

lettlest og at det fortjenstfulle er at det er samlet en del synspunkter i sammenhengende resonneringer. Således kan den være av interesse for alle som er opptatt av psykisk helsevern. Jeg kan ikke se at forfatterens anliggende er «å hevde synspunkter om politikk og samfunnsforhold som han tror er populære blant folk» (ordboksdefinisjonen av populisme) (2). For undertegnede fremstår *Manifest for psykisk helsevern* som en alvorlig og velbegrunnet appell til gjenomtenking av hva psykiatrien representerer som fag og hvordan vi forvalter ressursene. I psykiatridivisjonen ved Akershus universitetssykehus er boken brukt som innfallsvinkel til faglig refleksjon. Ikke bare kan den «være av interesse» (1), den burde være obligatorisk lesning for alle som arbeider i feltet, sammen med Joel Paris' *Medisinering av psyken. En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri*, anmeldt i samme nummer av Tidsskriftet under overskriften *Velbegrunnet, kritisk fremstilling av dagens psykiatri* (3).

Det er mulig at Aarres bok bringer lite nytt, hvis man med *nytt* mener *evidensbasert kunnskap*. Men for praksisfeltet er kanskje den største utfordringen å implementere kunnskapen vi allerede har, for eksempel om samhandling og brukermidvirkning.

Sjur Seim
Asker

Sjur Seim (f. 1950) er fagsjef ved Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ilner SO. Populistisk om psykiatritjenesten. Anmeldelse av: Aarre TF. *Manifest for psykisk helsevern*. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 853–4.
2. Bokmålsordboka. www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=populisme&ordbok=bokmaal (18.8.2011).
3. Haugsgjerd S. *Velbegrunnet, kritisk fremstilling av dagens psykiatri*. Anmeldelse av: Paris J. *Medisinering av psyken*. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 854.

Barnepsykiatriske tilstander og «KISS-KIDD»

I Tidsskriftet nr. 4/2011 oppfordrer Charlotte Sinding-Larsen og medarbeidere helsepersonell som har med barn å gjøre til å være kritiske til praksisen rundt diagnostisering og behandling av det antatte «KISS» (øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelse) hos spedbarn (1).

Tilstanden «KISS-KIDD» er ikke noen anerkjent diagnose – og er omdiskutert. Syndromet har en nettside, der «KIDD»

defineres som øvre nakkeleddsindusert dyspraksi (klossethet)-dysgnosi (sanseintegrasjonsforstyrrelse). Det hevdes at det er en følge av ubehandlet «KISS». I tillegg til de motoriske vanskene beskrives tilleggs-vansker som oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, problemer med impuls-kontroll, emosjonelle vansker, lærevansker, språklige og sosiale vansker, atferdsvansker og vegetative problemer (2).

Innen Barne- og ungdomspsykiatrien møter vi stadig flere små og store barn som uavhengig av sine psykiatriske vansker er blitt undersøkt hos barnefysioterapeuter på grunn av klossethet. En gruppe av barnefysioterapeuter påstår at de motoriske vanskene til disse barna kan tilskrives «KISS-KIDD», og barnet blir videresendt til manuellterapeutisk behandling.

Motoriske ferdigheter krever en integrasjon av det nevrologiske system og muskelskjelett-systemet. Vår forståelse av «klossethet» innen barne- og ungdomspsykiatrien har vært basert på kunnskap om at det er en medfødt utviklingsforstyrrelse som kalles «developmental coordination disorder» (DCD). Ved hjelp av en rekke oppgaver, beskrevet som «soft signs-undersøkelse», måles barnets koordinasjon og fin- eller grovmotoriske ferdigheter. Undersøkelsen kan gi en antydning om forskjellige grader av umodenhet i nervesystemet. I det multiaksiale diagnosesystemet vårt er dette definert som et ledd i «spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter» (F82/ICD-10) (3). Studier viser at DCD-prevalensen i den generelle populasjon varierer fra 5 % til 15 %, med nedgang ved økende alder. Diverse studier viser også at det er en sterk sammenheng mellom denne forstyrrelsen og diverse barnepsykiatriske tilstander, hovedsakelig hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autismespekteret) (4). 30–50 % av barn med AD/HD har komorbide motoriske problemer i form av DCD-tegn (5).

«KISS-KIDD» er først og fremst beskrevet ut fra klinisk erfaring. Det finnes få publiserte studier og meget lite kunnskap om etiologi, årsakssammenhenger, diagnostikk, behandling og oppfølging av tilstanden. Forekomsten er ukjent. Det er stort behov for forskningsmessig kunnskap. De sammensatte vanskene hos barn som sies å ha «KISS-KIDD», bør utredes bredt med henblikk på diverse barnepsykiatriske tilstander og ivaretas i et utviklingsperspektiv ut fra både biologiske og miljømessige faktorer. Barna bør forstås helhetlig med tanke på nødvendige tiltak og tilrettelegging.

