

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Indledning

Denne tekst har det sundhedsfaglige diagnosebegreb og fagetiske dilemmaer, der kan knytte sig til diagnosebegrebet, som tema. Teksten kan læses som en opsummering af diskussioner, der siden oktober 2022 har fundet sted i Dansk Psykologforenings Komite for Etik (KfE).

Det hele begyndte med fælles læsning af et debatindlæg fra dagspressen, hvor der fokuseredes på, at sundhedspolitiske tendenser i tiden indebar stigende risiko for, at psykiatriske diagnoser blev anvendt på måder, der reelt ikke var til gavn for patienterne. Problemet ('tendenserne i tiden') opstod i væsentlig grad som en følge af, at *andre professioner end de sundhedsfaglige* brugte begrebet ud fra forudsætninger og til formål, der adskilte sig radikalt fra de forudsætninger og formål, der knyttede sig til sundhedsfaglig brug af diagnosebegrebet. Samlet resultat af sådanne praksisser kaldte indlægget for *diagnose-misbrug* – og u hensigtsmæssige følgevirkninger af dette misbrug blev illustreret gennem eksempler.

I KfE fandt vi debatindlæggets særlige vinkling interessant. Efterfølgende udvekslinger på et komitemøde den 10. oktober 2022 fik os til at træffe en tentativ beslutning om, at vi skulle udvikle refleksionsmateriale til brug blandt DP-medlemmer, hvor diagnosedebattens fagetiske perspektiver blev tydeliggjort.

I nedenstående boks gengiver vi i ultrakort form de fire overordnede principper fra gældende fagetiske principper for nordiske psykologer. En fyldigere fremstilling kan læses i Bilag 1 til denne tekst.

RESPEKT

Psykologen viser respekt for menneskets grundlæggende rettigheder, værdighed og integritet, og tilstræber at undgå, at psykologens faglige viden anvendes på en måde, som krænker, udnytter eller undertrykker mennesker. Princippet har ikke kun relevans i forhold til klienten, men tillige samarbejdspartnere, kolleger, repræsentanter for andre faggrupper, m.m.

KOMPETENCE

Psykologen bestræber sig på at udvikle og opretholde højt fagligt kvalifikationsniveau i sit arbejde. Psykologen påtager sig kun de opgaver, tilbyder kun de ydelser og bruger kun de metoder, psykologen er kvalificeret til i kraft af uddannelse, træning og erfaring.

ANSVAR

Psykologen er opmærksom på det professionelle og videnskabelige ansvar, psykologen har for sine klienter og den organisation og det samfund, som psykologen lever og arbejder i.

PROFESSIONEL INTEGRITET

Psykologen stræber efter personlig og faglig integritet i forskning, undervisning og anvendt psykologi. Psykologen gør sin rolle så klar og tydelig som muligt i alle arbejdssammenhænge.

Vores materialeindsamling begyndte med, at vi selv, i tale såvel som på skrift, bidrog med personlige erfaringer og faglige overvejelser. Desuden har vi deltaget som oplægsholdere og igangsættere af debat på en række medlemsmøder. Indkomne svar fra en spørgeskemaundersøgelse blandt foreningens decentrale enheder i 2019/20 har ligeledes givet stof til eftertanke. I omfang nåede vores indsamlede skriftlige materiale op på cirka

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

30 tæt beskrevne sider. Denne tekst er en redigeret og kraftigt opstrammet udgave af dette materiale. I vores fremstilling har vi valgt at anonymisere alle materialeproducenter. De tilhører alle psykologstanden. De tilkendegiver ganske forskelligartede synspunkter og holdninger. Opgaven, vi har stillet os selv, er at tegne et billede af det synspunkt- og holdningslandskab, de tilsammen repræsenterer – med samtidig tilkendegivelse af, at havde andre personer bidraget, ville landskabet have fået tilført delvis nye nuancer. Materialeproducenternes personlige identitet opfatter vi som uvedkommende for sagen – vores sag.¹

Først nogle ord om den særlige tekst-genre, vi har ønsket at skrive os ind i.

Refleksionsfremmende dialog til forskel fra politisk debat

Diagnosetemaet er *hot stuff*. Det kan ingen, der læser dagspresse og/eller sociale medier, eller deltager i faglige diagnose-diskussioner, være i tvivl om. Stærke, undertiden næsten absolutistisk udtrykte holdninger vil ofte brydes mod andre, ligeså markant udtrykte holdninger.

I vores interne diskussioner i komiteen har vi lagt vægt på at skelne knivskarpt mellem henholdsvis politisk debat og refleksionsfremmende dialog.

I politisk debat er uenighed baggrunden. Debattens udgangspunkt er, at mit/vores synspunkt er det rigtige, og det, der bør nyde fremme; dit/jeres/de andres synspunkt er det samfundsmæssigt mindst lødige, ja, måske ligefrem samfundsmæssigt skadeligt. Politisk debat er på ingen måde forkert. Vores demokrati er funderet i en sådan debatform. Christiansborgske udvekslinger afspejler dette. Det debatindlæg, der leverede start-inspiration til KfE-diskussionerne, indgår i en folkelig politisk debat. At kalde noget for 'misbrug' sker ud fra et ønske om på sigt at få stoppet det oplevede misbrug. At påvirke det danske samfund i en af debattøren ønsket retning.

Refleksionsfremmende dialog tager ligeledes afsæt i uenighed. Reflektion omkring temaer, hvorom alle refleksionsparter er rørende enige, fører næppe til stor nytænkning, men snarere blot til gensidigt rygklapperi. Forståelsesudvidende refleksion finder sted dér, hvor parterne *på trods af* de facto uenigheder *alligevel* tror på, at de gennem gensidig dialog kan berige og befrugte hinanden. Uenighederne bortfjernes måske ikke, og det behøver heller ikke være dialogens primære hensigt. Eksempelvis kan uenighederne skyldes positionsbestemte interesseforskelle og dermed være vigtige at fastholde: Sælger og køber har reelt forskellige interesser, ledelse og medarbejdere ligeså. Men ideelt set vil den vel gennemførte dialog mindske uenighedernes potentielle giftighed. Større gensidig respekt kan opstå blandt de uenige parter, øget indsigt i uenighedernes sociale kontekst, og mere nuanceret handleduelighed hos alle.

Undervejs i vores interne komite udvekslinger kunne det momentvis ske, at der 'gik politik' i vores snak. "Mener du virkelig det?? – den holdning kan jeg slet ikke leve mig ind i!!" Sådanne øjeblikke blev os til påmindelse både om temaets vigtighed og om dets følelsesmæssige højspændthed. Når vi imidlertid efterfølgende fandt tilbage, og igen tog 'Komite-hatten' på, var vi des mere enige om, at produktet, vi arbejdede os hen imod, skulle fungere som udspil til refleksionsfremmende dialog. I et af vores interne notater kan følgende læses – med særlig reference til etiske principper respekt og integritet:

¹ Vi gør tillige opmærksom på, at de modtagne tilkendegivelser varierer med hensyn til korrekt retskrivning – men at vi (stort set) har valgt, i vores citater, at lade dem stå, som de stod, da vi modtog dem. Citat-kriteriet var, at teksten med god læser-vilje skulle kunne forstås.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

KfE's primæropgave er at fremme bredspektret refleksion blandt, især, psykologer, men også andre faggrupper, omkring almene fag-etiske anliggender. Bredspektret refleksion fremmes ikke gennem tekster, hvor potentielle refleksionsparter oplever sig angrebet eller talt ned til af andre refleksionsparter – sådan som det ofte vil ske i politisk styrede tekster. En tommelfingerregel i forbindelse med udarbejdelse af refleksionsfremmende tekst bør være bevidst at satse på, at påpege og anerkende de interesser, som potentielle refleksionspartnere, man måtte være uenig med, arbejder på at fremme.

I arbejdet med at udvikle denne tekst har vi efter bedste evne ladet os styre af denne tommelfingerregel.

Den næste opgave, vi med dette udgangspunkt skulle løse, bestod i at finde frem til den overordnede rammesætning, der bedst kunne hjælpe os til at strukturere vores både meget omfattende og meget mangefacetterede råmateriale.

Løsningen kom til os i form af en tankefigur, der siger, at meget 'typisk' psykologarbejde er kendetegnet ved, at vi på én og samme gang, og over for de samme personer, skal fungere både som (hvad vi kaldte for) *menneskebehandlere* og som *sagsbehandlere*. I et referat fra et medlemsmøde blev tankefiguren udtrykt således – med særlig reference til principperne respekt og ansvar:

En vigtig del af psykologers særlige job-profil består i, at *indlevelse i den anden* principielt altid er en del af vores arbejde. Uanset hvad, så SKAL jeg som psykolog bruge min indlevelse. Samtidig er det et faktum, at en betydningsfuld del af vores arbejde, ikke kun som offentligt ansatte, men også i privat praksis, består i at bidrage til sagsbehandling. Det at bedrive 'indlevende, eller empatisk sagsbehandling' kan ikke undgå at føre til stærke oplevede personlige dilemmaer. Som sagsbehandlere skal vi følge 'sags-spillet's' regler, også selv om vi kognitivt såvel som emotionelt ved, at det for et menneske kan opleves stærkt belastende at blive 'behandlet som en sag'. Men vores opdrag går ud på, at det er sådan, vi skal agere. Prisen, vi betaler for at levere 'empatisk sagsbehandling', er, at vi i en eller anden udstrækning mærker det ubehag, som sagsbehandlingen kan give anledning til hos klienten.

Vi lægger nu ud med vores egen tentative indkredsning af, hvad sundhedsfaglig diagnostik overhovedet er for en størrelse.

Sundhedsfaglig diagnostik

'Diagnose' kommer fra oldgræsk (*diagnosis*). Ifølge oldgræsk ordbog har *diagnosis* to hovedbetydninger, dels 'undersøgelse', dels 'afgørelse'. Den betydningsmæssige dobbelthed er interessant derved, at 'undersøgelse' peger på diagnosers karakter af arbejds-hypoteser: "Vi arbejder på at forstå vores undersøgelsesgenstand, men er endnu ikke fuldt afklaret", dvs. diagnose / diagnosticering *som proces*. 'Afgørelse' peger på betydningsaspektet 'vedtagen sandhed': Nogle personer, hér fagpersoner, når til enighed om X, som deres indtil videre bedste bud på en forståelse af undersøgelsesgenstanden, dvs. diagnose *som produkt*. Med baggrund i undersøgelsesarbejdet oplever fagpersonerne diagnosen som midlertidigt bekræftet, i en grad, så de vover at handle ud fra den.

