

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Diagnosens funktion i vuxenpsykiatrisk öppenvård

En kvalitativ studie av psykologers syn på DSM och psykiatrisk diagnostik

Hanna Nordenhielm

Examensarbete 15 poäng
Psyko terapeutprogrammet
PT2213, Vuxenpsykiateri med
psykodynamisk inriktning
Höstterminen 2017
Handledare: Jennifer Strand

Diagnosens funktion i vuxenpsykiatrisk öppenvård

En kvalitativ studie av psykologers syn på DSM och psykiatrisk diagnostik

Hanna Nordenhielm

Sammanfattning. Studiens syfte var att undersöka psykologers upplevelser av DSM och den psykiatriska diagnosens funktion och dess konsekvenser inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Nio legitimerade psykologer verksamma inom vuxenpsykiatrisk öppenvård intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide om sin syn på DSM och psykiatrisk diagnostik. Intervjuerna analyserades med tematisk analys vilket resulterade i fyra huvudteman och fjorton underteman. Studiens resultat visar att psykologerna anser att diagnosens huvudsakliga funktion för verksamheten är sortering och underlättande av kommunikation; att diagnosen verkar ge mening för vissa patienter men att den också kan hindra utveckling; att psykologerna ofta sätter diagnoser de inte håller med om och diagnostiserar för verksamhetens och patienters skull; samt att koppling mellan diagnos och behandling verkar saknas. Sammanfattningsvis visar resultaten att psykologerna är missnöjda med DSM och psykiatrisk diagnostik, vilket bland annat väcker frågor om alternativa modeller för diagnostik och hur psykiatrisk vård organiseras.

Psykiatri betyder själsläkekonst och definieras av Ottosson (2015) som ”...läran om psykiska störningar samt deras orsaker, vård och prevention...” (s.10). Psykiatrin rymmer två kunskapsområden: ett biologiskt-medicinskt och ett psykologiskt-socialt (Ottosson, 2015). I den naturvetenskapliga delen är förhållningssättet objektcentrerat och krav på objektivitet och mätbarhet följs. I den humanvetenskapliga delen står förståelsen av den enskilda individen i fokus. Psykiatrisk diagnostik har sin grund både i förklaring och förståelse. En samverkan av biologiska, psykologiska och sociala faktorer anses ligga bakom uppkomsten av psykiska störningar och medicinsk behandling, psykoterapi och sociala insatser ges ofta i kombination till patienten.

Inom offentlig vuxenpsykiatrisk specialistvård i Sverige fanns det år 2015 ca 145 500 patienter med en eller flera psykiatriska diagnoser. (Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2016). I Västra Götalandsregionen var antalet samma år ca 48 000 patienter med psykiatriska diagnoser. Diagnosen har en central roll i den psykiatriska verksamheten och ligger framförallt till grund för klassificering av patienter i olika diagnosgrupper samt behandlingsrekommendationer (APA, 2013).

Bland de legitimerade yrkesgrupperna med psykiatriska inriktningar har antalet psykologer verksamma inom hälso- och sjukvård ökat mest (Socialstyrelsen, 2016a). År 2016 arbetade totalt 2621 psykologer inom specialistpsykiatrisk vård i Sverige (SKL, 2017) och år 2015 var psykologer den näst vanligaste yrkeskategorin patienter träffade när de kom till vuxenpsykiatrisk öppenvård (SKL, 2016). Rätten att ställa diagnos inom hälso- och sjukvård är inte reglerad i någon författning (Socialstyrelsen, 2017b) utan den som tillhör hälso- och sjukvården har ett eget yrkesansvar och ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659). Detta innebär att psykologen har rätt att självständigt ställa diagnos i sitt kliniska arbete även om praxis

kan skilja sig mellan olika psykiatriska mottagningar (Sveriges Psykologförbund, 2015). I rapporten *Tänk nytt kring psykiatrin* framgår att både psykologer och läkare anser att psykologens specifika kompetens i fråga om diagnostik är inom områdena neuropsykologi, personlighet, utvecklingspsykologi, utredning och testning (Sveriges Psykologförbund, 2015). I samma rapport framförs också att psykologer har en särskild kompetens att planera behandling utifrån diagnos.

En aktuell fråga för psykologer som arbetar inom psykiatrin är förhållandet mellan psykologi och psykiatri (Abramowitz & Piacentini, 2006). Det psykologiska perspektivet är inte alltid förenligt med psykiatris och läkarens neurobiologiska sätt att förstå och behandla psykiskt lidande. Tidigare forskning visar också att psykologer har varit kritiska till diagnosmanualen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som ligger till grund för all klinisk diagnostik inom psykiatrisk vård (Socialstyrelsen 2017a; Miller, Bergstrom, Cross & Grubes, 1981; Smith & Kraft, 1983; Raskin & Gayle, 2016).

