

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Innvandrere i helsetjenesten

Vol. 23 / 2 / 2026



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.



The editors

*Michael Skjelderup portrayed by
Johan Gørbitz (1782–1853)*

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 23 / 2 / 2026

Innvandrere i helsetjenesten



Michael 2026; 23: 97–208



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.

Det norske medisinske Selskab 2026
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2026



Innhold

Leder

Innvandrere i helsetjenesten

Birgit Lie, Pål Gulbrandsen 103

Tema

Arbeidsinnvandrere og helseutfordringer: Hva vet vi – og hva mangler vi kunnskap om?

Johanne Skaaraas 108

Helse for alle eller bare nesten alle?

Anne Kveim Lie, Trygve Skonnord 117

Hvordan møtes torturoverlevende i den norske helsetjenesten?

Birgit Lie, Nora Sveaass 126

Språkbarrierer og tolking i helsetjenesten – utfordringer og løsninger

Tatjana R. Felberg, Gry Sagli 134

Det begynte med Helsetjeneste for innvandrere i Oslo helseråd, 1975–1988

Berit Austveg 143

Infeksjoner og krigsmigrasjon: erfaringer fra Ukraina

Anette Svendsgaard Steinert, Gro Grimnes, Rigmor C Berg, Vegard Skogen 151

Når stillheten blir det vondeste – rasisme fra pasienter og kraften i kollegial handling

Khadija Khalid 160

Legens profesjonelle identitet når norsk er andrespråket på jobb

Magdalena Solarek-Gliniewicz 164

Bokanmeldelser	
Psykisk helse hos flyktninger <i>Pål Gulbrandsen</i>	172
Gal eller grusom <i>Øivind Larsen</i>	174
Hjelp til hjelperne <i>Karin Isaksson Rø</i>	176
Bill. Mrk. «App søkes.» <i>Jo-Endre Midtbu</i>	178
Nyttig om alder, år og aktivitet <i>Arvid Heiberg</i>	180
Les denne boken og bli klokere <i>Arvid Heiberg</i>	182
Det vi ikke så <i>Bjørn Werner Nilsen</i>	184
Rettsikkerhet – for hvem? <i>Berit Horn Bringedal</i>	186
Pengar er ikkje alt <i>Berit Horn Bringedal</i>	188
Noveller som kryper i kroppen <i>Hamida Achour</i>	190
En metaroman om kreft, litteratur og Ellen Gleditsch <i>Tone Skaali</i>	192
Vi er alle rammet av floskelyken <i>Erlend Hem</i>	194
Hva skjer?	
Å skrive gode journalar er eit handverk <i>Øygunn Leite Kallevik</i>	196
Antibiotikaforsyning – problem med paradokser <i>Øivind Larsen</i>	199
Tuberkulose uten ende <i>Øivind Larsen</i>	203
Rettelse	207

Innvandrere i helsetjenesten

Michael 2026; 23: 103–107

doi: 10.5617/michael.13325

Innvandrere utgjør en mangfoldig gruppe når det gjelder migrasjonsårsak, helse-tilstand og livserfaringer. Sykdomspanoramaet er bredt, og traumatiske erfaringer er vanlig. Samtidig arbeider stadig flere innvandrere selv i helsetjenesten. Språkbarrierer, ulik sykdomsførståelse og forskjellige forventninger til helsetjenesten kan skape friksjon i møtene. Dette temanummeret belyser disse problemstillingene.

Den europeiske ekspansjonen gjennom flere hundre år bidro til at enorme rikdommer ble samlet hos europeiske land, ofte på bekostning av befolkningen i andre deler av verden – blant annet i det nylig «oppdagede» Amerika.

Urfolk ble fordrevet, afrikanere ble utnyttet eller eksportert som slaver, og veletablerte, folkerike kulturer i Asia ble invadert og tappet for ressurser.

Verdenskrigene markerte et historisk brudd, og i løpet av de siste tiårene har det vi kaller Vesten blitt ufattelig rikt og samtidig tiltrukket seg innvandrere på leting etter bedre levekår. Velregulerte nordiske velferdssamfunn har lenge tålt dette godt, ikke minst fordi flertallet har hatt tilgang til arbeid og har kunnet leve anstendig liv.

Fra 1980-årene har imidlertid den økende kapitalopphopningen i Norge skapt store forventninger i befolkningen både til arbeid, fritid, skole og helse. Når det nå begynner å knipe, er det naturlig at mange ser med økende skepsis på innvandringen, en skepsis som forsterkes av gnisninger mellom ulike kulturer.

Utviklingen gir oss mulighet til å se hvordan komplekse livssituasjoner og kulturelle forskjeller påvirker helse og sykdom. Samtidig settes helsetjenesten på strekk, og helsepersonell møter utfordringer de ofte ikke er for-

beredt på. Kulturelt mangfold er blitt normalen, og for mange oppleves dette som både ønskelig og inspirerende.

Samtidig har mangfold blitt et fyord i USA, og i store deler av Europa er det krefter som arbeider for utestenging og systematisk diskriminering. For mange i Norge som opplever utrygghet og engstelse, er det ikke et tydelig skille mellom arbeidsinnvandrere, flyktninger, asylsøkere og de såkalt papirløse. Vi ser også at deler av venstresiden i politikken som tradisjonelt har vært innvandringsvennlig, har begynt å ta til orde for strengere tiltak med retorikk som «steng grensene» og «send asylsøkerne» til tredjeland.

Vi mener at helsepersonells møte med immigrantenes behov kan gi verdifull innsikt og fungere som en motvekt til disse strømningene. Dette temanummeret belyser hvordan innvandring påvirker helsetjenesten som skal ivareta alle som oppholder seg i landet i tråd med lovverk og etiske prinsipper.

Tilrettelagte helsetjenester for mennesker som kommer til Norge fra andre land, er ennå ikke fullt ut etablert. Med økt tilstrømning av arbeidsinnvandrere, flyktninger og asylsøkere har helsetjenesten måttet forholde seg til «eksotiske» og smittsomme sykdommer, krigstraumer og torturopplevelser – problemstillinger som tidligere ikke var så fremtredende.

Disse gruppene deler erfaringen med geografisk forflytning, men bakgrunn, livserfaringer og motivasjon for migrasjonen er svært ulike. Et felles trekk er at de er mennesker med rett til å bli møtt som individer med egne historier, og med respekt og forståelse for det de har med seg og for livet de ønsker å bygge opp i sitt nye hjemland.

Det er allment erkjent at migrasjon medfører risiko. Det er ikke gitt at man blir godt mottatt, med mindre man oppfattes som økonomisk verdifull. Man må forholde seg til et fremmed språk, nye skikker og ukjente styringsformer. Dette kan raskt føre til stress som kan gi utslag både mentalt og fysisk. For helsetjenesten innebærer det økte oppgaver som ofte må håndteres gjennom prioriteringer som mange ikke liker. Det kan gi vonde konsekvenser, slik ortopedene Khadija Khaled skriver i sin kommentar (1).

Hva vet vi egentlig om hvordan migrantarbeidere har det i Norge? Dette spørsmålet har medisinstudent Johanne Skaaraas tatt for seg (2). Hun beskriver variasjonen blant de som kommer til Norge for å arbeide, og hvor lite vi faktisk vet om mange av dem. Det meste av dokumentasjonen gjelder polske arbeidere, selv om de er færre enn for eksempel litauiske arbeidere. Minst kunnskap finnes om grupper som trolig har de største helseproblemene, som arbeidere på korte kontrakter, sesongarbeidere og personer som ikke er registrert i Folkeregisteret. Skaaraas viser at vi mangler registerdata

med relevante migrasjonsrelaterte variabler, og hun understreker behovet for tettere kobling mellom forskning og praksis.

Mange migrantarbeidere mangler formell tilknytning til arbeidsmarkedet, og flere av dem er papirløse. Anne Kveim Lie og Trygve Skonnord har førstehåndskjennskap til denne gruppens helseproblemer gjennom langvarig arbeid ved Helsesenter for papirløse migranter i Oslo (3). Helsesenteret drives av Røde Kors og Kirkens Bymisjon, med støtte fra Oslo kommune og Helsedirektoratet. Forfatterne beskriver både driften av senteret og praktiske vanskeligheter knyttet til at pasientene verken har fastlege, rett til behandling i spesialisthelsetjenesten eller dekning av medisiner på blå resept. Uten personnummer eller D-nummer blir kontinuiteten i behandlingen brutt. De peker samtidig på mulige løsninger for å sikre tryggere og mer likeverdige helsetilbud for denne pasientgruppen.

En annen gruppe med særskilte helseproblemer er personer som har vært utsatt for tortur (4). Nora Sveaass og Birgit Lie har lang erfaring med å hjelpe disse menneskene. Mange blir usikre i møte med torturutsatte pasienter. Det kan vekke ubehag å bli konfrontert med ondskapen som ligger i torturen. Samtidig er dette et felt vi plikter å ha kunnskap om. Norge ratifiserte FN's torturkonvensjon i 1986. Kronikken beskriver de faglige oppgavene torturoverleverer representerer. Kompetansen er mangelfull i alle ledd av helsetjenesten, og det er behov for økt kunnskap både om dokumentasjon av tortur og rehabilitering av torturoverleverer med sikte på helsehjelp og rettslig forfølgelse.

Noen medisinstudenter og annengenerasjons innvandrere som snakker godt norsk, kan fortelle at det kan være vanskelig å oversette symptomer i egen kropp til norsk språk. De har jo lært å kjenne sin kropp i et hjem med et annet hverdagspråk enn norsk, og kroppens signaler blir tidlig vevd inn i morsmålet. Det er derfor ikke vanskelig å forstå at språk kan være en avgjørende barriere for innvandrere i møte med helsetjenesten. Tatjana Felberg og Gry Sagli skriver om dette fra et tolkefaglig ståsted, og de drøfter utfordringene språkbarrierer og bruk av tolk innebærer for både pasienter og helsepersonell (5). Pasienthistorier viser tydelig hvor viktig det er at helsepersonell er bevisst på hvordan og når man skal tilkalle tolk. Magdalena Solarek-Gliniewicz skriver om hvordan språklige utfordringer kan føre til at utenlandske leger opplever at deres profesjonelle identitet svekkes (6).

En nestor i arbeidet med helsetjenesten for innvandrere er Berit Austveg. Hun beskriver hvordan man kom i gang med særskilte tiltak i Oslo i slutten av 1970-årene gjennom etableringen av helsetjenesten på Fremmedarbeiderkontoret (7). Dette var et nytt fagområde i norsk allmenntilleggsmedisin, og erfaringen med transkulturell psykiatri og tropesykdommer var begrenset. Feltet

migrasjonshelse utviklet seg i de neste 15–20 årene fra å være drevet av ildsjeler til å bli et fagfelt som hele helsetjenesten må forholde seg til.

En observasjon i Austvegs artikkel er at man den første perioden la for stor vekt på infeksjoner, mens andre helsebehov fikk mindre oppmerksomhet. Situasjonen på det infeksjonsmedisinske feltet er kanskje mer prekær i dag. Anette Steinert og medarbeidere beskriver hvordan multiresistente bakterier, mangelen på nye antibiotika samt hiv og tuberkulose byr på utfordringer i økende grad (8). Dette skyldes dels massiv innvandring knyttet til krig og konflikter fra land vi tidligere har hatt få migranter fra, stagnasjon i forskning og produksjon av antibiotika og store endringer i produksjonslandene, som bidrar til økt usikkerhet om utviklingen (9).

Mennesket er grunnleggende skeptisk til møter med personer de ikke kjenner, med andre kulturer og andre tankemodeller. Dette er ikke spesifikt for nordmenn. Før 1970-årene kom det få ikke-vestlige innvandrere til Norge, og vår kunnskap om disse «fremmede» var beskjeden både når det gjaldt helse og levevilkår. I dag er det bosatt innvandrere i alle landets kommuner, og helsetjenesten er et sentralt møtepunkt både for pasienter og behandlere. Målet med dette temanummeret er å belyse disse møtene og bidra til økt forståelse i en urolig tid.

Litteratur

1. Khaled K. Når stillheten blir det vondeste – rasisme fra pasienter og kraften i kollegial handling. *Michael* 2026; 23: 160–163. doi: 10.5617/michael.13332
2. Skaaraas J. Arbeidsinnvandrere og helseutfordringer: Hva vet vi – og hva mangler vi kunnskap om? *Michael* 2026; 23: 108–116. doi: 10.5617/michael.13326
3. Lie AK, Skonnord T. Helse for alle eller bare nesten alle? Erfaringer med helsehjelp til papirløse migranter. *Michael* 2026; 23: 117–125. doi: 10.5617/michael.13327
4. Lie B, Sveaass N. Hvordan møtes torturoverlevende i den norske helsetjenesten? *Michael* 2026; 23: 136–133. doi: 10.5617/michael.13328
5. Felberg TR, Sagli G. Språkbarrierer og tolking i helsetjenesten – utfordringer og løsninger. *Michael* 2026; 23: 134–142. doi: 10.5617/michael.13329
6. Solarek-Gliniewicz M. Legens profesjonelle identitet når norsk er andrespråket på jobb. *Michael* 2026; 23: 164–171. doi: 10.5617/michael.13333
7. Austveg B. Det begynte med Helsetjeneste for innvandrere i Oslo helseråd, 1975-1988. *Michael* 2026; 23: 143–150. doi: 10.5617/michael.13330
8. Steinert AS, Grimnes G, Berg RC et al. Infeksjonsspredning ved krigsrelatert migrasjon. *Michael* 2026; 23: 151–159. doi: 10.56175/michael.13331
9. Larsen Ø. Antibiotikaforsyning – problem med paradokser. *Michael* 2026; 23: 199–202. doi: 10.56175/michael.13347

Birgit Lie
birgit.lie@sshf.no
Enrum 11
4616 Kristiansand

Birgit Lie er dr.med. og spesialist i samfunnsmedisin og i allmennmedisin. Hun har lang klinisk erfaring fra arbeid med traumatiserte og torturerte flyktninger og har vært medlem i Europarådets komité for forebygging av tortur (CPT).

Pål Gulbrandsen
pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Arbeidsinnvandrere og helseutfordringer: Hva vet vi – og hva mangler vi kunnskap om?

Michael 2026; 23: 108–116

doi: 10.5617/michael.13326

Arbeidsinnvandrere utgjør en stor og viktig del av arbeidsstyrken i Norge, men kunnskapen om helsen deres er begrenset og skjevt fordelt. Forskningen omfatter i hovedsak noen få nasjonaliteter og temaer, mens korttidsarbeidere, uregistrerte arbeidsinnvandrere, somatisk sykdom og helseutvikling over tid i stor grad er fraværende. Kunnskapshullene har konkrete konsekvenser for helsetjenester, velferdsordninger og klinisk praksis. Skal prinsippet om likeverdige helsetjenester gjelde i praksis, må arbeidsinnvandreres helse i større grad synliggjøres i forskning og helsedata.

Over 360 000 mennesker i Norge er arbeidsinnvandrere, viser tall fra Statistisk sentralbyrå i 2024 (1). Mange av dem bygger husene våre, pleier syke og rengjør kontorer. Likevel vet vi forbausende lite om helsen deres og hvordan helsetjenesten møter dem.

Som studenter, leger eller forskere er vi vant til å lene oss på data. Vi regner med at vi har oversikt: over sykdomsforekomst, bruk av helsetjenester og risiko i ulike befolkningsgrupper. Men når det gjelder arbeidsinnvandrere, famler vi i stor grad i blinde. Denne kronikken tar utgangspunkt i funn fra min nylig gjennomførte masteroppgave, en sonderende oversikt (scoping review) av tilgjengelig forskningslitteratur om arbeidsinnvandreres helse i Norge (2). Kartleggingen inkluderte både fagfellevurderte artikler og «grålitteratur», som rapporter og studentoppgaver. Den ga viktig informasjon, men det som kanskje var mer slående, var alt vi ikke vet. Hvordan kan vi med begrenset kunnskap om helseutfordringer hos arbeidsinnvandrere forstå og forebygge sykdom, tilrettelegge helsetjenesten og utforme politikk?

Tanken er enkel: Før vi kan diskutere tiltak, må vi vite hva vi faktisk vet, og hva vi bare tror at vi vet.

Arbeidsinnvandrere i Norge, en sammensatt gruppe

Arbeidsinnvandrere i Norge er en mangfoldig gruppe. De største gruppene kommer fra Polen, Litauen og Sverige, men også Romania, Storbritannia og Tyskland er godt representert (3). De fleste kommer fra EU-land, men også tredjelandborgere (utlendinger som ikke er fra EØS- eller EFTA-land) er en del av arbeidslivet i Norge (4).

Arbeidsinnvandrere jobber på svært ulike steder, og de har hverken de samme vilkårene eller de samme rettighetene. Særlig bygg- og anleggssektoren, renhold, hotell- og servering, landbruk og industri er tungt bemannet av arbeidsinnvandrere (5). Mange er ansatt gjennom bemanningsbyråer, på midlertidige kontrakter eller i sesongarbeid. Andre har fast stilling, fagbrev, bolig og familie i Norge, på linje med norske kolleger. En del har høyere utdanning og jobber innen IKT, forskning eller ingeniørfag (4, 5).

Det er en klar overvekt av menn blant arbeidsinnvandrerne, og gruppen er også tydelig kjønnsdelt innenfor arbeidslivet: Menn dominerer i bygg og industri, mens kvinner er overrepresentert i renhold, helse og omsorg (1, 5).

Om lag 220 000 arbeidsinnvandrere er registrert som bosatte i Norge, mens rundt 140 000 er registrert som ikke-bosatte (1). Det er viktig å være klar over at disse tallene ikke omfatter arbeidsinnvandrere fra nordiske land, korttidsarbeidere, grensependlere eller utstasjonerte arbeidstakere som ikke har registrert seg i Norge. Dermed har vi ingen fullstendig oversikt over det totale antallet arbeidsinnvandrere, og den reelle størrelsen på gruppen er trolig betydelig høyere enn det som framgår av den offisielle statistikken.

«Arbeidsinnvandrere» er ikke en homogen gruppe. Livssituasjon, botid, rettigheter og arbeidsvilkår varierer, og kan tenkes å gi ulike behov og helseutfordringer. Når vi likevel omtaler «arbeidsinnvandrere» som én kategori i statistikk og forskning, risikerer vi å ikke fange opp nettopp de forskjellene som er mest relevante for helse.

Det vi vet og ikke vet, og hvorfor det er et problem

Formålet med min masteroppgave var å kartlegge hvordan helse blant arbeidsinnvandrere var studert i Norge, med særlig vekt på hvilke grupper som var undersøkt, hvilke metoder som var brukt, og hvilke temaer som var belyst. Det ble anvendt et bredt helsebegrep, som omfattet både sykdom og skader, psykisk og sosialt velvære, helseatferd og sentrale helsedeterminanter som arbeid, bolig og tilgang til velferdstjenester. Studier av bredere migrantgrupper ble inkludert dersom arbeidsinnvandrere var eksplisitt analysert som delgruppe. Etter omfattende søk i tre vitenskapelige databaser, Oria, Fafø og alle universitets- og høyskolearkiver sto jeg igjen med 49

studier (2). Det er langt færre enn man skulle tro, gitt at arbeidsinnvandring til Norge har pågått i over 50 år.

Forskningen som finnes, er skjevfordelt og i liten grad representativ for mangfoldet blant arbeidsinnvandrere. Den klart mest studerte gruppen er polske arbeidere: Hele 27 av de 49 publikasjonene handlet utelukkende eller hovedsakelig om denne nasjonaliteten. Til sammenligning var litauiske arbeidere, som utgjør den nest største gruppen arbeidsinnvandrere i Norge, kun representert i to studier. Dette reiser spørsmål om hvilke grupper som får forskningsmessig oppmerksomhet, og hvilke som forblir usynlige.

Polske arbeidsinnvandreres erfaringer fra hjemlandet kan påvirke opplevelsen i møte med norsk helsetjeneste og arbeidsliv, noe som igjen kan farge forskningsfunnene og dermed også påvirke utforming av tiltak og politikk. Det er derfor en risiko for at kunnskapsgrunnlaget om helse ikke gir et representativt bilde av hele arbeidsinnvandrerpopulasjonen, og at helsefremmende tiltak utvikles med utgangspunkt i én nasjonalitet.

Den juridiske statusen til en arbeidsinnvandrer i Norge avgjør hvilke helserettigheter vedkommende har. Et konkret eksempel er fastlegeordningen: Arbeidsinnvandrere som kun har D-nummer, et midlertidig identifikasjonsnummer som gis til de som ikke kvalifiserer for fødselsnummer, har ikke rett til fastlege (4, 6). Dette gjelder mange korttidsarbeidere og pendlere, noe som kan gjøre det utfordrende å få oppfølging ved kronisk sykdom eller psykiske plager, der kontinuiteten i helsehjelpen er en viktig faktor. For mange blir legevakten eller akuttmottaket den eneste døren inn til helsetjenesten.

Nesten halvparten av studiene oppgir ikke den juridiske statusen til deltakende arbeidsinnvandrere. Dette innebærer at vi ikke vet om deltakerne var registrerte eller uregistrerte arbeidsinnvandrere, noe som gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad juridiske forhold kan ha påvirket deres helse, tilgang til helsetjenester og velferdsrettigheter. Manglende spesifisering av juridisk status i forskning representerer dermed en betydelig kunnskapsbegrensning.

Blant studiene som faktisk spesifiserer juridisk status, er det kun tre som omhandler uregistrerte arbeidsinnvandrere. Det betyr at vi har minst kunnskap om de mest mobile og sårbare gruppene: korttidsarbeidere, sesongarbeidere og personer uten registrering i folkeregisteret. Dette er neppe tilfeldig. Denne gruppen er vanskeligere å rekruttere til forskning, både på grunn av språkbarrierer og arbeidstid som gjør deltakelse krevende, samtidig som usikker juridisk status kan skape frykt for myndighetskontakt. Det er nærliggende å anta at de største helseutfordringene er å finne blant disse arbeidsinnvandrerne.

Metodisk domineres feltet av kvalitative studier. Disse gir verdifull innsikt i erfaringer og livssituasjoner, fortellinger om brakkeboende, nattarbeid og savn etter barn i hjemlandet, men gir ikke oversikt over sykdomsforekomst, risiko eller utvikling over tid. Kun seks studier var registerbaserte. Det er påfallende, spesielt med tanke på at store nasjonale helseregistre finnes og kunne gitt muligheter for bredere og mer representative analyser.

En viktig forklaring er at mange helseregistre og befolkningsundersøkelser ikke inkluderer migrasjonsrelaterte variabler som statsborgerskap, innvandringsgrunn eller oppholdstid. Dermed blir det vanskelig å bruke slike registre alene for å studere helse blant arbeidsinnvandrere. Den store Tromsøundersøkelsen har for eksempel fulgt en hel kommunebefolkning gjennom 50 år, men registrerer ikke språk eller etnisitet (7). Forskere som vil studere migrasjon og helse, må derfor koble helsedata med Folkeregisteret, en prosess som krever omfattende søknadsarbeid, etiske vurderinger og teknisk tilrettelegging. Det gjør studiene mer ressurskrevende, og dermed sjeldnere. I tillegg er innvandrere med kort botid, for eksempel de på korttidskontrakter, ofte ekskludert fra registerstudier da de ikke registreres i Folkeregisteret (8).

Ingen av de 49 studiene benyttet longitudinelt design. Det er en betydelig svakhet ettersom migrasjon og helse i stor grad må forstås i et livsløpsperspektiv (9). Tidligere studier i internasjonal forskning har antatt at mange innvandrere ankommer vertslandet med relativt god helse, den såkalte *healthy migrant effect* (10, 11). Nyere forskning har utfordret forestillingen om at helsefordelen er universell og vedvarende, og påpekt at helseutviklingen må forstås i lys av strukturelle forhold som arbeidsmiljø, sosial inkludering og rettigheter i mottakerlandet (12, 13). Langvarig eksponering for belastninger, akkumulering av uhelse og gradvis integrering eller eksklusjon fra helsetjenester kan vanskelig fanges opp i tverrsnittstudier (9). Bedres helsen til arbeidsinnvandrere i Norge gjennom stabilisering og integrering, eller forverres den gjennom slitasje, usikkerhet og midlertidighet?

Forskningen er også tematisk skjev. Psykisk helse, arbeid og tilgang til helsetjenester er de klart mest studerte områdene (2). Selv om forskningen er begrenset, er det noen tydelige temaer:

Psykisk helse

Flere studier beskriver stress, søvnvansker, sosial isolasjon og belastning knyttet til arbeidspress og bekymring for familie i hjemlandet. Pendling mellom land, lange arbeidsdager og trange boforhold gjør det vanskelig å bygge stabile nettverk. For noen blir alkohol en måte å håndtere ensomhet og press på. Opplevelser av diskriminering, språklige misforståelser og mang-

lende anerkjennelse på jobb rapporteres som faktorer som tærer på selvfølelsen.

Arbeid og helse

Mange arbeidsinnvandrere er ansatt i fysisk krevende yrker. Studier beskriver slitasjeskader, ulykker, ensformige bevegelser, høyt tempo og mangelfull HMS-oppfølgning. Arbeidstakere fra Øst-Europa plasseres ofte i de mest risikoutsatte delene av arbeidsmarkedet, særlig i bygg og renhold. Flere forteller om skiftende arbeidsgivere, uforutsigbare arbeidstider og press om å «stå på» også når de er syke, fordi de frykter for at de kan miste jobben.

Tilgang til helsetjenester og velferdsordninger

Språkbarrierer, mangel på informasjon og usikkerhet rundt rettigheter går igjen. Mange oppgir at de utsetter helsehjelp fordi de ikke vet hvor de skal henvende seg, eller fordi de frykter kostnader og konsekvenser for arbeid og opphold. Studier beskriver også omfattende bruk av «transnasjonale helsepraksiser», at man oppsøker lege og tannlege i hjemlandet når man likevel reiser på besøk. Det kan være billigere og oppleves tryggere, men gir dårlig kontinuitet og svake koblinger til norsk helsetjeneste.

Bildet er mer fragmentert når det gjelder rus. Noen studier beskriver et økt alkoholforbruk blant menn som bor i brakker, jobber lange skift og har få andre fritidsarenaer. Andre peker på at religiøse og kulturelle normer kan ha en beskyttende effekt i enkelte grupper. På et felt hvor alkohol og andre rusmidler både kan fungere som sosialt lim og som mestringsstrategi, er det slående hvor lite vi faktisk vet.

Somatisk helse, som muskel- og skjelettplager, er overraskende lite belyst til tross for at mange arbeidsinnvandrere jobber i fysisk krevende yrker med ensidig arbeid. Er det fordi vi antar at arbeidsinnvandrere er «relativt friske», en forlengelse av den såkalte healthy migrant-effekten? Er det fordi vi tenker at de uansett søker helsehjelp i hjemlandet? Eller handler det om noe bredere, at Norge som samfunn har behandlet arbeidskraften som midlertidig og mobil, og at helse derfor ikke blir sett på som et langsiktig nasjonalt ansvar?

Vi vet mest om én nasjonalitet og noen få temaer og langt mindre om uregistrerte arbeidsinnvandrere, somatisk sykdom og utviklingen av helsen over tid.

