

årvis behandles med amfetaminderivater, må advarselen fra et så seriøst FN-organ tas meget alvorlig.

Og bortsett fra at det handler om et narkotisk middel med «dependence liability» er jo et sentralt spørsmål dette: Kan vi som leger ta ansvaret for å «oppdra» en stor barnegruppe samt deres foreldre til en holdning, der indre spenninger og konflikter best fjernes med tabletter, – oven i kjøpet med stor risiko for vanedanning?

Wettenberg, Danmark *Terje Neraal*  
bvppf-neraal@t-online.de

#### Litteratur

1. Åsheim H, Nilsen KB, Stordahl H, Johansen K. Forskrivning av sentralstimulerende midler. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 908–10.
2. International Narcotics Control Board. Report 2000; 1–10. New York: FN, 2000.

### H. Åsheim & K. Bjørgvin Nilsen svarer:

Vår målsetting med undersøkelsen var epidemiologisk å finne ut antall forskrivninger av sentralstimulerende medikamenter i Nordland fylke relatert til barnepopulasjonen som helhet, og vi hadde ikke en spesifikk interesse av å konkludere med hvilken prosentandel av barn som bør bruke Ritalin. Etter vår mening synes forskrivningsgraden av Ritalin i fylket lav i forhold til forventet forekomst av AD/HD. Det som vi ønsket å få frem i diskusjonen var betydningen av god diagnostikk ved vurdering av indikasjon for behandling med sentralstimulerende medikasjon. Dette handler ikke om å medisinsere barna løsrevet fra en helhetlig livssituasjon, men et ønske om behandlere som har god nok kompetanse på dette området, slik at diagnostisering av AD/HD blir gjort på en faglig forsvarlig måte – og ikke minst at det blir tilgang på slik kompetanse rundt i vårt vidstrakte land.

Grundig diagnostisering skaper større muligheter for at ikke «uroelig og uoppmerksom atferd» alene blir regnet som ensbetydende med AD/HD. I mange tilfeller er nettopp dette symptomer på at barnet har problemer som ikke skyldes AD/HD, og da skal tiltakene rettes mot disse. En behandler «motstand» mot å akseptere AD/HD som en nevropsykiatrisk tilstand må ikke føre til tilbakeholdelse av et medikament som kan tilføre positive endringer i den sosiale og kognitive utvikling hos et barn som uten medisin står i stor fare for å falle utenfor i vesentlige forhold som skole, venner og familie.

Vedrørende Terje Neraals kommentar om «en aggressiv informasjonspolitikk fra den farmasøytiske industri», så er ikke dette på noen måte vår erfaring i Nordland når det gjelder sentralstimulerende midler. Vi kjenner ikke til langtidsstudier som har påvist tilvenningsproblemer ved medisinsk bruk av Ritalin på AD/HD, hvis det er dette Neraal

antyder. Det er vel heller ikke legens ansvar å «oppdra» noen som helst, men vår erfaring er at svært mange mennesker klarer å ta dette ansvaret selv når de får en faglig hjelp som innbefatter adekvat diagnose og behandling av barn med nevrobiologiske og genetisk betingede utviklingstilstander som kan gi betydelige psykososiale funksjonsproblemer. Vi takker for kommentarer til en etter vår mening viktig debatt.

Bodø *Harald Åsheim*  
barnepsykiater

*Kjell Bjørgvin Nilsen*  
psykolog

### Hva er galt med astmaklinikker?

Vi er glad over å kunne konstatere at president Hans Petter Aarseth i sin artikkel i Fra foreningen i Tidsskriftet nr. 10/2001 (1) legger frem et mer balansert syn enn han gav uttrykk for i sine mange tidligere intervjuer i pressen. Vedrørende den delen av prosjektet som er en evaluering av den kliniske nytten, og som er godkjent av regional etisk komité, skriver han: «Det fremgår imidlertid ikke at den enkelte pasient er informert om dette og har gitt sitt samtykke, slik Helsinkideklarasjonen ville forutsette. Det går heller ikke frem at legemiddelfirmaet er tungt inne økonomisk i prosjektet.» Dette er feil. Pasienten gir skriftlig, informert samtykke, og blir også informert om at prosjektet støttes av et legemiddelfirma som navngis. Selvfølgelig.

