om og fortelle meg og dermed lot være å snakke om det. I motsetning til dette varte intervjuene mine med de frivillige i Bergen opptil 45-60 min.

Andre utfordringer jeg møtte på, var tilgangen jeg hadde til observasjon på helsesenteret i Bergen i begynnelsen av feltarbeidet mitt. Før turen min til Oslo fikk jeg bare lov å være på helsesenteret for å observere de frivillige før pasientene begynte å komme. Dette ga meg utfordringer da jeg ikke fikk sett de frivillige i samhandling med pasientene. Jeg dro på feltarbeid til Oslo, og her fikk jeg tilgang til observasjon mellom de frivillige og pasientene. En annen utfordring var at jeg ønsket å bruke mer tid på helsesenteret i Oslo. De hadde en annen student hos seg på samme tid som resulterte i at jeg bare fikk dratt en gang i en periode på 3 dager. Det hadde vært fint å kunne tilbragt flere dager der, for å få mer innsyn i hvordan helsesenteret fungerte, og om det var like travelt der hver uke som akkurat den uken jeg var der.

Tiltakene jeg gjorde for å løse utfordringene jeg møtte på, var at jeg tilbake fra felt i Oslo snakket med frivillighetskoordinatoren på helsesenteret i Bergen om hvor god opplevelse jeg fikk i Oslo ved å få være til stede når pasientene var der, og hvor viktig det var for meg å kunne se samhandlingen mellom pasientene og de frivillige. Denne type observasjon er viktig for å kunne kartlegge hvordan de frivillige snakket til pasientene, hvordan kroppsspråket deres var og om det så ut som de trivdes i aktiviteten. Slike situasjoner og samhandling vil gi en god pekepinn på motivasjonen hos mine informanter, og om grunnlaget på hvorfor de er der. De ulike motivasjonsgrunnlagene skal jeg gå mer inn på i kapittel 3.

Etter dette fikk jeg lov å ha deltakende observasjoner som en miljøkontakt. Da det kom til problemet med tilgjengeligheten til de frivillige, begynte jeg å kontakte dem direkte da jeg var på helsesenteret. Det at jeg bare fikk være i Oslo noen få dager ser jeg i ettertid ikke på som

en veldig stor utfordring, utenom at det hadde vært fint å få et litt lengre innblikk i hvordan ting fungerte der. Det var laget et godt opplegg hvor jeg fikk observert en god del og intervjuet mange.

Analytiske Begreper

Motivasjon

Det finnes ulike motivasjonsgrunnlag blant de som jobber frivillig på helsesenteret for irregulære migranter, og for å analysere disse ulike grunnlagene hos mine informanter så vil jeg ta i bruk antropologen Liisa Malkki sin analyse av det finske Røde Kors. Dette vil være relevant da mine informanter også er knyttet til frivillighet i organisasjonsarbeid innen det humanitære feltet. I boken «The need to help» har Malkki (2015) intervjuet medlemmer av det internasjonale finske Røde Kors, samt intervjuet og observert frivillige som hjemmefra deltok gjennom å bidra med håndarbeid. Målet med disse intervjuene og observasjonene var å forstå motivasjonen til de internasjonale arbeiderne og frivillige i Finland, og for å forstå hvordan de forestiller seg selv som en del av «the world out there».

Intervjuene Malkki utførte handlet om å få hjelpearbeidernes egne forståelser av hvorfor de gjør sitt ofte vanskelige og farlige arbeid. Arbeidet ble klassifisert som vanskelig og farlig, da personene Malkki intervjuet ofte var på utenlandsoppdrag i utlandet, gjerne i krigsherjede områder (Malkki 2015). Svarene viser at det på den ene siden er en sammenheng mellom internasjonalisme, profesjonalitet og yrkessolidaritet, og på den andre siden om tiltrekningen og følelsen av muligheter i arbeid og et liv i utlandet. Under disse hovedargumentene til helsearbeidernes egne forståelse lå det mer spesifikke sett med motiverende og ambisiøse grunner som dukket opp under intervjuene Malkki utførte. Det første som dukket opp, var arbeidernes egne etiske og erfaringsmessige forpliktelse til å hjelpe til med humanitær hjelp og nødhjelp, og deres engasjement med en mer kollektiv, nasjonal forpliktelse som verdensborger til å hjelpe de som trenger det. De frivillige hadde en sterk følelse av internasjonal forpliktelse og viktigheten av internasjonalisme, og i det siste globalt ansvar som viktige kulturelle verdier og mål (Malkki 2015: 24).

For det andre ønsket folk yrkesmessig solidaritet og profesjonelt teamarbeid. De uttrykte også et ønske og et behov for å reise og se verden på andre måter enn som en turist, og kjærligheten til reise viste seg å være en måte å snakke om de faglige og personlige

utfordringene og belønningene de fikk ved internasjonale oppdrag som gjorde arbeidet deres for Røde Kors så meningsfullt. Mange uttrykte også et ønske om å forlate hjem og hjemland for å være ute i verden, og å bli forvandlet av den (Malkki 2015: 24-25). Selv om mine informanter ikke reiser på noe utenlandsoppdrag, forteller mange om den samme forståelsen av arbeidet som hjelpearbeiderne Malkki intervjuet fortalte om. Den etiske og erfaringsmessige forpliktelsen kommer fram som en selvfølge hos mine informanter på hvorfor de velger å være frivillig, og for mange av de har det profesjonelle samarbeidet med de andre en stor betydning på motivasjonen.

Alle svarene som ble nevnt ovenfor, argumenterer Malkki (2015) for at til slutt handler om "The Care of the Self". Hun argumenterer for at dette er hovedmotivasjonen til personer som driver med humanitært arbeid, både frivillig og betalt, og hun putter begrepene "need", "imagination" og "the relation of self to self" under denne hovedmotivasjonen. For mange av informantene Malkki intervjuet handlet det om at de hadde et slags ubestridelig «need» som fikk de til å hjelpe (Malkki 2015: 3), og Malkki viser i boken hva som skjer med forholdet til «selvet» og «selvet» til verden, både ved oppdrag med reising involvert, men også hvor hjelp inntreffer, men det ikke er noe reising involvert (Malkki 2015: 4).

Jeg skal nedenfor vise de forskjellige begrepene som Liisa Malkki bruker til å definere ulike former for motivasjon og hvordan jeg skal bruke de i analysen av oppgaven min.

The care of the self - The relation of self to self

Liisa Malkki (2015) definerer "the Care of the self" som det største og viktigste motivasjonsgrunnlaget hos de frivillige hun har intervjuet. Selv om frivillig arbeid ofte assosieres med altruisme og selvoppofrelse, er det "self-escape", "self-loss", forskjellige typer humanisering og selvutvikling hun betegner som et viktig motivasjonsgrunnlag. For å kunne analysere hvilken betydning dette har for motivasjonen til de frivillige jeg har intervjuet, vil jeg se på "self-escape", "self-loss" og selvutvikling.

Malkki forklarer "self-escape" som en viktig motivasjonsfaktor, hvor de frivillige ser på det humanitære arbeidet de gjør som en liten flukt fra et trygt og rutinebasert liv, samt å være selvbevisst på hvem man virkelig er. Dette handler om å "miste seg selv" i en intens periode i et krevende arbeid, og kan oppleves som et lystbetont selvtap, som gir en følelse av frihet. Dette var en positiv versjon av altruisme (Malkki 2015: 11). Jeg ønsker derfor i oppgaven

min å se på om dette har en betydning for motivasjonen for de frivillige jeg har intervjuet, da de allerede er veldig opptatte helsearbeidere som likevel prioriterer tid til helsesenteret.

Som en del av selvutviklingen de frivillige kan få nytte av gjennom slike typer arbeid, er at mange vil ha muligheten til å åpne seg for nye typer av sosiale og affektive opplevelser de kanskje ellers ikke hadde hatt mulighet til (Malkki 2015: 12-13). Jeg skal derfor også analysere hvor mye det sosiale fellesskapet har å si for motivasjonen til mine informanter. For mange handlet også oppdragene om jobb, og selvutviklingen de kan få gjennom det (Malkki 2015: 11).

Imagination - the relation from self to the world

Malkki (2012) argumenterer for at dette begrepet er viktig når man skal analysere motivasjonsfaktorer i humanitært arbeid. Begrepet handler om at man kan forestille seg, og identifisere seg med andre mennesker og deres situasjoner, og på denne måten utvikler man en dypere forståelse for andres behov og lidelser. Dette er noe som gjør at frivillige kan føle på en sterk motivasjon og forpliktelse til å hjelpe.

I analysen sin av motivasjon knyttet til det Malkki kaller “Imagination”, fant hun ut av at dette startet i frivilliges arbeid i hjemlandet, og to ulike måter. Den første handlet om at hjemlandets historie, kulturelle og politiske posisjon, og folk sin egen forestilling om seg selv som en borger av det spesifikke hjemlandet fikk en betydning i arbeidet de gjorde. Alle disse nøkkeltrekkene ved de frivilliges hjemland ha viktig motivasjoner i arbeidet deres (Malkki 2015: 3). Den andre måten “Imagination” kan knyttes til de frivilliges arbeid “hjemme”, er hvordan praksiser i hjemmet blir utført, spesielt av kvinner; det å pleie, rengjøring og omsorgen for unge, gamle og sårbare (Malkki 2015: 3). Det å ta vare på både hjem og mennesker er en naturlig del for mange kvinner, og kan derfor på mange måter være en naturlig motivasjon blant de fleste kvinnelige frivillige. Håndarbeid som strikking og hekling gir også motivasjon til å delta i frivillig arbeid i hjemlandet, for eksempel gjennom håndverksprosjekter organisert som humanitære kampanjer (Malkki 2015: 3).

I oppgaven min er jeg opptatt av å forstå hvorfor informantene mine føler på en sterk motivasjon og forpliktelse til å hjelpe irregulære migranter. Ved hjelp av Malkki sin analyse, vil jeg bedre forstå hvor denne motivasjonen og forpliktelsen kommer fra. Selv om jeg her har prøvd å dele opp i ulike kategorier, krysser de ulike motivasjonsgrunnlagene hverandre og

i analysen av historiene til informantene mine vil man kunne se at mye av motivasjonen til slutt på mange måter henger sammen.

Need - the relation from self to others

Under sitt feltarbeid oppdaget Liisa Malkki (2015) det hun kaller for “the neediness of the helper”. Kort forklart handler dette om at den frivilliges behov for å hjelpe, kan gi handlinger som faktisk hjelper den frivillige også på overraskende og vitale måter (Malkki 2015: 8). “The Neediness” Malkki (2015) forklarer handler om at de humanitære arbeiderne hun studerte så på sine utenlandsopphold som en måte å delvis flykte fra deres nasjonale tilhørighet og deres hverdagslige jeg. Tryggheten i hjemlandet hadde for mange av de frivillige blitt begrensende og tyngende, og livet på jobb i utlandet ble beskrevet som mer “full of life”. Ønsket om “the world outside” var så klar og noe som virkelig hastet at det ble en tydelig “neediness”. De frivillige Malkki intervjuet argumenterte for at det å hjelpe og gi, lindret deres egen nød og lot dem bli en del av noe større enn dem selv (Malkki 2015: 9).

Liisa Malkki argumenterte for at «the need to help» ikke handlet om å være «global citizens» eller «Worldly nomads», men sosiale personer som hadde behov, sårbarheter, ønsker og som hadde mer faglig ansvar. De ønsket å være en del av noe større enn dem selv (Malkki 2015: 4).

Malkki (2015) presenterer også en annen del av “need”. Denne delen handler om å hjelpe på en annen måte enn gjennom sitt yrke. Dette var “the need to help” gjennom internasjonale tjenester som strikking av “Aid bunnies” og “Trauma Teddies”.² Dette var en måte en giver som bor innenlands kunne “imagine” (Se imagination - the relation from self to the world) å gjøre noe med (Malkki 2015: 9). Denne måten å hjelpe på, vil på samme måte som de som hjelper utenlands, bli en del av noe annet og større enn dem selv (Malkki 2015: 10). “Trauma Teddies” ble dermed det Malkki beskriver som en gave fra en selv til en “imagined other”, men også en gave til “selvet” (Malkki 2015: 10). Hun tolker denne prosessen, som inkluderer både å lage og gi bort som en form for å håndtere følelsene sine og gi omsorg for selvet (Malkki 2015: 10).

Liisa Malkki sin analyse av “need” og “neediness” vil være behjelpelig i min egen analyse av de frivillige med helserelevante yrker, men også for motivasjonen for de frivillige som ikke har

² Bamses Røde Kors gir ut til barn som opplever sykdom eller traumer. De blir blant annet gitt ut til barn som opplever krig, flom, brann eller andre katastrofer.

helsefaglig bakgrunn. For eksempel mange av miljøkontaktene som ikke kan bidra med noe helserelatert, men er der for andre grunner.

Strukturell sårbarhet

Begrepet strukturell sårbarhet kan forklares som sosiale strukturer som gjør folk syke (Bourgois et al. 2017: 1). Påtvunget fattigdom, ulikhet og diskriminering er faktorer som gir negativt helseutfall (Bourgois et al. 2017: 2), og en pasients strukturelle sårbarhet er utfallet av en kombinasjon av sosioøkonomiske og demografiske attributter. I mange av intervjuene mine påpekte forskjellige informanter at den strukturelle sårbarheten til irregulære migranter var en stor motivasjonsfaktor på hvorfor de ønsket å hjelpe, men også en stor frustrasjon. Motivasjonen kom fra et ønske om å hjelpe en utsatt gruppe mennesker, og at det var synlig for legene at måten denne gruppen levde på var årsaken til problemene de oppsøkte helsesenteret for.

Informantene mine forteller at frustrasjonen handler om at de pasientene de behandler ikke blir friske, og at de føler de driver med "flikking". For å kunne forstå og analysere hva som ligger bak frustrasjonen vil dette begrepet hjelpe meg. I oppgaven vil jeg derfor sette søkelys på strukturell sårbarhet i tilknytning til sosioøkonomisk status, rase/etnisitet, statsborgerskap og status (Bourgois et al. 2017: 4).

Bourgois argumenterer for at å kunne forstå en pasients strukturell sårbarhet bedre i klinisk praksis kan det å introdusere begrepet i medisinstudenter hjelpe helsepersonell til å tenke klarere, mer kritisk og praktisk om hvordan sosiale strukturer gjør folk syke (Bourgois et al. 2017: 1). Medisinstudenter lærer ofte at det å dokumentere en sosial historie innebærer å rutinemessig spørre om risikoatferd, som inkluderer alkoholforbruk, tobakksforbruk og et eventuelt narkotikaforbruk, samt seksuell historie, vold i nær relasjon eller om depresjon. Selv om mange leger og helsepersonell vet at det sosiale har stor betydning for om pasienten klarer å følge behandlingen, er adressering av strukturelle hindringer i tilknytning til helse noe som likevel anses å ligge utenfor den daglige kliniske praksisen. Sosial historie blir ofte sett på som et "tilleggsutstyr" som blir henvist til sosialarbeidere ved behov (Bourgois et al 2017: 2).

Bourgois med flere argumenterer for at en stor del av den samfunnsvitenskapelig litteraturen har dokumentert måtene subtile kulturelle og normative markører, som for eksempel aksent, kroppsholdning og etikette kan samhandle med demografiske kategorier som rase/etnisitet, alder, kjønn, eller sosial klasse for å skape hierarkiske vurderinger som fremmer sosial ulikhet. Disse subtile symbolske avgrensningene av hierarkier kan påvirke oppfatninger fra kliniske og sosiale tjenesteleverandører så vel som av det større samfunnet om hvilken type omsorg som anses som passende for et individ eller en sosial gruppe, og skaper et potensielt stigma av forskjellig « health-related deservingness» (Bourgois et al. 2017: 2-3).

Tinkering Care

Dette begrepet blir brukt i situasjoner hvor helsearbeidere må finne opp, eller improvisere alternativ behandling i det uvanlige miljøet de jobber i for å kunne hjelpe migranter som er uønsket eller politisk ekskludert fra helsevesenet. Tinkering Care handler derfor om hvordan helsearbeiderne må tilpasse arbeidet sitt når de skal behandle denne pasientgruppen (Gerbier-Aublanc 2020: 44), og hvordan de møter forholdene og mobiliteten i situasjonen til pasientene. Denne måten å jobbe på blir sett på som et meningsfylt arbeid av de frivillige ved Jules Ferry konsultasjonssenter hvor Gerbier-Aublanc har gjort studien sin.

(Gerbier-Aublanc 2020: 54-55). Det å kunne justere arbeidet på en slik måte viser hvordan kollektiv kreativitet kan etablere en omsorg og behandling som tilpasses der og da, og hvordan denne justeringen var tydelig full av medfølelse for migrantene (Gerbier-Aublanc 2020: 56).

Begrepet “tinkering care” beskriver godt hverdagen til de frivillige ved helsesenteret, fordi de ofte må være kreative i behandlingen av pasientene. Jeg vil i oppgaven min vise hvor viktig dette er for å kunne gi hjelp til denne sårbare gruppen med mennesker.

Inkluderende eksklusjon

Begrepet inkluderende eksklusjon refererer til en tilstand hvor man er inkludert i loven i kraft av en eksklusjon (Jacobsen 2015: 35). Antropologen Shahram Khosravi argumenterer for at papirløse migranter ikke er ekskludert, men er unntatt; de er ikke kastet ut, men de er heller ikke ansett som deltakere. Papirløse migranter inkluderes i samfunnet uten å bli anerkjent som medlemmer (Khosravi 2010: 95), og denne "inkluderende eksklusjon"-mekanismen regulerer,

styrer og kontrollerer livene til papirløse migranter (Khosravi 2010: 111). Det dialektiske prinsippet om 'inkluderende ekskludering' gjør det umulig å skille mellom medlemskap og inkludering, mellom hvem som er inkludert og hvem som er ekskludert, mellom regel og unntak. Papirløse migranter er altså aktivt og formelt holdt utenfor samfunnet de allerede er inkludert i (Khosravi, 2010: 111-112). Irregulære migranter er inkludert i samfunnet blant annet gjennom politiske og juridiske prosesser, mediedekning og akademiske studier, og i noen tilfeller også i lokalmiljøer, men uten av de derved anerkjennes som legitime medlemmer av dette samfunnet av myndighetene. Khosravi kobler denne spesielle situasjonen til illegalitetens tidshorisont; irregulære migranter blir ikke inkludert nå fordi de vil bli ekskludert i morgen (Jacobsen 2015: 37-38).

Begrepet inkluderende eksklusjon vil være en viktig del av analysen av oppgaven, fordi årsaken til at helsesenteret eksisterer er på grunn av den begrensede tilgangen irregulære migranter har til helsevesenet. Begrepet kan brukes i analysen av motivasjonen fordi måten irregulære migranter blir ekskludert fra samfunnet, og det behovet for hjelp de da trenger kan knyttes til mine informantenes verdier og yrkesetikk. Denne koblingen kommer bedre fram i Kap 3.

Irregulære migranter

Relevant for oppgaven ønsker jeg kort å ha med hva betegnelsen irregulære migranter betyr. Dette er for å gjøre det lettere å forstå hvem det snakkes om, og hva det faktisk betyr å være en irregulær migrant.

Å være irregulær innebærer at personen er uten lovlig opphold i Norge, og deres status ekskluderer dem fra visse rettigheter (utdanning, arbeid og helse), som er knyttet til statsborgerskap og lovlig oppholdstillatelse (Bendixsen 2015: 287). Det er mellom 5000 - 56.000 irregulære migranter i Norge (Karlsen 2021:16), hvor de fleste er tidligere asylsøkere som har fått avslag på søknaden sin, og som har blitt værende utover utreisedato. Mens noen bor i mottak, bor andre privat, hos venner, familie eller også alene. Irregularitet er ikke en statisk tilstand: en person kan veksle mellom å være i en irregulær og regulær situasjon. Dette skjer dersom vedkommende klager på avgjørelsen, lov-endringer vedtas, eller andre former for regularisering finner sted (Bendixsen 2015: 287).

Antropologen Shahram Khosravi argumenterer for at papirløse migranter utgjør en heterogen kategori på grunn av forskjeller i migrantens innreisemåte og arten av oppholdet i destinasjonslandet. Han kategoriserer "ulovlige" migranter inn i tre kategorier: 1. "Overstayers". Dette innebærer de som blir igjen etter visumets utløp. 2) Asylsøkere som ikke fikk innvilget asyl, og som blir igjen etter en utvisning ordre, og 3. personer hvor både innreise og tilstedeværelse i landet er ukjent for myndighetene. Personer i den siste kategorien kommer inn i landet hemmelig og tar ikke kontakt med myndighetene for å søke asyl eller andre formål (Khosravi 2010: 98).

Når det kommer til hvorfor Khosravi velger å bruke anførselstegn ved bruk av begrepet ulovlig, argumenterer han for at begrepet som brukes for å referere til papirløse migranter, altså "illegal" avslører et politisk standpunkt og alle handlinger og ord angående individets rettslige status har politiske konsekvenser. Khosravi bruker "illegal" i hermetegn fordi han ikke ønsker å bruke begrepet av flere grunner. En av grunnene er at han, ved å ikke bruke begrepet i hermetegn, risikerer å understøtte myndighetenes diskursive makt og utlendingslovgivning. Han vil også, ved å velge å bruke begrepet i hermetegn, ikke bidra til reproduksjon av kriminalisering av migrasjon. Udokumentert migrasjon er som oftest nært knyttet til asylsystemet, og bruken av begrepet vil få implikasjoner for asylsøkeres troverdighet. Khosravi argumenterer derfor for at den viktigste grunnen til å bruke begrepet i hermetegn handler rett å slett om at informantene han brukte fant begrepet støtende og ydmykende, og at han derfor velger å bruke begrepet "udokumenterte migranter" for å referere til de som kommer inn eller bor i land uten tillatelse (Khosravi 2010: 96).

Bruken av "ulovlige" beskriver virkningen av å stemple folk som ulovlig, istedenfor å se deres faktiske situasjon som udokumentert (Khosravi 2010: 96). På samme måte har begrepet "ulovlig innvandrer" blitt kritisert å knytte betegnelsen "ulovlig" til et menneske bidrar til kriminalisering av migrasjon. Derfor har begrepet "papirløse" blitt fremmet som et alternativ blant annet frivillige organisasjoner i Norge (Jacobsen 2015: 28).

Relevant for oppgaven er det også viktig å vite at selv om myndighetene rettferdiggjør det å ekskludere papirløse migranter fra helsevesenet ved å hevde at inkludering ville kunne sende "feil signal" og kan være en «pull»-faktor for medisinsk turisme (Khosravi 2010: 107), så viser en europeisk undersøkelse fra 2009³ at irregulære migranter sjeldent krevde helsehjelp.

³ Médecin du monde, 2009

Når de gjorde det, så var det som regel for seriøse helseproblemer, grunnet forverring på grunn av for sen helsehjelp. Omtrent halvparten av dem klarer heller ikke å skaffe seg ordentlig medisinsk behandling eller oppfølging (Ambrosini 2015: 119). Irregulære migranters tilgang på helsehjelp blir begrenset av mange grunner. Redsel for å bli oppdaget og deportert, mangel på informasjon om rettigheter, vanskeligheter med å forstå eller å følge de riktige prosedyrene som er nødvendig for å få tilgang til tjenester er noen av disse (Ambrosini 2015: 119).

I oppgaven har jeg valgt å bruke betegnelsen papirløse. Dette er fordi de frivillige jeg har intervjuet ofte refererer til de irregulære migrantene som papirløse, samt at helsesenteret også bruker betegnelsen papirløse migranter i deres forklaring på hvem helsesenteret er for.

