

## **Pilotprosjekt om pasientprofiler – et verktøy for klinisk erfaringsdeling**

Sigurd Syrdal Aanderaa , Linn Bjerknes , Mette Nordbrønd Mikkelsen og Espen Ajo Arnevik

Delt førsteforfatterskap mellom Aanderaa og Bjerknes. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### **Pilotprosjekt om pasientprofiler – et verktøy for klinisk erfaringsdeling**

Det er et stort og ubrukt potensial for terapeuter til å lære av hverandre. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) er det lite systematisk sammenligning av erfaring for å utvikle felles klinisk kunnskap. Vi kan i større grad benytte hverandre til å utvide vår egen og felles erfaringsbaserte kunnskap. På hvilke måter organisasjoner tilrettelegger for å være kunnskapsdannende, har utviklet seg til å bli et sentralt tema i organisasjonsteori og -forskning de siste tiårene (Bui & Baruch, 2010; Nonaka, 1994). Tilgjengeligheten av gode verktøy for kunnskapsdeling og -dannelse er nevnt som en av de viktigste faktorene for deling av erfaringsbasert kunnskap i helsevesenet (Tabrizi et al., 2013). Deling av erfaringsbasert kunnskap i poliklinikk er ofte drøfting av enkeltpasienter eller generelle faglige diskusjoner. Terapeuter henter innsikter fra kausdrøftinger til arbeidet med andre pasienter, men vurderinger av hvilke erfaringer som har overføringsverdi og til hvilke pasienter, blir som regel overlatt til den enkelte behandler.

Et sentralt verktøy for å få til en systematisk sammenligning av erfaring er kategorier til å gruppere pasientene våre i. Per i dag er ulike psykiske lidelser og ruslidelser definert i diagnostiske kategorier. Psykiske lidelser defineres i all hovedsak av symptomer som korrelerer med hverandre. Diagnoser korresponderer ikke til separate, underliggende sykdommer med egne årsaksforhold og mekanismer, og har i liten grad distinkte behandlingsimplikasjoner (Hyman, 2010; Kupfer et al., 2002). Diagnoser har derfor en grunnleggende begrensning som verktøy for å sammenligne kliniske erfaringer og vurderinger, og dermed også en begrensning for felles klinisk kunnskapsutvikling.

Ønsket om mer kliniske nyttige kategorier har de siste femten årene dannet grobunn for en rekke alternative tilnærminger til behandlingsrelevant kategorisering (Babor & Caetano, 2006; Hesselbrock & Hesselbrock, 2006; Insel et al., 2010; Insel, 2014; Koob & Volkow, 2016; Kwako et al., 2016; Wright et al., 2013). Kliniske miljøer har utviklet flere alternative diagnostiseringstypologier, forankret i terapiteorier og klinikknær forskning. Transdiagnostiske modeller er utarbeidet innenfor kognitiv atferdstradisjon (Mansell et al., 2008) og på avhengighetsfeltet (Kim & Hodgins, 2018), mens psykodynamisk diagnostisk manual (PDM) er utviklet av psykoanalytisk orienterte terapeuter (PDM task force, 2006). Felles for modellene er at de forsøker å identifisere underliggende prosesser og faktorer som utgjør sentrale fokusområder for terapeuter som jobber innenfor et gitt teoretisk rammeverk.

Typologier utviklet fra terapiteorier er klinisk nyttige og har gjerne tett forbindelse til anbefalte intervensjoner og strategier. De er ofte tilpasset en særskilt pasientgruppe. I en vanlig

poliklinikk i TSB og PHV tar vi inn et bredt spekter av pasienter, som ikke kan plasseres i én spesifikk behandlingsmodell. Dessuten har behandlere på de fleste poliklinikker gjerne ulik utdannings-bakgrunn og teoretisk ståsted.

Mangelen på gode etablerte verktøy for å gruppere pasienter for erfaringsdeling, har inspirert oss til å se etter andre utgangspunkt for en nyttig typologi. I et kollegafellesskap trenger vi en inndeling som plasserer pasienter som kan ha nytte av lignende tilnærminger, sammen, og som kan fungere som et fellesspråk mellom klinikere fra ulike profesjoner og behandlingstilnærminger. Erfaringsnære kategorier som gjør det mulig å artikulere taus kunnskap, utgjør en essensiell del av en kunnskapsdannende prosess. Uten gode kategorier er det vanskelig å ta spranget fra erfaringer med enkeltpasienter til lokal kunnskapsutvikling om hva som er nyttig behandling for ulike typer av pasienter.

