

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).

# Debatt på retorisk vilspør

«noen mener». Hva «noen mener» er vanskelig å tillegge noen som helst vekt, i og med at det bør være en enkel sak å finne støtte for nærmest et hvert synspunkt i hva «noen mener». I Utposten nr 1 viser Lunde også til sitt eget essay for å belegge at «det vitenskapsteoretiske ved diagnosen er svakt». Lunde har imidlertid verken har bevist eller sannsynliggjort denne påstanden i det nevnte essayet. På bakgrunn av referansene Lunde viser til, trekker hun gjentatte ganger konklusjoner hun ikke har grunnlag for. En ting er at hun mener at tall fra reseptregisteret dokumenterer forskjeller i forekomst av ADHD. Et eksempel på en mer alvorlig feil er når hun forsøker å argumentere for en mangelfull kvalitet på utredningen ved å vise til at forekomsten av ADHD varierer ut fra hvilke tester som blir brukt. At valg av tester påvirker forekomsten av nesten hvilken som helst diagnose er åpenbart, og gjelder på ingen måte bare diagnoser innenfor psykiatrien. Dette poenget illustreres tydelig i Dan Altars leder i Tidsskrift for Den norske legeförening nr 3/2012: «Hvordan diagnostisere hjerteinfarkt i 2012?»<sup>2</sup>

«Hvordan ADHD skal håndteres er altså avhengig av blikket som ser», skriver Lunde i essayet. I artikkelen «Classification of distal radius fractures in children: good inter- and intraobserver reliability, which improves with clinical experience» viser Randsborg og Sivertsen at selv med en og samme bruddklassifikasjon så er det kun middels til bra reliabilitet i klassifiseringen av radiusfrakturer leger i mellom. For mer kompliserte brudd er reliabiliteten dårligere, og forskjellen i klassifiseringen av bruddene gir seg utslag i ulike valg av behandling.<sup>3</sup> At håndteringen av en tilstand er avhengig av «blikket som ser» er ikke unikt for psykiatrien og burde heller ikke være noe oppsiktsvekkende. Mer oppsiktsvekkende er det å forfekte en vitenskapsfilosofi der man tror på absolutte størrelser, uavhengige av paradigmer og observatør.

I de fleste medisinske miljøer er det anerkjent at det finnes en gruppe barn med særlige vansker innenfor eksekutiv og motivasjonell fungering, og der det kliniske bildet er preget av disinhibert atferd, konsentrasjonsvansker og impulsivitet. Noen av disse barna oppfyller kriteriene til diagnosen ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Dette syndromet har betydning

delig samsykelighet med andre, sannsynligvis beslektede, tilstander, og forståelsen av disse psykiatriske tilstandene som et spektrum snarere enn strengt adskilte fenomener, er økende. Dette tyder på at oppfatningen av ADHD som en ren eksklusjonsdiagnose er misforstått.

I sitt innlegg i Utposten skriver Lunde: «Hovda, Johnsen Wangensteen og Alexandersen hevder i sin kommentar at det er misforstått å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok.» Hvor Lunde tar dette fra, er vanskelig å forstå. Tvert i mot er vi tydelige på at vi ønsker videre forskning, og en bred samfunnsdebatt også når det gjelder ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Det er også i forhold til denne debatten vi berømmer Lunde for at hun tar opp en rekke viktige aspekter som legger opp til en bredere samfunnsdebatt.