Kort om Informantene mine

Informantene jeg møtte på helsesenteret bekreftet det jeg hadde tenkt på før jeg begynte på feltarbeidet, nemlig at de fleste var knyttet til helserelaterte yrker. Det sier seg jo selv at enkelte roller må fylles, som leger, sykepleiere, psykologer og andre yrker knyttet til tilbudet som gis, men miljøkontaktene består også av en stor andel personer knyttet til andre helserelaterte yrker. Det var personer som var yrkesaktive i helserelaterte yrker som ikke hadde tilbud på helsesenteret og personer som var under utdanning i helserelaterte yrker.

Informantene mine består av yrkesaktive helsearbeidere i ulike yrker og studenter i forskjellige helserelaterte utdanninger. Denne sammensetningen av informanter vil gi meg unike tanker og syn på motivasjonsgrunnlaget for å være frivillig, og gi meg et ulikt syn på hvordan det er å være frivillig i aktiviteter knyttet til irregulære migranter.

Informantene mine består også av ansatte som jobber med driften av helsesenteret. Deres oppgave er å lage turnus, følge opp de frivillige og passe på at det alltid er nok folk i drop-in-tiden. Det er også koordinatorene som koordinerer avtalene med andre samarbeidspartnere. Av de jeg har intervjuet er de fordelt på yrkesgrupper som leger, sykepleiere, jordmødre, studenter, optikere, fysioterapeuter, psykologer og ansatte ved helsesenteret. Jeg har intervjuet flere kvinner enn menn, og alderen på informantene mine har vært fra begynnelsen av 20 årene til midten av 50 årene. De fleste har også etnisk norsk bakgrunn.

Oppgavens struktur

I dette kapittelet (1) har jeg så langt dekket de sentrale spørsmålene i oppgaven min, min egen motivasjon og tematikk samt gjort rede for min metodologiske tilnærming. Jeg har gjort rede for de analytiske begrepene jeg skal bruke gjennom oppgaven og forteller kort om informantene mine. I det som følger gir jeg en oversikt over hva enkelt kapittel handler om.

I kapittel 2 tar jeg for meg helsesenteret for papirløse i Oslo og i Bergen. Her forteller jeg om mitt første møte, generelt om helsesenteret og arbeidet de gjør. Fokuset ligger på viktigheten av helsesenteret, samarbeidspartnere og hvilken viktig rolle venterommet og miljøkontaktene har for pasientene. Her har jeg også fortalt om de dagene jeg selv var miljøkontakt, og hva jeg lærte av dette.

I kapittel 3 forklarer jeg frivillig arbeid ved bruk av statsviter Dag Wollebæk og Bussel & Forbes forklaring på frivillig arbeid ved bruk av «The four W`s», og hvilke motivasjonsgrunnlag som ligger til grunne for å drive med frivillig arbeid. Jeg bruker Liisa Malkki til å analysere forskjellige motivasjoner hos frivillige i humanitært arbeid, som jeg diskuterer med Wollebæk sin forståelse av motivasjon knyttet til frivillig arbeid. Jeg vil gjennom min etnografi vise forskjellige typer motivasjoner hos informantene mine, og knytte dette opp til historier om hvorfor de valgte å bli frivillig akkurat på helsesenteret. Dette gir meg mulighet til å gå dypere inn på hva som ligger bak motivet deres, og hvorfor det er viktig for dem å hjelpe irregulære migranter.

I kapittel 4 tar jeg for meg etiske og praktiske dilemmaer helsearbeidere opplever i møte med irregulære migranter og helsehjelp. Dette kapittelet vil sette søkelys på dilemmaene knyttet til migrantenes psykiske helsehjelp, avvisning av henvisninger og dilemmaer knyttet til økonomi. I dette kapittelet skal jeg også se nærmere på begrepet “Tinkering Care”, og hvordan dette brukes til å kunne gi migrantene tilgang til helsehjelp.

Kapittel 5 handler mest om det politiske og etiske i det humanitære feltet. Her snakker jeg om helsehjelp som en menneskerettighet og hvordan tilbudet er i andre europeiske land. Jeg viser, med utgangspunkt i mine informanternes intervju og deres erfaringer om hvorfor de mener at et helsesenter for papirløse er nødvendig. Kapittelet vil også sette søkelys på hvordan staten

setter grenser for tilgangen til helsehjelp gjennom vanlige byråkratiske praksiser, rutiner og infrastrukturer. For eksempel, bruk av personnummer.

I det siste kapittelet, kapittel 6 vil jeg til slutt oppsummere hovedargumentene fra oppgaven, og komme med noen avsluttende refleksjoner.

KAPITTEL 2: HELSESENTERET

Høsten 2008 besluttet Kirkens bymisjon i Oslo å åpne et helsetilbud for mennesker uten lovlig opphold, en beslutning Røde Kors bestemte seg for å være med på i februar 2009. Navnet på tiltaket ble “Helsesenteret for papirløse migranter” og skulle være et tiltak hvor irregulære migranternes helsesituasjon skulle bedres gjennom å tilby og yte helsehjelp (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 148-149). Helsesenteret blir drevet for det meste på frivillighetsbasis, og det er derfor interessant hva som motiverer de allerede ganske opptatte helsearbeiderne til å bruke fritiden sin der.

Før helsesenteret kunne åpne for pasienter måtte man avklare organisering, finansiering og lokalisering . Kirkens Bymisjon og Norges Røde Kors måtte samarbeide og det ble diskusjoner om mulige uheldige konsekvenser av å opprette et tilbud som dette i et land hvor det er et tilgjengelig, offentlig helsevesen for alle innbyggere. Spørsmålene de stilte seg var om ikke helsetjenester til irregulære migranter var det offentliges ansvar, og om et eget statlig tilbud til denne gruppen ville bidra til å usynliggjøre behovet og utfordringene de sto overfor i det ordinære helsetilbudet. På bakgrunn av disse spørsmålene og overveielser valgte de tilslutt å etablere helsetilbudet og samtidig arbeidet for å tydeliggjøre helsebehovene blant irregulære migranter. Dette skjedde gjennom dokumentasjon og formidling av helsesenterets egne erfaringer (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 149). Viktigheten av helsesenteret blir diskutert lenger ned i kapittel 2.

Da forslaget om å etablere helsesenteret ble lagt frem fikk det sterke innvendinger fra politisk hold og framstående politikere fra så vel opposisjons- som regjeringspartiene, gav uttrykk for at senteret var uønsket. Enkelte mente offentlig støtte til eierorganisasjonenes øvrige tiltak burde innstilles og det ble diskutert om lovligheten av etableringen, samt at det ble hevdet at helsehjelp til mennesker som oppholder seg ulovlig i Norge var å anse som medvirkning til kriminalitet (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 150). Det har imidlertid også kommet politisk støtte til tiltaket og framstående politikere fra ulike partier har besøkt senteret. Helsesenteret har også i hele perioden hatt støtte og samarbeid med ulike profesjonsorganisasjoner, som for eksempel " Den norske legeforening", " Norsk psykologforening" og "Norsk sykepleierforbund". Fra helseforvaltningen sin side anbefalte Helsedirektoratet i 2009 at ” irregulære migranter tilkjennes rett til forebyggende og kurative primærhelsetjenester og

helsesenteret har, tross de nevnte innvendingene fra politisk hold, mottatt økonomisk støtte fra Helsedirektoratet til deler av aktiviteten (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 150).

Koordinatoren ved Helsesenteret i Bergen forteller hvordan helsesenteret oppstod i Bergen: *“Helsesenteret ble først drevet kun av frivillige, inkludert et styre som også bare besto av frivillige. Etter hvert fikk de det inn i Kirkens Bymisjon og Røde kors fordi man så at det var behov for at det ble litt mer profesjonalisert. Slik at man kunne ha det stabilt videre.”*Siden oppgaven handler om motivasjon blant de frivillige ved helsesenteret var jeg også nysgjerrig på hva som motiverte koordinatoren til å begynne i denne jobben i utgangspunktet: *“Nå var jeg jo med i en kartleggingsgruppe i 2013. Kartleggingsgruppen skulle kartlegge om det var et behov for slikt helsesenter på Vestlandet. Da jeg snakket med helsesøstre, sykepleiere, kommuner, så vi et veldig tydelig behov. De kunne ingenting om migrasjonsfeltet og flyktningefeltet og dette var jo noe jeg kunne mye om. Jeg så at det var behov for kunnskap om dette feltet innenfor migrasjonsfeltet og helsefeltet “*

Mitt første møte med helsesenteret

Det var en torsdag i midten av mars, og klokken var rundt ti over fem. Det var sol denne dagen, og vår i luften.. Fuglene kvitret, og jeg kjente på hele meg at jeg var spent på hvordan besøket skulle bli. Jeg skulle til helsesenterets nye lokaler, siden de hadde flyttet siden sist jeg var innom. Jeg gikk nå opp bakken mot de nye lokalene, på andre siden av sentrum og ringte på ringeklokken som hang utenfor. Døren ble åpnet, og en høy dame iført en fargerik bukse møtte meg med et stort smil. “Hei, og velkommen. "Jeg er Alice, hyggelig å møte deg”. Alice var sykepleieren som skulle ha ansvar for vekten i dag. Jeg fulgte Alice inn i de nye lokalene og la med en gang merke til hvor mye større og lysere disse var, enn de gamle. Rommene var malt i jordfarger, som laget en lun stemning, og de store vinduene i det som har blitt venterommet til pasientene, slipper inn masse dagslys.

Jeg får en omvisning, og vi setter oss i den blå, myke sofaen som er satt på venteværelse for pasientene. Dette rommet har en hel vegg med en blålig tapet full av fugler, som gir et litt friskt pust og liv i det ellers hvite rommet. De har satt mange grønne planter i de store vinduene, og frisket opp med puter i forskjellige farger. Pluss den blå sofaen vi sitter i, den må vi ikke glemme. De har gjort alt de kan for å gjøre venterommet til en hyggelig oase for pasientene. Alice tilbyr meg kaffe eller te fra den lille kjøkkenkroken de har på venterommet.

Jeg takker høflig ja til en kopp te. Jeg får tildelt en grønn kopp med hvite prikker, og vi begynner å snakke om helsesenteret, samt hennes egen erfaring ved å begynne å jobbe der. Man kan virkelig se at dette er en jobb hun trives med og brenner for, da øynene hennes lyser opp ved hvert spørsmål jeg spør.

Når klokken begynner å nærme seg halv seks, begynner de første frivillige å dukke opp. Alice gir de en omvisning, siden dette er en av de første åpningsdagene etter at de byttet lokaler. Praten sitter løst, og de frivillige ser seg engasjert rundt med mange gode tilbakemeldinger på de nye lokalene. De frivillige hilser på meg etter hvert som de kommer inn i rommet jeg sitter i, og hele holdningen deres gjør at jeg kjenner at jeg gleder meg til å begynne på alle intervjuene og observasjonene jeg skal utføre. Alle de frivillige er imøtekommende, hyggelige og spør spørsmål om hvorfor og hva jeg skal gjøre der. Jeg klarer til og med å få rekruttert flere frivillige til å snakke med meg utover våren.

Klokken begynner å nærme seg klokken seks, og det er like før pasientene begynner å ankomme. Det er derfor tid for meg å dra hjem fra helsesenteret, da jeg i begynnelsen av feltarbeidet kun fikk lov å være til stede i perioden de frivillige ankom helsesenteret. Dette fikk vi heldigvis endret underveis. Jeg takker for meg, sier farvel til alle de nye frivillige jeg har møtt på i dag, og sier “Jeg håper vi sees igjen”. Jeg går ut i gangen, lukker døren bak meg. Det har begynt å regne, men det gjør ingenting. Jeg har nemlig hatt en god avslutning på dagen min, og ser frem til de neste månedene med feltarbeid på helsesenteret.

Viktigheten av helsesenteret

En av informantene mine poengterte noe viktig, med hvorfor helsesenteret er viktig å ha. *“Mange av pasientene våre er redde for å bli oppdaget, at andre ikke skal vite at de er i landet, og er redde for politiet. Derfor oppsøker de gjerne ikke hjelpe tilbudene som finnes. Det er nok mange som ikke oppsøker oss heller, på grunn av denne redselen.*

Det å være ”illegal” preger migranters erfaring av rom, tid, person og fellesskap, og et aspekt ved det å være i et land ulovlig er knyttet til frykt for å bli oppdaget og sendt ut av landet. Dette blir omtalt som migranters deporterbarhet (Jacobsen 2015: 39). Uavhengig av hvorvidt man faktisk blir deportert, så lever en irregulær migrant i større eller mindre grad med

bevisstheten om at han eller hun kan bli deportert, og denne tilstanden virker inn på ulike sider ved hverdagslivet. Dette kan for eksempel føre til at man forsøker å gjøre seg usynlig fra myndighetene eller at man oppfører seg på måter som gjør at man ikke blir lagt merke til (Jacobsen 2015: 39-40). I verste fall kan irregulære migranter unngå å oppsøke medisinsk hjelp, selv i nødstilfeller på grunn av at de frykter å bli arrestert. Khosravi argumenterer i teksten sin “An ethnography of migrant illegality in Sweden” for at dette skjer i Sverige, da dette er et av de mest restriktive landene i EU med hensyn til tilgang til helsehjelp for papirløse migranter. Her har migrantene bare rett på tilgang til offentlige helsetjenester når det er snakk om medisinsk nødtilfelle (Khosravi 2010: 105). Mer informasjon om hvordan helsehjelpen er i Sverige kommer jeg tilbake til i Kap 5.

Det at irregulære migranter unngår myndighetene i frykt for å bli deportert kan ha store konsekvenser for helsen deres, og det er nettopp derfor helsesenteret er viktig. Her kan irregulære migranter møte opp uten å være redd for at politiet skal dukke opp, og mange av informantene mine har poengtert under intervjuene at det som gjør helsesenteret trygt for disse pasientene er at de frivillige og ansatte der har taushetsplikt. De spør gjerne ikke så mange spørsmål, noe som gjør at det føles trygt å komme dit for hjelp og unngå steder som er drevet av staten. Gjennom alle mine besøk på helsesenteret er det tydelig å se at de frivillige er hyggelige og imøtekommende mot pasientene og dialogen er god. Pasientene viser en trygghet både ved helsesenteret og mot de frivillige, og det er blitt stiftet gode bekjentskaper gjennom dette tiltaket. Både mellom pasienter og frivillige, men også mellom pasientene selv.

Jeg har tidligere skrevet om hvorfor helsesenteret ble etablert og nå i dette kapittelet skal jeg forklare og vise hvilken funksjon helsesenteret har. Gjennom samtaler med informanter under deltakende observasjon klarte jeg å kartlegge noen av grunnene til at pasientene kommer. Koordinatoren ved helsesenteret i Bergen fortalte at en av de viktigste grunnene for at de ønsket et mer profesjonelt styre, og ikke bare frivillighet var for å kunne føre dataregistrering av de ulike problemene som pasientene kommer med. Det å kunne registrere dette er viktig for eksempel å kunne dra saker videre politisk og i media, eller for å sette søkelys på situasjonen til irregulære migranter, samt for å tydeliggjøre behovet for helsehjelp blant irregulære migranter (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 149). Registreringen de har fått inn av de ulike årsakene til at pasientene kommer innom, viser at en av grunnene, som jeg skal snakke om senere i oppgaven, er den økte pågangen av fakturaer fra andre instanser i det ordinære helsevesenet i Norge. Den andre grunnen, som jeg også har valgt å sette et fokus på i

oppgaven er graden av henvendelser innenfor psykisk helse. Begge disse sakene skal jeg snakke mer om i kapittel 4. For at helsesenteret skal kunne gi mest mulig og best mulig hjelp er de avhengig av å ha samarbeidsavtaler med andre instanser. Nedenfor skal jeg skrive om hvilke samarbeidspartnere helsesentrene har, og hvordan dette påvirker arbeidet deres.

Samarbeidspartnere

Både Helsesenteret i Oslo og Helsesenteret i Bergen samarbeider med andre institusjoner for å øke helsetilbudet til papirløse. Oslo samarbeider for eksempel med Diakonhjemmet, mens Bergen samarbeider med Haraldsplass diakonale sykehus.

Avtalen mellom Diakonhjemmet og helsesenteret i Oslo ble til på eget initiativ fra daværende sjefslege ved sykehuset. Dette skjedde allerede før helsesenteret hadde åpnet og innebærer at Diakonhjemmet påtar seg ansvar for utgiftene ved eventuell behandling, som dermed kan vurderes og gjennomføres på medisinfaglig grunnlag (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 162). Både Diakonhjemmet og Haraldsplass er begge private, ikke-kommersielle og offentlig driftede sykehus med et kristent verdisyn. Som tidligere nevnt er helsesenteret driftet sammen av Røde kors og Kirkens bymisjon, hvor av kirkens bymisjons arbeid er basert på kristne og humanistiske verdier. Forankringen deres er i kirken og den diakonale tradisjonen står sterkt i deres arbeid (Kirkens Bymisjon u.å). Man kan derfor si at samarbeidspartnerne til helsesenteret er verdiforankret.

Et eksempel på hvordan det å ha disse sykehusene som samarbeidspartnere og hvordan de bidrar positivt, kommer gjennom en av informantene mine. Kåre, en ung mann i slutten av 20 årene, til vanlig ansatt på en av disse sykehusene. Gjennom den tiden han har jobbet på sykehuset har han vært borti forskjellige saker som hadde kommet fra helsesenteret, og det var slik han fikk kjennskap til tilbudet. En av kollegaene hans hadde vært i kontakt med en av de ansatte ved helsesenteret og fått vite at de trengte nye frivillige. *“Det hørtet kjempespennende ut, og jeg ble veldig nysgjerrig på helsesenteret, og hva det gikk ut på etter å ha vært borti mange saker derfra. Etter en samtale med en av koordinatorene der, hvor jeg fikk vite om hvorfor de eksisterte og hva de gjorde så ble jeg solgt med en gang.”*

Jeg spurte Kåre om hva han liker best ved å være frivillig på helsesenteret. *“Syns det er veldig hyggelig og fint å hjelpe pasienter, også synes jeg det er veldig fint, men også annerledes å*

hjelp pasienter som er såpass takknemlige som det veldig mange er. Man er jo vant til at for eksempel blodprøver er noe ganske kjipt, som folk bare syns er irriterende. Her får jeg også jobbe mye mer tettere med leger og sykepleiere enn det jeg gjør på sykehuset. Der jobber jeg egentlig bare med folk fra "lab". Men, Hva motiverer deg til å fortsette her da, spør jeg. «Helt klart pasientene. Når man får høre litt historier om det som faktisk skjer her på gata, i Oslo, i byen vi bor i. Jeg syns det er helt ærlig at det er ganske unødvendig at vi skal ha et sted som dette her, slik at man skulle ta vare på dem gjennom staten. Om de skal være i Norge eller ikke er jo et politisk spørsmål, men så lenge noen er her så syns jeg de skal få helsehjelp».

For å få litt mer kjennskap til hva samarbeidet med disse sykehusene innebærer, var jeg innom et av dem og snakket med personen som var ansvarlig og kontaktperson for samarbeidet. En tidlig morgen møtte jeg opp på et av sykehusene som samarbeider med helsesenteret, for å bli bedre kjent med tilbudet. Jeg hadde avtalt å møte Per i kantinen på sykehuset for å spørre noen spørsmål om hvordan samarbeidet fungerte. Jeg fant et bord i et hjørne, hvor vi kunne sitte litt usjenert og satt meg ned og ventet. Etter ti minutter kom Per ned, og vi begynte intervjuet.

"Hvorfor valgte dere å inngå samarbeid med helsesenteret, hvem tok initiativ og hvorfor ble det sånn?" spurte jeg. "Det har vært et uformelt samarbeid ganske lenge, men i 2016 ble det formalisert at vi tar undersøkelser for dem. Vi tar blodprøver, røntgen, og de kan komme og besøke legene våre på poliklinikk hvis det er noe de ikke finner ut av." "Hvor mange pasienter får dere inn hver måned da?" fortsetter jeg.. "Vi får ikke inn så mange faktisk, kanskje 2-3 stykker." Jeg følger opp med spørsmålet "Hvem dekker disse utgiftene?" Per tenker seg om.. "Utgiftene blir ikke dekket av noen, de forsvinner bare i det store sluket som vi kaller det. Altså, utgifter vi bare tar. Etikken i dette er jo at vi ikke skal sende faktura til de som kommer fra helsesenteret. Vi skal behandle pasientene uansett, og det skal foreligge gode grunner til å ikke gi livsviktig behandling"

"Det var det siste spørsmålet mitt, tusen takk for at du tok deg tid til en kjapp prat med meg" sier jeg og smiler! Intervjuet jeg nettopp har hatt, gir en viktig pekepinn på hvor viktig samarbeidspartnere er for at helsesenteret skal få kunne gi en fullverdig behandling, og for at irregulære migranter skal få tilstrekkelig med helsehjelp. Avtalene med sykehusene er også

svært viktig for de ansatte ved helsesentrene da de blir avlastet for leting etter andre institusjoner som kan bidra med tilstrekkelig helsehjelp (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 162).

Venterommet og miljøkontaktene

Etter både observasjoner og samtaler med frivillige er min oppfatning at hvordan de som oppsøker helsesenteret blir tatt imot, er noe det blir lagt stor vekt på. I dette kapittelet skal jeg fortelle om hvordan venterommet og miljøkontaktene gir pasientene en best mulig opplevelse hvor de føler seg velkommen og ivaretatt. Jeg ønsker å vise hvilke tiltak de frivillige og helsesenteret gjør for å få pasientene til å føle seg mest mulig komfortable, respekterte og tatt vare på.

Venterommet

Da jeg ankom helsesenteret den første dagen på feltarbeidet mitt ble jeg overrasket over hvor fint og lyst det nye venterommet var, i forhold til det i de gamle lokalene. Venterommet var stort og lyst, og på den ene veggen var det en flott tapet i blåtoner med fugler på. Som jeg nevnte tidligere, i kapittelet om mitt første møte med helsesenteret er sofaen som står i det ene hjørnet kongeblå, med puter i gul og rosa toner. Det er tydelig at de bevisst bruker både farger og masse grønne planter for å friske opp rommet. Jeg ser meg rundt, og legger merke til det lille kjøkkenet bak døren vi kom inn. Her står det både et kjøleskap, vannkoker og kaffetrakter, og på hyllen over kjøkkenbenken er det fylt opp med kjeks, nudler, te og mellombarer. Det er tydelig at det er viktig for helsesenteret å ta vare på pasientene når de er innom, og at de føler seg både velkommen og ivaretatt på venterommet mens de venter på å komme inn til legen.

Etter å ha tilbragt så mye tid på helsesenteret i Bergen, var tiden inne for å ta en tur til Oslo for å besøke helsesenteret der. Venterommet, eller mottaksrommet som de kalte det der lå i første etasje med inngang fra en bakgård med masse trær og en koselig uteplass. Jeg kom inn, og tenkte umiddelbart; her så det ut som et typisk venterom på et legekantor. Rommet hadde hvite vegger, var fylt opp med gamle, og ulike møbler og var egentlig ganske mørkt med lite lys. Egentlig ganske rart, men det var nok alle trærne utenfor som skygget for lyset.

I motsetning til Bergen hadde dette venterommet lite innslag av både farger, pynt og grønne planter, og de serverte heller ikke synlig kaffe, te og kjeks slik som Bergen. I et av hjørnene på venterommet, sto det mange hyller som fungerte som et lite lager. Her var det ulike hygieneprodukter, og informasjonshefter om hvor man kunne få tak i klær, mat og andre ting man måtte ha behov for. Helsesenteret i Oslo er mye større, har flere tilbud og er mye mer travelt enn helsesenteret i Bergen. De frivillige her er mer travelt opptatt med å hjelpe de som kommer og jeg legger merke til at stemningen på venterommet i Oslo ikke er like avslappet som i Bergen. For de frivillige er det viktig at pasientene føler seg komfortable og respekterte når de er på besøk hos helsesenteret. Dette forstod jeg var viktig fordi pasientene tilhører en gruppe som lever vanskelige liv og gjerne opplever lite respekt i hverdagen, både fra vanlige folk, men også det offentlige. Et eksempel på dette var jeg vitne til en dag jeg var miljøkontakt selv, og en av pasientene kom inn og fortalte hvordan hun hadde blitt behandlet av vektere på bussen under en billettkontroll.