En vigtig pointe ved den oldgræske ordbogsdefinition er, at begge diagnosebegrebets to betydningsaspekter *forudsætter menneskelige aktører*. Både 'undersøgelse' og 'afgørelse' er noget, der gøres af nogen bestemte undersøgere / afgørere. Diagnosen konstrueres, fordi de diagnosticerende fagpersoner har brug for den.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Samme pointe kunne læses i det føromtalte debatindlæg:

I udgangspunktet er diagnoser praktiske arbejdsredskaber for medarbejdere i sundhedsvæsenet. Det vigtige er ikke om diagnosen er 'sand' eller 'rigtig'. Det vigtige er, at den skaber klarhed og overblik i en virkelighed der kan være præget af kompleksitet og manglende faktisk viden. Hensigten med diagnoserne er, at læger kan kommunikere hurtigt og effektivt med hinanden. Diagnosen sammenfatter oplysninger om årsag (fortid), symptom (nutid) og behandling (fremtid).

Citatet peger på diagnosers altid *hypotetiske, og dermed midlertidige karakter*, tjener os til påmindelse om, at de *kompetencer*, vi som social og sundhedsarbejdere er udstyret med, altid og principielt vil være behæftet med usikkerhed.

Diagnosebegrebet er lige så gammelt som lægevidenskaben selv, og har derfor, selvfølgelig, sin oprindelige tilknytning til kropslige skavanker; jf. endnu et citat fra indlægget:

(P)å somatiske afdelinger kan diagnoser anvendes uproblematisk efter dette princip, og medføre effektive sagsgange: Årsag (faldt på trappen), symptom (benbrud på røntgenbillede), behandling (benet i gips).

Et århusiansk KfE-medlem gjorde opmærksom, at eksemplet skurrede en smule med reference til et ubehageligt stort antal nylige skandalesager fra Århus og omegn, hvor borgere havde fået bortamputeret deres ben, i stedet for gennem relevant behandling at få lov at beholde deres ben. Den slags eksempler ufortalt var det naturligvis fortsat relevant at tale om et diagnoseforankret kontinuum, hvis to yderpoler er høj versus lav almen troværdighed:

Høj almen troværdighed	Lav almen troværdighed
<ul style="list-style-type: none">○ Relativt stabilt symptombillede over tid og på tværs af personer og situationer○ Maskinel og dermed pålidelig registrering af kropslige symptomer○ Diagnosen valideres endegyldigt derved, at den diagnoseafledte behandling får ønsket effekt (helbredelse)	<ul style="list-style-type: none">○ Symptombillede varierer over tid og på tværs af personer og situationer○ Symptomer registreres gennem mindre pålidelige, mere variable patientudsagn○ Diagnosen lader sig ikke uden videre omsætte til behandling med entydigt registrerbar effekt

Denne opstilling gør det klart, at psykiatriske diagnoser generelt tilhører diagnosegruppen med lav almen troværdighed. Også selv om biologiforankret psykiatri – som ikke udgør hele psykiatrien – arbejder på at give dem højere troværdighed. Lav troværdighed indebærer generelt, at den professionelles etisk forankrede ansvarlighed bliver des vigtigere. Det er de psykiatriske diagnoser, vi i denne tekst er optaget af.

Det medicinske diagnosebegrebs grundlogik kan ud fra ovenstående sammenfattes som følger:

- De(n) undersøgende og afgørende aktør(er) er sundhedspersonale med behandlingsansvar
- Diagnosens indhold skal grundlæggende bygge på diagnostikerens undersøgelsesbaserede kontakt med patienten, også selvom andre støtteaktører kan være involveret, fx sygeplejersker (patientens tilstand i det daglige), laboranter (analyse af testresultater), lægekolleger (med henblik på *second opinion*) m.m.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

- Diagnosearbejdet indebærer etisk forpligtethed hos den diagnosticerende fagperson, idet den stillede diagnose udgør forudsætning for valg af behandling – og fejlbehandling kan være fatal for patienten, det går ud over

Mange af de diagnoserelaterede problemstillinger, vi senere i teksten arbejder med, hænger sammen med, at 'diagnose' i dag er inddraget i en række kontekster, der afviger totalt fra den klassiske sundhedsfaglige kontekst.

Hvad er 'et menneske', hvad er 'en sag'?

Vores tekst styres som nævnt af temafiguren 'menneskebehandling' ↔ 'sagsbehandling'. Hvordan forstår vi henholdsvis 'menneske' og 'sag'?

Uteknisk betragtet er 'mennesker' sådan nogen som du og jeg tilligemed alle vores klodes øvrige godt otte milliarder artsfæller. Uanset, hvor meget, vi *ved* eller *tænker over*, hvad det 'egentlig' vil sige at være menneske, så både *gør* og *mærker* vi det menneskelige i vores dagligdag. Mere teknisk betragtet, så forstår vi her i teksten 'menneske' som en selvbevægende, selvorganiserende, selvforandrende livsform, hvis overordnede artsbestemte karakteristika et langt stykke af vejen kan beskrives ud fra kombineret naturvidenskab, humanvidenskab og socialvidenskab. Men hvis konkrete, individbestemte væremådeformer (bevægelses- og samspilsmønstre) til gengæld er uforudsigelige og dermed unddrager sig endegyldig beskrivelse. Sådan er dét. Sådan har vi valgt at forstå 'menneske'.

Omvendt er 'en sag' eller 'sager' tankekonstruktioner, der er udviklet af fagfolk. Med udgangspunkt i bestemte observationer beskriver disse fagfolk begivenhedsforløb, der med en vis statistisk sandsynlighed, og dermed også en vis grad af forudsigelighed, kan forventes at finde sted inden for et menneskelivs rammer. Skematisk udtrykt: Hvis menneske X konstateres at være blevet udstyret med tilstand Y eller problem Z, så kan det forventes, at intervention P vil føre til en bestemt, registrerbar forandring af tilstand Y / problem Z.

Vi summerer op

Menneskelivet og den virkelighed, hvor indenfor menneskelivet leves, har kompleksitet og uforudsigelighed som vilkår. Vi kan ikke endegyldigt styre menneskelivets måde at udfolde sig på – men et stykke af vejen kan vi og vil vi og bør vi. Derfor har vi brug for at sags-gøre mennesker. Men mennesker *er* ikke deres sager. Ligeegyldigt hvor mange sager, vi dynger et menneske til med, er det menneske altid *også* noget ubestemt andet og mere, der ikke lader sig sætte på sags-formel. Dét er vigtigt for sags-gørere at huske. Sags-gøring er altid tentativ. Vi forsøger os frem, det bedste, vi har lært – lærer forhåbentlig nyt undervejs; jf. tidligere citat, hvor diagnoser kaldtes en bestemt professionel gruppes *arbejdshypotese* – der ideelt set vil blive kastet bort, dersom den ikke *gør* nytte, for derefter eventuelt at blive erstattet af en ny hypotese. Hvis ikke sagen blot lægges til side.

Sagt på en anden måde: Planlægning af målrettede handlinger forudsætter, at vi så at sige lader, som om, eller *gør* os antagelser, der siger, at virkeligheden er forudsigelig, og dermed styrbar: Hvis A, så B, så C. Den tankegang blev smukt illustreret i det tidligere bragte citat fra det diagnoserelaterede debatindlæg. Diagnosen beskriver ikke rå virkelighed, men præsenterer en tankekonstruktion, der hjælper sundhedspersonale til forhåbentligt effektivt samarbejde. Det diagnoserettede undersøgelsesarbejde er et procesforløb, hvorigennem en bestemt gruppe fagfolk, midlertidigt og tentativt, placerer et menneske, i en bestemt

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

sagskategori med sigte på styring af et behandlingsforløb. En vellykket diagnose er en, der fører til vellykket behandling – og dermed til bekræftelse af diagnosen. En fejldiagnose kan være fatal og indebærer, at fagfolkene atter står på bar bund. Må begynde forfra. Forhåbentlig har de lært noget.

I nedenstående figur indkredser vi nu forskellene mellem henholdsvis 'menneskebehandling' og 'sagsbehandling':

Menneskebehandling	Sagsbehandling
<ul style="list-style-type: none"> ○ Styres af den behandlede persons oplevede behov, sådan som disse behov kan udtrykkes af personen selv og forstås af behandleren ○ Kvalificeret menneskebehandling indebærer, at menneskebehandler kan stille spørgsmålstegn ved og gå i dialog med det behandlede menneske om kvaliteten af dennes selvforståelse, herunder behovsoplevelse. Men dersom behandler aktivt vælger at diskvalificere og dermed tilsidesætte den behandlede behovsoplevelse for at erstatte den med sin egen fagligt udviklede og af klienten ikke-anerkendte forløbs-styrende forståelse, er der ikke længere tale om menneske-, men om sagsbehandling. ○ Forløbets kvalitet styres af de såkaldt non-specifikke faktorer, som psykoterapi-forskningen har afdækket 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Styres af en fagligt udviklet og anerkendt problemforståelse, hvortil der knytter sig et fagligt legitimeret (be-)handlingsforløb med sigte på problem-håndtering ○ Kvalificeret sagsbehandling indebærer, at sagsbehandler vil lytte til det behandlede menneskes modforestillinger til den valgte forløbsstyrende sagskategori – med mulighed for <i>enten</i> at den forløbsstyrende sagskategori erstattes af en anden, der fremtræder fagligt mere hensigtsmæssig, <i>eller</i>, at sagsbehandlingen sættes i bero. ○ Forløbets kvalitet styres af: <ol style="list-style-type: none"> 1) den valgte sagskategoris reelle pasform til klientens tilstand; 2) sagsbehandlerens sagsbehandlerkompetence; 3) klientens parathed til at indgå positivt i sagsbehandlingen

Kan menneskebehandling og sagsbehandling sameksistere?