Eftersom tidigare studier varit kvantitativa med fokus på psykologers generella åsikter om DSM, var syftet med föreliggande studie att undersöka mer kvalitativa och fördjupade aspekter av psykologers syn på DSM och den psykiatriska diagnosens funktion och dess konsekvenser inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Diagnostik och diagnosens funktion

Vid klinisk diagnostik inom svensk psykiatri används huvudsakligen DSM men i journalen kodas diagnosen alltid utifrån ICD (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem) (Socialstyrelsen, 2017a).

DSM är ett kriteriebaserat klassifikationssystem av psykiska störningar utvecklat under de senaste 60 åren av den amerikanska psykiatriska föreningen (American Psychiatric Association [APA], 2013). Den senast reviderade versionen, DSM-5, kom ut i maj 2013. DSM syftar främst till att tjäna som en praktisk guide för kliniker av olika professioner inom det psykiatriska fältet, men också som referens för forskning och undervisning. Diagnoskriterierna identifierar symptom, beteende, kognitiva funktioner, personlighetsdrag, syndrom och varaktighet. I DSM-5 sorteras diagnoser som anses vara besläktade med varandra i kluster som i manualen är kapitelvis ordnade i en utvecklingsmässig följd tänkt att spegla livsspannet. En psykisk störning definieras i DSM-5 som ett syndrom som innefattar kliniskt signifikant störning med avseende på individens kognitioner, emotioner och beteende och som ofta orsakar en betydande funktionsnedsättning inom det sociala eller yrkesmässiga området. En förväntad reaktion på till exempel förlust av en närstående person eller annan yttre stress räknas inte som en psykisk störning.

Det är inte tillräckligt att notera de diagnostiska kriterierna för att fastställa en psykiatrisk diagnos (APA, 2013/2014). Varje klinisk bedömning måste innehålla en noggrann bakgrundsanamnes och kännedom om de sociala, psykologiska och biologiska faktorer som kan ha bidragit till störningens utveckling. Det krävs expertis och erfarenhet för att kunna avgöra skillnaden mellan normalvariation och psykopatologi.

Vidare ska en diagnos ha klinisk användbarhet och hjälpa den professionelle att avgöra patientens prognos och behandlingsplan, samt potentiella behandlingsresultat (APA, 2013). Detta ligger i linje med Firsts (2010) definition av klinisk användbarhet

som dock är mer utförlig och inkluderar i vilken utsträckning ett psykiatriskt klassifikationssystem hjälper klinikern att kommunicera klinisk information, t.ex. till patienten och andra behandlare; att välja effektiva behandlingsmetoder, att förutse behandlingens riktning, prognos och framtida behov av insatser; samt att skilja mellan störningar och icke-störningar för att kunna avgöra vem som är i behov av behandling. Mullins-Sweatt och Widigers (2009) definition är kortare; att klassifikationssystemet ska vara lätt att använda, underlätta kommunikationen samt vara ett gott stöd i behandlingsplaneringen.

En diagnos i sig är inte nödvändigtvis detsamma som att det föreligger behov av behandling (Herlofson, 2013/2014). Det avgörs istället av kliniska bedömningar och symptombilden ska sättas i relation till graden av lidande och funktionsnedsättning.

DSM är ett diagnostiskt referenssystem för kliniker och forskare, men också en kommunikationsplattform för hela den psykiatriska professionen (Herlofson, 1997/1999). APA:s grundtanke var att DSM skulle vara användbart oavsett teoretisk grundsyn hos yrkesutövaren i psykiatrin. Kriterierna gjordes teorilösa i fråga om synen på störningens uppkomst och grundades istället i symptombeskrivningar. Herlofson skiljer mellan symptomdiagnoser, som ställs utifrån symptombild och varaktighet inom definierade tidsramar, och kliniska diagnoser, som grundar sig på ett större material bland annat i form av bakgrundsanamnes, etiologisk diskussion, psykologiska tester och flera bedömningssamtal.

DSM-klassifikationen går i linje med Världshälsoorganisationens (WHO) internationella klassifikationssystem för sjukdomar, ICD (World Health Organization [WHO], 2016b). Syftet med ICD är att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som ligger bakom dödsfall eller kontakt med hälso- och sjukvården. Klassifikationen är hierarkiskt uppbyggd av sjukdomsgrupper och sjukdomskategorier.

