

Diagnoser, retningslinjer og prosedyrer i arbeid med psykiske og rusrelaterte lidelser

Utgitt i DPH-nytt,
divisjonens nyhetsbrev
11. februar 2015

Av Sjur Seim, fagsjef, divisjonsdirektørens stab

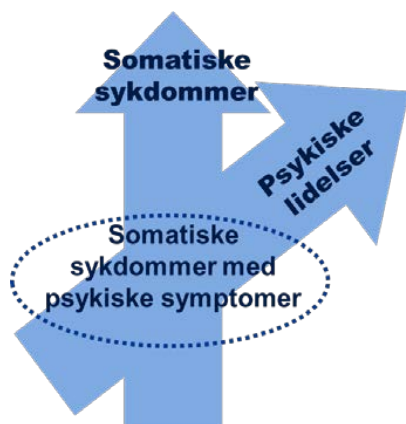
Det generelle minimumskravet til helsetjenester er at de skal være *faglig forsvarlige*. Kravet om god ressursutnyttelse og rettferdig fordeling av helsetjenestene innebærer at målsetningen for utredning og behandling av den enkelte pasient er et solid *Godt nok*, ikke et ideelt *Det beste*. Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som føringer for hvordan disse kvalitetskravene skal omsettes i praksis. På foretaksnivå oversettes disse føringene til lokalt forankrede prosedyrer for det kliniske arbeidet. *Behandlingslinjer/pasientforløp* er en videreutvikling av de tradisjonelle prosedyredokumentene. Behandlingslinjene er normative beskrivelser av standardiserte pasientforløp for definerte diagnosegrupper. Hensikten er å gjøre kunnskapsgrunnlaget for utredning og behandling for en aktuell diagnosegruppe tilgjengelig for både helsepersonell og pasienter, og sikre at denne kunnskapen blir brukt systematisk i det kliniske arbeidet. I tråd med dette er EQS-rutine 22678 *Behandlingslinje: Utredning og behandling av ADHD hos voksne* lagt ut på Ahus' hjemmeside på internett. For å sikre og videreutvikle kvaliteten på det kliniske arbeidet må man i tillegg til prosedyrer ha en systematikk for å følge med på om prosedyrene blir fulgt i praksis, og om de bidrar til det resultatet man tenkte. Brukerundersøkelser og internrevisjoner er eksempler på slik systematikk.

Retningslinjer og prosedyrer for kvalitetssikring av det kliniske arbeidet har mye for seg. Det er imidlertid også noen utfordringer med denne tilnærmingen:

[1] Den mest åpenbare er at *omfanget* av retningslinjer og prosedyrer er så stort at det er vanskelig (umulig?) å holde oversikt og velge mellom alle anbefalingene.

[2] En annen utfordring og betenkelighet, som primært gjelder psykiske og rusrelaterte lidelser, er at relasjon og prosess, som er sentrale elementer i behandling av disse lidelsene, blir litt borte som et enslig kulepunkt på en lang liste over anbefalte tiltak.

[3] En større utfordring med retningslinje- og prosedyretilnærmingen til psykiske og rusrelaterte lidelser er å holde orden på forskjellen på *sykdommer* vs. *lidelser*, og på etiologiske **sykdoms**-diagnoser vs. deskriptive **symptom**diagnoser. Resonnementet er litt langt og krevende, men viktig:



Psykiske lidelser: Deskriptive symptomdiagnoser vs. etiologiske sykdomsdiagnoser (Haugsgjerd 1990)

Målsetningen for utredning av somatiske lidelser er å stille en *etiologisk sykdoms*diagnose der diagnosen implisitt sier noe om årsaksforhold og behandlingsmuligheter. Man kan ha alvorlig somatisk sykdom over lang tid uten merkbare symptomer eller tegn, men i mange tilfeller fører somatisk sykdom til smerter og nedsatt funksjonsevne. Derfor assosieres begrepet *sykdom* i dagligtale dels med sykdomsårsaken/sykdomsprosessen, dels med den subjektive lidelsen og funksjonstapet.

