

# Samhandling mellom DPS

## Hva kan pasientene lære oss?

■ **ASTRID EMHJELLEN** spesialist i allmenntilleg og fastlege i Skien, praksiskonsulent psykiatrisk klinikk, Sykehuset i Telemark

■ **BJØRNAR NYEN** kommuneoverlege i Porsgrunn, spesialist i allmenntilleg og tidligere konsulent i Kunnskapsenteret

**I forbindelse med et prosjekt med fokus på forbedret samhandling mellom fastleger og DPS, ønsket vi å finne ut hva pasientene selv mente om temaet, og om de så klare forbedringsområder og suksessfaktorer. Pasientene var opptatt av god personlig kommunikasjon med behandlerne, bedre og mer kommunikasjon mellom behandlere og behandlingsnivåer, og oppsøkende behandling.**

Samhandling er her tenkt som alt av samarbeid og kommunikasjon mellom pasientenes hjelpere på alle nivåer. God samhandling er oppnådd når dette fungerer slik at kommunikasjon og tiltak sikrer en helhetlig pasientbehandling på tvers av nivåene og enheter.

Som fastlege og praksiskonsulent opplever jeg ofte at kommunikasjonen mellom fastleger og DPS er mangelfull og hindrer helhetlig tilnærning til pasientens problemer.

Vi opplever ofte at den bilaterale kommunikasjonen er tilfeldig og mer avhengig av person enn av rutiner og systemer. Vi ønsket å undersøke om pasientene opplevde det på samme måte.

**HYPOTESE:** Pasientene opplever at mangelfull kommunikasjonen mellom DPS og fastleger hindrer helhetlige behandlingsløp og dette skaper utrygghet og frustrasjoner for dem.

### Hva mener pasientene?

Ideen var at fastleger og DPS ansatte kan ha sterke meninger om hva som er viktige forbedringsområder med hensyn på samhandling, men er det sikkert at dette er de samme områdene som pasientene ser som betydningsfulle? Er det andre ting de er opptatt av som det er viktig å få frem?

Prosjektleder ønsket å lære mer om hvor-

dan pasienten opplever samhandlingen mellom fastleger og distriktpsykiatriske sentra (DPS) og hvordan denne samhandlingen kan bli bedre. Vi ønsket at det som kommer frem kan hjelpe fastleger, praksiskonsulenter og ansatte på DPS i deres arbeid med dette. Artikkelen er skrevet hovedsakelig for denne målgruppen.

### Slik gjorde vi det

Ledere ved to DPS deltok i rekruttering av 14 informanter fra enheter for gruppeterapi. Disse ble fordelt på to intervju med seks informanter fra ambulant team ved ett DPS.

De siste ble intervjuet for å få frem flere erfaringer med gjentatte overganger mellom fastlege og DPS, og erfaringer med bruk av kommunale tjenester da dette manglet i de første gruppene.

Ved de to enhetene for gruppeterapi ble alle pasienter spurt og henholdsvis 11 av 14 og tre av 16 valgte å delta. Ved ambulant team ble pasienter forespurt ut fra interesse og evne til deltagelse og seks møtte opp.

Hovedintervjuer var lokal leder av pårøndeorganisasjonen Landsforeningen for pårørende til pasienter med psykiske lidelser (LPP). Medintervjuer var undertegnede førsteforfatter som i det daglige er fastlege og praksiskonsulent ved psykiatrisk klinikk/DPS.

Intervjuene ble gjennomgått for å få et helhetsinntrykk og for å hente ut viktige hovedpoeng.

Hovedpoengene i det som kom frem ble identifisert og gruppert og direkte sitater fra pasienten ble valgt ut til å understreke og personliggjøre poengene.

### 1 Samhandling starter med god personlig kommunikasjon

**Å finne ut hva som feiler meg og tiden det tok å få hjelp til dette.**

Nesten alle pasientene hadde erfaringer med at psykiske plager oppdages sent og at tilstrekkelig behandling og hjelp kommer i gang for sent.

