

Negativ forskjellsbehandling i helsevesenet antar mange former og bør bekjempes. Men pasienter må behandles forskjellig

## Den nazistiske nyrestein

En ung mann blir innlagt ved akuttmottaket med nyresteinsliknende smerter, men nekter å la seg behandle av turnuslegen. Pasienten er nynazist. Han anser ikke legen, av iransk avstamning, som et menneske. Han ønsker en hvit lege. Turnuslegen ringer rystet til bakvakten og setter ham inn i situasjonen. Den umiddelbare tanken hos bakvakt Kári Mikines er å be nazisten forlate sykehuset. Men avdelingsledelsen er av en annen oppfatning: Det kan ikke utelukkes at pasienten er alvorlig syk, og da er det Mikines' plikt å undersøke pasienten. Mikines går derfor – med en dårlig smak i munnen – for å undersøke ham. I mellomtiden er smertene klinget av, og pasienten utskrives med rekvisisjon til senere røntgenundersøkelse av urinveiene.

Dette skjedde ved Amtssykehuset i Gentofte for et par år siden og vakte stor oppsikt i Danmark (1, 2). Den danske legeforeningens etiske utvalg behandlet saken og støttet sykehusledelsens avgjørelse. Mikines var forpliktet til å undersøke pasientens behandlingsbehov for å sikre seg at han ikke var livstruende syk eller psykotisk. Hvis det er behov for livreddende behandling, kan en bakvakt ikke la sin hjelpeplikt som lege vike på grunn av krenkelser man blir utsatt for. Rasistiske og injurierende uttalelser har vi rettssystemet til å ta seg av, uttalte formannen for det etiske utvalget, Hans Buhl (2).

Flere var uenige i avgjørelsen, blant andre folketingspolitikeren og legen Kamal Qureshi. Han mente at dette ikke først og fremst var en sak om diskriminering, men om pasientrettigheter. Pasienter som er ved sine fulle fem skal vite at den hjelp de tilbys, er den hjelp de får. Det kan ikke være helsevesenets ansvar å oppfylle preferanser som ikke er medisinsk motivert. Situasjonen svarer til den vi står i overfor Jehovas vitner. Hvis de ikke ønsker blodtransfusjon, kan vi ikke tvinge dem, mente Qureshi. Hvis pasienter til tross for alvorlig sykdom ikke vil ta imot kvalifisert behandling, er det også deres frie valg (3).

Historien fra Gentofte illustrerer etnisk diskriminering fra pasient mot lege. I helsevesenet finnes forskjellsbehandling i mange andre former, inkludert helsearbeidere imellom. En britisk rapport konkluderte nylig at medisinstudenter og leger fra etniske minoriteter daglig opplever rasisme (4). De føler at de må yte mer og bedre enn sine kolleger for å bevise at de er gode nok. Som gruppe har de dårligere betingelser og færre muligheter for forfremmelse. En annen side av saken er hverdagsrasismen, som gjerne utspilles på subtile måter, daglige små hendelser som gir uttrykk for manglende respekt og marginalisering. Slik rasisme er særlig vanskelig å forholde seg til, fordi episodene enkeltvis kan synes trivielle, noe det ikke er verdt å mase om (5).

Møtet mellom norsk helsevesen og pasienter med en annen kulturbakgrunn er utfordrende – også for pasientene. Innvandrerbefolkningen i Norge representerer i dag mennesker fra mer enn 200 ulike land og enda flere etniske og språklige grupper. Vi vet på ingen

måte nok om de helsemessige utfordringene migrasjonsprosessen skaper – en prosess som ikke er slutt idet man bosetter seg i det nye samfunnet. Vi vet heller ikke mye om eventuelle forskjeller i sykdomsforløp og effekt av behandling i ulike etniske grupper. Det trengs betydelig mer forskningsbasert kunnskap. Samtidig hevder noen at helseforskning på minoritetsgrupper, eller på innvandrerbefolkningen som sådan, vil kunne være med på å stigmatisere og diskriminere minoritetsbefolkningen (6).

I en ny lærebok i samfunnsmedisin hevdes det at vi må være varsomme i vår iver etter å få mer forskningsbasert kunnskap, slik at vi ikke er med på å marginalisere en svært heterogen del av befolkningen (6). Men etniske forskjeller forsvinner ikke ved at vi overser dem. Empirisk kunnskap er bedre enn antakelser og fordommer (7). I USA er forskjellen i forventet levealder mellom svarte og hvite amerikanere om lag seks år. I Norge er dødeligheten blant innvandrerbefolkningen fremdeles ikke undersøkt systematisk, bortsett fra hos spedbarn (8).

Å diskriminere betyr å forskjellsbehandle. Det er negativt når det gir pasienter et dårligere tilbud enn de har krav på. Samtidig *ønsker* vi å forskjellsbehandle pasienter i helsevesenet: Vi ønsker å ta hensyn til pasientenes individuelle behov og preferanser. Spørsmålet er hvor grensen går mellom positiv og negativ forskjellsbehandling. Er en nynazists ønske om en «hvit» lege mindre legitim enn en innvandrerkvinnens ønske om å bli undersøkt av en kvinnelig lege? Hvis vi vil gi enkeltpasienten best mulig behandling, bør vi ikke da ta hensyn til eventuelle forskjeller i behandlingseffekt mellom ulike etniske grupper? Balansegangen mellom uønsket diskriminering og ønsket om å ta hensyn til enkeltpasientens særegenhet og egne preferanser, er hårfin og vanskelig.

### Erlend Hem

erlend.hem@basalmed.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

### Litteratur

1. Andersen C. Den nazistiske nyresten. Ugeskr Læger 2002; 164: 4834–5.
2. Andersen C. Der gror ikke mos på en nazistisk nyresten. Ugeskr Læger 2003; 165: 2430.
3. Christiansen F. Sygeplejersker og læger i etisk opgør på sygehuse. Politiken 17.10. 2002. <http://politiken.dk/VisArtikel.sasp?PageID=238256> (12.3.2004).
4. Cooke L, Halford S, Leonard P. Racism in the medical profession: the experience of UK graduates. London: British Medical Association, 2003. [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/racism/\\$file/racism.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/racism/$file/racism.pdf) (12.3.2004).
5. Beagan B. «Is this worth getting into a big fuss over?» Everyday racism in medical school. Med Educ 2003; 37: 852–60.
6. Sørheim TA. Vårt fargerike fellesskap og fellesskapets utfordringer. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red. Helse for de mange: samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 241–55.
7. McKenzie K. Racism and health: antiracism is an important health issue. BMJ 2003; 326: 65–6.
8. Irgens LM, Magnus P, Stoltenberg C, red. Folkehelse rapporten 2002. I: St.meld. nr. 16 (2002–03). Recept for et sunnere Norge. Oslo: Helsedepartementet, 2003: 143–6.