Det er et faktum, at sproget, der bruges i faglige skærmydsler omkring det psykiatriske diagnosebegreb, kan få det til at lyde, som om menneskebehandling og sagsbehandling umuligt kan sameksistere. De to behandlingsformer drives af helt forskellige logikker, og det kan virke, som om formernes respektive udøvere mest af alt er optaget af at skælde hinanden ud. Men i den bedste af alle verdener er sameksistens selvfølgelig mulig.

Nogle enkle eksempler:

- Ovenfor blev det sagt, at det ligger i psykolog-professionens DNA, at netop vores faggruppe så at sige er dømt til at bruge, og efter bedste evne integrere, begge behandlingsformers logik.
- Ligeledes, og i den bedste af alle verdener, vil en sagsbehandler, fx en kommunal socialrådgiver eller en dommer i byretten, selv vise et menneskeligt ansigt frem og være i stand til at se og være i kontakt med mennesket bag sagen. Også selv om sagslogikken sætter grænser for arten af mellemmenneskelige

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

udvekslinger, der kan finde sted mellem de to parter.

- Når mennesker indskrives på et hospital, er det enten fordi de allerede er bærere af en behandlingskrævende sag (diagnose), eller fordi en praktiserende læge opfatter det som forbundet med betydelig sundhedsrisiko, hvis de ikke underkastes et diagnosticeringsforløb, der kræver midlertidig indlæggelse. Hospitalsophold kan variere stærkt ud fra et menneskebehandlings-perspektiv – men der er også, gennem en lang periode, sket en markant udvikling mod det bedre på dette felt. Denne teksts hovedforfatter mindes med stor respekt og glæde et hospitaliseringsforløb, der på trods af en dødelig udgang, var kendetegnet af høj menneskelig kvalitet.
- Blandt læger bruges betegnelsen *lægekunst* om menneskebehandlingsaspektet – til forskel fra *det lægevidenskabelige sags- og helbredelsesarbejde*.²

Så jo, sameksistens mellem de to behandlingsformer er bestemt mulig. Optimal sameksistens stiller imidlertid store krav til måderne, hvorpå behandlingsformerne hver for sig doseres og spiller sammen. Nedenfor bringer vi et udvalg af citater, der i forskellige tonefald fortæller, dels om praktiserende psykologers bestræbelser på at optimere samspillet mellem de to behandlingsformer, dels om deres oplevede vanskeligheder med håndtering af denne opgave. Alle citerede psykologer arbejder i PPR og alle citater er hentet fra medlemsmøder. Blandt fagets principper er først og fremmest Respekt og Integritet i spil.

Diagnoser hjælper sagen, men ikke nødvendigvis mennesket på vej (to eksempler)

- ✓ *Diagnosticering er bestemt ikke altid til den diagnosticeredes fordel – men diagnostik er samtidig en de facto forudsætning for, eksempelvis henvisning psykiatrien. Vi spændes ud i eksisterende misforhold mellem det behandlingsmæssigt ideelle og det organisatorisk forventede og krævede.*
- ✓ *På samme måde kan også jeg let komme til at opleve mig – og blive oplevet som – psykiatriens forlængede arm – snarere end som klientens hjælper. For mange klienter gælder det, at hvis de skal videre, skal det ske gennem diagnosedøren. Men diagnosen er jo ikke i selv nogen løsning. De reelle dilemmaer forbliver de samme. Jeg oplever det som belastende – men jeg kan ikke undslå mig for at træffe de valg, der skal træffes.*

Diagnoser kan udløse mentale chok-effekter – der kan mindskes gennem menneskerettet formidling (fire eksempler)

- ✓ *Hos os i PPR er det god praksis at afholde et forældremøde forud for mødet på skolen. Så kan vi forklare og snakke om resultaterne 'på menneskesprog'. Og dermed hjælpe forældrene til ikke at blive væltet omkuld, når de møder det måske barske budskab til skolemødet.*
- ✓ *Jeg starter med at orientere forældrene mundtligt – 'på menneskesprog' – før de læser den skriftlige, mere koldt-tekniske resultat-tekst. Ved på den måde at gå gradvist frem, bliver de ideelt set klædt bedst muligt på til at optræde som samarbejdende forældre til mødet med skolen.*

² <https://ugeskriftet.dk/debat/laegevidenskab-og-laegekunst> (opslag den 1.3.2023)

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

- ✓ *I en bestemt sag, hvor forældrene boede langt væk, kunne jeg have kørt et forældremøde hjemmefra, online. Det drejede sig om en autisme-diagnose til deres barn. Jeg valgte køreturen og at tage mødet face-to-face. Moderen forholdt sig fattet under det egentlige møde. Men da jeg var på vej ud af døren, brød hun sammen. Jeg var glad for at have taget den køretur.*
- ✓ *Når børn i specialklasser bliver 15, får de per automatik deres sagsmateriale udleveret i e-boks. Belastende oplysninger går måske helt tilbage til deres skolestart i nulte – og uden at en psykolog er der til at formidle, forklare og bruge menneskesprog. Vi har godt nok mulighed for lave modenhedsvurdering af barnets formodede forståelsesevne. Men uanset hvad, er der tale om en barsk praksisform.*

En forhåbentlig refleksionsfremmende præsentation af KfEs indsamlede materiale

Som nævnt i indledningen, er tekstens hovedtema dette: Hvilke, bl.a. etikrelevante problemstillinger aktiveres, når diagnosebegrebet trækkes ind i faglige, sociale og samfundsmæssige kontekster, der er fjernet fra begrebets oprindelige sundhedsfaglige kontekst – sådan som denne kontekst sammenfattende blev beskrevet ved hjælp af disse tre bullets:

- De(n) undersøgende og afgørende aktør(er) er sundhedspersonale med behandlingsansvar
- Diagnosens indhold skal grundlæggende bygge på diagnostikerens undersøgelsesbaserede kontakt med patienten, også selvom andre støtteaktører kan være involveret, fx sygeplejersker (patientens tilstand i det daglige), laboranter (analyse af testresultater), lægekolleger (med henblik på *second opinion*) m.m.
- Diagnosearbejdet indebærer etisk forpligtethed hos den diagnosticerende fagperson, idet den stillede diagnose udgør forudsætning for valg af behandling – og fejlbehandling kan være fatal for patienten, det går ud over

Konkret vil præsentationen tage form som en besvarelse af følgende treleddede spørgsmål: Hvad sker der, når følgende tre grupper bliver brugere og dermed også aktive interessenter i forhold til diagnosebegrebet:

- Psykologer og psykologers arbejdspladser
- Statslige, regionale og kommunale embedsfolk
- Den diagnosticerede tillige med den diagnosticeredes private kontakter, pårørende, m.m.

Psykologer som brugere og, og dermed også aktive interessenter i forhold til diagnosebegrebet

I en dansk sammenhæng var diagnosticering indtil 2010 et lægeligt monopol. I dag må særligt uddannede specialpsykologer ganske vist "ikke udskrive medicin, men de må gerne stille diagnoser".³ Dertil kommer, som udtryk for 'tendenser i tiden', at mange andre psykologer end specialpsykologerne gennem de senere år har oplevet et stigende diagnosticeringspres; jf. dette citat:

³ Citeret fra <https://psykiatrifonden.dk/viden/fakta-forskning/behandling> (opslag 070223)

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

I mit arbejde som PPR-psykolog oplever jeg en ændret og ikke afstemt forventning fra psykiatrien og når jeg sender en henvisning. Hvor det tidligere var muligt at have flere hypoteser og overvejelser i henvisning, så forventes det nu, at PPR-psykologen skriver en specifik diagnose i henvisningen.

I fagpolitisk henseende kan det ses som en sejr/opgradering, at diagnostik nu er indarbejdet i mange psykologers portefølje. Af psykologer kan den faglige opgradering snarere opleves som en særdeles *mixed blessing*. Et teknisk aspekt knytter bl.a. an til det forhold, at psykologen særdeles ofte ikke stiller diagnosen med sigte på selv at skulle gennemføre den behandling, som diagnosen lægger op til. I stedet stilles diagnosen, fordi den f.eks. udgør den nødvendige adgangsbillet til, at det psykiatriske system vil tage behandlingsmæssigt ansvar for det menneske, psykologen er i kontakt med. Som det blev sagt i et tidligere citat, så gælder det for mange klienter, at "hvis de skal videre, skal det ske gennem diagnosedøren".

Det følgende citat beskriver, hvordan en psykolog kan opleve sin faglige ansvarlighed udfordret gennem den beskrevne historiske udvikling:

Det er i nogle sager, og i tiltagende omfang, en udfordring i takt med, at for eksempel både ADHD og autisme diagnoserne efterhånden dækker over et meget bredt spektrum, og hvor jeg i nogle sager oplever, at kompleksiteten i en problematik bliver reduceret, ligesom jeg ikke føler mig kompetent til at sætte en specifik diagnose i sager, hvor der er stor kompleksitet, og hvor det kan være svært, at vurderer hvor stor en rolle konteksten og relationer har til den adfærd, der gør det svært for et barn at begå sig i et alderssvarende miljø.

I forbindelse med ADHD-diagnosen og eksempelvis funktionelle lidelser oplever jeg mere og mere, at diagnosen alene stilles ud fra det eksisterende symptombillede og at diagnosen ofte ikke knyttes til årsagerne til udviklingen af en lidelse – og derfor er der i nogle tilfælde ikke opmærksomhed på, om lidelsen er genetisk betinget eller om den skyldes miljøet og de påvirkninger der er fra de kontekster barnet lever i. I andre tilfælde og grundet forståelsen og brugen af diagnoser for eksempel i det kommunale regi oplever jeg, at en diagnose er medvirkende til en reducere af et barn, idet, at når et barn har fået en diagnose er fokus sjældent på, at en diagnose grundlæggende griber ind i et barns liv og identitet – ligesom diagnosen kan være med til at forme barnets forståelse af sig selv og relationer til andre. På den måde kan for eksempel en ADHD- diagnose komme til at skygge for barnet bag diagnosen og i nogle tilfælde bliver den det primære fokus i forhold til at forstå barnet.