De frivillige på helsesenteret synes det er viktig at pasientene kan få et sted å slappe av, å få tilgang på alt de trenger av eventuell mat, klær eller hygieneprodukter de skulle ha behov for. Det er også viktig at de føler seg lyttet til, samt får hjelp med ting de synes er utfordrende, har behov for å snakke om eller trenger hjelp med å løse.

Miljøkontaktene

De første som møter pasientene når de kommer til helsesenteret er de som kalles miljøkontakter, og det er som regel 2 til 3 miljøkontakter på vakt hvert skift.

Arbeidsoppgavene til miljøkontaktene er å ta imot pasientene når de kommer, for så å gi de et ventenummer. De tilbyr te eller kaffe, og noe kjeks, og er ellers til stede som samtalepartnere eller tilgjengelig for spørsmål. Miljøkontaktene deler ut informasjon om andre hjelpeinstanser slik som NAV, advokathjelp eller andre ting som er nødvendig. De stiller også opp som tolk når det er nødvendig. Under Covid-19 ga de også ut informasjon om vaksinerings og sjekket temperaturen før de fikk komme inn.

Under intervjuene mine av miljøkontaktene oppdaget jeg at det gjerne er studenter som studerer innenfor et helserelatert yrke, eller yrkesaktive helsearbeidere som ikke kan gi en

form for relevant behandling som velger denne rollen. Blant miljøkontaktene uten relevant medisinsk bakgrunn, er det flere frivillige med samfunnsvitenskapelig bakgrunn. Disse har mer interessen for det sosiale feltet, og ønske om å hjelpe de som trenger det på en ikke medisinsk måte.

Marlene var en av miljøkontaktene jeg intervjuet med samfunnsvitenskapelig bakgrunn. Hun studerte statsvitenskap, og hun kunne fortelle meg at det var interessen for samfunnet, og hvordan det blir organisert som gjorde at hun valgte å bli frivillig på helsesenteret. Vi sitter på en kafe, en onsdag ettermiddag og drikker kaffe når hun forteller; *“Det jeg liker best med å være frivillig ved helsesenteret er en kombinasjon av at jeg synes det er meningsfullt, og det er fint å bidra der man kan. Det gir innsikt i flyktningssituasjonen og de papirløse sin situasjon, pluss det er også veldig mange interessante folk som jobber her. Folk som har et engasjement for mennesker som faller utenfor, så jeg lærer veldig mye av samtalene jeg har med kollegaene mine.”*

Et annet viktig arbeid miljøkontaktene på helsesenteret gjør, som kanskje faller mer på miljøkontaktene med sosialfaglig bakgrunn, er det sosiale arbeidet ved helsesentrene. Som jeg tidligere skrev er en av oppgavene til miljøkontaktene å informere om andre hjelpeinstanser som NAV, advokathjelp osv. Karianne, en av legene jeg intervjuet uttrykket dette om det sosiale arbeidet som ble lagt bort til miljøkontaktene i Oslo, sånn at legene kunne bruke mer tid på å hjelpe pasienten med fysiske problemer og ikke andre ting; *“Sosionomene vi har her på helsesenteret er veldig viktig, og miljøkontaktene med sosialfaglig bakgrunn ... De er en fin og viktig del av tjenesten vi har her på helsesenteret. Sosionomene på helsesenteret i Oslo er oppdaterte på hva som finnes av andre tjenester og kan foreslå ting som for eksempel legene ikke tenker på eller tenker over, som kan gjøre situasjonen enklere for pasientene”*

Ved helsesenteret i Oslo har de hatt fokus på å få inn frivillige med sosialfaglig bakgrunn og utdanning. En av miljøkontaktene, Sophia, er i begynnelsen av 20 årene og sosionomstudent. Hun har vært frivillig på helsesenteret ca. 1 år, og når jeg spurte hun om hva hun pleide å gjøre som miljøkontakt trakk hun fram dette som det viktigste; *“Jeg setter meg gjerne ned med pasientene som kommer, og snakker med dem og jeg blir kjent med dem. Jeg er veldig opptatt av at det skal være en flat struktur her, at man skal være likeverdig og likestilt. Jeg snakker gjerne med dem om livet, om barna deres hvis de har det eller bare generelt om*

hvordan det går med dem. Dette gjør at jeg kan plukke opp behovene pasientene har, for eksempel om de trenger et sted å bo. Dette gjør det lettere for meg å informere om andre tilbud som er tilgjengelig”

Som mange av de andre frivillige og ansatte jeg har snakket med, mener Sophia også at mange av de fysiske problemene pasientene hun treffer har, stammer fra stress over praktiske ting de må håndtere på egen hånd uten særlig informasjon om hva som er tilgjengelig.

“Bosted, hvor de skal få neste måltid fra, hvor de kan dusje eller få nye klær er typiske ting mange av pasientene våre stresser over, og da er det fint at jeg med sosialfaglig bakgrunn kan hjelpe til med dette.” sier Sophia og smiler. Dette med stress og fysiske problemer skal diskuteres mer i kapittel 4, om etiske og praktiske dilemmaer helsearbeidere møter på i møte med irregulære migranter.

Meg selv som miljøkontakt

Det var tredje gangen jeg var på helsesenteret for å ha min ukentlige observasjon, da det plutselig ikke dukket opp noen miljøkontakt på skiftet. Den ansvarlige sykepleieren ropte meg inn på kontoret, hvor koordinatoren var på telefonen. “Kan du være så snill å steppe inn som miljøkontakt? Du har jo vært her noen ganger nå, og vet hva det går i?” “Ja, så klart” svarte jeg litt nervøs, og tenkte; Hva har jeg begitt meg ut på?

Jeg så på dette som en fin måte å virkelig få en god deltakende observasjon, og innsyn i hvordan de frivillige samhandlet med pasientene, samt personlig erfaring på hva rollen som miljøkontakt innebar. Jeg pustet med magen, gikk inn på venterommet for å lage klart kaffe, te og kjeks til pasientene. Jeg fant fram skiltet mitt, som jeg måtte ha på genseren. “Miljøkontakt” sto det. Jeg la fram nummerskiltene, hentet telefonen og fant fram tolkelisten! Nå var jeg klar. Det tok ikke lang tid før det ringte på ringeklokken, og dagens første pasient kom. “Hei!” sa hun og smilte. Dette var en av pasientene som ofte kommer, og hun kjente meg igjen. Jeg kjente selv på at det var fint å se noen kjente fjes.

Jeg tilbød te og kaffe, og satt meg ned på en stol ved et av bordene. Den kvelden er stemningen ganske rolig og avslappet, det er få pasienter. Pasientene som kommer ofte, har utviklet et slags vennskap nå, og selv med merkbare språkforskjeller ser jeg at de klarer å ha god kommunikasjon og fine samtaler. Denne kvelden blir to av pasientene sittende igjen til

stengetid, selv om de hadde vært inne hos legen for lenge siden. Samtalen foregikk på pasientenes språk så det var ikke mye jeg forstod, men kroppsspråket deres viste at samtalen både besto av frustrasjon og glede. Jeg opplever dette som at de ser på denne tiden som en sosial tid å treffe andre mennesker også.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg argumentert for viktigheten til helsesenteret og samarbeidspartnerne de har da irregulære migranter gjerne ikke oppsøker offentlig helsehjelp fordi de er redde for å bli oppdaget av myndighetene og politiet. Kapitlet setter fokus på rollen til miljøkontaktene, og arbeidet de gjør for å få pasientene til å føle seg trygge, hørt og velkommen på helsesenteret. Jeg har også fortalt om meg selv i rollen som miljøkontakt og hvordan dette hjalp meg til å innhente relevant informasjon på felt.

KAPITTEL 3: FRIVILLIGHET OG MOTIVASJON

Framveksten av frivillige organisasjoner har vært viktig for utviklingen av velferdssamfunnet i Norge (Aasen, Haug og Lynnebakke 2017: 26). Statsviter og forsker Dag Wollebæk forstår frivillig arbeid som et fenomen som har gjennomsyret og preget det norske samfunnet på mange felt. Han mener det er noe som berører store deler av befolkningen på ulike måter, enten som frivillig eller som mottaker av tjenestene (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 6). For å kunne forstå hvorfor det er viktig for folk å drive med frivillig arbeid, er det viktig å få forstå hva frivillig arbeid er, ha kunnskap om ulike motivasjonsgrunnlag, og hvordan dette påvirker oss når man skal velge aktivitet eller hvor man ønsker å være frivillig.

Dag Wollebæk forklarer motivasjonsbegrepet som noe som viser til “faktorer som setter i gang og styrer menneskelig adferd” (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 8), og motivasjon er en stor del av det å være frivillig. Spesielt hvis man skal fortsette med det i lengre tid. Spørsmålet om motivasjon handler i bunn og grunn om hvorfor vi handler som vi gjør og motivasjon er en måte å tenke på dette på som man gjerne bruker når det snakkes om frivillighet. Det er mye som kan gå under motivasjonsbegrepet, og for mange kan frivillig arbeid kanskje være en åpner for drømmer eller ønsker en har, en fantasi, eller noe man føler man har en plikt til å utføre.

Mens Dag Wollebæk forklarer motivasjon fra sitt statsviter perspektiv, vil jeg argumentere for at Antropologen Liisa Malkki (2015) sitt perspektiv av “The Care of The Self” gir en god indikator på hva motivasjonsbegreper innebærer hos informantene hennes. Motivasjonen til hjelpearbeiderne Malkki har intervjuet handler i bunn og grunn om hvordan de blir motivert av å hjelpe andre, og om hvordan arbeidet de gjør lar de vokse og utvikle seg som mennesker. Denne beskrivelsen av motivasjonsbegrepet er det som er mest beskrivende og lik motivasjonen mine informanter kan kjenne på.

I dette kapittelet vil jeg gi en oversikt over ulike motivasjonsgrunnlag jeg har funnet i litteraturen og bruke dette i analysen av funnene mine fra feltarbeidet mitt. Jeg vil bruke analysen til Liisa Malkki om motivasjon, og hennes forståelse av “The care of the self”, Dag Wollebæk sin måte å forstå frivillig arbeid på, samt Helen Bussen og Deborah Forbes sin

måte å forstå frivillig arbeid gjennom det de kaller “The Four W's of volunteering”. Jeg skal videre diskutere og analysere likhetene fra de ulike motivasjonsgrunnlagene jeg har gjort rede for opp mot mine egne funn, før jeg på slutten av kapitlet skal gi en oppsummering av likhetene jeg fant under analysen.

Hva er frivillig arbeid?

For å forstå hva frivillig arbeid er, ønsker jeg å bruke Wollebæk sin definisjon om frivillig arbeid. Wollebæk definerer frivillig arbeid som “arbeid og aktiviteter som utøves av egen fri vilje og uten lønn, annet enn begrenset kompensasjon eller mindre gaver for å gagne mennesker utenfor egen familie og hushold” (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 18).

Fokuset i dette kapitlet vil være det som kalles formelt frivillig arbeid, som blir definert som ethvert bidrag av ubetalt tid til aktiviteter i regi av organisasjoner. Jeg begrenser meg også til frivillig arbeid i regi av frivillige organisasjoner, fordi feltarbeidet mitt har foregått på et sted som er drevet av Kirkens Bymisjon og Røde Kors (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 18).

Dag Wollebæk er statsviter og forsker, og har undersøkt frivillighet i norske organisasjoner. Studien jeg har brukt i oppgaven omhandler hvorfor folk deltar i frivillig arbeid, og hvordan man kan forstå frivillig arbeid bedre. Jeg har valgt å inkludere denne studien i oppgaven da jeg synes det gir relevant grunninformasjon om frivillig arbeid, og kan bruke den studien komparativt med mine funn og analysen til Liisa Malkki av frivillig arbeid i det Finske Røde Kors. Wollebæks forståelse av frivillig arbeid forklarer hva frivillig arbeid er, men for å kunne forstå hvorfor folk ønsker å begynne med frivillig arbeid, og hvordan folk velger hvilken aktivitet de ønsker å starte i, vil Helen Bussell og Deborah Forbes (2002) forståelse av frivillig arbeid gjennom det de kaller «The four W`s» gi en god forklaring på dette. «The four W`s» står for; Hva, hvor, hvem og hvorfor. Denne teksten er egentlig knyttet til organisasjon og ledelse, men gir en god indikator på hvordan organisasjoner kan rekruttere frivillige etter målgrupper.

Bussell og Forbes argumenterer for at frivillig arbeid er vanskelig å definere fordi frivillig arbeid ikke har noen standard praksis, og frivillige deltar i mange forskjellige organisasjoner som har mange varierte roller. De argumenterer for at frivillig arbeid ikke kan vurderes som en homogen gruppe da de frivillige består av mennesker med forskjellige alder, ulike

bakgrunner, ferdigheter og interesser (Bussell og Forbes 2002: 245-246). Jeg skal gå dypere inn i de 4 W'ene lenger ned i kapittelet.

Mens Bussell og Forbes argumenterer for at man kan forstå frivillig arbeid gjennom de 4 W'ene, mener Dag Wollebæk at man, for å forstå frivillig arbeid, må analysere det han forklarer som subjektive disposisjoner, individuelle utgangsbetingelser og forhold ved konteksten aktiviteten foregår innenfor (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 7). Kort fortalt er subjektive disposisjoner motivasjonen og de rasjonelle overveielserne knyttet til aktivitetens nytteverdi, mens de individuelle utgangsbetingelsene er sosioøkonomiske ressurser som familiebakgrunn, sosiale nettverk, kjønn og livsfase. Konteksten går mer ut på hvordan frivillig arbeid er strukturert av institusjoner, organisasjoner og samfunnsprosesser (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 7).

Når det kommer til årsakene til at folk ikke deltar i frivillig arbeid er det gjerne fordi de ikke kan, fordi de ikke vil eller har interesse av det, eller fordi ingen har spurt dem. Det er også liten sannsynlighet for å bli frivillig hvis man mangler de ressursene som skal til, for eksempel ledig tid eller ulike nødvendige kvalifikasjoner. Manglende motivasjon og interesse er gjerne også en årsak, eller hvis ingen i ditt sosiale nettverk spør deg (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 7).

The Four W's of volunteering

For å forklare kort hva Bussell og Forbes mener med de fire W'ene handler det om hvor folk ønsker å være frivillig, hvem de frivillige er og hvorfor de ønsker å være frivillig. Den siste handler om hva frivillig arbeid er. Når folk skal velge et sted de ønsker å utføre frivillig arbeid, er det flere årsaker som spiller inn. Mennesker som jobber fulltid bruker gjerne frivillig arbeid som noe de bruker fritiden på, mens for mennesker som ikke er i fulltidsarbeid vil frivillig arbeid være et alternativ til arbeid, eller til å tilegne seg erfaring (Bussell og Forbes 2002: 247).

Hvem

Selv om alle kan bli frivillig, er det spesifikke grupper som skiller seg ut. Bussell & Forbes argumenterer for at utdanning, kjønn og alder spiller for mange en spesifikk rolle i bakgrunnen for folk som velger å bruke tid på frivillig arbeid. Det argumenteres også for at

det er flere kvinner enn menn som deltar, og folk over 50 år har større sjanse for å delta i frivillig arbeid enn yngre. I politisk engasjement er menn mer aktive enn kvinner. Familiebakgrunn trekkes fram som en viktig rolle, og det er større sjanse for at yngre deltar i frivillig arbeid hvis foreldrene deres har eller er aktive eller at de selv har hatt en deltakelse i en spesifikk organisasjon da de var yngre (Bussell og Forbes 2002: 248).

På helsesenteret, hvor jeg har intervjuet frivillige, ser jeg at bakgrunn og utdanning har noe å si når de har valgt frivillig arbeid slik som Bussell & Forbes argumenterer for. De fleste jeg intervjuet har, som et krav satt av helsesenteret, medisinfaglig bakgrunn. Dette er nødvendig når man skal være frivillig i en slik aktivitet. Det som er interessant er at selv om de fleste frivillige ved helsesenteret, naturlig nok var utdannet innenfor noe helsesrelatert, viste min innsamlede data at også de som deltok som miljøkontakter var tilknyttet et studie eller yrke som var helsesrelatert, for eksempel farmasøyt, fysioterapeut, ergoterapeut eller lignende utdanninger.

Helsesrelatert utdanning hos miljøkontaktene, er ikke et krav fra helsesenteret sin side, så her spiller sannsynligvis interesse og motivasjonen bak det å være frivillig veldig mye inn. Som analysen av Liisa Malkki sitt feltarbeid med det Finske Røde Kors viser, kommer mennesker til internasjonalt hjelpearbeid gjennom mange forskjellige yrkesveier og med en rekke disposisjoner, sensibiliteter og personlige historier (Malkki 2015: 26). Dette ser jeg også i analysen av mine informanter som er miljøkontakter. Mange har sosialfaglig bakgrunn, slik som Marlene og Sophia som jeg nevnte i kapittelet om miljøkontaktene, og selv om leger, fysioterapeuter, psykologer og sykepleiere er krevende yrker, er det også egne opplevelser som har ført til at helsesenteret er den riktige aktiviteten for informantene jeg har intervjuet.

Å ha riktig bakgrunn og kompetanse når man skal jobbe frivillig i aktiviteter knyttet til helsehjelp er viktig, og data som antropologen Liisa Malkki samlet inn på sitt feltarbeid hos det Finske Røde Kors har likheter med analysen av mitt eget feltarbeid. Selv om Malkki jobbet med folk i alle slags yrker, var det mest med sykepleiere og leger. I hennes tilfelle var det også flest kvinner (Malkki 2015: 5), noe Bussell og Forbes også argumenterte for. I mine egne innsamlede data fra helsesentrene vises det at det er like mange menn som kvinner, selv om jeg intervjuet flest kvinner. Denne oppfatningen er på grunnlag av observasjoner jeg har gjort om hvem som var på vakt på helsesentrene når jeg selv var til stede. I denne forbindelse

er det viktig å nevne at ikke alle som har tilknytning til helsesenteret tok kontakt med meg for å bli intervjuet.

Hvorfor

For å forstå hvorfor folk ønsker å være frivillig argumenterer Bussell og Forbes for at nøkkelen til en organisasjons suksess med å rekruttere frivillige er forståelse av motivet til målgruppen av frivillige de trenger. De argumenterer også for at for å kunne bli ansett som en frivillig, må altruisme være det sentrale motivet, altså at motivet er uselvisk (Bussell og Forbes 2002: 248). Lyst til å hjelpe var ofte grunnen til hvorfor folk valgte å bli frivillig og det å hjelpe andre er blitt identifisert som en viktig faktor blant frivillige i alle aldersgrupper. Det er utvilsomt at mange frivillige finner frivillig arbeid som en givende erfaring og selv om de fleste frivillig har altruistiske motiver, har mange egoistiske motiver også. Folk er frivillige for å tilfredsstille sine egne sosiale og psykologiske mål (Bussell og Forbes 2002: 249).

Jeg har nå vist ulike personers oppfatning om hva frivillig arbeid er, og på en enkel og kort måte forklart hva Bussell og Forbes argumenterer for er de fire viktige måtene man kan forstå frivillig arbeid for. I resten av kapitlet skal jeg derfor fokusere på motivasjon, og analysen av motivasjonsgrunnlagene mine informanter har fortalt. For å kunne analysere de ulike motivasjonsgrunnlagene skal jeg bruke Liisa Malkki og hennes analyse av motivasjon hos frivillige i humanitært arbeid.

The care of the self – et antropologisk syn på motivasjon

Som jeg viste i kapitlet om analytiske begreper, kommer antropologen Liisa Malkki til å stå for hovedanalysen av motivasjon i denne oppgaven. Som tidligere nevnt har Malkki analysert det hun mener er tre ulike motivasjonsgrunnlag hos personer som er frivillig knyttet til humanitært arbeid. “The relation of self to self”, “need” og “imagination”. Jeg vil i dette kapitlet analysere funnene mine opp mot Malkki sin analyse av motivasjon, og på denne måten vise hvordan det å være frivillig kan knyttes opp mot å ta vare på selvet, og ta vare på egne behov. Det som Liisa Malkki definerer som “The care of self”. Jeg har i dette kapitlet prøvd å dele opp de ulike motivasjonsgrunnlagene, men i bunn og grunn krysses disse, og i det store bildet henger alt til slutt sammen.

The relation of self to self

Line var utdannet lege, og i midten av 40 årene. Hun startet som frivillig ved helsesenteret våren 2020 etter å ha tenkt på det en stund. Det som var spesielt akkurat denne våren, var at Covid-19 gjorde sitt innpass i Norge og alt ble stengt ned. Konsekvensene dette hadde for helsesenteret var at alle de som vanligvis var frivillige måtte gå tilbake til sine primære arbeidsgivere, og regelen om at det ikke var lov å praktisere utenfor sin primære arbeidsgiver ble innført. *“Plutselig sto jo helsesenteret der uten folk, og da bestemte jeg meg bare for å hoppe i det.. og jeg har vært frivillig her siden.”*. Grunnen til at Line kunne begynne som frivillig lege, da alle andre måtte slutte er fordi hun underviser til vanlig.

“Det beste med dette, var jo at jeg igjen nå kunne begynne å praktisere yrket mitt litt oftere enn det jeg gjorde før. Jeg har egentlig ikke drevet så mye med frivillig arbeid tidligere, så det var jo interessen for selve helsesenteret som fikk meg til å begynne akkurat her. Jeg blir så forbannet over at papirløse får så dårlig tilgang til helsevesenet”

Denne delen av det Malkki omtaler som “the care of the self” handler om motivasjoner hvor grunnlaget er basert på selvet. “Self-escape”, “self-loss” og “self-transformation” (Malkki 2015: 10). De frivillige jeg intervjuet, snakket ikke så mye om “self-escape” eller “self-loss” som handlet om å flykte fra det trygge og rutinebaserte livet, men mange av dem snakket om “self-transformation”. Selv om det kanskje ikke alltid handlet om selvutvikling direkte, handlet det mye om å for eksempel holde seg faglig oppdatert.

For at man skulle kunne forstå hvordan selvutvikling kan være en del av motivasjonen er det viktig å kunne se på hvilke måter man har mulighet for å utvikle seg i frivillig arbeid.

Maurizio Ambrosini henviser til sosiologen Helen B. Marrow i teksten “NGOs and health services for irregular immigrants in Italy”. Her identifiserte hun tre ideal-type profiler av leger hun intervjuet ut ifra deres motivasjoner, forventninger, verdier og faglige og biografiske situasjoner: I den nå siste kategorien jeg skal beskrive er de som velger å være frivillig på bakgrunn av deres personlige interesser. Disse legene ønsket å forbli aktive, holde seg faglig oppdatert og spille en viktig sosial rolle (Ambrosini 2015: 129).

De hadde et ønske om å behandle mennesker med andre patologiske sykdommer enn det de normalt behandlet eller bare det å kunne gå tilbake til en normal lege rolle basert på direkte

pasientkontakt. Legene Marrow hadde intervjuet så derfor på frivillig arbeid som noe som beriket deres profesjonelle erfaring og ga dem nye stimuli. Leger som jobber med migranter er derfor guidet, ikke bare av uselviske verdier, men også profesjonelle og selvorienterte motivasjoner (Ambrosini 2015: 128-129).

På samme måte som Malkki snakker om selvutvikling som motivasjon, og Marrow viser til hvordan frivillig arbeid gjorde at leger kunne holde seg faglig oppdatert, og så på frivillig arbeid som noe som beriket deres profesjonelle erfaring forteller Line om det samme. Da Covid kom til Norge, og alt stengte ned så hun på frivilligheten som et sted hvor hun kunne få praktisere yrket sitt igjen, og dermed holde seg faglig oppdatert, noe Malkki argumenterte var viktig i «the relation of self to self». Line forteller også at det beste med å kunne bli frivillig, var det at hun igjen kunne å begynne å praktisere yrket sitt oftere enn det hun gjorde før, noe som beriket hennes profesjonelle erfaring, noe som også var viktig for Malkki og det hun betegnet som selvutvikling. Dette med å gå tilbake til legeyrket igjen, vil gi Line mulighet til å gå tilbake til en normal legerolle med pasientkontakt, noe Marrow argumenterte var viktig for legene hun intervjuet.

