

Dilemma i kliniske beslutninger



Henrik Pedersen
St.Olavs Hospital
Henpedersen@gmail.com

Det er fagetisk problematisk å blande sammen prioritering og utredning.

I psykisk helsevern er realiteten at de tildelte ressursene ikke samsvarer med arbeidsoppgavene som er pålagt av samfunnet (Malkomsen & Solberg, 2023). Det kan også virke som at det som kalles *forventningsgapet*, øker, og flere psykologer har diskutert aspekter ved prioritering for å sikre bærekraftige tjenester (Elvik, 2025; Garmannslund & Vik, 2025; Kraft, 2025; Svendsen Tessand & Riise, 2023). Det er oppløftende at flere av vurderingene i inntaket til spesialisthelsetjenesten later til å være gjennomført på gode premisser på tross av at presset på tjenestene «utfordrer systemet» (Schøyen, 2025).

Her ønsker jeg å løfte frem etiske aspekter ved prioriteringene som psykologer gjør *etter* at henvisningen er vurdert og pasienten har startet i et forløp. Prioritering har lenge vært en del av det vi i nasjonale pasientforløp kaller *klinisk beslutning*, eller *evaluering av forløp* – på grunn av sentrale likhetstrekk omtaler jeg begge fra nå av som «den kliniske beslutningen».

Den kliniske beslutningen kan defineres som en formell avgjørelse der konklusjonen bestemmer en pasients videre forløp. Det som gjør den formell, er at den er beskrevet som en del av pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2018), skal begrunnes og beskrives i journal, at den ofte forankres i en spesialist, eller drøftes i teammøter eller veiledning. Beslutningen er en helhetlig avgjørelse som i hovedsak baserer seg på en utredning av pasientens psykiske lidelsestrykk og lidelsens opprettholdende faktorer, samt en vurdering opp mot prioriteringsprinsipper (Helsedirektoratet, 2015). Mens evalueringen av psykiske plager i teorien er en faglig-teoretisk vurdering, er prioritering en normativ vurdering.

Og i prinsippet skal disse to vurderingene være uavhengig av hverandre; utredningen av pasientens psykiske lidelsestrykk og dets opprettholdende faktorer bør få samme konklusjon uansett hvor mye ressurser psykisk helsevern har til rådighet. Uavhengigheten er også formelt forankret i våre nasjonale retningslinjer, hvor prioriteringsveilederen er adskilt fra beskrivelsene av det nasjonale pakkeforløpet og de ulike retningslinjene for utredning og behandling.

Jeg tenker at i praksis oppnås derimot ikke alltid denne uavhengigheten. Prioritering og utredning har en tendens til å blande seg sammen. Jeg tenker en slik sammenblanding kan føre til uklare journaler, forvirring hos pasientene, og en svakere forståelse av pasientenes plager.

I teksten beskriver jeg hvordan sammenblandingen kan ta form. Samtidig vil jeg løfte frem hvordan, og eventuelt hvorfor, ulike perspektiver, ideer og krav kommer i konflikt i den kliniske beslutningen. Forhåpentligvis kan jeg synliggjøre noen av de etiske dilemmaene som ligger i bakgrunnen av ordinær klinisk praksis i psykisk helsevern.

Sammenblandingen

Min erfaring er at den kliniske beslutningen ofte har én samlet konklusjon som avgjør pasientens videre forløp, eller at forløpet avsluttes. Utredning og prioritering blander seg sammen hvis vi lar konklusjonen på utredningen endre seg *på grunn av* prioriteringene som blir gjort. Ideelt sett tenker jeg at en epikrise etter en basisutredning f.eks. bør være: «Konklusjonen fra utredning er at pasienten

mest sannsynlig lider av sosial angst. I dag fremkommer det derimot svært lite funksjonsfall da angsten er begrenset til pasientens jobb og symptomene lettes av hjemmekontor og andre avtaler med nærmeste leder. Saken avsluttes dermed ved DPS av prioriteringshensyn.» Om epikrisen til samme pasient ikke eksplisitt skiller mellom utredning og prioritering, ville epikrisen kunne lyde: «Basisutredning har ikke avdekket objektivt funksjonsfall eller andre indikasjoner på psykisk lidelse. Saken avsluttes dermed ved DPS.» Selv om beslutningen er lik, har detaljer om pasientens reelle tilstand blitt utelatt.

Det er ikke slik at blandingen bare kan oppstå når vi må avvise eller begrense hjelp. For eksempel kan en pasients depresjon bli omtalt som alvorlig for å rettferdiggjøre en innleggelse under en krise, eller moderat når det for eksempel vurderes at en alenemor heller bør bli fulgt opp i spesialisthelsetjenesten nå, i stedet for å vente på mulig oppfølging fra kommunen.

Om ikke både prioriteringene som ble gjort – sammen med nyansene rundt pasientenes situasjon og psykisk helse – eksplisitt kommer frem, risikerer vi følgefeil. Pasientene kan bli forvirret på grunn av motsigende tilbakemeldinger, og får dårligere forutsetninger for både å forstå sine egne vansker og delta aktivt i egen helsehjelp. Under følger to konflikter jeg ønsker å løfte frem, som virker i bakgrunnen av den kliniske beslutningen og som jeg tenker bidrar til sammenblandingen jeg har beskrevet her.