Det efterfølgende citat kommer fra en psykolog, der selv arbejder i en psykiatrisk akutmodtagelse. Også for ham er det et vilkår, at det diagnostiske undersøgelsesarbejde foretages med henblik på, at *nogle andre* kan sætte gang i det (sags-)behandlingsforløb, som hans diagnostiske afgørelse lægger op til. For denne psykolog opleves det specielt dilemmafyldt, at den diagnostiske undersøgelse skal foregå i et tempo, der på ingen måde matcher diagnosens betydning for det menneske på den anden side af bordet, der skal lægge krop til det gennem diagnosen indikerede forløb. Udtrykt i 'etik-sprog' refererer psykologens overvejelser både til principper omkring Ansvar, Respekt og Integritet:

En diagnose er et ord eller en sammensætning af bogstaver, som kan have en enorm indvirkning på et menneske. Ikke kun på den type behandling som dette menneske vil blive tilbudt – medicin, terapi(form), elektrochok, kommunal støtte, eller blot at leve med det – men også på dette menneskes selvforståelse og identitet. Måske endda også på den måde, personen bliver mødt på andre steder i sundhedsvæsenet, som fx

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

når (som jeg har oplevet det) læger bagatelliserer somatiske klager på baggrund af at "pt er kendt med angst".

Diagnoser er bogstaver og ord, men de er også magt, og den magt skal anvendes etisk og med forståelse for, hvordan de kan påvirke mennesker og deres liv.

Diagnosers magt erfarer jeg hver dag, hvor jeg på mit arbejde forventes at stille diagnoser på baggrund af en enkelt afklarende samtale. Jeg ser det som min vigtigste opgave virkelig at lytte til, høre og forstå, hvad patienten fortæller mig, og ikke bare møde et menneske med det skeptiske 'okaay', som jeg ofte selv blev mødt med, dengang jeg for år tilbage gik i udredning og behandling. Men jeg bliver fortsat ramt af følelsen af, at det er nogle kolde, hårde og uetiske rammer, som jeg arbejder inden for - for det er jo ikke nok at tale med et menneske i 45-60 minutter, og derefter fyre en diagnose afsted. Jeg ringer personligt altid til mine patienter med tilbagemeldingen, da rammerne ikke er til en fysisk tilbagemeldingssamtale. Jeg har dog også kollegaer som blot sender et auto-svar gennem e-boks (som kommer i løbet af en ikke-defineret tidsperiode på op til 2 måneder), og jeg er selv blevet opfordret til at gøre det samme, med henblik på at have mere tid til dokumentation.

Psykiatriske diagnoser kan åbne behandlingsdøre – men de har fortsat lav troværdighed

I det følgende lange citat peger samme psykolog på specifikke diagnosers manglende kapacitet til at adækvat sags-/menneskebehandling:

Jeg har også oplevet andre patienter med svære traumer og traumereaktioner, men som ikke levede op til de eksakte diagnosekriterier for PTSD, og derfor ikke kunne blive henvist til behandling. Hvis ikke patientens traume eller diagnose er indbefattet af de 11 henvisningsårsager til behandling hos privatpraktiserende psykolog, så må de hive pengene op af egen lomme, hvis de ønsker behandling. Det kan således betale sig at spare godt op til det, hvis man har tænkt sig at få en psykisk lidelse.

Det samme er gældende med diagnoserne tilpasningsreaktion og depression. Mennesker med tilpasningsreaktion kan have det så skidt at de ikke længere magter livet, men fordi de ikke har det skidt på den "rigtige" måde, så får de ikke adgang til samme behandling som de patienter der vurderes at have klinisk depression. I sidste ende findes der intet røntgenbillede, biopsi eller blodprøve, som kan påvise om en person er "rigtigt" deprimeret, og der må derfor foretages et skøn, som resulterer i at nogle får adgang til behandling mens andre ikke gør.

Dertil kommer et for mig at se generelt overset sundhedspolitisk problem knyttet til en stor persongruppe, der slet og ret er for syge til psykiatrien.

I medierne tales der ganske ofte om de patienter der afvises i psykiatrien, fordi deres funktionsniveau er for højt, eller fordi de har det for godt. Psykiatrien er presset, og der er kun plads til de allerdårligste (som, hvis de er heldige, kan få et pakkeforløb på op til 10 samtaler), og derfor må de "gode" patienter ud og stå i kø til privatpraktiserende psykologer og psykiatere i op til 2 år.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Men der er også en patientgruppe, som der ikke tales om. Mit gæt på en mulig årsag er, at disse mennesker ikke har ressourcerne til at råbe systemet op. Det er de mennesker der lever på kanten af samfundet; deres lidelse er kronisk, og funktionsniveauet er så lavt at de ikke kan fremmøde til ambulante behandling. Hvis man er så "heldig" at der er tale om en skizofreni-diagnose, så findes der udekørende teams, som opsøger en der, hvor man er. Men de mennesker, som er i samme livssituation, men som "bare" lider af angst/depression og misbrug, de må selv finde ud af at fremmøde. Hvis ikke de dukker op til den planlagte ambulante samtale kl. 8 mandag morgen, og efterfølgende ikke besvarer skriftlig henvendelse i e-boks, så afsluttes de til egen læge. Disse betingelser kan være udfordrende for mennesker, som pga deres psykiske lidelse (som jo er netop det de søger behandling for) har misbrug, omvendt døgnrytme, og måske står uden fast adresse eller adgang til e-boks.

Disse mennesker mangler et relevant og tilgængeligt tilbud. Det samme gør de mennesker som falder mellem to stole pga misbrug eller symptomatologi som ikke passer ind i psykiatriens pakkeforløb. Jeg anser mig selv som ekstremt heldig, at jeg til sidst fik tildelt den rette behandling, så jeg fik muligheden for at leve et godt liv, men jeg er samtidig bevidst om at ikke alle er lige heldige. Jeg ved at jeg ikke kan ændre det system, som er psykiatrien og det sociale sikkerhedsnet, der findes i Danmark, men jeg tilstræber hver dag at møde de mennesker, som uheldigvis kommer i kontakt med psykiatrien, med værdighed inden for nogle rammer, som desværre er uværdige.

At diagnosticere psykisk lidelse er en etisk proces. At diagnosticere kræver ikke kun de rette kompetencer - det kræver også respekt for det menneske man møder, ansvar for de konsekvenser, som det kan have, og ikke mindst integritet som psykolog, og som medmenneske.

Den netop citerede psykologs vidnesbyrd kan bl.a. læses som en kommentar til Psykolognævnets bestemmelser vedrørende autoriserede psykologers diagnosticeringspraksis.⁴

Anvendelse af diagnoser

Ved anvendelse af diagnoser lægges vægt på, at den autoriserede psykolog har belæg, herunder tilstrækkelig dokumentation, for at anvende en bestemt diagnose, hvad enten diagnosen kommer til at fremgå i en erklæring om en undersøgelse eller i journalen om et behandlingsforløb.

Det skal fremgå af erklæringen, hvem der har stillet diagnosen.

Er psykologer i dag diagnostisk kompetente?

Ansvarlig diagnostik kræver diagnostiske kompetencer. En psykolog, vi har interviewet, stiller sig generelt kritisk over for psykologstandens måder at omgås diagnosebegrebet på. Hun ser bl.a. problemet som begrundet i, at psykologer ikke, som det er tilfældet med lægerne, er blevet uddannelseskulturelt opflasket

⁴ Se <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2022/10267>, par. 4.1.6.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

med en grundlæggende faglig respekt for den slags empirisk funderet og hypotese-forankret evidens-tænkning, som er, og skal være rettesnor for lægefaglig praksis:

Jeg oplever, at forholdet mellem psykologer og læger har forskudt sig...

For 10-15 år siden var der stadig mange læger, som gennem et langt arbejdsliv havde vænnet sig til at være autoriteten, der havde patent på sandheden. Men som vejleder i Dansk Psykiatrisk Selskab har jeg oplevet, at især unge læger er mere ydmyge og åbne for at lytte til, hvad patienterne fortæller end de var tidligere. De har også fået kritik for ikke at høre efter. Både i somatikken og psykiatrien. Læger må også forholde sig til, at det bliver mere almindeligt, at ressourcestærke patienter forbereder sig til konsultationen ved forinden at orientere sig om lidelser og behandlingsmuligheder på internettet. Jeg oplever en konstruktiv, herredømmefri kommunikation med de læger, der henviser patienter til mig. Omvendt oplever jeg, at psykologer og socialrådgivere i stigende grad bliver stive, reduktionistiske og stigmatiserende i brugen af diagnoser. Måske fordi de ikke som læger lærer, at psykiatriske diagnoser (men også mange somatiske) er dynamiske og sættes ud fra skøn. Måske fordi uddannelsen er blevet mere samfundsfaglig / handelsskoleorienteret end den var, da jeg læste. Jeg har indtryk af, at grænsen mellem jura og psykologi bliver mere flydende. I Århus ligger de to fag side og side på samfundsfagligt fakultet. I min optik er psykologi et sundhedsfag, der nærmest er det modsatte af jura. Jeg har indtryk af, at især unge psykologer trues af mellemledere til at møde patienter ud fra en rigid forståelse, til at tilsidesætte grundfæstede, psykologfaglige principper og bruge manualer, behandlingsprogrammer og spørgeskemaer som om de giver objektive data. Ledere ansat som agenter for New Public Management tvinger psykologer ind i denne forståelse. På etik- og lovgivningskurset på specialistuddannelsen var det bare en masse paragraffer, der blev gennemgået, og der blev på ingen måde lagt op til refleksion over, hvornår psykologer skal sige fra overfor systemerne.

Endnu et citat fra vores materiale kritiserer psykologstandens diagnosehåndtering:

Diagnosticering er en alvorlig ting, fordi diagnoser følger med patienten i journalen og i livet - og når man møder det somatiske system, popper de/den psykiatriske diagnose(r) op øverst, og kan medføre stigmatisering og forskelsbehandling pga holdninger og forbehold hos somatisk personale (det er et faktum som også Sundhedsstyrelsen adresserer i deres faglige oplæg) - som kan betyde underbehandling og medvirke til nedsat trivsel og levetid. Så når psykologerne så gerne vil kunne diagnosticere, så skal det ske på et solidt grundlag og hele tiden reflekteres i forhold til patientens bedring og status. I dag har psykologerne ikke tid til testninger som grundlag for diagnoser, men bruger manualiserede skemaer, og det betyder desværre også at afdækning af kompetencer og mestring kan få en underordnet betydning i forhold til fokus på symptomer.