Artikkelen presenterer et pilotprosjekt der vi har utviklet det vi har kalt *pasientprofiler*. Vi tok utgangspunkt i erfaringen med at klinikere gjerne har en klar, men ikke alltid begrunnet opplevelse av at noen pasienter ligner hverandre i hvordan de er å behandle og hva de trenger fra behandleren. Klein (1998) viser at erfarne og kompetente yrkesutøvere utvikler en spontan situasjonsforståelse basert på intuitiv kunnskap. Vi ønsket å utforske om systematisk artikulering og sammenligning av terapeuters intuitive kunnskap kunne være et utgangspunkt for kategorier som fremmer erfaringsdeling og utvikling av lokal klinisk kunnskap. Så vidt vi kjenner til, er en slik tilnærming ikke prøvd ut tidligere. Her presenterer vi utviklingen av pasientprofiler og drøfter potensialet og begrensningene til en slik typologi.

## Fremgangsmåte

### Utvikling av pasientprofiler

Utviklingen av pasientprofilene foregikk på Lovisenberg ruspoliklinikk, som har sitt opptaksområde i de østlige sentrumsbydelene i Oslo. Opptaksområdet kjennetegnes av en opphopning av unge voksne, samtidig som det er stor variasjon i sosial funksjon. Alle pasientene hadde fått rett til behandling i TSB poliklinikk, hvilket vanligvis innebærer moderat til alvorlig rusproblem og komorbide psykiske lidelser, unntatt alvorlig psykisk lidelse.

Tilnærmingen vi brukte i utviklingen av pasientprofiler, har noen likhetstrekk med grounded theory (GT) (Glaser & Strauss, 1967). GT er en kvalitativ metode som beskriver hvordan en bygger

opp nye teoretiske begreper gjennom systematisk sammenligning av ulike former for empiri. Vi utviklet pasientprofilene gjennom å sammenligne de pasientene vi opplevde som like. GT gir nyttige metodiske innsikter i et slikt arbeid, særlig det å konsekvent hente innholdet i profilene fra sammenligning av konkrete pasienter. Formålet i vår undersøkelse var imidlertid å samle konkrete egenskaper til en fyldig og erfaringsnær pasientbeskrivelse for å fasilitere erfaringsutveksling, mens det i en standard GT-undersøkelse vil være å utvikle presise og generelle begreper for å forklare empiri som del av en teori.

Arbeidet med å utvikle pasientprofilene forløp gjennom fire ulike steg over en periode på fem uker.

I steg en startet Sigurd Syrdal Aanderaa, Linn Bjerknes og Mette Nordbrønd Mikkelsen arbeidet ved å besvare en åpen instruksjon individuelt: «Del din pasientportefølje inn i fem grupper ut ifra hvilke pasienter du opplever ligner på hverandre.» For å få en konkret representasjon av pasientene skrev hver og en av oss ned den enkelte pasients initialer på post-it-lapper. Vi prøvde oss frem med å samle lappene i ulike grupperinger. Gjennom dette fikk vi øye på enkelte aspekter av hva som kunne ligge til grunn for opplevelse av likhet. En av oss la for eksempel merke til at felles for alle pasientene som lå ute til den ene siden, var at de var uten behandlingsplan.

I neste steg *presenterte* vi gruppene for hverandre. Utkastene til grupper i denne fasen var stikkordsmessige, preget av umiddelbare kjennetegn. En kategori kunne for eksempel bli beskrevet *med tidlig omfattende rus, vært i barnevernet, ungdomshjem, personlighetsproblematikk, har vært eller er i behov av døgnbehandling, behandlingstrette, vansker med å relatere seg til behandler*. Vi la merke til noen styrende implisitte dimensjoner i grupperingen som blant annet var en opplevelse av: *tung å arbeide med, relasjonell stabilitet, funksjonsnivå, grad av innsikt, opplevelse av felles behandlingsprosjekt*. Vi så at noen av gruppene lignet på hverandre. Gruppene som lignet, ble ideer til pasientprofiler.

I tredje steg utdypet vi kategoriene ved å *sammenligne* de beskrivelsene til hver enkelt som lignet. Vi utfylte videre med konkrete pasienterfaringer som vi opplevde resonnerte med beskrivelsen. I utformingen av profilene hadde vi flere runder der vi i fellesskap gikk gjennom kategoriene vi utarbeidet, for å forankre dem i pasienterfaringer. Vi drøftet oss frem til tre skisser til profiler som vi ønsket å arbeide videre med. Avgrensningen til tre profiler var relatert til prosjektets tidsmessige rammer. I prosessen med å finne og utforme profilene var vi opptatt av å ha en vekslings mellom

individuell arbeid og gruppearbeid, for å legge til rette for mer uforstyrret å få tak i egen intuitiv forståelse.