Helse- og velferdstjenesten i møte med arbeidsinnvandrere

Kunnskapshullene har konkrete konsekvenser i konsultasjonsrommet. I flere av studiene blir det beskrevet hvordan arbeidsinnvandrere selv opplever møter med helsetjenesten. Mange forteller om språkproblemer, manglende

tolk og usikkerhet rundt hva som forventes i en norsk konsultasjon. Noen opplever at klager på smerter eller utmattelse blir bagatellisert, særlig når de ikke passer inn i et kjent diagnosebilde. Andre forteller om positive møter der helsepersonell tok seg tid, skaffet tolk og forklarte rettigheter.

Studier om bruk av helsetjenester viser at arbeidsinnvandrere i mindre grad enn norske pasienter har fastlege, og at de oftere bruker legevakt. For korttidsarbeidere blir legevakten nærmest en primærhelsetjeneste, men uten mulighet til oppfølging over tid. Samtidig er det lite kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten håndterer pasienter som pendler mellom land, eller som mangler folkeregistrering.

Også NAV og andre velferdstjenester spiller en rolle for helsen. I oversikten finnes studier der arbeidsinnvandrere forteller om manglende informasjon om sykepengar, uklar kommunikasjon om krav til dokumentasjon og frykt for å miste arbeidstillatelse dersom de blir syke. Studier beskriver et «prekært medborgerskap»: Arbeidsinnvandrere er viktige for arbeidslivet, men har usikre rettigheter når kroppen ikke lenger tåler belastningen (14).

For helsetjenesten betyr dette at man ofte møter pasienter som både har høy sykdomsrisiko og lav rettighetsforankring, men uten at systemet er rigget for å fange opp deres situasjon. Uten solid kunnskap er det lett å ty til individforklaringer: «dårlig helseatferd», «kulturelle forskjeller» eller «manglende motivasjon». Det gjør det vanskeligere å se de strukturelle årsakene: midlertidige kontrakter, brakkebolig, høyt arbeidspress og utilstrekkelige rettigheter.

Fra forskningshull til folkehelseutfordring

Den norske helsetjenesten bygger på prinsippet om lik tilgang og rettferdig fordeling. Men for å sikre likeverdige tjenester må vi vite hvem pasientene er og hvilke behov de har. Når arbeidsinnvandrere forblir statistiske blindsoner, mister helsetjenesten et viktig kunnskapsgrunnlag. Mangel på kunnskap er ikke bare et forskningsproblem. Det er en folkehelseutfordring. Hvis vi ikke vet hvordan en relativt stor og utsatt del av befolkningen har det, hvordan kan vi da forvente at helsetjenesten møter dem på en rettferdig og treffsikker måte?

Internasjonale studier viser at pandemien ble et brutalt forstørrelsesglass: Arbeidsinnvandrere i samfunnskritiske yrker var mer utsatt for smitte, hadde høyere sykkelighet, og stod ofte uten sikkerhet i velferdsordningene (15, 16). Men *vet* vi egentlig hvorfor nettopp denne gruppen ble hardere rammet? Og kanskje like viktig: Har vi gjort nok for å sikre at det ikke skjer igjen ved neste nasjonale krise?

Variasjonene vi ser innad i arbeidsinnvandringsgruppen, som botid, juridisk status, helserettigheter, arbeidssituasjon og språk, ser vi også i innvandrerbefolkningen generelt. Likevel behandles innvandrere ofte som én analytisk kategori, til tross for at en flyktning, en polsk håndverker og en familiegjenforent mor fra Thailand har svært ulike forutsetninger for helse.

Også i innvandrerhelse generelt finner vi de samme metodiske barrierene som vi finner blant arbeidsinnvandrere: lite longitudinelle data, få studier med solid registerkobling og stor avhengighet av selvrapportert helse. Verdens helseorganisasjon har pekt på dette som en global utfordring og lanserte i 2023 en global forskningsagenda som blant annet vektlegger metodetriangulering, inkluderende prosjektdesign og kontekstualisering av helsedata (13).

I denne sammenhengen avdekker forskningen på arbeidsinnvandreres helse ikke bare hull i kunnskapen om én gruppe, men også gjennomgående svakheter i hvordan vi produserer kunnskap om helse og ulikhet i Norge.

Derfor melder spørsmålet seg: Er utfordringene vi finner blant arbeidsinnvandrere egentlig symptomer på et større problem i hvordan vi forsker på innvandreres helse i Norge?

Veien videre

I et debattinnlegg i *Tidsskrift for Den norske legeförening* peker den erfarne forskeren innen migrasjonshelse Esperanza Diaz på at Norge står i fare for å svekke både faggrunnlag og beredskap, dersom migrasjon og etnisitet fortsatt behandles som randfaktorer i helseforskning (17). Hun beskriver et fagfelt som i økende grad presses av politiske strømninger og sikkerhetspolitiske hensyn, samtidig som behovet for presise og representative helsedata aldri har vært større. Hun advarer mot en utvikling der viktige data om minoritetsgrupper ikke samles inn, og hvor forskning på migrasjon og helse i enkelte land bygges ned, akkurat i det øyeblikket samfunnsutfordringene tilsier at vi burde styrke den.

Det hun beskriver, speiles tydelig i funnene fra min gjennomgang av forskningen på arbeidsinnvandreres helse. Når en stor del av arbeidsstyrken i Norge fortsatt faller utenfor datagrunnlag, kategorier og forskningstradisjoner, er det et symptom på nettopp den strukturelle blindheten hun advarer mot. Veien videre handler ikke bare om å produsere mer forskning, men om å styrke hele infrastrukturen som kunnskap om migrasjon og helse hviler på. Datagrunnlaget må forbedres. Helseregistre og befolkningsundersøkelser bør inneholde migrasjonsrelaterte variabler som juridisk status, innvandringsgrunn og oppholdstid, slik at vi faktisk kan se hvordan helse utvikler seg i ulike deler av befolkningen. Som Diaz sier: «Migrasjon og etnisitet må

integreres i helseforskningen på linje med alder og kjønn» (17). Samtidig må dette gjøres med varsomhet slik at personvern og tillit ivaretas.

Forskningsmiljøer og praksisfelt må kobles tettere sammen. Fastleger, bedriftshelsetjenester og kommunale helsetjenester sitter på erfaringer som kan belyse hvordan arbeidsinnvandrere faktisk bruker helsetjenester, eller unngår å bruke dem. Denne kunnskapen må systematiseres og deles, ikke forbli taus erfaring.

Til slutt må vi utvide forståelsen av helse. Når helsen påvirkes av midlertidighet, manglende rettigheter eller språkbarrierer, hjelper det lite å måle flere blodtrykk. Vi må utvide helsebegrepet og styrke samarbeidet på tvers av fagfelt. Migrasjon, arbeidsliv og velferd må forstås som en del av helsefeltet, ikke som atskilte domener. Et tettere samarbeid mellom medisinske og samfunnsvitenskapelige miljøer kan bidra til at flere perspektiver blir fanget opp, og at forskningen bedre speiler kompleksiteten i arbeidsinnvandreres liv.

Å bygge kunnskap om arbeidsinnvandreres helse handler ikke bare om dem. Det handler om hvordan Norge forstår seg selv som velferdsstat, og hvorvidt prinsippet om likeverdige helsetjenester virkelig gjelder for alle som bidrar til å holde landet i gang. Det som ikke måles, teller ikke og det som ikke telles, blir lett oversett.

Artikkelen bygger på forfatterens masteroppgave og gir en oversikt over kunnskapsfeltet i Norge.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. *Innvandrere etter innvandringsgrunn*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-etter-innvandringsgrunn> (05.02.2026)
2. Skaaraas J. *Helsen til arbeidsinnvandrere i Norge: En scoping review av eksisterende forskning*. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2025.
3. Steinkellner A. *Hvem er arbeidsinnvandrerne fra de nyeste EU-landene?* <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/hvem-er-arbeidsinnvandrerne-fra-de-nyeste-eu-landene> (29.04.25)
4. NOU 2022: 18. *Mellom mobilitet og migrasjon. Arbeidsinnvandreres integrering i norsk arbeids- og samfunnsliv*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2022.
5. Statens Arbeidsmiljøinstitutt. *Faktabok om arbeidsmiljø og helse: Status og utviklingstrekk*. Oslo: STAMI; 2021.
6. Schweyher M. From precarious work to precarious social citizenship: Polish workers' experiences with the identification number system in Norway. *Central and Eastern European Migration Review*. doi: 10.54667/ceemr.2023.26
7. *Tromsundersøkelsen*. <https://helsedata.no/no/forvaltere/universitetet-i-tromso/tromso-undersokelsen/> (8.12.2025)

8. Young M-EDT, Madrigal DS. Documenting legal status: a systematic review of measurement of undocumented status in health research. *Public Health Review* 2017; 38: 26.
9. Kim S, Kwon E. Rethinking longitudinal research on Canadian immigrant health: methodological insights, emerging challenges, and future considerations. *Social Science* 2025; 14: 313. <https://doi.org/10.3390/socsci14050313>
10. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E et al. The healthy migrant effect in primary care. *Gaceta Sanitaria* 2015; 29: 15–20.
11. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y et al. Interventions to improve immigrant health: a scoping review. *European Journal of Public Health* 2017; 27: 433–439.
12. Stanek M, Juárez SP, Requena M. Challenges in current research on immigrant health: insights from Spain. I: Stanek M, Juárez SP, Requena M, red. *Multidisciplinary Perspectives on Immigrant Health: New Insights from Spain*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2025: 1–20.
13. Diaz E, Benavente P. Contextualising the WHO Global Research Agenda on Health, Migration and Displacement in Norway invites to a reflection for decolonising research. *International Journal of Equity in Health* 2025; 24: 62. doi: 10.1186/s12939-025-02410-9
14. Synnes KM. *I randsone av den norske velferdsstaten. Arbeidsledige polske migranternes erfaringer med tilgang til offentlige velferdsytelser og møter med NAV*. Kristiansand: Universitetet i Agder, 2023. Doktoravhandling.
15. Oliva-Arocas A, Benavente P, Ronda E et al. Health of international migrant workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Frontiers in Public Health* 16; 10: 816597. doi: 10.3389/fpubh.2022.816597
16. Vist GE, Arentz-Hansen EH, Vedøy TF et al. *Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socioeconomic status: a systematic review*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021.
17. Diaz E. Migrasjon og etnisitet må inn i forskningen. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0527

Johanne Skaaraas
 jsk063@post.uit.no
 Hansine Hansens veg 18
 9019 Tromsø

Johanne Skaaraas er medisinstudent på 6. året ved UiT Norges arktiske universitet

Artikkelen er fagfellevurdert.

Helse for alle eller bare nesten alle?

Erfaringer med helsehjelp til papirløse migranter

Michael 2026; 23: 117–125

doi: 10.5617/michael.13327

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

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

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

Utfordringsbildet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Helsesenter for papirløse migranter

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

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

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

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

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

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

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

Samhandling med øvrige helsetjenester

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

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

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

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

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

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

Avslutning

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

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

Litteratur

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

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

Anne Kveim Lie

ablie@medisin.uio.no

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

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

Trygve Skonnord

trygve.skonnord@medisin.uio.no

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

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

Hvordan møtes torturoverleverere i den norske helsetjenesten?

Michael 2026; 23: 126–133
doi: 10.5617/michael.13328

Torturoverleverere utgjør en særlig sårbar gruppe med komplekse somatiske, psykiske, sosiale og juridiske utfordringer. I tillegg til ulike følger etter tortur er det mange som sliter med vanskeligheter i forbindelse med flukt, nytt språk og et liv i en for dem fremmed kulturell sammenheng. Utfordringene i eksiltilværelsen og usikkerhet i forbindelse med opphold og status i det nye landet preger den enkeltes opplevelse av seg selv og sin livssituasjon. Mange er også usikre på hvilke rettigheter og muligheter de faktisk har, noe som kan bidra til mismot og resignasjon. Samtidig vet vi at tilgang på helsetjenester til denne gruppen er for lite utbygd og fragmentert.

Torturforbudet i verden i dag er absolutt. I FNs Menneskerettighetserklæring fra 1948, heter det i artikkel 5 at: «Ingen må utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.» I dag er forbudet videre nedfelt i en rekke menneskerettighetskonvensjoner. Det er FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff fra 1984 (UN 1984) som klarest formulerer torturforbudet og de forpliktelsene som følger av dette. Artikkel 7 i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter har, i tillegg til torturforbudet, slått fast at ingen må «uten sitt frie samtykke, utsettes for medisinske eller vitenskapelige eksperimenter». Særlig viktig i europeisk sammenheng er artikkel 3 i den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) som uttrykker et klart forbud mot tortur og umenneskelig behandling. Sist, men ikke minst, rommer Genève-konvensjonene, det vil si krigens menneskerettigheter eller internasjonal humanitær rett, et klart forbud mot tortur også i væpnet konflikt. Dette uttrykkes i artikkel 3 som er felles for alle de fire Genève-konvensjonene (ICRC 1949). Ifølge FNs torturkonvensjon forplikter stater seg til å gjennomføre opplæring om torturforbudet til relevante faggrupper (artikkel 10), noe som inkluderer opplæring med tanke på utredning og dokumentasjon

av tortur. Retten til erstatning eller rehabilitering for mennesker som er utsatt for tortur, inngår også blant forpliktelsene (artikkel 14), og torturkomiteen har uttalt at forpliktelsen til å yte rehabilitering til torturutsatte gjelder generelt, altså uavhengig av hvor torturen fant sted (Sveaass 2023).

Stater som har ratifisert FNs torturkonvensjon, er dermed forpliktet til å gi rehabiliteringstjenester også til torturerte asylsøkere (UN 2012). At helsepersonell er godt skolert og forberedt til å kunne utrede og dokumentere tortur og torturskader, er nødvendig for å underbygge et behov om beskyttelse, beskrive behovet for spesifikke helsetjenester og for å kunne bidra med dokumentasjon i et fremtidig retts- eller erstatningsoppgjør. Det dreier seg ikke bare om å yte nødvendige helsetjenester, men å sørge for at helsearbeidere får den nødvendige kompetansen og at tilrettelagte pasientforløp for torturoverlevende sikres.

Torturutsatte flyktninger og asylsøkere i Norge

Det er antatt at mellom 10 000 og 25 000 flyktninger har vært utsatt for tortur før de kom til Norge, men vi har ikke fullgod oversikt. Det er tilfeldig hvor mange torturoverlevende som blir identifisert, og vi vet lite om hva slags behandling de mottar. Norge har som et av få land i verden en bestemmelse om at helsetjenester til asylsøkere og flyktninger gis av den offentlige helsetjenesten, på lik linje med andre borgere i landet. I prinsippet er dette en god tanke, men praksis har dessverre vist at avstanden blir for stor mellom dem som trenger tjenestene og dem som yter disse, og at tjenesteapparatet i altfor liten grad har hatt nødvendig kompetanse, beredskap og utforming for å kunne innfri målet om nødvendig og god helsedekning til mennesker som søker beskyttelse i Norge. Særlig tydelig blir dette når vi snakker om mennesker som er utsatt for alvorlige overgrep, for eksempel tortur og konfliktrelatert seksuell vold.

Nasjonal veileder for helsetjeneste til asylsøkere, flyktninger og familie-gjenforente (Helsedirektoratet 2017) spesifiserer hva som er *lovpålagte* tjenester og hva som er tjenester som *bør* gjennomføres. I de senere utgavene av veilederen er også tilbud til torturutsatte innarbeidet i et eget kapittel 7, Psykososial oppfølging, som omtaler flyktninger som er traumatiserte, torturerte og/eller krigsskadede, og asylsøkere og familie-gjenforente. Det vises blant annet til betydningen av at tortur og andre overgrep blir identifisert tidlig, og at fravær av raske tiltak vil kunne føre til kronifisering.

Veilederen understreker at skader i forbindelse med tortur, krigstraumer eller andre overgrep kan identifiseres og utredes også senere. Det er viktig å oppdage og beskrive slike skader tidlig, men dersom dette ikke lar seg gjøre, er det viktig at personen får anledning til å få slike traumatiserende

erfaringer beskrevet og utredet på et senere tidspunkt. Det gjelder både behandling og dokumentasjon. Muligheten for dokumentasjon må altså være til stede både i ankomstfasen og senere. Veilederen viser også til det som anses for å utgjøre «gullstandarden» når det gjelder torturdokumentasjon, nemlig den såkalte Istanbulprotokollen (FNs manual for utredning og dokumentasjon av tortur og umenneskelig behandling, IP-2022) (OHCHR 2022). Istanbulprotokollen inneholder retningslinjer for utredning og dokumentasjon av tortur, konsekvensene av tortur samt omtale av ulike former for tortur. Veilederen slår fast at: «Dokumentasjonen er et viktig grunnlag for helsemessig oppfølging, nødvendig behandling eller rehabilitering» og at «Helsepersonell skal kjenne til symptomer på tortur, diagnostikk, behandling og oppfølging i tråd med «protokollen» (Hesledirektoratet 2017).

Det er etablert flyktninghelsetjenester flere steder i landet, men tilbudet til torturoverleverne er svært varierende. Kompetansen om torturrehabilitering har ikke nådd ut til landets helsetjenester, og kunnskap i forbindelse med tortur og torturskader har ikke, slik ønsket var, blitt en del av helsetjenesten. Det viser seg også at torturoverleverne sjelden forteller spontant om opplevd tortur, og ofte blir de heller ikke spurt om de har opplevd noe slikt. Det kan derfor gå år før de får den hjelpen de burde ha fått på et tidlig tidspunkt etter ankomst til Norge.

Helsetjenesteforbruk

Til tross for svak systematikk når det gjelder oppfølging av tilbud til torturoverleverne, viser undersøkelser gjennomført av Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) at traumatiserte flyktninger i Norge har et betydelig høyere helsetjenesteforbruk sammenlignet med andre flyktninger og majoritetsbefolkningen. Forskningsprosjektet Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger (TR-REFUGEES) har fulgt traumatiserte flyktninger over flere år. Prosjektet handler om helsetjenestebruk, psykisk helse og rehabilitering. Resultatene viser at traumatiserte flyktninger har hyppigere kontakt med fastlege enn andre (7–9 konsultasjoner årlig), økt bruk av legevakt og fysioterapi og høyere bruk av psykotrope legemidler og langvarig smertebehandling. 60–70 % oppgir behov for psykisk helsehjelp, og ca. 35 % har hatt kontakt med psykolog/psykiater siste år. (Straiton et al. 2017; Fjeld-Solberg et al. 2020).

Helsekostnadene for traumatiserte flyktninger er anslått å være 2–3 ganger høyere enn for gjennomsnittsbefolkningen, hovedsakelig på grunn av omfattende behov for psykisk helsehjelp og rehabilitering. Dette understøtter behovet for et systematisk og tverrfaglig rehabiliteringstilbud med muligheter for langvarig oppfølging i helsetjenesten for denne gruppen.

Tilbud til traumatiserte flyktninger og asylsøkere – litt historikk

Helt siden spørsmålet om helsetjenester til flyktninger ble tematisert på 1980-tallet har politikken vært at helsetjenester til asylsøkere og flyktninger skulle ytes av det ordinære systemet (Stortingsmelding nr. 74 (1979-80) Om innvandrere i Norge). Her vises det til «det ansvar som både sosial- og helsetjenesten har med hensyn til å yte nødvendige tjenester til denne gruppen, og betydningen av at disse legges til rette på en slik måte at de blir tilgjengelige for gruppen det er snakk om». Det vises til at: «Helsetjenestens utgangspunkt har vært at innvandrere så snart som mulig etter ankomsten til landet får de samme tilbud som nordmenn når det gjelder forebyggende helsearbeid og andre helsetjenester.» Videre understreker meldingen at: «Siktepunktet vil være at innvandrernes helseproblemer enten de er av psykiatrisk eller allmennmedisinsk natur må bli en selvsagt oppgave for det etablerte helsevesen. Et viktig utgangspunkt vil være en systematisering og kritisk vurdering av erfaringer man hittil har samlet på dette området» (Stortingsmelding nr. 74, s. 83).

Det var med andre ord bred politisk enighet om å gjøre det offentlige helsevesenet ansvarlig for disse helsetjenestene – og at dette forutsatte kompetanseoverføring. I den forbindelse ble Psykososialt team, senere senter for flyktninger (PSF) etablert ved Universitetet i Oslo (UiO) i 1986. Målet var å drive undervisning og veiledning til helsepersonell på landsbasis og tilby spesialiserte tjenester for sterkt utsatte flyktninger som ikke hadde fått oppfølging andre steder.

Dette initiativet var en første respons på et økende behov for spesialisert kunnskap og behandling for flyktninger med traumer og torturopplevelser, særlig etter økt tilstrømming av flyktninger fra Sørøst-Asia, Latin-Amerika, Midtøsten og Balkan på 1980- og 1990-tallet. Senteret ble organisatorisk lagt under Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, og ble finansiert gjennom en kombinasjon av statlige midler og prosjektstøtte.

Psykososialt senter for flyktninger fungerte dermed som behandlings- og kompetansesenter med klinisk virksomhet, undervisning og forskning om psykososiale konsekvenser av krig, flukt og tortur. Tidlig på 1990-tallet ble psykososiale team for flyktninger etablert i Vest-, Midt- og Nord-Norge og i 1998 i Sør-Norge. Teamene skulle bidra til oppbygging og styrking av kompetanse for å følge opp bosatte flyktninger i ulike regioner i Norge. Bakgrunnen var anbefalinger fra Helsedirektoratet og Sosialdepartementet om å bygge opp lokale lavterskeltilbud for psykososial oppfølging. Teamene samarbeidet med representanter fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunenes helse- og sosialtjeneste, skole, NAV/arbeid og flyktningstjeneste. De skulle bidra til koordinert oppfølging og tidlig intervensjon for flyktninger med psykiske plager og lidelser.

I 2004 ble Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo en del av det nyopprettede Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk

stress (NKVTS). Sammenslåingen innebar at den kliniske virksomheten, som langt på vei hadde vært senterets viktigste oppgave, ble utelukket i det videre arbeidet. Det ble lagt større vekt på veiledning og undervisning, men det var hele tiden et sterkt ønske fra behandlere og forskere ved NKVTS om å reetablere klinikk, eventuelt en forskningsklinikk. Målet var å drive systematisk kompetanseoppbygging, behandling av spesielt utsatte personer samt å videreføre kunnskapen fra fagmiljøer i Europa om viktigheten av oppfølging, flerfaglighet og kontinuitet i arbeidet med torturerte flyktninger.

Det ble aldri noe av en slik klinikk – heller ikke ved de regionale sentrene. Helsemyndighetene ønsket tydeligvis ikke en institusjon der forskning og klinikk kunne kombineres.

Men det var heller ikke de ansattes intensjon at klinikken skulle være et hovedtilbud. Ingen var uenige i at den offentlige helsetjenesten skulle tilby nødvendige helsetjenester og rehabilitering til torturerte asylsøkere og flyktninger.

Da regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) ble etablert, ble de psykososiale teamene innlemmet i disse. Dette førte dessverre til nedprioritering av arbeidet for traumatiserte flyktninger og torturoverlevende spesielt, selv om det viste seg at det var mulig å opprettholde et begrenset klinisk tilbud ved noen av teamene, i samarbeid med den lokale helsetjenesten.

De regionale psykososiale teamene og det nasjonale Psykososiale senter for flyktninger (PSSF), var en sterk faglig drivkraft for opplæring, veiledning og systematisering av erfaringer, og det var et utstrakt faglig samarbeid mellom disse (Dinardi et al. 2021). NKVTS, nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress overtok ikke det kliniske miljøet av PSSF. Da også de psykososiale teamene ble innlemmet i de regionale sentrene, RVTS'ene, førte dette til bekymring blant engasjerte fagfolk for ivaretagelsen av det kliniske arbeid med traumatiserte og torturutsatte flyktninger..

Røde Kors gjennomførte en undersøkelse om dette i 2020 (Lønning et al. 2020). Rapporten konkluderer med at det er stor variasjon i hva slags tjenester som ytes fra sted til sted i Norge, og at situasjonen preges av tilfeldigheter når det gjelder hvem som fanges opp, hvem som tilbys tjenester, og av hvem. Kunnskap om tortur og torturskader var i hovedsak fraværende, og det manglet rammer for å kunne følge opp identifiserte torturoverlevende. Rehabilitering, som er et offentlig ansvar, var ikke fulgt opp i helsetjenesten. Som svar på denne rapporten tok Utlendingsdirektoratet (UDI) samme år initiativ til prosjektet Torturutsatte i den norske asylprosessen (Dinardi et al. 2021). Rapporten inneholdt mange anbefalinger til offentlige myndigheter som har ansvar for torturutsatte – nemlig justis-, utlendings- og helsemyndighetene.

Utlendingsdirektoratet besluttet i november 2024 å følge opp anbefalingene i rapporten. De utarbeidet en tiltakspakke, blant annet med tiltakskort for intervjuere og tiltakskort for mottaksansatte til hjelp i møte med asylsøkere. UDI utformet også et brev som asylsøkere som hadde vært utsatt for tortur, kunne gi til helsepersonell som de kom i kontakt med som beboere på asylmottak. I brevet bekrefter UDI at asylsøkeren har vært utsatt for tortur og at helsepersonell gjerne kan bistå med å dokumentere dette. Dette brevet førte til en del uro blant helsepersonell som opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse, ei heller noen klar hjemmel eller takst tilknyttet en slik utredning.

Ved dette fikk vi igjen bekreftet vår antakelse om at det ikke er god nok kompetanse i helsetjenesten innen dette fagfeltet. Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet har begynt å arbeide med disse spørsmålene, men det har foreløpig ikke kommet noen konklusjon eller konkrete resultater.

Hva må gjøres?

Det er etter hvert et stort antall torturoverlevende i Norge. Kommunene må bli bedre til å fange opp torturoverlevende når de blir bosatt. Derfor må kunnskap gjøres lettere tilgjengelig for dem som støter på torturoverlevende i sitt arbeid. Pasientforløpene må forbedres mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten slik at rutinene kan bli smidigere. Informasjon om rehabilitering av torturoverlevende i portalen Metodebok.no vil kunne bidra til at de som ønsker å gjøre alvor av å drive helsearbeid basert på menneskerettslige prinsipper, kan gjøre det. Legeforeningen og Psykologforeningen må innlemme temaet tortur og torturrehabilitering i etter- og videreutdanninger, og informasjon må gjøres lett tilgjengelig digitalt og som timetellende kurs.

En del studier innen helsefag har fått løftet frem kravet om menneskerettigheter som en vesentlig plattform i opplæring og virksomhet (Stang & Sveaass 2025). Det betyr ikke nødvendigvis at det har blitt satset mer på opplæring av klinikere når det gjelder å identifisere, behandle og rehabiliterer personer som har vært utsatt for alvorlige menneskerettighetsbrudd. Fagfolk i de regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging og eksterne eksperter som er tilknyttet disse, arbeider med å få tilgjengeliggjort informasjon om torturoverlevers helsebehov og utarbeide kompetansehevingstiltak for personell. Legeforeningen har vært utfordret til å engasjere seg, og Menneskerettighetsutvalget har uttrykt interesse for å få etablert et nettbasert timetellende kurs for leger.