Imer Önder Slettedal

Ungdomspsykiatrisk enhet
Oslo universitetssykehus

Imer Önder Slettedal (f. 1976) er lege i spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sinding-Larsen C, Bjørnstad R, Grøgaard J. KISS – forklaringen på mange plager hos små barn? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 338–9.
2. Nettside for Kiss-Kidd.no. www.kiss-kidd.no/ (1.7.2011).
3. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. www.kiith.no/sokeverktoy/icd10/html/KV_9.htm (18.8.2011).
4. Gillberg C, Kadesjö B. Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). *Neural Plast* 2003; 10: 59–68.
5. Fliers EA, de Hoog ML, Franke B et al. Actual motor performance and self-perceived motor competence in children with attention-deficit hyperactivity disorder compared with healthy siblings and peers. *J Dev Behav Pediatr* 2010; 31: 35–40.



Norske leger og humanitært arbeid

Takk til Karianne Flaatten og Tor H. Kristiansen, som i innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2011(1) og nr. 8/2011 (2) tar opp problemstillinger knyttet til arbeid ute.

Legeforeningen mener at det ville være et gode om flere norske leger fikk erfaring med arbeid i lavinntekts- og mellominntektsland (3). Det er tankevekkende at det er få søknader om godkjenning av slik tjeneste. Kravene til tjenestens innhold og supervisjon må oppfylles. Tjenesten må ha en varighet på minimum tre måneder, og legen må ha supervisjon fra spesialist i faget. Har legen dette klart for seg på forhånd, kan søknadsprosessen forhåpentligvis forenkles noe. Kravet til forsvarlig behandling er det samme uansett hvor pasienten befinner seg. Norge kan ikke «eksportere» uerfarne leger ut i verden for egentrening uten oppfølging.

Som Flaatten viser til er muligheten til permisjon hjemlet i den sentrale avtalen mellom Legeforeningen og Spekter. A2 § 8.2, slår fast at leger «bør gis permisjon uten lønn for å arbeide i internasjonale organisasjoner mv.» og at leger som er knyttet til hjelpeorganisasjoner kan gis permisjon inntil en måned med basislønn per kalenderår i forbindelse med utrykning til

hjelp for nødstilte (4). Flere helseforetak ønsker å legge til rette for at leger engasjerer seg (5, 6). Foretakene har samtidig ansvar for å sikre nok personell til forsvarlig drift.

Legen som arbeidstaker i lavinntektsland har hatt varierende sikring knyttet til pensjon, sykdom og eventuell arbeidsuførhet. Helseforetak som har personellutvekslingsprogrammer sikrer slike retter ved at legen er ansatt i foretaket også under oppholdet ute. Dersom man oppholder seg mer enn 12 måneder i utlandet, er det viktig å sikre medlemskap i folketrygden. Dekning av eventuell langvarig arbeidsuførhet etter oppholdet vil være avhengig av avtale med arbeidsgiver. Det er også viktig at legen sikres mot personlig ansvar ved søksmål fra pasient og pårørende. Slike avtaler kan være krevende å inngå for den enkelte lege, og Legeforeningen har nå sørget for at slik dekning for verdens 20 fattigste land er inkludert i ansvarsforsikringen.

Legeforeningen ønsker å være med på å legge til rette for at norske leger kan arbeide i lavinntekts- og mellominntektsland (3). Det er derfor viktig at temaer som de Kristiansen og Flaatten tar opp, formidles til foreningen. Slik informasjon kan bidra til foreningens politiske strategi, arbeidet med avtaler, videre- og etterutdanning samt vår aktivitet i Norsk helsenettverk for utvikling og andre norske fora. Leger som har erfaring fra eller har pågående engasjement i lavinntekts- og mellominntektsland, oppfordres til å skrive en kort orientering og sende dette til utvalg for internasjonal helse ved leder Hilde Engjom eller sekretær Bjørn Oscar Hoftvedt i Legeforeningen.

Hilde Engjom
Bergen

Hilde Engjom (f. 1974) er lege i spesialisering ved Kvinneklinikken i Helse-Bergen. Hun har ledet Legeforeningens utvalg for internasjonal helse siden 2007 og har vært sentralstyremedlem i foreningen og leder av Yngre legers forening.