De mener at psykiske plager langsomt erkjennes av pasientene selv, og at det også er vanskelig og en klar ambivalens til å ta kontakt med hjelpeapparat. De mener også at fastlegene er sene med oppdage alvorlet av

plagene de har og at de også er sene med tiltak og behandling, spesielt i forhold til viderehenvisning. De er klare på at både pasientforsinkelsen og legeforsinkelsen kan forkortes ved at fastlegene er modigere til å stille åpne spørsmål og skape refleksjon sammen med pasientene om symptomer og behandling.

«Noen ganger kommer man til legen uten at det er noe spesielt, og da kunne jo legen spørre litt direkte om pasienten egentlig er deprimert. Fysiske plager kan egentlig være pga psykiske plager.»

### Henvvisning til rett instans og riktig tid

Mange av pasientene gir uttrykk for en usikkerhet om fastlegene kan nok om psykiatri og om de er oppdatert på behandlingalternativer. De er også usikre på om det er fastlegene de skal gå til med problemene sine. Flere har erfaringer med at det tok for lang tid å bli henvist til andrelinjetjenesten og de opplever disse forsinkelsene som vanskelige. En del måtte ha hjelp via familie eller andre hjelpere i kommunen for å få fastlegen til å henvise.

«Det som går igjen her er at det tar veldig lang tid hos fastlegen, men når man først kommer inn her så går det mye greiere. Men den tida i forkant hvor man er veldig deprimert og suicidal, så burde en lege se og forstå de signalene.»

### Engasjement, involvering og ansvar. Nok tid i konsultasjonene

I intervjuene var pasientene opptatt av tilgjengelighet, ventetid, kontinuitet og mest av alt nok tid, engasjement og involvering hos behandlerne sine. Dette var like viktig for dem som samhandlingen i seg selv.

Pasientene vektla sterkt behovet for nok tid. De ønsket øyekontakt, uforstyrrede samtaler og gode rammer for konsultasjonene for at de skal bli trygge nok til å åpne seg og fortelle om plagene sine. De vektlegger betydningen av en engasjert fastlege som viser at han bryr seg. Mange har gode erfaringer med dobbelttimer, men de mener dette er for lite kjent blant pasientene.

# DPS og fastlegene

Det er ikke så lett når man skal til legen og kommer inn etter en times ventetid, da vet man at legen er forsinket og drøyer til neste gang med å ta opp ting. Jeg lar være å ta opp ting fordi jeg vet at han har dårlig tid.

## Tilgjengelighet til hjelperne en forutsetning for samhandling

Flere av pasientene syntes det var vanskelig å komme gjennom til fastlegen sin på telefonen. Det var viktig for dem at de kunne være sikre på at fastlegen ville ringe tilbake når de først hadde kommet igjennom med en beskjed. Noen hadde kontakt med terapeuten sin via mobil og SMS og hadde stor glede av dette. De så nytten av å kunne bruke moderne hjelpemidler som sms, mobil og e-post i kontakt med sine behandlere. Noen beskriver det som nødvendig å oppsøke legevakt fordi det kan være vanskelig å komme i kontakt med fastlegen eller fordi problemene oppstod på en tid av døgnet hvor fastlege og andre hjelpere ikke er tilgjengelig.

«... bare det at lege NN vet at jeg har ringt og prøvd å få tak i henne. Jeg regner ikke med at jeg skal komme rett inn på legens kontor, men som regel så får jeg beskjeden videre. Når NN ringer opp igjen så er det greit, men det er de gangene jeg ikke kommer gjennom, den er litt håpløs.»

«De fleste har telefontid midt på dagen eller på slutten av dagen, så det hadde vært supert om man kunne sende en sms til legekontoret! Eller lese inn på svarer.»

## Viktigheten av å ha en god fastlege

Pasientene legger vekt på å ha en fastlege som kjenner dem over tid og som viser interesse for hvordan det går med dem. De vektlegger også betydningen av å ha kontakt med fastlegen samtidig som de går i behandling ved DPS.