På Akershus universitetssykehus arbeides det med å lage et e-læringskurs om håndtering av innlagte pasienter som har vært utsatt for tortur. Dette er basert på doktorgradsprosjektet til Ana Carla Schippert fra 2024. Hand-

lingsplan for mangfold likeverd og migrasjonshelse (Helse Sør-Øst 2025) tar opp temaet tortur og viser til behovet for å sikre at denne pasientgruppen får den rehabiliteringen den har behov for.

Filmprosjektet *Overlevere* bygger videre på boken *Våre stemmer – torturoverlevere: vi som skulle tie* av Morten Borgersen og Fin Serck-Hansen (Borgersen 2022). Dette er et bidrag i kompetanseheving der også brukernes stemmer blir hørt.

Tortur vekker avsky hos helsearbeidere, og mange vegrer seg mot å forholde seg til det. Rehabilitering omfatter både somatiske og psykologiske tiltak, og det er nødvendig at vi forstår hva tortur er for å kunne gi rett rehabilitering og traumebehandling. Det er på tide at kompetanse om dokumentasjon av tortur og rehabilitering blir allmenn kunnskap i helsetjenesten. Dette feltet kan ikke overlates til et fåtall ildsjeler.

Men det er ikke alle som trenger terapi. Spør derfor alltid «hva trenger du mest hjelp til nå?» når du har fått historien om hva vedkommende har vært utsatt for. Svaret kan overraske, og vi har opplevd at spørsmålet kan glede den som får det.

Litteratur

- Borgersen M. *Våre stemmer - torturoverlevere: vi som skulle tie*. Oslo: Forente forlag.
- Dinardi C, Lie B, Sveaass N et al. *Torturutsatte i den norske asylprosessen. En utredning av Norges forpliktelser, og anbefalinger til praksis*. Fafo-rapport 2021:18. <https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/torturutsatte-i-den-norske-asylprosessen> (5.1.2026)
- Fjeld-Solberg Ø, Nissen A, Cauley P et al. *Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway Main findings from the REFUGE Study*. NKVTS Rapport 1-20. https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/10/NKVTS_Rapport_1-20_REFUGE.pdf (5.1.2026)
- Folkhelseinstituttet. *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. <https://www.fhi.no/https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/> (5.1.2026)
- Helsedirektoratet. *Nasjonal veileder om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Kap 7. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente> (5.1.2026)
- Helse Sør-Øst. Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse i Helse Sør-Øst (2025–2027). [regional-handlingsplan-mangfold-likeverd-og-migrasjonshelse v.2.0-.pdf](https://www.helse-sor-ost.no/regionale-handlingsplaner/mangfold-likeverd-og-migrasjonshelse-v2025-2027.pdf) (5.1.2026)
- ICRC. *Convention (I) for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field*. Geneva, 12 August 1949. <https://ihl-databases.icrc.org/en/ihl-treaties/gci-1949?activeTab=1949GCS-APs-and-commentaries> (5.1.2026)
- Lønning MN, Aasnes AE, Laupstad, I. *Torturert og glemt. Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. <https://rvtsnord.no/wp-content/uploads/2023/12/torturert-og-glemt-2020.pdf> (5.1.2026)

- OHCHR. *The Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (IP-22)*. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0> (5.1.2026)
- Schippert AC. *Å gi torturoverleverne en stemme: Utvikling av retningslinjer for å forebygge re-traumatisering under kirurgisk behandling*. doktoravhandling, Oslo: OsloMet, 2024.
- Stang EG, Sveaass N. *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal, 2025.
- St.meld. nr. 74. (1979-80). *Om innvandrere i Norge*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1980.
- Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2017; 19: 582–589.
- Sveaass N, Lie B. Early assessment of mental health and options for documentation of torture in newly arrived asylum seekers. I: Bhugra D, red. *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2020: 387–394.
- Sveaass N. The politics of torture: legal, social and political dynamics. I: Andreassen B, red. *Research Handbook on the Politics of Human Rights Law*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2023: 166–194.
- UN. *Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. 1984. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading> (5.1.2026)
- UN. *CAT/C/GC/3: General comment No. 3 (2012) on the implementation of article 14 by States parties*. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/catgc3-general-comment-no-3-2012-implementation> (5.1.2026)
- Varvin S. *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Birgit Lie
birgit.lie@sshf.no
Enrum 11
4616 Kristiansand

Birgit Lie er spesialist i samfunnsmedisin og i allmennmedisin. Hun har lang klinisk erfaring fra arbeid med traumatiserte og torturerte flyktninger og disputerte på temaet i 2003 ved UiO. Hun har vært medlem i Europarådets komité for forebygging av tortur (CPT).

Nora Sveaass
nora.sveaass@psykologi.uio.no
Camilla Collettsvei 12 A
0258 Oslo

Nora Sveaass er professor emeritus ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun har lang klinisk erfaring fra arbeid med flyktninger og har i fire perioder vært medlem av henholdsvis FNs torturkomité og FNs underkomité for forebygging av tortur.

Språkbarrierer og tolking i helsetjenesten – utfordringer og løsninger

Michael 2026; 23: 134–142

doi: 10.5617/michael.13329

Det norske samfunnet er preget av stort språklig mangfold. I helsetjenesten er det vanlig at helsepersonell og pasient ikke deler et felles språk. Hvilke utfordringer medfører dette? Selv om mye avklares i tolkeloven fra 2022, blant annet det offentliges ansvar for å vurdere tolkebehov og engasjere kvalifisert tolk, er det fremdeles mange uløste problemer.

Alt hadde vært bra på sykehuset. Bra omsorg, bra pleie, bra oppfølging, men alt endte [allikevel] dårlig, fordi det ble brukt en dårlig tolk. I to år [etter sykehusinnleggelsen] brukte jeg et apparat på en feil måte. Inne i penis. I to år. Og det er på grunn av at tolken tolket feil. (Sitatet er hentet fra pasientintervju, til norsk via tolk. Forfatterne har satt forklarende tillegg i parentes i alle sitater i kronikken.)

Mye står på spill i møter i helsetjenesten. Sitatet over viser hvor avgjørende god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er, og hvordan misforståelser og feiltolkninger kan få alvorlige følger. Pasienten hadde opplevd at et ellers vellykket sykehusopphold fikk en negativ avslutning: På grunn av en feiltolkning av instruksjonen for bruk av et medisinsk apparat brukte han apparatet feil i to år. Dette eksempelet illustrerer at selv når behandling og omsorg ellers holder høy kvalitet, kan helsepersonellens mulighet til å gi god veiledning og behandling svekkes dersom ansvaret for kommunikasjonen ikke ivaretas og *kvalifisert* tolk ikke engasjeres.

I denne kronikken vil vi – fra et tolkefaglig ståsted – diskutere utfordringer knyttet til språkbarrierer og bruk av tolk i møter mellom pasient og helsepersonell som ikke deler felles språk. I januar 2022 ble *lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv.* innført. Tolkeloven er en egen lov om tolking, noe som er uvanlig i internasjonal sammenheng (1). Tolkeloven markerer et viktig skritt mot bedre rettssikkerhet og høyere kvalitet i feltet tolking i offentlig sektor. Loven stiller krav både til helsepersonell og andre offentlige ansatte om forsvarlig bruk av tolk, og den stiller krav til

tolker om faglige standarder og etisk praksis. Men selv om tolkeloven har bidratt til avklaring og forbedring, er det fortsatt utfordringer.

For å illustrere hvordan utfordringer knyttet til kommunikasjon og tolking oppleves fra pasientens perspektiv, presenterer vi utdrag fra pasientintervjuer. Disse ble gjennomført i et kvalitativt forskningsprosjekt om tolking i helsetjenesten (2022–2025). Kronikkforfatterne deltok i forskerteamet (2, 3). Pasientene snakket om nylige og tidligere erfaringer fra møter i ulike deler av helsetjenesten, med og uten tolk. Alle pasientene hadde et annet språk enn norsk som morsmål, og de fleste ble intervjuet via tolk.

Tolking som samspill: «Dans for tre» – eller for enda flere

Tolking innebærer samspill. Kvaliteten på tolkingen avhenger ikke bare av tolken, men av samspillet mellom alle involverte parter – tolk, helsepersonell og pasient. En av nestorene innen tolkefaglig forskning, Cecilia Waden-sjö, benytter metaforen «dans for tre» for å illustrere tolking som en interaktiv prosess (4). Denne «dansen», med tre eller flere deltakere, fungerer best når alle partene kjenner sine roller og oppgaver, sine «trinn», godt. Tolking handler derfor ikke bare om oversettelse mellom to språk utført av en tolk, men også om hvordan samtalepartene tilrettelegger for og bidrar til en effektiv tolkesituasjon.

Behov for forsvarlig kommunikasjon og tolking som løsning

Økt innvandring har ført til stort språklig mangfold i Norge, og over 300 språk er i bruk (5). Det er vanlig at helsepersonell og/eller pasienten ikke behersker norsk flytende. Språkbarrierer kan føre til negative konsekvenser som dårligere kvalitet på medisinsk omsorg og behandling og vanskeligere tilgang til helsetjenester (6). På den annen side gir bruk av kvalifiserte tolker i helsetjenesten mange gevinster, som økt tilgang til tjenester, økt pasienttilfredshet, færre feilbehandlinger og færre liggedøgn (3, 7, 8). Men for at kommunikasjon via tolk skal fungere godt, må en rekke forhold ivaretas.

Tilbakeblikk

Jeg kan bruke barna mine, men en tolk, en *profesjonell* tolk, det er noe helt annet. De [profesjonelle tolker] kan oversette alt og kan forstå alt som blir sagt; mens barna kan ikke alltid oversette alt, og av og til blir de irriterte hvis noen spør dem hva de sier. (fra pasientintervju, via tolk)

Sitatet over fremhever en viktig forskjell – nemlig forskjellen mellom bruk av barn til tolking og bruk av profesjonelle, det vil si kvalifiserte, tolker. For mange minoritetsspråklige er tilgang til kvalifisert tolk avgjørende for å bli forstått og få riktig informasjon og hjelp. Likevel har det i årevis vært vanlig

at barn trer inn som tolker, også til alvorlige samtaler om sykdom og behandling (9). Dette er en praksis som kan føre til alvorlige misforståelser, brudd på personvernet og, ikke minst, en uholdbar belastning for barn som får ansvar for voksnes livsviktige samtaler. Forbud mot bruk av barn som tolk ble vedtatt allerede i 2016 (10). Forbudet ble videreført i tolkeloven (§ 4). Likevel finnes det fortsatt eksempler på at barn brukes som tolk (11, 12).

En av grunnene til at det har vært vanlig å la ikke-kvalifiserte personer tolke, er at det har vært komplisert å få tak i kvalifiserte tolker. Tolking i offentlig sektor var lenge et uregulert felt, med få krav til faglig og etisk standard. Hvem som helst kunne få tolkeoppdrag. Profesjonalisering av tolkeyrket begynte for alvor først på slutten av 1990-tallet med etablering av ulike ordninger. Statsautorisasjons-ordningen for tolker ble innført i 1997, permanent tolkeutdanning på universitetsnivå ble opprettet på 2000-tallet og Nasjonalt tolkeregister (tolkeregisteret) kom i 2005 (9). Tolkeregisteret gir en oversikt over praktiserende tolkers kvalifikasjoner, og alle tolker i registeret har gjennomgått opplæring i etiske sider ved tolking, blant annet taushetsplikt og habilitetsavklaring. Antall språk og tolker i registeret har økt betydelig de siste årene. Status per 2026 er at 2902 tolker tilbyr tolking på til sammen 75 språk (13). Tolkeregisteret gjør det enklere å velge kvalifiserte tolker. Ifølge tolkeloven er det påbudt for offentlige organer å bruke kvalifiserte tolker, som i loven defineres som tolk oppført i tolkeregisteret (tolkeloven § 7). Selv om det er innført midlertidig dispensasjon, er tolkelovens intensjon klar på at barn, pårørende, eller andre ikke-kvalifiserte ikke skal brukes til tolking.

Til tross for disse tiltakene er det forhold som vedvarer. Tilgangen til kvalifiserte tolker i enkelte språk er fortsatt begrenset i noen deler av landet. En annen utfordring er at helsepersonell i en del tilfeller ikke er klar over at tolkeregisteret finnes, og at leverandører av tolketjenester er lovpålagt å levere tolker fra registeret (14).

Tolking som samspill, en «dans for tre», fordrer ikke bare kvalifiserte tolker, men krever også helsepersonell som er kvalifiserte tolkebrukere – som kjenner sine «trinn». Dette innebærer opplæring i praktiske ferdigheter i å gjennomføre samtaler med tolk, men også kunnskap om lover og ordninger, som tolkeloven og tolkeregisteret. Det er utviklet ulike opplegg hvor det gis opplæring i hvordan kommunisere via tolk på en profesjonell og etisk forsvarlig måte, men fremdeles er det lite opplæring i tolkebruk i grunnutdanning (15, 16, 17). Tolkeloven krever at alle offentlige virksomheter som bruker tolk regelmessig, skal ha retningslinjer for bestilling og bruk av tolk (tolkeloven § 9).

Vedvarende utfordringer

Hvem har ansvar og i hvilke situasjoner skal tolk tilkalles?

Intervjuer: Er det noen konkrete situasjoner som du har vært i, i helsetjenesten, hvor du har tenkt at her burde det ha vært en tolk – fordi du har vært usikker på om du har forstått det som var viktig å forstå?

Pasient: Jo, spesielt før jeg ble operert. Dagen før var det et informasjonsmøte på sykehuset. Jeg skulle ønske at jeg hadde hatt en tolk der, for sønnen min måtte dra hjem. Det var masse informasjon som kom som jeg ikke forstod.

Intervjuer: Var det ingen der på sykehuset som foreslo eller spurte om det skulle bestilles tolk?

Pasient: Det var jeg som nektet. Og jeg angret på det.

(fra pasientintervju, via tolk)

Hvem har ansvar for å vurdere behovet for tolk og bestille tolk? Dette har lenge vært uklart. Pasienten som er sitert over, har bodd i Norge i over 20 år. Han forteller at det ikke har vært tilkalt tolk de siste årene, men at han ofte har måttet be sin voksne sønn eller andre pårørende om hjelp til tolking. Når helsepersonell opplever at pasienter ønsker å bruke pårørende som tolk, slik som i dette tilfellet, tyder det på at pasientens norskkunnskaper ikke er tilstrekkelige. Da er det behov for å tilkalle kvalifisert tolk, uavhengig av hva pasienten sier om muligheter for språkhjelp fra pårørende. I dette eksempelet ble behovet for tolk særlig tydelig da pasienten i ettertid uttrykte at han angret på at han takket nei til helsepersonellens forslag. I tolkeloven er det nå tydeliggjort at ansvaret for å tilkalle tolk ligger hos helsepersonellet – ikke hos pasienten (tolkeloven § 6).

Men selv om det er avklart hvilken part som skal tilkalle tolk, kan det fremdeles være utfordrende å avgjøre i hvilke situasjoner tolking er nødvendig. Sitatet over handler om et «informasjonsmøte før en operasjon». Ved et slikt informasjonsmøte er «sakens alvorlighet og karakter» (tolkeloven § 6) opplagt så betydelig at det er viktig at kommunikasjonen fungerer tilfredsstillende. I andre situasjoner kan det være krevende å avgjøre hva som er alvorlig nok til å utløse kravet. Selv om det kan virke trygt å samtale uten tolk i lavrisikosituasjoner, kan det være vanskelig å vite om innholdet i en samtale underveis kan komme til å endre karakter fra lavrisiko til høyrisiko.

Utilstrekkelige norskferdigheter

[Jeg benytter vanligvis] alltid tolk. (...) Men fastlegen har gått i fødselspermisjon, og vi har fått en vikar. Vikaren vil ikke bestille tolk. Hun sier jeg snakker bra norsk. Og at hun skjønner alt. (fra pasientintervju, via tolk)

Et annet spørsmål er avgjørelsen om hvorvidt «samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk» (tolkeloven § 6). I sitatet velger legen å gjennomføre samtalen på norsk uten tolk, til tross for pasientens ønske om tolk. Forskning viser at helsepersonell kan overvurdere pasientens norskferdigheter, og at andre hensyn som økonomi, tidspress og logistiske utfordringer også bidrar til at tolk ikke tilkalles (18, 19). Men det er behov for tolk dersom pasienten uttrykker behov for dette – uavhengig av helsepersonellets mening. Pasienten har rett til å forstå alt som blir sagt og til å kunne uttrykke seg presist og nyansert (20, 21).

Når pasient og helsepersonell ikke snakker samme språk i det hele tatt, er det lett å fastslå at det er behov for tolking. Tolkebehovet er vanskeligere å fastslå hvis pasienten snakker en del norsk. Retningslinjer anbefaler at tolk tilkalles ved tvilstilfeller (22, 23). Siden verken tolkeloven eller ulike retningslinjer gir klare instruksjoner om hvordan norskferdigheter skal vurderes, må helsepersonell utvise skjønn. Et spørsmål som «trenger du tolk?» bør unngås. Et alternativ kan være å spørre: «På hvilket språk foretrekker du å få behandling?»

Utilstrekkelige engelskferdigheter

I felt like the doctor was not able to explain to me in a proper way because the doctor is also from different country (...). (fra pasientintervju, på engelsk)

En annen strategi som benyttes av både helsepersonell og pasienter, er å gjennomføre samtalen på engelsk. I praksis viser det seg at engelsk ofte brukes selv når én eller begge parter har begrensede engelskferdigheter. Som sitatet over illustrerer, kan utilstrekkelige engelskferdigheter føre til at helsepersonellet ikke evner å gi pasienten korrekt informasjon. Det var først etter en samtale gjennomført med tolk, at denne pasienten skjønte hvor alvorlig hans medisinske tilstand var. Det er et sjansespill å bruke engelsk som hjelpespråk når én eller begge samtaleparter ikke har tilstrekkelige ferdigheter i engelsk. Engelsk kan fungere i lavrisikosituasjoner, men for medisinsk informasjon som krever høy grad av presisjon, er det utilfredsstillende.

Fremtidige utfordringer: nye teknologier

Jeg tror at teknologi etter hvert vil løse dette problemet [med kommunikasjon på tvers av språkbarrierer]. Den har allerede løst det, til en viss grad. Men den har også introdusert nye problemer. (fra pasientintervju, via tolk)

Den raske utviklingen i digitale teknologier, som tolking via skjerm og kunstig intelligens (KI), gir forventninger om enklere løsninger for kommunikasjon på tvers av språkbarrierer. Som sitatet over viser, uttrykker også pasientene tro på at teknologi kan være løsningen på språkbarrierer. Pasientens utsagn illustrerer et sentralt paradoks i dagens helsetjeneste. Digitale verktøy og kunstig intelligens har allerede bidratt til å redusere språkbarrierer, for eksempel gjennom fjerntolking (tolking via telefon eller skjerm) eller gjennom automatiserte oversettelsestjenester, tale til tekst-løsninger og tale til tale-løsninger. Disse teknologiene kan gi rask tilgang til informasjon og kan være et supplement i lavrisikosituasjoner, og fjerntolking kan være en løsning for å få lettere tilgang til kvalifiserte tolker over hele landet.

Samtidig reiser teknologien nye spørsmål (24). Fjerntolking er ikke en god erstatning for frammøtetolking i en rekke situasjoner, som for eksempel lange samtaler med flere deltakere. Dessuten krever fjerntolking spesiell tilpasning av utstyr og sikkerhet. Når det gjelder KI, fungerer ikke slike løsninger like godt på alle språk. Særlig for minoritetsspråk med begrensede treningsdata er grunnlaget for KI svakere enn for majoritetsspråk. Dette kan føre til feiloversettelser som kan få alvorlige konsekvenser i medisinske sammenhenger. KI mangler dessuten evnen til å tolke kroppsspråk, tonefall, emosjoner og andre kontekstuelle elementer som ofte er avgjørende for å forstå pasientens behov og tilstand.

I tillegg oppstår etiske og juridiske problemstillinger (25). Hvem har ansvaret dersom en KI-generert oversettelse fører til feilbehandling? Hvordan sikrer man personvern når sensitive helsedata behandles av algoritmer? Disse spørsmålene understreker at teknologi ikke kan erstatte kvalifiserte tolker, men heller bør ses på som støtte til tolken, for eksempel i tolkens forberedelser til tolkeoppdrag.

En utfordring for helsetjenesten er å balansere effektivitet og kvalitet, og utvikle klare retningslinjer for når og hvordan KI-baserte løsninger kan brukes. Teknologi kan være en del av løsningen, men den kan ikke alene ivareta pasientsikkerhet, etikk og likeverd i kommunikasjonen.

Helsepersonellens tur?

Til tross for betydelige fremskritt innen profesjonalisering av tolking i helsetjenesten – med innføring av tolkeloven, etablering av Nasjonalt tolkeregister og økt oppmerksomhet på kvalifisering – viser pasienterfaringer og forskning at det fortsatt gjenstår viktige utfordringer. Språkbarrierer kan føre til alvorlige misforståelser, feilbehandling og redusert pasientsikkerhet. Nye teknologiske løsninger, som KI, må brukes med varsomhet og kun i lavrisikosituasjoner, og kan aldri fullt ut erstatte menneskelig kompetanse

i kritiske samtaler. Og det er helsepersonellens ansvar å sikre forsvarlig kommunikasjon.

Kvalifiserte tolker er avgjørende, men like viktig er helsepersonell som forstår sin rolle som tolkebrukere. Det krever kunnskap, etisk bevissthet og evne til å vurdere språklige behov – også når pasienten selv sier at tolk ikke er nødvendig.

For å møte dagens og fremtidens behov må tolking ses som et samspill – en «dans for tre» – der alle parter kjenner sine trinn. For at helsepersonell skal bli en mer kompetent danser, er det nødvendig med mer opplæring om kommunikasjon via tolk i helsetjenestene og mer tverrfaglig samarbeid mellom helseprofesjonsutdanningene og tolkeutdanningene. Bare da kan vi sikre likeverdige helsetjenester for alle, uavhengig av språk.

Litteratur

1. Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven). Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79> (09.01.2026)
2. Felberg TR, Sagli G, Hansen C, Langaas A, Skaaden H. Patient education in multilingual groups of cardiac patients: Mission (im)possible?. *PEC Innovation* 2024; 4: 100304. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100304>
3. Sagli G, Felberg TR. Access to new forms of public healthcare services: patient experiences from interpreter-mediated cardiac rehabilitation. *FITISPos International Journal* 2024; 11(2): 65–82. <https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2024.11.2.368>
4. Wadensjö C. *Interpreting as interaction*. London: Longman, 1998.
5. Wilhelmsen M, Holth BA, Kleven Ø, Risberg T. Minoritetsspråk i Norge: En kartlegging av eksisterende datakilder og drøfting av ulike fremgangsmåter for statistikk om språk. Oslo og Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2013. <https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/handle/11250/3170216> (09.01.2026)
6. Kjøllesdal MKR, Gerwing J, Indseth T. Health risks among long-term immigrants in Norway with poor Norwegian language proficiency. *Scandinavian Journal of Public Health* 2023; 51(3): 422–429. <https://doi.org/10.1177/14034948221085399>
7. Brandl EJ, Schreiter S, Schouler-Ocak M. Are Trained Medical Interpreters Worth the Cost? A Review of the Current Literature on Cost and Cost-Effectiveness. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2020; 22(1): 175–181. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00915-4>
8. Heath M, Hvass AMF, Wejse CM. Interpreter services and effect on healthcare – a systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. *Journal of Migration and Health* 2023; 7: 100162. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100162>
9. NOU 2014: 8 *Talking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-8/id2001246/> (09.01.2026)
10. Lov om endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk). Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23> (09.01.2026)

11. Jakobsson M, Ventovaara H, Jungner JG, Broström E, Tiselius E, Pergert P. Communication across language barriers in Nordic Paediatric oncology care – A cross-sectional multicenter survey with healthcare personnel. *PEC Innovation* 2025; 6: 100395. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2025.100395>
12. Fonn M. «Noen pasienter føler det er tryggest å bruke barna som tolk». *Sykepleien forskning, Nyhet*, 7. april 2022. <https://sykepleien.no/2022/03/noen-pasienter-fole-det-er-tryggest-bruke-barna-som-tolk> (09.01.2026)
13. IMDi. Trenger du tolk?. IMDi, Nasjonalt tolkeregister, 2026. [https://www.tolkeregisteret.no/\(09.01.2026\)](https://www.tolkeregisteret.no/(09.01.2026))
14. Proba-samfunnsanalyse. Kartlegging av retningslinjer og erfaringer med bestilling og bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren. *Rapport 2023*; 9. <https://proba.no/wp-content/uploads/2025/02/Rapport-2023-9-Kartlegging-av-retningslinjer-og-erfaringer-med-bruk-av-tolk-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf> (09.01.2026)
15. Felberg TR, Sagli G, Skaaden H, Sæbøe I. Kommunikasjon via tolk. OsloMetX, 2022. <https://revisjonx.oslomet.no/courses/course-v1:OsloMetX+KT22+02/about> (11.11.2025)
16. IMDi. Gjennomføring av tolkede samtaler og møter. Oslo: IMDi, 2024. <https://www.imdi.no/tolk/ressurser-for-offentlige-virksomheter/gjennomforing-av-tolkede-samtaler-og-moter/> (23.11.2026)
17. Felberg TR, Sagli G. Training public service providers in how to communicate via interpreters. Gavioli, Laura; Wadensjö, Cecilia, red. *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. Routledge. <https://hdl.handle.net/11250/5091083>
18. Czapka E, Gerwing J, Sagbakken M. Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2019; 47(7): 755–764. <https://doi.org/10.1177/1403494818807551>
19. Vange SS, Nielsen MR, Michaëlis C, Smith Jervelund S. Interpreter services for immigrants in European healthcare systems: a systematic review of access barriers and facilitators. *Scandinavian Journal of Public Health* 2024; 52(7): 893–906. <https://doi.org/10.1177/14034948231179279>
20. HelseNorge. Tolk i helsetjenesten. *HelseNorge*; 2025. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/tolk/> (23.11.2025)
21. WHO. *Patient safety rights charter*. World Health Organization; Paragraph 7. WHO; 2024. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a48952b5-c8d5-4842-9e68-1ef966ffba85/content> (23.11.2026)
22. IMDi. Når må man bruke tolk? Oslo, IMDi; 2025. <https://www.imdi.no/regelverk/tolkeloven/nar-ma-man-bruke-tolk/>(23.11.2026)
23. HelseDirektoratet. Tolketjenester i helse og omsorgstjenesten. Nasjonal veileder 2026. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tolketjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten> (09.01.2026)
24. Skaaden H. Remote Interpreting: Potential Solutions to Communication Needs in the Refugee Crisis and Beyond. *The European legacy, toward new paradigms* 2018; 23(7–8): 837–856. <https://doi.org/10.1080/10848770.2018.1499474>

25. Horváth I. AI in interpreting: Ethical considerations. *Across languages and cultures* 2022; 23(1): 1–13. <https://doi.org/10.1556/084.2022.00108>

Tatjana Radanović Felberg
taraf@oslomet.no
OsloMet – storbyuniversitetet
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Tatjana Radanović Felberg er professor ved OsloMet, der hun underviser og forsker på tolking i offentlig sektor. Hennes forskningsinteresser inkluderer oversettelse i krisesituasjoner (for eksempel under covid-19-pandemien) og hvordan kunstig intelligens påvirker tolkeyrket.