For øvrig er vi interessert i rammer som gjør det mulig for pasienten å høste det beste som finnes av helsetilbud, og disse rammene må gi rom for at det er flere mulige aktører. Selv om Aarseth har sine tvil her og der, er det imidlertid ingen tvil om følgende: Astmaklinikkene er som prinsipp godt faglig forankret, og det er godt for pasientene. For mange av oss er dette avgjørende i vurderingen av tilbørigheten i prosjektet.

Oslo *Olav Flaten*  
medisinsk direktør  
GlaxoSmithKline

#### Litteratur

1. Aarseth HP. Hva er galt med astmaklinikker? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1306.

### Presidenten svarer:

Det er gledelig at den del av prosjektet som er en evaluering av den kliniske nytten er underlagt vanlige etiske retningslinjer. I den beskrivelse vi har hatt tilgjengelig, har det imidlertid ikke vært mulig å se hvor forskningen slutter og behandlingen begynner.

Legeforeningen er også enig i at det faglige tilbudet er godt. For oss kan ikke dette alene være avgjørende, vi må også være

trygg på at den enkelte leges økonomiske og faglige integritet ikke kan trekkes i tvil. Den trygghet gav ikke opplegget omkring astmaklinikkene.

Oslo *Hans Petter Aarseth*  
Den norske lægeforening

### Kjevesleng – nakkesleng, Helsetilsynet på villspor

I april 2001 mottok jeg blant saksdokumenter et skriv fra Statens helsetilsyn, datert 2.1.2001, med tittelen: «Kjevesleng – whiplash.» Her fastslår Helsetilsynet at «det anses som dokumentert at det er sammenheng mellom smerter i kjeveleddsregionen og whiplash-skade». Det anføres at det «foreligger få undersøkelser av tilfredsstillende vitenskapelig kvalitet om temaet nakkesleng og kjeveleddsproblemer». Det refereres til et møte som Helsetilsynet arrangerte i 1999 mellom pasienter med smerter i kjeve-regionen og fagpersoner fra Ullevål og Det odontologiske fakultet i Oslo. «Møtet avslørte en mistroisk og uforsonlig holdning mellom partene» (sitat). Helsetilsynet har videre innhentet opplysninger fra flere fagmiljøer i inn- og utland uten at det har munnet ut i noen konsensus.

Det har i mange år versert en del teorier omkring sublaksjon og strekk på kjeveleddet under nakkeslengskader. Ingen av disse teoriene har kunnet bevises og teoriene strider mot sunn fornuft. Kjeveleddet er et av de mest solide ledd i kroppen, beregnet på meget kraftige påkjenninger under fysiologiske betingelser. Ved en påkjørsel bakfra eller forfra vil nakken ta opp bevegelsene i flere ledd før man når atlanto-oksipitalleddet og deretter kjeveleddet. I en omfattende oversiktsartikkel i *Journal of the American Dental Association* skriver Ferrari & Leonard (1): «Det finnes ingen fornuftig teori for sammenheng mellom whiplash og temporomandibulære smerter og det foreligger ingen eksperimentelle bevis for at mekaniske krefter skal kunne utvikle denne type smerter.» I en stor studie fra Litauen der norske forskere har deltatt, fant man ikke høyere forekomst av smerter i kjeve-regionen hos nakkeslengpasienter enn blant kontrollgruppen (2). Ved sine uttalelser om kjevesleng og nakkesleng har Helsetilsynet beveget seg langt utover sitt faglige kompetansenivå. Man har ikke hatt evne til å gå inn i eksisterende vitenskapelige dokumentasjon og har ikke lyttet til kompetente fagfolk. Noen fagpersoner i et diskusjonsmøte er brukt til å gi konklusjonen fra møtet et vitenskapelig tilsnitt. Dette er misbruk av fagfolks tillit. Helsetilsynet har heller ikke forstått at utsagn av denne karakter vil måtte få juridiske konsekvenser. Fagfolk som skal uttale seg i slike saker, vil måtte komme på kollisjonskurs med landets øverste medisinske tilsynsverk. Dommere