De beskriver også frustrasjonene og vanskelighetene de får når de opplever dårlig kommunikasjon med fastlegen. De beskriver

usikkerheten rundt valget om de skal bytte til annen fastlege hvor kontakten kanskje ikke blir bedre.

«Jeg fikk søkt og fikk han som fastlege, og han var veldig, veldig flink til å følge opp. Etter det hadde jeg time hos terapeut på DPS en gang i uka og så hadde jeg time hos fastlege annenhver uke. Så jeg følte jeg fikk veldig, veldig god oppfølging.»

## Kontinuitet, lang nok behandlingstid og brukermedvirkning

Pasientene med langvarige lidelser fremhever viktigheten av lang nok behandling og kontakt mot andrelinjen. De fremhever hvor viktig dette er for at de skal få tid nok til å bli bedre og bedre mestre egne problemer. Det var viktig for dem å ha samme behandleren, og at behandlere og fastleger har tålmodighet med dem og hjelper dem også i dårlige faser og kriser.

«Jeg hadde ikke kommet så langt som jeg har kommet i dag hvis jeg ikke hadde møtt den tålmodigheten og forståelsen som jeg føler at jeg har blitt møtt med både her og hos fastlegen min.»

«Det er også kjempeviktig at behandlere har tålmodighet nok til å takle forverringer og dårlige perioder hos oss som er syke.»

## 2 Samhandling krever bedre og økt kommunikasjon på organisasjonsnivå:

### Mer og løpende kommunikasjon med alle moderne hjelpemidler?

Pasientene sa klart ifra om behovet for økt kommunikasjon mellom nivåene, og når denne kommunikasjonen opplevdes nyttig for dem.

De ønsker større grad av direkte telefonkontakt mellom egne behandlere og ønsker at det blir sendt flere notater fra DPS til fastlegene. De opplever trygghet ved at fastlegen får slik informasjon og ved at fastlegen viser at han følger med når de kan snakke om innholdet i denne informasjonen.

Illustrasjon: Colourbox

Problemer med taushetsplikten eller med informasjonsutveksling om egen helse ble ikke tatt opp av noen av pasientene i intervjuene. Tvert imot så de det som veldig viktig at fastlegen var oppdatert på hva som skjedde med dem og behandlingen deres ved DPS. Her inkluderte de også muligheten av å bruke e-post kommunikasjon. De fremhever viktigheten av rask kommunikasjon rundt medisinerendringer ved utskrivelse og hvordan svikt på dette punktet ofte fører til feil som de må ordne opp i selv.

«Jeg mener også at det er viktig at de har en viss kontakt, den kan jo også gjøre sånn at du slipper å oppdatere legen din så veldig når du kommer der.

De på DPS må ta litt ansvar for dette, det er jo de som ser endringene som skjer nå.

Det er de som har ansvaret for meg nå. De må også kunne ta initiativ til å ringe til legen for å fortelle hvis noe skjer. Det er jo greit hvis legen er litt interessert også, eventuelt tar kontakt selv for å spørre hvordan det går hvis det er lenge siden han har hatt noe kontakt.»

### Møter og overføringsmøter med alle behandlere

Pasientene fremhevet nytten av fellesmøter. Flere nevner at de synes en slik kontakt burde

holdes to ganger i løpet av behandlingen ved DPS, ved midtevaluering og ved avslutning.

Spesielt er avslutningsmøter viktig fordi det sikrer god overføring til fastlegen/kommunen og demper utryggheten de ofte føler rundt videre oppfølging og tiltak.

«Derfor tenker jeg at det med fellessamtaler kunne være et greit alternativ, for da kunne man få fastsatt hvordan det var for den enkelte. For eksempel når en er ferdig med behandling her, så har man et fellesmøte. Da hadde legen din blitt informert om hvordan situasjonen din var nå og hvordan du ville ha det videre. Da kunne du sagt at du ikke trengte noe mer kontakt, men føle at legen din er oppdatert. Og hvis du følte at du trengte mer oppfølging så hadde du hatt mulighet til å si det.»