Selv om det var det å kunne utøve yrket sitt igjen som lege, som Line uttrykte «var det beste med å bli frivillig på helsesenteret» var hun også takknemlig for det sosiale fellesskapet hun møtte, og fikk være en del av på helsesenteret.

Det sosiale fellesskapet

Når jeg har spurt mine informanter om hva de liker best ved å være frivillig på helsesenteret, er det mange av de som svarer; det sosiale. Mange av dem finner glede i å få være sosial noen timer i uken, treffe nye mennesker og føle tilhørighet. De treffer på mennesker de kanskje ikke ville truffet på i sin vanlige hverdag, og finner gleden i variasjonen av menneskene de blir kjent med.

Jeg og Line, legen som jeg nevnte tidligere sitter inne på rommet jeg fikk tildelt for å holde alle intervjuene jeg skulle ha de neste dagene. Vi er allerede godt i gang med intervjuet, og stemningen er god. Det virket for meg, at Line var veldig glad for å kunne være aktiv i legeyrket igjen, og spesielt her på grunn av interessen for helsesenteret. Vi hadde allerede

snakket om motivasjonen bak hvorfor hun valgte å bli frivillig ved helsesenteret, og jeg var nysgjerrig på hva hun likte best ved å være frivillig der.

“Hva er det du liker best med å være frivillig her på helsesenteret da?” spurte jeg nysgjerrig. *“Det er vel hovedsakelig prinsippet med dette, Det at man tilbyr likeverdige tjenester, men også som en veldig stor del av det: jeg får jobbe sammen med andre som har samme engasjement som meg! Det er jo selvfølgelig positivt at jeg får praktisere medisin også, siden jeg ikke får gjort det i jobbhverdagen, men det å få jobbe i et tverrfaglig team som vi gjør her, med så mange andre helserelaterte yrker, er helt klart en god motivasjon”*

Som en del av hennes funn om motivasjon, og som en del “self to self” motivasjonen argumenterer Liisa Malkki (2015) for at mange frivillige innen humanitært arbeid blir motivert av det de beskriver som å bli en del av noe annet og større enn dem selv. Det gir de frivillige muligheten til å se seg selv, gjennom det frivillige arbeidet de gjør, som et medlem av et mer generøst samfunn, og samtidig får sosial kontakt og hverdagslige former for intersubjektivitet. Malkki argumenterer også for at frivillig arbeid gir folk som bor på tettsteder og småbyer muligheten for å tilføye noe annerledes til livet deres, og åpne seg for nye sosiale og følelsesmessige opplevelser de ellers ikke kunne funnet (Malkki 2015: 12-13).

Liisa Malkki beskriver denne type motivasjon som spesielt relevant hos de frivillige hun fulgte under sitt eget feltarbeid. Motivasjonen de uttrykte hadde å gjøre med yrkessolidaritet, en gruppe med internasjonalt sensibilitet som deles av fagfolk av ulike slag. Denne typen yrkesmessig solidaritet og respekt ble snakket mye om og beundret av hjelpearbeiderne hun intervjuet. De verdsatte å være en del av noe mye større enn dem selv eller større enn landet de bodde i, og fikk stor glede av å fortelle om vellykkede tilfeller av internasjonalt samarbeid. Det var tydelig at de utenlandske oppdragene deres, på sitt beste, hadde resultert i lojale kollegaer og vennskap med folk fra hele verden, så vel som andre fra Finland (Malkki 2015: 33).

Det at Line uttrykker at en del av det hun liker best ved å være frivillig er å få jobbe sammen med andre som har samme engasjement, og jobbe tverrfaglig, kan sammenlignes med det Malkki uttrykte som en viktig motivasjonsgrunn for de humanitære arbeiderne hun fulgte. Den sosiale kontakten, yrkessolidaritet, ulike opplevelser eller situasjoner hun får dele med ulike fagfolk og ikke minst lojale kollegaer og nye vennskap er likhetstrekk som vises. At

Wollebæk argumenterer for at frivillig arbeid gir tilknytning til sosiale fellesskap er også noe som var viktig for Liisa Malkki, og også for Line.

Wollebæk argumenterer for at enkeltmennesker som gir av sine goder, altså tid og i noen sammenhenger penger til organisasjoner integreres i fellesskap, sosialiseres som samfunnsborgere, bidrar til demokratiet og er med på å styrke velferden. Man får realisert seg selv og utviklet ferdigheter som kommer til nytte i sosiale sammenhenger. Han argumenterer også for at man gjennom frivillighet oppnår innflytelse og sosiale goder (Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000: 19-20). Wollebæk argumenterer også for at båndet til andre mennesker og tilknytning til sosiale fellesskap er forutsetninger for at man skal bli formet som et sosialt vesen og for å opprettholde identiteten som samfunnsmedlem. Frivillige organisasjoner har potensial til å skape, vedlikeholde og styrke et slikt fellesskap og frivillig arbeid skal fungere som en møteplass, der mennesker kan føle tilhørighet som gjerne oppstår på tvers av sosiale skiller, alder og kjønn. Frivillig arbeid bidrar til at folk kommer sammen, arbeider mot et felles mål, møtes i en klubb eller i en aktivitet og mange frivillige organisasjoner har evnen til å bygge opp ett identitetsskapende fellesskap (Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000: 19-20). Selv om det for mange handler om det sosiale, og selvutvikling på et profesjonelt nivå, kan det for mange også handle om selvutvikling på en annen måte.

Selvutvikling for en framtidig karriere

Som Dag Wollebæk argumenterte for, er det som oftest personer med høy sosial status som driver med frivillig arbeid. Han måler høy sosial status gjennom utdanningsnivå, inntekt eller type yrke (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015 :11), og en viktig del av det å være frivillig, er at mange ser på frivillig arbeid som et sted de kan utvikle ferdigheter som kan være nyttig i for eksempel en fremtidig karriere (Bussell og Forbes 2002: 249). Det Dag Wollebæk, og Bussell og Forbes beskriver, gjenkjenner jeg fra data som jeg har samlet inn på mitt feltarbeid på helsesenteret. Informantene mine består av personer med det man gjerne kaller høy sosial status, og dataen jeg har samlet inn viser at de fleste av de frivillige består av personer med høyt utdanningsnivå som lege, psykolog, sykepleiere eller andre helsefaglige yrker.

Jeg oppdaget under intervjuene at flere av miljøkontaktene jeg intervjuet var der mer på grunnlag av egeninteresse, og helst for å kunne opparbeide seg relevant erfaring. Enten det gjaldt at det «ser fint ut på CV-en», en tilknytning til studiet de går på eller det å måtte opparbeide seg relevant arbeidserfaring slik Bussell og Forbes argumenterer for.

En av miljøkontaktene jeg intervjuet var Mila. Hun var i begynnelsen av 20 årene og hadde kommet til Norge for å studere. Hun snakket ikke norsk, så intervjuet foregikk på engelsk. Vi tok med oss litt å drikke, og frukt og fant en ledig sofagruppe på et av kontorene. “Hvorfor ble du frivillig her?” spurte jeg ... Hun tenkte seg nøye om før hun svarte; “*Jeg skal innrømme at en av grunnene til at jeg ble frivillig her på helsesenteret var fordi at jeg gjennom studiet mitt måtte ha relevant sosialfaglig arbeidserfaring direkte knyttet til mennesker. Det var slik jeg endte opp her som miljøkontakt. Jeg snakker jo ikke norsk, så utvalget mitt på hvor jeg kunne få relevant arbeidserfaring var begrenset. Det var fint at jeg fikk lov å være her ...*”

Hun så brydd ut.. Jeg forstod med en gang at hun hadde tenkt nøye over om hun skulle dele sannheten eller ikke. “*Men, en annen grunn til at jeg søkte meg hit, var jo for å kunne føle meg nyttig til noe. Mange av pasientene som kommer hit er fra samme land som meg, og jeg synes det er fint å se at de får hjelp. Det gir meg en glede å hjelpe folk fra mitt eget land, om det så bare er med en liten ting som gjør det lettere for dem.*” Vi fortsatte å prate, og på slutten av samtalen ønsket hun å si noe. “*Jeg vil bare fortelle at tiden min som frivillig her, har gjort at jeg helt har endret syn på hvorfor jeg ønsker å være her. Selv om jeg i begynnelsen ble frivillig for den relevante erfaringen ønsker jeg nå å fortsette selv om jeg ikke blir tatt opp til studiet.*“

Det er interessant å se hvordan motivasjonen til Mila har endret seg fra hun først begynte for studiet sin skyld til at hun ønsker å hjelpe de pasientene som kommer fra samme land som henne selv. Som Wollebæk argumenterte for, forsto han frivillig arbeid som et sted mange kommer for å utvikle ferdighetene sine, som kan være nyttig i en fremtidig karriere. Det var denne motivasjonen som drev Mila først til å være frivillig på helsesenteret. Etter hvert endret motivasjonen til Mila seg, og jeg vil argumentere for at denne endringen kan komme av det Liisa Malkki forklarer som «the relation of self to others»; nemlig hvordan det å hjelpe noen kan gi handlinger som hjelper den frivillige på overraskende måter. I denne sammenheng; At Mila plutselig følte seg nyttig, og endret motivasjonsgrunnlaget på hvorfor hun ønsket å være der.

Situasjonen til Mila henger sammen med det jeg argumenterte for i innledningen. Selv om jeg har prøvd å dele opp motivasjonsgrunnlagene i kategorier, kan man ha flere motivasjonsgrunnlag, og til slutt så henger alle grunnlagene sammen i enkelte tilfeller. I dette

tilfelle kan motivasjonen til Mila knyttes til «self to self» og selvutvikling, «the relation of self to others» i tilknytning til at det frivillige arbeidet fikk hun til å føle seg nyttig, og endre motivasjonsgrunnlaget. Til slutt vil jeg argumentere for at Milas motivasjonsgrunnlag kan knyttes til «The relation of self to the world» hvor man identifiserer seg med andre mennesker, som gir en dypere forståelse for andres behov og lidelser. Dette henger sammen med gleden over å kunne hjelpe pasienter fra samme land som henne selv, selv om det for henne bare var små ting hun hjalp dem med.

Imagination – The relation of self to the world

Begrepet handler om at man kan forestille seg, og identifisere seg med andre mennesker og deres situasjoner, og på denne måten utvikler man en dypere forståelse for andres behov og lidelser. Dette er noe som gjør at frivillige kan føle på en sterk motivasjon og forpliktelse til å hjelpe.

Profesjonalitet og en god borger av verden

Antropologen Lisa Malkki's feltarbeid med det finske Røde kors avdekket at behovet for å hjelpe kan komme av mange forskjellige grunner, og mange føler nok en forpliktelse knyttet til spesifikke forhold definert av ting som yrke, nasjonalitet eller internasjonale politiske forhold (Malkki 2015: 51). Malkki's konklusjon om hjelpearbeideres «urge to help» utspiller seg i to aspekter. Den første er deres yrke, mens den andre er av geografiske grunner. Det at de vil hjelpe og føler seg pliktig til å hjelpe, fordi de er «herfra», i denne sammenheng Finland og føler seg pliktig til å hjelpe som en etisk person eller som en privilegert innbygger av et rikt land (Malkki 2015: 25).

Enkelt forklart handler dette i bunn og grunn om at ønske om å hjelpe er en forpliktelse de humanitære arbeiderne føler på knyttet til deres yrke og nasjonalitet. I yrkessammenheng handler det om at de jobber innenfor et bestemt yrke innenfor en profesjonell kategori (Malkki 2015: 51), som trengs innenfor denne type frivillig arbeid. De frivillige tydeliggjør at de føler på egne etiske og erfaringsmessige forpliktelse til å hjelpe til med humanitær hjelp, og deres engasjement med en mer kollektiv nasjonal forpliktelse som verdensborger til å hjelpe de som trenger det (Malkki 2015: 24).

Maurizio Ambrosini, professor i sosiologi, med spesialfelt i migrasjon diskuterer motivasjonen til frivillige arbeidere i NGOs ⁴i hans artikkel «When the protection of human rights challenges the laws». For å belyse dette trekker han frem sosiologen Helene B. Marrow (2012) sin analyse om leger som har valgt å jobbe med irregulære migranter. Marrow snakker om Committed providers, som er helsepersonell og ansatte som jobber hardt og forpliktet for å utvide tilgangen og gi kulturell kompetent omsorg til irregulære migranter (Marrow 2012: 84). Hun trekker fram flere motivasjoner som idealistiske, religiøse og politiske samt mer personlige og moralske grunner (Ambrosini 2015 : 128). Ambrosini knytter motivasjonen for frivillighet til irregulære migranter at de fortjener lik omsorg som alle andre (Ambrosini 2015: 128). Marrow forteller at man kan identifisere tre ideal-type profiler av leger hun intervjuet ut ifra deres motivasjoner, forventninger, verdier og faglige og biografiske situasjoner. De tre profilene som ble identifisert var veldedige, idealistiske og utilitaristiske. Marrow forklarer at legene som tilhører den første kategorien, ofte var drevet av religiøse motiver (Ambrosini 2015 : 129). Blant legene eller de andre yrkene jeg intervjuet på helsesenteret var det ingen som nevnte noe med religiøse motiver.

Marrow forteller at legene i den andre kategorien, idealistiske, tok sitt valg ved å være frivillig på bakgrunn av rettferdighet, universalitet og rett til helsehjelp (Ambrosini 2015: 129). Irregulære migranter er mennesker, medlemmer av en vanskeligstilt gruppe av befolkningen, de er medlemmer av lokalsamfunnet og de er syke og trenger behandling og mange av disse motivasjonene kan knyttes opp til menneskerettigheter og et humanitært perspektiv (Ambrosini 2015: 128).

Mari, en av psykologene jeg intervjuet, fortalte at hun hadde vært frivillig i mange år før hun endte opp på helsesenteret. “Det hele startet i 2019, da jeg var ferdig utdannet psykolog. Jeg hadde tenkt på at jeg ønsket å være frivillig i kraft av den rollen, og drev og søkte litt rundt på nettet for å finne steder man for eksempel kunne hjelpe flyktninger eller andre som sto uten offentlig tilbud. Til slutt fant jeg en jobbannonse fra helsesenteret, hvor de søkte etter sykepleiere. Mari forteller videre at hun ringte til helsesenteret for å høre om de trengte psykologer også, og fikk da beskjed om at de trengte frivillige psykologer. "Å, det var jo akkurat det jeg så etter!” For Mari handlet det nettopp om de moralske grunnene. “Det handler om en tanke om at alle har lik verdi, alle har rett til samme type hjelp, men alle får

⁴Store norske leksikon, ”NGO”, av Emilie Helgheim og Olav Knudsen, 28.11.2023.
https://snl.no/NGO_-_ikke-statlig_organisasjon

ikke det. Og som helsepersonell da så kan man gjøre en innsats selv som kanskje kan hjelpe en eller to, selv om man helst skulle jobbet for at systemet endret seg, men det er ikke der motivasjonen min ligger. Det krever noe annet. Men det å møte enkeltmennesker, det kan jeg og jeg sitter på kunnskap, og jeg kan være til nytte for andre mennesker”

I likhet med Mari viser flere av intervjuene jeg har gjort av frivillige ved helsesenteret at de frivillige blir motivert av at denne gruppen mennesker fortjener lik omsorg som alle andre og at alle har lik verdi. Dette er også viktig hos Ambrosini, som nevnt tidligere, hvor han argumenterte for at de frivillige han intervjuet hos NGOs ble frivillig på bakgrunn av rettferdighet, universalitet og at denne vanskeligstilte gruppen av befolkningen har rett til helsehjelp. Når jeg har intervjuet informantene mine om deres motivasjon for å begynne med frivillighet, er det ofte grunner som å hjelpe en sårbar gruppe mennesker som ikke har rett på helsehjelp som er det første som blir sagt. Helsehjelp er en menneskerettighet, og dette er noe informantene mine er svært opptatt av. Ali, en av legene jeg intervjuet ved helsesenteret i Oslo, fortalte at det som motiverte han mest, var det at de tilbød et helsetilbud til en sårbar gruppe mennesker, som ikke får den hjelpen de burde, og at det å kunne bidra til at de får dette var den grunnleggende motivasjonen til at han ble frivillig.

Ali, var i midten av 30 årene, og hadde jobbet som fastlege i rundt 5 år da jeg traff ham på helsesenteret. Han hadde nettopp begynt her, like etter nyttår, så han hadde ikke vært frivillig her så altfor lenge. Vi satt på fellesrommet til de frivillige, og spiste litt lunsj begge to. Det var midt på dagen og sol ute. “Hvorfor ble du frivillig?” spør jeg nysgjerrig.. *“Jeg ble frivillig fordi jeg hadde lyst til å bidra. Ganske enkelt, med kompetansen som jeg har”*, “men hvorfor spesifikt helsesenteret da?” fortsatte jeg.. *“Jeg hadde tenkt på det en stund, å se på det som et reelt alternativ. Jeg ble også spurt av en kollega som hadde tilknytning her.”* “Hva er det som motiverer deg til å være frivillig her, som får deg til å komme igjen gang på gang?” Han tenker lenge.. Men til slutt svarer han.. *“Det er jo fordi jeg føler vi har et helsetilbud, at det er grupper i samfunnet vårt som ikke får helsetilbudet som de burde ha fått.. og da er det jo å bidra til at de får det. Så det er den grunnleggende motivasjonen min ”*

Som vi kan se viser både Mari og Ali at deres motivasjon kan knyttes en dyp forståelse av andres behov og lidelser, og på grunn av yrke føle en etisk og erfaringsmessig forpliktelse slik Malkki analyserte hos de internasjonale medlemmene av det Finske Røde Kors. Det handlet også for dem om at irregulære migranter fortjener lik omsorg som alle andre, slik som

Ambrosini argumenterte for, og at det i bunn og grunn handler om rettferdighet og rett til helsehjelp noe som også var viktig for Helen Marrow.

Som jeg har argumentert ovenfor handler dette i bunn og grunn om etikk, holdninger og verdier for enkeltpersoner. Wollebæk forklarer dette på en litt annen måte, og kaller det for subjektive disposisjoner. Subjektive disposisjoner viser til folks overveielser, holdninger og verdier. De utgjør egenskaper ved individet som er mindre objektive og permanente enn individuelle utgangsbetingelser. Her kan man se motivasjon knyttet opp mot interesse (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 41). Sammenhengen mellom interesse, motivasjon og frivillig arbeid er nokså sterk (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 42), noe som er viktig i forståelsen av hvorfor noen driver med frivillig arbeid helt fra de er unge.

Interesse siden barndommen

En av informantene jeg intervjuet, Aksel, en nyutdannet lege, har hatt frivillig arbeid som en interesse hele livet. Aksel er 27 år, og har nettopp fått sin første jobb på sykehuset. Jeg møter han i kantinen på jobben hans, en solfylt mandag for å snakke om hvordan han ble frivillig på helsesenteret. Med engasjement i stemmen forteller han meg at han helt siden barndommen har hatt interesse for å stille opp for andre, og at han på barneskolen var elevrådsrepresentant før han ble gammel nok til å delta i frivillig aktiviteter som voksen. *«Jeg har egentlig jobbet frivillig helt siden barndommen, både før og etter studiene. Det er nok personligheten man har. Under legestudiet var jeg en måned i Palestina, og det fikk meg til å bli frivillig i sammenheng med flyktninger. Nå går det også ut på at jeg liker å ha noe meningsfylt ved siden av jobb»*

Wollebæk argumenterer for at erfaringer med frivillighet i oppveksten påvirker sannsynligheten for innsats senere i livet (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 8). Dette er Aksel et godt eksempel på, selv om det egentlig var helt tilfeldig at han ble frivillig på helsesenteret. Som jeg nevnte tidligere i oppgaven argumenterte Wollebæk for at personer med høy sosial status, oftest målt ved utdanningsnivå, inntekt eller yrke og samtidig har et bredt sosialt nettverk oftere deltar i frivillig arbeid enn andre (Wollebæk, Sætrang og Fladmoe 2015: 8), og det var nettopp gjennom en bekjent på Facebook at Aksel fikk vite om helsesenteret for papirløse. Siden han likte å jobbe frivillig og er politisk engasjert så han på helsesenteret som et perfekt sted å starte, i tillegg til at han nettopp var ferdig utdannet lege og

kunne bruke yrke sitt til å hjelpe andre. Aksel forteller at han foreløpig bare har hatt tre, fire vakter på helsesenteret, men at han er helt klar på at han ønsker å fortsette i lang tid framover. Motivasjonen for å fortsette er at han som lege kan hjelpe folk som trenger det. Han sier det handler om å prøve å utjevne forskjellene i samfunnet, at man har gitt en ED som lege å skulle hjelpe folk. *«Man skal hjelpe folk selv om de er papirløse, dette er både mine egne verdier, men også etikken til det yrke jeg har valgt å utdanne meg til»*. Selv om mange av de jeg intervjuet under mitt feltarbeid var utdannet innen helsefaglige yrker, spesielt leger, og som på samme måte som Aksel hadde en ED å følge, var det mange av informantene mine uten denne bakgrunnen som følte på det samme. Nettopp dette med å hjelpe folk og utjevne forskjeller i samfunnet.

Ida var miljøkontakt, og hadde vært student i et år da hun begynte som frivillig på helsesenteret for papirløse. *“Jeg ble frivillig her i 2020, på høsten. Jeg er veldig privilegert, og har det godt. Og synes det er fint å gi litt av tiden sin til å bidra til de som er litt mindre heldige enn meg selv. Så en empatisk grunn, hvis man kan si det slik.”* Forskjellen fra Ida, og de andre eksemplene jeg har brukt i dette kapittelet, er at Ida studerer internasjonale studier, og ikke noe helsereelatert som de fleste andre jeg har intervjuet. Det som Malkki forklarer, om hvordan motivasjon kan utvikles ut i fra egenskapene man har til å forestille og identifisere seg med andres mennesker situasjoner ser jeg som gjentakende i funnene mine. De fleste av frivillige jeg har intervjuet er knyttet til helsereelaterte yrker og selv om dette er et krav fra helsesenteret, er ønsket å gjerne få brukt ressursene og kompetansen sine på en gruppe mennesker som trenger det sterkt. intervjuene mine gjenspeiler også at mange av de frivillige rett å slett ser på seg selv som heldige og privilegerte for å ha vokst opp i Norge og føler derfor at man derfor må hjelpe de som er mindre privilegerte enn det de selv har vært.

Dyp forståelse for andres behov og lidelser

En annen frivillig jeg intervjuet, la oss kalle han Ahmed har en litt annen historie om hvorfor han ble frivillig på helsesenteret. Ahmed var tidligere nemlig selv en bruker av helsesenteret i Bergen. Ahmed kom til Norge som papirløs og hadde selv behov for helsehjelp. Det var etter å ha vært i Bergen i 6 måneder at han fikk vite om helsesenteret. Han forteller også at fastlegen som hjalp ham på helsesenteret fulgte han opp utenfor sine vakter på helsesenteret. Da han selv fikk oppholdstillatelse og kunne begynne å studere, valgte han medisin. Nå når han snart er ferdig i utdanningen ønsker han å bli frivillig på helsesenteret for å få erfaring og

kunne være en ressurs for samfunnet. Han forklarte det som meningsfylt og at han visste hva det gikk i. Det å gi tilbake, og hjelpe personer som de kan identifisere seg med, var motivasjonen til Ahmed. En slags personlig tilknytning til tilbudet. Det jeg ser, etter intervjurunden min, spesielt i Bergen hvor mange av de frivillige er minoritetsspråklige og at mange av disse har selv vært papirløse eller flyktninger etter at de kom til Norge. Det å ha vært papirløs eller flyktning er et stort motivasjonsgrunnlag for at de har begynt som frivillige på helsesenteret for papirløse.

