

Diagnoser i journal

TEKST

Eilert Ringdal

PUBLISERT 5. november 2010

PSY
KOL
OGI

I «Leserne spør» i septembernummeret svarer Eilert Ringdal en avtalespesialist på om det finnes en «frisk-diagnose» i ICD-10. Ringdal minner om de diagnosene, men advarer om at disse ikke gir grunnlag for trygderefusjon, «friskdiagnosen» derfor må føres fra dato etter siste refusjonsberettigede a

For meg som arbeider i det offentlige psykiske helsevernet, virker det som både den undrende avtalespesialisten og Ringdal her har misforstått bruken av diagnoser. En diagnose er en betegnelse på den tilstanden som ligger til grunn for behandlingen, altså det problemet en pasient kommer til behandling for, og det vil i prinsippet være den samme «sykdommen» gjennom hele behandlingsforløpet – også etter at pasienten ikke lenger fyller diagnosekriteriene, noe som selvsagt er målet for all (eller nesten all) behandling. Dette er nok hovedgrunnen til at ikke diagnosene «frisk» eller «ferdigbehandlet» finnes i vårt diagnosesystem.

Ingvald O. Halvorsen

psykologspesialist

Flott med en kvalifisert reaksjon. Det aner meg at det er mange interessante sider og aspekter ved timing og diagnosesetting. Men jeg tror ikke du har helt rett i at diagnosen er den samme gjennom hele behandlingsforløpet. Lovverket krever at diagnosen er under løpende vurdering, det vil si at det kan hende den endres. Men jeg skulle nok vært litt mer omtenksum i formuleringene her. Det kan altså være vekslinger mellom primærdiagnose og bidiagnoser (at de skifter plass i behandlingsforløpet – avhengig av hvilken lidelse en for tiden behandler). Med andre ord – dette er mangfoldig. Det jeg oppfatter som ditt hovedpoeng – at pasienten beholder diagnose(n) til behandlingen er ferdig, er vel i tråd med det jeg forsøkte å formidle? Uansett: Takk for innspill!

Eilert Ringdal

Takk for hyggelig svar! Som du har oppfattet ganske riktig, var mitt hovedpoeng at det overhodet ikke er noe diagnostisk problem når pasientene blir friske etter psykoterapeutisk (eller annen) behandling. Når vi behandlere blir pålagt en løpende vurdering av det diagnostiske, er nok det med tanke på at vi for eksempel under behandlingsforløpet kan bli oppmerksom på at pasienten også har andre problemer eller psykiske lidelser enn det vi opprinnelig hadde i fokus. Et eksempel er personlighetsproblematikk, som kanskje avtegner seg tydeligere etter hvert som den terapeutiske relasjonen utvikler seg. Hvis dette er markant nok, kan det vurderes å gi en

tilleggsdiagnose. Det kan nok også skje at en satt diagnose som i utgangspunktet var en arbeidshypotese, blir avkreftet etter hvert som en lærer pasienten bedre å kjenne, og et mer dekkende diagnostisk alternativ er på sin plass.

Det er riktig at valget av hvilket problemområde (av flere) en retter behandlingen spesielt mot, kan være et moment i avveiningen av hva som skal være hoved- og hva som skal være bidiagnose, men det er nok ikke meningen at dette skal endres fra terapitime til terapitime. Hovedprinsippet mener jeg uansett er det samme: En diagnose retter seg mot tilstanden som fører en til behandling, også i avslutningsfasen av behandlingen.

Ingvald O. Halvorsen

Vi er enige i hovedlinjene – at behandlingen henger sammen fra time til time. Men du er mer presis i de viktige detaljene. Behandlingsplan for den enkelte pasient bidrar til stabilitet i behandlingen. Du har rett i at hyppige skifter i (hoved)diagnose ikke er normalt. Og skiftes hoveddiagnose, da samvarierer det med en endring i behandlingsplanen i journalen. I journalprogrammet som mange privatpraktiserende bruker (Psykbase), benyttes tre ulike diagnosekategorier:

- Hoveddiagnose: Beskriver de primært tilstander/symptomer/plager som pasienten er til behandling for.
- Tilstandsdiagnose: Andre tilstander/symptomer/plager som pasienten også har, men som ikke har det primære fokuset i behandlingen.
- Personlighetsdiagnose: Når man mener at pasienten lider av en personlighetsforstyrrelse, men denne tilstanden/diagnosen ikke vurderes som det primære fokus for behandlingen.

Både tilstandsdiagnose og personlighetsdiagnose er altså bidiagnoser. Bidiagnoser benyttes selvfølgelig kun der det er aktuelt, mens alle pasienter skal beskrives med en hoveddiagnose (ICD10). Takk for utdypning av forholdet mellom diagnose og friskmelding!

Eilert Ringdal

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 11, 2010, side

TEKST

Eilert Ringdal, Forhandlingsjef i Psykologforeningen