### Ansvarsgrupper viktig for kompetanseoverføring og kjennskap

Noen av pasientene hadde langvarig lidelse og flere hjelpere. De uttrykte stor nytte av ansvarsgruppene på grunn av kommunikasjonen og tiltakene som ble bestemt der. Men flere syntes også at det å møte i ansvarsgruppene kunne være vanskelig i dårlige faser.

De fremhevet betydning av at behandlerne her fikk snakket sammen.

«Jeg synes det er veldig viktig at fastlegen og psykiateren samarbeider, sånn at alle leddene er oppdatert. Før så hadde jeg mye ansvarsgruppemøter og da synes jeg det var greit når alle parter var med. Da slipper man å forklare alt sammen fra begynnelsen hver gang en skal snakke med de forskjellige.»

### Kriseplan viktigere enn IP

En del av pasientene hadde individuell plan. Dette oppfattet de imidlertid som et litt perifert dokument. De hadde derimot stor nytte av kriseplanen sin og syntes dette var til hjelp i dårlige faser både for dem selv og deres hjelpere.

«Koordinator min har jobbet litt med den individuelle planen.

Da har jeg følt at jeg har fått sagt det som er viktig. Men det som har vært viktigst har vært kriseplanen. Det er den viktigste av alle redskapene synes jeg: Når ting blir såpass dårlig at vi har en plan på hva vi gjør hvis det er sånn eller sånn? Forskjellige stadier i hvor dårlig jeg er, medisiner ut fra det. Det synes jeg har vært veldig flott, helt fantastisk.»

God samhandling gir bedre pasientbehandling.



### 3 Samhandling som utvidet involvering: Oppsøkende behandling

Hvilke signaler gir pasientene når de ikke møter opp til eller uteblir fra timer?

Flere av pasientene beskriver vanskelighetene med å holde avtaler og møte til behandling i dårlige faser. De beskriver at de ikke møter når de har mest plager og trenger det mest. De uttrykker nytten av å få en telefon for en oppmuntring eller en ny avtale. Noen ser også at de i slike faser vil ha nytten av et hjemmebesøk eller kontakt fra hjemmetjenestene i kommunen.

«Jeg føler at jeg kunne sagt ifra til legen min: Hvis jeg ikke møter opp til timen, så vil jeg gjerne at legen ringer for å høre hva som skjer, etterlyse meg.»

### Koordinator og hjemmesykepleien som en viktig støtte i hverdagen

Noen av pasientene hadde kontakt med hjemmetjenesten og hadde glede av dette fordi dette er en døgnbasert tjeneste og oppsøkende tjenestene med bedre tilgjengelighet.



Mange hadde stor glede av sin koordinator og kontakten med denne.

«Det som jeg synes har vært viktig i det siste er at jeg har fått mye bedre kontakt med hjemmesykepleien, det hadde jeg ikke før.

De er der bestandig og de er veldig fantastiske mennesker. De bryr seg oppriktig og kan følge til legevakta hvis det skulle skjære seg, de kommer innom deg på natta hvis du ligger der og ikke får sove. Oppfølginga som jeg får fra hjemmesykepleien er veldig viktig!

Før så var jeg veldig sånn at jeg skulle ikke ha noe med noen å gjøre, men nå slipper jeg nye personer inn i livet mitt og da er det lettere å få den hjelpa jeg trenger også.»

### Behov for oppsøkende behandling

Flere beskriver at de trenger mer hjelp enn det som er vanlig å gi.

Spesielt beskriver de funksjonsfallet etter endt behandling i andrelinjen når de kommer hjem. De beskriver behovet for dag og aktiviseringsstilbud for å unngå ensomhet og isolasjon. Noen sier også at de trenger litt hjelp for å bruke slike tiltak

«Når noen som har vært innlagt blir skrevet ut så har de ofte ikke noe å gå til.

Da går det ikke lange tida så blir de dårlige og blir innlagt på ny.

De sitter bare hjemme. Der er det mye som burde vært annerledes.

Et apparat som fanger opp de som ikke har noe jobb å gå til, og ikke tør å oppsøke venner.