En annen miljøarbeider jeg intervjuet, la oss kalle henne Lila, har vært frivillig siden hun kom til Norge for 7 år siden. Da kom hun selv som flyktning. I hovedsak ble hun frivillig fordi hun alltid har likt å hjelpe folk på mange slags mulige måter. Hun liker spesielt godt å være frivillig knyttet til flyktninger siden hun selv har vært flyktning. En av hjertesakene hennes er å hjelpe nordmenn til å forstå flyktninger, som for eksempel å bidra til å ikke være redd for kulturforskjeller og å hjelpe med å dempe fremmedfrykten. Hvorfor hun spesifikt valgte helsesenteret var for å kunne hjelpe folk som ikke har de samme rettighetene som hun selv har. Hun tenker at det kunne vært henne som trengte hjelp, og hennes egne verdier er klar på at alle burde ha samme helserett uavhengig av hvilken oppholdsstatus de har i Norge.

På helsesenteret er Lila miljøkontakt. I tillegg til de vanlige arbeidsoppgavene, som ble nevnt i introduksjonskapittelet, fungerer hun også som tolk. «Jeg så det allerede den første dagen jeg var frivillig. Både pasient og sykepleier var glad for at jeg kunne være tolk for å hjelpe med språkutfordringer under konsultasjonen». Hun forteller at motivasjonen hennes for å ønske å fortsette å være frivillig der er å se de smilende og takknemlige pasienter som har vært innom for å få hjelp. «Det er nok» sier hun mens hun smiler og forteller at det får henne til å føle at hun har gjort noe meningsfylt den dagen og vært til hjelp for noen som trengte det.

Need – The relation of self to others

Som nevnt i introduksjonskapittelet handler det Malkki definerer som need, eller neediness om frivilliges behov for å hjelpe som igjen hjelper den frivillige på overraskende og vitale måter. “Neediness” som de frivillige følte på handlet om at de var tynget av livet de hadde i hjemlandet, og det å kunne reise og jobbe utenlands ble beskrevet som en hverdag med “full av liv”. Det å hjelpe og gi lindret de frivilliges egen nød, og de blir en del av noe større enn dem selv.

Liisa Malkki (2015) forklarer at frivillig arbeid kan være et verdivalg for mange, og det å kunne være involvert i å bygge noe som er større enn dem selv. Det å hjelpe gir lykke, og en av måtene det å hjelpe hjelper, er å bli en del av et samfunn, og for mange også en beskyttelse mot ensomhet. Dette gjelder gjerne de eldre som bidrar til frivilligheten med strikking av såkalte "aid bunnies" og "trauma teddies". Ingen av mine informanter nevnte noe som kan knyttes til denne måten Malkki beskriver som en måte å ta vare på selvet, og som en motivasjonsfaktor. Jeg ønsket gjerne likevel å ta det med da det for mange har en stor betydning for å være frivillig, og også kan være en motivasjonsfaktor hos noen jeg ikke fikk intervjuet under mitt feltarbeid.

Oppsummering

Dag Wollebæk definerte motivasjon som faktorer som setter i gang og styrer menneskelig atferd, og motivasjon er en stor del av å være frivillig. Det handler i bunn og grunn om hvorfor vi gjør som vi gjør. For å kunne identifisere motivasjonsgrunnlaget hos frivillige, er det viktig å forstå hvorfor folk ønsker å begynne med frivillig arbeid, og hvordan folk velger hvilken aktivitet de ønsker å være frivillig i. Det er tydelig at forskjellige mennesker kan være med i samme aktivitet, men ha ulike motiver eller mål for dette (Bussell og Forbes 2002: 249). For å kunne identifisere motivasjonen hos mine informanter har jeg brukt Liisa Malkki sin analyse av humanitære arbeidere i det Finske Røde Kors. Liisa Malkki identifiserte det hun forklarte som "The care of the self" som hovedmotivasjon grunnlag for de humanitære arbeiderne, og delte det opp i "The relation of self to self", "the relation of self to others" og "the relation of self to the world". I hovedsak handlet all motivasjon om selvet, og det å ta vare på sine egne behov og ønsker gjennom frivillig arbeid.

De fleste av motivasjonene som gikk igjen blant informantene mine var selvutvikling knyttet til å holde seg faglig oppdatert og berike deres profesjonelle erfaring, det sosiale fellesskapet de fikk ved å være frivillig, og en sterk forpliktelse knyttet til yrke og nasjonalitet.

Forpliktelsen knyttet til yrke og nasjonalitet bunner i grunn av at man føler seg pliktig til å hjelpe som en privilegert innbygger av et rikt land, samt at man som helsepersonell føler en etisk plikt til å hjelpe medlemmer i en vanskeligstilt gruppe av befolkningen som trenger behandling, og at man med sitt yrke kan bidra til dette.

KAPITTEL 4: ETISKE OG PRAKTISKE DILEMMAER

I dette kapitlet skal jeg diskutere de forskjellige dilemmaene de frivillige helsearbeiderne møter på, både praktiske og etiske. Harald, en av legene jeg intervjuet forteller at ett ofte gjentakende dilemmaet er de problemstillingene de får inn av psykososial art og at det å få det helhetlige bildet i møte med pasienten kan være en utfordring. Han forteller at dette er en pasientgruppe som lever harde vanskelige liv på alle måter og at dette skaper bekymringer og psykiske lidelser. Den første delen av kapitlet skal derfor fokusere på det psykiske spekteret av helsehjelpen for irregulære migranter, og hvordan helsepersonell opplever at helsen til irregulære migranter blir påvirket av deres strukturelle sårbarheten knyttet til den sosioøkonomiske statusen deres. Videre skal jeg ta for meg ulike praktiske og etiske dilemmaer de frivillige på helsesenteret møter på i møte med pasientene, før jeg på slutten skal vise hvordan de på best mulig måte prøver å løse disse dilemmaene på en kreativ måte.

Når behandlingen ikke virker

Det at irregulære migranter blir psykisk syke på grunn av livsstilen de lever er noe som engasjerer mange av de frivillige. Dette fordi mange av dilemmaene de møter nettopp handler om dette, og at de derfor føler at de ikke får hjulpet nok. I denne delen av kapitlet skal jeg sette søkelys på hvordan informantene mine opplever dilemmaer knyttet til psykisk helse, og hva de mener er grunnen til at pasientene de møter på ikke blir bedre.

Det er torsdag, og klokken nærmer seg 18.00. Ute er det ordentlig høstvær og regnet høljer ned. Jeg er på vei til helsesenteret i Bergen for å intervjuer en av psykologene før hun har kveldens første avtale med en pasient. Vi treffes tilfeldig utenfor døren til helsesenteret og venter på at en av miljøkontaktene skal komme å åpne døren til oss. Planen var at vi egentlig skulle bruke hennes konsultasjonsrom, men dette var opptatt på grunn av forsinkelser og stor pågang. Vi havner dermed i trappeoppgangen noen etasjer over helsesenteret, og lydopptaket blir erstattet med penn og papir.

Åse, psykologen jeg intervjuer, jobber til vanlig som psykolog ved en helsestasjon. Hun har nå vært frivillig i 5 år, siden høsten 2017. Det var gjennom jobben hennes hun møtte noen familier som var irregulære migranter og det var disse møtene som vekket interessen for

frivillig arbeid. Mari hadde hørt om helsesenteret for papirløse, og informerte familiene hun møtte på jobb om dette tilbudet. Hun forteller rolig at det at hun selv hadde små barn på den tiden, og at de papirløse familiene hun møtte på hadde små barn, gjorde at engasjementet for å kunne hjelpe ble sterkere.

Inntrykket mitt av Åse, etter å ha sett hvilket engasjement hun har når vi snakker om helsesenteret for papirløse, er at dette er noe hun virkelig brenner for. Hun forteller meg at det hun liker best ved å være frivillig på helsesenteret, er at hun får mulighet til å hjelpe en gruppe medmennesker som ikke har tilgang til et psykologtilbud, men som virkelig trenger det. Dette som motivasjonsgrunnlag kan vi kjenne igjen i det Malkki (2015) forklarer som “the relation of self to the world”, hvor man føler et visst ansvar ut fra hvilket profesjonelt yrke man er utdannet til. Malkki argumenterer for at man i dette tilfelle føler en forpliktelse fordi man hører til i en yrkeskategori som trengs innenfor denne type frivillig arbeid, og derfor føler på en etisk og erfaringsmessig forpliktelse til å hjelpe. Det er på samme måte Åse føler det, fordi hun er psykolog, og det trengs psykologer på helsesenteret, føler hun en forpliktelse, og som hun selv uttrykker det *«hjelpe noen som virkelig trenger det. Det å dekke dette behovet er viktig, og absolutt et behov som trengs å bli dekket. Jeg er derfor veldig glad for å kunne være en av de personene som kan bidra til dette. “*

Da helsesenteret for papirløse migranter åpnet i Oslo i 2009, inngikk det individuelle psykoterapeutiske konsultasjoner med frivillige psykiatere og psykologer. Konsultasjonene hos psykologer eller psykiater utgjorde 20% av alle registrerte konsultasjoner og omfanget av psykisk helsebehov overskred det man hadde regnet med ved oppstart og dermed overskred dette helsesenterets kapasitet på området (Mburu, Middelthon & Hilden 2015: 167). Det at irregulære migranter virkelig trenger et psykologtilbud slik Åse forklarer, gjør at det psykiske helsetilbudet ved helsesenteret er av stor betydning. Flukt og søknad om asyl er gjerne forbundet med dyptgripende oppbrudd og potensielt traumatiserende erfaringer, og politisk undertrykkelse, religiøs forfølgelse i hjemlandet, tortur, voldtekt, fattigdom og sult er opplevelser irregulære migranter kan ha opplevd før de kom til Norge, som nå påvirker deres helse (Mburu, Middelthon og Hilden 2015: 169).

I tillegg til allerede nevnte årsaker vil også den strukturelle sårbarheten som påtvunget fattigdom, ulikhet og diskriminering være ulike faktorer som kan gi negativt helseutfall for

papirløse (Bourgois et al. 2017: 1-2). Åse forteller videre at pasientsakene hun treffer på, på helsesenteret, berører henne veldig. Det som hun blir mest berørt av er at hun vet at disse pasientene egentlig ikke vil ha noe særlig bedring. *“Det som berører meg mest, og som jeg synes er mest frustrerende er at uansett hvor mye behandling denne gruppen med pasienter får, vil de aldri få noe særlig bedring, slik som pasientene i min dagligdagse jobb. Det er liten sannsynlighet at livssituasjonen deres endres, og dette gjør at pasientene ikke blir kvitt de tunge psykiske belastningene de lever med. Da hjelper det lite med den lille hjelpen de har tilgang til.”* For å kunne gjøre situasjonen til de irregulære migrantene som møter opp på helsesenteret for å snakke med psykolog bedre, forteller Åse at de har kommet opp med en ny ordning. Hun forteller at det før var mange forskjellige psykologer innom på helsesenteret, og at pasientene måtte møte en ny psykolog hver gang de kom. Den nye ordningen går ut på at de frivillige psykologene nå har faste pasienter de følger opp. Dette er et viktig tiltak, som følge av et ustabilt og uforutsigbart hverdagsliv, gjør at mange pasientene for eksempel har vanskeligheter med å møte opp til oppfølgingstimer eller synes det er vanskelig å forholde seg til en ny person hver gang (Mburu, Middelthon og Hilden 2015: 167-168).

Mari, psykologen forteller:

“Tilbudet er jo veldig begrenset, særlig hos psykolog. Så er det jo begrenset til ca. en gang i måneden. Å gjerne hos forskjellige psykologer. Man kan ikke gi den type oppfølging som man gjør i helsevesenet. Når man går til samme psykolog hele tiden, slik man gjerne gjør til vanlig, lages det en tillit mellom pasient og behandler. Dette fører til at pasienten åpner seg mer opp. Dette tillitsforholdet vil ikke bli etablert i denne situasjonen. Så de får jo et dårligere tilbud, men tanken er jo at de får et tilbud versus det å ikke få det. Det vil jo være helt annerledes å få hjelp over kortere tid kanskje, man kommer oftere og ja, det blir rett og slett et helt annet tilbud. Og jeg vet jo at det har vært veldig mye diskutert om det er et slikt tilbud vi skal ha, problemet er jo at mange ikke ønsker å snakke med psykolog selv om de kanskje har behov for det”

Det er mange av de frivillige jeg har snakket med som forteller at de ønsker de kunne gjort mer for de irregulære og den sårbare situasjonen de lever i. Som jeg nevnte i oversikten over de analytiske begrepene jeg ønsker å bruke gjennom oppgaven og strukturell sårbarhet poengterte mange av informantene mine om frustrasjonen over pasienter som aldri blir friske og at de følte de drev med “flikking”. En av informantene mine, Maria, fortalte meg at hun hadde veldig fokus på hvordan hun kunne hjelpe pasientene på en sosialfaglig måte.

“Jeg studerer jo ikke, eller er ikke utdannet innen noe helsefaglig, men jeg bidrar godt med det sosialfaglige. Jeg ønsker å hjelpe de som kommer hit, så godt jeg kan, for at de skal få et bedre liv. Alle vet jo at måten de lever på påvirker helsen deres. Jeg prøver så godt jeg kan å kartlegge hvilke sosioøkonomiske vansker de har, og hjelpe så godt jeg kan med det. "Om det så handler om hvor de kan få tak i neste måltid, ta seg en dusj eller hvem som eventuelt kan hjelpe dem med søknader og papirer.” Dette som Maria forteller om, og som hun ønsker å hjelpe med argumenterer Bourgois med fler, med at er noe som burde introduseres i medisintutdannelsen for å få helsepersonell til å tenke klarere, kritisk og praktisk om hvordan sosiale strukturer gjør mennesker syke (Bourgeois et al. 2017: 1). I teksten sin "Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care" viser Bourgeois hvilke screening spørsmål det kan være lurt for leger å spørre om for å kartlegge eventuelle problemer pasientene har. Spørsmålene har tematikker som finansiell sikkerhet, bosted, mattilgang, sosialt nettverk, utdanning og miljø (Bourgeois et al. 2017: 15).

Dette med at irregulære migranter ikke vil bli kvitt de psykiske plagene sine på grunn av belastningen de lever med er en utfordring antropologen Christina Brux Mburu poengterer i kapittelet sitt «prosjekt psykisk helse» i boken ”Eksepsjonell velferd?”. Her skriver hun om at utfordringen bunner i at pasientenes psykiske lidelser ikke bare er forbundet med de komplekse traumatiske opplevelsene de tidligere har opplevd, men at deres nåværende livssituasjon, som er et ekstraordinært ustabil og utsatt liv har veldig mye å si (Mburu, Middelthon og Hilden 2015: 167). Alvorlig stress, psykiske lidelser, depresjon og håpløshet. Slike symptomer kan ikke bare spores tilbake til pasientenes traumatiske opplevelser i hjemlandet eller under flukt, men venting i flyktningleirer, manglende evne til å bygge en fremtid og frustrasjonen over bortkastet tid oppleves ofte like traumatiske som traumet fra krig og tilflukt (Weiss 2020: 197). I Boken “Waiting and the temporalities of irregular migration” som kommer fra et 4 årig tverrfaglig forskningsprosjekt kalt “Waiting for an uncertain future; the temporalities of irregular migration”, eller lettere sagt “å vente” argumenterer Christine Jacobsen og Mary-Anne Karlsen hvordan det å vente ikke bare spenner seg over forskjellige erfaringer, men også kan relateres til ulike påvirkninger som kommer fra forventninger, usikkerhet, angst, redsel og sinne, samt skam og apati (Jacobsen & Karlsen 2021: 3-4).

Antropologen Nerina Weiss mener det er viktig å forstå at det å vente anses som en naturlig del av migrasjon praksisen (Weiss 2020: 198), men at det å bli tvunget til å vente har blitt analysert som en type maktdemonstrasjon (Weiss 2020: 197). Som samtalen med Åse viser blir irregulære migranter ofte ikke noe bedre, selv om de får hjelp, fordi livssituasjonen påvirker deres psykiske helse i stor grad. Som en prosess tar migrering ofte tid, og noen ganger kan det ta flere år til den endelige destinasjonen er nådd (Weiss 2020: 198-199). Migrantene venter på en mulighet for å migrere, de venter på transport, billetter og penger. Deretter venter de ved grenseoverganger og i leirer. De venter på at asylsøknaden skal bli godkjent, de venter på å få en kommune og de venter på å bli bosatt. Etter å ha ventet så lenge, fortsetter også kanskje ventingen hvis de har søkt om familiegjenforening (Weiss 2020 :198-199). Synnøve Bendixsen argumenterer for akkurat det samme som Weiss, da migranter hun intervjuet under sitt feltarbeid i Oslo og Bergen fra 2011-2013 fortalte at hverdagslivet deres var tomt og meningsløst, selv med hverdagsaktiviteter som å spise og sove. Dette var fordi de ikke kunne jobbe, fortsette på utdannelsen sin eller starte en familie. Livssituasjonen deres besto av usikkerhet etter mange år med venting på et brev fra UDI eller UNE (Bendixsen og Eriksen 2020: 88).

Akkurat hva irregulære venter på kan variere ut ifra hvem man spør, men alle venter på fremtiden. Alle venter ikke på den samme framtiden, ikke på samme måte og heller ikke i samme tempo. Noen venter på anken hos UNE, noen venter på at politikken skal endre seg mens andre på dokumenter som skal styrke saken deres (Bendixsen & Eriksen 2020: 93). I Marry-Anne Karlsen sitt kapittel “Waiting out illegality in Norway” i den tidligere nevnte boken “Waiting and the temporalities of irregular migration” argumenterer hun for at denne måten å leve på og vente kan kategoriseres som “waiting for” og “waiting out”. For irregulære migranter handler dette om måten ventetiden konstant blir svingende mellom å vente på om man skal få oppholdstillatelse, eller bli utvist og det å “vente ut” tiden som ulovlig (Karlsen 2021: 118-119).

Både Harald og Åse forteller i intervjuene om hvordan det å vente påvirker migranternes psykiske helse eller helse generelt, og som vi kan forstå av informasjonen jeg har samlet inn fra mitt feltarbeid er det ikke overraskende. Det har blitt forsket på venting og skadelige effekter av dette hos papirløse migranter og asylsøkere. Studiene viser at ventingen ofte blir beskrevet som smertefull, utmattende og forbundet med mangel på respekt og verdighet (Weiss 2020: 198-199). Det er også viktig å vite at på grunn av mangler ved systemet, må

flyktninger vente opptil flere år til en passende kommune er funnet og de kan bli bosatt. Faktisk tilbringer flyktninger i gjennomsnitt mer enn 600 dager i mottak fra dagen de første gang kommer inn i Norge til de bosettes i kommunene (Weiss 2020: 196).

At irregulære migranter ikke blir friske på grunn av den strukturelle sårbarheten de lever under, og at så lenge de lever på denne måten ikke vil ha noe bedring, viser klart hvor viktig det er med psykologtilbudet på helsesenteret. Som tidligere vist er psykologtilbudet på helsesenteret begrenset, og pasientene kan oppleve å møte forskjellige psykologer hver gang. En av tingene jeg ble fortalt under tiden min på helsesenteret var at hvis en pasient var skikkelig dårlig psykisk, og oppfølgingen på helsesenteret ikke var god nok, ble det sendt henvisning videre. I neste underkapittel skal jeg vise hvordan disse henvisningene blir møtt, hvilke konsekvenser det har og hva legene ved helsesenteret tenker om dette.

Avvist av det offentlige

“Det verste er å møte kollegaer med helt rare prioriteringer. For eksempel når det kommer til henvisninger jeg sender ut. Hvis jeg sender en henvisning for en pasient jeg mener bør få tid på sykehuset, og vi får avvisning med en helt umulig begrunnelse. Et eksempel er en henvisning til DPS, for oppfølging av en kjempedårlig pasient som er veldig deprimert, og får tilbake at henvisningen er avvist fordi at disse pasientene lever så veldig vanskelige liv at de bare vil bli deprimert igjen, og at det dermed ikke er noen hensikt i å prøve å behandle dem”

Dette utsagnet kommer fra legen Line, og er svaret på spørsmålet jeg stilte angående hvilke etiske og praktiske dilemmaer hun møter på når hun er på vakt som frivillig på helsesenteret. Dette dilemmaet Line forteller om gir en god forståelse på hvorfor de er helt avhengig av et godt psykologtilbud på helsesenteret slik Mari argumenterte for, og hvorfor dette blir ekstra viktig når det offentlige helsevesenet svikter på denne måten. Under det ene intervjuet jeg hadde hatt tidligere, men Mari som var psykolog, hadde Mari sagt frustrert; *“Hvem andre skal hjelpe dem? Hvis de offentlige ikke vil ha dem, og vi på helsesenteret ikke kan stille med et ordentlig stabilt tilbud?”* I sammenheng med psykisk helse, og avslag av det offentlige helsevesenet forteller Line om et annet dilemma som kan knyttes til samme emne. *“Jeg føler vi “lapper” på ting som egentlig burde løses ved at de får innvilget opphold. Mange av helseproblemene til disse pasientene skyldes deres livssituasjon. De sover ute eller er psykisk*

belastet av å leve i usikkerhet på den måten. Det er veldig tydelig at det vi driver med her er “flikking” og brannslukking”

Dette utsagnet viser godt sammenhengen med konsekvensene av avslaget på henvisningene som blir sendt av legene på helsesenteret. Ottesen, Eick og Hilden argumenterer i kapittelet sitt om erfaringer fra helsesenteret for papirløse migranter at på det somatiske området er avslag på henvisninger ofte begrunnet med at pasienten ikke har trygderettigheter som dekker behandlingen eller nødvendig rehabilitering i forlengelsen av denne. Innen psykisk helse, slik jeg fokuserer på i dette kapittelet er ofte avvísninger begrunnet med at helsebehovet ikke er vurdert som øyeblikkelig hjelp, eller det anføres at sosiale forhold først må stabiliseres, og at pasienten således ikke forventes å kunne “nyttiggjøre seg tilbudet” (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 159).

Det Line uttrykket øverst i kapittelet, om avvísninger fra det offentlige med begrunnelsen om at pasientene lever så vanskelige liv at de bare vil bli deprimert igjen passer godt til det Ottesen, Eick og Hilden argumenterer for angående avvísninger knyttet til psykisk helse. Det sosiale forholdet må stabiliseres først, siden pasienten ikke forventes å kunne ha nytte av tilbudet. Min innsamlede data viser at det praktiske dilemmaet de fleste av de frivillige på vakt møter på helsesenteret, er henvisninger, og gjerne avvísninger av dette. De jeg intervjuet uttrykte at det at man ikke har tilgang til tjenestene man vanligvis har tilgang til som for eksempel fastlege, eller som Line fortalte; *“kollegaer med helt rare prioriteringer”* er med på å påvirke dette dilemmaet. Sykepleieren Alice ved helsesenteret i Bergen nevner dette med henvisninger som et etisk dilemma og ikke så mye et praktisk dilemma. Hun føler nemlig at henvisninger til spesialhelsetjenesten som sendes av helsesentrene blir strengere vurdert enn andre henvisninger, og at det er gjennomgående at man får nei når de prøver å henvise til DPS. Dette var det samme som Line fortalte. *“Vi har jo hatt folk her som har vært veldig syke, hvor det har vært snakk om overgrep og heftige traumer bak, og har fått nei fra DPS. Da har jeg tenkt mange ganger på om denne personen hadde blitt tatt inn om de hadde hatt et personnummer”*

Helsesenteret erfarer at pasienters rettigheter tolkes ulikt av ulike instanser. Dette er særlig fremtredende i Helsesenterets erfaring med henvisning til behandling ved psykiatriske behandlingsinstitusjoner, hvor avslag ofte grunngis med at pasienten “ikke har krav på helsehjelp utover akutt behandling” samtidig som det er stor variasjon med hensyn til hva som

regnes som behov for akutt behandling (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 161). I kapittel 5, som handler om det etiske og politiske i det humanitære feltet skal jeg se nærmere på og diskutere hvorfor de frivillige jeg har intervjuet argumenterer sterkt på hvorfor helsesenteret burde eksistere, og hva det egentlig betyr at helsesenteret blir satt til en oppgave som det offentlige egentlig burde ta seg av.