Psykiske og rusrelaterte lidelser kan være smertefulle og gi funksjonstap på samme måte som somatiske lidelser. Derfor er det rimelig å behandle disse lidelsene som sykdom i *sosial/medisinsk* forstand, på linje med somatiske sykdommer. Men i de fleste tilfellene er de aktuelle diagnosene ved de psykiske og rusrelaterte

lidelsene bare en beskrivelse av symptombildet, og sammenhengen mellom disse *deskriptive symptom*diagnosene og årsaksforhold og behandlingsmuligheter er mye løsere enn i somatikken. Derfor presiserer også DPS-veilederen at det ikke er den psykiatriske eller rusrelaterte *diagnosen* som avgjør hvor i det psykiske helsevernet en pasient skal få sitt behandlingstilbud, men symptombelastning og grad av funksjonsnedsettelse.

Det er i og for seg ikke noe galt eller mindreverdige med deskriptive symptomdiagnoser. Det er riktig nok en ulempe at mange symptomer og symptomkombinasjoner går igjen i mange ulike diagnoser, slik at den som fyller kriterier for én psykiatrisk diagnose, ofte fyller kriterier for flere. Denne *komorbiditeten* er altså primært en egenskap ved diagnosesystemet, ikke ved pasientene, selv om man ofte hører sagt om en pasient at han/hun er "komorbid". Problematisk blir det imidlertid hvis/når deskriptive symptomdiagnoser oppfattes som etiologiske sykdomsdiagnoser, og man begynner å innrette utredning og behandling av psykiske og rusrelaterte lidelser på samme måte som somatiske sykdommer. Mens mange somatiske sykdommer meningsfylt kan utredes og behandles av kompetent personale "hvor som helst", er utredning og behandling av de fleste psykiske og rusrelaterte lidelser uløselig knyttet til mellommenneskelige relasjoner og lokale psykososiale forhold. For pasienter i samtalebehandling i voksenpsykiatrien er det anslått at kontekstuelle forhold og relasjon til behandlerne utgjør 70 % av faktorene som er avgjørende for forløpet, mens bare 15 % er knyttet til spesifikk behandlingsteknikk. Behandling ved psykiske og rusrelaterte lidelser gir med andre ord ikke et individuelt, intrapsykisk resultat som uten videre kan flyttes fra sted til sted og fra relasjon til relasjon. Disse forholdene har implikasjoner for hva som er en hensiktsmessig organisering av helsetjenester og samhandling ved psykiske og rusrelaterte lidelser.

[4] Den største betenkeligheten med "retningslinjepsykiatrien" er imidlertid at den i liten grad åpner for grunnleggende, verdiladete og kontroversielle spørsmål, både vedrørende individuelle livsløsninger (livssyn; livsvalg; livsstil; etikk;), og samfunnsmessige forhold (New Public Management; nyliberalisme; privatisering; økonomisk skjevfordeling; rusmiddelpolitikk;). Disse allmenne spørsmålene er sentrale for forekomst, forløp og behandling av individuelle psykiske og rusrelaterte lidelser, og helsearbeidere forholder seg til dem, eksplisitt eller implisitt, selv om de gjelder forhold som helsefagene som sådan ikke gir noe svar på. I dette feltet skal den enkelte helsearbeider balansere oppdrags- og arbeidsgivers krav om lojalitet til "the establishment" mot personlig integritet i forvaltningen av egne verdioppfatninger og standpunkter i eksistensielle og samfunnsmessige spørsmål.

Menneskelig nær - faglig sterk

Utfordringen som er skissert ovenfor er ikke et spørsmål om *for* eller *mot* psykiatriske diagnoser, *for* eller *mot* retningslinjer og veiledere. Utfordringen er hvordan diagnoser, retningslinjer og veiledere blir forstått og brukt, både i møte med den enkelte pasient og i forvaltningen av divisjonens ressurser på systemnivå. I begge sammenhenger handler det om hvordan de ressursmessige disposisjonene og de konkrete behandlingstiltakene integreres i lydhøre mellommenneskelige møter med utgangspunkt i en grunnleggende respekt for andre menneskers verdier og livsvalg.