I fjerde steg valgte vi å organisere pasientprofilene i et prototypeformat (Westen, 2012), der hver av oss skrev et sammenhengende utkast til de tre profilene. Vi ønsket å inkludere et bredt spekter av klinisk betydningsfulle faktorer og valgte å ta utgangspunkt i opplysninger som vi pleier å innhente i en førstegangssamtale: om rusbruk og rushistorie, psykiske symptomer og lidelser, funksjonsnivå, oppvekst og skolegang, sosialt nettverk og tilknytning til arbeidsliv. Vi samlet så de tre utkastene til hver av profilene i en felles beskrivelse.

Deretter testet vi ut i hvor stor grad vi opplevde at pasientene i vår egen pasientportefølje lignet de tre pasientprofilene. Med utgangspunkt i en skala utarbeidet av Westen (2012) til prototypebasert kategorisering skåret vi hver pasient på hvor godt den passet opp mot hver av de tre profilene ut ifra behandlerens opplevelse av likhet mellom profilen og helhetsinntrykket av hver enkelt pasient. Skalaen går fra 1 til 5, hvor 5 indikerer at profilen beskriver den aktuelle pasienten i svært stor grad, 3 i betydelig grad og 1 ikke i det hele tatt. Deretter gjorde vi en mer utdypende sammenligning i fellesskap, hvor vi utforsket grunnlaget for skårene hver av oss hadde satt.

Vi testet også ut bruk av pasientprofilene til å utveksle erfaringer med kollegagruppen. Fjorten behandlere ved ruspoliklinikken skåret egne pasienter opp mot pasientprofilene. For hver profil hadde vi en erfaringsutveksling om vanlige utfordringer og nyttige strategier i vår kliniske praksis.

### **Tre pasientprofiler**

Vi kom frem til tre pasientprofiler, som vi har kalt A, B og C (se egne beskrivelser). Pasientprofil A beskriver en pasient der behandler kan oppleve kaos og frustrasjon, og hvor pasienten utfordrer behandlingsrammene. Pasienten har lavt funksjonsnivå, eksternaliserende personlighetsproblematikk, tidlig rusdebut og ofte omfattende aktuelt rusbruk av flere rusmidler. Profil B beskriver en pasient med kraftig lidelsestrykk, men likevel høyere funksjonsnivå og god refleksjonsevne. Pasienten har tidligere vært i behandling i psykisk helsevern. Hen har gjerne stemningslidelse eller internaliserende personlighetsproblematikk, i tillegg til omfattende pågående eller nylig avsluttet rusbruk, hovedsakelig alkohol. Profil C beskriver en pasient som oppleves utydelig, og hvor det er vanskelig å komme frem til et felles behandlingsprosjekt. Sosial og psykologisk funksjon er preget

av tilbaketrekning og passivitet. Pasienten ser lite sammenheng mellom eget pågående rusbruk og aktuelle vansker, og har brukt cannabis daglig i flere år.

### **Pasientprofil A**

**Kliniske observasjoner:** I møte med pasienten blir behandler sittende igjen med en følelse av kaos og overveldelse. Pasientens tilværelse bærer preg av ustabil økonomi og bosituasjon, som ofte vil være sentralt også i videre forløp. Det kan ta tid å etablere en god allianse med pasienten. Pasienten kan veksle mellom å lukke seg og unnlate å svare på spørsmål, og være mer åpen og tilgjengelig. Hen er da i større grad i stand til å ta imot tilbakemeldinger og grensesetting o.l. uten å bli krenket, og tar mer ansvar for egne problemer. Det kan være vanskelig å komme i gang med konstruktive behandlingsprosesser, det er utfordrende å utarbeide behandlingsplan med pasienten.

**Aktuelt:** Omfattende pågående rusbruk ved oppstart. Kan ha regelmessig bruk av flere rusmidler, som amfetamin, kokain, MDMA, cannabis og alkohol. Hen fungerer i liten grad i arbeidslivet eller tiltak. Strever med å overholde forpliktelser og krav i voksenlivet. Ustabilitet i nære relasjoner. Pasienten har et belastet nettverk, preget av kriminalitet, vold og rusbruk. Kan plages av voldsutøvelsen, opplever vansker med å kontrollere seg, kan være redd for å skade andre og isolerer seg for å forhindre det. Strever ofte med traumesymptomer. Har et høyt aktiveringsnivå og beskriver vedvarende vansker med uro og tankekjør. Blir som regel sliten av miljøet hen er i over tid, og kan bli plaget av depressive symptomer.

