

Når prioritering blir diagnostisering



Henrik Pedersen

Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

henrik.pedersen@ntnu.no

Pedersen har forsket på ADHD og hatt noe samarbeid med ADHD Norges lokallag i Trondheim i den forbindelse.

Når prioritering blir en vurdering om diagnose, svekker det pasientforståelsen og øker sjansene for feilbehandling.



Henrik Pedersen

Foto: privat

Gunnar Schaefer (2025) beskriver i fagartikkelen «Vurdering av rett til utredning av ADHD i en allmennpsykiatrisk poliklinikk» det systematiske endringsarbeidet Stavanger DPS har gjort for å møte den økende mengden henvisninger for ADHD-utredninger (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Terje Opsahl (2025) uttrykker i et tilsvarende bekymring for konsekvensene av å avvise (mulige) milde tilfeller av ADHD. Jeg mener både Schaefer og Opsahl blander sammen prioritering og klinisk diagnostisering. En slik sammenblanding kan øke risiko for feilbehandling og gå ut over pasientene.

Prioritering og diagnostisering

Slik jeg leser Schaefer, har *prioriteringsarbeidet* ved Stavanger DPS blitt forbedret. Psykiske helsetjenester står i en vanskelig posisjon. Prioriteringer må gjøres, hvis ikke kollapser systemet. Det er nødvendig å balansere tilgjengelige ressurser opp mot den typen bekymringer Opsahl presenterer.

Prioritering innebærer at pasientsakenes alvorlighetsgrad vurderes opp mot hverandre, og det blir gjort antakelser om nytten av eventuell ressursbruk. Vurderingsarbeidet guides av prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015), som nevner både funksjon og kontekstuelle faktorer.

Diagnostisering innebærer forenklet sagt å vurdere hvorvidt psykisk lidelse er til stede, for så å eventuelt tilby behandling. Lidelsene er operasjonalisert i diagnoser, som implisitt kommer med

grove antakelser om lidelsenes natur. Schaefer påpeker det rådende konsensus om at plagene assosiert med ADHD springer ut av en nevrobiologisk sårbarhet. Jeg kan imidlertid legge til at ADHD ikke er plagene i seg selv, men selve den nevrobiologiske sårbarheten plagene springer ut fra. Sagt med andre ord: Når en voksen med ADHD starter og slutter på medisiner, har ikke ADHD forsvunnet for så å komme tilbake sammen med symptomene. ADHD er der hele tiden, medisinen kompenserer for sårbarheten. Slik sett refererer de fleste diagnoser til «noe». Hvis ikke hadde det ikke gått an å snakke om over- eller underdiagnostisering, som henviser til et avvik mellom diagnoser som er satt, og dette «noe». Dette resonnementet støttes av den såkalte «kjernedefinisjonen» av psykisk lidelse i DSM (American Psychiatric Association, 2013, s. 4–5).



Vurdering av alvorlighet

Schaefer påpeker at Helsedirektoratets (2016) retningslinjer for ADHD-utredning reflekterer en bekymring for underdiagnostisering, mens han etterpå presenterer prioriteringsveilederens krav om «betydelige» funksjonsproblemer som en slags selvmotsigelse.

Strengere inntak utelukker derimot ikke diagnostisk sensitivitet. Schaefer beskriver to prototypiske kasus, der det ene er en ung kvinne på 25 år: «Ved hjelp av iherdig innsats og støtte fra foreldre har hun likevel klart seg rimelig greit i skolen. Imidlertid har hun fått økende vansker på universitetet.» Saken nedprioriteres grunnet manglende funksjonsfall i skolen, og Schaefer antar at om kvinnen har ADHD, er denne mest sannsynlig mild.

Det er absurd å tenke at denne kvinnens (mulige) ADHD hadde vært mer alvorlig om hun ikke hadde hatt engasjerte foreldre. Det er imidlertid mange argumenter for at saken bør nedprioriteres til fordel for pasienter som også hadde funksjonsfall i barneårene. Vurderinger rundt sakens alvorlighet er ikke det samme som vurderinger av (mulige) lidelsers alvorlighet eller natur. Mer alvorlige lidelser fører jevnt over til høyere funksjonsfall, men et funksjonsfall er ikke alltid til stede *her og nå*. Funksjon vil alltid variere på grunn av kontekst. Interessant nok krever ikke prioriteringsveilederen spesifikt «betydelig» funksjonssvikt i barndom, på tross av konsensus om at den nevrobiologiske sårbarheten i ADHD «debuterer» da. Prioritering er en prosess skrevet i presens.

Også Opsahl blander sammen diagnostisering og prioritering når han argumenterer at «Stavanger DPS synes å mene at kun de mest alvorlige ADHD-tilfellene kvalifiserer til utredning, mens mildere varianter avvises». Her oppstår det en sirkelargumentasjon hvor pasientene har ADHD allerede før de er utredet. Gjennom teksten blandes det mellom hva diagnosene refererer til, diagnosene i seg selv og sakenes alvorlighet.

Risiko for feilbehandling

Når prioritering blir en vurdering om diagnose, svekker det pasientforståelsen og øker sjansene for feilbehandling. Hva om kvinnen i eksempelet ender opp med et «betydelig» funksjonsfall og symptomer forenelige med en moderat til alvorlig depresjon? Har spørsmålet om ADHD-utredning nå blitt avklart? Det blir svært uklart hvordan fremtidige behandlere skal forholde seg til ADHD-spørsmålet og øvrig differensialdiagnostikk. Her kommer Helsedirektoratets sensitivitet overfor ADHD-problematikk inn. Vi må klare den tilsynelatende umulige oppgaven å prioritere etter *sakenes* alvorlighet, samtidig som vi har forhøyet sensitivitet for hvilken *psykisk lidelse* som er årsaken til den enkelte pasients problematikk.

Jeg er overbevist om at pasientene intuitivt klarer å skille mellom prioritering og diagnostisering. De fleste vil godta et avslag grunnet stor pågang av alvorlige saker. Jeg tror derimot de vil reagere om de opplever at behandlingsapparatet konkluderer med at de ikke har ADHD fordi de hadde tilstrekkelig gode karakterer, når pasientene vet at disse var helt avhengige av tilrettelegging. Pasientene vet nemlig at dette ikke utelukker ADHD, og blir dermed redd for at vi ikke forstår vanskene deres godt nok. Jeg advarer mot sammenblanding som forekommer, og mener diagnostisk sensitivitet og transparens må øke i takt med prioriteringen.



Referanser

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). *American Psychiatric Association*. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Helsedirektoratet (2015). Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. *Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet (2016). ADHD. Nasjonal faglig retningslinje. *Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Opsahl, T. (2025, 18. mars). Når prioritering av ADHD blir ekskludering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. [https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-N-r-prioritering-av-ADHD-utredning-blir-ekskludering%20\(1\)](https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-N-r-prioritering-av-ADHD-utredning-blir-ekskludering%20(1))
- Schaefer, G. (2025). Vurdering av rett til utredning av ADHD i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 62(3), 138–141. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-Vurdering-av-rett-til-utredning-av-ADHD-i-en-allmennpsykiatrisk-poliklinikk>