

# God praksis i et uperfekt system

Rådet til våre medlemmer er å bruke diagnoser der det er grunnlag for det.

TEKST

Åste Herheim, psykologspesialist, fagsjef i Norsk psykologforening

PUBLISERT 1. oktober 2020

PSY  
KOL  
OGI

EMNER

diagnoser

Diagnostisering

Diagnoser og diagnostisering har det siste halvåret vært gjenstand for en løpende debatt i Psykologtidsskriftet. Diagnosedebatten er krevende fordi den berører flere store spørsmål, ikke minst menneskesyn. Hvordan skal vi som fagfolk og samfunn forstå psykiske lidelser? Teorier og kunnskap om årsakene ligger til grunn for hva vi mener skal til for å hjelpe folk. Ikke rart vi kan fylle spaltekilometer. Det skal vi også gjøre. Som profesjon har vi blant annet fått i samfunnsoppdrag å utrede, vurdere og sette diagnoser. Det å kunne diagnostisere er et stort ansvar for psykologer og bør være gjenstand for debatt og refleksjon.

LES OGSÅ

## Påtvungne diagnoser

Å stille som behandlingsbetingelse at psykologen skal sette diagnose, står i motstrid til psykoetikken og pasientens interesser.

Psykologforeningen ønsker å belyse styrker og svakheter ved dagens diagnosesystem. Dette for å understøtte medlemmene våre i det arbeidet de gjør i praksis, et arbeid som innebærer komplekse vurderinger der fag, etikk og juss møtes. Av mange forhold ved diagnoser er fire sentrale å trekke frem:

- at diagnosenes validitet<sup>[1]</sup> er usikker
- at forskning på individuelle forskjeller «beveger seg bort fra kategorier og klasser over mot dimensjoner og trekk» <sup>[2]</sup>
- at de fleste pasientene vi møter i psykisk helsevern, oppfyller kriteriene for flere diagnoser<sup>[3]</sup>
- at det å få en diagnose kan oppleves som stigmatiserende<sup>[4],[5]</sup>

Samtidig trenger ikke dagens system å komme i veien for brukerens behov.

## Felles språk

### «Det er pasienten som kan definere problemene som ligger til grunn for hjelpebehovet»

Omtalen av diagnoser på Psykologforeningens hjemmesider oppsummerer dette. Diagnostisering handler om å «forstå pasientens problem og bruke all tilgjengelig informasjon for å løse det»[\[6\]](#). Det felles språket diagnoser er, har lagt til rette for utvikling av behandlingsformer og forskning og gjort det mulig å kartlegge forekomst og å regne på sykdomsbyrde. Diagnoser er også en inngangsbillett til rettigheter fordi de fungerer som «et konkret uttrykk for lidelse og gjør det mulig for staten å skille den som har krav på en ytelse fra den som ikke har det.» [\[7\]](#) Diagnostikk vil som hovedregel[\[8\]](#) være en sentral del av den helsehjelpen brukerne skal forvente[\[9\]](#).

#### LES OGSÅ

#### Diagnoser, fag og etikk

Som profesjon må vi fremme ny kunnskap selv om den går imot helsemyndighetenes systemer og retningslinjer.

Samtidig er det altså sentrale svakheter. Diagnosene forteller oss ikke noe om årsak til lidelsen. Det følger av dette at behandling av to personer med lik diagnose ikke nødvendigvis er den samme. I klinisk praksis er diagnosen og det vi vet om forskning på behandling av mennesker med denne diagnosen, viktige deler av kunnskapsgrunnlaget for beslutningen om hva som er aktuell behandling. Men det er pasienten som kan definere problemene som ligger til grunn for hjelpebehovet. Brukermedvirkning er altså en rett, men også en sentral del av grunnlaget ved diagnostisering.[\[10\]](#)

### Størrelser i kontinuerlig utvikling

Psykologforeningens holdning til diagnoser og diagnostisering hviler altså på prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk behandling. Vurderingene i klinisk praksis skal hvile på en «... integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål[\[11\]](#)».

Hva som er den beste tilgjengelige forskningen, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål, er imidlertid ikke konstante størrelser. Etter at Psykologforeningen lanserte prinsipperklæringen, skrev Rønnestad (2008)[\[12\]](#) utførlig om bakgrunnen for å forstå de tre komponentene og forberedte psykologene på at: «Debatten om hvordan vi skal forstå evidensbasert praksis og hvilke implikasjoner vi skal trekke av denne forståelsen, vil sannsynligvis fortsette i lang tid.»[\[13\]](#)

LES OGSÅ

### **Kan handle mot pasientens vilje**

Det er ikke nødvendigvis i strid med fagetikken å utføre en handling som pasienten motsetter seg.

Heldigvis ser vi at Rønnestad hadde rett. Vi debatterer fortsatt hvordan vi skal forske på behandling av psykiske lidelser<sup>[14]</sup>. Helsemyndighetene<sup>[15]</sup> tillegger pasienter og brukere en stadig større rolle i egen behandling og i utvikling av tjenestetilbudene. I sin nylig utgitte bok Evidens og etikk etterlyser Henrik Berg både kritikk og videreutvikling av prinsipperklæringen.<sup>[16]</sup>

### **Helsehjelpen skal tilpasses den enkelte**

Prinsipperklæringen er ment å understøtte gode vurderinger i praksis, det vil si å bidra til god helsehjelp. I Psykologforeningens innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan<sup>[17]</sup> og pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling<sup>[18]</sup> understreket vi at den psykiske helsehjelpen virker best om den er individuelt tilpasset. Med det mente vi at pasienten får møte en behandler med tilgang til et spekter av forskningsbaserte behandlingsmetoder, og at pasientens situasjon og behov er avgjørende for metodevalget.