Alla insatser och diagnoser inom svensk sjukvård ska kodas enligt ICD-systemet (Socialstyrelsen, 2016b). I Sverige används en svensk version av den tionde revisionen av ICD (ICD-10) som utgavs av WHO 1992. Det har genom uppdateringar tillkommit svenska fördjupningskoder, d.v.s. mer detaljerade uppdelningar än de som finns i grundformen av ICD-10. Klassifikationen innehåller som regel inte några diagnoskriterier. Emellertid utgör kapitel 5, *Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar*, ett undantag och för flertalet diagnoser finns beskrivningar av den kliniska bilden. Diagnostiska riktlinjer ger också stöd för i vilken utsträckning kriterierna bör uppfyllas för att diagnosen kan säkerställas (WHO, 2016a). Klassifikationen är liksom DSM teoretiskt obunden.

Det finns i princip ingen gräns för hur många diagnoser som kan registreras för varje patient men antalet bör av praktiska skäl begränsas och endast diagnoser som haft relevans för vården bör registreras, det vill säga om diagnosen har lett till utredning eller behandling (Socialstyrelsen, 2016b). För patientstatistik och andra syften måste ett av tillstånden anges som huvuddiagnos, det vill säga det tillstånd för vilket patienten främst utretts eller behandlats för under vårdtillfället. Övriga tillstånd bör anges som bidiagnoser.

Man strävar efter att i så stor utsträckning som möjligt likställa DSM och ICD för att bland annat underlätta jämförandet av hälsostatistik och forskning på nya behandlingsmetoder (APA, 2013). Den svenska Socialstyrelsen har utvecklat ett system för länkning mellan DSM och de svenska ICD-koderna (Socialstyrelsen, 2017a). En översättning till koderna i ICD-10 finns också inom parentes bredvid varje diagnos i

DSM-5-manualen (APA, 2013). I *Mini-D 5 - diagnostiska kriterier enligt DSM 5* (APA, 2013/2014) har klassifikationen kopplats till ICD-10-SE i Appendix. Mini-DSM är en fickutgåva och är avsedd att användas i kombination med den kompletta huvudmanualen för DSM-5.

Kritik av DSM

Det har från flera håll riktats kritik mot DSM och psykiatrisk diagnostik. Den främsta kritiken har rört interbedömarreliabilitet och validitet samt överdiagnostik och medikalisering.

Enligt Herlofson (1997/1999) uppfattas psykiatrisk diagnostik ofta som oklar och otillförlitlig, bland annat utifrån orealistiska förväntningar på en diagnostisk sanning och brist på teknologi och synliga hållpunkter i den diagnostiska processen jämfört med den somatiska vårdens tillvägagångssätt som anses mer konkret. Symptomdiagnostikens styrka är enligt Herlofson en god interbedömarreliabilitet men han ser en risk med att förenkla diagnostiken till lättanvända kriterier då innehållet i diagnosen kan urholkas med sämre validitet som följd. Frances (2013) är skarp i sin kritik av DSM och anser att man för att nå målet med hög interbedömarreliabilitet helt har fått göra avkall på validiteten. För att undvika att olika kliniker ställer olika diagnoser på samma patient behöver de definierade symptomen vara extremt enkla, tydliga och lätt generaliserbara. Den lägre graden av validitet resulterar i att hänsyn ej tas till nyanser och patienters individuella olikheter. Frances anser att DSM har bidragit till en försämrad psykiatri som utgår från en checklista, som generaliserar individuella olikheter och endast erbjuder manualbaserade behandlingar. Bentall (2009/2010) framför liknande åsikter och lyfter fram att DSM felaktigt utgår från att gränser kan dras mellan olika psykiska störningar. Han hävdar att det inte finns några tydliga gränser mellan psykisk hälsa och psykisk sjukdom och framhåller att frågan om diagnostisk validitet är central. Varje psykiatriskt klassifikationssystem behöver erbjuda ett ramverk för realistisk och meningsfull förståelse av patientens problematik eftersom det i annat fall skulle innebära en tvivelaktig grund för både behandling och forskning. Även Cooper (2005) talar om behandlingsmässiga och vetenskapliga brister men utifrån problem med interbedömarreliabiliteten. Hon anser att trots att DSM är utformat som ett ateoretiskt system är alla kliniker teoribundna, vilket får som följd att en patient får olika diagnos beroende på vem som gör bedömningen. Hon kritiserar även validiteten när hon menar att DSM huvudsakligen utgår från ett medicinskt-biologiskt perspektiv och ställer sig tveksam till om DSM beskriver psykiska störningar på ett rimligt vis. Hon talar i detta avseende om att kategoriseringarna inte är "naturliga"; det vill säga objektiva fenomen som liksom kemiska element kan studeras vetenskapligt; utan har påverkats av politiska, ekonomiska och samhälleliga motiv.