Lunde mener at underregnede ufint insinuerer at hun harseler eller underkjenner de problemene ADHD-pasienter sliter med. Det var aldri meningen å insinuere dette, men derimot å informere om at slik er det noen opplever Lundes essay. Når Lunde skriver at hun er overrasket over at teksten hennes kan tolkes dit hen at den mistenkeliggjør pårørende og pasienter med diagnosen, kan dette tyde på at Lunde ikke forstår hvor sammensatt og sårbart terrenget det er hun befinner seg i. Lunde stiller i essayet spørsmål ved om det er på grunn av den prestasjonsfremmende effekten metylfenidat kan ha, at elever i videregående skole oppsøker helsevesenet for å bli utredet i forhold til ADHD. At Lunde ikke ser at dette kan oppleves som mistenkeliggjøring av pasienter med diagnosen, kan vi ikke annet enn å konstatere. At hun heller ikke forstår at tittelen «Et essay om barnedoping» kan oppleves krenkende for foreldre som velger å la barna deres få medikamentell behandling for sin sykdom, er forbløffende.

Et av Lundes gode innspill er når hun skriver at vi bør ha både et sosialpedagogisk fokus på barnets ytre miljø, og et nevro-biologisk blikk på barnets indre med oss. Når hun videre refererer til arbeidet til Getz og Kirkengen om epigenetikk og allostatisk overbelastning bereder hun grunnen for noen konstruktive og interessante betraktninger. Dessverre klarer ikke Lunde å følge opp dette, men faller tilbake til en positivistisk, naturvitenskapelig tenkning, på jakt etter de «ekte syke» med et «fysiologisk rettmessig behov for behandling». Det virker som at Lunde ikke ser at epigenetikken kan tale for en mer fenomenologisk tilnærming, og en

## DEBATTINNEGG

### Psykofarmaka til barn: en nødvendig debatt

ADHD-diagnosen er på vilkår, skriver Hovda i et av sine innlegg i Utposten nr 1/2012. Han skriver at det er viktig og nødvendig å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok. Dette er et viktig spørsmål som bør diskuteres i et bredt perspektiv. Det er viktig å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok. Dette er et viktig spørsmål som bør diskuteres i et bredt perspektiv.

Hovda, Johnsen Wangensteen og Alexandersen hevder i sin kommentar at det er misforstått å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok. Dette er et viktig spørsmål som bør diskuteres i et bredt perspektiv.

30 | UTPOSTEN 1 • 2012

større pragmatisme i behandlingen. Når allostatisk overbelastning kan gi så mange negative konsekvenser, blir det desto viktigere å hjelpe de som trenger det, enten hjelpen består av kun tilrettelegging eller medisiner i tillegg.

Barne- og ungdomspsykiatrien i Norge står overfor en rekke utfordringer, både faglig, metodologisk og strukturelt. Faget er relativt ungt, i en rivende utvikling, og er samtidig et fag som både er komplisert og vanskelig å forske på. Det er fremdeles til en stor grad knyttet skam og stigmatisering til å være pasient i barne- og ungdomspsykiatrien, og det er få andre områder hvor symptomer og utløsende årsaker i like stor grad, bevisst eller ubevisst, kan holdes skjult for helsepersonellet. Men barne- og ungdomspsykiatrien er også et fag som er viktig å overvurdere betydningen av. Vi må som samfunn stadig bli flinkere til å ta barn og unges psykiske helse, oppvekstvilkår og rettigheter på alvor. Derfor er det så viktig at debattene omhandler barne- og ungdomspsykiatri og ryddige og saklige, og nettopp ikke bygger opp om fordommer, skam og stigmatisering. Ved at Lunde fremstår som uryddig, og med så mange logiske brister i sin argumentasjon, drukner dessverre hennes gode og viktige poenger i denne støyen. Det er veldig synd, for mange av temaene hun tar opp er viktige, og bør være en del av debatten om ADHD videre.

**Olav Andreas Hovda  
Øyvind Alexandersen**

<sup>2</sup> Atar, D., Hvordan diagnostisere hjerteinfarkt i 2012?. Tidsskrift for Den norske legeförening nr 3, 2012;132: 265-6  
<sup>3</sup> Randsborg, PH., Sivertsen, E. A., Classification of distal radius fractures in children: good inter- and intraobserver reliability, which improves with clinical experience. BMC Musculoskeletal Disorders 2012, 13:6