I det følgende citat fortæller en i dag erfarende psykolog, hvordan hun selv som relativt nyuddannet reelt var for lemfældig i sin omgang med det psykiatriske diagnoseapparat:

En oplevelse, jeg skammer mig over fra min tid som psykoterapeut-under-oplæring

Klienten ser mig i 'åben tid'. Hun er netop startet som førsteårs-studerende. Hun fortæller, at hun som 14-årig oplevede manisk optur, der føltes fantastisk, men også var til belastning for hendes omgivelser. En psykiater diagnosticerede hende som 'bipolar'. Efterfølgende havde der ikke været nogen episoder – men som ny-tilflytter til storbyen Århus, og dermed farvel til den trygge familie-ramme i lille bysamfund, tænkte

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

hun, det var en god ide at tage kontakt til Studenterrådgivningen. I videre snak fortalte hun, hvordan hun selv og familien havde reageret på diagnosen ved at nære mistænksomhed over for ethvert tilløb til personlig glædes-ytring. "Det kan være start på mani!" Jeg kommenterede hendes historie med, at det måtte være et hårdt regime at leve under. Mon ikke hun kunne tildele sig selv lidt flere frihedsgrader mht livsnydelse. Den kommentar blev hun glad for, og den ville hun tage til efterretning. Vi aftalte, at hun med mellemrum kunne besøge mig i åben tid – så vi sammen havde styr på hendes entre i universitetsverdenen. Hun besøgte mig med mellemrum – vist cirka en gang om måneden. Hun stortrivedes. Ud over at passe sit studie havde hun meldt sig på banen i det studenterpolitiske arbejde. Hun oplevede sig som frisat efter de fem lange års selvundertrykkelse. Jeg glædede mig sammen med hende. Indtil jeg i januar erfarede, at hendes stadig mere optrappende mani var blevet afløst af en kæmpe-kæmpe-depression garneret med selvmordsforsøg. Studenterrådgivningens psykiater tog over. Min klient blev reddet, men det tog lang tid. Og jeg skammede mig. Jeg havde opført mig mere lemfældigt, end godt var. Måske også mere 'psykolog-agtig' (på den ufede måde) – nemlig ved, så at sige, at give den mellem menneskelige kontakt eneprioritet.

Arbejdspladsen som dilemma-producent

Citaterne, vi bragte ovenfor, stammer fra enkeltpersoner. Men arbejdspladserne, kommunale PPR-kontorer og andre, udgør citaternes organisatoriske ramme, og dermed også ramme om de beskrevne diagnoserelaterede dilemmaer. Citaterne beskriver, hvordan citat-ejerne hver for sig har udviklet egne strategier og/eller holdninger med sigte på dilemma-håndtering.

På medlemsmøder, hvorfra mange citater stammer, bliver det typisk oplevet som en øjenåbner, at dilemmaerne i deres grundform ikke bare tilhører enkeltpersonen, men i princippet også kollegerne, og dermed arbejdspladsen. Det opleves tillige som en lettelse at kunne tale om dilemmaerne som noget, der ikke blot knytter an til den enkeltes mere eller mindre dårlige samvittighed over for snart den ene, snart den anden klient; men som noget, der kan tales om i et fællesgørende etik-sprog. Der udtrykkes ønske om at give etiksproget større plads i den fælles arbejdsdag. At føre det ønske ud i livet – i arbejdspladsens liv – er ikke nødvendigvis nemt.

Tre eksempler:

- ✓ *Jeg kunne ønske mig, at vi på arbejdspladsen var bedre til at dele de oplevede dilemmaer, der følger af, at kvalificeret håndtering af opgavemængden reelt overstiger kapaciteten, vi har til rådighed. Vi står konstant i dette dilemma: Skal vi strø relevant, men reelt utilstrækkelig hjælp ud til mange – eller skal vi give ikke-så-mange den hjælp, der virkelig batter.*
- ✓ *Sådan som vores diskussion udvikler sig, kan jeg mærke en snert af utilfredshed med mig selv. Det ville nok være 'bedre' og mere ambitiøst, hvis jeg brugte mere tid og energi på at italesætte etiske dilemmaer over for mig selv og andre – for dilemmaerne er der jo, og hvordan håndterer vi dem? Men arbejdshverdagen er først og fremmest en gøre-hverdag. Når det er sagt, så tænker jeg også, at både jeg og kollegerne rent faktisk er i besiddelse af ret velfungerende moralsk kompas – også selv om vi måske ikke sætter mange ord på det. En vigtig ting er nok, at man giver sig tid og plads til at mærke sit indre ubehag, når etikken for alvor anfægtes af organisatoriske krav.*

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

- ✓ *Det sker, at jeg påtaler eller inviterer til refleksion omkring etiske problemstillinger i min tværfaglige arbejdssammenhæng. Effekten er ofte, at jeg kommer til at føle mig isoleret. Opleves jeg som 'ham, der hele tiden skal brokke sig'. Måske får jeg også at vide, at "nu snakker du akademisk".*

Fællesgørelse af diagnoserelaterede dilemmaer ved hjælp af etik-sproget kan som sagt virke øjenåbnende og lettende. Ikke længere bare 'mit dilemma', men 'vores dilemma', 'arbejdspladsens dilemma'. Hjælper fællesgørelse så også til mere kvalificeret dilemmahåndtering?

Det spørgsmål kan diskuteres ud fra i hvert fald to perspektiver, et vertikalt perspektiv og et horisontalt perspektiv. Det vertikale perspektiv vedrører forholdet mellem psykologer som medarbejdergruppe og arbejdspladsens ledelse. Det horisontale perspektiv vedrører kollegiale relationer.

Vertikalt perspektiv

I 2019/20 foretog vi en spørgeskemaundersøgelse blandt DPs decentrale enheder. Vi bad om deres hjælp til at give os 'levende' eksempler på etiske dilemmaer, som enhedens medlemmer oplevede særligt tyngende eller udfordrende. Vi modtog i alt 64 sådanne dilemma-eksempler. Eksempelsamlingen er på ingen måde repræsentativ for den samlede psykologstand. Ufuldkommenheden til trods førte det indsamlede materiale til spændende overvejelser på KfE-møder. Eksempelvis fandt vi det påfaldende, at kun en ganske beskedent andel af eksemplerne, nemlig ni, dvs. 14%, angik dilemmaer, der direkte knyttede an til psykologens samarbejdsrelation med en borger eller borgergruppe. Femoghalvtreds af dilemmaformuleringerne (86%) tog i stedet afsæt i *etisk udfordrende rammevilkår*, der knyttede an til psykologens egen arbejdsplads. Og inden for denne gruppe kunne flere læses som udtryk for besvær direkte knyttet til psykologens dobbelt-identitet som kombineret menneskebehandler og sagsbehandler.

Arbejdspladsens væsentlige betydning som dilemmaproducent for – blandt andet – sine psykologmedarbejdere tjener til påmindelse om, at princippet om 'Professionel Integritet' ikke kun skal tænkes som et individuelt, men i høj grad også som et kollektivt og organisatorisk anliggende.

For arbejdspladsen er sagsbehandling et *must*. Arbejdspladsen har brug for at placere klienten i en særlig og navngivet sagskategori, udstyret med særlige, i princippet velbeskrevne sagsgange eller indarbejdede procedurer: "Så ved vi, hvad det drejer sig om, og hvad der skal gøres." I sin medarbejderfunktion kan psykologen have, og mærke sin tvivl om, hvorvidt sagsplaceringen er til klientens bedste – eller snarere hæmmende i forhold til menneskebehandlingens optimale udførelse.

Hér følger fire eksempler, der alle stammer fra de indsamlede dilemmabeskrivelser:

- Systemdagsordener kan overrule den enkelte klients behov/situation (fx. ved revalidering)
- Overdreven tiltro hos sagsbehandlere til værdien/brug af testresultater, eller brug af psykologreferencer i en sag for at give tyngde, selvom psykologen ikke er enig i substansen
- Ydelsesmønstre/-limiteringer og diagnosekriterier kan være en hæmsko for kvalificerede tilbud
- Tidkrævende og vildt kostbart udredningsarbejde, der ikke fører til behandlingsmulighed, er vel en form for avanceret tidsspilde, svigt i forhold til de mennesker, der udredes. Er det, hvad psykiatriplanen vil føre til?

Når nu arbejdspladsen ses som dilemmaproducent, er det så også arbejdspladsen, der skal udgøre rammen for dilemmaernes optimale håndtering? Det spørgsmål er ikke enkelt at besvare.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Det er jo ikke for sjov eller tilfældigt, at arbejdspladsen formulerer sagsbehandlingskrav til, bl.a. den psykologiske faggruppe. Det gør den, fordi disse krav afspejler ministerielt fastlagte socialpolitiske strategier – og dermed strategier, som ledelsen på arbejdsplads har pligt til i videst muligt omfang at efterleve. Jf. også følgende citat:

I PPR giver inklusionstematikken virkelig mange dilemmaer. Men at undlade inklusion iht de givne forskrifter er ikke en mulighed. Det skal bare gøres.

Hverken offentlige eller private arbejdspladser kan i åbenhed beslutte sig for slet og ret at *lade være med* at agere i størst mulig overensstemmelse med de ministerielt fastlagte socialpolitiske strategier. Fra arbejdsplads til arbejdsplads kan der imidlertid være stor forskel på ledelsens parathed, eller måske invitation til at gøre de dermed forbundne dilemmaer til genstand for fælles, åben refleksion.

Selv hvis en sådan parathed er til stede, og den fælles refleksion faktisk finder sted, ændres de dilemma-skabende forhold selvfølgelig ikke. Men – afhængigt af refleksionens kvalitet – kan arbejdspladsens dilemmahåndtering ikke blot blive forbedret indadtil; vellykkede forbedringsinitiativer kan tillige sprede sig og levere velkommen inspiration til andre, ligeledes dilemmaramte arbejdspladser. Blandt arbejdspladsens medarbejdere kan den fælles refleksion ideelt set også resultere i, at dilemmahåndteringen opleves som mindre slidsom, i og med at dilemmaerne løftes fra at være individuelle anliggender til at blive kollektive anliggender.

