

- » Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Re: Barnet på det innvandringspolitiske alter?

I Tidsskriftet 5/2016 (1) og i oppslag i Vårt Land (2) og Aftenposten (3) rettes søkelyset mot kirurgisk behandling av et barn født i Norge med analatresi. Foreldrene hadde søkt om asyl før barnet ble født, og barnet hadde en uforutsett og behandlingskrevende tilstand. Planlagt korrigerende behandling ble avlyst av Oslo universitetssykehus med begrunnelse om usikker asylstatus. Saken reiser flere problemstillinger omkring behandlende legers rolle som forvaltere av kunnskap og ressurser. Denne typen analatresi behandles vanligvis med en avlastende lav colostomi, etterfulgt av PSARP (posterior sagittal anorektoplastikk) omkring to måneders alder og tilbakelegging av stomi når analkanalen har tilhelet og fått riktig dimensjon etter blokkering. I dette tilfellet begrunnes avvik fra etablert behandling med at kolostomi i utgangspunkt like godt kan være en permanent løsning for barn med denne typen misdannelser (1).

Mon det. Permanent kolostomi blir ansett som utilstrekkelig for nyfødte født i den industrialiserte del av verden, og er ikke et alternativ for barn med norsk pass. Kolostomi omtales ikke i standard referanselitteratur hos barn med normal nevrologi, annet enn som en midlertidig løsning. Tilgjengelig stomiutstyr samt tilsyn fra kompetent personell er nødvendig for at kolostomi skal fungere – også midlertidig. En familie på flukt med et spedbarn er ikke sikret en slik oppfølging. Fullført rekonstruktiv kirurgi forventes å gi et annet forløp.

I rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet (nr. 1–5/2011) (4) framgår det klart at asylsøkende barn har «...fulle rettigheter til helsehjelp, med mindre hensynet til barnet selv tilsier at helsehjelp ikke skal ytes». Barnet var fire måneder da asylsøknad ble avslått, og seks måneder da familien ble uttransportert. Med et normalt tidsforløp er det grunn til å tro at hele behandlingen ville blitt gjennomført i Norge.

Utlendingsnemnda lener seg tungt på den medisinskfaglige vurderingen når asylsøknaden blir avslått, mens behandlende avdeling langt på vei begrunner avlyst behandling med mulig framtidig avslag på asylsøknad. Slik havner ansvaret i et tomrom mellom medisin og innvandringspolitikk, der barnet blir den skadelidende part.

Barnelegeforeningen mener denne saken illustrerer at vi som leger kan bli faglige alibi for politiske hensyn. Barnets beste skal alltid ha førsteprioritet for medisinsk personell; derfor bør våre medisinske anbefalinger ikke avvike fra den behandling vi ville gitt til andre barn født i Norge. Det er opp til politiske myndigheter om andre hensyn skal veie tyngre. Vi synes det er betenkelig å holde tilbake standard behandling i påvente av et mulig avslag på asyl.

Barnet fikk sin endelige operasjon på flukt etter et forutsigbart avslag i Ungarn – tyske kolleger kunne gi behandling som Norge ikke ville tilby. Dette er en sak å trekke lærdom av, og vi håper at behandlende avdeling tar selvkritikk. Sammen med barneombudet og myndigheter vil vi arbeide for å få klarere retningslinjer for medisinske erklæringer i asylsaker.

**Ketil Størdal**  
ketil.stordal@gmail.com  
**Ingebjørg Fagerli**

Ketil Størdal (f. 1966) er overlege ved Sykehuset Østfold og nestleder i Norsk Barnelegeforening  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ingebjørg Fagerli (f. 1958) leder i Norsk Barnelegeforening  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Alnæs-Katjavivi P, Lie M. Barnet på det innvandringspolitiske alter? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 387–8.
2. Sylte T. – Baby måtte flykte med utlagt tarm. Vårt Land 15.2.2015.
3. Aftenposten – En gutt ble født med alvorlig misdannelse. Likevel ble han sendt ut av landet. Aftenposten 9.3.2016.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsehjelp til personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold. Rundskriv. [www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/f5-2011.pdf](http://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/f5-2011.pdf) [1.4.2016].

## Re: Bruk av skjema i oppfølgingen av diabetes i allmennpraksis

Etter en henvendelse fra Norsk forening for allmenntidmedisin har Kunnskapssenteret i Tidsskriftet nr. 5/2016 publisert en systematisk oversikt av effekten av bruk av skjema i oppfølging av diabetes i allmennpraksis (1). Vi er enige i forfatternes fortolkning av studien; det er tendens til at bruk av diabetes-skjema kan bidra til lavere dødelighet og sykkelighet. Den vitenskapelige evidensen for dette er lav. Seks av de syv inkluderte studiene var av så kort varighet at man ikke kan forvente noen effekt på hjerte- og karsykdom eller dødelighet. Den lengste studien viste imidlertid tendens til en gunstig effekt. Ingen av studiene undersøkte effekt på prosessindikatorer eller andel som var dårlig regulert, og bare fire ga tilbakemelding til legene. Forfatterne refererer til at andre systematiske undersøkelser har vist at databaserte systemer for klinisk beslutningsstøtte kan medføre praksisendring og helsegevinst. På populasjonsnivå er en gjennomsnittlig reduksjon i systolisk blodtrykk på 3 mm Hg betydelig. Mange deltakere og lang observasjonstid må til for å påvise en reduksjon i komplikasjoner og død.

«Noklus diabetes-skjema» er et beslutningsstøtteprogram og en registreringsmodul for «Norsk diabetesregister for voksne (NDRV)». Innrapportering av data til registeret gir årlig tilbakemelding til fastlegen om kvaliteten på diabetesbehandlingen i praksisen. Data fra registeret kan gi viktig informasjon om status for diabetesoppfølging og behandling i Norge. Lokale rapporter gir fastlegen mulighet til ekstra oppfølging av pasientene med dårlig kontroll. Så vidt vi forstår skiller dette seg vesentlig fra de systemene som er benyttet i de inkluderte studiene. Disse studiene er derfor lite representative for å vurdere effekten av «Noklus diabetes-skjema».

Data fra norsk allmennpraksis viser et stort forbedringspotensial for oppfølging og behandling av diabetes. Undersøkelse av føtter, U-albumin og øyelege som anbefalt i de kliniske retningslinjer var kun dokumentert hos 25–70 % (2). For allmennpraktikere kan hjelpemidler som «Noklus diabetes-skjema» fungere som viktig påminnelse, huskeliste og arbeidsverktøy som også kan bidra til redusert tidsbruk. Vårt inntrykk, som bekreftes ved upubliserte undersøkelser fra allmennpraksis i Salten og sykehusdata fra «NDRV», tyder på at bruk av strukturerte diabetes-skjema/journaler fører til en bedring av kvaliteten på behandlingen. Vi er imidlertid enige med forfatterne at det er få gode undersøkelser om effekten av bruk av skjema, og at det er ønskelig med studier som kan avklare dette nærmere. Den pågående ROSA-4 undersøkelsen som inkluderer diabetespasienter fra allmennpraksis vil gi nyere data om dette.