

Evidensbaserte diagnoser: en forutsetning for evidensbasert behandling

PSYK
KOL
OGI

En kirurg velger ikke bort røntgen til fordel for ustrukturerte intervju med lav reliabilitet. Hvorfor skal vi stole mer på en psykolog som velger vekk evidensbaserte utredningsmetoder?

TEKST

Per Håkan Brøndbo

PUBLISERT 5. juni 2013



KVALITETSDIAGNOSER: Evidensbasert behandling forutsetter evidensbaserte diagnostiske vurderinger. Men kvaliteten på diagnostiseringsarbeidet gir grunn til bekymring. Evidensbaserte utredningsprosedyrer vil gi bedre kvalitet på diagnostiseringsarbeidet, skriver Per Håkan Brøndbo. Og dette vil øke behandlingsskapiteten uten tilførsel av nye ressurser.

Illustrasjonsfoto: Yaymicro.

Kostnadseffektiv, evidensbasert utredning og behandling er svært velkommen. Så langt har evidensbasert behandling fått mest oppmerksomhet. Det er forståelig, da de aller fleste ønsker behandling for sine vansker og ikke bare et navn på dem. Men uten evidensbaserte diagnostiske vurderinger er det umulig å oppnå effektiv evidensbasert

behandling. All evidensbasert behandling er basert på at man vet hva som skal behandles. Diagnostiske feilvurderinger kan føre til både forsinket behandling og/eller forverret prognose (Kowatch, Youngstrom, Danielyan & Findling, 2005).

«Evidensbaserte utredningsprosedyrer øker effektiviteten og kvaliteten på diagnostiseringsarbeidet»

Dårlig overensstemmelse mellom ulike klinikers diagnostiske vurderinger er dessverre godt dokumentert. Symptombildet og hverdagsbelastningen beskrives og vurderes også ulikt av klinikere, pasienter og foresatte. Når vi vet at slikt samsvar predikerer den videre behandlingsprosessen og behandlingsutfallet, både i form av økt deltakelse (mindre kansellering og drop-out) og større symptomreduksjon (Jensen-Doss & Weisz, 2008), sier det seg selv at situasjonen er uheldig. Og når vi vet at mer enn tre av fire behandlinger startes uten at det er konsensus mellom kliniker, foreldre og ungdom i beskrivelsen av symptombildet (Hawley & Weisz, 2005), er det hele bekymringsfullt.

Jeg mener at innføring av evidensbaserte utredningsprosedyrer øker både effektiviteten og kvaliteten på diagnostiseringsarbeidet i BUP. Det vil redusere ventelistene og øke behandlingsskapiteten uten tilførsel av nye ressurser. Dette oppnås ved at riktig, evidensbasert behandling raskere kan tilbys til de pasientene som har dokumentert effekt av det, samtidig som de pasientene som opplever vansker som ikke nødvendigvis lar seg behandle i spesialisthelsetjenesten, heller får tilbud om bedre tilpasset oppfølging i det kommunale hjelpeapparatet.

Veiledning fra kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer er viktige hjelpemidler, både i det innledende diagnostiseringsarbeidet og i det videre behandlingsforløpet. Slike retningslinjer skal oppsummere tilgjengelig forskning og klinisk erfaring, samt gi råd til klinikerne om valg og alternativer av både utrednings- og behandlingsmetoder. Men kvaliteten på de kliniske retningslinjene er bekymringsverdig lav. En gjennomgang av tilgjengelige amerikanske barnepsykiatriske retningslinjer viser at færre enn 20 prosent av retningslinjene har tilfredsstillende validitet, og at mer enn 40 prosent burde vært trukket tilbake (Ortiz, Eccles, Grimshaw & Woolf, 2002). Kliniske retningslinjer beskriver dessuten i liten grad hva som skal gjøres, men i større grad hva som kan gjøres, for eksempel EEG, MR og nevropsykologisk undersøkelse (Barn og ungdomspsykiatri, 2012; Helsedirektoratet, 2008). Hvem som bør være informant, er sjelden spesifisert, og vi ser det er dårlig samsvar i beskrivelsene til foreldre, barn, lærere og klinikere, uavhengig av hvilke type symptomer det er snakk om (Sollie, Larsson & Morch, 2012). Ulike tilnærminger til valg av informanter påvirker dermed diagnoser og kliniske beslutninger i stor grad. Disse momentene er sannsynligvis en

viktig grunn til at vi finner at forekomsten av ulike diagnoser varierer kraftig mellom de ulike helseforetakene i Norge.