Konflikt mellom diagnosenes funksjoner

Det første jeg vil løfte frem, er at diagnoser og sykdomsbegrepet har flere funksjoner (Hofmann, 2003, 2014; Horwitz, 2021), både kliniske og byråkratiske, noe som kan føre til en funksjonskonflikt i praksis. Hvis kjerneansvaret til psykisk helsevern er å behandle psykiske lidelser (Klerman & Schechter, 1981), så blir diagnostisering etter utredning en konkretisering av dette ansvaret. Det er en måte å si at pasientens opplevde plager er noe psykisk helsevern skal ta stilling til. På den måten fører en diagnose også indirekte med seg en forpliktelse (Hofmann, 2003). Denne forpliktelsen er faglig-politisk forankret i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for utredning og behandling. Blandingen av utredning og prioritering kan dermed forstås som et resultat av et pragmatisk syn på diagnoser, der psykologen bruker diagnoser som verktøy for å avgrense og definere psykisk helsevern sitt ansvarsområde, og markere pasientens videre forløp i systemet (Hofmann, 2014).

Samtidig er diagnosene kliniske verktøy som i utgangspunktet skal være beskrivende for indre psykologiske strukturer hos pasienten som fungerer som en slags årsak til deres plager (APA, 2013; WHO, 2022). Dilemmaet som da oppstår, er hvordan psykologer skal balansere disse funksjonene i samtale med pasienten og når videre forløp planlegges. Skal vi sette diagnoser på pasienter som ikke skal få hjelp, og skal vi sette diagnoser på pasienter slik at de skal få hjelp? Og hvordan balanserer vi det pragmatiske perspektivet med perspektivet til pasienter som ønsker en forklaring på plagene sine?

I skjul

Jeg tenker at konflikter i diagnosenes funksjon lenge har ligget på lur i faglige diskusjoner om prioritering. For eksempel er det synlig i Psykologforeningens uttalelse om «Kloke valg»-kampanjen (Liland, 2025), der første anbefaling er at en bør «... [u]nnå å bruke begreper og ord som unødig kan forsterke sykdomsopplevelse eller lidelsestrykk og føre til u hensiktsmessige helsevalg». Sammen med kampanjens slagord, «mer er ikke alltid bedre», bærer anbefalingen preg av at det spesielt er «sykdomsorientert språk», eller diagnoser, vi skal passe oss for. Jeg opplever derimot at et slikt



perspektiv bør balanseres opp mot at en unngåelse av sykdomsorientert språk også kan forsterke sykdomsopplevelsen – spesielt om formålet med å unngå et slikt språk er fordi en pasient skal avsluttes eller vurderes til å få hjelp på et lavere omsorgsnivå. Her kreves en balanse som blir enda viktigere desto høyere press det er på tjenestene. Per i dag opplever jeg ikke at vi har noen entydig diagnostiseringspraksis, gitt prioriteringene som må tas, og det er i stor grad opp til den enkelte behandler å finne balansen.



Pasienten med stor og liten «p»

En annen konflikt er hvordan den enkelte pasients situasjon og behov for hjelp skal veies opp mot pasientpopulasjonen som sådan. Det sies ofte at psykologer, i tillegg til å ha en etisk forpliktelse overfor den enkelte pasient i terapisituasjonen, har et *samfunnsoppdrag* (Garmannslund & Vik, 2025); vi har et ansvar overfor «pasienten med stor P» (Dalen & Dalen, 2019). I et slikt perspektiv forstås god rolleforståelse som en balanse mellom å se enkeltmennesket og det som gagnar flest mulig. Balansen fremstår derimot veldig abstrakt ettersom vektingen av de ulike perspektivene vil være vidt forskjellig ut fra hvilket arbeidssted man har og hva man jobber med. Forskeren og vitenskapsformidleren, eller poliklinikklederen, må balansere disse ansvarene forskjellig fra psykoterapeuten dersom psykologer som sådan skal «klare samfunnsoppdraget».

Det er dermed ikke gitt at løsningen på mer effektiv prioritering er at den enkelte psykoterapeut i større grad «løfter blikket»; man kan derimot argumentere for at psykoterapeuten blir pasientens eneste lagspiller i et system som av nødvendighet må gjøre strenge prioriteringer etter kriterier som i seg selv ikke vil kunne yte individuelle forskjeller rettferdighet. Spørsmålet blir dermed hvem som skal ta hvilket perspektiv, når og i hvilken grad når det skal gjøres faktiske kliniske beslutninger.