Når økonomien setter en grense

I Norge sikres økonomisk tilgang til helsehjelp gjennom folketrygden, og pasienter som ikke har bosted i Norge skal dekke behandlingsutgiftene selv⁵ (Sussmann 2015: 73). Denne bestemmelsen er generelt utformet og gjelder også for irregulære migranter (Søvig 2015: 55).

Mange av helsesenterets pasienter vegrer seg for å oppsøke ordinært helsetilbud på grunn av liten eller ingen betalingsevne, og/eller de opplever å bli tilbudt helsehjelp de har rett til, men ikke benytter seg av fordi de vet at de må betale fullt ut for dem selv. Sykehus eller andre helseinstitusjoner krever noen ganger en betalingsgaranti før de er villig til å sette i gang behandling for alvorlig sykdom, komplikasjoner etter allerede utført behandling og også tilfeller som er å betrakte som “nødvendig helsehjelp som ikke kan vente”. Et eksempel på dette kan være svangerskapsavbrudd (Ottesen, Eick og Hilden 2015: 159).

Line, legen som jeg nevnte i forrige kapittel forteller om en gang hvor hun sendte en henvisning til en gravid pasient om fødeplass. *“Jeg hadde en pasient på helsesenteret som var i slutten av svangerskapet, og trengte en fødeplass. Jeg sendte en henvisning og fikk svar på denne at fødeplassen var tildelt, og at pasienten måtte komme inn på en forsamtale. Oj, så bra tenkte jeg. Senere skulle det vise seg at temaet for samtalen var å forberede pasienten på den store regningen hun fikk.”* Andrea Sussmann forklarer dette i kapittelet sitt “Dronning i grenseland?” i boken Eksepsjonell velferd. Det at denne pasienten måtte komme inn på en forsamtale angående fødeplass for å få informasjon om betaling henger sammen med at helsepersonell har plikt til å informere om betalingskrav før helsehjelp ytes⁶. Sussmann argumenterer for at det kan i verste fall føre til at personer uten lovlig opphold ikke tør å oppsøke eller ta imot helt nødvendig helsehjelp (Sussmann 2015: 73).

⁵ Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3. (Sussmann 2015: 73)

⁶ Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. (Sussmann 2015: 73)

Jeg har i dette kapittelet fokusert på etiske og praktiske dilemmaer som oppstår på helsesenteret, men disse dilemmaene er også synlig i byer hvor slike tilbud ikke er tilgjengelig. I ett av intervjuene jeg hadde, med en av sykepleierne i Kirkens bymisjon var det nettopp et slikt dilemma som dukket opp.

Kari er ansatt som sykepleier hos Kirkens bymisjon. Tiltaket hun er ansatt i er egentlig et tiltak rettet mot byens narkomane og bostedsløse, men hun har opplevd at papirløse har tatt kontakt med henne for helsehjelp. Pasienten som oppsøkte Kari opplevde somatiske symptomer, som kroniske smerter og diverse plager. Kari forklarer at siden hun ikke er lege har hun ingen kompetanse til å ta stilling til om dette er noe som trenger videre oppfølging eller en grundigere sjekk. Kari forteller at sist gang pasienten oppsøkte jobben hennes fikk de ordnet en time på legevakten, hvor hun fikk en grundig sjekk hos lege. Når timen var over på legevakten oppsto det problemer med betalingen. Kari som egentlig er ganske ny i jobben forteller at hun trodde pasienten skulle få slippe å betale en egenandel. Det slapp hun ikke, og det endte med at det var Kari som måtte betale for timen på legevakten. For Kari var ikke dette noe problem, fordi hun får refundert beløpet av jobben. Kari forteller at pasienten har tatt kontakt igjen, med nye problemer hun ønsker å snakke med en lege om, og problemstillingen som da dukker opp er om de skal fortsette å betale for henne? Kari forteller at hun valgte å ta dette opp med sjefen sin, for problemet ligger ikke i det å betale for henne, men hva gjør de hvis det plutselig blir mange? Eller hvis det plutselig er pasienter som trenger videre oppfølging på sykehuset eller andre instanser. Samtalen flytter seg over til diskusjonen om betaling og faktura, hvor helsesentrene i Bergen og Oslo gjerne henviser pasientene videre til spesialhelsetjenesten. I Bodø har de ikke et slikt tilbud, og pasientene må følges opp av legevakten og utgiftene her vil påløpe Kirkens Bymisjon som organisasjon.

Alice, sykepleierne som tok meg imot den første dagen jeg kom til helsesenteret, satt i den blå sofaen rett overfor meg. Vi hadde kommet på slutten av intervjuet vårt, og jeg hadde bare noen få spørsmål igjen. De skulle handle om etiske dilemmaer hun opplever eller hadde sett på helsesenteret. "Er det noen etiske dilemmaer du ser er gjentakende her på helsesenteret?" spør jeg. "JA!" sier hun klart å tydelig, og en smule engasjert. "*Den økende andelen av fakturasaker vi har fått inn her det siste året*". Hun forteller videre: "*Fakturasaker har faktisk blitt et reelt helseproblem, hvis man kan kalle det det.. Stadig flere henvendelser, altså grunnen til at de ringer oss, er at de har en faktura de trenger hjelp med. Det er ikke sykdom lenger, det er rett å slett denne fakturaen som gjør at de trenger hjelp*"

Alice forteller at for ett år siden var det bare en som jobbet med faktura-saker, men at det nå er 3 stykker som tar seg av dette. I mange av tilfellene har helsesenteret valgt å knytte til seg jusstudenter, jussformidlingen og gatejuristen for å få hjelp. En av historiene som virkelig har gått inn på Alice, og som hun ønsker å dele. Historien handler om et ektepar, hvor mannen er norsk. De er gift, har ett felles barn og har bodd utenlands en god stund. *“Denne familien kommer da til helsesenteret, fordi moren opplever en slags helsekollaps, slik som mannen beskriver det. Hun er veldig deprimert, og veldig syk og får dermed en tvangsinnleggelse. Slik som vi, her på helsesenteret har forstått regelverket så er det klokkeklart at staten skal betale for tvungen helsehjelp. Det som skjer, er at denne familien opplever å få en regning på 43.000 kr på dette oppholdet.”*

Alice sukker oppgitt, og sier: *"Dette handler om en mamma som er svært syk, og trenger tett behandling.: Det som viste seg, er at når familien først kom til Norge, så er det er noen unormaliteter i prøvene hennes. Det er et mavevirus som er i sving, som kan forklare plagene hennes.. Så vi kan jo spørre oss? "Hvorfor er ikke disse prøvene tatt for lenge siden, siden hun har vært i god kontakt med helsevesenet? Jeg tror de har blitt møtt annerledes i helsevesenet, med marginal ressursbruk"* sier Alice oppgitt. Konklusjonen på denne saken, og egentlig det etiske dilemmaet her er at familien skjønner at de må ha hjelp fra helsevesenet over lengre tid. Selv om både mannen og barnet er norsk, så får ikke moren behandling dekket selv om de har en familiegjenforening sak inne hos UDI. Enden på saken er at familien velger å reise ut av landet igjen, uten behandling. *“Dette er et godt eksempel på hvordan en familie kan falle mellom stoler, og det er ikke slik lovverket er ment tror jeg”* sier Alice helt til slutt.

Kort om andre tilbud

I tillegg til helsesenteret som er et tilbud for alle irregulære migranter i Bergen og Oslo har også Kirkens bymisjon andre lavterskeltilbud for fattige tilreisende EØS-borgere. Grunnen til at jeg velger å ta med lavterskeltilbudene for denne gruppen mennesker er fordi observasjonen min på helsesenteret viser at mange av pasientene består av denne gruppen mennesker. I Oslo tilbyr Kirkens bymisjon akuttovernatting for fattige, tilreisende kvinner og par fra EØS land. Her får de tilbud om en seng og dusj i trygge, rolige og varme omgivelser.

Det er 80 sengeplasser og det er åpent fra 18.00 til 07.30. Man kjøper seg en sengeplass for 15 kr, og kan booke seg opp til 5 dager om gangen (Kirkens Bymisjon u.å).

I tillegg til akuttovernattingen drifter også Kirkens bymisjon i Oslo arbeidstilbudet “Rom for arbeid” som gir arbeid til 5 stykk en dag i uken (Kirkens Bymisjon u.å), og kirkens bymisjon i Drammen tilbudet “dusj og klesvask” 2 dager i uken (Kirkens bymisjon u.å). Lavterskeltilbud jeg observerte som det ble snakket om på helsesenteret var norskkurs hos Røde kors, samt at det også ble opplyst om tilbud i barnas Røde Kors, for de som hadde små barn. Det ble også poengtert at man ikke trengte å registrere seg for å delta på norskkurset. Ut ifra min observasjon sa de frivillige dette for å forsikre pasientene om at tilbudet var trygt å delta i. Dette var viktig i henhold til det jeg tidligere skrev om at papirløse kan la være å delta i ting, eller få hjelp da de er redde for å bli oppdaget og deportert.

Tinkering care – en kreativ løsning på problemer

Harald, en av legene jeg intervjuet forteller at det meste av praktiske dilemmaer eller problemer han støter på som frivillig på helsesenteret er det at man ikke har tilgang til de supplerende tilbudene i helsetjenesten man ellers har tilgang til. For eksempel henvisninger til annen vurdering, videre henvisning for prøvetakning eller røntgenundersøkelse. Han opplever at det er vanskelig. Grunnen til at jeg spurte informantene mine om de opplevde noen hindringer eller problemer når de er frivillige ved helsesenteret var for å kartlegge om det var noen av problemstillingene som var gjentakende, og som gang på gang skapte problemer eller utfordringer. Ikke minst hvordan dette påvirket hvor mye for eksempel legene kunne hjelpe pasientene de møtte. Etter at jeg ble klar over hvilke problemer de frivillige møtte på, og egentlig hvor ofte de møtte på dem, ble jeg nysgjerrig på hvordan de klarte å løse disse problemene.

Det var i denne sammenheng jeg kom over begrepet “tinkering care”, eller uformelle praksiser som det heter på norsk. I boken *Borders across Healthcare* definerer antropologen Marjorie Gerbier-Aublanc “Tinkering care” som behovet til sykepleiere, for å finne opp, eller noen ganger også improvisere alternativ behandling i et eksepsjonelt miljø. (Gerbier-Aublanc 2020: 44). Geribier-Aublanc`s arbeid fokuserer mest på migrasjon, og migranters helse samt humanitær solidaritet i Frankrike. Boken tar utgangspunkt i nyere og relevant forskning rundt i Europa i forbindelse med helsetjenester og migrasjon.

“Tinkering care” er en måte å møte pasientenes overlevelse forhold og mobilitet situasjon på, i uforutsigbare situasjoner grunnet politikk, og alle problemene de møter på i disse omstendighetene. Denne måten å improvisere behandling på er for å kompensere for mangel på menneskelige eller materielle midler (Gerbier-Aublanc 2020: 54). I denne oppgaven vil uformelle praksiser være knyttet opp til helsepersonell som enten følger opp pasienter fra helsesenteret på sin egen jobb, eller sender de til personer de vet er villig til å ta dem inn utenfor arbeidstid eller inn i ledige timer uten å registrere det.

Mary-Anne Karlsen henviser til Karl-Trummer, Novak-Zezula og Metzler og deres Eu prosjekt “Health Care in NowHereland”⁷, hvor de identifiserte tre idealtypiske strategier helsepersonell tok i bruk for å håndtere det de opplevde som motstridende krav i møtet med irregulære migranter. Disse strategiene var individuell solidaritet, funksjonell ignoranse og strukturell kompensasjon. Gjennom disse strategiene kunne helsepersonell behandle irregulære migranter uten å oppleve at en bryter med etiske yrkeskoder, menneskerettigheter eller den nasjonale lovgivningen (Karlsen 2015: 133). Funksjonell ignoranse er en form for “don't ask don't tell”- tilnærming. Her unngår man informasjon om juridisk status for å slippe å ta stilling til det. Å “ikke bry seg” om uklarheter rundt fødselsnummer og med vilje underkommunisere spørsmål om juridisk status i henvisninger kan være en form for funksjonell ignoranse. Det kan også være tilfeller der helsepersonell lar være å følge opp ubetalte regninger (Karlsen 2015:133). Det som Marry-Anne Karlsen forklarer som funksjonell ignoranse, i tilfeller der helsepersonell ikke følger opp ubetalte regninger kan knyttes opp mot hvordan jeg tidligere fortalte hvordan sykehusene helsesenteret samarbeidet med lot vær å ta betaling for hjelpen de utførte eller lot utgiftene bare forsvinne i det store hullet.

Selv om de tre tidligere nevnte strategiene som helsepersonell tok i bruk for å håndtere de motstridende kravene fra helsepersonells side kan bidra til å gi enkelte irregulære migranter tilgang til helsehjelp, utgjør de bare delvis og improviserte løsninger. De kan også bidra til å dekke over de etiske og politiske dilemmaene knyttet til irregulære migrantere behov for helsehjelp (Karlsen 2015: 134). Å delta i frivillig arbeid i regi av helsesenteret for papirløse migranter i Oslo eller helsehjelp for papirløse i Bergen kunne være en slik måte å kompensere for begrensningene mange opplevde i sin yrkeshverdag. Slike initiativer kan sees som en form for det Karlsen kaller for strukturell kompensasjon (Karlsen 2015: 134).

⁷ Et prosjekt som kartla irregulære migrantere tilgang til helsetjenester i 17 land (Karlsen 2015:133)

Mange av informantene mine uttrykker at de blir glade når de hører om frivillige som velger å ta inn pasienter i praksisen sin eller andre steder de jobber, selv om det kommer tydelig fram at det ikke burde være nødvendig å gjøre slikt for å yte helsehjelp. Tidligere i dette kapittelet skrev jeg om ulike praktiske dilemmaer de frivillige møtte på når de var på vakt på helsesenteret, hvor alt fra avvísninger av henvisninger til ingen eller liten tilgang til supplerende helsetilbud i den offentlige helsetjenesten som man ellers gjerne har tilgang til. I den forbindelse spurte jeg ofte informantene mine om hva de mener om at slike ting blir utført, og om de selv noen gang har utført slik praksis.

Psykologen Åse svarte dette da jeg spurte om hvilke tanker hun hadde om de uformelle praksisene. *“Det er jo håpløst at det skal være sånn, men det er også noe fint, at vi gjennom det nettverket som etableres her på helsesenteret gjør at vi får de åpningene på sykehusene som vi trenger”* Akkurat de samme tankene hadde en av koordinatorene jeg intervjuet også; *“Det vi ser er jo at det er kjempeviktig at de frivillige legene her, eller helsepersonell har kontakter, slik at pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten. Hadde vi ikke eksistert hadde de stått i lang kø på legevakten, hvor de får spørsmål om de kan betale. Dette skremmer de litt bort, og til slutt slutter de å oppsøke legevakten også.*

Psykologen Mari svarte dette.

“Det er litt sånn det fungerer. Det er veldig mange gode hjelpere rundt omkring, som hjelper til etter jobb, eller som tar inn pasienter. Psykologene gjør det også, på sin fritid utover timene på helsesenteret. Man gjør det jo for å kunne gi et tilbud som ikke finnes akkurat der og da. Det føles jo litt ut som at man gjør noe ulovlig når man holder på med det, selv om man kjenner inni seg at man ikke gjør det.” Jeg fulgte opp med å spørre om hun selv hadde utført noen slike praksiser. *“Ja, det har jeg gjort. Det handler jo om det her enkeltmenneske, at man ønsker å hjelpe noen, og at det egentlig er veldig vanskelig innenfor de rammene som finnes. Som jeg sa tidligere så føler man jo at man gjør noe som ikke er greit, og for meg som til vanlig jobber i offentlig helsevesen så har jeg egentlig ikke lov å gjøre det”* At det føles ulovlig ut, og kanskje er ulovlig, kommer det fram at flere av informantene mine har utført dette. Mari sier videre:

“Som jeg sa før så har jeg tatt inn pasienter i min private jobb, og siden jeg jobber i offentlig helsevesen så har jeg egentlig ikke lov til det. Så det blir jo et sånn etisk dilemma. Men så

lenge man ikke snakker om det, så er det jo ikke et problem tenker jeg. Men det er jo også det som gjør det mulig å gjøre det, fordi man husker Alvoret i det. Hvis det skulle blitt snakket om så ville kanskje noen krefter jobbet hardere for at man ikke skulle fått det til. Det føles ut som mange vet hva som foregår, men velger å ikke se det som noe negativt. Som også er veldig positivt. Så lenge det ikke er et tema, er det ikke et problem, selv om det egentlig er noe man burde løfte fram for å vise at behovet er der. “ Det at dette temaet blir belyst i oppgaven, og at Mari har valgt å fortelle om hennes egne erfaringer innen dette temaet kan være etisk problematisk. Mer tanker og refleksjoner om dette har jeg skrevet om i den metodologiske tilnærmingen i kapittel 1.

Karim, en av de første jeg hadde intervjuet under mitt feltarbeid, var miljøkontakt på helsesenteret. Han var selv en som hadde flyktet fra hjemlandet, og som hadde levd papirløs i mange år på flukt, før han endelig kom til Norge. Karim, som har vært med på helsesenteret helt siden det startet, hadde klare tanker om hva han synes om denne måten å hjelpe pasientene på. Siden han selv ikke er utdannet innenfor et helseyrke som brukes på helsesenteret sier han dette; *“Jeg har hørt om det, og jeg vet at det utføres. Jeg er veldig positiv til det. Det beviser at de frivillige hos oss her på helsesenteret virkelig bryr seg om pasientene her, og det er positivt at de er villig til å gjøre noe annerledes og utenfor dagens logikk for å kunne bidra med hjelp så godt de kan. Det er jo tross alt snakk om kritisk helsehjelp”.*

Når jeg nå har fortalt litt om de ulike etiske dilemmaene de frivillige føler de møter på, undrer jeg meg på hva hvilke tanker de har om at dette faktisk er ting som må gjøres for at irregulære migranter skal tilgang til det minimale med helsehjelp de klarer å få tak i. Når jeg spør Mari om dette, er hun helt tydelig på at hun ser på det som noe som burde være unødvendig. *“Jeg tenker at det burde være helt unødvendig. Jeg tenker det burde være et helsetilbud, fordi det er et helsetilbud. Det er liksom mulig å få til. Det er ingen problem. Man kan jo til og med gjøre det med frivillig arbeidskraft. Det eneste problemet her er viljen til å gi den helsehjelpen. Jeg kunne ønske vi kunne gjøre de samme tingene vi gjør nå, bare organisert og med støtte fra det offentlige. Det er ingen forskjell mellom oss og dem, så jeg skjønner ikke hvorfor vi skal skille på det når folk har helseproblemer. Vi kan snakke om økonomi og alt det andre, men det er jo mennesker, barn og familier ... Samtidig tenker jeg jo også på hvorfor man må holde på sånn, hva er det for noe? det er jo helt unødvendig egentlig”*

De motstridende kravene kan skape usikkerhet og handlingsvegring, men kan også sees som et grunnlag for helsepersonell til å tøyne grensene i regelverket og rommet de har til å utøve faglig skjønn for slik å tilby enkelte irregulære migranter utvidet hjelp (Karlsen 2015: 130).

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg tatt for meg etiske og praktiske dilemmaer de frivillige helsearbeiderne ved helsesenteret møter på når de skal behandle irregulære migranter. Gjentakende problemstillinger er gjerne av psykososial art, at pasientene lever en livsstil som gjør at de blir syke med lite rom for bedring og avvisninger av henvisninger fra det offentlige. Alle disse tingene henger sammen i en spiral og påvirker hverandre. Kapitlet tar også for seg hvordan det å vente påvirker migrantenes helsestatus og livskvalitet. Kapitlet setter også fokus på begrepet "Tinkering Care", som går ut på at de frivillige ved helsesenteret må bevege seg utenfor regelverket for å kunne tilby tilstrekkelig hjelp. Kapitlet tar for seg ulike måter både helsepersonell og miljøkontaktene uten helserelatert bakgrunn gjør sitt beste for å avdekke sosioøkonomiske problemer hos pasientene, for å lette på de psykiske og fysiske påkjenningene de går igjennom. Dette kan handle om alt fra bosted, mattilgang og deres sosiale nettverk.

For informantene jeg intervjuet handlet motivasjonen om å hjelpe en gruppe mennesker som ikke har tilgang til helsehjelp i det offentlige, noe jeg har knyttet opp mot Liisa Malkki sin tolkning av motivasjon knyttet til "The Care of the self", og "relation of the self to the world". Denne motivasjonen er basert på å føle på ansvar ut ifra yrkesstatus, og borger av et rikt land.

KAPITTEL 5: DET POLITISKE OG ETISKE I DET HUMANITÆRE FELTET

Psykolog Mari som tidligere ble nevnt i kapittel 3, forteller om forskjellige motivasjoner og grunner for at hun ønsker å være frivillig ved helsesenteret. Et annet motivasjonsgrunnlag hun forteller om er hennes interesse for sosiale ulikheter innen helse, samt hennes egne verdier og velferdsstatens verdier. Mari er opptatt av politikk og velferdsstaten og mener at velferdsstaten burde tilby tjenester til irregulære migranter og forstår ikke hvorfor Norge skal være så strenge på akkurat helse. Hun forteller videre at det ikke foreligger noen forskning på helseflyktninger som tilsier at irregulære migranter ikke skal få hjelp. Hun forteller at dette synes hun er opprørende.

Andrea Sussmann argumenterer for i kapittel 3 i boken eksepsjonell velferd at i Norge er det stor grad av enighet om at myndighetene har et menneskerettslig ansvar for alle som oppholder seg i landet. Dette inkluderer personer uten lovlig opphold og i hvilken grad skal retts- og velferdssamfunnet møte grunnleggende menneskelige behov, slik som behov for helsehjelp for personer som til tross for at de egentlig ikke har lov, likevel oppholder seg i landet? spør hun (Sussmann 2015 :69).

I dette kapittelet ønsker jeg å se på helsehjelp som en menneskerettighet, og hvordan politikken påvirker hvem som har rett på helsehjelp eller ikke. Her forteller jeg om en frivillig lege som hever stemmen når jeg prøver å få han til å snakke om de politiske tankene bak helsehjelp for irregulære migranter. Jeg skal også ta for meg hvordan helsetilstand noen ganger kan brukes som en måte å tilegne seg oppholdstillatelse i et land.

Videre skal jeg se på hvilke etiske dilemmaer som dukker opp i møte og behandling av irregulære migranter, og hvilke problemer og utfordringer dette gir helsearbeidere. Jeg skal se på hvordan helsevesenet automatisk kan bli en del av migrasjonskontrollen, og hvordan endret lovverk har gjort arbeidet lettere.

