
Tatovering – en kulturell uttrykksform

REDAKSJONELT

PETTER JENSEN GJERSVIK

Petter Jensen Gjersvik (f. 1952) er fagredaktør i Tidsskriftet, spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege og universitetslektor ved Hudavdelingen, Rikshospitalet.

Email: petter.gjersvik@rikshospitalet.no

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Vårt ytre betyr mye for oss. Klær, smykker og kosmetikk formidler sosial status, høytid eller seksuell attraktivitet og er en form for dekorering av kroppen.

Tatovering i huden er en annen form for kroppsdekorering som gir signaler til omverdenen (1). Tatovering har vært anvendt til alle tider og i alle samfunn, men har i vår vestlige verden i stor grad vært et fenomen begrenset til spesielle grupper i samfunnet, blant annet sjøfolk. For sjøfolk markerte tatoveringene tilhørighet, identitet og ofte yrkesstolthet, selv om mange kunne angre bittert på at de en gang lot seg tatovere. Resten av samfunnet har ofte oppfattet tatovering som stigmatiserende og som noe som bare forekom i marginale samfunnsgrupper, inkludert kriminelle, alkoholmisbrukere og narkomane.

Men tidene forandrer seg. Nye tatoveringsbilder, lokalisasjoner og brukergrupper er kommet til. Tatovering benyttes nå i *nye* subkulturer, blant annet i enkelte motorsykkelmiljøer og politiske ekstremistgrupper. Mest interessant er det likevel at tatovering også er blitt mote blant veltilpassede og etablerte grupper i befolkningen, særlig unge, uansett kjønn. Tatovering er så å si i ferd med å bli tatt opp i kulturelle hovedstrømninger blant ungdom.

Ved profesjonelt utført tatovering plasseres pigmentpartikler permanent i dermis ved hjelp av et elektrisk tatoveringsapparat (2, 3). Pigmentene består av biologisk inerte metalliske salter eller organiske fargestoffer. Etter barbering sprayeres det aktuelle hudområdet med en antiseptisk løsning.

Tatoveringsapparatet består av en motor som driver en eller flere nåler opp og ned i svært stor hastighet. Tatoveringsnålene dyppes i pigment, alternativt blir pigmentet plassert direkte på hudområdet. Apparatet holdes i konstant avstand

slik at nålene punkterer huden og pigmentet deponeres i dermis. Overskytende pigment og eventuelt litt blod vaskes bort under prosessen. Utførelsen kan ta fra 15 minutter til flere timer og kan eventuelt gjentas én eller flere ganger over flere måneder, avhengig av tatoveringens størrelse og kompleksitet (2, 3).

Lette, overflatiske bakterielle infeksjoner forekommer etter tatovering, på samme måte som etter kirurgiske inngrep, men alvorlig bakteriell infeksjon er i dag svært sjeldent ved profesjonelt utført tatovering. På 1800-tallet og i første halvdel av 1900-tallet, derimot, forekom både gangren, amputasjon og dødsfall etter tatovering, så vel som smitte av syfilis, tuberkulose og lepra (3). Datidens tatoverere kunne benytte både spytt, urin, skittent vann og tobakkssaft topikalt under og etter tatoveringen. Et tilfelle av kutan tuberkulose overført ved amatør-tatovering ble rapportert fra USA så sent som i 1985 (4).

Aktuell bekymring vedrørende smitteoverføring gjelder særlig hepatitt B-virus, og det foreligger flere publikasjoner som dokumenterer at slik smitte kan skje ved tatovering (3). Overføring av HIV er også en potensiell mulighet, men det er kun publisert to *mulige* tilfeller av slik smitte (3, 5).

Tatoveringspigmenter kan føre til sensibilisering og utvikling av kontaktallergisk dermatitt (cellemediert type IV-allergi) (6). Rødt tatoveringspigment (kvikksølv-sulfid) sensibiliserer oftere enn grønt, gult, blått og svart pigment. Det kan ta fra noen få uker til flere år før reaksjonen utvikles, idet sensibilisering først skjer etter lang tids eksponering. Kvikksølvallergi kan gi reaksjoner på tannfyllingsmaterialer, og et tilfelle med generalisert eksematøs reaksjon ved opprivning av en kvikksølvholdig tatovering er beskrevet. Gult pigment (kadmiumsulfid) kan gi reaksjoner ved soleksponering (6).