Litteratur

1. Flaatten K. Humanitært arbeid må telle. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 337.
2. Kristiansen TH. Omkostninger ved humanitært arbeid. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 801–2.
3. Styrket samarbeid om utdanning av leger i lav- og mellominntektsland. Policydokument nr. 1/2010. Oslo: Den norske legeforening, 2010.
4. A2-avtalen. www.legeforeningen.no/asset/49223/1/49223_1.pdf [30.8.2011].
5. Bergen og Ullevål. <http://innsiden.helse-bergen.no/SiteDirectory/eis/Nyheter/Sider/InternasjonaltSamarbeidmellomHaukelandogUllevaal.aspx5> [30.8.2011].
6. Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset Nord-Norge. www2.uit.no/ikbViewer/page/ansatte/organisasjon/internasjonalisering?p_dimension_id=88127&p_menu=65794&p_lang=2 [30.8.2011].



Slaginsidens og motsetninger

Wyller & Fure kommenterer i Tidsskriftet nr. 13–14/2011 (1) våre artikler om hjerne- slag i Bergen (2, 3). Forfatterne er overrasket over den lave årsinsidensen på 105 per 100 000 og antyder seleksjonsmekanismer som årsak til dette. Nevrologisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus har en åpen innleggelsespolitikk. Alle pasienter med mistenkt hjerneslag innlegges som øyeblikkelig hjelp. Hos 50 % av de innlagte viser det seg at det ikke er nevrovaskulær sykdom. Dette indikerer at det ikke foretas seleksjon ved innleggelse. Befolkningsgrunnet er representativt og inkluderer alle aldersgrupper. Nevrologisk avdeling har i mange år hatt NORSTROKE forskningsregister, hvor alle data kvalitets-sikres før registrering. Våre insidenstall er derfor valide.

Wyller & Fure refererer til tall fra Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen, som gir en årsinsidens på «minst 183». Sykehuset har ikke noe slagregister, tallene er basert på utskrivningsdiagnoser og er ikke kvalitetssikret. I 2010 ble sykehusavdelinger der man behandler akutt hjerneslag bedt om å angi antall slagpasienter innlagt per år og befolkningens størrelse. Beregnede insidenstall ble lagt frem ved den 14. Bergens-konferansen om nevrovaskulære sykdommer høsten 2010. Insidensen av hjerneslag var ved Akershus universitetssykehus 169, ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, 260 og ved Lillehammer sykehus 471. I Helse Midt-Norge var insidensen i Namsos 203, i Ålesund 325, ved St. Olavs hospital 329 og i Orkanger 403. I Helse Nord varierte insidensen fra 364 (Hammerfest) til 792 (Harstad). Egenrapporterte insidenstall uten kvalitetssikring er usikre, og variasjonene er neppe reelle. At våre insidenstall er lavere «enn hva som er funnet ellers i Norge» er riktig, men vitenskapelig baserte insidenstall er 16–17 år gamle og ikke nødvendigvis representative i dag.

Wyller & Fure understreker at «usynlige» utfall kan gi store problemer for pasient og pårørende hvis de ikke blir diagnostisert og behandlet. Dette er korrekt. Nettopp derfor anbefaler vi en åpen innleggelsespolitikk også for pasienter med lette eller subtile akuttnevrologiske symptomer. Slike symptomer kan fort oppfattes som transitoriske eller ikke-nevrologiske, og

pasientene risikerer enten ingen nevrologisk utredning eller en poliklinisk utredning (4–6) istedenfor adekvat akuttbehandling.

Wyller & Fure konstruerer en mulig motsetning mellom reperfusjonsbehandling og slagenhetsbehandling, men ser allikevel «ingen slik motsetning». Av vår artikkel fremgår det at heller ikke vi ser noen slik motsetning.

Lars Thomassen
Bergen

Lars Thomassen (f. 1947) er overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wyller TB, Furre B. Ikke enten – eller, men både – og i slagmedisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1277.
2. Næss H, Waje-Andreassen U, Brøgger J et al. Pasienter med akutt hjerneinfarkt innlagt i en slagenhet. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 814–8.
3. Thomassen L, Waje-Andreassen U, Næss H et al. Behandling av cerebrovaskulære sykdommer i en slagenhet. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 819–23.
4. Dahl T, Ellekjær H. Carotisstenose - utredning og behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2374–7.
5. Ellekjær H, Dahl T. Risikoskår og TIA-pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 14.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. www.helsedir.no/publikasjoner [1.7.2010].

Tilsvarsrett

Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (www.icmje.org/publishing/5correspond.html).

Dette innebærer at forfattere av vitenskapelige artikler som blir kommentert i spalten Brev til redaktøren, får anledning til å komme med tilsvar i samme nummer av Tidsskriftet. Ytterligere innlegg vil bli henvist til et senere nummer.