

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 brukervedvirkning.

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.kith.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 i inntil en måned med basislønn per kalenderår i forbindelse med utrykning til