**Sykehistorie:** Tidlig debut av rusmiddelbruk. Ofte bruk av alkohol og cannabis fra 12–13 års alder, etter hvert regelmessig bruk av flere rusmidler som amfetamin, kokain, MDMA, cannabis og alkohol. Perioder med bedre rusmestring, men ofte langvarig og omfattende bruk. Pasienten har ofte vært utsatt for traumer som overgrep og vold, og kan selv ha vært tidlig utøver av vold. Hen forteller om omfattende atferdsvansker i oppveksten, vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet. Som regel tidligere forløp i døgnbehandling og poliklinikk, hvor pasienten har droppet ut eller er skrevet ut tidlig.

**Oppvekst og skolegang:** Belastende oppvekstbetingelser, utrygghet og konflikter hjemme. Etter hvert kanskje inn i barnevernet, eventuell oppfølging av PPT og BUP. Faller som

regel tidlig ut av skolegang, ofte i løpet av eller rett etter ungdomsskolen. Pasienten involveres tidlig i miljø med illegale rusmidler, vold og kriminalitet. Har kanskje aldri fungert i arbeid, ofte flere nederlags-opplevelser i forsøk på å få til skole og praksis.

**Diagnoser:** Tilfredsstillende som regel kriteriene for flere avhengighetsdiagnoser, ofte diagnoser som tilbakevendende depresjon, PTSD, emosjonell ustabil pf. eller uspesifisert pf. Tilfredsstillende gjerne kravene til dyssosial pf. i SCID, men ikke i ICD-10, ettersom pasienten fremstår med noe kontaktevne, empati og skyldfølelse og ikke preget av det emosjonelt kalde, likegyldige overfor andre.

### **Pasientprofil B**

**Kliniske observasjoner:** I møte med pasienten opplever behandler pasienten som preget av et kraftig lidelsestrykk, men også med evne til å reflektere og se seg selv utenfra. Det er relativt lett å lage behandlingsplan fordi hen ofte selv er bevisst på at de strever med rus og psykisk lidelse, og uttrykker ønske om endring. Pasienten skylder lite på andre, og kan snarere ha en uavgrenset ansvarsfølelse og dårlig samvittighet. Rusbruks og psykisk lidelse oppleves skamfullt, og omfanget av problemene skjules for nettverket. Kan føle det ubekvemt å snakke om rus i timene, særlig i begynnelsen.

**Aktuelt:** Pasienten kommer i behandling med omfattende pågående eller nylig rusbruk, i hovedsak alkohol. Hen kan også bruke amfetamin, kokain, cannabis og/eller benzodiazepiner i begrenset omfang. Samtidig plages pasienten av markante depressive symptomer som selvforakt, håpløshet, meningsløshet, grubling og gjerne betydelig angst. Pasienten kan ha et forbausende høyt funksjonsnivå, med fast jobb eller studier, og nettverk med venner som ikke har et rusproblem.

**Sykehistorie:** Pasienten kan fortelle om omfattende depressive plager, selvskading, spiseforstyrrelser i oppveksten, som har debutert før rusbruken. Hen har ofte hatt alvorlig selvmordsproblematikk, og tidligere vært i behandling i psykisk helsevern. Rusmiddelbruk fremtrer ikke som det primære problemet, men pasienten fremstår med lite tro på å håndtere vanskelige tanker og følelser på andre måter enn rusbruk, som truer evnen til å opprettholde funksjonsnivået.

**Oppvekst og skolegang:** Pasienten har ofte høyere utdanning. Foreldrene er ressurssterke, og pasienten har mye kontakt med dem. Imidlertid har pasienten som barn blitt utsatt for belastninger i form av perfektjonistiske krav og/eller mye krangling og konflikter. En av foreldrene kan selv ha betydelige psykiske vansker eller rusmisbruk.

**Diagnoser:** Tilfredsstillende kriterier for en alkoholavhengighetsdiagnose og kanskje skadelig bruk av andre rusmidler. De kan ha dystymi, tilbakevendende depresjon, bipolar lidelse eller også cluster C pf. (avhengig, unnvikende eller tvangspreget).

### Pasientprofil C

**Kliniske observasjoner:** I møte med pasienten kan det være vanskelig å danne seg et bilde av hva som er figur og grunn i det pasienten formidler, det kan være utfordrende å strukturere samtalen. Avklaring av behandlingsmål og ønsker om endring blir ofte en del av behandlingsprosessen fremfor innledningsvis. Samtidig er det en pasient som i liten grad eksternaliserer sine vansker. Fremtrer gjerne med uttalt behov for å bli lyttet til, er vare for avvisning, f.eks. kan det være vanskelig å avslutte timen.