En simpel grund hos en ledelse, til eventuelt at misbillige fælles dilemmarelateret refleksion, kan være, at en sådan refleksion opleves som tidsspilde. Dilemmaer er et socialarbejdervilkår. Det kan refleksion ikke lave om på. Jf. også citatet ovenfor: Manglende efterlevelse af de strategibestemte forskrifter er ikke en mulighed. Arbejdet skal bare gøres. I forstærket form kan en sådan ledelsesholdning manifestere sig i udmeldinger, der ser refleksionsønsket som invitation til skabelse af en brokkekultur: *"Hvis du ikke kan lide lugten i bageriet, så bør du/I vel finde et andet bageri"*.

Følgende tre citater fra vores spørgeskemaundersøgelse knytter på forskellig vis an til det vertikale perspektiv:

- ✓ *Min leder er ikke psykolog og er ikke kendt med/forstående overfor etiske dilemmaer knyttet til psykologudøvelsen – eller uoverensstemmelse mellem egne værdier og organisationens værdier eller praksis*
- ✓ *Vi skal hjælpe andre, men vi bliver selv klemmt i organisationen*
- ✓ *Når der ikke er "hul igennem" mellem (top)ledelse og "gulv". Her kan der både være tale om lovgivningsmæssige, kommunalpolitiske og lokalt ledelsesmæssige udfordringer. Fx voksende salgstal/krav til indsatser, uden tilsvarende øgede ressourcer, eller ledelsesmæssig stillingtagen til, hvad der skal skæres væk eller prioriteres.*

Horisontalt perspektiv

Det horisontale, og dermed kollegiale perspektiv på psykolog-oplevede dilemmaer er todelt. Det vedrører dels kollegiale relationer internt i psykologgruppen, dels forholdet mellem psykologer og arbejdspladsens andre faggrupper, som de er tværfagligt forbundet med. Vi starter med sidstnævnte.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Tværfaglige problematikker

Som nævnt refererede 86% af modtagne input fra spørgeskemaundersøgelsen til arbejdspladsen som producent af særligt udfordrende etik-dilemmaer. Inden for denne gruppe pegede en stor andel på tværfagligt samarbejde som særlig dilemmaproducent.

Nedenfor bringer vi otte eksempler, hvor dette tema er tydeligt fremhævet. Hver på sin måde kan eksemplerne læses som en kommentar til temaet 'menneskebehandling ↔ sagsbehandling'. Det fagetiske princip, der først og fremmest refereres til er 'Ansvar':

- ✓ *I tværfaglige sammenhænge kan det være en udfordring at opretholde en praksis med tilstrækkelig supervision, hvilket har tilnærmende fag-etiske aspekter. Gælder især i situationer, hvor man er ene psykolog og hvor supervision så bliver begrænset og i tværfagligt regi*
- ✓ *Utryghed ved om en sags kompleksitet er tilstrækkelig oplyst, når sagshandler træffer beslutning om forældreevne, kompetencer hos personer med psykiske lidelser, m.v.*
- ✓ *Relationen er altafgørende for de her borgere - det er svært at vide dét og samtidig være vidne til den uendelige række af sagsbehandlerskift, mentorskift, mm.*
- ✓ *Bestiller/udfører-problematikker generelt, herunder rådgiver-blik på løsning, som kan se anderledes ud i psykolog-blik*
- ✓ *Diskrepans mellem formål med at vi møder borgeren, set fra hhv. rådgivers og psykologs side*
- ✓ *Det etiske ansvar i overdragelsen af psykologfaglighed – f.eks. brug af test til ikke-psykologer*
- ✓ *Faldgruber, der kan være i et tværfagligt samarbejde: F.eks. uenighed om fælles mål, manglende fælles viden, manglende gensidig respekt, og upræcis/mangelfuld kommunikation*
- ✓ *Når rehabiliteringsteams (som ikke indeholder psykolog) laver indstillinger, som ikke giver psykologfaglig mening. Hjælper jeg borgeren bedst ved at udføre blindt eller ved at holde fast i min faglighed?*

Kollegiale relationer internt i psykologgruppen

En særlig tematik vedrørende etik-på-arbejdspladsen knytter an til, hvad vi i KfE omtaler som 'den kollegiale forpligtelse'. 'Den kollegiale forpligtelse' tjener – nok engang – til tydeliggørelse af, at udvikling og fastholdelse af professionel integritet har det professionelle kollektiv som væsentlig kontekst. På et medlemsmøde blev 'den kollegiale forpligtelse' beskrevet som følger i hht vedtægter for Ethiske principper for nordiske psykologer:

Hvis du som psykolog bliver bekendt med:

1. at en kollega har problemer med at håndtere en situation, hvor de fagetiske principper er i konflikt, bør du tilbyde din hjælp til at løse dilemmaet,
2. at en kollega bryder de fagetiske principper, skal du tage sagen op med den pågældende kollega, inden du informerer Komite for Etik herom.

Præsentationen af 'den kollegiale forpligtelse' gav på mødet anledning til følgende udveksling:

- *Deltager: Hvis jeg nu henvender mig som 'etisk vagthund' til en kollega, og denne udtrykker enighed i at have været på gale side af etik-grænsen ('angrer') – er det så OK at stoppe dér?*
- *KfE: Ja, bestemt OK, hvis I begge oplever, at jeres samtale har været givende. Det optimale er jo netop, at etikken kommer til at leve sit liv i de kollegiale fællesskaber. Refleksionen er det vigtige. Det ikke som sådan*

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

vigtigt, at KfE får lejlighed til at kloge sig og lave klagesagsbehandling. Men I er selvfølgelig velkomne til at kontakte os med kommentarer eller spørgsmål. Generelt sagt kan kollegial etisk refleksion træne den personlige erkendelse, og anerkendelse af, at mine egne etiske fixpunkter ikke nødvendigvis deles af alle. Endnu en grund til at tage den etiske forpligtelse alvorligt, er, at det jo kan være, du tager grueligt fejl. At du er misinformeret eller har misforstået noget. I så fald er det usmart, at få startet en klagesag.

Statslige, regionale og kommunale embedsfolk som brugere og dermed også aktive interessenter i forhold til diagnosebegrebet

'Social- og sundhedspolitiske aktører' kan tjene som samlebetegnelse for de i overskriften nævnte grupper. I dette afsnit drøfter vi først legitimiteten af disse gruppers måde at omgås diagnosebegrebet på. Dernæst diskuterer vi potentielt problematiske konsekvenser af deres arbejdsindsats.

I det foregående afsnit beskrev vi, hvordan psykologer, i rollen som diagnosebrugere, kunne opleve en bred vifte af belastende dilemmaer. Disse dilemmaer kunne alle forstås som følgevirkninger af psykologens faglige dobbelt-identitet som på én og samme gang menneskebehandler og sagsbehandler. Dilemmaerne belastede, fordi psykologen oplevede, at de diagnostiske afgørelser, hun som støtte for sagsbehandling skulle udføre, ikke var til gavn, og måske ligefrem var til direkte skade for det menneske 'på den anden side af bordet', med hvem hun samarbejdede om diagnosearbejdets gennemførelse. Som det er blevet illustreret gennem hidtidig tekst, kan markante dilemmaer omkring alle fire overordnede fagetiske principper blive aktiveret.

For gruppen af social- og sundhedspolitiske aktører trænger tilsvarende dilemmaer sig ikke på som en direkte følgevirkning af deres arbejde. Uden for arbejdssituationen kan de være i personlig kontakt med mennesker, der gennemgår psykologisk eller psykiatrisk behandling. De kan måske selv være brugere af sådanne behandlingstilbud. Men i rollen som socialpolitiske aktører retter deres arbejdsmæssige kontakt sig mod sager og med udgangspunkt i en sagsbehandlerlogik, der adskiller sig radikalt fra den sundhedsfaglige. Deres arbejdsindsats retter sig mod at støtte optimal implementering af eksisterende social- og sundhedspolitiske strategier

Arbejdet, disse grupper udfører, er i sin substans totalt frakoblet det arbejde, der udføres i psykologers eller psykiateres arbejdsrum. Diagnoser, *i betydningen sagskategorier*, spiller imidlertid en central rolle i de social- og sundhedspolitiske aktørers arbejde. I det følgende citat omtaler en psykolog et sådant brug af diagnosebegrebet som diagnose-misbrug:

Diagnoser italesættes <i kontekster uden for den sundhedsfaglige / vor tilføjelse> som konkrete, håndgribelige substanser, mennesker kan have eller være. Men når diagnoser beskrives som konkrete substanser, misforstår man begrebet diagnose, hvilket medfører en masse absurditeter.

Problemet er imidlertid ikke diagnoserne. Problemet er misbruget af diagnosebegrebet. Den måde diagnoser både misforstås og misbruges på. (...)

Når økonomers brug af diagnoser som statiske tilstande bliver toneangivende, ændres brugen også i sundhedssystemet fra at være et deskriptivt redskab til kommunikation til at blive en substans, der stigmatiserer, når den knyttes sammen med penge, og med magt. Forenklet sagt kan man sige, at der opstår

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

en uoverensstemmelse mellem praktiserende behandlere på den ene side og ledelseslaget, hvor DJØF'er og bureaukrater administrerer med sundhedsøkonomiske redskaber på den anden side. (...)

Misbrug af diagnoserne medfører, at patienter fastholdes i psykisk lidelse. Selv om der er kommet større åbenhed om psykisk lidelse, trækker det i modsat retning, og får mange til at afholde sig fra at bede om hjælp hos lægen af frygt for stigmatisering. Med god grund, for både arbejdsgivere og offentlige myndigheder har adgang til sundhedsoplysninger, f.eks. ved ansættelser og vurderinger af forældreevne.

Som tidligere nævnt knytter misbrugstermen an til politik debat. For de social- og sundhedspolitiske aktører selv er det et ubestrideligt faktum, at forskellige diagnoser de facto bærer på forskellige samfundsøkonomiske implikationer. Deres job er at holde sig kritisk vurderende til disse implikationer. De kan som enkeltstående professionel gruppe ikke gøres eneansvarlige for, at deres brug af diagnoser som 'statiske tilstande' bliver 'toneangivende'. Det sker som afspejling af samfundsmæssige forståelsesformer, der i bred forstand kendetegner den tid, vi lever i, og som vi dermed 'alle sammen' bør opleve os medansvarlige for.

