
Helsearbeidere: en utslagsgivende variabel?

KOMMENTAR

PATJI ALNÆS-KATJAVIVI

palnaesk@hotmail.com

Patji Alnæs-Katjavivi er overlege ved Gynekologisk poliklinikk, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

Arbeidet til Ottesen og medarbeidere viser signifikant forskjell i risiko for keisersnittforløsning her i Norge dersom kvinnen selv er født i et lav- og mellominntektsland, særlig fra Afrika sør for Sahara. Risikoen for akutt keisersnitt er høyere enn for norsk-fødte kvinner, og risiko for planlagt keisersnitt er lavere sammenlignet med norsk-fødte kvinner. Risikoen for planlagt keisersnitt, dog ikke den akutte, jevnes ut dersom kvinnen fra lav- og mellominntektsland har høyere utdanning (1). Hvordan en eventuell forskjell i induksjonsrate, avhengig av fødested (Norge vs. lav- og mellominntektsland), hadde påvirket forskjellene i de observerte keisersnittfrekvensene kunne vært interessant å vite. Imidlertid ville inndeling av kvinnene etter Robson gruppene kanskje ha redusert styrken i studiens statistiske beregninger.

Interessant hadde vært informasjon om selve indikasjonen for keisersnittforløsningen, noe som stilles av gynekologer, hvor objektivitet tilstrebes. Enten oppfylles de objektive kriterier for planlagt keisersnittforløsning sjeldnere hos kvinner født i lav- og mellominntektsland, og dobbelt så ofte i forbindelse med akutt keisersnittforløsning, eller så oppstår det en form for forskjellsbehandling i møte mellom helsearbeidere og kvinnene. Forfattere konkludere at forskjellene «ikke kan forklares av medisinske faktorer alene». Studien har ikke informasjon om flere ikke-medisinske faktorer, men pasient-sentrerte faktorer foreslås.

I tillegg til risiko for keisersnitt, har Norsk registerstudier i den senere tiden påpekt en klar assosiasjon mellom innvandrerstus og dårligere neonatal utfall (2), økt odds for analsfinkterskade og redusert odds for bruk av epidural smertelindring under fødsel (3).

Et felleselement i disse studiene, men som fremheves i lite grad, er hvordan vår eventuelle feil eller mangel som helsearbeidere – i interaksjonen med kvinner fra lav- og mellominntektsland – kan bidra til misforhold i det medisinske utfallet vi nå observerer.

Selv om vi bevisst har som hensikt at pasientene våre skal få den beste behandlingen vi kan tilby, så vet vi at vi, i likhet med alle andre mennesker, preges av ubevisst forutinntatthet i vår medmenneskelige interaksjoner. Påvirker vår forutinntatthet pasientbehandlingen vi utøver? Sikkert hele tiden på et vis som ikke nødvendigvis er klinisk utslagsgivende, eller lett å måle. Helsepersonell har ikke mer eller mindre ubevisst forutinntatthet enn resten av befolkningen (4).

I England dokumenteres klar og vedvarende forskjeller i maternell død (et hardere endepunkt får man ikke) basert på pasientens etnisitet. Det påpekes forskjeller i pasientbehandling basert på etnisitet (5).

En nylig publisert studie som sammenligner maternell dødelighet mellom åtte europeiske land viser, med Norge som unntak, en 50 % høyere maternell dødelighet blant kvinner med minoritets/innvandrerbakgrunn (6).

Selv om vi er «best i klassen» bør vi undersøke om ubevisst forutinntatthet bidrar til de forskjellene norsk registerstudier viser. Pasient-helsearbeiderinteraksjon er nøkkelen til god helse. Det å være bevisst på våre egne blindsoner vil styrke kvaliteten av vårt møte med pasientene våre.

REFERENCES

1. Ottesen HS, Sørbye IK, Lindskog BV et al. Keisersnitt blant utenlandsfødte kvinner med ulike utdanningsnivåer. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0256. [CrossRef]
2. Vik ES, Nilsen RM, Aasheim V et al. Country of first birth and neonatal outcomes in migrant and Norwegian-born parous women in Norway: a population-based study. BMC Health Serv Res 2020; 20: 540. [PubMed][CrossRef]
3. 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]
4. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. BMC Med Ethics 2017; 18: 19. [PubMed][CrossRef]
5. Knight M, Bunch K, Vousden N et al. A national cohort study and confidential enquiry to investigate ethnic disparities in maternal mortality. EClinicalMedicine 2021; 43: 101237. [PubMed][CrossRef]
6. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. BMJ 2022; 379: e070621. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 30. januar 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0019
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.