Helsehjelp som en menneskerettighet

"Åååh!...Jeg tenker jo at det i det etiske rammeverket for leger og sykepleiere står det at denne gruppen skal være noen man hjelper. Så etisk sett så er jo både de og vi litt sånn ; selvfølgelig skal man hjelpe denne gruppen med pasienter. Vi tolker lovverket slik at denne gruppen har rett på akutt helsehjelp, og de skal få rettigheter til å komme inn i spesialisthelsetjenesten dersom det er økonomisk og fysisk hensiktsmessig. Men så kommer det sånne innstillinger som er så tvetydige. På den ene siden så sier de det samme som vi sier, på andre siden så sier de nei. Dette gjør jo at både vi og helsepersonell ikke blir helt sikker på hvordan vi skal tolke det. " - Koordinator

I diskusjonen om helsehjelp som en menneskerettighet kan man spørre seg selv; hvem er det som skal bestemme hva som er øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp, og hva kan vente? Utgangspunktet i norsk rett, er at alle som oppholder seg i Norge skal ha rett til helsehjelp hvor det foreligger et medisinsk begrunnet behov for det. Såkalt nødvendig helsehjelp. Tilgang til slik helsehjelp, er i lovverket definert som: «Handlinger som har forebyggende, diagnosterende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie-og omsorgsformål». Dette er av lovgiver vurdert som en grunnforutsetning for at den enkelte skal kunne leve et menneskeverdig liv (Sussmann 2015 :70). Spørsmålet i denne sammenheng er hvorvidt det å ha lovlig opphold skal være et vilkår for tilgang til slik helsehjelp, og dette er dels et spørsmål om innholdet i og grensene for det menneskerettslige helsevern (Sussmann 2015 : 70). I norsk lovgivning skilles det mellom øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp, og mens retten til øyeblikkelig hjelp, samt nødvendig helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven er ubetinget, er retten til nødvendig helsehjelp etter spesialisthelsetjenesteloven gjenstand for visse kost- og nyttevurderinger (Sussmann 2015 : 71). I dette kapittelet ønsker jeg å diskutere hva som skjer når staten er den som skal bestemme hva som regnes som øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. Hvem er det da som skal stille opp?

Den italienske migrasjons-sosiologen Maurizio Ambrosini fokuserer i sin tekst "NGOs and Health services for irregular immigrants in Italy: When the protection of human rights challenges the laws" på hva NGO betyr for helsehjelp til migranter, det Portes, Fernandez-Kelly og Light (2012) kalte "Institutionalized compassion". Institutionalized compassion er en av tre mestringsmekanismer Portes, Fernandez-Kelly og Light har utviklet

for å forklare hvordan immigranter og advokatene deres ikke skal være helt hjelpeløse i søket etter alternativer til den dominerende institusjonelle orden (Portes, Fernandez-Kelly & Light 2011: 13).

Han definerer dette som den viktigste kilden til assistanse for irregulære migranter, nemlig den type helsehjelp som opererer med filosofien om at helsehjelp er en menneskerettighet og han argumenterer hvordan institusjoner forsøker å fylle hullet mellom offisielle retningslinjer og det faktiske behovet for ikke-akutt helsehjelp (Ambrosini 2015 :117). En av sykepleierne jeg intervjuet sier dette; *«Vi har som helsepersonell en plikt til å hjelpe, og helsehjelp er en menneskerettighet. Jeg opplever ingen konflikt knyttet til det at jeg er med på å hjelpe en gruppe som er på siden av samfunnet, selv om jeg er klar over at det finnes ulike synspunkter i samfunnet.»*

Flere av informantene mine bruker nettopp denne begrunnelsen for selve motivasjonen sin for å være frivillig på helsesenteret, for eksempel den nyutdannede legen Aksel fra kapittel 3, at de som helsepersonell har avlagt en ed på å hjelpe alle, og at helsehjelp er en menneskerettighet. Eden de har avlagt, og synet på helsehjelp som en menneskerettighet fører til at helsepersonell føler på en forpliktelse til å utøve helsehjelp uavhengig av en persons nasjonalitet, rase, religion eller juridisk status (Villadsen 2019 : 76). Begrenset helsehjelp for irregulære migranter er ikke bare noe som gjelder for Norge. Det er også veldig begrenset i mange andre land i Europa. Når helsesenteret skulle etableres i Oslo var det inspirert av tilbud i andre europeiske land. Nederland, Sverige og Frankrike ble innrettet som konkrete forbilder for inspirasjon(Ottesen, Eick og Hilden 2015: 148). I neste kapittel skal jeg kort gjøre rede om hvilket tilbud og regler som gjelder for andre land i Europa. Dette er relevant for å se hvor helsesenteret fikk sin inspirasjon fra og for å kartlegge hvor Norge ligger i utviklingen i forhold til mange andre land.

Kort redegjørelse for helsehjelp i andre land i Europa

I Norge sier reglene;

” I forskrift om rett til helse og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket er irregulære migranternes rett til helsehjelp i Norge i hovedsak blitt begrenset til hjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente utover en tidsperiode på 3 uker.” I høringsnotatet til forskriften fremgår det at tidsaspektet på 3 uker ikke er medisinsk begrunnet, men er satt ut fra hva

Helse- og omsorgsdepartementet anser som tilstrekkelig tid for personer det gjelder for å reise hjem. Med dette forutsetter departementet at “personer uten lovlig opphold skal og kan reise hjem innen 3 uker og motta den nødvendige helsehjelpen de trenger der og hvilke tilstander som ikke kan avvente behandling til en eventuell hjemreise skal imidlertid vurderes på individuelt medisinsk grunnlag” (Karlsen 2015 : 129).

Det er stor variasjon i nasjonale reguleringer, og migranters faktiske tilgang til helsetjenester i ulike land. I Europa skilles det mellom land som gir full tilgang, begrenset tilgang og ingen tilgang, Norge havner i kategorien delvis tilgang (Jacobsen 2015: 32). Mens søreuropeiske land som Frankrike, Spania og Portugal havnet i kategorien full tilgang, ga Norge sammen med Storbritannia delvis tilgang, mens en rekke land, særlig i øst og mellom Europa, ikke ga noen tilgang i det hele tatt (Jacobsen 2015: 32). I land hvor det i teorien blir gitt full tilgang, fantes det barrierer knyttet blant annet til manglende kunnskap i helsevesenet, språkbarrierer og tilgang til tolk samt migrantenes livssituasjon, frykt for utsendelse og kunnskap om og tillit til helsesystemet. I tillegg kan ulike registreringsordninger føre til vegring mot å bruke rettighetene som faktisk tilkommer denne gruppen (Jacobsen 2015: 32).

I noen land har helsearbeidere og ansatte i andre offentlige institusjoner i tillegg plikt til å rapportere irregulære migranter til myndighetene (Jacobsen 2015: 32).

Jurist og professor Karl Harald Søvig forteller om reglene som gjelder angående taushetsplikt knyttet til irregulære migranter i Norge. I hans kapittel “tilgang til velferdstjenester for irregulære migranter etter det norske regelverket” i boken Eksepsjonell velferd forteller Søvig om at irregulære migranter i Norge har samme krav på vern mot spredning av sine helseopplysninger som andre pasientgrupper, men et uavklart spørsmål er hvorvidt selve pasientforholdet er omfattet av taushetsplikten. Helsepersonelloven⁸ pålegger helsepersonell å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold (Søvig 2015: 58-59). Samtidig er rekkevidden av taushetsplikt regelen dels avhengig av konteksten og hva som for den aktuelle pasienten vil være en sensitiv opplysning. Hvis en irregulær migrant oppsøker et sykehus for øyeblikkelig hjelp, kan ikke sykehuset ta kontakt med utlendingsmyndighetene for å få avklart oppholdsstatus (Søvig 2015: 59).

⁸ § 21 (2 juli 1999 nr 64) (Søvig 2015: 58-59).

Mens reglene i Norge gjelder for hele landet, er reglene i Italia litt annerledes, hvor reglene reguleres ut ifra hvilken region man bor i. I 2009 fikk papirløse i regionen Puglia rett til full helsehjelp, fordi myndighetene innså at mesteparten av arbeiderne i jordbruket i regionen var papirløse. Samme år vedtok også regionale myndigheter i Toscana en lov om helsehjelp for papirløse. Denne var basert på menneskerettighetene som sier at man skal få hjelp uavhengig av status, på lik linje som en gir husly til hjemløse og gratis mat til fattige. Ni av 20 regioner i Italia har nå gått i gang med å gi papirløse tilbud (Talgø 2015). I Tyskland har alle papirløse rett til samme helsehjelp som asylsøkere. Dette innebærer hjelp ved alvorlig sykdom eller sterk smerte. I praksis er det mest akutthjelp som blir gitt. Sykehusene må gi beskjed til landets sosialmyndigheter om planlagte operasjoner, og de sosiale myndighetene har igjen plikt til å gi beskjed til myndighetene. Dette betyr i praksis at det kun er akutthjelp som utføres uten at helsepersonell bryter taushetsplikten. Det har også dukket opp frivillige helsesentre i det siste både i Frankfurt og Kiel (Talgø 2015).

Papirløse i Sverige har hatt rett til helsehjelp som «ikke kan vente» siden 1. juli 2013, da det kom en ny helsereform. Før 2008 var ikke helsehjelp til voksne papirløse nevnt i svensk lov. Mellom 2008 og 2013 var ordlyden «akutthjelp». Ved for eksempel fødsel måtte kvinner dekke kostnadene selv, men i 2006 begynte Sveriges største sykehus å gi den formen for hjelp som utøves i dag etter svensk lov og utviklet praktiske retningslinjer og etiske forum. I dagens nasjonale lov inngår helsehjelp som tannlege, graviditet og fertilitetshjelp m.m mot en sum på 5 euro, som i ca. 43 norske kroner⁹ (Talgø 2015). I Danmark kan adgang til det offisielle danske helsevesenet bare gis dersom migranten oppnår legitim status ved å få sin sak prøvd av immigrasjonsmyndighetene. Denne tilstanden har naturlig nok effekten av å avskrekke mange av dem som oppholder seg ulovlig i landet, fra å søke medisinsk behandling i det offentlige helsevesenet (Villadsen 2019 : 76). Faktisk hevder de grunnleggende organisasjonene at akuttmottaket er nødvendig fordi den danske staten, som mange andre europeiske stater, ikke overholder de universelle prinsippene i FNs menneskerettighetserklæringer signert av den danske regjeringen (Villadsen 2019: 76).

⁹ I dagens kurs er 5 euro ca 56 norske kroner

I Frankrike ble "Sykdoms Klausulen" innført i 1998. Dette var en bestemmelse i "1998-endringen" til forordningen av 2. november 1945 nr. 45-2658 om vilkår for innreise og opphold for utlendinger. Dette ga lovlig oppholdstillatelse til de i Frankrike med sykdommer med livstruende konsekvenser hvis de blir erklært ute av stand til å motta forsvarlig behandling i hjemlandet. Logikken bak denne bestemmelsen var humanitær og eksepsjonell; lovlige tillatelser for sykdom som offisielt ble gitt av "humanitære grunner" (Ticktin 2006 : 34). Til tross for målet om å holde det eksepsjonelt, har sykdoms klausulen, innført som en humanitær bestemmelse, kommet til å spille en viktig rolle i innvandringspolitikken i landet (Ticktin 2006 : 34).

Konsekvenser av regler

I Frankrike viser Miriam Ticktin i teksten sin «Where ethics and politics meet» rollen til humanitarisme og en fremvoksende etisk konfigurasjon som gjør sykdom til et primært middel for å få lovlig opphold i Frankrike for irregulære migranter (Ticktin 2006 : 33). Ett eksempel her er at hun under sitt feltarbeid ble fortalt av den tidligere presidenten av Act-Up, en rettighetsaktivist gruppe for homofile i Paris, at han mottok telefonsamtaler fra irregulære migranter med spørsmål om hvordan dem kan infisere seg med HIV, og dermed få oppholdstillatelse i Frankrike (Ticktin 2006 : 33).

Under sitt feltarbeid i Paris så hun immigranter anvende fysisk skade eller infeksjon for å kreve de grunnleggende rettighetene som angivelig er gitt til alle mennesker. Denne tendensen til å vende seg til sykdom for å få oppholdspapirer skjedde i kjølvannet av den begrensede suksessen til den sosiale bevegelsen av og for papirløse innvandrere i Frankrike for å sikre grunnleggende menneskerettigheter for denne gruppen mennesker (Ticktin 2006 : 33).

I Frankrike ser man derfor en økende etisk struktur hvor folk ender opp med å bli alvorlig syk med vilje for å få politisk anerkjennelse (Ticktin 2006: 33). Miriam Ticktin kommer med et eksempel på en samtale hun hadde med en av informantene sine. Informanten forteller at det første spørsmålet mange sosialarbeidere stilte sine papirløse klienter var "Er du syk", og hvis en person svarte ja, ville de nesten for ivrig spurt "hvor syk". Svaret de håpet på var "veldig syk" fordi det ga klienten den eneste måten å søke om papirer på (Ticktin 2006 : 34).

I eksempelet fra Frankrike kan man se hvordan irregulære migranter med vilje blir syk for å få oppholdstillatelse. Dette som en konsekvens av reglene. Selv om det ikke er samme situasjon, vil eksempelet jeg nå skal vise fra Norge ha en viss likhet, da konsekvensene av reglene her i Norge har ført til alvorlig sykdom og død. I 2022 gikk Røde Kors og Kirkens Bymisjon ut å ba Stortinget sikre papirløse rett til helsehjelp i Norge etter at pasienter har dødd fordi de ikke har fått hjelp på norske sykehus. Et eksempel på dette var en kreftpasient som mistet livet etter at han ble nektet behandling ved to norske sykehus fordi han var papirløs. Røde kors og Kirkens bymisjon er rystet over at menneskeliv har gått tapt fordi en pasient har blitt avvist av spesialhelsetjenesten i Norge. *«Dette er en ekstrem diskriminering der mennesker nektes helsehjelp med døden til følge. Slik kan vi ikke ha det, vi må endre rettighetene til denne gruppen før flere mennesker omkommer»*, sier Apeland i artikkelen (Castello 2022).

Diskriminering og mangel på likebehandling

Dag Wollebæk (2015) beskriver individuelle utgangsbetingelser som en måte for å forstå frivillig arbeid. Individuelle utgangsbetingelser er stabile kjennetegn ved individer som påvirker sannsynligheten for frivillig arbeid og eksempler på slike kjennetegn er livsfase, opplevelser i oppveksten, bakgrunns kjennetegn slik som alder, utdanning og økonomisk status, samt sosiale nettverk og personlighet (Wollebæk, Sætrang & Fladmoe 2015: 11).

I historien jeg skal fortelle nå, om Karim, er det nemlig en bestemt livsfase, hvor de selv var papirløse og hadde behov for hjelp, som var hans motivasjon for å begynne med frivillig arbeid på helsesenteret. Selv om ikke denne hendelsen er spesifikt under det Liisa Malkki beskrev som kjennetegn i “care of the self” motivasjonsgrunnlaget, vil jeg si det fortsatt bygger på en del av det samme. Karim er nå i en posisjon hvor han på grunn av yrke, og borgere av et rikt land har mulighet til å gi noe tilbake til det som hjalp dem den gangen de trengte det. Hadde de ikke kommet til Norge, er det ikke sikkert de hadde hatt samme utgangspunkt som i dag.

Jeg møter Karim en ettermiddag på cafe. Han er den andre jeg skal intervjuer i dette prosjektet, og jeg kjenner jeg er nervøs. Det kommer en høy mann, som smiler bredt og presenterer seg. Han går for å kjøpe seg en kaffe, og spør samtidig om jeg har lyst på noe. Jeg takker høflig nei, han kjøper seg en kaffe og kommer og setter seg ned rett overfor meg.

Karim forteller at han valgte å bli frivillig på helsesenter for papirløse fordi han selv hadde vært i samme situasjon, og han har vært med siden helsesenteret åpnet i 2013. Han var FN flyktning, og var papirløs i Tyrkia mens han ventet for å komme til Norge. Han har vært med som frivillig helt siden helsesenteret ble åpnet og bidrar der som regel som miljøarbeider og tolk ved behov. Som en miljøarbeider tar de imot pasientene når de kommer, gir de et kønnummer og tilbyr kjeks, frukt, kaffe eller te. Det er også deres arbeid å få pasientene til å føle seg velkommen og å ta godt vare på dem på venterommet. De forbereder også pasientene til konsultasjonene de skal ha med sykepleier eller andre. De gir også de som møter opp gir informasjon om andre instanser, advokater eller vaksinerings som de kan oppsøke. Karim forteller at det som motiverer han til å være frivillig på helsesenteret, og fortsette etter så lang tid er at denne gruppen mennesker fortjener å få hjelp, og at å hjelpe til med at dette skjer er det minste han kan gjøre etter å ha kommet til Norge og fått et godt liv.

Under de fleste av intervjuene mine var det umulig å unngå å komme inn på krigen i Ukraina. Akkurat i den tiden jeg hadde begynt på feltarbeidet mitt startet krigen i Ukraina og en flyktningstrøm med ukrainere ankom Norge. En av de første som uttalte seg om dette temaet var Karim, han arbeidet som miljøkontakt. Helt ut av det blå, når jeg spør han om hva han tenker om at irregulære migranter må ha et tilbud som helsesenteret for å få tilgang på helsehjelp, trekker han krigen i Ukraina fram som et tema. Rasisme og forskjellsbehandling er ord han bruker, og jeg ser at dette er noe som preger han. Hele stemningen endrer seg, og jeg kan se han blir tydelig engasjert og ønsker å snakke mer om dette temaet. En av de som uttalte seg mest om hvordan krigen i Ukraina belyser en forskjell i behandlingen av flyktninger, var en av miljøarbeiderne jeg intervjuet. Hun har selv kommet som flyktning til Norge. Når jeg spør om hva hun synes om hvordan Norge har tatt imot flyktningene fra Ukraina, forteller hun at hun har blandede følelser.

“Det er fint at vi hjelper de fra Ukraina, og fantastisk at de får hjelp på alle mulige måter. Men det jeg irriterer meg over er at det tydeligvis er forskjell på flyktninger fra Ukraina som ligger i Europa og på flyktninger fra resten av verden. Flyktning er flyktning” Vi diskuterer mer rundt utsagnet hennes; “flyktning er flyktning”, og at det i praksis ikke fungerer på denne måten. Når hun ser på hvordan de ukrainske flyktningene blir tatt imot i Norge sier hun: “Dette var ikke måten jeg ble tatt imot når jeg kom til Norge. Jeg sitter fortsatt og føler at jeg ikke er velkommen, og jeg føler meg ikke norsk. Selv om det er ca. 7 år siden”

Dette er Bernt G. Apeland, generalsekretær i Norges Røde Kors, enig i. Apeland skriver i kronikken sin hos NRK at det skjer en gjennomgående forskjellsbehandling av flyktninggrupper i Norge, med både statlige og kommunale myndigheters godkjenning.

Han skriver at de frivillige i røde kors egne aktiviteter rettet til flyktninger ser på nært hold rangeringen av mennesker, og mener at det er dette som skjer når private aktører iverksetter lokale tiltak kun for en gruppe, når kommuner sier ja til å bosette flyktninger av en bestemt nasjonalitet og når statlige myndigheter utlyser tilskudd som bare skal komme en bestemt gruppe tilgode (Apeland 2022).

Helsevesenet som migrasjonskontroll

Migrasjonskontroll i helsevesenet handler imidlertid ikke bare om helsepersonells avgjørelser og holdninger, men også om hvordan grenser materialiseres gjennom vanlige byråkratiske praksiser, rutiner og infrastruktur. I Norge har imidlertid de juridiske begrensningene i tilgang til helsehjelp ikke nødvendigvis blitt fulgt opp med konkrete kontrollsystemer som identifiserer irregulære migranter, og det er ingen deling av informasjon mellom helseinstitusjoner, UDI og politiet. Likevel omfatter helsetjenesten visse administrative rutiner og infrastruktur som kan sies å bidra til en “indre” grensekontroll, og for eksempel er den utstrakte bruken av fødselsnummer noe av det som er mest karakteristisk med den norske og nordiske konteksten (Karlsen 2015: 140).

Marry-Anne Karlsen med henvisning til Khosravi, argumenterer for at bruken av fødselsnummer i de skandinaviske landene er for å identifisere innbyggere, og er ofte forstått som en viktig faktor som vanskeliggjør hverdagslivet til irregulære migranter (Karlsen 2015: 140). Formålet med fødselsnummer er i midlertidig ikke primært migrasjonskontroll, men å dokumentere og kontrollere befolkningen generelt. Overvåkingen dette systemet medfører, handler derfor ikke først og fremst om å avsløre irregulære migranter, men kan ekskludere gjennom å virke avskrekkende (Karlsen 2015: 140-141).

Marry-Anne Karlsen med henvisning til Bendixen argumenterer for at mangelen på fødselsnummer kan ses på en disiplinerende mekanisme som bidrar til å skape en opplevelse av mistenkeliggjøring, sårbarhet og overvåking hos irregulære migranter, som gjør at de vegrer seg for å oppsøke helsehjelp (Karlsen 2015: 141). I tidligere kapitler har jeg snakket

om etiske og praktiske dilemmaer de frivillige helsearbeiderne møter på. Men hva er det som egentlig skjer når staten bruker helsevesenet som migrasjonskontroll?

Marry-Anne Karlsen ser nærmere på grensedragningen mellom politikk og medisinskfaglige vurderinger og hvordan dette påvirkes av uklarheter som går på tvers av regelverket og praksiser. Hun ønsker å vise hvordan migrasjonskontroll, slik den kommer til uttrykk i helseforskriften ikke bare handler om å oppdage og avvise irregulære migranter ved sykehuset, men også blir trukket inn i de medisinske vurderingene (Karlsen 2015 :130). Den indre eller mobile grensekontrollen som helsetjenesten kan sies å bli trukket inn i, består ikke nødvendigvis bare av mer tradisjonelle grense- oppgaver som å avsløre, identifisere og utestenge migranter, men også om tiltak som bidrar til å vanskeliggjøre deres hverdag for å få dem til å forlate landet på egen hånd. Å nekte irregulære migranter helsehjelp kan i seg selv sees som et slikt tiltak (Karlsen 2015 :129).

Selv om retningslinjene presiserer at helsepersonell ikke har plikt til å for eksempel undersøke når en utreise skal skje, hverken for barn eller voksen, kan forskriften som regulerer migrantens rett til helsehjelp, ses sammen juridisk grensedragning hvor helsepersonell blir pålagt å ta innvandringsregulerende hensyn i sin medisinske vurdering (Karlsen 2015: 129-130). I de nye internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det nå at sykepleiere skal hjelpe mennesker uavhengig av deres juridiske og økonomiske status. Dette inkluderer papirløse migranter. Siden 2012 har sykepleier og førstelektor Trine Myhrvold arbeidet for å få inn i de nasjonale yrkesetiske retningslinjene at sykepleiere må yte helsehjelp til papirløse, og etter 10 år kom endelig endringen. I de nye yrkesetiske retningslinjene er det lagt til flere forhold som påvirker hva sykepleie skal ytes uavhengig av og vise respekt for. Blant annet er språk, juridisk og økonomisk status nytt. De nye retningslinjene bidrar til at sykepleiere opplever større trygghet når de møter papirløse migranter, og med yrkesetiske retningslinjer i ryggen har sykepleierne sterkere argumenter for helsehjelp til papirløse migranter.

Myhrvold (Hofstad 2021) mener at lovverket på området er både tvetydig og motstridende. Rett til helsehjelp for papirløse er egentlig ivaretatt i menneskerettighetsloven som blant annet understreker alles rett til å nyte godt av tjenester og livsvilkår som til sammen er nødvendig for å sikre høyest oppnåelig helsestandard. Men helsehjelp til papirløse migranter er i praksis begrenset til akutthjelp definert som rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke kan

vente. Dette betyr at mange av tilfellene faller i grenseland eller utenfor, blant annet psykisk helsehjelp. Et eksempel på når en sykepleier kan hjelpes av denne formuleringen i de yrkesetiske retningslinjene er at det blir lettere for sykepleieren å argumentere for at en papirløs får ligge noen dager lenger på sykehus for å styrke ernæringsstatus eller la sår gro. Myhrvold mener det vil være på institusjons- og samfunnsnivå at endringen vil få mest betydning.; “Sykepleiere er den største helseprofesjon gruppen. Nå kan vi lettere argumentere for å fjerne de økonomiske hindrende for helsehjelp til papirløse migranter og enklere svare myndighetene hvis de ønsker å innskrenke rettigheter til helsehjelp for dem” (Hofstad 2021).