Det komplekse bildet en god utredning gir, skal ligge til grunn for behandlingsvalg<sup>[19]</sup>. Det som kjennetegner personen vi har foran oss, er viktigere enn diagnosen. Det kliniske skjønnet, det vil si vurderingen av tilgjengelig kunnskap og hvordan den skal informere behandlingen for akkurat denne pasienten, er sentralt. Det er pasienten (og nære pårørende) som sitter på informasjonen som kan gjøre denne individuelle tilpasningen mulig. Det er denne forståelsen av diagnosenes rolle som er grunnen til at Psykologforeningen i flere høringssvar har understreket faren ved å standardisere forholdet mellom diagnosen og behandling.

### **Informasjon, medvirkning og samtykke**

Pasient- og brukerrettighetsloven har regler for å få til brukermedvirkning i praksis som det er viktig at psykologer kjenner til. Informasjonen til pasienten skal danne grunnlag for pasientens medvirkning til helsehjelpen, og til samtykke. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Pasienter skal få informasjon om sin helsetilstand, behandlingen og det som er nødvendig for å kunne ivareta sine rettigheter. Informasjon skal gis på en omsorgsfull måte tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov.

LES OGSÅ

### **Ikke opp til pasienten**

Det er ikke opp til pasienten å avgjøre hvilken diagnose som skal eller ikke skal stå i pasientjournalen.

## Diagnosen står ikke alene

### «Det komplekse bildet en god utredning gir, skal ligge til grunn for behandlingsvalg»

For den enkelte psykolog er det forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 som setter den juridiske rammen for arbeidet. Innholdet i kravet fastsettes av hva som til enhver tid anses som godt fag. Rådet til våre medlemmer er å bruke diagnoser der det er grunnlag for det. Svakheterne ved kategoriene er ett av de forholdene som krever at psykologen vurderer behovet for individtilpassede tiltak. Diagnosen er ett av flere elementer i informasjonen som ligger til grunn for hvilken behandling vi velger. Vi tror dette er slik psykologer flest jobber, og det rimer godt med anbefalingene for kartlegging og utredning i nasjonale retningslinjer<sup>[20]</sup>.

Denne pragmatismen skal ikke komme i veien for kritisk vurdering og videreutvikling av både diagnosesystemene, bruken av dem og hvordan vi som profesjon gjennom klinisk ekspertise integrerer forskning og brukerens behov og preferanser.

## Veien videre

Diagnosesystemene og hvordan de blir brukt, er hele tiden i utvikling. Det er en god ting. Samtidig peker diagnosedebatten og debattene rundt forskning, brukermedvirkning, klinisk ekspertise og integrasjonen av dem at vi har oppgaver vi må løse fremover; klinikere, brukere, forskere og helsemyndigheter. Vi må sammen videreutvikle klassifikasjonssystemene og bruken av dem.

*\* Teksten er skrevet av Åste Herheim mens hun var fagsjef i Psykologforeningen. Herheim er fra 1. oktober 2020 avdelingsdirektør i avdeling psykisk helse og rus i Helsedirektoratet. Synspunktene i teksten er basert på Psykologforeningens politikk og er ikke et uttrykk for Helsedirektoratets meninger.*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 10, 2020, side 778-780.*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 10, 2020, side 778-780*

## TEKST

**Åste Herheim, psykologspesialist, fagsjef i Norsk psykologforening**

- [1] Høye, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. Tidsskr Nor Legeforen, 133, 1329-31 <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0327>  
<https://tidsskriftet.no/2013/06/kronikk/pa-tide-tenke-nytt-om-psykiatris...>
- [2] Grønnerød, C. (2020). Diagnoser, fag og etikk. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57(6), 449.
- [3] Hagen, R., Johnsen, S.U., Rognan, E., Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. Tidsskrift for norsk psykologforening, 49, 247-252.
- [4] Se f.eks. omtalen i Nasjonale retningslinjer for psykoselidelser:  
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/diagnoser>
- [5] <https://psykologisk.no/sp/2014/08/e2/>
- [6] Høstmælingen, A. (2014)  
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-en-psykisk-diagnose>.
- [7] Ibid.
- [8] Zimmermann, C. & Aubert, I. (2020). Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57/6, 2020
- [9] Rundskriv I-4/2017 Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud - særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.
- [10] Høstmælingen, A. (2014)  
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-en-psykisk-diagnose>.
- [11] Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis (2007).  
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/historisk-gjennomgang-av-prinsipperklaering-om-evidensbasert-praksis>
- [12] Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening 45(4), 444-454.  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi?redirected=1>
- [13] Ibid.
- [14] F.eks. Langkaas, T.F. (2020). Virker det nå? Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57(9), 666-672.
- [15] Bent Høie om Pasientens helsetjeneste: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- [16] <https://psykologisk.no/2020/08/hva-er-problemet-med-evidensbasert-praksi...>
- [17] <https://www.psykologforeningen.no/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelser-2019>
- [18] <https://www.psykologforeningen.no/politikk/forloepsgaranti-ikke-pakker>
- [19] Rundskriv I-4/2017 Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud - særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.
- [20] Se f.eks. retningslinjene for behandling av depresjon, bipolare lidelser og psykoselidelser.