Potentielt problematiske følgevirkninger af de social- og sundhedspolitiske aktørers arbejde

Vores indsamlede materiale indeholder mange påpegninger af oplevede problematiske følgevirkninger af måden, hvorpå social- og sundhedspolitiske aktører håndterer diagnosebegrebet.

Særlige diagnose-tematikker inden for misbrugsområdet.

I de følgende citater fra to forskellige medlemsmøder opleves det etiske princip omkring Respekt først og fremmest anfægtet:

- ✓ *Vi, der arbejder på misbrugsområdet slås med det problem, at psykiatrien er meget lidt glade for at tage vores klienter ind. Det er vist svært i hele landet, men her i Nordjylland er det rigtigt svært. Nogle læger siger ligefrem nej til at skrive den henvisning, der er brug for. De ser det som nytteløst. Klienter kan finde på at give sig selv diagnoser for at opnå psykiatri-adgang.*
- ✓ *Vi arbejder inden for misbrugsområdet med relationsbaseret udredning i kontrast til 'traditionel', quick-fix og individfokuseret udredning, en udredningsform, som målgruppemedlemmer typisk stejler på. Bl.a. fordi de ofte ikke vil opleve deres misbrug som et behandlingskrævende problem, men som en tilvalgt livsform. Målgruppen kræver menneskelighed og ordentlighed. Vi lægger vægt på at støtte klienten i dennes omgivelser, ikke mindst mhp stabilisering af forløbet. Fx pårørende eller andre 'nære' sociale omgivelser. Målgruppen er ikke de bedste 'fremmedere'. Vi skal lytte til klientens egne ønsker. Måske ønskes blot psykisk-kropslig lindring, ikke radikal ændring, dvs afgiftning. Udredningsforløb starter typisk med massiv dataindsamling. Den almenmedicinske udredning er et MEGET vigtigt startfokus. Selve forløbet har ups and downs – stor gensidig tolerance er nødvendig. Sygeplejersker fungerer som løbende kontakt og støttepersoner.*

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt
v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Den diagnosticerede tillige med den diagnosticeredes private kontakter, pårørende, m.m. som brugere og, og dermed også aktive interessenter i forhold til diagnosebegrebet

Dette afsnit indledes med eksempler på diagnoser og diagnostik som oplevet personlig belastning for det diagnosticerede menneske. Derefter følger eksempler på den psykiatriske diagnose som en oplevet positiv livsbegivenhed.

Det er tidligere blevet nævnt, at mennesket, der er bærer af en diagnose kan opleve denne som et *personligt belastende, et trivselsforringende livsvilkår*. For diagnosebæreren er diagnosen udtryk menneskelig disrespect. Det tema behandles i vores første eksempel – som fortællendes af en psykolog.

En oplevelse fra min tid som psykoterapeut-under-oplæring

Årene, hvor jeg var under oplæring som psykoterapeut, var samtidig årene, hvor psykoterapi – i andre former end klassisk psykiatri og psykoanalyse – introduceredes i Danmark. En del klienter, jeg mødte i åben tid, præsenterede sig igennem, hvad jeg med et glimt i øjet kaldte en 'kongerække af diagnoser'. Hos en 25-årig kunne det hedde: "Som 17-årig havde jeg personlig nedtur, da min kæreste skred. Kom en tur på Psykiatrisk hospital. Diagnose: endogen depression. Som 19-årig var jeg hos gestaltterapeut X, han beskrev mig som P. Året efter ... dér sagde de, jeg var Q ... " – ogsåvidereogsåvidere – efterfulgt fx af, "og nu har jeg eksamensangst og det tænker jeg kan være udslag af R – du er jo psykolog, hvad tænker du?"

Min typiske strategi over for disse 'kongerække-klienter' var en satsning på at møde og få kontakt til mennesket-omme-bag-diagnoserne: "Nu er det dig og mig, der sidder over for hinanden. Hvad tænker du, jeg skal hjælpe dig med?"

Men med én bestemt klient måtte det blive anderledes. Oplevelsen, da hun for otte år siden var blevet diagnosticeret som XXX i forbindelse med en indlæggelse, havde (med det smukke Anne Linnet-udtryk) sat sig på tværs i hendes univers. Diagnosen var en fejl! Psykiateren havde overhovedet ikke set og hørt hende. Han var bare interesseret i at få afleveret sin psykiater-diagnose! Men diagnosen passede slet ikke på hende. Sådan var hun ikke. Det viste hendes senere liv klart. Den hospitals-journal var udtryk for et psykisk overgreb. Den psykiater var en skamplet på menneskeheden, og nogen burde fortælle ham, at han skulle skamme sig. Over nogle samtaler fødtes ideen om, at hun selv burde tage ny kontakt til den pågældende psykiater og tale sin sag: Argumentere for, at journalen burde ugyldiggøres. Klienten var på den ene side tændt på ideen. Uanset hvad denne kontakt måtte føre med sig, var hun sikker på, den ville løfte en byrde fra hendes skuldre. Hun havde gjort, hvad der for hende var menneskeligt muligt. Hun havde taget kampen op – ikke bare sagt "Ja og Amen".

Samtidig og på den anden side var hun hunderød. Det var jo (som set i hendes personlige indersideperspektiv) selve djævelen i menneskeskikkelse, hun skulle genoptage kontakten til.

Klienten får bestilt tid hos psykiateren. Hun og jeg har en samtale, hvor vi på forestillingsplan gennemlever det kommende scenarie. Hvad skal hun sige? Hvordan kan psykiateren tænkes at reagere?

Og så gør hun det. På et efterfølgende møde fortæller hun mig, hvordan det gik. Psykiateren havde vist sig venlig og imødekommende. Min klient havde fortalt om sit ærinde. Psykiateren havde hentet hendes gamle journal frem. Kiggede i den. Og sagde så: "Det er interessant. Det er helt rigtigt, at jeg på basis af vores samtale stillede diagnosen XXX. Men på en konference, efter du var blevet udskrevet, og hvor jeg fremlagde din sag, blev vi enige om, at diagnosen nok var forkert. Så den blev i journalen ændret til YYY."

Hun var i stand til at more sig lidt over hele historien. Det ord, der gennem otte år havde redet hende som en mare, var slet ikke det rigtige ord. Et andet ord skulle sættes ind i dets sted.

Jeg morede mig lidt med hende. Og en byrde var blevet løftet fra hendes skuldre.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Vores næste citat beskriver selve diagnosticeringsforløbet ('undersøgelsen' som en belastende personlig oplevelse):

Personlig beretning: Diagnosers indvirkning på mit eget liv

Jeg var som 18-årig udsat for en voldsom oplevelse, der efterlod mig med hyppige mareridt, livagtige flashbacks og en frygt for vilaveje, kældere og bankelyde. Jeg blev bange for at gå ud af min dør, og havde massiv undgåelsesadfærd. Jeg blev sendt i psykiatrisk behandling for agorafobi (primært med fokus på eksponering), hvor jeg travede byens villaveje tynde. Angsten holdt dog ved, og snart begyndte behandlerne at tale om, at det måske bare var min personlighed, som der var noget i vejen med. Ingen spurgte hvor frygten for villavejene kom fra! Efter at have været medicineret med utallige præparater og travet op og ned ad villaveje i årevis, var der endelig en behandler som satte sig ned, og spurgte mig hvad der egentlig var sket, og hvordan jeg havde det. Det var således først som 23-årig at jeg endelig fik diagnosen PTSD. Efter endelig at have arbejdet med traumatet som lå til grund for angsten (jeg var så heldig at blive tilkendt et EMDR-forløb), blev jeg stort set symptomfri, og det var en stor sejr for mig, da jeg i slutningen af behandlingsforløbet fik at vide, at jeg nu ikke længere levede op til diagnosekriterierne for PTSD. Jeg har siden dengang været stålsat på at få arbejde i psykiatrien, for at gøre det bedre end dét jeg dengang mødte. Diagnoserne har dog også i sig selv været med til at give mig angst, for kan man overhovedet arbejde som psykolog i psykiatrien, når man selv har haft diagnoser? I dag er den frygt blevet gjort til skamme. Jeg har haft det godt i årevis, og diagnoserne har mistet deres magt over mig.

Diagnose som positiv livsbegivenhed

Tre eksempler inden for dette tema:

Én familie, jeg kender

Ældste barn i familien har fra småbarn-alderen givet anledning til megen mentalt slidsom tumult. Slåskampe afløst af forsoning afløst af nye slåskampe afløst af forsoning afløst af Indtil han i 14-års alderen diagnosticeres som Asperger. Tumult forekommer stadig – men den kollektive dårlige samvittighed, der før var tumultens faste ledsager, forsvinder (næsten). "Vi er oppe imod et kropsligt problem. Optimal håndtering af det kropslige problem er stadig ikke let, men vi gør alle sammen vores bedste."

Kun en diagnose kan åbne diagnosedøren – citat fra et medlemsmøde

Hvordan rådgiver en PPR-psykolog forældre, der desperat kæmper for at få en ADHD-diagnose til netop deres barn, fordi det er den eneste mulighed, de har for at sikre barnet et ordentligt skoletilbud?

Hvordan forholder psykologer i psykiatrien sig, når de får til opgave at udrede arbejdsløse borgere, der efter bedste evne har googlet sig frem til, hvad de skal svare i det kliniske interview, for at få en borderlinediagnose, fordi en sådan udløser en højere social ydelse end en simpel angstdiagnose?

Personligt vidnesbyrd

Kommentar: I det følgende personlige eksempel oplever diagnosebruger det som en lettelse at skifte fra at 'tænke psykologisk' til i stedet at 'tænke psykiatrisk' om sine personlige genvordigheder: "Så er det kroppen, det er galt med, så behøver jeg ikke tænke mere over det, men skal bare huske at tage mine piller."

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Jeg er med i statistikken om det mangedoblede forbrug af antidepressiva. Jeg æder dagligt mine 20 mg citalopram (eller hvad der ellers på apoteket er det billigste mærke dén dag). Det kommer sig af, at jeg i midtfirserne (mine egne midt-fyrrere) oplevede en stor personlig-eksistentiel skuffelse: Jeg måtte, grundet begivenheder i den nære familie, skrinlægge mit gennem flere år fastholdte projekt om at komme tilbage til Afrika som tredjeverdenskonsulent. Så begyndte min krop at sende mig lejlighedsvis nedture. Jeg tænkte, de nok skulle teraperes væk, vi er vel psykologer – men der var tydeligvis ikke nogen terapeutisk klangbund i dén sag. Det var bare min krop, der sendte mig lejlighedsvis nedture.