Gry Sagli
grysa@oslomet.no
OsloMet – storbyuniversitetet
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Gry Sagli (førsteamanuensis emerita) har undervist og forsket ved tolkeutdanningen, tolking i offentlig sektor, ved OsloMet. Utdannet fysioterapeut, senere hovedfag i kinesisk språk og kultur (UiO) og doktorgrad om kinesiske akupunkturbegreper (UiO).

Artikkelen er fagfellevurdert.

Det begynte med Helsetjeneste for innvandrere i Oslo helseråd, 1975–1988

Michael 2026; 23: 143–150
doi: 10.5617/michael.13330

Den særskilte helsetjenesten for innvandrere under Oslo helseråd var, så vidt vites, det første særtilbudet for innvandrerpatienter i Norge, og det var spesielt rettet mot kvinner. Det var en pionertid med famling i begynnelsen, fram til oppbygging av kompetanse og deretter formidling. Kultur og kulturforskjeller fikk etter hvert praktisk og nyttig innhold. Det hjalp oss med å forstå pasientenes oppfatninger av sykdom, deres atferd og forventninger og erkjennelsen av vår egen kulturelle bagasje.

Høsten 1975, samme året som det ble innført innvandringsstopp i Norge, åpnet Oslo helseråd en helsetjeneste ved det som het Fremmedarbeiderkontoret. Stadsfysikus i Oslo Fredrik Mellbye (1917–1999) hadde et personlig engasjement for neglisjerte grupper. Etter at mannlige fremmedarbeidere begynte å få sine hustruer til landet, kom det signaler fra helsestasjoner i Oslo, om at det oppstod spesielle problemer blant kvinnene som nylig hadde kommet til Norge. Særlig var det store språkproblemer. Det var dessuten kjent at kvinner vegret seg for å bli undersøkt av mannlige leger. Derfor ble det bestemt at det nye tilbudet skulle være spesielt rettet mot kvinner, og at de ansatte skulle være kvinner. Tjenesten skulle både være helsestasjon og yte hjelp for helseproblemer.

Jeg begynte å jobbe på Fremmedarbeiderkontoret i 1976 (fra 1979 het kontoret Helsetjeneste for innvandrere). Det mest påfallende var at pasientene virket ansente og engstelige. Noen fortalte at vårt kontor var det eneste stedet der de snakket med nordmenn. Jeg hadde født mitt andre barn den våren og hadde ikke rett til lønnet permisjon. Derfor begynte jeg å jobbe like etter fødselen, og babyen var med på jobben slik at jeg kunne amme. Det var upraktisk, men det viste seg å få stor betydning i kontakten med pasientene: Jeg var ikke bare en av de fremmede, vi kvinner hadde noe felles.

Nå, 50 år etter, er dette som tatt fra en annen verden. Innvandrerne er blitt langt flere, og personer med innvandrerbakgrunn har inntatt sentrale posisjoner i samfunnet. Mange vil ikke lenger bli kalt innvandrere: «Æ e ferdigvandra», sier den somaliske sykepleieren og aktivisten Safia Abdi fra Harstad (Måseide 2015). Hun er lei av å bli sett på som «evig vandrende».

Formaliseringen av arbeidet

På 1970-tallet var det Oslo helseråd som organiserte primærhelsetjenesten i Oslo. Et besluttende politisk utvalg, som også het Helserådet, vedtok i 1977 hva kontoret skulle arbeide med. Tre punkter ble hentet fra stortingsmeldingen om innvandringsstoppen og arbeidet med innvandrings-spørsmålene (St.meld. nr. 107 (1975–76)):

- å fungere som inngangsport til det ordinære helsevesenet
- å samle kunnskap og erfaring om helsearbeid og innvandrere og å videreføre denne kunnskapen
- å samle systematisk kunnskap om innvandreres helsetilstand for at en skulle kunne legge opp et relevant tilbud om helsetjenester.

De to første punktene var klare bestillinger. Vi skulle gi et tilbud om helsestasjonstjeneste og annen primærhelsetjeneste til personer som hadde problemer med å få slike tjenester andre steder, slik at de senere skulle være i stand til å benytte vanlige helsetjenester. De fleste pasientene kom fra Pakistan og India, og vi hadde to fast ansatte tolker på urdu/hindi. Etter hvert fikk vi pasienter fra mange andre land, og vi begynte å bruke organisert tolketjeneste. Formidling av kunnskap ble etter hvert en sentral oppgave som innebar både artikkelskriving og å arrangere og bidra på kurs.

Det tredje punktet om å samle systematisk kunnskap forsto vi som epidemiologiske studier, men dette var ikke kontoret rustet for.

Den første faglige famlingen

I dag fins det et vell av bøker, artikler og avhandlinger om helse og innvandrere og norske forhold. Dette står i sterk kontrast til den spinkle tilgangen på relevant faglitteratur da vi begynte arbeidet vårt. Vi oppfattet at vi drev pionerarbeid, og det var både inspirerende og utfordrende. De mest relevante fagfeltene å sette seg inn i var tropesykdommer og transkulturell psykiatri. På et kurs i tropesykdommer hos Ivar Helle (1924–2018) på Ullevål sykehus lærte vi om livssyklusser hos parasitter med spektakulære navn og mystiske mellomverter. Spannende nok, men det viste seg at kunnskapen sjelden kom til nytte i praksis. Kanskje var det også medvirkende til en del ekso-tisme? Første gang jeg så en kvinne med knuteformete utslett på leggen,

tenkte jeg med en gang at det måtte være knuterosen – tuberkulose som setter seg i annet vev enn lungene. Men det viste seg at utslettet hos den tynnkledde kvinnen skyldtes en banal forfrysning i den sterke vinterkulda. De få gangene vi kunne påvise malaria måtte vi pent legge pasientene inn på sykehus; de skulle vises fram til studentene. Ivar Helle var alltid tilgjengelig for å gi faglige råd om tropesykdommer, og vi måtte til gjengjeld forsyne avdelingen hans med interessante pasienter. Hakeorm var i praksis den eneste eksotiske sykdommen vi kunne behandle selv. Årlige gjennomganger av diagnosene vi satte, viste at bare 1 % av pasientene fikk en trope-medisinsk diagnose. Her var også forebygging av malaria inkludert.

For å sette oss inn i transkulturell psykiatri fikk vi tak i Ørnulv Ødegård (1901–1986) epokegjørende avhandling *Emigration and Insanity* fra 1932 (Ødegård 1932). Den handlet om norske innvandrere til Minnesota som hadde høyere forekomst av psykose enn befolkningen ellers. Skyldtes det utvelgelse eller påkjenninger ved migrasjon? Ødegård helle mot at overhyp-pigheten skyldtes at de som reiste, hadde en større risiko for å utvikle psykose enn de som ble i Norge.

I England var det et rikt miljø for transkulturell psykiatri med blant andre Philip Rack i Bradford. I boken *Race, Culture and Mental Disorder*, som kom i 1982, omtaler han kulturasperker som er relevante for diagnostikk og behandling av psykiske lidelser. Han tar også opp migrasjonens betydning og rasisme. Boken ble senere oversatt til norsk (Rack 1986). Rack åpnet dørene til feltet for meg, og han introduserte meg for den psykiatriske foreningen i Pakistan slik at jeg fikk delta på møtene deres annethvert år.

Utvidelse av fagtilgangen

Kulturforskjeller var helt fra begynnelsen et sentralt felt ved kontoret, og medisinsk antropologi var et naturlig valg. I boken *Patients and Healers in the Context of Culture* av psykiater og sosialantropolog Arthur Kleinman (f. 1941) fikk vi omfattende, forståelig og praktisk hjelp til å begripe dynamikken i møte med pasientene (Kleinman 1980). Vi hadde også stor glede av antropologimiljøet ved Universitetet i Bergen. De jobbet ikke så mye med helsespørsmål, men var opptatt av møtene og viktigheten av gjensidig forståelse. Også samfunns- og kjønnsforskning var nyttig for å forstå det tilsynelatende motsetningsfylte i pasientenes atferd. De fleste var vant til leger som spilte tydelig på sin autoritet, noe jeg kjente igjen fra mine besøk i Pakistan, der jeg observerte interaksjonen mellom pasienter og helbredere som praktiserte i ulike tradisjoner. Da vi spurte pasientene fra Pakistan hva de selv tenkte om helseplager og symptomer, slik det er vanlig i norsk praksis, ble vi ofte møtt med mistro: Hadde vi ikke nok kunnskap selv? Slike

forventninger sto i kontrast til at de kunne protestere og til og med true dersom de ikke fikk de medisinerne de ønsket. Noen sa at de ville gå «til en privat lege», andre prøvde med bestikkelse. Det var nyttig å lære noe om skillet mellom makt og autoritet som kjønns- og samfunnsforskere beskrev. Pasientene i Pakistan var vant til leger med stor autoritet, men lite makt. I miljøer der det fins mange konkurrerende typer helbredere, må de tekkes sine pasienter, og pasientene kan sette ulike typer helbredere opp mot hverandre. I Norge derimot har legene stor tillit og mindre konkurranse, kulturen er mindre hierarkisk og vi var ikke klar over den makten vi hadde. Hos oss må pasienten ha resept på mange medisiner som er i håndkjøp andre steder, og det gir makt å være den som kan foreskrive. Å være den som bestemmer om en pasient skal sykmeldes, gir også makt.

I møte med pasienter her i Norge skulle vi ikke bare forholde oss til «kultur» generelt. Fremmedarbeiderkontoret var i utgangspunktet for kvinner, og kvinnene utgjorde 73–85 % av pasientene (Austveg 1987). Vi ønsket derfor å se på hva som er spesifikk kvinnekultur knyttet til helse. Oftest er det kvinner som har hovedansvaret for familiens kosthold, påkledning og å vurdere og behandle sykdomstilfeller i hjemmet – forhold som er grunnleggende for helse. «Kjerringråd» er jo også kjønnet. Dessuten dreide det seg ofte om kvinner som nylig hadde kommet til Norge, som hadde liten oversikt over norske forhold, og som opplevde seg underlegne i forhold til sine ektemenn. Vi forsøkte å unngå det som kalles kulturell diskvalifisering, og vi viste interesse og respekt for kvinnekunnskap om forebygging og behandling. Noen av kvinnene var analfabeter, det vil si definert ut fra at de *ikke kunne* lese og skrive. Etter hvert lærte vi å sette pris på muntlig kultur. Mange av disse kvinnene brukte rike og presise metaforer og beskrivelser, som vi etter hvert lærte å forstå.

Reproduktiv helse ble overraskende aktuelt. Det hendte flere ganger at kvinner hadde vært hos andre leger og fått innlagt spiral, men uten at de hadde bedt om det eller visste at det var gjort. Da jeg kontaktet kollegene mine om dette, fortalte de at kvinnene virket slitne, og at det var gjort i beste mening, men uten tilstrekkelig språklig kontakt. En pasient var også blitt sterilisert uten at hun hadde forstått at steriliseringen var ment å være permanent. Det ble oppvask, og jeg skrev en liten sak i *Tidsskrift for Den norske legeforening* som det kom mange reaksjoner på, både som skriftlige innlegg og som telefoniske henvendelser.

Arbeidet med innvandrere som pasienter reiste flere grunnlagsspørsmål i helsetjenesten. Når pasienter ble møtt på måter de ikke var vant til, stilte de oss spørsmål som også ble relevante for oss. Hva er egentlig en diagnose? Hva er i grunnen helse? Hva er målet for det vi gjør? En praktisk orientert

filosof hjalp oss, og en antropolog, en religionshistoriker og en tannlege gjorde feltarbeid for hovedoppgave og doktorgrader ved vårt kontor. Denne tverrfagligheten var en stor berikelse.

Et par kliniske problemstillinger

Noen av helseproblemene vi så på 1980- og 1990-tallet, er blitt sjeldnere eller er forsvunnet. Vi så en del tilfeller av ekstrem anemi hos barn; apatiske unger som hovedsakelig hadde levd på melk og bananer, og noen hadde rakitt. Det gjorde særlig inntrykk når pasienter kom til oss med helseplager som var blitt misforstått andre steder i helsetjenesten på grunn av måten de hadde framvist smerter på. Vi opplevde pasienter med ekstrauterine graviditeter og andre kritiske tilstander som var blitt avvist andre steder, fordi det var en oppfatning at innvandrere overdriver sine symptomer. Forhåpentligvis er det ingen lenger som skriver slik i en epikrise: «Pasienten har ingen objektive smerter», som om smerte i seg selv er en observerbar størrelse. Det var en ganske utbredt oppfatning at «innvandrere har lav smerteterskel». Vi ble etter hvert opptatt av at smerteatferden oppsto i samspillet mellom oss og pasientene, og vi forsøkte å forholde oss til deres smerteatferd på en fruktbar måte. Det er derfor gledelig å se at smerte hos innvandrere etter hvert er blitt et viktig forskningsfelt (Bjørkli 2019).

Endring av hvor pasientene kom fra, og om tortur

De første årene var de fleste pasientene fra Pakistan. I 1976 var andelen hele 90 %, mens den i 1984 var sunket til 50 % (Austveg 1987). Vi hadde da begynt å få flyktninger fra Sør-Amerika og Vietnam. Mange av disse hadde opplevd tortur, men det hadde vi marginal kunnskap om. Siden det ikke fantes noe opplegg for utredning og behandling, måtte vi lage det selv. Professor Leo Eitinger (1912–1996), som overlevde konsentrasjonsleirene Auschwitz og Buchenwald, var opptatt av krisepsykiatri, og han var til uvurderlig hjelp og støtte. En del andre psykiatere var derimot mindre hjelpsomme, og én avslo henvisning fra oss med begrunnelsen at han «ikke likte tortur». Mange avslo med begrunnelsen at de ikke ville jobbe med tolk. Et unntak var Carl-Severin Albretsen (1926–2012). Han fortalte at han hadde veldig lyst til å forsøke å ha en pasient i psykoanalyse med tolk.

Opplæring: kursing og skriving

Jeg hadde bare jobbet i et par måneder da jeg første gang ble bedt om å holde et innlegg om innvandrere og helse. Etterspørselen var enorm. I 1978 ble min første artikkel publisert (Schumacher 1978). Det var en ganske enkel artikkel der jeg prøvde å nøste opp de barrierene en kunne oppleve

i dette arbeidet, og hvordan de kunne overkommes. Artikkelen min ble publisert så mange steder at jeg til slutt måtte si nei til ytterligere spredning. Det sier litt om hvor lite lærestoff som fantes på 1970-tallet.

Etter hvert bidro vi med mange artikler og kapitler i lærebøker og drev mye undervisning. Det var to ulike typer reaksjoner på undervisningen. Den ene var: «Å jobbe med innvandrere er jo som alt annet helsearbeid, ingen forskjell!» Den andre var: «Å, er det så vanskelig, da kan jeg jo aldri klare det!» Men godt helsearbeid er stort sett alltid godt helsearbeid, vi må bare gjøre noen justeringer for å forstå pasienten vi har foran oss og for selv å bli forstått. Det som gjerne kalles «kulturkunnskap», kan hjelpe oss å stille relevante spørsmål, men det kan *ikke* gi svar på hva en pasient mener eller hvordan hen forholder seg til helse og sykdom.

Blinde for misforståelser?

En dag ble jeg i all hast bedt om å komme til et sosialkontor, som det het den gangen. Der møtte jeg ansatte som var i harnisk. En pakistansk familie med mor, far og fire små barn hadde bedt om sosialhjelp. De fortalte begeistret at de hadde funnet noen dyre, fine møbler som de hadde kjøpt, og nå hadde de ikke penger til mat.

Jeg snakket med foreldrene som ikke forsto hvorfor personalet på sosialkontoret var så sinte. De hadde fått høre at dersom de ikke hadde penger, kunne de få sosialhjelp, og det var *ingen skam* å be om det. Så de hadde helt *uten skam* bedt om hjelp. Det endte med at de ble skjelt ut. Personalet var rystet over at de kunne opptre så uansvarlig, og attpåtil tro at de skulle få sosialhjelp.

Dette ble en aha-opplevelse. Vi tar mye for gitt og undervurderer hvor lett vi kan misforstås. Vi har systemer som kan virke helt uforståelige for personer som kommer til landet. Når det sies at det ikke er skam å be om nødvendig økonomisk hjelp, er det jo nettopp fordi det *er* en skam, og skammen er et nødvendig hinder for hjelpsøking.

En annen pasient fortalte stolt at hun ikke ville ha barnetrygd, familien greide seg godt økonomisk. Jeg forsøkte å forklare at med barnetrygd var det *ingen skam*, men nådde ikke fram. Kanskje hadde familien en ubehagelig erfaring med å bli misforstått.

Slutten for Helsetjeneste for innvandrere

Helsetjeneste for innvandrere opphørte i 1988. Helt siden opprettelsen i 1975 ble det diskutert om det var riktig med særomsorg. Diskusjonen var for oss nokså virkelighetsfjern. De siste årene hadde kontoret fått et rykte

om at vi kunne hjelpe pasienter som hadde søkt hjelp mange steder uten å bli forstått. Mange av dem hadde hatt to eller flere jobber og var utbrent. En svært stor andel hadde kompliserte og sammensatte problemer. De kom fra hele østlandsområdet med bæreposer fulle av medisiner og røntgenbilder, etter langvarig jakt på hjelp. Vår ambisjon var å gi adekvat hjelp slik at disse rundgangene ble brutt. Men for enkle helseproblemer ønsket de, som andre, å få hjelp så nær som mulig der de bodde. De siste årene så vi knapt vanlige årsaker til hjelpsøking, som ukompliserte urinveisinfeksjoner eller øreverv.

Fredrik Mellbye gikk av som stadsfysikus i Oslo i 1985. Han hadde skapt visjonen for Helsetjenesten for innvandrere, og hele tiden holdt han sin hånd over oss. Vi fikk fleksibilitet til å prøve ut, tenke og fundere, teste ut og knytte til oss personer som kunne hjelpe oss. Uten Mellbye var det ikke lenger mulig å utføre arbeidet slik vi mente det var forsvarlig. I 1988 sa alle opp stillingene sine, og kontoret ble nedlagt.

Helsetjeneste for innvandrere var helt avhengig av enkeltpersoners engasjement. Det var spennende i en pionerfase, men sårbart i lengden.

Endringer

Mye har endret seg, mye kunnskap er generert, og det fins en rekke klinikere som jobber med innvandrere og helse. Nå brukes gjerne begrepet migrasjonshelse, og uttrykket «flerkulturell» har fått fotfeste, noe som igjen understreker betydningen av kultur.

Så lenge Helsetjeneste for innvandrere fantes var det knapt andre miljøer som jobbet systematisk med helse og innvandrere. Først etter at kontoret ble nedlagt, kom det en rekke tilbud i Oslo og andre steder som jobbet med innvandrere generelt eller med flyktninger, asylsøkere og papirløse spesielt.

Fagområdene er også blitt utvidet, og det er helt vanlig at helsepersonellet har innvandrerbakgrunn. Rasisme er blitt et mer eksplisitt tema som undervises i helsefagutdanningene (Hildrum 2025). Helsetjeneste for innvandrere opplevde renspektet rasisme i form av trusselbrev, maling av hakekors og «Norge for nordmenn» på murveggen utendørs. Vi fikk til og med en dynamittladning i døra: Nynazistene som sprengte en bombe i Ahmadiyya-moskeen på Frogner i 1985, smalt også av en «prøveladning» som laget et stort hull i inngangsdøra vår.

Litteratur

- Austveg B. Helsearbeid over kulturgrenser – om helserådets spesielle tjeneste for innvandrere. I: Siem H, Berg K, Grünfeld B, red. *Samfunnsmedisin i praksis. Oslo Helseråd i 1980-årene. Festskrift til Fredrik Mellbyes 70-årsdag*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
- Bjørkli AK. En sherpa fra Himalaya kan uttrykke smerte annerledes enn en bonde fra Valdres. Derfor må helsepersonell tilpasse smertebehandlingen til kultur og religion. *Sykepleien* 2019; 107: e-76013 <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/ulike-kulturer-har-forskjellige-smerteuttrykk> (26.01.2026)
- Hildrum JM. Rasisme og diskriminering må inn som tema på medisinstudiet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143: doi: 10.4045/tidsskr.23.0491
- Kleinman A. *Patient and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1980.
- Måseide IA. Safia er ingen innvandrere. Ho er ferdig vandra. *Vikebladet* 2015 <https://www.vikebladet.no/nyhende/n/QxXLwx/safia-er-ingen-innvandrar> (5.2.2026)
- Rack P. *Innvandrere. Kultur og psykiatri*. Oslo: TANO, 1986.
- Schumacher B. Hvorfor er det så vanskelig? *Inter Medicos* 1978; 21: nr 4.
- St. meld. nr. 74. (1979-80). *Om innvandrere i Norge*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1980.
- Ødegård Ø. Emigration and Insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica* 1932; Supplement 4.

Berit Austveg
berit@austveg.com
Skogstuveien 16b
1363 Høvik

Berit Austveg ledet Helsetjeneste for innvandrere 1976-88, har jobbet som samfunnsmedisiner i Afrika og Asia, i FNs befolkningsfond, og samarbeidet med Norad, Utenriksdepartementet og Verdens helseorganisasjon. Har videre jobbet i Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, og Enhet for migrasjonshelse i Folkehelseinstituttet.

Infeksjoner og krigsmigrasjon: erfaringer fra Ukraina

Michael 2026; 23: 151–159
doi: 10.56175/Michael.13331

Krig og konflikt fører mennesker på flukt både internt og til andre land. I denne kronikken setter vi søkelys på infeksjonsmedisinske konsekvenser av krigsrelatert migrasjon fra Ukraina, med særlig oppmerksomhet på hiv, virale hepatitter, tuberkulose og antibiotikaresistente mikrober.

I 2022 innledet Russland en fullskalainvasjon av nabolandet Ukraina, nesten ti år etter annekteringen av den autonome republikken Krim. Den pågående krigen har tvunget over ti millioner mennesker på flukt internt i eget land eller til utlandet, og ført til mer enn 12 000 sivile dødsfall og rundt 30 000 skadde (1). Krigsrelatert migrasjon har betydelige konsekvenser for både somatisk og psykisk helse. Erfaring viser at krig, konflikt, flukt og fattigdom øker risikoen for smittsomme sykdommer, samtidig som oppfølging av både akutte og kroniske sykdommer svekkes. I denne kronikken belyser vi migrasjonshelse i et infeksjonsmedisinsk perspektiv.

En verden i bevegelse

Migrasjon er ikke et nytt fenomen – mennesker har beveget seg over landegrensener til alle tider. De siste tiårene har man sett en betydelig økning globalt (2). I 2024 ble antall migranter estimert til 304 millioner, en dobling siden 1990. Av disse var 38 millioner flyktninger og åtte millioner asylsøkere (2). Antall mennesker på flukt fra krig og konflikt har ikke vært høyere siden FN startet sitt arbeid med å registrere flyktninger på 1950-tallet. I samme periode ble det registrert 94 millioner migranter i Europa, noe som gjør Europa til regionen i verden med flest migranter, etterfulgt av Nord-Amerika, Nord-Afrika og Vest-Asia (2). Særlig har det siden 2022 vært en markant økning i antall migranter i Europa, i stor grad som følge av krigen i Ukraina (2).

Før Russlands invasjon av Ukraina var folketallet i Ukraina 44 millioner. Arealmessig er Ukraina Europas nest største land etter Russland. Det er anslått at over fem millioner har forlatt Ukraina siden februar 2022, hvorav ca. 100 000 har kommet til Norge.

Hiv og aids

Hiv har gått fra å være en dødsdom til å være en kronisk infeksjon med tilnærmet normal livslengde for dem som har tilgang på antiviral behandling (3). Komorbiditet er imidlertid fremdeles en utfordring, og dette hemmer livskvaliteten til mange som lever med hiv (4). Ifølge Verdens helseorganisasjon/UNAIDS lever det i dag ca. 41 millioner mennesker med dette viruset. Sentralt i hivomsorgen er god tilgang til diagnostikk og tidlig oppstart med livslang antiviral behandling. Dette er viktig både for den enkelte som lever med hiv og for folkehelsen, siden velbehandlet hiv ikke smitter seksuelt. Det er derfor et paradoks at det fortsatt er forbundet med betydelig stigma og diskriminering å leve med hiv, til tross for den revolusjonerende utviklingen innen medisinsk behandling. Ifølge UNAIDS er stigma og diskriminering et av de største hindrene for bekjempelse av epidemien verden over (5). Hivomsorgen er i flere deler av verden under sterkt press og møter store utfordringer i møte med krig, konflikter, kriminaliserende lover, naturkatastrofer, fattigdom og flukt. Denne situasjonen forsterkes ytterligere gjennom nedskalering av den globale bistandsfinansieringen som særlig rammer de mest sårbare, herunder personer som lever med hiv (6).

En av de raskest voksende hivepidemiene i verden i dag finner sted i Øst-Europa og Sentral-Asia, hvor Russland og Ukraina er de to landene med flest hivtilfeller i Europa (5). Verdens helseorganisasjon anslår at ca. 1 % av befolkningen i begge land er smittet med hiv. Det er sammensatte årsaker til dette, men en utløsende faktor var et økende antall injiserende rusmisbrukere i begge land etter Sovjetunionens fall, hvor nødvendige forebyggende tiltak ikke ble igangsatt. Ukraina har siden 2004 tillatt legemiddelassistert rehabilitering som et skadereduserende tiltak, slik som i store deler av den vestlige verden. Dette står i sterk kontrast til Russland hvor slik behandling fortsatt ikke er tillatt (7)

Ved inngangen til 2022 var det estimert 245 000 hivpositive i Ukraina, hvorav ca. 60 % var på antiviral terapi (1). Tall fra det ukrainske folkehelseinstituttet viser at antall hivtilfeller har økt med 13 % etter invasjonen, særlig i de okkuperte områdene i sør-øst-Ukraina. Årsakene er okkupasjon og krigshandlinger, migrasjon av både pasienter og helsearbeidere samt redusert kapasitet for screening og behandling (1). I Norge har forekomsten av nye hivtilfeller gradvis gått ned fra 2008 til 2021, men siden 2022 har

den igjen økt. I løpet av de siste tre årene er det registrert over 800 nye tilfeller, hvorav om lag 45 % er ukrainske borgere. Ca. 20 % av disse var uvitende om sin infeksjon ved diagnosetidspunktet i Norge (8).

Tuberkulose

Tuberkulose (TB) er fortsatt en av de mest dødelige infeksjonssykdommer globalt. I følge Verdens helseorganisasjon var det ca. 1,25 millioner dødsfall og over ti millioner nye tilfeller i 2023 (9). Sykdommen rammer først og fremst lungene, men kan affisere alle organer i kroppen. For å få kontroll er det avgjørende å skille mellom aktiv og latent infeksjon. Det er kun aktiv lungetuberkulose som kan være smitteførende, og hurtig og god diagnostikk er derfor sentralt (10). Rundt 25 % av verdens befolkning er smittet, men bare 5–10 % av de smittede utvikler aktiv sykdom. Risikoen for å utvikle dette øker imidlertid med svekket cellulært immunforsvar (9). Dette forklarer hvorfor hiv og tuberkulose er så nært knyttet sammen.

