

spørsmål med faglig innhold skal håndteres i kommunen, ved psykiatrisk diagnostikk. Det første punktet er prinsipielt uproblematisk å forholde seg til, selv om det kan være krevende i praksis. Punkt to er problematisk, både faglig og fagpolitisk.

Rundskrivnet drøfter først behovet for å ta hensyn til at det er glidende overganger mellom «tjenester som er å anse som helsehjelp, og aktiviteter som ikke umiddelbart fremstår som helsehjelp i snever forstand». Hva som er hva, må ifølge rundskrivnet vurderes konkret i hvert tilfelle. Bare dersom tjenesten/aktiviteten vurderes som helsehjelp, må det føres journal. Glidende overganger mellom hva som regnes for å være sykt og friskt, eller et mer eller mindre alvorlig helseproblem, er kjent for psykologer i den kliniske hverdag, og vurderes i hvert enkelt tilfelle, hvis det er relevant. Det skal vurderes av kvalifisert helsepersonell, fortrinnsvis sammen med kunden, brukeren eller pasienten, i hvert tilfelle. Det er et krevende terreng å gå i, både faglig og fagetisk, særlig på området psykisk helse. Mitt poeng er at psykiatrisk diagnostikk derfor ikke kan regelstyres på samme måte som journalføring.

Rundskrivnet ender opp i en sykdomsdiskurs, der spesielle faglige vurderinger som gjelder ved sosiale og psykiske problem, blekner eller forsvinner helt. Hvorvidt noe er et «diagnostiserbart helseproblem» eller ikke, ser ifølge dette rundskrivnet ut til å være det avgjørende, også ved psykiatrisk diagnostikk, med henvisning til lovverk. Men i praksis er dette spørsmål om hvilke fremgangsmåter, og hvilke diagnoseverktøy, som benyttes.

I rundskrivnet anbefales helsepersonell å ta i bruk strukturerte verktøy som leder frem til en diagnose, også i lavterskeltilbud, ved hjelp av de internasjonale diagnosesystemene som den norske helse- og omsorgstjenesten benytter. Helt konkret står det: «En mest mulig lik tilnæringsmåte kan bidra til at helsepersonell legger samme kriterier til grunn når de for eksempel stiller en psykiatrisk diagnose. Et mest mulig ensartet system ivaretar også hensynet til kvalitetssikring.» Her er det noe som skurrer i mine ører. Hva med psykologenes ulike faglige perspektiv som påvirker fremgangsmåte ved utredning, klassifisering og diagnostikk innenfor området for psykisk helse? Skal også det elimineres, eller minimaliseres, sammen med det kliniske skjønnet?

ICD-10 (og -11) benyttes som redskap for systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer innenfor spesialisthelsetjenesten, mens ICPC-2 benyttes innenfor primærhelsetjenesten for å dokumentere kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser. Jeg synes det er positivt at Norsk psykologforening anbefaler psykologer i kommunen å benytte seg av ICPC-2 (NAPHA nytt, uke 40, 2017), når det nå satses videre på flere psykologer i kommunen. ICD-10 (og -11) er dårlig egnet til å fange opp, klassifisere og forstå sosiale aspekt ved psykiske helseproblemer, inklusive funksjonsproblemer. ICF (Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse) skal derfor utfylle ICD-10, ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. ICF er foreløpig ikke obligatorisk. Men, der hvor ICD-10 og ICF sammen legges til grunn for å utrede og klassifisere flere deler av helheten, tas det enda noen skritt i retning av å etablere et ensartet og standardisert språk for både symptom og funksjonsproblem på området psykisk helse. Dette er ingen garanti for kvalitet. Vi trenger mindre av dette språket for å utvikle gode tjenester på området psykisk helse. ✕

Debattert

Enetiltak

Bekymret Barneombud Anne Lindboe er bekymret for bruken av enetiltak. – Det kan være nødvendig enkelte ganger, men det må være siste utvei. Enetiltak er ingen optimal løsning.

Barneombudet til Aftenposten 8. oktober

Sårbart Enetiltak er sårbare med hensyn til barnets rettssikkerhet. Enetiltak kan i sin form oppleves som isolerende og inngripende. Det er også bekymringsfullt at det er så mange unge med så sammensatte behov at enetiltak vurderes nødvendig.

Kjetil Ostling til Bergens Tidende 9. oktober

Brist – Vi har i mange tilfeller sett en brist i samarbeidet mellom barnevern og psykisk helsevern. Det er svært viktig at barna i institusjoner og enetiltak får et godt tilbud når det gjelder psykisk helse.

Mari Trommeland til Aftenposten 11. oktober

Bør avvikles Enetiltakene i barnevernet bør avvikles. Det er en kjensgjerning at noen ungdommer som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, vold og overgrep er så skadet at det er vanskelig å finne egnede lokale omsorgstiltak. De må tilbringe en periode på institusjon. Men disse institusjonene bør være statlige og ha tilgang til profesjonelle tjenester av høy kvalitet inkludert personale med kompetanse i behandling av psykiske lidelser hos ungdom.

Willy-Tore Mørch skriver i Nordlys 19. oktober

Prisgitt Fra et kommuneståsted vil jeg si: Nedbyggingen av institusjonstilbudet i staten over år gjør at Bufetat ikke har et utvalg av gode institusjonsplasser og nå er prisgitt private leverandører til ungdom med store behov.

Gunnar Toresen kommenterer Mørchs innlegg på Nordnorskdebatt.no, 17. oktober