Ulike og komplekse diagnosesystemer

En annen åpenbar utfordring er at det ikke er ett, men tre diagnosesystemer som brukes i den kliniske hverdagen. Hvilket system klinikerne bruker, påvirker i stor grad de diagnostiske vurderingene. DSMIV, ICD -10 forskningsversjon og ICD -10 klinisk versjon har rett nok store likheter, men er ikke identiske når det gjelder de diagnostiske kriteriene. For eksempel varierer både type og antall nødvendige symptomer, og også varighet av symptomene, for at diagnosen kan stilles.

Felles for både ICD -10 og DSM-IV er imidlertid den store informasjonsmengden som må vurderes. For å tilfredsstille kriteriene for en depresjonsdiagnose (DSM-IV) må for eksempel 20 informasjonsledd fordelt på fem kriterier undersøkes; for generalisert angst (ICD -10) må 34 delelementer av informasjon være til stede, mens det for atferdsforstyrrelse (DSM-IV) er over 32 000 symptomkombinasjoner en pasient kan ha og fortsatt oppfylle kriteriene for den samme diagnosen (Kazdin, 2005). Det betyr at to pasienter med den samme diagnosen ikke nødvendigvis har ett eneste symptom til felles.

«Vi kan ikke vente på at forskning i fremtiden skal gi mer eksakte metoder og bedre validitet for diagnosene. Arbeidet med den diagnostiske prosessen i klinikken må forbedres her og nå»

Diagnostikk i klinikken

Det er stor variasjon i hvilke arbeidsmetoder klinikere bruker for å gjøre diagnostiske vurderinger. Mange klinikere diagnostiserer basert på et overordnet inntrykk av problemene som beskrives, og sammenligner altså pasientene med egendefinerte «prototyper» (Haine, Brookman-Fraze, Tsai, Roesch & Garland, 2007). Kriterier vektet dessuten tyngre dersom klinikerne mener at det finnes et kausalt samband mellom symptomene og «sykdommen»; dette til tross for at verken ICD -10 eller DSM-IV inneholder en slik vektning av kriteriene. At pasienten faktisk oppfylder kriteriene for en gitt diagnose, er heller ikke alltid så nøye, og mange klinikere rapporterer at de sjelden forholder seg til de diagnostiske kriteriene (Garb, 2005). I tillegg påvirkes diagnostiseringen av hvor kjent klinikerne er med de ulike tilstandene, dvs. det generelle kunnskapsnivået de har om ulike psykiske lidelser.

Det er også vanlig med selektiv informasjonsinnsamling blant klinikere og at de tar diagnostiske beslutninger før all informasjon er tilgjengelig. Klinikerens valg påvirkes

videre av i hvor stor grad diagnosen er sosialt akseptabel, hvilke trykderettigheter de utløser, og om det er adgang til medisiner (Angold, 2002). Forskere bruker i stor utstrekning standardiserte instrumenter for å håndtere mange av disse diagnostiske feilkildene, slik at diagnosene blir så reliable som mulig. Mange klinikere foretrekker derimot klinisk skjønn, og mest brukt er ustrukturerte kliniske intervjuer, gjerne som den eneste metoden. Dette skjer til tross for at det er godt dokumentert at det fører til dårlig overensstemmelse mellom ulike klinikers diagnostiske vurderinger (C ashel, 2002). Når det knytter seg så stor usikkerhet til *hva* man faktisk skal behandle, sier det seg selv at det blir vanskelig å anvende evidensbaserte behandlingsmetoder.