Min personlige 'diagnose' dengang lød sådan hér: Når et målstyret missil mister målsigte, kommer det i ukontrollable svingninger. Da terapiprojektet var opgivet, viste det til min glæde, at min krop reagerede aldeles prompte og positivt på citalopram. I løbet af cirka en uge får det mig op af hullet. Det er jeg glad for. Men det er jo fjollet at kalde dem 'lykkepiller'. De gør mig jo ikke lykkelig. Hjælper mig bare op af et hul, som der ikke er nogen gevinst ved at være i. At være i hullet har aldrig ramt min arbejdsevne. Jeg er bare så susende-susende-susende ked af 'alting' – uden at være ked af noget bestemt.

I mange år spiste jeg kun citalopram, når jeg var faldet i hullet (hullerne optrådte med uforudsigelige mellemrum). Så på et tidspunkt begyndte jeg med min læges velsignelse at spise dem præventivt. Så nu spiser jeg daglig 1) glucosamin – for glucosamin ved jeg har hjulpet mig af med mit knæproblem. Og jeg spiser 2) citalopram – for jeg ved, at de 20 daglige citalopram-miligram fungerer ret godt, om ikke totalt som hulle-hæmmer. Derudover spiser jeg en del andre vitaminpræparater, uden at vide, om jeg egentlig har brug for dem. Men medicinalindustrien skal jo også leve ☺.

Jeg tænker, at 'vi er mange i Danmark', der har et lige så udramatisk og u-diagnostisk forhold til de skrækkelige lykkepiller som jeg.

Afrunding

Psykiatriske diagnoser er – som nævnt tidligt i teksten – *hot stuff*. Bølgerne kan gå særdeles højt, når diagnoser debatteres i det offentlige politiske rum. Indadtil i vores egen stand kan dilemmaerne opleves store, når psykologer ser sig nødsaget til at diagnosticere mennesket over for sig. Dilemma-komponenter kan fx være disse:

- Jeg gør det ikke, fordi jeg vil det eller finder det ønskeligt eller til umiddelbar gavn for klienten
- Jeg gør det fordi jeg i henhold til eksisterende krav og normer på min arbejdsplads skal og tillige ud fra en på én gang stærk og særdeles skrøbelig forhåbning om, at min diagnose på sigt kan blive klientens adgangsbillet til den behandling, hun reelt behøver. Men om det sker eller ej, har jeg ingen muligheder for at påvirke, og mine erfaringer fra tidligere sager kan give mig ubehagelig tvivl
- Så det er nok bedst at lade være med at tænke for meget over det og komme videre
- Det er også den 'løsning', jeg hyppigst har siddet tilbage med, hvis jeg eller en anden har luftet sin konkrete 'diagnosetvivl' ved frokostbordet eller i øvrigt. Arbejdet skal gøres og de besværlige dele af arbejdet må vejes op mod de dele, hvor jeg oplever og kan finde glæde ved at leve min faglighed konstruktivt ud.

Når vi i Komite for Etik har brugt – ganske megen – tid og energi på at udarbejde denne tekst, er det ud fra en tro på, at den aktuelle tingenes tilstand på det psykiatriske diagnose-område har plads til forbedring. De grundlæggende dilemmaer kan ikke trylles væk, men den samlede kvalitet af dilemma-håndteringen må kunne højnes.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

I tekstudarbejdelsen har vi ladet os styre af en forbedrings-strategi, hvor vi med afsæt i indsamlet materiale har fremvist afgrænsede sproglige territorier, der hver især knytter sig til én bestemt interessentgruppe, og/eller belyser ét bestemt aspekt inden for diagnosedebattens samlede synspunkt- og holdningslandskab. I pagt med KfEs særlige DP-bestemte opgave som refleksions- og dialogfremmende, har vi overalt bestræbt os på at markere holdningsneutralitet overfor de fremstillede sproglige territorier. Vi har, så godt vi formåede, rammesat dem ud fra skribentens egne værdimæssige præmisser snarere end gjort dem til genstand for KfE-funderet vurdering.

I politisk forstand har vi efter bedste evne forholdt os neutralt beskrivende – ud fra en forhåbning om derved at kunne højne kvaliteten i den politiske debat. En debat, hvis kvalitet bliver så meget des vigtigere at fastholde netop nu, i kraft både i kraft af nylig vedtagen Psykiatriplan og i kraft af den megen socialpolitiske bestyrtelse, der aktuelt kommer til udtryk i mediedebatten og på Christiansborg i forhold til unges mistrivsel, eksplosiv diagnosevækst i samfundet som helhed, m.m.

Vores tekst skal ikke opfattes som 'en undersøgelse'. Dertil har vores indsamling af materiale i for høj grad haft tilfældighedens præg. Snarere opfatter vi teksten som 'en replik'; og en replik båret af intentionen om at fremme dialogisk besindighed, mindske giftighed i diagnosedebatten. Dertil kommer, at vi oplever at levere et selvstændigt bidrag til debatten gennem vores rammesættende beskrivelse af psykolog-identitet som (bl.a.) konstitueret gennem den spændingsfyldte relation mellem menneskebehandleren og sagsbehandleren.

Vi håber, at vores umage vil vise sig at have været umagen værd. Vi modtager meget gerne kommentarer til eller synspunkter på det, vi har skrevet og vores måde at skrive på.

I bilag 1 præsenterer vi som nævnt en lidt grundigere gennemgang af de fire overordnede etiske principper fra fagetiske principper for nordiske psykologer. Vi har yderligere tilføjet et bilag 2, hentet fra en grundbog i professionsetik, som vi finder sympatisk, både i kraft af stor klarhed og et forholdsvis begrænset sidetal. I bilaget leveres nogle for os at se nyttige præciseringer af et antal centrale etik-sproglige termer.

Bilag 1: De fire overordnede etiske principper fra fagetiske principper for nordiske psykologer⁵

RESPEKT

Psykologen viser respekt for menneskets grundlæggende rettigheder, værdighed og integritet, og tilstræber at undgå, at psykologens faglige viden anvendes på en måde, som krænker, udnytter eller undertrykker mennesker. Psykologen respekterer klienternes og andre berørte parterers viden, opfattelse, erfaring og ekspertise. Psykologen respekterer kollegers og andre faggrupperes særlige kvalifikationer, forpligtelser og ansvar. Psykologen er opmærksom på individuelle, rollemæssige, kulturelle og sociale forskelligheder.

⁵ <https://www.dp.dk/fag-og-politik/fag/etik-i-psykologifaget/>

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Psykologen er også opmærksom på, hvordan individuelle, rollemæssige, kulturelle og sociale forskelligheder kan påvirke det professionelle virke.

Herunder fokus på elementerne: Fortrolighed og tavshedspligt Informeret samtykke og valgfrihed
Selvbestemmelse

KOMPETENCE

Psykologen bestræber sig på at udvikle og opretholde højt fagligt kvalifikationsniveau i sit arbejde. Psykologen tilstræber bevidsthed om sine faglige og menneskelige stærke og svage sider, således at psykologen realistisk kan vurdere med hvilken kompetence, psykologen kan påtage sig opgaver. Psykologen tager sine egne personlige forhold i betragtning, og hvordan disse vil kunne påvirke psykologens personlige kompetence. Psykologen påtager sig kun de opgaver, tilbyder kun de ydelser og bruger kun de metoder, psykologen er kvalificeret til i kraft af uddannelse, træning og erfaring.

Herunder fokus på elementerne: Etisk bevidsthed Kompetence og kompetenceudvikling Begrænsninger i kompetencen Metodebegrænsninger Begrænsninger i rammebetingelser

ANSVAR

Psykologen er opmærksom på det professionelle og videnskabelige ansvar, psykologen har for sine klienter og den organisation og det samfund, som psykologen lever og arbejder i. Psykologen undgår at forvolde skade og er ansvarlig for sine egne handlinger. Psykologen bestræber sig altid på at sikre, at psykologens ydelser ikke misbruges. Forskelle i viden og magt vil altid påvirke psykologens professionelle relationer til kolleger og klienter. Jo større disse forskelle er, jo større er psykologens ansvar.

Herunder fokus på elementerne: Ansvar Undgåelse af misbrug/skade Håndtering af etiske dilemmaer
Kontinuitet i ydelser Udvidet ansvar

PROFESSIONEL INTEGRITET

Psykologen stræber efter faglig integritet i forskning, undervisning og anvendt psykologi. Dette indebærer, at psykologen optræder ærligt, upartisk og respektfuldt over for relevante involverede parter. Psykologen gør sin rolle så klar og tydelig som muligt i alle arbejdssammenhænge.

Herunder fokus på elementerne: Redelighed og tydelighed Interessekonflikter og udnyttelse

Bilag 2: Citat fra Einar Aadland: Etik i professionel praksis, Dansk Psykologisk Forlag, 2019, s.57:

Etik er et redskab, som hjælper i vanskelige valgsituationer. Som støtte til at opdage, hvad der er på spil, har vi nogle nyttige redskaber i de etiske begreber.

Værdier er stabile mål, idealer og prioriteringer. De udtrykker alt det, som er vigtigt og værd at beskytte, både for individer, professioner, organisationer og samfund. Åbne værdier er bevidste, moralske idealer. Ureflekterede prioriteringer i en handling kan være udtryk for aktørens skjulte værdier. Man bør derfor skelne mellem værdier for ens praksis og værdier i ens praksis.

Normer er handlingsforskrifter. De er konkretiseringer af værdier inden for et smallere felt.

Notat om psykiatriske diagnoser og etik på godt og ondt
v. Komite for Etik, Dansk Psykologforening, april 2024.

Et etisk problem er en vanskelig situation, hvor der ikke er klare handlingsalternativer, men hvor vigtige værdier er indblandet.

Et etisk dilemma er en valgsituation, hvor forskelligartede værdier og moralske principper peger i retning af to ligeværdige lige gode (eller lige dårlige), men forskellige handlingsalternativer.

Etik er systematisk refleksion over moralsk praksis

Moral er opfattelser af rigtigt og forkert, som knyttes til ens egne eller andres handlinger.

Moralisme er overdreven moralsk indblanding