Uunngåelig prioritering

Hvordan skal vi forholde oss til disse konfliktene formelt, når prioritering er uunngåelig? Behandlere ender opp med å stå i et voldsomt spenn. På den ene siden er prioritering uunngåelig: Når en poliklinisk behandler får tildelt nye saker månedlig, er det bare et spørsmål om tid før noen pasienter *må* avsluttes, sendes til andre tilbud, eller må få timer sjeldnere. Det samme gjelder i mer intensiv behandling; antall senger er antall senger. På den andre siden står de overfor krav til hvordan utredning og behandling skal se ut, gitt de indikasjonene som dukker opp under utredningen, eller hvilke diagnoser som settes. Faktisk er prioritering påfallende lite nevnt i Helsedirektoratets mange retningslinjer. Og prioriteringsveilederen i seg selv bærer preg av i all hovedsak å fokusere på triageringsprosessene før pasientforløpet og behandling starter.

Jeg opplever også at det eksisterer uklarheter rundt hvordan det hele formelt skal begrunnes i journal.

En sammenblanding av utredning og prioritering kan ende opp som en slags løsning. Gir basisutredningen indikasjon på lidelse, må det begrunnes at det ikke følges opp. Står det derimot at det «ikke er funnet indikasjon på lidelse X», er det lite å diskutere. Litt symptomlindring kan rettferdiggjøre en avslutning. Det krever langt mer å begrunne en avslutning med kapasitetspress, spesielt dersom vi ønsker å dokumentere at pasienten fortsatt har en psykisk lidelse tross endring i symptomtrykk. Og kanskje er det uklarheter rundt hvordan behandlere skal navigere i dette landskapet som er grunnen til at journaler, etter min mening, ofte ser ut til å være preget av tidspress

og maktesløshet hos behandleren (Aaslestad et al., 2026), samt gjør journalen til et selvmotsigende sammensurium heller enn en pålitelig kilde til klinisk informasjon.



Jeg vil understreke at dette ikke betyr at beslutningene som tas, er feil, det er heller det at sammenblandingen kan være en fagetisk problematisk måte å fjerne friksjon fra systemet. Det er fagetisk problematisk at vi ikke eksplisitt skiller mellom prioritering og utredning, mens vi er bevisste på konfliktene som lurar i bakgrunnen, fordi det kan føre til dårligere forståelse av pasientenes plager og manglende gjennomslutthet i hvordan vi distribuerer tjenestenes ressurser.

Alternativet – å både beskrive prioriteringene som blir gjort, i tillegg til begrunnelser rundt diagnose og psykisk helsestatus – vil antagelig føre med seg nye problemer. Det mest opplagte vil være hvordan dynamiske størrelser som kapasitetshensyn og prioritering faktisk skal beskrives i pasientens journal og formidles til pasienten. Hvordan skal jeg beskrive i journal, og forklare pasienten, at grunnen til at vi har begynt å snakke om avslutning er at du er min minst syke pasient nå for tiden?

Spørsmålet er tilnærmet umulig å svare på, men veien videre er nok å løfte det opp og svare på det sammen, heller enn at hver enkelt behandler skal svare på det alene. Det må bli klart for oss hvordan vi kan sikre et tydelig skille mellom utredning og prioritering, og med det en gjennomslutthet i psykisk helsevernens ressursbruk, også overfor pasientene.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
- Aaslestad, P., Bakke, M. C. A., Ringen, P. A. & Hem, E. (2026). Pasientens stemme og skriverens rolle i pasientjournaler i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 146(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0685>
- Dalen, N. & Dalen, K. (2019). *Profesjonsetikk for psykologar*. Samlaget.
- Elvik, I. (2025). Psykologer mangler vurderingsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44-47. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologer-mangler-vurderingsferdigheter
- Garmannslund, M. & Vik, O. M. (2025). En profesjon i endring stiller sterkere krav til rolleforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 707-709. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-En-profesjon-i-endring-stiller-sterkere-krav-til-rolleforstelse
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne
- Helsedirektoratet. (2018). *Psykiske lidelser – voksne. Nasjonalt pasientforløp*. Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne
- Hofmann, B. (2003). Trenger helsevesenet begrepet sykdom? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4. www.tidsskriftet.no/2003/02/kronikk/trenger-helsevesenet-begrepet-sykdom
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Horwitz, A. V. (2021). *DSM: A history of psychiatry's bible*. JHU Press.
- Klerman, G. & Schechter, G. (1981). Ethical aspects of drug treatment. *Psychiatric Ethics*, 117-130.
- Kraft, B. (2025). Psykologene må ville prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologene-ma-ville-prioritere
- Liland, K. L. (2025, 30. september). Kloke valg i psykisk helse. Psykologforeningen. www.psykologforeningen.no/aktuelt/kloke-valg-i-psykisk-helse

- Malkomsen, A. & Solberg, C. T. (2023). Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.23.0081. Hentet fra: www.tidsskriftet.no/2023/03/kronikk/forventningsgapet-i-psykiatrien-ma-reduseres
- Schøyen, T. (2025). Vurdering av henvisninger i DPS: erfaringer fra en konsernrevisjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(12), 739-743. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-Vurdering-av-henvisninger-i-DPS-erfaringer-fra-en-konsernrevisjon
- Svendsen Tessand, H. & Riise, S. (2023). Vår vegring mot å prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(5), 312-314. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as04ae-Var-vegring-mot-a-prioritere-
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