Manglende kvalitetssikring

Over 90 prosent av klinikerne bruker *aldri* strukturerte vurderingsinstrumenter i sin praksis (Garland et al., 2005). I den grad strukturerte instrumenter blir brukt, vurderes de som upraktiske. Klinikerne er heller ikke opptatt av instrumentenes psykometriske egenskaper (Jensen-Doss & Hawley, 2010). En rapport fra BUP i Stockholms läns landsting tegner et bilde hvor instrumentene brukes, men uten noen faglig konsensus i bunnen (Dunerfeldt, Elmlund & Söderström, 2010). Hele 180 forskjellige vurderingsinstrumenter ble brukt «veldig ofte», og ble omtalt som å ha «høy diagnostisk verdi». Likevel ble de fleste anvendt kun på en behandlingsenhet. Og de fleste instrumentene manglet svenske normer, mens kun hvert fjerde instrument oppfylte vurderingskriteriene for gode instrumenter som de lokale retningslinjene anbefalte. Vi finner altså ingen faglig konsensus om hvilke metoder som skal anvendes, det mangler i stor utstrekning nasjonale normeringer og muligheten for koordinert kompetansebygging fremstår som liten.

Hvordan bildet er i Norge, vet vi ikke. Men Riksrevisjonen (2007) påpeker at det mangler et systematisk arbeid med kvalitet i BUP , at utrednings- og behandlingsplaner i det store og hele er fraværende, og at kvaliteten på den offentlige helsestatistikken i psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig.

DSM-V og ICD-11

Både ICD og DSM oppdateres i disse dager, med mål om publisering i henholdsvis 2013 og 2015. DS M-V ønsker å revolusjonere psykisk helseforskning og klinisk beslutningstaking gjennom omfattende endringer i diagnosemanualen. Blant annet innføres dimensjonal diagnostisering som alternativ til dagens dikotome diagnostisering (diagnose/ikke diagnose). Hensikten er å gjenspeile den store, klinisk meningsfulle variasjon som finnes både blant de som får en diagnose og de som ikke oppfyller kriteriene (Kraemer, 2007). ICD -11 velger en mer forsiktig fremgangsmåte, og forenkling for å øke anvendeligheten i klinisk praksis står i fokus. Dette gjøres blant annet gjennom en tydeliggjøring av kriterier, et minsket antall diagnoser og et omfattende arbeid med kategorisering av de ulike diagnosene. Bakgrunnen for forenklingsarbeidet er at utstrakt bruk av «uspesifiserte» diagnoser, høy grad av komorbiditet og at samme psykoterapi/farmakoterapi har effekt og brukes på tvers av

diagnoser; alt dette har synliggjort at mange diagnostiske distinksjoner ikke har noen reell betydning i klinisk praksis (Reed & Ayuso-Mateos, 2011).

Veien videre

Det er altså mange kilder til at dagens diagnostiseringsprosess i BUP (og sikkert i flere andre deler av psykisk helsevern) ikke er god nok. På systemnivå handler det både om manglende støtte fra kliniske retningslinjer og om kompleksiteten i diagnosesystemene. På individnivå er det stor variasjon i den enkelte behandleres arbeidsmetoder og lite bruk av evidensbasert handlingsmetodikk, noe som resulterer i lav reliabilitet og dermed også lav validitet på kliniske diagnoser.

Utstrakt forskningsvirksomhet innenfor nevrovitenskap, genetikk etc., kan kanskje på sikt gi mer eksakte svar og økt validitet for diagnosene innenfor fagfeltet psykisk helse. I dag er det prematurt å inkludere dette i klassifiseringssystemene. Vi kan imidlertid ikke vente på at forskning i fremtiden skal gi mer eksakte metoder og bedre validitet for diagnosene. Arbeidet med den diagnostiske prosessen *i klinikken* må forbedres her og nå. Reliabiliteten setter grensene for validiteten og reliabiliteten til de kliniske diagnosene er ikke god nok.