På verdensbasis har det de siste 20 årene vært en nedgang i forekomst av aktiv sykdom. Samtidig er det registrert en økning i multiresistente tilfeller. I dag har 30 land høy prevalens av multiresistent tuberkulose, hvorav ni ligger i Øst-Europa og Sentral-Asia (9). Tall fra Verdens helseorganisasjon viser at TB-insidensen har økt i Ukraina i løpet av krigen, fra 85 per 100 000 i 2021 til 112 per 100 000 i 2023 (11). Dette innebærer at Ukraina har passert Verdens helseorganisasjons terskel for det som defineres som høy forekomst. Samtidig viser undersøkelser gjennomført i Ukraina under krigen en nedgang i registrerte tuberkulosetilfeller i de krigsutsatte områdene. Samtidig har det vært en økning i de områdene som har kapasitet til å gjennomføre screening, og som mottar og ivaretar internt fordrevne flyktninger (12). Strategier for tuberkuloseovervåking og kontrollstrategier for å forebygge utbrudd varierer fra land til land (13). I en nylig studie fra 30 europeiske land fant man at forekomsten av tuberkulose blant ukrainskfødte flyktninger var lavere enn den forventede raten i hjemlandet, men høyere i vertsland som anbefaler screening (13). En annen nylig publisert studie undersøkte aktiv forekomst av sykdommen blant ukrainske soldater som var på opptrening i Tyskland. Alle ble undersøkt med røntgen av lungene. Ved mistanke om tuberkulose basert på røntgenfunn ble det gjort videre diagnostikk med CT og mikrobiologisk prøvetaking. Studien fant 23 tilfeller av aktiv sykdom blant 13 620 soldater, tilsvarende en insidens på 168 per 100 000. Over en tredel av tilfellene hadde multiresistent sykdom, og mer enn 60 % av soldatene med sykdommen hadde ingen symptomer. I Norge ble det registrert høy forekomst av sykdommen blant nyankomne mannlige ukrainske flyktninger, med en insidens på 248 per 100 000 i 2024

(14). Tallene reflekterer høy forekomst av tuberkulose blant voksne ukrainske menn og at disse oppdages gjennom systematisk ankomstscrening. Det er viktig å nevne at det absolutte antallet TB-tilfeller blant ukrainske flyktninger i Norge fortsatt er lavt (14). Funnene fra Europa understreker viktigheten av gode strategier for screening, oppfølging og behandling i områder som mottar flyktninger fra Ukraina, og andre land med høy forekomst av tuberkulose.

Virale hepatitter

Med en estimert prevalens på 254 millioner tilfeller av kronisk hepatitt B (HBV) og 50 millioner med kronisk hepatitt C (HCV) i verden, representerer viral hepatitt et globalt helseproblem (15). Ubehandlet kan begge virusene føre til leverskade og økt fare for levercirrhose, leverkreft og død. Globalt er leverkreft den tredje vanligste årsaken til kreftrelatert død og 40 % av dødsfallene skyldes HBV. I 2022 var det registrert 1,3 millioner dødsfall relatert til viral hepatitt, sammenlignet med 1,1 millioner i 2019, hvor HBV står for flertallet av dødsfallene (15). Begge virusene smitter primært gjennom kontakt med blod, hvor HBV er mer smittsomt enn HCV og kan i større grad enn HCV smitte seksuelt og fra mor til barn. HBV blir oftest kronisk når smitten skjer tidlig i livet, mens HCV kan bli kronisk, uavhengig av pasientens alder ved smittetidspunktet. Til tross for bedre utstyr for testing og billigere behandling har både tallene for testing og behandling stagnert i store deler av verden (15, 16). Det finnes i dag ingen vaksiner mot HCV, men det finnes effektiv behandling som kan kurere sykdommen. Til sammenligning kan HBV foreløpig ikke kureres, men behandling kan holde infeksjonen under kontroll, og det finnes en effektiv vaksine mot HBV. Verdens helseorganisasjon har som mål å eliminere HBV og HCV som et folkehelseproblem innen 2030. Hovedtiltakene er å innføre HBV-vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet i alle land samt å øke testing og behandling av både HBV og HCV (15).

Rapporter fra Ukraina viser at om lag 5 % av befolkningen er smittet med HCV, hvorav mer enn halvparten av disse er uvitende om at de er smittet (1). Det er anslått at 1,5 % av den ukrainske befolkningen har HBV (1). Nyere nasjonale data viser tydelig nedgang i testing samt redusert tilgang til vaksinasjon og behandling for både HBV og HCV etter krigens start (1). De mest utsatte områdene er de krigsherjede regionene i sør-øst-Ukraina. I Norge ble det i 2024 registrert 411 tilfeller av kronisk HBV, hvorav 23 % av tilfellene var blant personer fra Ukraina. For HCV ble det meldt 581 tilfeller samme år. 341 av de smittede var født i utlandet, og av de med antatt smitte fra utlandet var 60 % fra Ukraina (8).

Antibiotikaresistens

I et globalt folkehelseperspektiv er antibiotikaresistens en av de mest kritiske helsetruslene i vår tid, med urovekkende hurtig spredning av resistens verden over (17, 18). Det er behov for betydelige globale investeringer innen antibiotikastyring, smittevern og utvikling av nye behandlingsmuligheter (17, 18). Hvis ikke denne trusselen tas på alvor, anslår en at antibiotikaresistens kan forårsake opptil ti millioner dødsfall årlig etter 2050 (19).

Helt siden andre verdenskrig har det vært kjent at krig og konflikt bidrar til antimikrobiell resistens, og disse utfordringene har gradvis økt over tid (19, 20). Ved frontlinjen er det få muligheter for forebyggende tiltak mot infeksjoner og mikrobiologisk diagnostikk. Infeksjoner behandles i stor grad med bredspektrede antibiotika som driver frem seleksjon av resistente bakterier (20). Forskning utført i etterkant av krigene i Irak og Afghanistan viser en klar økning av antimikrobiell resistens, primært ekstendert spektrum betalaktamase (ESBL)-produserende Gram-negative mikrober, slik som *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Klebsiella pneumoniae*, i tillegg til meticillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) (19) (21). De samme utfordringene erfarer man nå fra krigen i Ukraina (22).

Utfordringene med antimikrobiell resistens påvirker ikke bare behandlingen av skadde soldater, men også sivilbefolkningen. Et sterkt presset helsevesen må prioritere krigsskadede pasienter, noe som reduserer kapasiteten til å behandle hverdagslige sykdommer og fører til mangel på medisiner, blant annet antibiotika. Begrenset tilgang til riktige antibiotika og kvalifisert helsepersonell bidrar igjen til ytterligere utvikling og spredning av resistente mikrober (20). Når det gjelder situasjonen i Ukraina, viste tall allerede i 2021 at 64 % av invasive *Klebsiella pneumoniae* infeksjoner var resistente mot karbapenemer (23). Ferske studier bekrefter en ytterligere økning av resistente mikrober (22).

Tall fra MSIS 2024 viser 21 % økning fra året før av karbapenemaseproduserende mikrober i Norge. Det anslås at 64 % var smittet i utlandet, hvorav 19 % av tilfellene var fra Ukraina. Lignende utvikling ses over hele Europa (24). Tall fra EU i 2023 viser at det siden 2019 har vært nesten 60 % økning i infeksjoner forårsaket av karbapenem-resistent *Klebsiella pneumoniae* (25). Likevel, selv om krig og konflikt er drivere for antimikrobiell resistens, er det fortsatt internasjonale reiser og migrasjon som er hovedårsaken til økende resistente mikrober verden over (24).

Vi trenger kunnskap

Forebyggende medisin er utfordrende og krever både tid og ressurser. I krigsområder blir disse tiltakene ofte nedprioritert på bekostning av akutt og

livsnødvendig behandling. Krigen i Ukraina byr på store vanskeligheter både for helsepersonell og pasienter. Omtrent 720 sykehus var i drift i Ukraina før krigen. I april 2023 var bare 450 sykehus fortsatt operative (26). Annen kritisk infrastruktur og forsyningslinjer er ramponert, noe som resulterer i mangel på medisiner og laboratorieutstyr til for eksempel testing og screening. Jevnlige strømbrydd som følge av krigen påvirker den daglige driften på mange sykehus (26) (1). Ukrainske myndigheter rapporterer om nedgang i vaksinasjonsdekning siden krigen startet samt mangel på utstyr og medisiner til screening og behandling av blant annet hiv, hepatitt B, hepatitt C og tuberkulose (1). I tillegg observeres et økende problem med antibiotikaresistens som følge av krigen (22).

Et helhetlig helsetilbud til flyktninger forutsetter oppmerksomhet på både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer. Flere infeksjonssykdommer som er utbredt i Ukraina, er forbundet med stigma og diskriminering, noe som kan forsterke belastningene knyttet til å være flyktning. For å kunne gi et godt og helhetlig helsetilbud er det derfor viktig å kjenne pasientens bakgrunn og livssituasjon. For smittsomme sykdommer er det avgjørende med en nasjonal strategi for overvåking, oppfølging og behandling. Dette er viktig både for den enkelte pasient og i et bredere folkehelseperspektiv.

Litteratur

1. Public Health Center (PHC) of the Ministry of Health of Ukraine. *Annual report of the public health center of the MOH Of Ukraine: National response of HIV, TB, viral hepatitis and SMT programmes in the context of full-scale Russian invasion*. Kiev: 2023.
2. United Nations. *International Migrant Stock 2024. Key fact and figures*. New York: 2025. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
3. Lohse N, Obel N. Update of Survival for Persons With HIV Infection in Denmark. *Annals of Internal Medicine* 2016; 165(10): 749–750.
4. Marcus JL, Leyden WA, Alexeeff SE, Anderson AN, Hechter RC, Hu H et al. Comparison of Overall and Comorbidity-Free Life Expectancy Between Insured Adults With and Without HIV Infection, 2000-2016. *JAMA Network Open* 2020; 3(6): e207954.
5. UNAIDS. *Eastern Europe and Central Asia regional profile – 2024 global AIDS update The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads*. Geneva: UNAIDS; 2024.
6. Mallapaty S. 25 million deaths: what could happen if the US ends global health funding. *Nature* 2025; 641(8061): 17–18.
7. Cepeda JA, Eritsyan K, Vickerman P, Lyubimova A, Shegay M, Odinkova V et al. Potential impact of implementing and scaling up harm reduction and antiretroviral therapy on HIV prevalence and mortality and overdose deaths among people who inject drugs in two Russian cities: a modelling study. *Lancet HIV* 2018; 5(10): e578–e87.
8. Folkehelseinstituttet. *Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner i Norge. Årsrapport 2024*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025.

9. World health organization. *Global tuberculosis report 2024*. <http://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024> (11.2.2026)
10. Luo Y. Editorial: Unveiling distinctions: active tuberculosis versus latent tuberculosis infection - immunological insights, biomarkers, and innovative approaches. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology* 2025; 15: 1659311.
11. World Health Organization. *Global tuberculosis profile*. Geneva: 2025. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025> (11.2.2026)
12. Krokva D, Mori H, Valenti S, Remez D, Hadano Y, Naito T. Analysis of the impact of crises tuberculosis incidence in Ukraine amid pandemics and war. *Scientific Reports* 2025; 15(1): 17045.
13. de Vries G, Guthmann JP, Häcker B, Hauer B, Nordstrand K, Nowinski A et al. TB among refugees from Ukraine in European countries. *IJTLD Open* 2024; 1(4): 166–173.
14. Nordstrand K, Berild JD. Increase in tuberculosis notification rates among newly arriving male Ukrainian refugees to Norway, 2022 to 2024. *Eurosurveillance* 2025; 30(34).
15. World Health Organization. *Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries*. World Health Organization 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672> (9.4.2024)
16. Folkehelseinstituttet. *Smittevernhandboka: Hepatitt B – håndbok for helsepersonell*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. <https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/sykdommer-a-a/hepatitt-b/> (11.2.2026)
17. GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. *Lancet* 2024; 404: 1199–1226. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01885-3
18. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet* 2022; 399: 629–655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0
19. Abou Fayad A, Rizk A, El Sayed S, Kaddoura M, Jawad NK, Al-Attar A et al. Antimicrobial resistance and the Iraq wars: armed conflict as an underinvestigated pathway with growing significance. *BMJ Global Health* 2023; 7(Suppl 8).
20. Holen. Ø NORM-NORM-VET 2024. How war and conflict drive antibiotic resistance. I: *Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway*. NORM/NORM-VET 2024. Tromø: Norwegian Institute of Public Health; 2025.
21. Murray CK, Yun HC, Griffith ME, Thompson B, Crouch HK, Monson LS et al. Recovery of multidrug-resistant bacteria from combat personnel evacuated from Iraq and Afghanistan at a single military treatment facility. *Military Medicine* 2009; 174(6): 598–604.
22. Petrosillo N, Petersen E, Antoniak S. Ukraine war and antimicrobial resistance. *Lancet Infectious Diseases* 2023; 23(6): 653–654.
23. European Centre for Disease Prevention and control. *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023–2021 data*. Stockholm: 2023. . <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2023-2021-data>
24. Sare M, Tonby K, Quist-Paulsen EL, Årdal C. Impact of the war in Ukraine on AMR in Norway. I: *Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance*

- in Norway*. NORM/NORM-VET 2024. Tromsø: Norwegian Institute of Public Health; 2025.
25. European Centre of Disease Prevention and control. *Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023*. Stockholm 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-eueea-ears-net-annual-epidemiological-report-2023> (11.2.2026)
 26. Haque U, Bukhari MH, Fiedler N, Wang S, Korzh O, Espinoza J et al. A Comparison of Ukrainian Hospital Services and Functions Before and During the Russia-Ukraine War. *JAMA Health Forum* 2024; 5(5): e240901.

Anette Svensgaard Steinert
anette.svensgaard.steinert@unn.no
Infeksjonsmedisinsk seksjon
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 100
9038 Tromsø

Anette Svensgaard Steinert er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, overlege ved Infeksjonsmedisinsk seksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge, ph.d.-student ved UiT Norges arktiske universitet.

Gro Grimnes
gro.grimnes@unn.no
Infeksjonsmedisinsk seksjon
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 100
9038 Tromsø

Gro Grimnes er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer, overlege ved Infeksjonsmedisinsk seksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet.

Rigmor Berg
rigmor.berg@fhi.no
Folkehelseinstituttet, Postboks 4534 Nydalen
0404 Oslo

Rigmor Berg har en ph.d. innen folkehelse og er avdelingsdirektør i Område for helsetjenester ved Folkehelseinstituttet, professor ved UiT Norges arktiske universitet.

*Vegard Skogen
vegard.skogen@unn.no
Infeksjonsmedisinsk seksjon
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 100
9038 Tromsø*

Vegard Skogen er spesialist i medisinsk mikrobiologi, i indremedisin og i infeksjonssykdommer, overlege ved Infeksjonsmedisinsk seksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge og professor ved UiT Norges arktiske universitet.

Når stillheten blir det vondeste – rasisme fra pasienter og kraften i kollegial handling

Michael 2026; 23: 160–163

doi: 10.5617/michael.13332

Det er neppe til å unngå at noen pasienter gir uttrykk for rasistiske holdninger, ikke minst i situasjoner der de selv er sårbare. Min erfaring er at kolleger som er vitne til slike hendelser, reagerer svært ulikt der og da. Nettopp disse reaksjonene – eller mangelen på dem – kan få stor betydning for hvordan leger med innvandrerbakgrunn håndterer arbeidet sitt videre. I denne kommentaren beskriver jeg mitt første møte med rasisme som lege, og hvordan én kollegas tydelige handling ble avgjørende for meg.

Det nærmer seg ti år siden jeg ble ferdig utdannet lege. Et tiår er lenge nok til å ha samlet mange erfaringer og enda flere refleksjoner. Likevel er det særlig én opplevelse helt i starten av karrieren som fortsatt sitter sterkt i meg. Den har ligget der som et uferdig kapittel i livet mitt som jeg lenge har vurdert å dele. I lys av nyere rapporter om rasisme i helsetjenesten opplever jeg at tiden er inne nå (1). Ikke bare på grunn av selve hendelsen, men særlig på grunn av alt som skjedde rundt den – eller kanskje enda viktigere: måten en kollega valgte å gripe inn på.

Mitt første møte med rasisme som lege

Rasisme i helsetjenesten er ikke nytt, og den rammer også oss som befinner oss på den andre siden av stetoskopet. Siden denne første, skjellsettende opplevelsen da jeg var fersk turnuslege på en indremedisinsk avdeling, har jeg opplevd rasisme mange ganger – hovedsakelig fra pasienter, men også enkelte ganger fra kolleger i ulike yrkesgrupper. Likevel var det nettopp den første gangen som gjorde mest inntrykk på meg.

Jeg jobbet i akuttmottaket denne kvelden og skulle tilse en pasient med brystmerter. EKG var tatt, vitale parametere målt og blodprøver sendt. Det

var ingenting som tydet på et pågående infarkt, men brystmerter skal alltid tas på alvor.

Jeg gikk inn på rommet, presenterte meg og rakk knapt å stille første spørsmål før pasienten avbrøt meg. Kommentaren var direkte, rasistisk og ubehagelig. Jeg forsøkte å overse det, lo det bort slik man ofte gjør når man ikke vet hvordan man skal reagere, og prøvde å fortsette anamnesen. Da ble han høylytt. Han ville ikke behandles av «en sånn som meg». Han forlangte å bli behandlet av en norsk lege.

Jeg er mørkhåret, har brune øyne og et utseende som tydelig vitner om pakistansk bakgrunn. I det rommet ble jeg først og fremst noe annet enn lege. Flau, redd og plutselig veldig liten gikk jeg ut igjen. Jeg satte meg ved pulten i mottaket og forsøkte å puste normalt. De andre turnuslegene var opptatt. Jeg sørget likevel for at vitale parametere, EKG og blodprøver ble fulgt opp. Ingenting tydet på en akutt livstruende tilstand.

Når en kollega velger å handle

På sykehuset hadde vi en ordning kalt «Kompetanse i front», der en overlege alltid var tilgjengelig i mottaket. Han kom ut og spurte om ingen hadde tilsett pasienten med brystmerter, ettersom slike pasienter skal vurderes raskt. Jeg svarte forsiktig at jeg hadde vært inne, men at pasienten insisterte på å bli behandlet av en norsk lege.

«Sa han virkelig det?!» utbrøt overlegen.

Jeg kjente ikke denne overlegen spesielt godt. Kanskje var det nettopp derfor reaksjonen hans gjorde så sterkt inntrykk? Han var høy, bredskuldret og blond – på mange måter selve bildet av det pasienten etterlyste. Uten å si mer gikk han inn på kontoret sitt, kom ut igjen med et ark i hånden og ba meg bli med.

Vi gikk inn på pasientrommet sammen. Overlegen la arket som viste seg å være et skjema bestemt ned på bordet foran pasienten, tok ut pennen og sa rolig: «Dette er den legen staten har bestemt at skal hjelpe deg i kveld. Å ta imot helsehjelp er helt frivillig. Hvis du ikke ønsker vår hjelp, kan du skrive deg ut på eget ansvar.»

Pasienten ble målløs. Kona ba mannen skjerpe seg. Deretter henvendte overlegen seg til meg, og sa: «Du tar innkomsten. Jeg står her hvis du trenger meg.» Han stilte seg ved enden av sengen som en stille, men fysisk og tydelig støtte.

Midt i innkomstanamnesen ringte telefonen hans. Før han gikk, sa han det som trengtes: «Hent meg hvis det er noe.»

Vi snakket aldri om hendelsen i etterkant. Jeg skulle gjerne ha fortalt ham hvor mye den betydde for meg – hvor definerende hans måte å hånd-

tere situasjonen på har vært i mitt videre yrkesliv. For det han gjorde, var mer enn å si ifra. Han handlet. Han brukte sin autoritet, sin posisjon og sin stemme til å markere hva som er akseptabelt i møte mellom pasient og helsepersonell. Den typen støtte setter seg i kroppen. I ettertid har jeg også opplevd det motsatte: at det blir stille i rommet, kolleger som ser ned, situasjoner der rasistiske ytringer får passere fordi ingen helt vet hva de skal si. Stillheten – ikke ordene – er ofte det som gjør mest vondt.

Maktulikhet i rommet

Møtet mellom lege og pasient er i utgangspunktet asymmetrisk. Legen representerer systemet, kunnskap og beslutningsmakt, mens pasienten ofte er sårbar, avhengig og i en presset situasjon. Når rasisme introduseres i dette rommet, forskyves maktbalansen ytterligere. Den profesjonelle rollen blir svekket, og legen blir redusert til noe annet enn fagperson.

Det som gjorde overlegens handling så betydningsfull, var nettopp at han gjenopprettet denne balansen. Ikke ved å irettesette pasienten moralsk, men ved å bruke sin autoritet til å tydeliggjøre rammene for samhandlingen. Han gjorde det klart hvem som hadde ansvar, og hvem som hadde trygghet i rommet. For meg, som ung lege, var dette avgjørende. I stedet for å bli stående alene i en utsatt posisjon, ble jeg igjen plassert der jeg hørte hjemme – som lege. Slike øyeblikk viser at makt i helsetjenesten ikke bare er noe man har, men noe man aktivt kan bruke til å beskytte. Eller la være.

Rasisme rammer også leger – særlig de yngste

Gjennom karrieren har rasistiske bemerkninger blitt færre. Ikke nødvendigvis fordi omgivelsene har endret seg, men fordi jeg har endret meg. Alder, erfaring og faglig tyngde gir en annen trygghet. Pasienter responderer på det. Men det betyr ikke at man blir immun. Det betyr heller ikke at rasisme ikke rammer. Det betyr bare at man etter hvert får flere verktøy til å mestre situasjonen.

Ferske leger har ikke disse verktøyene ennå. De står i sitt faglige livs mest sårbare fase: De er usikre, nye i rollen og avhengige av støtte og tilbakemeldinger. At rasisme også skal være noe de må forholde seg til, er en urett vi snakker for lite om. Vi glemmer ofte at leger også har en sårbarhet – og at den er størst helt i starten.

Hvordan jeg bærer det videre

Denne hendelsen har jeg tatt med meg videre i karrieren. I dag møter jeg av og til pasienter som snakker nedsettende til kolleger, særlig sykepleiere som må videreformidle restriksjoner eller ubehagelige beskjeder.

Da går jeg inn. Ikke for å irettesette, men for å tydeliggjøre forventningene:

«Vi er her for å hjelpe deg. Men hjelp fordrer gjensidig respekt. Trakasering av noen i teamet aksepteres ikke.» Hver gang jeg gjør det, har jeg denne overlegen i tankene. Ikke ordene hans, men handlingen. Støtten han ga, var ikke stille og ikke privat – den var synlig og han handlet. Og handling betyr mer enn ord.

Avslutning: Et felles ansvar

Når vi diskuterer rasisme i helsetjenesten, handler det ikke bare om systemer, tall og anbefalinger. Det handler om mennesker og kulturer, om stillhet og tilstedeværelse, om hvem som står bak deg når du trenger det.

Hvis unge leger tidlig får inntrykk av at rasisme må tåles i stillhet, lærer de samtidig å trekke seg unna, gjøre seg små og unngå rom der de burde hatt en stemme.

Over tid former ikke dette bare enkeltindivider, men hele fagmiljøer.

En helsetjeneste der kolleger ikke griper inn, er ikke bare et dårligere arbeidsmiljø – det er også en mindre trygg helsetjeneste. Kollegial handling handler ikke bare om støtte, men om pasientsikkerhet: om klare rammer, tydelig ansvar og trygge profesjonelle roller. Stillhet gagnar ingen. Handling gjør.

Litteratur

1. Solvoll L, El-Amrani S, Valvatne KM. «Deg skal jeg ikke ha»: rasisme og diskriminering i helsevesenet. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2025. [Rapport-2025-15-Deg-skal-jeg-ikke-ha-rasisme-og-diskriminering-i-helsevesenet.pdf](#) (24.4.2026)

Khadija Khalid

Khadija.khalid.k@gmail.com

Ringerike sykehus, Vestre Viken HF

Khadija Khalid er spesialist i ortopedi og overlege ved Ringerike sykehus. Hun har jobbet som LIS ved Sykehuset Innlandet Gjøvik, Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Martina Hansens Hospital.

Legens profesjonelle identitet når norsk er andrespråket på jobb

Michael 2026; 23: 164–171

doi: 10.5617/michael.13333

Polske legers erfaringer med å arbeide i Norge preges av utfordringer knyttet til å forstå norske dialekter og nabospråk, samt forventninger pasienter har til å bli involvert i samtale og beslutninger. Det gjør det ikke enklere at mange helsearbeidere og noen pasienter snakker dansk eller svensk. Utfordringene legene møter underveis bidrar til at de tviler på sin profesjonelle identitet, og de tviler på seg selv slik at selv ros fra pasienter forstås som trøst. De legger mye arbeid i å uttrykke seg grammatisk korrekt, men opplever samtidig at nordmenn sjelden gir tilbakemeldinger på språket, noe som gjør det vanskeligere å forbedre norsken.

Migranter i helsetjenesten er ikke bare pasienter, de kan også være ferdig utdannede leger som av ulike årsaker flytter til andre land. Jeg skrev min doktoravhandling ved Det humanistiske fakultet ved Universitetet i Oslo i perioden 2020–2024 (1). Informantene var overleger som flyttet fra Polen til Norge for å jobbe i spesialisthelsetjenesten, og de hadde polsk som førstespråk og norsk som andrespråk. Jeg mener at det er nyttig å reflektere over prosesser som innvandrerne må gjennom for å finne seg til rette på arbeidsplassen i landet de har flyttet til – ikke bare over det som kan være anstrengende og utfordrende med migrasjonsarbeidere.

Profesjonsidentitet og profesjonell identitet

De polske overlegene tar med seg profesjonsidentiteten fra hjemlandet sitt. Heggen skriver at profesjonsidentitet er et eksempel på kollektiv identitet (2). Dette innebærer at en yrkesutøver «slutter opp om profesjonens formål og arbeidsmåter» og «innordner seg vedtekne mål og strategier».

De polske overlegene møter en ny virkelighet når de kommer til norske sykehus, og dette møtet preges av mye mer enn språk. De forteller at de jobbet intenst med å utvikle sin profesjonelle identitet, både som lege og

andrespråksbruker. Utviklingen skjer over lang tid og er en reise for eventyrlystne.

Begrepet profesjonell identitet defineres som: «a person's experience of understanding and mastering his or her profession, possessing adequate knowledge, and applying that knowledge to their work» (3). Essensen i profesjonell identitet er den personlige identiteten som dannes gjennom utøvelsen av yrkesrollen. Den bygges gjennom kunnskapen de erverver, og gjennom utdanningen i profesjonsfeltet, i møte med legens sosiale, kulturelle og språklige bakgrunn (2).

I studien til Skjeggestad et al. (4) rapporterte utenlandske leger at språkbarrierer de møtte i begynnelsen av sine opphold i Norge, skapte usikkerhet om legenes kompetanse som profesjonelle i Norge. De merket at språklige begrensninger og manglende systeminnsikt påvirket både samtaler med pasienter og samarbeid med kolleger, og det påvirket opplevelsen av identitet som lege i negativ retning. Konklusjonen i studien er at de fleste utenlandske leger i Norge lærer å redefinere identiteten sin som profesjonelle leger, og at de nye legene må drive denne læringsprosessen selv.

