

# 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 torturoverleverere representerer. Kompetansen er mangelfull i alle ledd av helsetjenesten, og det er behov for økt kunnskap både om dokumentasjon av tortur og rehabilitering av torturoverleverere 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.*