Første gang jeg ble dårlig så følte jeg at jeg ble helt annerledes i forhold til mitt gamle nettverk. Jeg var redd jeg skulle møte noen og måtte fortelle dem om sykdommen, jeg synes det var en skam. Jeg ble kjempeensom på veldig kort tid.

Det skulle vært flere tilbud til de som er ferdig med behandling, men som søker litt trygge omgivelser. Det finnes ikke så mange åpne dører når du har vært inne til behandling og står der alene igjen.»

En pasient oppsummerer behovet for samhandling slik:

«Jeg synes det er veldig viktig å opprettholde kontakten med de utenfor, for man skal jo hjem en gang. Det har vært



veldig fint med hjemmesykepleien og ambulant team, de har tatt kontakt med meg selv om jeg har vært innlagt. De har kommet på besøk og snakket med meg. Sammen har vi forberedt hva som skal skje når jeg kommer hjem. Om jeg kan oppsummere hva som er viktigst for bedre samhandling? Det er jo litt vanskelig da, men jeg tror det er viktigst med mer kommunikasjon. At de ringer hverandre mer og at de informerer hverandre mer om hva som skjer hos dem!»

### Diskusjon

Pasientene fremhever at en god kontakt med og oppfølging av fastlegen er essensiell. Imidlertid beskriver de denne relasjonen som sårbar blant annet på grunn av rammene for kontakten. NSAM ga for ca ti år siden ut noen handlingsregler for allmennpraksis og en av dem var: «Gi mest til de som trenger det mest».

Pasientene beskriver i intervjuene at de på mange måter trenger denne ekstra oppfølgingen pga sine psykiske plager. Dette er jo kjent for allmennleger, men kanskje oppdager vi ikke behovet hos dem som faktisk trenger det? Kanskje setter vi ikke opp nok dobbeltimer?

Å bruke mer tid på pasienter med psykiske lidelser og sammensatte plager krever en god administrering av egen liste og det vil lett kreve at andre pasienter må nedprioriteres med sjeldnere kontroller? Kanskje vil det kreve noen færre pasienter per behandlingsdag og eventuelt også færre på egen liste? Samhandlingsreformen og endringer hos NAV ser ut til å kreve flere møter med fravær fra praksis. Det er rimelig å tenke at dette vil ha konsekvenser for slike ting som listestørrelse og sentrale økonomiske avtaler for fastlegene.

Pasient og legeforsinkelsen som pasientene beskriver i intervjuene kan forkortes ved at fastleger kan nok om psykiske lidelser til å

kunne stille de riktige spørsmålene for en tentativ diagnose. Dette kan vi lære under grunn-, etter- og sideutdanning, men jeg mener at den viktigste læringen og kompetanseoverføringen mellom behandlingsnivåene faktisk skjer ved felles behandlingsmøter rundt pasientene. Dessuten ønsker pasientene slike møter mellom egne behandlere. Dette er samhandling i praksis og økt samhandling i seg selv gir både forståelse mellom nivåene og bedre behandling av pasienten.

Kanskje er dette også et argument for at seks måneder med sideutdanning i psykiatri burde være obligatorisk for spesialiteten i allmennmedisin?

Flere fellesmøter og felleskonsultasjoner for denne pasientgruppen bør i praksis være mulig for behandlere på alle nivåer. Dette krever imidlertid tidlig planlegging med hensyn på tidspunkt og sted og nytenkning omkring hva som er egne arbeidsoppgaver og prioriteringer både for fastlege og DPS/BUP ansatte. Undertegnede tenker at det heller ikke må være en selvfølge at det er allmennlegen som skal flytte på seg. Økt kommunikasjon via telefon og via sikret og anonymisert e-post bør også kunne brukes i større grad. Ved mange helseforetak jobber allerede praksiskonsulenter med å lage lister over telefoner og hotline-nummer og noen steder også e-postlister for å lette slik kommunikasjon. Dette arbeidet understøttes av pasientenes ønske om bedret kommunikasjon mellom behandlingsnivåene. Større bruk av slike hjelpemidler rundt pasientbehandling vil tvinge seg frem over tid og at dette vil kreve sentrale retningslinjer for å sikre personvernet.

