



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Barn i asylmottak – legens rolle

Ifølge nettsiden til Utlendingsdirektoratet (UDI) www.udi.no bodde det i mai 2004 228 enslige barn, dvs. personer under 18 år uten foresatte i Norge, ved norske asylmottak. 90 % av disse barna er nå plassert i egne avdelinger som er tilrettelagt for barn og unge. Redd Barna har på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet undersøkt forholdene i en del asylmottak og har utarbeidet en modell for individuelt tilsyn med enslige mindreårige asylsøkere. Før nye tiltak blir iverksatt, må man bruke de virkemidlene man har for at skadevirkningene for barna skal bli så små som mulig.

FNs barnekonvensjon er inkorporert i den norske menneskerettsloven. Konvensjonen fastslår at rettighetene gjelder *alle* barn (dvs. alle under 18 år), og at staten skal sørge for at ingen diskrimineres, uansett rase, kjønn, språk, religion osv. Barn som er uten familiemiljø, har særlig rett til beskyttelse og omsorg. Barn i asylmottak, uansett om de senere blir innvilget opphold her i landet eller ikke, har altså de samme rettigheter som norske barn.

Lov om barneverntjenester har som formål å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Kommunene og barneverntjenesten har plikt til å følge nøye med i de forhold barn lever under og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. Det er åpenbart at barna i asylmottakene i *praksis* ikke har de samme rettighetene som norske barn, til tross for at de har krav på dette etter gjeldende norsk lov. Dette er svært ofte særlig sårbare barn, både på bakgrunn av sine erfaringer fra hjemlandet og som følge av at de nå er alene.

Ifølge helsepersonelloven § 33 har helsepersonell meldeplikt til barnevernet når de blir oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når barnet har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, gjelder denne meldeplikten. Meldeplikten gjelder *alle* barn, også barn i asylmottak. Legen som er i kontakt med en asylsøkende mindreårig, og som vurderer situasjonen slik at det for

eksempel foreligger omsorgssvikt (sett med de samme øyne som når man vurderer forholdene for et norsk barn) har altså plikt, ifølge helsepersonelloven, til å melde dette til barnevernet.

Sidsel Rogde

sidsel.rogde@medisin.uio.no
Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter og
Rettsmedisinsk institutt
Universitetet i Oslo

Bør jeg statinbehandles?

Jeg har med stor interesse lest artikkelen av Arne Svilaas og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 13/2004 om statinbehandling for å forebygge hjerte- og karsykdom (1) og tilhørende referanser (2, 3). Jeg er nesten blitt overbevist om at alle med moderat forhøyet blodtrykk pluss to andre risikofaktorer bør gis livslang statinbehandling ut ifra en samfunnsmedisinsk/økonomisk synsvinkel. Det er ikke klart hvor mange som tilfredsstiller kravene til å få dette tilbudet. Men det er sikkert god økonomi og mye lidelse spart når for eksempel risikoen for å få hjerneslag blir redusert med 27 %. Egoist som jeg er, ønsker jeg imidlertid å vurdere profylaktisk statinbehandling fra mitt eget ståsted. Selv om jeg føler meg frisk og vel, nærmer jeg meg 69 år. Hvem vet hva som skjuler seg i meg av symptomfrie lidelser, og hva fremtiden kan bringe.

Jeg har allerede to risikofaktorer (3): alder (over 55 år) og kjønn (mann). Kanskje er mitt systoliske blodtrykk 160 mm Hg også – blodtrykket har jeg ikke tort å få målt på lenge. Gitt at jeg er klarert for tilbudet om statinbehandling, hva skal jeg da velge?

Vil statinbehandling hjelpe meg til å overleve de nærmeste ti årene? Ja, muligens, ifølge Svilaas og medarbeidere (1). Hvis jeg ekstrapolerer resultatene fra studien til Sever og medarbeidere (3) fra 3,3 til ti år, får jeg følgende opplysninger: 11,1 % av statinbehandlede personer vil være døde etter ti år mot 12,8 % i den andre gruppen. Med andre ord: Jeg har 1,7 % sjanse til å ha nytte av behandlingen. Av dem som blir behandlet med statin, vil 98,3 % ikke ha glede av behandlingen, enten fordi de dør likevel eller fordi de overlever likevel.

Men det er ikke bare å overleve – det ville være fint å holde seg frisk også. Studien gir informasjon om hvordan statin

påvirker risikoen for å få hjerte- og karsykdom. Etter ti år vil 30 % av ubehandlede få hjerte- og karsykdom mot bare 24 % i statingruppen. Her vil jeg altså ha 6 % sjanse til å få glede av behandlingen, mens 94 % vil ha tatt statin forgjeves.

For meg er ikke dette bra nok. Jeg tar sjansen og venter til symptomer og tegn blir mer håndfaste. I mellomtiden satser jeg på gledesgivende livsstil (eller kanskje heller livgivende gleder) uten ugunstige bivirkninger: masse frukt og grønnsaker i mange farger, fet fisk og olivenolje, et glass rødvin eller to – og fortsetter å sykle til jobben.

