
Når medisin baseres på raseinndeling

DEBATT

PATJI ALNÆS-KATJAVIVI

palnaesk@hotmail.com

Patji Alnæs-Katjavivi er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Dagens praksis med å kategorisere pasienter etter landbakgrunn, etnisitet eller rase er skjønnsmessig og medfører forskjellsbehandling som kan ha uheldige følger.

Som fødselslege vil jeg si at morgendagens borgere fødes som en skjønn blanding av sine foreldre, både genetisk og fenotypisk. 10 % av den norske befolkningen har landbakgrunn utenfor Europa, Nord-Amerika og Australia og ligner dermed i mindre grad på majoritetsbefolkningen (1). Selv er jeg oppvokst i London med en norsk mor og namibisk far, og ifølge Statistisk sentralbyrå er Storbritannia mitt fødeland. Jeg har brun hudfarge og har vært antatt av andre til å være mye forskjellig, inkludert italiensk, libanesisk, brasiliansk og indisk.

Som pasient med et residiverende tretthetsbrudd ble jeg henvist til bentetthetsmåling. Helsearbeideren som tok imot meg, registrerte i systemet – antagelig basert på hvordan jeg ser ut – at jeg hadde «asiatisk» etnisitet. Da jeg påpekte feilen, fikk jeg se de fire kategoriene som dataprogrammet i DXA-maskinen deler hele verdensbefolkningen inn i: hvit, svart, asiatisk og latino.

«Da jeg påpekte feilen, fikk jeg se de fire kategoriene som dataprogrammet deler hele verdensbefolkningen inn i: hvit, svart, asiatisk og latino»

En slik inndeling av pasienter etter landbakgrunn, etnisitet eller rase blir gjerne misvisende og er i verste fall til skade. Si at «en som meg» fikk påvist ukomplisert hypertensjon. Helsedirektoratet sier da at «... med afrikansk herkomst ses ofte noe mindre blodtrykkssenkende effekt ved midler som hemmer renin-angiotensinsystemet, slik at kalsiumantagonister og diuretika

kan anses som mer naturlige førstevalg» (2). Samtidig vet vi at genetiske forskjeller er større innad i befolkningsgrupper enn mellom grupper inndelt etter etnisitet og rase (3). De norske anbefalingene er i tråd med internasjonale retningslinjer og har støtte i særlig amerikanske studier der man har sammenlignet studiedeltakere på gruppenivå inndelt etter «svart» eller «ikke-svart» hudfarge. Med > 80 % overlapp i effekt av ACE-hemmere mellom svarte og hvite mennesker (4, 5) frarøver retningslinjene svarte som har respons på ACE-hemmere, å få slik behandling. Og på den andre siden: De med hvit hudfarge som eventuelt ikke responderer, vil likevel få behandlingen forskrevet.

Også innen fødselshjelp erfarer vi at små kliniske forskjeller blåses opp dersom forskjellen ligger i en svart-hvit dikotomi av hudfarge. Det har for eksempel vært gjort et poeng ut av at svarte gravide kvinner med hypertensjon «ikke responderer» på labetalol. Fortolkningen bygger på at 48 % svarte kvinner responderte på en første labetalolbolus, mot 56 % hvite kvinner (6). For praktiske formål var altså responsraten i begge gruppene rundt 50 %, det vil si at for dette utfallsmålet var det tilnærmet som å kaste mynt – uansett hudfarge.

Inndeling i rase og etnisitet er da også tatt ut av nyere retningslinjer og behandlingsalgoritmer (7). For norske forhold vil jeg trekke fram et par eksempler på at arbeid på området gjenstår: Estimert glomerulær filtrasjonshastighet (GFR) kan med en ny norsk metode beregnes uavhengig av etnisitet (8). Først Medisinsk Laboratorium oppgir fortsatt at verdien skal ganges med 1,16 dersom pasienten har «afrikansk opprinnelse» (9), mens Norsk forening for medisinsk biokjemi ikke lenger gjør dette (10). Nordiske foreninger for obstetrikk og gynekologi viser fortsatt til en e-lærebok som refererer til etnisitet i omtale av bekkenfasong hos gravide (11). I verste fall tar dette oppmerksomheten fra den langt viktigere relasjonen mellom bekkenstørrelse og risiko for alvorlig mekanisk fødselshindring (12).

«Et grunnleggende problem er mangel på konsensus og veiledning for leger og annet helsepersonell i hvordan man skal kategorisere etter etnisitet eller rase»

Et grunnleggende problem er mangel på konsensus og veiledning for leger og annet helsepersonell i hvordan man skal kategorisere etter etnisitet eller rase (13). Når retningslinjer fortsatt skiller på etnisitet eller rase, blir det opp til legens skjønnsmessige vurdering hvordan disse følges (14). At pasienten selv definerer, kan bli like subjektivt.

REFERENCES

1. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre> Lest 22.5.2025.
2. Helsedirektoratet. Legemiddelbehandling av høyt blodtrykk. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og->

karsykdom/legemidler-ved-primaerforebygging-av-hjerte-og-karsykdom/legemiddelbehandling-av-hoyt-blodtrykk Lest 20.5.2025.

3. Mersha TB, Beck AF. The social, economic, political, and genetic value of race and ethnicity in 2020. *Hum Genomics* 2020; 14: 37. [PubMed] [CrossRef]
4. Shahu A, Herrin J, Dhruva SS et al. Disparities in Socioeconomic Context and Association With Blood Pressure Control and Cardiovascular Outcomes in ALLHAT. *J Am Heart Assoc* 2019; 8: e012277. [PubMed][CrossRef]
5. Sehgal AR. Overlap between whites and blacks in response to antihypertensive drugs. *Hypertension* 2004; 43: 566–72. [PubMed] [CrossRef]
6. Taylor D, Marchetto N, ChuLam M et al. Racial disparity in the treatment of severe hypertension with labetalol. *ACOG* 2019; 220: S295.
7. Vyas DA, Eisenstein LG, Jones DS. Hidden in Plain Sight - Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. *N Engl J Med* 2020; 383: 874–82. [PubMed][CrossRef]
8. Pottel H, Björk J, Rule AD et al. Cystatin C-Based Equation to Estimate GFR without the Inclusion of Race and Sex. *N Engl J Med* 2023; 388: 333–43. [PubMed][CrossRef]
9. Fürst. Nyrefunksjon. <https://www.furst.no/analyse-og-klinikk/kliniske-problemstillinger/nyrefunksjon/> Lest 7.6.2025.
10. Metodebok.no. Medisinskbiokjemi (Nasjonal/NFMB). EstimertGFR. <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=33352d78614e1031a2e6> Lest 7.6.2025.
11. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG). Obstetrics. Kapittel 29. Labor dystocia. Cephalopelvic disproportion. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslog-og-vaerktoejer/laereboeger/obstetrics-gynecology/obstetrics/o-29-labor-dystocia/> Lest 23.5.2025.
12. Betti L. Shaping birth: variation in the birth canal and the importance of inclusive obstetric care. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2021; 376: 20200024. [PubMed][CrossRef]
13. Savage LC, Panofsky A. The Self-Fulfilling Process of Clinical Race Correction: The Case of Eighth Joint National Committee Recommendations. *Health Equity* 2023; 7: 793–802. [PubMed][CrossRef]
14. Rabay CJ, Lopez C, Streuli S et al. Clinicians' perspectives on race-specific guidelines for hypertensive treatment. *Soc Sci Med* 2024; 351: 116938. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 7. august 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0345

Mottatt 23.5.2025, første revisjon innsendt 8.6.2025, godkjent 12.6.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.