«All evidensbasert behandling er basert på at man vet hva som skal behandles»

Veien videre er å utarbeide og implementere oppdaterte, konkret veiledende retningslinjer for diagnostisering. Implementering av standardiserte vurderingsinstrumenter med gode psykometriske egenskaper må prioriteres i BUP-klinikkene. Da må klinikernes faglige autonomi og bruk av klinisk skjønn reduseres. Ingen lar seg operere av en kirurg som velger bort røntgen, CT og MR, og som kun spør om det han eller hun tilfeldigvis husker. Hvorfor skal vi stole mer på en psykolog som velger bort evidensbaserte utredningsmetoder til fordel for ustrukturerte intervjuer med dårlig reliabilitet? Og hvilken nytteverdi har det å kunne tilby evidensbasert behandling, enten det er psykodynamisk langtidsterapi, kognitiv korttidsterapi eller dialektisk atferdsterapi, når det er høyst usikkert om pasientens diagnose er riktig?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 6, 2013, side 559-562

TEKST

Per Håkan Brøndbo, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Barneog ungdomsklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

KONTAKT: hakan.brondbo@unn.no

+ Vis referanser

Referanser

Angold, A. (2002). Diagnostic interviews with parents and children. I M. Rutter & E. Taylor (red.), (s. 32-51). Oxford: Blackwell

Scientific.

Barn och ungdomspsykiatri, S. I. I. (2012).
Karlskrona: Printfabriken.

Cashel, M. L. (2002). Child and Adolescent Psychological Assessment: Current Clinical Practices and the Impact of Managed Care. *Professional Psychology*: 33(5), 446-453.

Dunerfeldt, M., Elmlund, A. & Söderström, B. (2010).

Stockholm:

Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting

Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. 67-89. doi: 10.1146/annurev. clinpsy.1.102803.143810

Garland, A. F., Lau, A. S., Yeh, M., McCabe, K. M., Hough, R. L. & Landsverk, J. A. (2005). Racial and ethnic differences in utilization of mental health services among high-risk youths. 1336- 1343. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1336

Haine, R., Brookman-Frazee, L., Tsai, K., Roesch, S & Garland, A. (2007). Clinician Perspectives of Diagnosis and Perceived Client Change in «Real World» Psychotherapy for Youth Emotional and Behavioral Disorders. 712-728. doi: 10.1007/s10826-006-9118-x

Hawley, K. M. & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome.

117-128. doi:

10.1207/s15374424jccp3401_11

Helsedirektoratet. (2008).
Oslo.

(IS-1570).

Jensen-Doss, A. & Hawley, K. M. (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: clinician attitudes toward standardized assessment tools.

doi:

10.1080/15374416.2010.517169

Jensen-Doss, A. & Weisz, J. R. (2008). Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. 711-722. doi: 10.1037/0022-006X.76.5.711

Jewell, J., Handwerk, M., Almquist, J. & Lucas, C. (2004). Comparing the validity of clinician-generated diagnosis of conduct disorder to the diagnostic interview schedule for children.

536-546. doi:

10.1207/s15374424jccp3303_11

Kazdin, A. E. (2005). Evidence-based assessment for children and adolescents: issues in measurement development and clinical application.

doi: 10.1207/

s15374424jccp3403_10

Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A. & Findling, R. L. (2005). Review and metaanalysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. 7(6), 483-496. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00261.x

Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts.

S8-S15. doi: 10.1002/mpr.211

Ortiz, E., Eccles, M., Grimshaw, J. & Woolf, S. (2002)
Rockville (MD).

Reed, G. M. & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Towards a more clinically useful International World Health Organisation classification of Mental Disorders.
113-116.

Riksrevisjonen. (2007).
(Dokument nr. 3:7 (2006 - 2007)).

Sollie, H., Larsson, B. & Morch, W. T. (2012). Comparison of Mother, Father, and Teacher Reports of ADHD Core Symptoms in a Sample of Child Psychiatric Outpatients.
doi: 10.1177/10870547114360