Pasientene sier klart ifra om at de har svingende funksjonsevne og at de innimellom har vansker med å ivareta seg selv og perioder med dårlig sykdomsinnsett og ambivalens til hjelpeapparatet. De sier det er i slike perioder de trenger mer av hjelperne sine.

Det de sier bør kanskje endre fastlegers og DPS sitt syn på etablert praksis rundt «ikke-møtt» og «drop-out» avtaler. Her har det vært mye grensesetting og avslutning av behandling i slike saker. Krever ikke nettopp

slike signaler økt kommunikasjon og mer samhandling mellom DPS og fastlegene og førstelinjen ellers? Kanskje det også krever en tilnærming mot pasientens nettverk og pårørende for å sikre oppmøte og compliance uten at taushetsplikten brytes? Samtidig reiser dette et dilemma i forhold til hvordan man samtidig støtter opp om egen mestring og egenomsorg hos pasientene.

Flere pasienter uttrykte usikkerhet omkring organiseringen av helsesystemet og en pasient etterlyste dette som en del av undervisningen i skolen. Er dette i dag en del av samfunnsfag og helsefag i ungdomskole og videregående skole, eller er det en glemt del av undervisningen? Vi vet at ungdom helst søker gratis helsehjelp som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Antagelig bør slik informasjon være viktig her og mulighetene ved samhandlingen mellom disse kommunale tjenestene, fastleger og DPS utnyttes bedre for tidlig intervensjon og forebyggende tiltak for unge med psykiske lidelser.

Det kom fram forventninger hos pasientene om best mulig behandling på alle nivå og høy tilgjengelighet til andrelinjen. Det er rimelig å anta at de ikke er opptatt av og har full forståelse for begrensede faktorer som fastlegenes portåpner-funksjon og lavest effektive og riktige omsorgsnivå. De kjenner heller ikke til spesialisthelsetjenestens prioriteringsveiledere og manglende mulighet til å ivareta alle med psykiske plager. Her er det åpenbart et stort informasjonsbehov overfor befolkningen som har en økt bevissthet og krav om best mulig behandling for seg og sine. Hvem skal si noe om begrensningene i dette og om hva som er godt nok? Undertegnede stiller spørsmål ved om dette ensidig er fastlegenes ansvar da det er krevende i en travelt hverdag å skulle informere om begrensninger i forhold til utredninger og behandlinger og helseøkonomi samtidig som man skal gi tillit, behandling og forståelse. Her har ledelsen ved helsemyndigheter og lokale DPS/BUP også en jobb å gjøre ovenfor publikum og gjerne i kombinasjon med annen helse og behandlingsinformasjon.

Det er mye å lære av pasientinformasjon i disse intervjuene.

Vi tenker spesielt at deres ønske om åpen refleksjon må gjøre oss fastleger modigere i å stille de vanskelige spørsmålene for at både pasienten og legen kan få økt forståelse av og innsikt i pasientens plager. Vi må også kunne informere pasientene om begrensninger i forhold til hva vi alene kan greie. Det er her samhandlingen kommer til sin rett fordi både vi fastleger og DPS kan være maktesløse! Sammen står vi sterkere i å gi støtte og lete etter løsninger på problemene. Det er erfaringsvis mye lettere å komme frem til riktige tiltak

i kompliserte pasientproblemer ved et planlagt og rolig møte sammen med andre hjelpere enn alene på et kontor med begrenset tid og med delvis innsikt i helheten. Dagens inndeling av helsenivåene legger dessverre ikke til rette for slik smidighet, men kanskje kan ildsjeler, samhandlingsreformen, praksiskonsulentordningen, økonomiske rammer og takstendringer over tid endre kulturene i både første og andrelinjen til beste for pasientene.