**Aktuelt:** Når pasienten kommer i behandling, har hen brukt cannabis daglig i flere år. Kan ha noe bruk av andre rusmidler, som hallusinogener, kokain og alkohol mer til fest, men pleier ikke være avhengig av annet enn cannabis. Opplever som problem at hen nå står fast i livet sitt. Er gjerne i ferd med å falle ut av studier eller yrkesliv. Pasienten plages av depressive symptomer som nedstemthet, isolasjon, initiativløshet og har problemer med søvn og struktur i hverdagen. Det depressive henger typisk sammen med opplevelse av å ikke mestre. Pasienten har ofte sosial angst. Det beskrives typisk en opplevelse av å «trenge» å røyke cannabis for å få sove, roe tankene, regulere sinne. Mange ser sammenhenger mellom vansker og rusbruk, samtidig ser de ofte ikke i hvilken grad cannabis påvirker symptomer og funksjonsnivå. Noen kan ha andre årsaksforklaringer, som ADHD, som de ønsker hjelp med, men mange kommer også med et ønske om hjelp til å slutte med cannabis. Pasientens nettverk består vanligvis av personer som også røyker cannabis, og cannabisbruken er for mange en viktig del av identiteten. Frykt for endring og



rusfrihet kan dreie seg om følelse av å skulle miste en sentral del av seg selv, og bli stående uten nettverk.

**Sykehistorie:** Pasienten kan ha hatt atferdsvansker og sinneproblemer i oppveksten, og hen har tidlig kjent på en følelse av å være annerledes og fremmed i familie og skolemiljø. Debuterte gjerne med alkohol og cannabis i 14–15 års alder.

**Oppvekst og skolegang:** Pasienten beskriver ofte en oppvekst preget av utrygghet, med omsorgspersoner som har vært lite emosjonelt tilgjengelige, samtidig i jobb og med orden på økonomi og bolig. Pasienten har fungert i varierende grad gjennom skolegangen.

**Diagnoser:** Diagnostisk kan pasienten ha angstlidelse eller depressiv lidelse i tillegg til cannabisavhengighet, eller også engstelig unnvikende pf.

Vi så på profilene ved hjelp av skåringsverktøyet utviklet av Westen (2012), og det fremkom at pasientprofilene beskrev våre individuelle pasienter relativt godt (70 % av pasientene skåret 3 eller mer, mens rundt 30 % av pasientene falt utenfor profilene). Da vi tre klinikere deretter i fellesskap gikk gjennom skåringene for de enkelte pasientene, fant vi at vi i hovedsak var enige om hvilke pasienter som passet overens med de ulike kategoriene, men også to diskrepanser mellom våre skåringer.

### **Stereotypisk C-profil**

Det første, og mest omfattende funnet, dreide seg om pasientprofil C. Vi hadde alle en oppfatning av en gruppe pasienter som lignet hverandre ved at de røykte cannabis. Dette var ofte unge menn som hadde lite innsikt i at cannabisbruken hindret dem i å komme seg videre i livet. Det viste seg at flere pasienter med cannabis som hovedrusmiddel hadde fått høye C-skårer, til tross for at helheten i det kliniske bildet for noen lignet mer på B-profilen med god sosial funksjon og større grad av innsikt i eget rusproblem. Det viste seg også at pasienter som i sitt overordnede mønster matchet en C-profil med sosial og psykologisk funksjon preget av tilbaketrekning og passivitet, men ikke hadde cannabis som hovedrusmiddel, ikke ble gjenkjent som en C-profil. Gjennomgangen synliggjorde hvordan pasientprofil C ble preget av vår forforståelse om en «typisk cannabispasient», og at egenskaper til profilen ble hentet direkte fra forforståelsen. Denne forforståelsen der vi knyttet et mønster i psykologisk og sosial funksjon til bruk av et bestemt rusmiddel, cannabis, preget utarbeidelsen av pasientprofil C. Ved å sammenligne profil C med opplevelsen av konkrete pasienter ble det tydeligere

for oss at vår oppfatning om den typiske cannabispasienten var en stereotypi. Vi fant både pasienter som hadde cannabis som hovedrusmiddel uten å være kjennetegnet av lite innsikt og passivitet, og pasienter som hadde alkohol som hovedrusmiddel, men ellers passet godt inn i profilen.