Gode språkferdigheter som en forutsetning

Jeg har forsket på interaksjon mellom polske spesialister og norske pasienter ved å analysere 40 opptak av lege-pasient-samtaler ved bruk av samtaleanalyse. I tillegg gjennomførte jeg intervjuer med 25 overleger med polsk som førstespråk.

Informantene i opptakene er åtte polske overleger med fem ulike spesialiteter. De representerer alle de fire regionale helseforetakene. De har bodd i landet fra ett til 14 år og snakker norsk på avansert nivå. Det betyr at alle deltakerne avsluttet et intensivt kurs i norsk på minst B2-nivået fra 3–6 måneder etter at de hadde kommet til Norge. Alle hadde tatt intensive språkkurs i norsk på en språkskole i Polen, først digitalt, deretter på campus i 3,5 måneder med undervisning mandag til fredag fra kl. 8–16. De hevdet selv at språknivået deres var enda høyere ved intervjuutidspunktet siden de hadde bodd lenge i Norge.

Språkferdigheter på kurs og felles forståelse på arbeidsplassen

Nesten alle informantene pekte på en språklig virkelighet som de ikke var forberedt på, som den største utfordringen rett etter at de hadde begynt å arbeide i Norge. På norskkurset lærte de nemlig bokmål og bokmålsnært talespråk. De fleste var klar over at det også fantes et annet, sidestilt skriftspråk, nynorsk, og at det fantes betydelig dialektal variasjon i Norge. Det var likevel ikke forberedt på at de lokale dialektene i så stor grad skilte seg

fra den varianten de hadde lært på norskkurs. De som hadde arbeidet i Helse Vest, nevnte under intervjuene at de første ukene på de nye sykehusene var preget av språkangst, spenning og mental tretthet. De opplyste videre at de først ble kvitt denne følelsen da de ble vant til de lokale variantene av språket etter mange måneder.

To leger nevnte at de i begynnelsen oppfattet norske navn på kroppsdeler som språklig sett veldig krevende og forvirrende. På kursene hadde de for eksempel lært at det norske ordet *fot* (lat. *pes*) motsvarer det polske ordet *stopa* (lat. *pes*), og de ble derfor overrasket over bruken av substantivet i betydningen «bein» (lat. *membrum inferior*), noe som er kjent fra flere norske dialekter. Flere dialekttalere brukte også mer lokale ord for ulike kroppsdeler som for eksempel «*miotni*» for «hoft» (av *mjødm*) eller «*okslis*» for «skulder» (av *aksel*). Først da pasienten pekte på den konkrete kroppsdelen, lærte legene disse dialektordene.

Det var ikke bare det vide spekteret av norske dialekter som forvirret legene. Også ansattes bruk av nabospråk (dvs. norsk og dansk) var en stor utfordring (5). Her følger et eksempel:

«Det ringte en fastlege fra en øy i nærheten av sykehuset mitt og ville få råd fra meg som spesialist. Denne fastlegen snakket dessverre ikke norsk, men dansk. Siden jeg ikke var sikker på om jeg forstod ham riktig, måtte jeg be ham om å sende pasienten hit, og da kunne jeg anbefale noe. Jeg kunne ikke risikere at jeg kanskje ikke skjønnte beskrivelsen hans. Jeg har bedt flere ganger om å gjenta, forklare, men det hjalp lite. Dansk er dansk, jeg lærte norsk på kurset og kunne ikke plutselig skjønne noe på et annet språk som likner litt på norsk.»

Ikke bare medisinsk personell som brukte nabospråkene, men også pasienter snakket noen ganger en blanding av norsk og svensk eller dansk. Informantene fortalte at disse pasientene forventet å bli forstått like godt av legen som norsktalende pasienter. Grunnen kan nok være at leger med norsk som førstespråk oftest kan føre en samtale med pasienter med dansk eller svensk som morsmål uten større problemer, selv om pasienten noen ganger må legge litt om på morsmålet og unngå for eksempel det som kalles «falske venner» (5), det vil si like ord med ulik betydning.

Små grammatiske avvik er ikke så farlig

Flere av informantene mine opplyste i intervjuene at de hadde vansker med å uttrykke seg grammatisk korrekt i den første perioden i Norge, og at dette var en stor belastning for dem. Hvis de ikke greide å prate grammatisk korrekt, følte de at det var best å ikke ta ordet i det hele tatt, for ikke å tape ansikt som profesjonell i møter med pasienter. Dette behovet for å lage setninger med korrekt grammatisk struktur på målspråket førte til at de var

bekymret for ikke å bli oppfattet som kompetente og dyktige behandlere av pasientene. Etter flerårig botid i Norge gikk det derimot opp for dem at de hadde lagt altfor stor vekt på å snakke grammatisk korrekt.

Positive tilbakemeldinger fra pasientene om grammatikken var imidlertid ikke nok til å tro på egne språkferdigheter. En av informantene sa det slik:

«Når jeg ber om korrigerings, sier pasienten: Du snakker mer grammatisk enn nordmenn, men hen sier det bare for å oppmuntre meg.»

Dette sitatet viser at noen av informantene kom til å tvile på sine norskerferdigheter, selv om legens språklige kunnskaper ikke representerte noen stor utfordring for pasientene. Den positive og rosende tilbakemeldingen i sitatet ovenfor ble ikke oppfattet av legen som tilbakemelding, men heller som en slags trøst eller oppmuntring.

Følgende avvikende grammatiske kategorier forekom hyppigst da jeg analyserte opptakene: 1) tempus og tidsuttrykk, 2) preposisjoner, og 3) bestemthet (både adjektiv og substantiv på norsk). Problemkildene som påvirket interaksjonen mest og som førte til eventuelle behov for avklaringer, var kvantorer (mengdeord) og bruk av tempus og tidsuttrykk. Studien viser også at pasienter i de fleste tilfeller reagerer på uidiomatisk bruk av ord og uttrykk, det vil si at pasientene initierer rettelser (1).

I utdraget under presenteres det et eksempel på uidiomatisk bruk av tempus i samtalen med pasienten:

1. L: *hvor lenge bruker du den da eh.. mm.. alendronat?*
2. *siden du startet med prednisolon ikke sant?*
3. P: *Hva sa du nå?*
4. L: *eh... hvor lenge har du brukt alendronat?*
5. P: *den søtti milligramen?*
6. L: *ja.*

Vi ser tydelig at legen først bruker feil tempus, det vil si presens i linje 1. I linje 3 reagerer pasienten på dette ved å spørre bredt: «Hva sa du nå?» uten å spesifisere hva som trenger å bli reparert, det vil si rettet på. Legen gjentar hele spørsmålet i linje 4, denne gangen i riktig grammatisk form, med riktig tempus, presens perfektum. Korreksjonen viser at legen forstod at den mulige kilden til problemet var språklig relatert. Vi vet jo ikke nøyaktig hva pasienten opplevde som problematisk under konsultasjonen, men legen endrer bare på det grammatiske, ikke noe annet. En mulig forklaring på legens feil bruk av tempus er at presens perfektum ikke finnes på polsk. I linje 5 ser vi at pasienten skjønnte hva legen spurte om straks tempus ble

korrigert («den søtti milligramen»). I linje 6 gir legen bekreftende svar på pasientens spørsmål som ble stilt i linje 5.

Dette eksempelet bekrefter at bruk av presens perfektum forblir problematisk for leger som kan norsk på høyt nivå. Lignende funn finnes også i en del andre studier som har undersøkt bruken av presens perfektum og preteritum på norsk (6–8).

Bedre kjennskap til den norske kulturen

Leger er en velutdannet yrkesgruppe som ofte kan flere enn to språk (personlig erfaring fra tidligere undervisning av leger fra ulike land, 2009–2019). Dette kan øke deres evne til å tilpasse seg, gjennom språklig raffinering, kulturell bevissthet og beherskelse av samtalens dynamikk (9). Leger kan ha bedre forutsetninger for å tilpasse seg et annerledes mønster å uttrykke seg på enn mange andre yrkesgrupper som har norsk som andrespråk.

Flere av informantene opplyste at de gjorde en innsats for å få bedre kjennskap til kulturen og landsdelen de hadde havnet i. Kunnskapen kunne dekke et bredt spekter. I ulike spesialiteter er lokal kontekst ofte avgjørende. I psykiatrien kan for eksempel kjennskap til norsk folkløse være til hjelp for å forstå det pasienten beskriver. I ortopedi kan kjennskap til skiutstyr være til hjelp for å forstå en pasient som detaljert beskriver hvordan hen pådro seg et beinbrudd eller forstuet en ankel i skibakken.

Flere av legene fortalte at det tok ganske lang tid å bli vant til hva norske pasienter forventet av dem, særlig fordi de ikke bare vil ha en diagnose og behandling. De ville bli lyttet til, spurt om hva de selv tenkte om ulike behandlingsløp, og ikke minst ville de føle seg trygge på legen sin. Gode norskkunnskaper er nøkkelen til tilfredsstillende konsultasjoner for pasientene, men kjennskap til den norske kulturen hjelper også for å oppnå en god relasjon til pasienten.

Språkkorrektur på arbeidsplassen? Ja, takk!

Noen av informantene fortalte at de ikke hadde mulighet til å videreutvikle norsken sin på arbeidsplassen, fordi ingen av de ansatte hadde norsk som førstespråk, og de fleste hadde språkkunnskaper på lavere nivå enn legene selv (4).

Noen leger ba kollegene om å rette på eventuelle språklige feil. Dette var en bevisst strategi de som de benyttet for å få fremgang i å kommunisere på norsk. Overlegene kunne for eksempel henvende seg direkte til resepsjonister og sykepleiere på avdelingen og be dem om å si fra når de hørte språklige feil. De var mest interessert i å få korrigert uttalefeil, ordstilling

og ukorrekt bruk av ord eller uttrykk i ulike sammenhenger. Én uttalte seg slik om resultatet av denne strategien:

«Jeg gjorde den samme feilen, jeg skrev med feil hele tiden og oppdaget feilen selv først etter tre år. Til slutt gikk jeg til sekretærer og sa til dem at de burde ha sagt det til meg. Det er absolutt ingen på sykehus som sier noe når du gjør feil, f.eks. samme skrivefeil. Alle er flinke, alt er fantastisk. Det å levere en konstruktiv kritikk er et stort problem i Norge både i samfunnet og i kulturen der.»

En av psykiaterne jeg intervjuet beskrev også at hun i flere måneder brukte uttrykket *spisekompetanse* da hun mente *spisskompetanse*, og ingen av pasientene fortalte henne at hun brukte det feil. Hun oppdaget feilen først da hun så ordet i skriftlig form.

Den profesjonelle identiteten som lege og andrespråksbruker

Vi leser mye om utenlandske helsearbeidere i norske medier – ofte når en alvorlig feil er begått og pasientens liv står i fare. Det stilles høye krav til utenlandske helsearbeidere, og det kan det være gode grunner til. Men det er ofte ikke mye rom for språklige feil eller misforståelser i helsetjenesten (9).

Tidligere forskning (10–12) har vist at profesjonelle yrkesutøvere som er trent i én sammenheng ikke alltid er i stand til å overføre sin interaksjonsstil fra én kultur til en annen, selv om språket deres er nokså profesjonelt. Selv for leger med mange års erfaring fra hjemlandet kan det være vanskelig å forstå hvilke forventninger pasienter og kolleger har til hvordan man som lege skal kommunisere med dem på en ny arbeidsplass.

I denne sammenheng kan legens identitet slites mellom det å være lege som profesjonsutøver og lege som andrespråksbruker, den er «collaborately constructed, moment-by-moment, by social actors in interaction» (13). Identiteter er videre «not the static possessions of individual speakers, but are negotiated, challenged and affirmed in interaction»(10). Det bør legges til rette for at kommunikasjonen på arbeidsplassen gir muligheter for videre språklæring, for eksempel gjennom tilbakemeldinger fra samtalepartnere, enten gjennom korreksjon fra pasienter eller ansatte.

I denne kronikken har jeg forsøkt å få frem at gode språklige ferdigheter i norsk hos utenlandske helsearbeidere er helt vesentlig. Samtidig vil jeg understreke at dette er bare én del av det å bygge en profesjonell identitet i et fremmed land, ikke minst i Norge hvor dialekter står sterkt og nabospråk fungerer greit for innfødte. Tenk på det når du neste gang møter en kollega som har norsk som andrespråk, som strever med å forstå dialekten din, eller du ikke skjønner hvorfor kollegaen maser så mye om at dere må spise lunsj sammen. Vis forståelse og rett gjerne på små feil i språket dersom du blir

spurt om det. Ikke alle har muligheten til å finne en annen lege som har norsk som førstespråk på arbeidsplassen sin. Husk også at profesjonskompetansen allerede er på plass hos din utenlandske kollega, mens den profesjonelle kompetansen er under utvikling. Sett pris på innsatsen til din utenlandske kollega og bidra gjerne så godt du kan. Dette blir stadig viktigere ettersom mye tyder på at flere utenlandske arbeidere kommer til å bli ansatt ved norske helseinstitusjoner (14).

Litteratur

1. Solarek-Gliniewicz M. *Strategier for å etablere felles forståelse i medisinske konsultasjoner på andrespråk: En studie av samtaler mellom polske leger og norske pasienter* Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2024.
2. Heggen K. *Profesjon og identitet*. I: Molander A, Terum LI, red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
3. Pratt M, Rockmann KW, Kaufmann JB. Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity Among Medical Residents. *Academy of Management Journal* 2006; 49. <https://doi.org/10.5465/amj.2006.20786060>
4. Skjeggstad E, Gerwing J, Gulbrandsen P. Language barriers and professional identity: A qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues, *Patient Education Counseling* 2017, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.007>
5. Solarek-Gliniewicz M. Selvrapporterte versus faktiske forståelsesstrategier hos andrespråkstalende leger i Norge. *Nordand* 2025; 20(2): 198–215. <https://doi.org/10.18261/nordand.20.2.6>
6. Janik MO. En kontrastiv analyse av norske og polske fortidstempora i et andrespråksperspektiv. *NOA – Norsk som andrespråk* 2014; 30(2). <https://ojs.novus.no/index.php/NOA/article/view/837>
7. Gujord AKH. Eit empirisk tilskot til utforskinga av finitheit- og tempusdistinksjonar i norsk som andrespråk. *NOA – Norsk som andrespråk* 2017; 33(2).
8. Tenfjord K. *Å ha en fortid på vietnamesisk. En kasusstudie av fire vietnamesiske språkkinnlæreres utvikling av grammatisk fortidsreferanse og perfektum*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1997.
9. Meuter RF, Gallois C, Segalowitz NS et al. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 371.
10. Yates L. Workplace communication. I: Derwing TM, Munro MJ, Thomson RI, red. *The Routledge Handbook of Second Language Acquisition and Speaking* (1. utgave). New York and London: Routledge, 2022. <https://doi.org/10.4324/9781003022497>
11. Dahm MR, Yates L. English for the Workplace: Doing Patient-Centred Care in Medical Communication. *TESL Canada Journal* 2013; 30: 21–44.

12. Lu P, Corbett J. *English in Medical Education: An Intercultural Approach to Teaching Language and Values* (Languages for Intercultural Communication and Education, 24). Bristol Buffalo Toronto: Multilingual Matters, 2012.
13. Kitzinger C, Mandelbaum J. Word Selection and Social Identities in Talk. *Communication Monographs* 2013; 80(2): 176–198.
14. Sirnes E, Korsvold L. *NHSP 2020–2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet «Helsepersonell med utdanning fra utlandet»*. Rapport IS 2292. Oslo: Helsedirektoratet, 2018. https://tannhjulet.no/wp-content/uploads/2018/12/20181220-HDIR_Rapport-til-publekstrakt-tannleger.pdf (25.2.2026)

Magdalena Solarek-Gliniewicz

magdaso@oslomet.no

Institutt for internasjonale studier og tolkeutdanning (IST)

Pilestredet 42

0167 Oslo

Magdalena Solarek-Gliniewicz arbeider med utdanning av tolker ved OsloMet og med fagspråklig oversettelse i offentlig sektor ved Universitetet i Agder. Hun har doktorgrad i norsk som andrespråk fra Universitetet i Oslo.

Psykisk helse hos flyktninger

Gro Mjeldheim Sandal, Per-Einar Binder, red.

Psykisk helsehjelp etter flukten: en håndbok for praktikere i psykologi og medisin

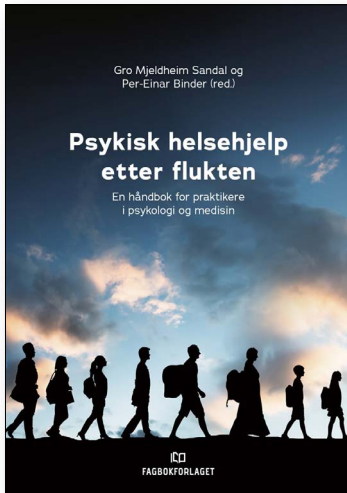
Bergen: Fagbokforlaget, 2024

232 s.

ISBN 978-82-450-4690-8

Michael 2026; 23: 172–173

doi: 10.5617/michael.13334



Boka består av elleve kapitler som belyser ulike aspekter ved psykiske helseproblemer hos flyktninger. Gjennomgående temaer er: eksistensielle spørsmål knyttet til fellesskap og utenforskap, erfaringer med traumer og tortur, ulike forklarings- og forståelsesmodeller samt gudstroens betydning. Flere kapitler tar for seg helse-tjenestens møte med flyktninger, med særlig vekt på språklige utfordringer og bruk av tolk, regulering av forpliktelser og ansvar samt terapeutiske tilnærminger i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Bokas 16 bidragsytere har solid faglig bakgrunn som behandlere, undervisere eller forskere. Alle kapitlene innledes med en konkret fortelling som fungerer som inngang til temaet, og en avsluttende oppsummering med refleksjonsspørsmål. Flere av spørsmålene

fremstår imidlertid mer som en form for «kapitteleksamen» enn som åpne invitasjoner til refleksjon. Samtidig slo det meg at boka kanskje er tenkt brukt i kollegiale sammenhenger, der praktikere leser ett eller flere kapitler og deretter møtes for å diskutere dem. Slik bruk kan være særlig verdifullt på et felt som er preget av høy kompleksitet, der mange klinikere ofte står

alene i møte med krevende problemstillinger, også innen spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Jeg satte særlig pris på bokas grundige behandling av eksistensielle aspekter. Slik disse beskrives, favner de en bredere forståelse av menneskets liv, historie og helse enn jeg opplever at den biopsykososiale modellen gir rom for. Det eksistensielle omfatter alt ved det å leve – og å dø – inkludert forståelsesrammer, tilhørighet, mening, håp og tro. Flere kapitler understreker betydningen av å møte pasienten med et åpent sinn, varsom tilnærming og respektfull tilbaketrekning når det er nødvendig.

Andre kapitler som utmerker seg, omhandler kommunikasjon med tolk – fortsatt et stebarn i norsk helsetjeneste – samt en gjennomgang av vanlige torturmetoder og deres helsemessige konsekvenser. Særlig interessant er kapittelet om tamilenes samskapende organisering, der egne helgeskoler bidrar til kollektiv mestring i en diasporatilværelse.

Antall referanser varierer betydelig mellom kapitlene. Mange viser til forekomststudier og assosiasjoner mellom symptomer, diagnoser og belastende livserfaringer. Dette er en etablert måte å dokumentere kunnskap på i medisinen, men mye av denne informasjonen har etter min mening begrenset verdi når ambisjonen er å utgi en håndbok for klinisk praksis. Flere steder advares det mot forutinntatthet, men nettopp forekomstbasert kunnskap kan i praksis bidra til forutinntatthet. I verste fall kan det lukke behandlerens blikk for det særegne i møtet med den enkelte flyktning – noe den eksistensielle tilnærmingen søker å åpne for.

Samlet sett har boka en naturlig plass i bokhylla til alle som møter pasienter med flyktningbakgrunn, ikke som håndbok, men som fordypningslesning i passende porsjoner. Som i mange antologier preges teksten av enkelte gjentakelser, og den egner seg derfor best til å leses stykkevis, snarere enn fra perm til perm.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Gal eller grusom

Christina Videbech og Poul Videbech

Sindets ild: sindssygdome og galskab i antikken

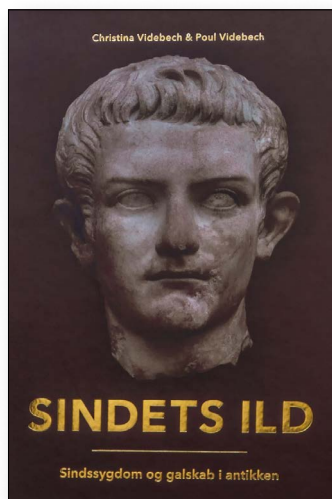
København: FADLs forlag, 2025

286 s.

ISBN 078-87-94207-83-6

Michael 2026; 23: 174–175

doi: 10.5617/michael.13349



Flere av antikkens romerske keisere har fått et ettermæle preget av beretninger om grusomhet, vold og utsvevende liv. Noe av dette kan skyldes genuin galskap eller psykisk sykdom. Men når var det egentlig tale om galskap, og når var det sykdom? Og hvordan har ettertidens bilde av hendelsene blitt formet av kildene?

I denne boken drøftes slike spørsmål med en tydelig tverrfaglig tilnærming. Christina Videbech (f. 1986) er klassisk arkeolog og arbeider ved Universitetet i Bergen. Hun disputerte i 2023 på en avhandling om romernes møtesteder og hvordan disse fungerte i overgangen fra antikken til middelalderen. Poul Videbech (f. 1956) er professor i psykiatri ved Københavns universitet siden 2015. Som datter og far har de gått sammen om å undersøke hva som faktisk kan sies om de beryktede romerske

keiserens psykiske helse.

Forfatterens faglige tilnærming er ulike, men sammen gir de et vellykket resultat. Medisin og historie har hvert sitt metodeunivers, og her blir dette supplert av arkeologens faglige perspektiv. Det gjør at også ikke-verbale kilder til fortiden trekkes tydeligere inn, og får større betydning.

Bokens hovedtema er romerske keisere som satt med all makt – og som ofte oppførte seg deretter. Tiberius (42 f.Kr.–37 e.Kr.) skal ha vært preget av både angst og paranoia. Blant de senere keiserne finner vi også sterke kvinner som markerte seg med betydelig innflytelse. Den mest kjente er kanskje den elskovssyke og intrigante Messalina (20–48 e.Kr.). Hun elsket og myrdet seg opp og fram i det keiserlige systemet, inntil hennes korte liv endte i selvmord, halshogging eller ved at hun ble spiddet av en soldats sverd – alt etter hvilken kilde man legger til grunn.

Boken innledes med to omfattende metodekapitler: først et om psykisk sykdom i antikken, deretter et om kildebruk og kildekritikk. Så følger fem velskrevne og spennende, nesten skjønnlitterære, men likevel godt kildebelagte kapitler om keisere og deres atferd. I et åttende, oppsummerende kapittel vender forfatterne tilbake til forskningsvanskelighetene på dette feltet og knytter forståelsen av sinnssykdom i antikken til psykiatrien i dag.

Et punkt som kanskje kunne vært utdypet mer, er at tilsynelatende vilkårlig vold, uforutsigbarhet og bisarr atferd, som i samtid og ettertid kan oppfattes som uttrykk for psykisk sykdom, også kan være et kjølig kalkulert middel til maktutøvelse.

Boken er utstyrt med et omfattende noteapparat, et stamtre over keiser-slektene og en fyldig litteraturliste. Et sakregister savnes, noe som ville vært nyttig i dette mangfoldet av personer og hendelser.

Et av verkets klare fortrinn er den grundige behandlingen av de helsehistoriske metodeproblemene. Dette gir boken en varig verdi som rekker langt utover romerske keiseres liderlighet og galskap, og som også kaster lys over en rekke andre historiske problemstillinger, uavhengig av tidsperiode.

Den danske legeföreningens forlag fortjener også ros for den gjennomførte og delikate utformingen av boken.

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

*Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.*

Hjelp til hjelperne

Per-Einar Binder

Mot til å lære: veier til vekst og mening i hjelperyrkene

Bergen: Fagbokforlaget, 2025

206 s.

ISBN 978-82-450-5350-0

Michael 2026; 23: 176–177

doi: 10.5617/michael.13336



*Ikke vær lei deg bror. Ikke vær redd.
Ingenting skjer som ikke har skjedd
ti tusen ganger før.
Mennesket er som mennesket er:
Drifter og drømmer, savn og begjær.
Vi fødes, vi lever, vi dør.*

Trøstesang av Ingvar Hovland formidler noe av det Per-Einar Binder ønsker å gi videre til hjelperne – personer som i vid forstand bruker terapeutiske samtaler i sitt arbeid. Binder er psykologspesialist og professor ved Universitetet i Bergen.

Han stiller spørsmål om hva som skal til for at hjelperne kan blomstre i rollen sin, hvordan faglig dyktighet og eksistensiell dybde kan få rom, og hvordan hjelperen kan anerkjenne og erfare at egen ufullkommenhet – eget liv – ikke er en hindring, men snarere en bro til et genuint møte med den man skal hjelpe. Binder svarer ut fra sin lange erfaring som terapeut og fra møter med ulike kategorier hjelperne han har samtalt med, samarbeidet med, veiledet og undervist. Han bygger videre på temaer fra tidligere bøker og forsknings-

artikler, og de siste 16 årene har han holdt kurs for mange grupper hjelpere om selvivaretagelse og personlig utvikling.

Gjennom samtaler med hjelpere i ulike aldre og faggrupper har Binder satt sammen noen fiktive personer som kommer til orde gjennom boken. Deres historier konkretiserer og illustrerer temaene som diskuteres. Som Binder skriver i innledningen, får disse figurene snakke gjennom «et mer litterært og sansenært språk», som danner en nyttig kontrast til det øvrige fagspråket. De gjenkjennelige problemstillingene gir en god inngang til de mer teoretiske delene av teksten. Hvert kapittel avsluttes med et «rom for refleksjon», der leseren oppfordres til å vurdere spørsmål knyttet til egen situasjon.

Boken er delt inn i fire hoveddeler: *Om gleden og vekten av å hjelpe, Å romme det vanskelige, Når hjelperen snubler: fallgruvene og veiene opp, og Røtter og utsyn: om forankring i hjelperrollen*. Under disse hovedrubrikkene diskuteres mange gjenkjennelige og viktige temaer. Binder spør blant annet: Hva gjør deg sårbar akkurat nå? Hvilke varselamper bør du være oppmerksom på? Hvilke endringer trenger du på kort og lang sikt for å ivareta deg selv? Hvordan balansere mellom å strekke seg for langt og å beskytte seg selv? Hvordan håndtere forventninger fra andre og fra seg selv, perfektjonisme, sekundærtraumatisering, grandiositet og grenseoverskridende atferd?

Forfatteren viser hvordan ydmykhet kan gi mulighet til å stå ved siden av den man skal hjelpe, midt i en kompleks og uforutsigbar virkelighet der kontroll er vanskelig. Han peker også på viktigheten av kollegial støtte, egen terapi og å finne forankring i en større sammenheng – gjennom naturen, kunsten, stillheten og vennskap.

