
Ubevisste holdninger hos leger

DEBATT

PATJI ALNÆS-KATJAVIVI

palnaesk@hotmail.com

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

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

Implisitt bias hos helsepersonell fører til forskjellsbehandling av pasienter. Det må Den norske legeforening gjøre noe med.

Vi mennesker foretar hele tiden mer eller mindre gjennomtenkte generaliseringer i vår samhandling med andre mennesker. Psykologer kaller slike ubevisste tankeprosesser basert på mønstergjenkjenning for ubevisst bias eller forutinntatthet (1). Fenomenet gjør seg også gjeldende når leger, andre helsearbeidere og kliniske forskere møter pasienter. Men er de klar over hvordan det påvirker deres yrkesutøvelse?

Forskjellsbehandling

Flere studier har vist at leger behandler pasienter ulikt. Hvem som henvises til koronar angiografi og hva slags smertebehandling pasienter i akuttmodtak får, blir blant annet påvirket av pasientenes kjønn og hudfarge (2, 3). Slike bias kan feste seg og bli en del av vanlig praksis. Myten om at ACE-hemmere ikke fungerer på afrikanere er et slikt eksempel (4). Dette gjengis som et faktum i retningslinjene til British Hypertension Society (5). En systematisk oversikt fra 2017 fant at økende grad av implisitt bias hos leger fører til dårligere helsehjelp (6). Graden av implisitt bias blant helsepersonell samsvarer med det man finner i resten av befolkningen.

Året som satte implisitt bias på dagsorden

I november 2020 erklærte den amerikanske legeforening rasisme for å være en trussel for folkehelsen, med referanse til ubevisst forutinntatthet (7). Dette kom i kjølvannet av den mektige institusjonens kritikk av politivold (i et brev til det amerikanske senatet og representantenes hus), en respons på politidrapet av George Floyd. Drapet vekket en bølge av folkeprotester verden rundt, også i Norge.

Vi kan lære av Storbritannia

Storbritannia er et land Norge kan sammenligne seg med, blant annet på grunn av et godt utbygd offentlig helsevesen. Verken Norge eller Storbritannia har de samme sosiale utfordringene som USA. Storbritannias legeforening har imidlertid gjort en betydelig innsats for å adressere implisitt bias og rasisme, som også leger i Norge kan lære av. For eksempel tilbys alle medlemmer av den britiske legeforening et internettbasert kurs om implisitt bias som del av en likestillings- og antidiskrimineringsstrategi (8).

«En systematisk oversikt fra 2017 fant at økende grad av implisitt bias hos leger fører til dårligere helsehjelp»

Ofte kan kategorisk mønstergjenkjenning – eller heuristikk – være til hjelp for klinikere med begrenset tid og ressurser for å komme fram til en diagnose og behandling. Å gjenkjenne «det typiske» i medisin er livsviktig, fordi «det typiske» er det mest vanlige. Imidlertid kan implisitt bias også gjøre at man tar gale beslutninger om pasientbehandling, fordi man kun ser stereotypen og ikke individet det gjelder. Jo tidligere vi blir bevisst slike automatiske antagelser, jo større mulighet har vi til å unngå og trå feil, slik den medisinske fagforeningen for kirurgi i Storbritannia (Royal College of Surgeons) har gjort sine medlemmer oppmerksomme på (9, 10).

Hvordan begrense implisitt bias?

Kan negative effekter av implisitt bias begrenses? Studier viser at vi ikke så lett kan forandre på hvem vi er, men vi kan bli mer oppmerksomme på hvordan vi oppfører oss i møte med pasienter. Fokus på implisitt bias tidlig i legeutdanningen er viktig, slik som det er innført ved flere universiteter i Storbritannia nå. Kulturelt mangfold blant den medisinske staben på en arbeidsplass kan sannsynligvis bidra til å motvirke bias hos den enkelte lege.

«Studier viser at vi ikke så lett kan forandre på hvem vi er, men vi kan bli mer oppmerksomme på hvordan vi oppfører oss i møte med pasienter»

Problemet med implisitt bias er selvsagt ikke begrenset til USA og Storbritannia. Studier fra Nederland og Norge viser at implisitt bias hos helsepersonell kan være med på å forklare økt risiko for uheldige fødselsutfall blant innvandrerkvinner (11, 12). Forhåpentligvis vil flere land etter hvert innføre systematiske tiltak for å hindre at slikt skjer. Her hjemme er det på tide at Den norske legeforening gjør mer for å motarbeide implisitt bias i det norske helsevesenet.

LITTERATUR

1. Payne K. Det er helt normalt å ha fordommer. Agenda Magasin, 14.9.2018. <https://agendamagasin.no/kommentarer/forsta-implisitt-bias/> Lest 5.3.2021.
2. Schulman KA, Berlin JA, Harless W et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. N Engl J Med 1999; 340: 618–26. [PubMed][CrossRef]
3. Lee P, Le Saux M, Siegel R et al. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. Am J Emerg Med 2019; 37: 1770–7. [PubMed][CrossRef]
4. Kaufman JS, Cooper RS. Use of racial and ethnic identity in medical evaluations and treatments I: Whitmarsh I, Jones DS, red. What's the Use of Race?: Modern Governance and the Biology of Difference. Cambridge, MA: MIT Press, 2010: 193–7.
5. Gopal D. Why is race still in the British blood pressure guidelines? The Conversation 28.9.2020. <https://theconversation.com/why-is-race-still-in-the-british-blood-pressure-guidelines-144971> Lest 5.3.2021.
6. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. BMC Med Ethics 2017; 18: 19. [PubMed][CrossRef]
7. O'Reilly KB. Racism is a threat to public health. American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/health-equity/ama-racism-threat-public-health> Lest 5.3.2021.
8. British Medical Association. Equality Matters advocacy programme. <https://www.bma.org.uk/about-us/equality-diversity-and-inclusion/edi/equality-matters> Lest 6.3.2021.
9. Avoiding unconscious bias: a guide for surgeons. London: Royal College of Surgeons of England, 2016. <https://www.rcseng.ac.uk/library-and-publications/rcs-publications/docs/avoiding-unconscious-bias/> Lest 6.3.2021.

10. Oxtoby K. How unconscious bias can discriminate against patients and affect their care. *BMJ* 2020; 371: m4152. [PubMed][CrossRef]
 11. van Roosmalen J, Schuitemaker NWE, Brand R et al. Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in The Netherlands. *BJOG* 2002; 109: 212–3. [PubMed][CrossRef]
 12. Vik ES, Aasheim V, Schytt E et al. Stillbirth in relation to maternal country of birth and other migration related factors: a population-based study in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19: 5. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 6. april 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0048

Mottatt 18.1.2021, godkjent 9.3.2021.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.