### **Negativ vektning i A-profilen**

Det andre hovedfunnet dreide seg om en tendens til at vi i mindre grad identifiserte egne pasienter som like A-profilen enn de to andres pasienter. Når vi drøftet hverandres pasienter, oppfattet vi altså lettere at de andres pasienter passet bedre til beskrivelsen enn våre egne. Vi ble klar over at profilen hadde en negativ vektning som ikke var intendert. Ansvarlig behandler opplevde profilbeskrivelsen som mer entydig negativ enn det vi kjente igjen fra relasjonen til egne pasienter. Det som mangler i profilen, er mer udelt positive egenskaper, for eksempel evne til å vise sårbarhet og være direkte i relasjon. Det er ofte slik at vi liker og har sympati med egne A-pasienter. I etterkant har vi tenkt at det dreier seg om en «splitt» i opplevelsen av pasientene. Det er typisk for relasjonen til pasienter som ligner på profil A, at det kan være vanskelig for terapeuter å integrere de ulike relasjonserfaringene i møte med den.

## **Diskusjon**

### **Pasientprofiler versus kausdrøftinger**

Kausdrøftinger er uvurderlige både for innspill og til felles læring i et kollegafellesskap. Men drøftingsformen er ganske tidkrevende, slik at det er pasientforløpene som byr på særskilte utfordringer, som blir prioritert. Det innebærer en skjevhet i hvilke pasientforløp som drøftes, og kan medføre at vi ikke får delt erfaringer om hva som er god behandling i vanlige, mindre dramatiske pasientforløp. Pasientprofiler ble generert gjennom en sammenligning av alle pasientene på listene til tre klinikere, og vi ble sittende med beskrivelser som blir representative for ulike segmenter av pasientpopulasjonen. Slik vi erfarte, ble de tre profilene vi utarbeidet, svært ulike. På denne måten vil pasientprofilene A, B og C gi oss anledning til å drøfte et bredere utvalg av pasientforløp.

Det kan være sårbart å legge frem strevsomme saker til kausdrøfting, og det fordrer at kollegaene tilpasser sine innspill til det eieren av saken kan «ta inn». Denne sensitiviteten kan begrense hva de som ikke eier saken, deler av egne erfaringer, for eksempel suksesshistorier med tilsvarende saker. Vi opplevde at deling av erfaring i kollegafellesskapet med utgangspunkt i pasientprofilene førte til en mer fri og eksplisitt sammenligning av erfaring, og det viste seg blant

annet at det ikke var de samme type pasientene vi syntes det var vanskeligst å jobbe med. I prosessen ble det tydeligere hvilke strategier klinikerne oppfattet som nyttige for profil A, B og C, likeledes noen uenigheter om terapeutiske strategier som vi ikke var bevisst. I kontrast til kasusformulering der en hjelper den enkelte med en konkret klinisk problemløsning, gir profilene mulighet til en mer overordnet systematisk erfaringsutveksling.

### **Pasientprofiler versus diagnoser**

Diagnoser og profiler har til felles at de representerer kategorier som gir anledning til å bygge opp eksplisitt kunnskap. Diagnoser kan noen ganger hjelpe klinikerne til å finne nyttige behandlingstilnæringer, ikke minst fordi behandlingsforskning ofte bruker diagnostiske kategorier. Eksempelvis kan både en tilbaketrukket middelaldrende uføretrygdet mann og en ung student som nylig har mistet kontrollen over sin rusmiddelbruk, få diagnosen alkoholavhengighet. Det blir da lite meningsfullt å sammenligne behandlingserfaringer ut ifra diagnose. I arbeidet med de moderne diagnosesystemene har man utviklet diagnoser ved å samle symptomer som korrelerer med hverandre (Blashfield et al., 2014). Målet var å komme frem til diagnoser som korresponderte til underliggende syndromer, men dette har vist seg å ikke føre frem (Hyman, 2010; Kupfer et al., 2002). I motsetning til diagnosene tar pasientprofilene som er presentert her, utgangspunkt i behandlers intuitive og lokale kunnskap i form av hvilke pasienter som kjennes like ut å ha i behandling. Basert på en artikulering og systematisk sammenligning av intuitiv kunnskap håpet vi å plassere sammen pasienter som kunne ha nytte av lignende tilnæringer. Kollegafellesskapet opplevde at det var noen typiske utfordringer for hver av profilene, og at en kunne samles om et felles sett av nyttige strategier for hver profil.