Boken tar opp velkjente utfordringer og strategier for å finne balanse i hjelperrollen. Selv om temaene er kjent, må de jevnlig aktualiseres og formidles til nye generasjoner hjelpere som skal arbeide med eksistensielle samtaler der «Mennesket er som mennesket er: Drifter og drømmer, savn og begjær».

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Bill. Mrk. «App søkes.»

Bjørn Bendz, Øygunn Leite Kallevik, red.

Medisinsk journalskriving

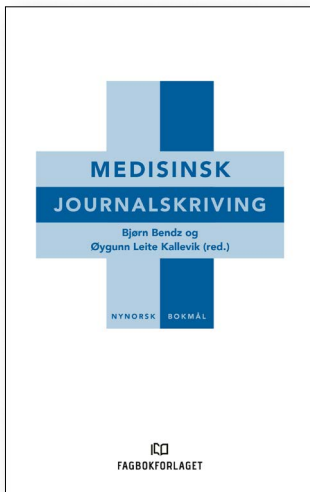
Bergen: Fagbokforlaget, 2025

237 s.

ISBN 9788245053227

Michael 2026; 23: 178–179

doi: 10.5617/michael.13337



Det er nå 30 år siden jeg møtte Bjørn Bendz første gang i korridorene på Ullevål sykehus. Han som assistentlege og lektor i medisin, jeg som student i propedeuten, som det het den gang. For et fyrverkeri av en læremester! Forventningene var derfor høye da jeg fikk det ærefulle oppdraget å anmelde denne boka, der Bendz er en av redaktørene.

Boka gir en grundig gjennomgang av medisinsk journalføring, slik mange vil huske det fra studie- og turnustiden. Legestudentene vil ha stor glede av å lese den fra perm til perm og bruke de ulike kapitlene for mer organspesifikke undersøkelser. Den hører også hjemme i lomma til alle turnusleger. Men kanskje viktigst: Den er en verdifull repetisjon for alle leger som arbeider klinisk, og kan med stor fordel leses av oss alle. Det er lett å falle inn

i vante og stadig mer nedslippte spor når erfaringen øker og tiden er knapp. Denne boka strammer oss opp. Den er viktig for kvaliteten, for legerollen og som en motvekt til kjappe løsninger. Ingenting slår den grundige anamnesen og kliniske undersøkelsen i jakten på en tentativ diagnose. Heldigvis.

Leseren sitter igjen med inntrykk av at lite har endret seg siden midten av 1990-årene. Mens de «medisinske sannhetene» stadig utvikler seg, ligger

kravene til grundig og effektivt anamneseopptak, god klinisk undersøkelse og presis journalføring fast.

Jeg undrer meg likevel over at en så omfattende gjennomgang av norsk medisinsk journalskriving ikke berører skrøpeligheitskår, vurdering av utrednings- og behandlingsbegrensninger, samtykkekompetanse, pasientens legemiddelliste og multidose, selvmords- og farlighetsvurderinger, eller bruk av håndholdt ultralyd og kunstig intelligens, for å nevne noe.

Presentasjonen av stoffet kunne også hatt en strammere regi. Den oftalmologiske journalen vies seks tettskrevne sider, mens journalopptak hos den infeksjonssyke pasienten får en drøy side.

Noen småfeil har også sneket seg inn. For eksempel er formelen for kroppsmasseindeks feil (s. 53), trolig fordi tekstfilen i produksjonen ikke håndterte «opphøyd i annen» for kvadrat.

Når det gjelder tolking av EKG, blir fremstillingen for knapp (s. 97). Her finnes en av bokas få illustrasjoner med tre enkeltstående QRS-komplekser: ett normalt, ett med uttalt ST-senkning og ett med så markert ST-heving at ingen kan overse det. Man kunne ønsket seg flere eksempler, særlig fra de mange tvilstilfellene som preger praksis, og som selv erfarne klinikere kan streve med å tolke.

Formatet «bok i frakkelomma» fremstår i dag som passé. Boka har dessuten våre to målformer side om side, noe som ikke fremstår hensiktsmessig. Jeg vil oppfordre redaktører og forlag til å utvikle boka som en app. Da kan leseren selv velge målform, og redaksjonen kan fortløpende oppdatere innholdet, rette feil og legge inn lenker til relevant tilleggslitteratur. En slik løsning vil også gjøre det mulig å integrere diagnostiske algoritmer og skåringsverktøy som forventes brukt i journalene i klinisk praksis, enten i akuttmottak, sengepost, legevakt eller fastlegekontor, som WELLS, MADRS, MMS, CRB-65, qSOFA, AUDIT, CENTOR, NEWS2, CHA₂DS₂-VASc og SIRS. Algoritmebaserte skåringssystemer er i dag en så sentral del av både anamnese og klinisk vurdering (bare spør fylkeslegen) at de burde vært inkludert. Med en slik videreutvikling vil boka bli enda mer relevant for det kliniske kollegiet. Her er det store muligheter for versjon 2.0!

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

Jo-Endre Midtbu er spesialist i allmennmedisin og i anesthesiologi og arbeider som fastlege ved Langnes legesenter i Tromsø.

Nyttig om alder, år og aktivitet

Bodil H. Blix, Gudmund Ågotnes

Grå masse: representasjoner av aldring og alderdom

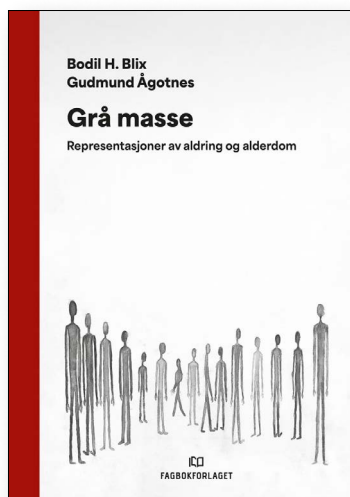
Bergen: Fagbokforlaget, 2026

180 s.

ISBN 978-82-450-5221-3

Michael 2026; 23: 180–181

doi: 10.5617/michael.13338



De fleste som leser denne anmeldelsen, vil trolig tilhøre kategorien «godt voksne» og dermed kanskje det omgivelsene oppfatter som en del av «den grå massen». Dette er ikke nødvendigvis bokens primære målgruppe. Den interessante og tankevekkende boken bør først og fremst leses av utredere og beslutningstakere i det offentlige, særlig av dem som vurderer samfunnets tilbud til eldre og gamle. Samtidig egner boken seg godt for oss eldre, som en bevisstgjøring av hvordan vi fremstår for våre medmennesker, og som et godt utgangspunkt for samtaler på tvers av generasjoner.

Samfunnets syn på eldre og aldring er i rask endring – eller rettere sagt: det burde være det. Da folketrygden ble innført i 1967, var forventet levetid for begge kjønn omtrent ti år lavere enn i dag. Den forventede middellevetiden øker fortsatt med flere måneder hvert år, samtidig som eldre er klart underrepresentert i styre og stell. Stortingets eldste representant var bare 66 år ved innvalget høsten 2025, til tross for at mer enn en fjerdedel av befolkningen er eldre enn dette.

Boken formidler med stor tydelighet at eldre mennesker er mangfoldige, og at alderdom er et nyansert fenomen. Kronologisk alder er ikke det samme

som biologisk alder. Aldring og alderdom kan heller ikke forstås løsrevet fra historisk kontekst, samfunnsstruktur, kultur eller kjønn.

Begrepet eldreomsorg er ofte negativt ladet og assosieres lett med sykehjem og pleiebehov. I realiteten holder de fleste over pensjonsalder seg friske og aktive, ofte til tross for én eller flere medisinske diagnoser. Samtidig beskrives eldrebølgen gjerne som en truende tsunami, og samfunnets ressursmessige og planleggingsmessige beredskap henger etter. Stadig flere eldre pensjonister skal forsørges av et relativt sett mindre antall yrkesaktive.

Ved å samle alle over en viss alder i én «grå masse» overser man nyansene og går glipp av kompetansen og ressursene hver enkelt besitter. Ser man seg rundt på en kulturell begivenhet, vil man ofte se at flertallet har grått hår eller blanke isser. Kulturlivet drives i stor grad av engasjerte eldre, og over hele landet finnes det et vell av foreninger hvor både medlemmer, styre og ledelse består av eldre mennesker.

Politisk er det et tydelig ønske om at vi eldre skal være aktive, ta ansvar for egne valg og være mest mulig selvberget, og klare oss selv uten å belaste samfunnets ressurser.

Boken er lettlest og enkel å komme gjennom, preget av erfaring og et optimistisk syn på Eldres mangfold og muligheter for aktive liv. Samtidig oppfordrer den til ettertanke og drøfting. Den kunne hatt godt av å differensiere mer mellom situasjonene til ulike aldersgrupper, i tråd med budskapet om at vi ikke utgjør en «grå masse». Situasjonen for den økende gruppen eldre med ikke-norsk bakgrunn kunne også vært verdt en omtale.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetikk ved Oslo universitetssykehus.

Les denne boken og bli klokere

Kari Vevatne, Elisabeth Willumsen, red.

Gerontologiske perspektiver: om å eldes

Bergen: Fagbokforlaget, 2025

190 s.

ISBN 978-82-450-4942-8

Michael 2026; 23: 182–183

doi: 10.5617/michael.13339



Begrepet «alderisme» brukes sjelden, men det rommer diskriminering, stereotypier og fordommer mot eldre mennesker, på samme måte som rasisme og kjønnsdiskriminering. Denne boken bidrar til å synliggjøre og utfordre slike holdninger. Den formidler både faktabasert kunnskap om eldre i dagens norske samfunn og mer eksistensielle tilnæringer til det å leve i livets senere faser. I tillegg presenteres en rekke praktiske tilnæringer, tydelig forankret i solid erfaring.

Mange, men ikke alle, kapittelforfatterne har tilknytning til Stavanger-miljøet. Et overordnet siktemål synes å være å erstatte seiglivede forestillinger om «hvordan vi eldre er», med kunnskap og nyanser. Boktittelen kunne vært mer spennende, slik som innholdet faktisk er. Til tross for stort tematisk spenn, fremstår boken

som helhetlig, noe som vitner om god redaksjonell styring. Alle forfatterne har åpenbart sterk erfaringsbasert kompetanse på sine felt.

Hvem kan ha nytte av boken? Svaret er enkelt: svært mange. Enkelte kapitler bærer preg av å være rettet særlig mot sykepleiere, men innholdet vil også være relevant for leger, annet helsepersonell og allment samfunnsinteresserte. Boken inneholder flere konkrete og faktarike kapitler om demo-

grafi, om kroppens og enkeltorganers endringer gjennom livsløpet, om bolig i alderdommen og spørsmålet om alderdom primært er et individuelt ansvar eller en samfunnsoppgave.

Sykehjemsplass beskrives som et stadig mer rasjonert samfunnsgode, i økende grad forbeholdt eldre med betydelig skrøpelighet og ofte demens. Samtidig påpekes det at sykehjemsdekningen i Norge fortsatt er relativt god, sammenlignet med våre naboland. Flere kapitler tar for seg ulike former for aktivering: minnearbeid i grupper, lesning av dikt eller korte tekster og påfølgende samtaler, og andre tiltak som kan styrke mening og fellesskap i hverdagen. Religionens betydning for eldre belyses også på en nyansert måte.

Et par kapitler hadde jeg særlig glede av. Kåre Hagen skriver innsiktsfullt om teknologiens muligheter i eldreomsorgen, men også om de mange teknologiske prosjektene som har mislyktes. Han gir konkrete råd om hvilke forutsetninger som må være til stede for at slike løsninger skal lykkes. Det er åpenbart at teknologiske løsninger vil få økt plass i eldreomsorgen, kanskje på bekostning av den menneskelige dimensjonen. Ressursdebatten preger feltet sterkt. Samtidig reiser «appifiseringen» av tjenestene et dilemma: For mange eldre er den digitale terskelen rett og slett for høy. Dermed vil personlig omsorg fortsatt være avgjørende for dem som ikke har forutsetninger for å ta i bruk teknologien. Selv gode teknologiske tiltak kan oppleves som lite tilgjengelige eller for inngripende, særlig når det gjelder personvern.

Avslutningskapitlene om besteforeldres rolle som mulig utgiftspost eller ressurs, og om omsorgsgivere med etnisk minoritetsbakgrunn drøfter på en fin måte sentrale dilemmaer i omsorgens hverdag.

Samlet sett er dette en bok som både informerer, utfordrer og nyanserer. Den fortjener en bred leserkrets.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetikk ved Oslo universitetssykehus.

Det vi ikke så

Kari H. Eika

Ei forteljing om det ufortalde: bror min Kjetil og helsetenestas definisjonsmakt

Oslo: Universitetsforlaget, 2025

471 s.

ISBN 9788215071459

Michael 2026; 23: 184–185

doi: 10.5617/michael.13340



I 2025 utga Universitetsforlaget ei bemerkelsesverdig bok. Forfatteren er Kari Eika, som har bakgrunn fra forskning og forvaltning innen helse- og sosialtjenestene. Kjetil var hennes storebror, født i 1959.

Han hadde Downs syndrom og ble klassifisert som psykisk utviklingshemmet. Da han var fem år, ble han flyttet fra hjemmet og familien. Medisinskfaglig tilhørte han en kategori som samfunnsmessig skulle ivaretas kollektivt, på grunnlag av diagnose, og ikke innenfor familien. Foreldrenes oppgave, slik autoritetene så det, var å sikre de «normale» barnas trygghet og utvikling.

Eika skildrer hva dette innebar i praksis: brått tapte utviklingsmuligheter, til tross for kunnskap som allerede den gang kunne ha støttet en annen utvikling. Livet som Kjetil ble henvist til, ga ham ikke den språklige utviklingen og læringen familien var forespeilet. Overgangen fra et trygt familieliv til en tilværelse blant fremmede voksne og barn med rar og skremmende atferd må ha vært helt uforståelig både for han som femåring og for lillesøsteren.

Boka er grundig dokumentert og preget av analytisk presisjon. Den avdekker et omfattende svik, ikke først og fremst på individnivå, men som

et strukturelt og kulturelt fenomen. Poenget er ikke å plassere skyld hos enkeltpersoner, profesjoner eller politikere alene, men å vise hvordan en hel samfunnsforståelse kunne legitimere denne praksisen. Slik blir dette ikke bare en fortelling om de institusjonaliserte, men også om oss selv.

Sentralinstitusjonene var store, lukkede institusjoner, parallellsamfunn der mennesker med utviklingshemning levde hele livet, ofte geografisk adskilt fra resten av samfunnet. De ble gjerne lagt til landlige omgivelser, med vakker natur som ramme, men også med en tydelig avstand til nærmiljøet. Administrativt var disse institusjonene definert som sykehus, under psykisk helsevern og psykiatrisk ledelse. Der lå helsetjenestens definisjonsmakt.

Jeg kjente Kjetil. I ni år var jeg hans lege ved Dagsrudheimen. Lesningen vekket minner, og stadig vender jeg tilbake til innsikten Piet Hein ga i et essay jeg en gang leste¹: Kulturen trykker på oss, rundt oss og i oss, overalt – som luften vi puster i. Vi merker det ikke.

Flere leger bør lese denne boka.

Bjørn Werner Nilsen
bw-nilse@online.no

Bjørn Werner Nilsen er spesialist i allmennmedisin og pensjonist.

1 Hein P. *Kilden og krukken: fabler og essays*. København: Gyldendal, 1963: 56.

Rettssikkerhet – for hvem?

Jens Øyrehagen Sunde

Har eg rettstryggleik? Om den klassesdelte rettsstaten og illiberale demokrati

Oslo: Samlaget, 2025

187 s.

ISBN 9788234015052

Michael 2026; 23: 186–187

doi: 10.5617/michael.13341



I boka *Har eg rettstryggleik?* får vi et oversiktlig og tankevekkende innblikk i temaer som er avgjørende for at liberale demokratier skal fungere, men som altfor sjelden diskuteres i norsk offentlighet.

Norge rangeres som nummer to i verden i generell rettssikkerhet, men faller til tiende plass for diskriminering i domstolene og til fjortende plass i tilgang til konfliktløsningsmekanismer, særlig domstoler (1). «Ja, eg har rettstryggleik, men ...», konkluderer forfatteren, og viser gjennom rundt 170 tettpakket sider hva som mangler før vi kan si oss tilfredse med situasjonen.

Med utgangspunkt i et konkret eksempel om en nabo-konflikt om veirett over et jordstykke, illustrerer Sunde hvordan formelle rettigheter i praksis begrenses av flere forhold: vansker med å finne og forstå relevant informasjon (hva trengs, hvor får man tak i det og hvordan skal det tolkes), økonomiske barrierer (saksomkostninger og advokathonorar) og begrenset tilgang til nemnder, forliksråd og domstoler.

Dette henger nært sammen med den enkeltes ressurser, både økonomiske og intellektuelle. Dermed blir rettstryggheten i praksis større for dem som har mest. Når nødvendig informasjon om lover, regler og rettspraksis i stor

grad er utilgjengelig for andre enn eksperter, blir juridisk bistand ofte en forutsetning. Det finnes støtteordninger, men disse er for få og for snevre. Resultatet er at effektiv tilgang til rettssystemet i stor grad forbeholdes dem som har råd til å betale for eksperthjelp, som ofte er kostbar.

Selv om sosioøkonomiske ressurser er avgjørende for å navigere i rettssystemet, er ikke sosial ulikhet det eneste problemet. Rettsstaten hviler på ideen om en samfunnskontrakt, der borgere og myndigheter inngår en gjensidig forpliktende avtale om rettigheter og plikter. Rettssystemet må forstås i lys av denne kontrakten. Opprettholdes den i praksis?

Dersom borgere oppfyller sine forpliktelser, lever lovlydig og bidrar til fellesskapet, men samtidig opplever at staten ikke ivaretar sine, kan tilliten til systemet svekkes. Et nærliggende eksempel er NAV-skandalene. Når grunnleggende rettigheter som tilgang til informasjon, reelle klagemuligheter og effektiv konfliktløsning svikter, undergraves tilliten til rettsstaten.

Denne forståelsen av rettsikkerhet som en bærebjelke i samfunnskontrakten løfter analysen utover spørsmålet om sosial ulikhet. I en tid der autoritære strømninger er på fremmarsj, er betydningen av rettsstaten som motkraft særlig tydelig. Dette er problemstillinger som fortjener langt større oppmerksomhet i offentligheten, og som i høy grad er relevante også for helsepersonell.

Litteratur

1. Rule Law of Justice. World Justice Project. <https://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/global> (24.3.2026).

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Pengar er ikkje alt

Jens Kihl

Blakk

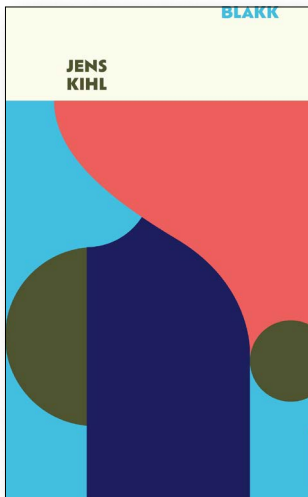
Oslo: Samlaget, 2025

91 s.

ISBN 9788234014963

Michael 2026; 23: 188–189

doi: 10.5617/michael.13342



Serien *Norsk røyndom* frå Samlaget er eit interessant tilskot til norsk litteratur. Forlaget har invitert ulike forfattarar til å skrive om den norske samtida i ein kort og personleg stil – med undertittelen «sterke historier som gjeld oss alle». Serien tel no fem bøker, til dømes om rettstryggleik eller det å leve som funksjonshemma.

Jens Kihl (fødd 1986) skriv om å vokse opp med ei einsleg mor med låg inntekt. Dei har alltid dårleg råd, derav tittelen *Blakk*. At dei har lite pengar, er éin ting, men at dei bur i eit nabolag der dei fleste har mykje betre råd, gjer saka verre. Dette er ein kjent sak frå studiar av sosial ulikskap: Den relative materielle standarden er like viktig som den absolutte. Menneska er sosiale, vi samanliknar oss med andre. Og vi er særleg dyktige til å samanlikne oss med dei som har meir.

Boka til Kihl er kort og raskt lest. Vi får ikkje ei djuptgåande analyse av korleis det er å sitje nest nedst ved bordet – der vi, ifølge forfattaren, finn dei som har ei inntekt om lag på sjukepleiarløn – men korte glimt og betraktningar om korleis ein slik oppvekst kan vere i Noreg i dag.

Det eg finn tankevekkande, er at Kihl er overraska over at han, trass i jamt dårleg råd, har ein god barndom. Slik eg les boka, har Kihl vore heldig

med foreldra sine. Det er særleg mora vi får høyre om, det er ho som er blakk, men faren er også med i randsona av historia. Og har du gode foreldre, har du eit godt utgangspunkt i livet, sjølv om oppveksten din alltid var prega av materiell knappheit.

Den britiske filosofen Adam Swift (fødd 1961) meiner at vi legg for lite vekt på familiens rolle for sosial ulikskap. Vi bør ikkje berre ta omsyn til om familien har høg status, formue eller inntekt, men òg på andre ressursar. Retorisk spør han om vi, i den sosiale likskapens namn, burde forby at barn blir lesne for om kvelden?

Ei godnatthistorie på sengekanten er ein illustrasjon på at barnet blir godt tatt vare på, og ein indikator på korleis eit barn klarer seg seinare i livet. Men ikkje alle barn blir lesne for, verken i bokstaveleg eller overført tyding, og her ligg ei viktig kjelde til sosial ulikheit.

Kihl er ikkje opptatt av dei immaterielle føresetnadene for eit godt liv, enn seie for sosial ulikskap. Her er han i stort selskap. Ikkje berre med forskarar, som er meir opptekne av inntektsfordeling enn av gode oppvekstvilkår i ikkje-materiell forstand, men han er òg i same selskap som dei fleste som bur i Noreg. På tross av at vi er eitt av dei rikaste landa i verda, er dei fleste framleis svært opptekne av økonomisk vekst. Den delen av befolkninga som reelt lid under knappheit, skulle ha vore hjelpt – i går – men resten av oss burde kan hende vende blikket meir vekk frå materielle verdiar og mot det som verkeleg betyr mykje for eit godt liv. Sjukepleiarindeksen er berre ein del av historia, kanskje ikkje ein gong den viktigaste.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Noveller som kryper i kroppen

Ellen Støkken Dahl

Dyrisk

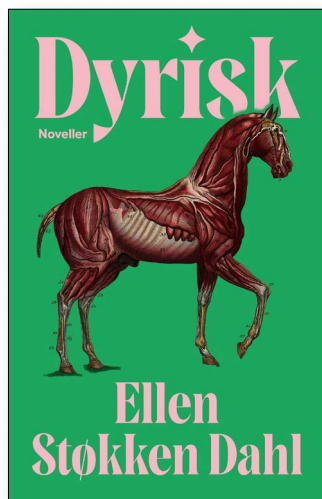
Oslo: Aschehoug, 2025

207 s.

ISBN 9788203457555

Michael 2026; 23: 190–191

doi: 10.5617/michael.13343



De av oss som vokste opp tidlig på totusentallet med skolebibliotek og egen hylle for «skrekk», husker kanskje bokserien *Grosserne* eller *Goosebumps* (1992–1997), en rekke skrekkelige historier med mørk humor for barn. Vi slukte bøkene. Det var mitt første møte med skrekken som ikke hopper frem og roper deg i ansiktet, men heller får det til å pile i leggene, armene og nakken. Denne følelsen er veldig populær blant et bestemt publikum, som gjerne også ser tv-serier som *Black mirror* (2011–) eller filmer som *The Substance* (2024).

Novellesamlingen *Dyrisk* av legen Ellen Støkken Dahl (f. 1991) er en vill skjønnlitterær debut av en dreven vitenskapsformidler med flere suksessutgivelser bak seg. Den inneholder sju fortellinger om dyriske mennesker og/eller menneskelige dyr og utforsker det vi har til felles:

sult, reproduksjon og overlevelse. *Pattedyr* skiller seg noe ut ved å deles inn i tre minihistorier med foreldre–barn-relasjonen i sentrum.

Fortellingene har stort sett et eskalerende tempo, forfatteren leker med den gufne følelsen som etableres hos leseren. Noen ganger venter man spent på at det skjulte skal åpne seg, som i *Sevje*, mens andre ganger treffer

sjokket mer uventet, som i *Flokken*. Fortellerstemmene varierer fra ensomme ulver til et svermende «vi».

Som i *Grosserne* ligger humoren ofte i det absurde, for eksempel når Erik dater en fiskekvinne i *Fiskelykke*, eller når en sykehjemsbeboer spår fremtiden utelukkende med delfiakake i kjakene i *Delfiaorakelet*. Sistnevnte novelle er nok den mest lettfordøyelige for lesere som ikke er vant med kroppsskrek, mens de øvrige novellene krever at sarte sjeler tar litt sats.

Med presist språk skildrer Dahl hvordan kropp og sinn går i oppløsning når man gir etter for animalsk begjær. Språket leder først leseren inn i det uventete og absurde, men etter de første par novellene er man mer forberedt, og forfatteren må derfor eskalere ytterligere. Samlingen er lettlest og kan fint fullføres på en togtur. Den gufne følelsen henger igjen en stund etter at siste side er lest.

Hamida Achour
ach.hamida@gmail.com

Hamida Achour er lege i spesialisering ved Oslo universitetssykehus.

En metaroman om kreft, litteratur og Ellen Gleditsch

Atle Næss

Radium: en meta(stase)roman

Oslo: Gyldendal, 2025

336 s.

ISBN 978-82-05-61710-0

Michael 2026; 23: 192–193

doi: 10.5617/michael.13344



Forfatteren Atle Næss (f. 1949) har skrevet flere historiske romaner, essays og sakprosa-bøker, og mottok Brageprisen i 2001 for sin biografi om Galileo Galilei. I 2025 utga han romanen *Radium: en meta(stase)roman*.

I denne fortellingen følger vi en aldrende forfatter, Anders, og hans søken etter et nytt litterært prosjekt. Dette skjer i en fase av livet hvor han får påvist prostatakreft, og hans far blir terminal kreftsyk og dør. Faren var pensjonert lektor og arbeidet i sin ungdom med en doktorgrad i Paris om forfatteren Cora Sandel, men opplevde sitt livs skuffelse da avhandlingen ble underkjent.

Anders bestemmer seg for å ta opp tråden fra sin far, og etter gjennomført kreftoperasjon reiser han til Paris for å samle stoff til en roman om Sandel. Cora Sandel var pseudonym for Sara Fabricius, som i sin tid omgikk skikkelser som Marie Curie og den norske kjemikeren Ellen Gleditsch i Paris.

Dermed blir vi introdusert for romanens egentlige hovedperson.

Gleditsch arbeidet med radioaktivitet og radiokjemi, og var fra 1907 til 1912 assistent ved Marie Curies laboratorium i Paris. I 1929 ble hun professor i uorganisk kjemi ved Universitetet i Oslo, som Norges andre kvinnelige professor. Basert på ulike kilder tegner Næss et nærbilde av hennes liv, først

i Paris, deretter i Kristiania og senere under et gjesteopphold ved Yale University. Gjennom vennskapet mellom Ellen og Sara får vi samtidig et innblikk i Cora Sandels unge år og i hennes valg av pseudonym for å kunne skrive fritt om kvinners kamp for frigjøring.