Jens-Gustav Iversen

Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Statin forebygger hjerteinfarkt og hjerneslag Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1821.
2. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Statinbehandling av blodtrykkspasienter Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 165–6.
3. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR et al. The prevention of coronary events and stroke with atorvastatin in hypertensive subjects with average or below average cholesterol levels. Lancet 2003; 361: 1149–58.

A. Svilaas og medarbeidere svarer:

Vi gir Jens-Gustav Iversen langt på vei rett i hans betraktninger og respekterer hans valg. En godt gjennomført livsstilsintervensjon med de kjente elementer Iversen nevner, naturligvis også uten røyking, har vist å matche medikamentell behandling (1–3) og må alltid tilstrebes. Fra den kliniske hverdag erfarer vi imidlertid stadig at det bare er noen få som greier å holde en omhyggelig og konsekvent livsstil. Våre omgivelser legger heller ikke opp til dette i tilstrekkelig grad. Under 5 % av den globale befolkning har gjennom sitt levesett et nivå av total kolesterol på 3,5 mmol/l eller lavere, systolisk blodtrykk på 110 mm Hg eller lavere, en kroppsmasseindeks på ca. 20 kg/m² og høy fysisk aktivitet – faktorer som er en forutsetning for lav forekomst av aterosklerotisk sykdom (4).

Den absolutte risikoreduksjon ved bruk av statin hos hypertonicere med tilleggsskiftorer kan synes beskjeden. Likevel betyr Iversens regnestykke at etter ti år vil man i en gruppe på 100 000 hypertonicere som får atorvastatin, ha 6 000 færre pasienter med hjerte- og karsykdom sammenliknet med 100 000 uten statin, men ellers samme

behandling. Det synes vi er en stor nok forskjell til at statinbehandling kan forsvares hos målgruppen.

Iversens beskrivelse av egen risikoprofil er mangelfull. Blodtrykks- og blodsukker-nivå, lipidprofil inkludert HDL-kolesterol-måling, samt familiebelastning for kardiovaskulær sykdom er sentrale og godt dokumenterte risikofaktorer. Ni av ti tilfeller av koronarsykdom kan i dag forklares av kjente faktorer (5). Med individuell risikokartlegging, gjerne over tid, hvor både lege og pasient viser engasjement og ansvar, er behandlingsstrategi og behandlingsmål lettere å fastsette. Derved vil en eventuell medikamentell intervensjon også kunne gi større uttelling enn det studiene hittil forteller oss, både når det gjelder livskvalitet og overlevelse.

Arne Svilaas
Rikshospitalet

Sverre E. Kjeldsen
Kjell Midtbø

Arne Westheim
Ullevål universitetssykehus

Jan Otto Syvertsen
Moss

Litteratur

1. Kromhout D, Menotti A, Kesteloot H et al. Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle. Evidence from prospective cross-cultural, cohort, and intervention studies. *Circulation* 2002; 105: 893–8.
2. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. *BMJ* 2003; 326: 1419–23.
3. Millen BE, Quatromoni PA, Nam B-H et al. Dietary patterns, smoking, and subclinical heart disease in women: opportunities for primary prevention from the Framingham nutrition studies. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 208–14.
4. Law M. Lipids and cardiovascular disease. I: Yusuf S, Cairns JA, Camm AJ et al, red. Evidence based cardiology. London: BMJ Books, 1998: 191–205.
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al.; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52.

Neonatal alloimmun trombocytopeni

Vi takker for Terje Rootwelts kommentar i Tidsskriftet nr. 17/2004 (1) til vår artikkel i samme nummer (2) og hans tanker omkring generell screening av mødre med trombocyttype HPA-1bb.

Mange av innvendingene ble ikke diskutert i vår artikkel og er heller ikke aktuelle i denne situasjonen (2). Fra tidlig i 1970-årene er alle gravide med blodfaktor rhesus minus blitt screenet med tanke på rhesus-antistoff og mulighet for hemolytisk syndrom hos fosteret. Hva er da forskjellen mellom å screene for antistoff mot rhesus-faktor og trombocytffaktor HPA-1a? I begge situasjoner er det en risiko for fosteret. Når vi i dag vet at mødre med trombocytffaktor HPA-1bb er i risiko for å utvikle antistoff mot barnets blodplater,

har vi en plikt til å forebygge en mulig alvorlig hjerneblødning hos fosteret. Vi kan selvfølgelig ikke forhindre en intrauterin hjerneblødning, men ved det eksemplet vi har publisert (2), vil en planlagt forløsning kunne redusere en ytterligere blødning.