Vi kan ikke ta for gitt at det at pasienter kjennes like ut, representerer gyldig intuitiv kunnskap. Klein (1998) forstår eksperters spontane og effektive persepsjon som uttrykk for intuitiv kunnskap. Ekspertene ser raskt hva som er relevante mål, aktuelle tiltak og hvilke trekk i situasjonen det er viktig å følge med på, uten at de kan redegjøre for hvordan de kom frem til situasjonsforståelsen. Forutsetningene for å utvikle gyldig intuitiv ekspertise på et felt er imidlertid tilstrekkelig erfaring over tid med regelmessige sammenhenger (Kahneman & Klein, 2009). Det har vært en diskusjon om kliniske psykologer erfarer nok av observerbare og regelmessige sammenhenger til å kunne utvikle gyldig intuitiv kunnskap (Dawes, 1994; Kahneman, 2011). Kahneman (2011) argumenterer for at psykoterapeuter kan ha gyldig intuitiv kunnskap om for eksempel å regulere sinne eller skape tillit, ettersom de har mange anledninger til å observere umiddelbare reaksjoner på regulerende intervensjoner. Vi legger til grunn at terapeuter kan ha gyldig intuitiv kunnskap om

hva slags type mål en kan nå i en samtale med en pasient, og hva som kan bidra til det, for eksempel pasientens grad av evne til å forstå sammenhenger i eget liv eller pasientens behov for validering av følelser. Når klinikere med erfaring sorterer pasienter etter hvem som kjennes like ut å ha i behandling, vil oppgaven aktivere intuitiv kunnskap om hvordan ulike pasienter trenger å bli møtt. Derimot vil diagnoser som inngår i aktuariske vurderinger (Dawes, 1994) være bedre egnet til å tenke prognostisk over lengre tid.

### **Generaliserbarhet av pasientprofiler**

Pasientprofiler er eksplisitt lokale kategorier i motsetning til diagnosekategoriene, som er universelle. Et kjennetegn ved intuitiv kunnskap er at den er kontekstspesifikk, den er gyldig i den konkrete sammenheng den er utviklet i (Klein, 1998). Forskjeller i opptaksområde og inntakskriterier skaper betydelig forskjell mellom pasientpopulasjoner. Ulike typer av enheter vil ha ulike formål og rammer for som har betydning for veivalg i behandling. Pasientprofiler innenfor en avrusningsenhet vil se ganske annerledes ut, selv om en del av pasientene er de samme. Pasientprofilene vi utvikler på en ruspoliklinikk i indre Oslo øst, vil ikke uten videre være representative for pasientene på en ruspoliklinikk et annet sted i landet. Metoden for å utarbeide typiske pasientprofiler kan være nyttige for et bredt spekter av kliniske enheter. Diagnosekategorier som vitenskapelig operasjonaliserbare kategorier har på den annen side sin styrke i at det kan brukes som utgangspunkt for forskning på behandlingsmetoder for ulike grupper av pasienter i ulike settinger. Pasientprofiler er et supplement til diagnosekategorier som kan hjelpe klinikere med å integrere forskningsbasert kunnskap. Med pasientprofiler kan klinikere dele erfaringer med å tilpasse forskningsbaserte intervensjoner for ulike typer av pasienter.

### **Pasientprofiler som prosessverktøy**

Et sentralt poeng ved metoden for å utarbeide typiske pasientprofiler er at den er gjennomførbar i en vanlig klinisk kontekst. Vi har basert oss på å bruke vår egen hukommelse og forståelse av våre pasienter som «empiri» i sammenligningen. Glaser og Strauss (1967) omtaler bruk av personlige minner og anerkjenner dette også som en mulig delstrategi i GT. Tidkrevende metoder, som semi-strukturerte intervjuer og transkribering av disse, er urealistiske om pasientprofilene skal utvikles av terapeuter i vanlige kliniske settinger. Samtidig vil vår bruk av «empiri» innebære en begrensning i andres mulighet til å sjekke eller vurdere sammenligningene som har munnet ut i pasientprofilene. Hensikten med prosjektet er imidlertid ikke å lage allmenngyldige kategorier, men å beskrive steg i en metode som kan brukes i ulike lokale kontekster. Vår erfaring er at metoden gjør oss i stand til

å korrigere våre egne stereotypier og feiloppfatninger, og dele erfaringer for å utviklet en økt felles klinisk nær kunnskap i vår poliklinikk.

Både med profil C og A så vi at metodisk utvikling av pasientprofiler var nyttige for å bli bevisst på og utfordre egne oppfatninger om grupper av pasienter. I prosjektet så vi betydningen av å finne egenskapene til profilene gjennom systematisk sammenligning av konkrete pasienter, foreta flere runder der man i fellesskap går igjennom kategoriene man har kommet frem til, og sjekke ut hvordan pasientprofilene passer med konkrete pasienterfaringer. Dersom man ikke i tilstrekkelig grad forankrer profilene i konkrete pasienterfaringer, risikerer man at profilene tar utgangspunkt i stereotypier.