Det er særlig det midtre partiet av romanen, hvor Ellen Gleditschs formative år skildres, som i størst grad fanger min interesse. Her lykkes Næss med å levendegjøre hvordan en ugift kvinne måtte kjempe for å bli tatt seriøst i de mannsdominerte vitenskapelige miljøene tidlig på 1900-tallet.

I romanens siste del vender vi tilbake til Anders og hans litterære kvaler, parallelt med oppfølgingen ved Radiumhospitalet. Her møter han «Ellen» igjen, når det nye protonsenderet åpner i 2024 med en syklotron oppkalt etter henne.

Dette er en roman som vil mye, og har flere metahistorier. Noen av disse oppleves som særst interessante, mens andre fremstår som mer perifere. Språket har en muntlig tone som etter min vurdering kunne vært noe strammere. Samtidig tilfører historiene om Ellen Gleditsch og Cora Sandel romanen både tyngde og lys.

Tone Skaali
tskaa@ous-hf.no

Tone Skaali er psykiater og arbeider som seksjonsleder ved Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus.

Vi er alle rammet av floskelsyken

Petter Schjerven

Typisk norsk tomprat: floskler og svada forklart etter beste evne

Bergen: Vigmostad Bjørke, 2025

175 s.

ISBN 9788241967283

Michael 2026; 23: 194–195

doi: 10.5617/michael.13345



«Hva har skjedd med oss? Har vi blitt allergiske mot begripelig tale? Er vi redde for å gjøre oss forstått? Aldri har det vært snakket mer sprøyt her i landet. Hvor enn man snur seg, hører man svada, floskler og tåkeprat.» Slik åpner vaskeseddelen til Petter Schjervens seneste bok – og den treffer bredt.

Forfatterens eksempler er kostelig lesning: «I en volatil tid er det viktig at noen viser fremoverlent holdning, er proaktive og adresserer de kommunikative utfordringene vi står overfor! I forhold til dette har jeg inntatt et dynamisk mindset, lagt work-life-balance til side, gitt meg ut på en kompetansereise og allokert meg selv som content provider. Og det er det content-du holder i hånden nå.»

Målet er å bekjempe tompratet med humor. Den underfundige stilen vil være gjenkjennelig for lesere av forfatterens forrige ordbok, *Nostalgisk ordbok* (1). Eller som det heter i forklaringen av «i forhold til»: en språklig sykdom, en språkets byllepest, et utslett som både muntlig og skriftlig viser seg vanskelig å stoppe, hvor mye det enn klør og plager oss. Ingen salve eller medisin ser ut til å virke. Det eneste som kan ha en viss påvirkning er utilsørt harselas.

Materialet er samlet gjennom over 20 år med foredrag og konferansieroppdrag i både privat og offentlig sektor. Allerede på omslaget presenteres flere gode eksempler: mulighetsfokus, i forhold til, fremoverlent, levere på, endringsreise, proaktiv og implementering. De fleste av oss kjenner dem godt, ikke minst fra helseledelse, strategidokumenter og visjoner om framtidens helsetjeneste (2). Bruken er så omfattende at det er vanskelig å ikke bli smittet. Boka kan derfor også leses som en anledning til å fryde seg over «vårt felles idioti», som forfatteren skriver.

Lokasjon er blitt et moteord i helsetjenesten. Det handler som regel om hvor et nytt sykehus skal ligge. Forfatterens råd er forbilledlig enkelt: Det er usikkert om lokasjon noensinne betyr noe annet enn sted, og det kan derfor godt sløyfes fra dagligtalen både privat og på jobb.

Jeg er litt i tvil om tittelen tomprat er helt velvalgt. I mine ører kan ordet også ha en positiv valør. Noen ganger har man kanskje ikke så mye å snakke om, men samtalen må holdes i gang likevel, og da kan tomprat være nyttig. I Norge er været det klassiske eksempelet. I denne boka er imidlertid tomprat entydig forbeholdt den negative betydningen, det meningsløse og innholdstomme: svada, bullshit, floskler, tåkeprat, bortforklaringer, plattheter, språklige ubehjelpeligheter, forslitte klisjeer og jåleri.

Forekomsten av slikt tomprat er betydelig og økende, så boka har et ubehagelig stort publikum.

Litteratur

1. Hem E. Hva var det som skjedde? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2011; 131: 148.
2. Syvertsen MR. Ordbok for ledere. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0476

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttssjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Å skrive gode journalar er eit handverk

Michael 2026; 23: 196–198
doi: 10.5617/michael.13346

Medisinsk journalskriving er ei lærebok som presenterer prinsipp for utforming av innkomstjournalar. Nylig vart boka lansert i oppdatert og utvida utgåve. Boka er skriven på nynorsk og bokmål, side om side.

Å skrive gode journalar er eit handverk i seg sjølv. I 1956 omsette seks medisinstudentar journalmalar som var i bruk ved undervisningssjukehusa i Oslo, til nynorsk (1). Arbeidet deira var utgangspunktet for boka *Medisinsk journalskriving*, som kom ut første gong i 1979 (2). Andre utgåve i 1987 omfatta elleve fagfelt, inkludert psykiatri, og fleire medlemmer frå Medisinsk Mållag deltok i arbeidet (3). Psykiateren Einfrid Perstølen (1917–2017) var ei av eldsjelene.

Det har i mange år vore eit ønskje å få ei oppdatert utgåve av denne boka på nynorsk. I 2023 var dette arbeidet kome ganske kort (4). Med stipendstøtte frå Noregs Mållag og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening (NFFO) vart det mogleg å få fart på arbeidet.

Den reviderte boka har døme på journalføring innan 12 fagfelt, i tillegg til råd og eksempel (5). Kapitla om psykiatri, hud, gynekologi, auge og medisinsk genetik er nyskrivne, med bidrag frå fleire legar tilknytta Medisinsk Mållag. Engelske uttrykk er i stor grad erstatta med norske, og latinske termar er tilpassa norske skrivemåtar. Forkortingar er forklarte.

Oppdatering byggjer på eit kompendium om journalskriving for sju fagfelt på bokmål frå 2005 (6). Tredje utgåve av Bjørn Bendz og andre legar ved Oslo universitetssjukehus kom i 2020 og har vore nytta i undervisning for medisinstudentar i Oslo og Trondheim (7).

Den nye boka er hovudsakleg retta mot medisinstudentar og legar i spesialisering, men kan òg ha relevans for samarbeid på tvers av sjukehus, utdanningsinstitusjonar, fagområde og målformer.



Bjørn Bendz og Øygunn Leite Kallevik på boklanseringa i Galleri Nygaten i Bergen 14. september 2025. Foto: Maria Leite Kallevik

Om lag halvparten av norske medisinstudentar blir utdanna i utlandet. Dei siste åra har meir enn 3000 norske medisinstudentar vore registrerte ved utanlandske lærestader (8). Dei fleste kjem heim att. Dette aktualiserer behovet for å kjenne til korleis ein journal vert ført på norsk.

Automatisert journalføring?

Fleire IT-leverandørar arbeider med løysingar for automatisert journalskriving. Slike system byggjer på malar og strukturar som kan tilpassast spesialisthelsetenesta. Boka kan i denne samanhengen få betydning som eit referanseverktøy for utforming av slike strukturar. Dersom liknande malar vert nytta i ulike verktøy, kan det bidra til auka grad av nasjonal standardisering av journalskrivinga.

Helsedirektoratet har ansvar for SNOMED CT, eit omfattande prosjekt som tek sikte på å standardisere medisinsk terminologi på norsk, både bokmål og nynorsk (9). Journalspråket skal samstundes vere presist nok for kommunikasjon mellom helsepersonell, fylldig nok til å vere fagleg forsvarleg og forståeleg nok for pasientane. Desse omsyna peikar mot eit språkleg spenn som ikkje utan vidare let seg sameine (10). *Medisinsk journalskriving* gir døme på korleis journaltekst kan utformast med vekt på klarleik og struktur.

Litteratur

1. *Rettleiing i journalskriving til 2. avdeling av det medisinske studiet. Samla av medisinar mål-laget «Eir»*. Oslo: Universitetsforlaget, 1956.
2. Braut GS, Gardsjord G, Perstølen E et al, red. *Medisinsk journalskriving: rettleiing og journaldøme*. Oslo: Medisinsk mållag, 1979.
3. Braut GS, Gardsjord G, Perstølen E et al, red. *Medisinsk journalskriving: rettleiing og journaldøme*. 2. utgåve. Oslo: Medisinsk mållag, 1987.
4. Braut GS. *Medisinsk journalskriving på nynorsk*. *Michael* 2023; 20 (Supplement 31): 36–43.
5. Kallevik ØL, Bendz B, red. *Medisinsk journalskriving*. Bergen: Fagbokforlaget, 2025.
6. Bendz B, Eilertsen AL, Aabakken L et al, red. *Journal 1: om å skrive enda bedre medisinske journaler*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2005.
7. Bendz B, Eilertsen AL, Lundin KEA et al, red. *Journal 1: om å skrive enda bedre medisinske journaler*. 3. utg. Oslo: Universitetet i Oslo, 2020.
8. Ulvestad MES, Wiers-Jenssen J. *Nyutdannede norske legers tilfredshet med utdanningen i Norge og i utlandet*. *Michael* 2022; 19: 14–31.
9. Våge O. *Slik byggjer vi ein felles semantisk grunnmur for framtidens e-helseløysingar*. *Michael* 2023; 20 (Supplement 31): 115–24.
10. Hem E, Nylenna M, Larsen Ø. *Pasientjournalens mange roller*. *Michael* 2023; 20 (Supplement 31): 11–30.

Øygunn Leite Kallevik
oygunnk@gmail.com

Øygunn Leite Kallevik er sjukepleiar, jobbar som spesialrådgjevar innan e-helse og er leiar for Medisinsk Mållag. Ho er ein av redaktørane for boka Medisinsk journalskriving.

Antibiotikaforsyning – problem med paradokser

Michael 2026; 23: 199–202
doi: 10.56175/michael.13347

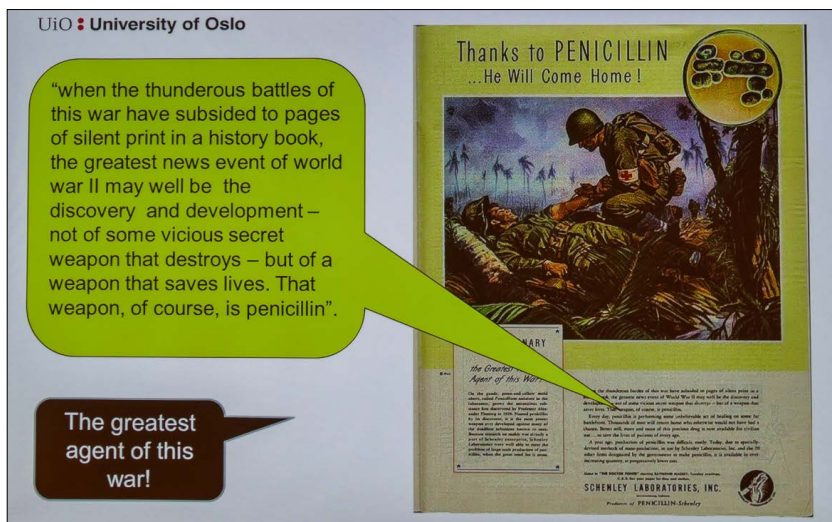
Var det antibiotika som bidro til seier i andre verdenskrig og som forbedret folkehelsen i etterkrigsårene? Hvordan står det til med verdens antibiotikaforsyning, utviklingen av nye midler og resistensproblemet? Dette var sentrale spørsmål på seminaret i Helsehistorisk forum i Oslo 28. november 2025.

De rundt 45 deltakerne fikk først høre et innledningsforedrag av professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo, Anne Kveim Lie. Hun fortalte blant annet om penicillins oppdagelse i 1928, og hvordan stoffet var både kostbart og vanskelig å produsere. Først mot slutten av andre verdenskrig ble det mulig å masseprodusere penicillin, og det ble raskt tatt i bruk som et militært våpen, med mål om å redde sårede soldater fra å dø av sårinfeksjoner (figur 1).

Anne Kveim Lie refererte også til et omfattende tverrfaglig prosjekt ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, ledet av professor i medisinsk historie, Christoph Gradmann. Prosjektet utforsker antibiotika-historien med et bredt materiale som spenner fra arkiver i farmasøytisk industri til studier av økonomisk historie i India og etnologi i Afrika.

Antibiotika i etterkrigstiden

Etter andre verdenskrig økte den sivile bruken av penicillin og andre antibiotika dramatisk. Tidligere dødelige smittsomme sykdommer kunne nå bekjempes, noe som revolusjonerte verdens folkehelse. Samtidig førte dette til at de fleste land ble sterkt avhengige av antibiotika. Jo bedre økonomi og helsevesen et land utviklet, desto mer antibiotika ble brukt, og markedet vokste raskt. Etterspørselen økte også innen andre sektorer, som husdyrproduksjon og fiskeoppdrett.



Figur 1. Penicillin som livredder i den annen verdenskrig. Lysbilde fra Anne Kveim Lies presentasjon. Foto: Øivind Larsen

Likevel skjedde det noe bemerkelsesverdig. Til tross for et voksende marked stagnerte både forskning og produksjon av nye antibiotika. Man begynte å snakke om en mulig mangel på antibiotika, som kunne utgjøre en alvorlig trussel. Nye antibiotika ble stadig sjeldnere, mens produksjonen av eksisterende legemidler ble sentralisert og ofte flyttet til Asia, særlig India. Grunnen er at antibiotikaproduksjon og distribusjon i stor grad har vært styrt av markedets lover. Kostbar produktutvikling har for det meste foregått i private selskaper som er avhengige av fortjeneste, og spesielt i nye markeder i lavinntektsland er det ofte lite økonomisk gevinst å hente.

Produksjon og bruk av antibiotika er også regulert av nasjonale lover og regelverk som har betydelig innflytelse på markedet. Reglene varierer fra land til land, og markedet tilpasser seg nøye de lokale forholdene. Utvikling og produksjon skjer der forholdene er mest gunstige. Et illustrerende eksempel er endringen i Indias patentlovgivning i 1979, som gjorde det umulig å få patent på et legemiddel som allerede var patentert i et annet land.

Global produksjon og distribusjon

Postdoktor Mingyuan Zhang (figur 2) fortalte om Kinas omfattende statlige satsing på utvikling og produksjon av antibiotika. Kinesisk storindustri på dette feltet eksporterer nå til hele verden, hvorav mye går til India og utgjør grunnlaget for både Indias eget forbruk og videre eksport.



Figur 2. Mingyuan Zhang hadde med seg avkommet, som høyløtt tok avstand fra at mamma skulle holde foredrag alene, men trygt på hennes arm gikk det meget bra. Foto: Øivind Larsen

Stipendiat Lise Bjerke presenterte hvordan India har utviklet seg til å bli «verdens apotek», og hvordan global medikamenthandel har endret seg over tid. Tidligere gikk store varestrømmer hovedsakelig fra nord til sør, altså fra industriland i Nord-Amerika og Europa til fattige land i sør. Nå har strømmen i stor grad snudd til sør-sør-handel, for eksempel fra India for å dekke den økende etterspørselen etter medisiner i Afrika.

Foredragene ga mye å reflektere over. Lokal produksjon av antibiotika er i stor grad blitt lagt ned på grunn av markedskreftenes dominans, noe som har økt samfunnets sårbarhet for forsyningssvikt. I mange land er et velfungerende helsevesen nå avhengig av tilførsler fra utlandet. Politiske og økonomiske interesser er ikke alltid samkjørte, og dette gjelder også antibiotika. Et eksempel er USA som importerer store mengder fra Kina – en stormakt de har et komplisert forhold til. I en handelskrig kan antibiotika derfor bli et strategisk våpen, ikke i form av produksjon, men gjennom begrenset tilgjengelighet.



Figur 3. Panelsamtale om paradoksene. Fra venstre Anne Kveim Lie, Sigurd Høye, Lise Bjerke og ordstyrer Ageliki Lefkaditou. Foto: Øivind Larsen

Panelsamtale om antibiotikaresistens

Etter foredragene fulgte en panelsamtale ledet av Ageliki Lefkaditou, med Anne Kveim Lie og Lise Bjerke samt førsteamanuensis og leder for Antibiotikasenteret, Sigurd Høye (figur 3). Temaet var antibiotikaresistens – et problem som illustrerer et tydelig paradoks. Målet er jo å redusere antibiotikabruken, ikke å øke den. Konklusjonen var derfor som forventet: Det er avgjørende å fremme riktig og målrettet bruk av antibiotika.

Øivind Larsen
oivind@oivindlarsen.no

Øivind Larsen er professor emeritus ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Redigert opptak av seminaret er tilgjengelig på nettet: <https://helsehistoriskforum.no/aktiviteter/post-rEPPQ-antibiotika-i-krise>

Tuberkulose uten ende

Michael 2026; 23: 203–206

doi: 10.5617/michael.13108

Målet er ikke å utrydde tuberkulose, men å utrydde sykdommen som folkehelseproblem.

Helsehistorisk forum åpnet vårsemesteret 29. januar 2026 med et seminar som minnet det fullsatte auditoriet på Nasjonalbiblioteket i Oslo om at tuberkulose fortsatt er en global helsetrussel. Tre høykompetente foredragsholdere belyste temaet: historieprofessor Ole Georg Moseng, overlege Erlend Grønningen og professor i medisinsk historie Christoph Gradmann (figur 1).

Samfunnsmedisin i praksis

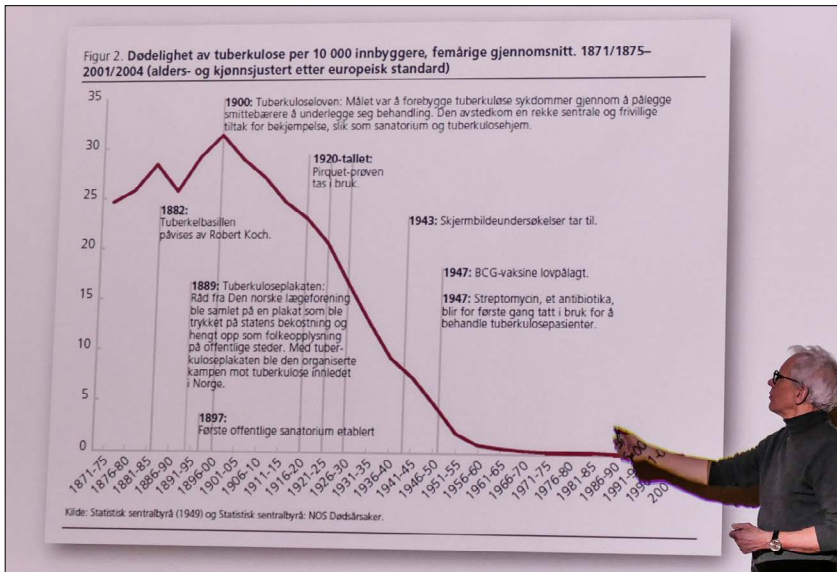
Ole Georg Moseng tok utgangspunkt i utviklingen av tuberkulose i Norge. Her hadde grupperettede og strukturelle tiltak, etter hvert også vaksinerings- og bidratt til at sykdommen i stor grad var under kontroll allerede før effektiv antibiotikabehandling ble tilgjengelig (figur 2). Tuberkulosearbeidet i Norge fra 1890-årene og framover er blitt et paradeeksempel på effektiv samfunnsmedisin.

Et mindre kjent aspekt – og Mosengs hovedtema – er datidens betydelige motstand mot innføring av inngripende offentlige tiltak, slik tuberkuloseloven av 1900 hjemlet, til tross for at tuberkulose var en alvorlig medisinsk og sosial svøpe. Paradoksalt nok kom sterke motstemmer også fra leger, blant dem hygieneprofessor Ernst Ferdinand Lochmann (1820–1891) (1).

Motstanden fra medisinsk hold hang sammen med vedvarende uenighet om smitte og årsaksforhold. Robert Kochs (1843–1910) påvisning av tuberkelbasillen i 1882 hadde riktignok fått sin plass, men det hersket fortsatt tvil om hvorvidt drastiske restriksjoner, basert på bakterieteorien, var riktig vei å gå. I tillegg hadde debatten klare politiske overtoner, preget av liberal motstand mot inngrep i individets frihet (1).



Figur 1. Tungvektene om tuberkulose i Helsehistorisk forum: Erlend Grønningen, Ole Georg Moseng og Christoph Gradmann. Foto: Øivind Larsen



Figur 2. Ole Georg Moseng viser den tankevekkende kurven for dødelighetsutviklingen av tuberkulose i Norge de siste 150 årene. Tuberkulosen var allerede i stor grad bekjempet før spesifikk antibiotikabehandling ble tilgjengelig. Foto: Øivind Larsen

Sykdom uten grenser

Erlend Grønningen ved Akershus universitetssykehus presenterte et globalt perspektiv basert på omfattende internasjonal erfaring, blant annet fra Leger uten grenser og tuberkulosearbeid i Afrika. Hans doktorarbeid fra 2025 dokumenterer tydelig at tuberkulose fortsatt er blant verdens viktigste folkehelseutfordringer, særlig i kombinasjon med hivinfeksjon, som driver dødeligheten til nye høyder, især i Afrika (2).

Det finnes ambisiøse planer og programmer for global utrydding av tuberkulose, men det er høyst usikkert hvor realistiske, tilpassede og effektive disse tiltakene faktisk er. Sannsynligvis må målet være bekjempelse av tuberkulose som samfunnsproblem.

Et annet trolldomsfjell

Christoph Gradmann belyste de store forskjellene i håndteringen av tuberkulose mellom europeiske land og tidligere kolonier. Han har særlig studert forholdene i Øst-Afrika og presenterte funn fra et krevende arkivarbeid ved Kibong'oto tuberkulosesykehus i Tanzania, ved foten av Kilimanjaro.

I store deler av den vestlige verden hadde tilnærmingen til tuberkulose i hovedsak vært rettet mot pleie og behandling av syke, ofte i sanatorier med en egen medisinsk og sosial kultur. Målet var lindring og stabilisering, mens helbredelse lenge framsto som fjernt. Denne sanatoriekulturen er litterært udødeliggjort i Thomas Manns roman *Der Zauberberg* fra 1924 – i oversatte utgaver *Trolldomsfjellet* og *The Magic Mountain*.

Gradmanns bok fra 2025, *Another Magic Mountain* (3), viser at Kibong'oto representerte en helt annen virkelighet. Det var et annet trolldomsfjell enn ved det fornemme Davos. Mens historien om tuberkulosebekjempelsen varierer mellom Norge og andre europeiske land, er forskjellene langt større mellom tidligere kolonier og resten av verden.

I det sterkt tuberkuloserammede Afrika kom reelle framskritt først etter 1950. Europeisk medisin måtte tilpasses lokale forhold, slik det ble gjort ved Kibong'oto. I «den tredje verden» var både kostnader og de underliggende sosiale faktorene, spesielt fattigdom, store hindringer. Innføringen av moderne behandlingsregimer som DOT og DOTS (*Directly Observed Treatment* og *Directly Observed Treatment Short-course*) representerte viktige gjennombrudd. Samtidig er motkreftene betydelige: økende multiresistens mot tuberkulosemedikamenter og den høye forekomsten av hiv.

Om noe positivt kan sies om tuberkulosen, er det at sykdommen tydelig har demonstrert betydningen av langvarig og vedvarende samfunnsmedisinsk innsats. I tillegg har den bidratt vesentlig til utviklingen av fag-

feltet global helse. I det store bildet er tuberkulose fortsatt en alvorlig global trussel som må tas på største alvor.

Et redigert opptak av seminaret er tilgjengelig på nett (4).

Litteratur

1. Moseng OG. Tuberkulose: Kampen mot bekjempelsen. *Heimen* 2019; 56: 39–53. <https://doi.org/10.18261/issn.1894-3195-2019-01-0>
2. Grønningen E. *Extrapulmonary tuberculosis in the HIV endemic setting in Tanzania: challenges with diagnosis, comorbidities, and association with mortality*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2025. <https://hdl.handle.net/11250/3172003>
3. Gradmann C. *Another Magic Mountain – Kibong'oto Hospital and African Tuberculosis, 1920–2000*. Athens, Ohio: Ohio University Press, 2025.
4. Tuberkulose – den globale trusselen. *Helsehistorisk forum*. <https://helsehistoriskforum.no/aktiviteter/post-ENPPQ-tuberkulose--den-globale-trusselen> (30.1.2026).

Øivind Larsen
oivind@oivindlarsen.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

For mye bildediagnostikk?

Michael 2026; 23: 207

doi: 10.5617/michael.13348

Petter Hurlen. For mye bildediagnostikk? *Michael* 2025; 22: 238–245.

doi: 10.56175/michael.12621

Det er en feil i artikkelen *For mye bildediagnostikk?* i *Michael* nr 3/2025. På side 240 står det at «i 13 % av tilfellene var [radiologene] enige om at undersøkelsen var unødvendige». Det riktige skal være at «i 3 % av tilfellene var [radiologene] enige om at undersøkelsen var unødvendige».

Vi beklager feilen. Den er rettet i nettutgaven.

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Jan Frich
Pål Gulbrandsen
Erlend Hem
Nina Husom
Magne Nylenna

Editorial board:

Geir Sverre Braut
Kari Tove Elvbakken
Linn Okkenhaug Getz
Christoph Gradmann
Cato Innerdal
Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 700

ISSN 1893-9651

Innvandrere i helsetjenesten

Forsidebildet er tatt ved Avdeling for mangfold, likeverd og migrasjonshelse ved Akershus universitetssykehus. Sykehuset ligger i Lørenskog, en kommune med nær 30 % innvandrere av første eller andre generasjon. Sykehuset har både mange pasienter som er innvandrere, og mye helsepersonell som er innvandrere eller barn av innvandrere. Navnet på avdelingen er et sterkt signal om at vi i Norge legger vekt på verdier som for tiden er forkastet av presidenten i USA. Tolking er en viktig investering i kvaliteten på helsetilbudet. Å kommunisere er en overlevelsesfunksjon.

Bildet viser en tolkesituasjon slik man kan ønske seg den. Det er ro og visuell kontakt mellom de tre, og ansiktsuttrykkene signaliserer interesse og vennlighet. Dessverre er ofte ikke slike betingelser for gjensidig forståelse til stede. Det kan skyldes hast, manglende tilgang på relevant tolk, eller at både pasient og helsepersonell overvurderer norskkompetansen og lar være å tilkalle tolk.

Manglende fellesspråk er bare én av mange utfordringer når kulturer møtes. Noen ganger kan helseproblemer fungere som et forstørrelsesglass og forsterke opplevelsen av at innvandring er et problem. Men helsetjenesten er også et sted der mennesker kan komme nærmere hverandre, se hverandre, forstå hverandre bedre, og bygge videre på et felles mangfoldig og likeverdig samfunn. Vi er *alle* sårbare, skrev filosofen Emmanuel Levinas (1906–1995) – det gjelder også helsepersonell. I det ligger et potensial for gjensidighet.

Pål Gulbrandsen

De fotograferte har gitt tillatelse til publisering

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004