I kapittel 6 forteller Karlsen om at legene hun intervjuet ved en legevakt i Oslo ikke brydde seg om en person manglet fødselsnummer, eller at det var andre indikasjoner på at de var irregulære. Grunnen til at de ikke brydde seg var nært knyttet til deres forståelse av hva som var deres ansvar, nettopp det å behandle basert på medisinsk kunnskap.

Mange av legene hun intervjuet uttrykte derfor en annen årsak til at de opplevde at regelverket satte dem i en mye vanskeligere situasjon. På den ene siden så handlet dette spesifikt om å bli pålagt å ta avgjørelser basert på ikke-medisinsk kunnskap de ikke hadde eller følte seg kvalifisert til å bedømme for eksempel så muligheter for avreise og behandling i et annet land. Dette opplevdes som å bli pålagt å gjøre politiske, og ikke medisinske, avgjørelser (Karlsen 2015 : 131-132).

Eksemplene i kapittel 6 i eksepsjonell velferd illustrere hvordan migrasjonskontroll blir trukket inn i de medisinske vurderingene på den andre siden reiser det spørsmål om hva som ligger i medisinske vurderinger hva skal telle som de medisinske relevant informasjon og hvor går grensen mellom politikk og medisin (Karlsen 2015 : 139). Å utøve profesjonelt skjønn oppfattes ofte som å bruke det rommet helsepersonell har innenfor regelverket til å gjøre egne vurderinger basert på faglig kunnskap skjønn og snarere forstå som en form for konstituert eller situert vurdering hvor deres samspill mellom formelle styringsstrategier og tjenesteyternes egne uformelle tolkninger av situasjonen tolkninger som er basert på tidligere erfaringer lokal eller taus kunnskap om de spesielle forholdene står overfor og deres subjektive følelsesmessige reaksjon på utfordringen de er pålagt å ta stilling til en slik forståelse av profesjonell skjønnsvurderinger kan bidra til å problematisere hvorvidt det vil være mulig å gjøre tidligere skille mellom legers medisinske vurderinger og deres politiske syn på migrasjon når de skal ta innvandringsregulerende hensyn (Karlsen 2015 :139-140). De fleste Mary-Anne Karlsen intervjuet ønsket et tydeligere regelverk som ga irregulære

migranter rett til helsehjelp for slik det så det å kunne utføre helsetjenester uten å forholde seg til innvandringspolitikk (Karlsen 2015: 140).

Et annet spørsmål er imidlertid om det er faktisk er mulig for helsepersonell å unngå de etiske og politiske dilemmaene knyttet til irregulære migranternes tilstedeværelse i samfunnet så lenge irregulære migranternes helsesituasjon har sammenheng med juridisk status (Karlsen 2015: 140).

Jeg vil ikke være en del av det politiske

Selv om helsehjelp for papirløse har blitt et viktig politisk tema, er det ikke alle av de frivillige som ønsker å ta stilling til den politiske debatten rundt helsehjelp for irregulære migranter. Ingen av informantene mine uttrykker seg ikke så veldig mye om den politiske debatten utenom at de bare ønsker å hjelpe de som har behov for det og mange av de frivillige bare møter opp, gjør det de er der for og går hjem igjen. Ut fra hva informantene har uttalt seg om er mitt inntrykk at de er engasjerte i helsesenteret, og måter de kan hjelpe på, men at de holder seg unna den politiske delen, som de heller lar de ansatte ved helsesenteret ta seg av.

Det er spesielt ett intervju jeg husker veldig godt fra mitt feltarbeid. Jeg var på felttur til helsesenteret i Oslo noen dager i mai, og skulle intervjuer en av legene der. Jeg hadde for anledningen fått lånt kontoret til lederen for helsesenteret som ligger i andre etasje på helsesenteret. Kontoret har en slags lys gul farge og inneholder pult, pc og mange bøker i noen bokhyller. Det er en sittegruppe på kontoret med to lenestoler og med et lite bord i midten. Det var her jeg holdt de fleste intervjuene disse dagene. Informanten jeg intervjuet var en lege, og ut fra kroppsspråket virket han veldig ukomfortabel. Han er stresset og virker redd for å være for personlig. Blikket hans gikk over hele rommet, og han unngikk så mye han kunne å se på meg. Dette gjenspeilet seg også i hvordan han svarte på spørsmålene jeg stilte. Svarene var korte, presise og svarene hans fremsto som om han var uinteressert i å delta i intervjuet, noe jeg synes var rart da han selv frivillig hadde valgt å delta.

De første spørsmålene jeg spurte gikk bra. Jeg spurte om hvor lenge han hadde vært frivillig, og hvorfor. Han forteller ivrig at han bare har vært frivillig der i 3 måneder og at det er fordi han liker å hjelpe mennesker og få erfaring. Han har også fri en dag i uken fra jobben sin, så

da var det perfekt å tilbringe den der. Videre spør jeg om han møter på noen praktiske og etiske dilemmaer på vaktene sine ved helsesenteret. Han svarer kort at han møter ofte på dilemmaer under både behandling og kostnader, men at han ikke ønsker å utdype det noe mer. Ingen av dilemmaene er noe som gjentar seg heller, fordi det er nye hver gang. Dette reagerer jeg på, fordi det ikke er slik de andre frivillige legene jeg har intervjuet fremstiller det.

Vi kommer inn på spørsmålet om uformelle praksiser og han forteller kort at han ikke har fulgt opp noen pasienter fra helsesenteret, men at han ofte gjør det privat for venner eller familie som ikke har personnummer. Bruken av personnummer og fødselsnummer en del av helsetjenestens administrative rutiner og infrastruktur som bidrar til en “indre” grensekontroll, og bruken av dette for å identifisere innbyggere er ofte forstått som en viktig faktor som vanskeliggjør hverdagslivet for irregulære migranter (Karlsen 2015: 140).

Intervjuet fortsetter, og jeg følger opp med spørsmålet; “Hva tenker du om at disse uformelle praksisene må utføres for å kunne gi tilstrekkelig hjelp?». Når han skal svare på dette spørsmålet uttrykker han seg på en måte som om han ikke forstår helt hva jeg vil ha svar på. Jeg spør samme spørsmål igjen, men denne gangen på en litt enklere måte. “Hva tenker du om at for eksempel leger må følge opp pasienter fra helsesenteret i sin egen jobb for at de skal få den hjelpen de trenger?” ". Han ser oppgitt på meg og han forstår at jeg ikke gir meg så lett. Plutselig endrer toneleiet hans seg, og han hever stemmen og blir strengere i uttalelsen. Han gir tydelig beskjed om at han ikke ønsker å snakke om det politiske bak det og poengterer at det bare er sånn systemet er lagt opp. Situasjonen jeg nettopp fortalte om er det eneste intervjuet jeg har hvor jeg har opplevd at noen har reagert på denne måten.

Som tidligere nevnt tar teksten til Miriam Ticktin “Where ethics and politics meet; the violence of humanitarianism in France” for seg nettopp dette med humanitært arbeid og politikk. Som vi ser i intervjuet over med uttrykker legen at han ikke ønsker å ta stilling til det politiske bak arbeidet han gjør på helsesenteret, og hovedpoenget til teksten til Ticktin (2006) er at uansett om de humanitære organisasjonene er politisk uavhengig vil det alltid være knyttet politikk i arbeidet de gjør.

Eksempelet Ticktin (2006) bruker for å demonstrere dette er fortellingen hun har fra sitt eget feltarbeid i Paris, hvor hun ble fortalt av den tidligere lederen av den homofile rettighetsaktivist gruppen “Act up Paris” at han hadde mottatt telefoner fra papirløse med

spørsmål om hvordan de kunne smitte seg selv med HIV for å få oppholdstillatelse i Frankrike (Ticktin 2006: 33). Bakgrunnen for dette var Frankrikes nye “illness clause” hvor et av vilkårene for å få lovlig oppholdstillatelse i Frankrike gjelder de med sykdommer som kan få livstruende konsekvenser hvis de ikke kan få forsvarlig behandling i hjemlandet sitt. De fikk da opphold av humanitære årsaker, med begrunnelse om at den franske staten ikke kunne utvise folk hvis utvisningen fikk konsekvenser som for eksempel dødsfall (Ticktin 2006: 34).

Selv om hovedformålet hele tiden har vært å holde humanitært arbeid og politikk fraskilt, gjorde innføringen av “illness clause” som en humanitær bestemmelse det vanskelig å holde disse tingene fraskilt lenger, da den begynte å spille en viktig rolle i innvandringspolitikken i Frankrike (Ticktin 2006: 34). Ticktin viser i dette eksempelet hvordan humanitarismen har blitt gjort om til en form for politikk, og i kapitlet om “helsehjelp som en menneskerettighet” viste jeg hvilke konsekvenser dette har gitt (Ticktin 2006: 33).

Eksempelet fra Frankrike beskrevet av Ticktin viser hvordan ikke statlige organisasjoner og humanitær hjelp blir en del av det politiske uansett om de vil eller ikke gjennom “the illness clause”. En annen måte, blir beskrevet av Marry-Anne Karlsen i boken “Migration Control and Access to Welfare”. Boken er et resultat av forskning knyttet til hennes doktorgrad som var en del av det tverrfaglige forskningsprosjektet “Provision of Welfare to Irregular Migrants”. Karlsen argumenterer for at det er interessant å se hvordan det sivile samfunnet spiller en rolle i å levere ulike former for hjelp til irregulære migranter og hvordan den nasjonale politikken begrenser NGO eller privatpersoner til å hjelpe (Karlsen 2021: 41). Selv om NGO’s er ikke statlige organisasjoner og politiske uavhengige blir de likevel en del av det politiske gjennom lover og regler som blir bestemt for å begrense tilgangen til hjelp for irregulære migranter. Eksempler på slike lover er utlendingsloven i 1988 eller retningslinjer som ble satt da Norge ble en del av Schengen-avtalen i 2001 (Karlsen 2021: 41).

Oppsummering

Dette kapitlet har hovedfokus på helsehjelp som menneskerettighet, politikk og den norske velferdsstaten. Kapitlet viser hvordan motivasjonen til mange av informantene mine bunner i interesse for sosial ulikhet knyttet til politikken og velferdsstaten.

Kapittelet gir også fokus på hvordan bruk av personnummer i det norske systemet vanskeliggjør hverdagen til irregulære migranter, og hvordan dette påvirker om de oppsøker helsehjelp eller ikke. Kapittelet tar kort for seg tilgangen til helsehjelp i andre land, for å gi en indikasjon på hvordan Norge stiller seg til resten av Europa. Kapittelet tar for seg kort hvilke tanker de frivillige har om den nåværende krigen mellom Ukraina og Russland, og hvilke rettigheter flyktingene fra disse landene gis i forhold til irregulære migranter fra andre land med lengre botid i Norge.

Til slutt i kapittelet er det et eksempel på hvordan noen frivillige ikke ønsker å delta i den politiske debatten rundt helsehjelp for irregulære migranter, men bare ønsker å hjelpe. Her argumenterer jeg for at politikk blander seg alltid inn selv om helsehjelpen utføres av organisasjoner uten statlig eller politisk tilknytning.

KAPITTEL 6: OPPSUMMERING OG REFLEKSJONER

Målet mitt med oppgaven har vært å forstå hva som motiverer frivillige til å hjelpe irregulære migranter med helsehjelp gjennom tilbud som helsesenteret for papirløse. Hovedfokuset i oppgaven min har vært å gi en analytisk forståelse av hvordan ulike verdier, yrkesetikk og livshistorier har vært grunnlaget for ulik motivasjon hos informantene mine. De ulike motivasjonshistoriene jeg gjør rede for gjennom hele oppgaven illustrerer hvordan informantene mine sin motivasjon påvirkes av dette. Noen motiveres av yrkesetikken, mens andre har personlige livshistorier som har påvirket deres motivasjon. Andre motiveres til frivillig arbeid for erfaring knyttet til ønsket yrke eller utdanning videre i livet. Gjennom oppgaven min har jeg brukt antropologen Liisa Malkki sin analyse av motivasjon, og hvordan de ulike motivasjonsgrunnlagene går under det hun kaller "The Care of the Self". Begrepet har vært nyttig som et analytisk verktøy for å forstå hvordan profesjonalitet, etiske, erfaringsmessige og nasjonale forpliktelser påvirker motivasjonen til et menneske, og et ønske om å hjelpe personer i nød. Jeg har derfor i oppgaven argumenter for hvordan disse grunnlagene har påvirket motivasjonen til de frivillige jeg har intervjuet.

I tillegg har jeg i oppgaven ønsket å vise hvilke etiske og praktiske dilemmaer de frivillige møter på i behandlingen av papirløse, og hvordan de ulike dilemmaene påvirker helsehjelpen irregulære migranter får. Dette har jeg vist i kapittel 4. I dette kapitlet har jeg argumentert for at et gjentakende dilemma er de problemstillingene de får inn av psykososial art, og at det er vanskelig å behandle irregulære migranternes psykiske helse. Jeg har argumentert for at vanskeligheten ved dette oppstår på grunn av pasientenes påtvunget levemåte som innebærer fattigdom, ulikheter og diskriminering av ulike faktorer, som igjen kan gi negativt helseutfall. Tidligere traumatiserende erfaringer som politisk undertrykkelse, religiøs forfølgelse i hjemlandet, fattigdom, tortur og sult samt en intens belastning knyttet til volds- og krigshandlinger før de kom til Norge er også belastninger som påvirker irregulære migranternes psykiske helse.

Jeg argumenterer videre i kapitlet at holdningen til det offentlige helsevesenet ikke bidrar til en bedring av irregulæres psykiske helse, og at generelt avvisninger av henvisninger sendt fra

helsesenteret er et praktisk dilemma de frivillige ofte møter på. Som en løsning på disse dilemmaene viser jeg til på slutten av kapitlet, til begrepet “tinkering care”. Gjennom dette begrepet viser jeg hvordan de frivillige må improvisere alternativ behandling, for eksempel ved å ta de inn i sin egen jobb for oppfølging.

Selv om oppgaven handler om frivillighet og motivasjon er feltarbeidet mitt knyttet til helsesenteret for papirløse. Som nevnt i kapittel 2 er helsesenteret drevet av humanitære organisasjoner som ikke er statlig tilknyttet og politisk uavhengig. Jeg har i kapittel 5 argumentert for at politikk blander seg inn i arbeidet til humanitære organisasjoners arbeid gjennom reglene staten setter for hvilken tilgang til helsehjelp irregulære migranter får. Et eksempel på hvordan politikken alltid blander seg inn er gitt i det siste kapitlet “Jeg vil ikke være en del av det politiske”.

Kapitlet gir en kort redegjørelse av helsehjelp i andre europeiske land, samt diskusjon om irregulære migranter blir diskriminert eller ikke i forhold til flyktninger og asylsøkere. Kapitlet viser også hvordan Norge begrenser og kontrollerer irregulæres tilgang på helsehjelp gjennom bruk av personnummer.

Som interesse innen videre forskning ville det vært interessant å gå dypere inn i temaet om uformelle praksiser. Selv om temaet er etisk utfordrende, og problematisk å skulle forske på, mener jeg det ville vært interessant å se på hvor mange av de frivillige som følger opp pasienter i sine private jobber, og hvor enkelt eller vanskelig dette er å gjennomføre. På grunn av det etiske rundt dette ville det vært nødvendig med full anonymisering av både personer, arbeidsplasser og lokasjoner.

Motivasjon, samt etiske og praktiske dilemmaer har vært en viktig del av oppgaven min. Ved å analysere fortellingene til informantene mine har jeg kunnet trukket ut empiri som kobler de ulike dilemmaene de møter på, og som på denne måten på grunn av verdier eller yrkesetikk danner et grunnlag for motivasjon. De empiriske funnene som er hentet fra feltarbeidet mitt har gitt meg verdifull innsikt i arbeidet med irregulære migranter, og informantene mine har konsekvent gitt meg innsyn i hvor problematisk det kan være å delta i frivillig arbeid for denne gruppen mennesker..

LITTERATURLISTE

Aasen, Berit, Haug Marit og Brit Lynnebakke. 2017. *Frivillighetens ressurser langs asylsøkerkjeden. En studie av frivillige organisasjoners innsats under og i etterkant av de store ankomstene i 2015*. (NIBR-rapport 2017:3). By- og regionforskningsinstituttet.

Ambrosini, Maurizio. 2015. "NGOs and Health Services for Irregular Immigrants in Italy: When the Protection of Human Rights Challenges the Laws." *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 13(2): 116-134.

Apeland, Bernt G. 2022. "Norge lager klasseskille blant flyktingene" NRK.
https://www.nrk.no/ytring/norge-lager-klasseskille-blant-flyktingene-1.16113357?fbclid=IwAR0bP3ARUpJOuPJBO8vpkvD6in0x_Ie2miqI3LJ1JkcXkPJWhAQ0yCgleeE

Bendixsen, Synnøve. 2015. "Give me the damn papers!" Å vente på oppholdstillatelse." *Norsk antropologisk tidsskrift* 26(3-4): 285-303.

Bendixsen, Synnøve og Eriksen, Thomas H. "Time and the Other: Waiting and Hope among Irregular Migrants." *I Ethnographies of waiting: doubt, hope and uncertainty*, redigert av Manpreet K. Janeja og Andreas Bandak, 87-109. Abingdon, Oxon: Routledge

Bourgois, Philippe, Holms Seth M., MD Kim Sue og James Quesada. 2017. "Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care." *Acad Med* 92(3): 299-307

Bussell, Helen og Deborah Forbes. 2002. "Understanding the volunteer market: The What, Where, Who and Why of Volunteering." *International journal of nonprofit and voluntary sector marketing* 7 (3): 244-257.

Castello, Claudio. 2022. "Rystende at papirløse i Norge dør fordi de nektes helsehjelp." *Utop*. 19.01.2022. <https://www.utrop.no/nyheter/nytt/291700/>

Gerbier-Aublanc, Majorie. 2020. "Tinkering Care at the Border: When Calais's Public Hospital Is Challenged by Migratory Policies." I *Borders across Healthcare: moral economies of healthcare and migration in Europe*, redigert av Nina Sahraoui, 42-61. New York: Berghahn Books.

Hofstad, Eivor. 2021. "Nå blir det lettere for sykepleiere å hjelpe papirløse." *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2021/11/na-blir-det-lettere-sykepleiere-hjelpe-papirlose>

Jacobsen, Christine M. 2015. "Begreper og perspektiver i forskningen om irregulær migrasjon og velferd." I *Eksepsjonell velferd? irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*, redigert av Synnøve K. Bendixsen, Christine M. Jacobsen og Karl Harald Søvig, 25-46. Oslo: Gyldendal.

Jacobsen, Christine M og Marry-Anne Karlsen. 2021. "Introduction: unpacking the temporalities of irregular migration." I *Waiting and the temporalities of irregular migration*, redigert av Christine M. Jacobsen, Marry-Anne Karlsen og Shahram Khosravi, 1-19. Abingdon, Oxon: Routledge.

Karlsen, Marry-Anne. 2015. "Når helsevesenet blir en del av migrasjonskontrollen - etiske og praktiske dilemmaer for helsepersonell." I *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*, redigert av Synnøve K. Bendixsen, Christine M. Jacobsen og Karl Harald Søvig, 128-145. Oslo: Gyldendal.

Karlsen, Marry-Anne. 2021. "Waiting out the condition of illegality in Norway." I *Waiting and the temporalities of irregular migration*, redigert av Christine M. Jacobsen, Marry-Anne Karlsen og Shahram Khosravi, 113-130. Abingdon, Oxon: Routledge.

Karlsen, Marry-Anne. 2021. *Migration controll and access to welfare: The precarious inclusion of irregular migrants in Norway*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Khosravi, Shahram. 2010. "An ethnography of migrant "illegality" in Sweden: Included yet excepted?". *Journal of International Political Theory* 6(1): 95-116.

Kirkens Bymisjon. (u.å). "Om oss." Hentet 24. mai 2023.
<https://kirkensbymisjon.no/om-oss/>

Kirkens Bymisjon. (u.å) "Akuttovernattingen i Louises gate." Hentet 24.mai 2023

<https://kirkensbymisjon.no/akuttovernattingen-oslo/>

Kirkens Bymisjon. (u.å) "Rom for arbeid." Hentet 24.mai 2023

<https://kirkensbymisjon.no/rom-for-arbeid/>

Kirkens Bymisjon. (u.å) "Dusj og klesvask." Hentet 24.mai 2023

<https://kirkensbymisjon.no/dusj-og-klesvask/>

Malkki, Liisa H. 2015. *The need to help. The domestic arts of international humanitarianism.* Durham & London: Duke University Press

Marrow, Helen B. 2012. "The power of local autonomy: expanding health care to unauthorized immigrants in San Francisco." *Ethnic and Racial Studies* 35 (1): 72-87.

Mburu, Christina B, Middelthon Anne-Lise og Per K. Hilden. 2015." Utvikling av psykiske og psykososiale helsetjenester ved helsesenteret for papirløse migranter." I *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*, redigert av Synnøve K. Bendixsen, Christine M. Jacobsen og Karl Harald Søvig, 165-182. Oslo: Gyldendal.

NRK. "Mustafa Hasan-saken." Hentet 15.10.2022.

<https://www.nrk.no/emne/mustafa-hasan-saken-1.15651819>

Ottesen, Solveig H, Eick Frode og Per K. Hilden. 2015. "Erfaringer fra helsesenteret for papirløse migranter." I *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*, redigert av Synnøve K. Bendixsen, Christine M. Jacobsen og Karl Harald Søvig, 146-164. Oslo: Gyldendal.

Portes, Alejandro, Fernandez-Kelly Patricia og Donald Light. 2011. "Life on the edge: immigrants confront the American health system." *Ethnic and Racial Studies* 35 (1): 3-22.

Store Norske Leksikon. "NGO". Emilie Helgheim og Olav Knudsen. 28.09.2023.

<https://snl.no/NGO - ikke-statlig organisasjon>

Sussmann, Andrea. 2015. "Dronning i grenseland? Et menneskerettslig perspektiv på forskrift om rett til helse-og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket." I *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*, redigert av Synnøve K. Bendixsen, Christine M. Jacobsen og Karl Harald Søvig, 69-89. Oslo: Gyldendal.

Søvig, Karl H. 2015. "Tilgang til velferdstjenester for irregulære migranter etter det norske regelverket." I *Eksepsjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*, redigert av Synnøve K. Bendixsen, Christine M. Jacobsen og Karl Harald Søvig, 48-68. Oslo: Gyldendal.

Talgø, Kristin. 2015. "Slik løser andre europeiske land helsehjelp til papirløse." Sykepleien. <https://sykepleien.no/2015/05/slik-loser-andre-europeiske-land-helsehjelp-til-papirlose>

Ticktin, Miriam. 2006. "Where ethics and politics meet: The violence of humanitarianism in France." *American ethnologist* 33(1): 33-49.

Villadsen, Kaspar. 2019. "Emergency care between state and civil society: The open clinic for irregular migrants." I *Contested hospitalities in a time of migration: Religious and secular counterspaces in the nordic region*, redigert av Synnøve K. Bendixsen og Trygve Wyller, 76-94. Abingdon, Oxon: Routledge.

Weiss, Nerina. 2020. "The trauma of waiting: understanding the violence of the benevolent welfare state in Norway." I *Refugees and the violence of welfare bureaucracies in northern europe*, redigert av Dalia Abdelhady, Martin Joorman og Nina Gren, 195-209. Manchester: Manchester University Press

Wollebæk, Dag, Selle Per og Håkon Lorentzen. 2000. *Frivillig innsats. Sosial integrasjon, demokrati og økonomi* Bergen: Fagbokforlaget.