Metoden med å gruppere pasienter gjør artikulering av taus kunnskap mulig, og man oppnår en bevisstgjøring av implisitte kategorier. En fordel ved å artikulere intuitive grupperinger eller kategoriseringer er at man får nyansert og reflektert over stereotypier, fordommer og skjevheter som er en del av enhver behandlingskultur. Etter å ha utviklet og skrevet ned våre lokale pasientprofiler la vi blant annet merke til at pasientbeskrivelsene manglet informasjon om somatiske sykdommer og tilstander. Vi som har jobbet med prosjektet, er psykologer, og vår ruspoliklinikk har vært dominert av psykologer og sosialfaglige terapeuter, med historisk sett lav andel av leger og sykepleiere. Utarbeidelsen av pasientprofilene gjorde det tydelig at det medisinskfaglige perspektivet har hatt liten plass hos oss. En gevinst ved prosessen er altså at tause forutsetninger i behandlingskulturen ble lettere å få øye på. Vår slagside her viste oss også betydningen av å få inn perspektiver fra bredden i behandlergruppen i utformingen av profilene.

### **Videre utvikling av metoden**

I prosjektet har vi utarbeidet en metode for å utvikle en typologi som kan fasiliterer systematisk erfaringsdeling mellom klinikere i et kollegafellesskap, og med det fremme lokal kunnskapsutvikling om hva som er nyttig behandling for ulike typer av pasienter. Vi har ikke systematisk undersøkt om pasientprofilene fasiliterer erfaringsutveksling, men vi har brukt dem i noen erfaringsdrøftinger hos oss. Vår erfaring så langt er at profilene bidrar til mer systematiske drøftinger av behandling enn kasesdrøftinger. Fremover bør metoden for kategorisering og pasientprofiler utvikles og evalueres ytterligere. Vi ser for oss mer direkte undersøkelser av om pasientprofiler fasiliterer sammenligning av behandlingserfaringer. I tillegg vil det være viktig å utvikle pasientprofilene på andre kliniske enheter for å høste erfaring med metoden og spennvidden mellom ulike lokale pasientprofiler i praksis.

Oppdatert 2.4.24: Informasjon om forfatterbidrag ble fjernet fra merknad.

Oppdatert 16.4.24: Informasjon om forfatterbidrag ble endret.

*Erratum:*

Det var en feil i referanselisten. Klein, G. (1997) er erstattet med Klein, G. (1998). *Sources of power: How people make decisions*. MIT Press.

Forfatterbidrag var oppgitt feil. Det er delt førsteforfatterskap mellom Aanderaa og Bjerknes.

### Referanser

- Babor, T.F. & Caetano, R. (2006). Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*, 101(Suppl. 1), 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01595.x>
- Blashfield, R.K., Keeley, J.W., Flanagan, E.H. & Miles, S.R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Bui, H. & Baruch, Y. (2010). Creating learning organizations: A systems perspective. *The Learning Organization*, 17(3), 208–227.
- Dawes, R.M. (1994). *House of Cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. The Free Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.
- Hesselbrock, V.M. & Hesselbrock, M.N. (2006). Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? [Review]. *Addiction*, 101(Suppl. 1), 97–103. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01596.x>
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Insel, T.R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395–397. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C. & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Penguin Books.

- Kahneman, D. & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515–526. <https://doi.org/10.1037/a0016755>
- Kim, H.S. & Hodgins, D.C. (2018). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 406. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00406>
- Klein, G. (1998). *Sources of power: How people make decisions*. MIT Press.
- Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)
- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2002). *A research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Kwako, L.E., Momenan, R., Litten, R.Z., Koob, G.F. & Goldman, D. (2016). Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. *Biological Psychiatry*, 80(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.024>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E.R. & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181–191. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.181>
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14–37. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.14>
- PDM task force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)*. Guilford Press.
- Tabrizi, N., Monazam, M. & Morgan, S.L. (2013). Models for Describing Knowledge Sharing Practices in the Healthcare Industry: Example of Experience Knowledge Sharing. *The International Journal of Management*, 1, 48–67. <https://doi.org/10.18646/2056.12.14-004>
- Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.004>
- Wright, A.G., Krueger, R.F., Hobbs, M.J., Markon, K.E., Eaton, N.R. & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 281–294. <https://doi.org/10.1037/a0030133>