### Konklusjon

#### Samhandling krever god personlig kommunikasjon:

- Tid nok og gode rammer for konsultasjonene.
- Behandlere som kjenner deg og problemene dine over tid.
- Felles refleksjon hos fastlegene omkring plager som kan være psykisk betinget for å sikre tidlig erkjennelse og diagnostisering
- Felles refleksjon omkring plagene og behandlingalternativene som finnes
- Lang nok behandlingstid ved DPS/BUP
- God tilgjengelighet og en fleksibel kontakt og kommunikasjon mellom pasient og hjelpere og gjerne med moderne hjelpemidler
- Pasient- og pårørende-medvirkning i behandlingen

#### Samhandling krever bedre og økt kommunikasjon på organisasjonsnivå:

- Henvisning/viderehenvisning uten unødvendige forsinkelser
- God skriftlig dokumentasjon som sikrer gode overføringer og oppfølging videre
- Større grad av skriftlig kommunikasjon mellom behandlere
- Større grad av telefonkommunikasjon mellom behandlere
- Møter med alle ved avslutning ved DPS/BUP og ellers ved behov
- Alle må delta på ansvarsgruppemøter for kompetanseoverføring
- Innsyn i egne dokumenter

#### Samhandling som utvidet involvering: Oppsøkende behandling

- Drop-out og ikke møtt er et signal fra pasienten om behovet for annen type oppfølging
- Krisepplaner med tydelige kommunikasjonslinjer og kontaktpersoner
- Behovet for en jobb eller dag-aktiviseringsstilbud og eventuelt hjelp til å møte her
- Hjemmetjenester og ansvarsgruppemøter er nødvendig for noen

 astrid.emhjellen@gmail.com

 bjnyen@gmail.com

# ADHD-de

I Utposten nr 1/2012 kritiserer Charlotte Lunde artikkelen «ADHD-debatt på villspor» i Utposten nr 7/2011. Innledningsvis skriver Lunde: «En debatt som tar for seg faglige og problematiske sider ved økende bruk av medisiner i barne- og ungdomspsykiatrien, er ingen debatt på villspor. Det er en debatt som bør pågå hele tiden.» Vi er helt enige i at dette er en viktig debatt som bør pågå kontinuerlig. Vi mener imidlertid at denne debatten er så viktig og komplisert at den må være ryddig og med en saklig retorikk. Det er fordi argumentasjonen i Lundes essay ikke lever opp til dette, vi mener at Lunde er med å føre ADHD-debatten på villspor. I et forsøk på å ikke være like uryddige som vi anklager Lunde for å være, vil vi i det følgende forsøke å begrunne hvorfor vi mener Lundes innlegg kommer til kort.

Også i kommentaren i Utposten fremstår Lunde uryddig retorisk, og viser dette allerede i første avsnitt. Når Lunde ut fra forutsetningen om at debatten bør pågå hele tiden, trekker konklusjonen at debatten derfor ikke kan være på villspor, begår hun det som i logikken kalles en tankefeil (fallacy). Det at en debatt omhandler et viktig tema medfører på ingen måte at den ikke kan være på villspor. Det er lett å konstruere eksempler som illustrerer dette poenget.

I sitt «essay om barnedoping» skriver Lunde blant annet: «Ti prosent av alle amerikanere over seks år får nå antidepressiva. Antipsykotiske legemidler har slått ut kolesterolsenkende medisiner som landets bestselgende medisiner.» Bruken av analogiargumenter trenger i seg selv ikke være så problematisk, men i dette tilfellet blir de relevante likhetene mellom amerikansk legemiddelforskrivning og medisiner av hyperkinetisk forstyrrelse i Norge, så begrensede at argumentet i beste fall mister sin verdi. Når trenden i forhold til bruk av antipsykotika vs kolesterolsenkende medisiner i tillegg er helt annerledes i Norge enn i USA, fremstår Lundes sammenkobling som tendensiøs.<sup>1</sup>

Et annet ankepunkt i forhold til Lundes argumentasjon, er den måten hun appellerer til autoriteter for å styrke sine poeng. Lunde viser i essayet flere ganger til at

<sup>1</sup> I følge norsk reseptregister har antall brukere av kolesterolsenkende medisiner økt fra 306 129 til 478 278 fra 2004 til 2010, mens bruken av antipsykotika i samme periode har vært stabil (104 585 til 104 040).