Når prosjektet om forekomst av neonatal alloimmun trombocytopeni i Norge er gjennomført i løpet av 2004, vil vi kunne forutsi hvilke mødre og hvilken mengde antistoff som utgjør en risiko for å få et barn med en uttalt trombocytopeni. I de tilfellene vil det være viktig å kunne forutsi om det vil være risiko for hjerneblødning og/eller risiko for alvorlig trombocytopeni, slik at en traumatisk fødsel i seg selv vil kunne være en risikofaktor. Så lenge vi har akseptert screening for rhesusantistoff, må vi se fremover for å kunne forhindre andre alvorlige hematologiske katastrofer, som for eksempel en alvorlig hjerneblødning. Dette er forebyggende medisin på et høyt nivå med mulighet for intervensjon i en etter hvert meget liten gruppe gravide i Norge bedømt etter erfaringene fra det pågående prosjektet.

Ville Rootwelt, som en ventende far, der det hos moren er påvist høye antistofftitre mot barnets trombocytter, avvente en normal vaginal fødsel med ev. komplisert, operativ forløsning med vakuum og/eller tang? Eller ville han heller ha en kontrollert forløsning med beredskap av forlikelige trombocytter i beredskap, når vi vet at levetiden for transfunderede trombocytter er svært lav og at risikoen for blødninger og hypertransfusjon er til stede? Selv er jeg ikke i tvil om hva jeg ville ha valgt.

Rolf Lindemann
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Rootwelt T. Neonatal alloimmun trombocytopeni. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2246.
2. Lindemann R, Svenningsen L, Kjeldsen-Kragh J et al. Tre spesielle graviditetsforløp til ettertanke. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2244–5.

T. Rootwelt svarer:

Jeg har fem barn, men hvis jeg likevel på nytt skulle bli en ventende far, ville jeg som Lindemann ha valgt sectio ved påviste høye antistofftiter. Men det er ikke det samme som at det er riktig å bruke (betydelige?) ressurser på å screene alle. Kanskje er det riktig, kanskje ikke.

Jeg vil gratulere Lindemann og medarbeidere med en vel gjennomført studie, som vi på Rikshospitalet med glede var med på, og som jeg ser frem til å se publisert. Den vil sikkert gi viktig informasjon. Det jeg er usikker på, er hvor stor helsegevinsten av screening av alle vil være, idet hjerneblødning rundt fødselen på bakgrunn av trombocytopeni trolig er meget sjeldent nå – jeg har ikke funnet noen tilfeller i de nyere studiene.

For bedre å kunne vurdere om det vil være riktig å innføre en generell screening, håper jeg at man også legger frem tall for ressursbruken forbundet med dette, inklusive ultralydkontroller, sectio og innleggelser i nyfødtafdelinger på grunn av «wet lung» og/eller prematuritet.

Terje Rootwelt
Rikshospitalet

Interessekonflikter ved terapianbefalinger

Statens legemiddelverk utgir jevnlig terapianbefalinger i tidsskriftet *Nytt om legemidler* og på Internett. Dette er prisverdig og riktig, men noen fallgruver må unngås. For det første bør dokumentasjonen som ligger til grunn for anbefalingene, komme tydelig frem. Her bør man velge en rigorøs tilnærming med uttømmende litteratursøk og gradering av evidens i henhold til internasjonale retningslinjer (1). Der terapianbefalingene er basert på tradisjon, patofysiologi eller andre alternativer til klassisk empiri, bør dette synliggjøres eksplisitt. For det andre må utvalget av eksperter som deltar i terapiverkstedene, være tilstrekkelig bredt og inneha den nødvendige uavhengighet. Dette er nødvendig for å sikre en kritisk gjennomgang av ulike terapeutiske virkemidler, særlig med tanke på at kommersielt motivert forskning opptar en stadig større plass.

Det har vist seg at det ofte er leger med betydelig industritilknytning som deltar i utarbeidingen av kliniske retningslinjer (2). Det kan dreie seg om fremragende forskere som har utført kliniske studier i regi av legemiddelfirmaer, og som deltar i terapiverkstedene. Det er ikke sikkert at disse kollegene er best skikket til å vurdere den praktiske kliniske betydningen av egen og andres forskning. Kanskje godt skolerte klinikere med noe mer avstand til legemiddelutprøving er å foretrekke?

Legemiddelverket har i samarbeid med svenske legemiddelmyndigheter nylig publisert terapianbefalinger ved sepsis (3). Disse oppfyller til en viss grad kravet om tydeliggjøring av evidensgrunnlaget, idet man har gradert verdien av foreliggende dokumentasjon. Redegjørelsen for litteraturløp er imidlertid svært mangelfull og utilfredsstillende, og det er påfallende at man i liten grad har reflektert over den kritikk som er fremsatt i kjølvannet av aktuelle kliniske studier.

Når det gjelder kravet om uavhengighet, har deltakerne i terapiverkstedet måttet oppgi potensielle interessekonflikter til legemiddelverkene i Sverige og Norge. Jeg har omsider fått tilsendt disse opplysningene (som burde vært publisert sammen med anbefalingene). Dessverre viser det seg at deltakerne i terapiverkstedet ikke har gitt