



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeföreningen.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

sidse.l.rogde@medisin.uio.no
Legeföreningens 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 Lægeförening 2004; 124: 1821.
2. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Statinbehandling av blodtrykkspasienter Tidsskr Nor Lægeförening 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