Keloider og hypertrofiske arr kan oppstå etter tatovering, selv etter lang tid (6), men det er nok langt flere personer som har fått keloid etter kirurgisk fjerning av tatovering enn av selve tatoveringen. Andre mulige komplikasjoner er lichenoid hudreaksjoner, inflammatorisk fremmedlegemereaksjon og pseudolymfom. Psoriasis, lichen ruber og diskoid lupus erythematosus er rapportert å kunne manifestere seg i tatoveringer (6).

I motsetning til profesjonelle tatoverere, som med sitt utstyr vil deponere tatoveringspigmentet i dermis i presis dybde, vil amatør-tatoverere, som ofte anvender enkeltnåler holdt med ustabil hånd, spre tatoveringspigmenter over en varierende dybde. Dette gir stygge tatoveringer og gjør dessuten pigmentene vanskeligere å fjerne dersom personen skulle ønske dette senere (3, 7, 8).

Muligheten for å få fjernet tatoveringer er begrenset. Små tatoveringer kan fjernes kirurgisk (elliptisk eller tangential eksisjon) eller ved bruk av dermabrasjon, kjemisk peeling eller CO₂-laser (7), men disse metodene etterlater alltid arr. Nye typer lasere gjør det mulig å fjerne tatoveringspigmenter ved selektiv fototermolytisk destruksjon av pigmentpartiklene (8), men behandlingen er tidkrevende, kostbar og med begrenset tilgjengelighet i Norge. Ikke alle former for pigment kan fjernes på denne måten, og også etter laserbehandling kan det forekomme arr. For hver farge benyttes laser med bølgelengde så nær opp til maksimum for fargens

absorpsjonsspektrum som mulig. Det kreves altså flere lasersystemer for å fjerne flerfargede tatoveringer, men lasere med justerbar bølgelengde er under utvikling (8).

Tatovering er ikke risikofritt, men det foreligger ingen studier over hyppigheten av medisinske komplikasjoner. Faren for slike komplikasjoner må likevel antas å være svært liten når tatoveringen gjøres på en profesjonell og hygienisk tilfredsstillende måte (3, 6). Et forbud mot tatovering, slik enkelte leger krevde for noen år siden (9), er det ikke grunnlag for, og det ville heller ikke blitt akseptert eller etterfulgt i praksis. Tatovering bør tvert imot sees på som en av mange kulturelle uttrykksformer i et fritt samfunn – en uttrykksform mange ønsker å benytte seg av (10).

LITTERATUR

1. Svensson B. Tatuering – ett sinnligt äventyr. Stockholm: Nordiska Museets Förlag, 1998.
2. Wonsbek M, Bach J. Kropsudsmykning. Tatovering og piercing. Holstebro: Tilsted-forlaget, 1998.
3. Long GE, Rickman LS. Infectious complications of tattoos. Clin Infect Dis 1994; 18: 610 – 9.
4. Horney DA, Gaither JM, Lauer R, Norins AL, Mathur PN. Cutaneous inoculation tuberculosis secondary to "jailhouse tattooing". Arch Dermatol 1985; 121: 648 – 50.
5. Doll DC. Tattooing in prison and HIV infection. Lancet 1988; 1: 66 – 7.
6. Goldstein N. Complications from tattoos. J Dermatol Surg Oncol 1979; 5: 869 – 78.
7. Ort RJ, Arndt KA. Tattoos and their treatment: traditional treatments. Med Surg Dermatol 1999; 6: 1 – 5.
8. Klimer SL. Laser treatment of tattoos. Dermatol Clin 1997; 15: 409 – 17.
9. Nordisk forbud mot tatovering? Aftenposten (aftenutgaven) 25.5.1984.
10. Gjersvik PJ. Tatovering og piercing – medisinsk risikoatferd eller ufarlig kroppsdekorering? I: Almind G, Hjortdahl P, red. Medicinsk Årbog 2000. København: Munksgaard, 2000: 19 – 23.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.