

# 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 kulturaspekter 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 kjønnnet. 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.*