



Svart hud er tykkere enn hvit

FRA REDAKTØREN

MARTINE ROSTADMO

E-post: martine.rostadmo@tidsskriftet.no

Martine Rostadmo er lege og publiseringsredaktør i Tidsskriftet.

Ulik etnisitet gir ulikt utfall i norsk helsevesen. Hvis vi skal gjøre noe med det, må vi konfrontere våre egne fordommer.



Foto: Sturlason

Dødfødsel og død i nyfødtperioden er harde og tragiske endepunkter. Vi har lenge visst at sannsynligheten for disse utfallene er dobbelt så høy for enkelte innvandregrupper som for majoritetsbefolkningen i Norge (1, 2). Slike tall vil vi gjerne forklare med at det egentlig ikke handler om innvandrerstatus. Og i hvert fall ikke om hudfarge. Kanskje det handler om forskjeller i utdanning? Mors alder? Paritet? Men nei. Kontrollert for demografiske variabler er forskjellen mellom gruppene større, ikke mindre (1). Språk- og kulturforskjeller, da? Nei. For kvinner som er født og oppvokst i Norge, kan man ikke skyldes på det. Kvinner født og oppvokst i Norge av pakistanske foreldre har over dobbelt så høy risiko for dødfødsel som kvinner med norske foreldre (1). I USA er risikoen for død i nyfødtperioden dobbelt så høy for svarte som for hvite barn (3). Men risikoen for å dø halveres for de svarte barna dersom legen deres også er svart (4). I Norge regner man også med at mange dødfødsler kunne vært unngått dersom kvinnene hadde fått bedre oppfølging. Spesielt gjelder dette innvandrerkvinner (5).

Kanskje er ikke behandlingen vi gir, så lik som vi tror

Kanskje er ikke behandlingen vi gir, så lik som vi tror. I Norge er risikoen for å ende opp uten epidural ved instrumentell forløsning høyere hvis kvinnen har somalisk bakgrunn enn hvis hun er etnisk norsk (6, 7). At smertebehandling varierer med etnisitet, og at svarte får dårligst behandling, er godt dokumentert også internasjonalt (8).

Medisinsk historie har noen mørke kapitler, kapitler vi helst vil glemme. Et av disse er at faget legitimerte slaveri, ut fra pseudovitenskapelige forklaringer om at det var forskjeller på svarte og hvite. Svarte hadde tykkere hud, og de følte ikke smerte på samme måte som hvite (9). Ut fra de samme idéene brukte man svarte mennesker som forsøkskaniner. Dr.

Sims, han som oppfant vaginalspekulumet og som regnes som den moderne gynekologiens far, opererte slavekvinner. Han opererte dem genitalt, igjen og igjen, uten grunn og uten bedøvelse, fordi han ville perfektjonere en operasjonsteknikk for å korrigere genitale fistler (9).

De vurderte også fiktive svarte pasienter til å ha mindre smerte enn fiktive hvite pasienter

Dessverre henger noe av dette grumsete tankegodset igjen. I en studie av 222 legestudenter i USA hadde halvparten minst én feilaktig oppfattelse om fysiologiske forskjeller mellom svarte og hvite, for eksempel at svarte hadde tykkere hud eller mindre sensitive nerveender (10). De vurderte også fiktive svarte pasienter til å ha mindre smerte enn fiktive hvite pasienter. Selv hadde jeg ikke jobbet lenge som pleiemedhjelper da jeg rapporterte om en pasient som hadde store smerter. Det ble møtt med: «Er ikke det hun somaliske? Da kan du trekke fra halvparten.» Jeg måtte gå tilbake til pasienten og si at hun ikke fikk smertestillende. Dessverre var ikke det en enestående opplevelse. Til slutt begynte jeg vel bare å trekke fra halvparten selv.

Dersom man vil endre noe, er erkjennelse første skritt. Å tillegge et individ egenskaper ut fra hudfarge eller etnisitet, er vel ikke noe annet enn rasisme? Kanskje må vi, neste gang vi har en pasient som tilhører en minoritet, etterstrebe å gi dobbelt så god behandling som vi vanligvis gir. Bruke tid. Sette opp en ekstra kontroll. Og så må vi ta den ubehagelige praten om hva vurderingene våre kan være påvirket av (11). For medisinen er ikke fargeblind.

LITTERATUR:

1. Sørbye IK, Stoltenberg C, Sundby J et al. Stillbirth and infant death among generations of Pakistani immigrant descent: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93: 168–74. [PubMed][CrossRef]
2. Naimy Z, Grytten J, Monkerud L et al. Perinatal mortality in non-western migrants in Norway as compared to their countries of birth and to Norwegian women. *BMC Public Health* 2013; 13: 37. [PubMed][CrossRef]
3. Ely DM, Driscoll AK. Infant mortality in the United States, 2017: Data from the period linked birth/infant death file. *Natl Vital Stat Rep* 2019; 68: 1–20. [PubMed]
4. Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L et al. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020; 117: 21194–200. [PubMed][CrossRef]
5. Rosa MD. – 44 dødfødsler kunne vært unngått. *Dagsavisen* 21.2.2018. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/44-dodfodsler-kunne-vert-unngatt-1.1104921> Lest 21.1.2021.
6. Waldum ÅH, Jacobsen AF, Lukasse M et al. The provision of epidural analgesia during labor according to maternal birthplace: a Norwegian register study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20: 321. [PubMed][CrossRef]
7. Bakken KS, Skjeldal OH, Stray-Pedersen B. Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 163. [PubMed][CrossRef]
8. Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Med* 2012; 13: 150–74. [PubMed][CrossRef]
9. Villarosa L. Myths about physical racial differences were used to justify slavery — and are still believed by doctors today. *The New York Times Magazine* 14.8.2019. <https://nyti.ms/2zeMalD> Lest 21.1.2021.
10. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR et al. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2016; 113: 4296–301. [PubMed][CrossRef]
11. Ekechi C: We need to talk about race. *O&G winter issue* 2019: 15.

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/members/membership-news/og-magazine/winter-2019/we-need-to-talk-about-race-winter-2019.pdf> Lest 21.1.2021.

Publisert: 1. februar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0058
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no