En del av kritiken av DSM handlar om att man anser att kategoriseringarna har bidragit till en patologisering av normala tillstånd. Herlofson (2013/2014) uttrycker oro för överdiagnostik i och med att livsproblem kan komma att klassas som psykisk ohälsa. Frances (2013), Batstra och Frances (2012) samt Horwitz (2002) ger uttryck för liknande kritik som huvudsakligen handlar om att DSM driver psykiatrisk diagnostik i fel riktning; mot att klassificera normala tillstånd som patologiska med diagnostisk inflation och överanvändning av psykofarmaka som följd. Normala reaktioner misstolkas som psykisk störning eller sjukdom utifrån politiska, sociala, kulturella eller

ekonomiska intressen (Horwitz, 2002). Horwitz och Wakefield (2007/2010) diskuterar samma tema när de kritiserar DSM för att bidra till en sammanblandning av normal sorg och depressiv störning. De lyfter fram konsekvenser såsom att patienter kan skadas genom att de förleds att betrakta sig själva som störda och utsätts för onödiga behandling. Även i detta sammanhang menar man att validitetsproblem uppstår som får konsekvenser för vilken forskning och behandling som bedrivs.

Psykologens roll vid diagnostisering

Man får inte kalla sig psykolog inom hälso- och sjukvården om man inte är legitimerad för yrket (Ek, Linder & Wetter, 2011). Legitimerade psykologer och psykoterapeuter räknas alltid som hälso- och sjukvårdspersonal i den utsträckning deras yrkesutövning innebär att de utreder, vårdar eller behandlar människor.

Det har diskuterats om psykologer har rätt eller t.o.m. skyldighet att ställa diagnos (Ek, Linder & Wetter, 2011). Rätten att ställa diagnos inom hälso- och sjukvård är inte reglerad i någon författning (Socialstyrelsen, 2017b). I § 1 och § 2 i Patientsäkerhetslagens 6 kap. *Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.* framgår att den som tillhör hälso- och sjukvården har ett eget yrkesansvar och ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659). Detta innebär att psykologen liksom övriga professioner inom psykiatri självständigt står för metodval, genomförande av utredning, tolkning av data samt diagnostisk bedömning (Ek, Linder & Wetter, 2011). En diagnostisk utredning i psykiatri görs ofta av ett team bestående av olika yrkeskategorier. När diagnosen ska ställas bidrar psykologen med sin bedömning. På vissa håll inom sjukvården förser psykologen läkaren med utredningsmaterial och läkaren ställer sedan ensam diagnosen. Det sistnämnda är inte förenligt med det lagstadgade personliga yrkesansvaret i Patientsäkerhetslagens 6 kap. (SFS 2010:659). Det saknas emellertid i den psykiatriska vården ofta tydlighet med avseende på hur ansvar är kopplat till yrkeskompetenser (Sveriges Psykologförbund, 2015). Praxis varierar lokalt vilket till exempel innebär att frågan om vem som får ställa diagnos kan se olika ut inom olika kliniker. En rapport sammanställd av Sveriges Psykologförbund (2015) lyfter fram att även om läkaren ofta tycks ha tolkningsföreträde när det råder oenighet i teamet kring diagnostiken verkar majoriteten av läkare och psykologer anse att området psykiatrisk diagnostik är en gemensam och jämförbar kompetens. Detta utifrån att båda yrkesgrupper är tränade i att samla information till diagnostik genom samtal, kliniska intervjuer, beteendeobservationer, analys av journalmaterial m.m., samt har utbildning och praktik i psykiatri och psykopatologi. Psykologernas specifika kompetens ansågs framförallt röra neuropsykologi, personlighet, utvecklingspsykologi, utredning och testning.

Vad gäller psykologen i sin roll som diagnosställare pekas det från flera håll på vikten av att fundera kring frågor som rör juridik och etik. Patientjournalen får till exempel enligt lag inte innehålla något som patienten kan uppfatta som kränkande (Ek, Linder & Wetter). Psykologer och psykoterapeuter bör därför alltid återkoppla och diskutera diagnostiska bedömningar med patienten innan de i samråd med patienten journalför uppgifterna. Den psykologiska diagnosen kan sedan resultera i åtgärder såsom psykoterapi och stödinsatser. I Sveriges Psykologförbunds rapport (2015) rådde det bland läkare och psykologer enighet om att psykologerna är särskilt skickliga i fråga

om att koppla diagnos till psykologisk behandling eller psykopedagogiska interventioner.

Vidare betraktas mötet mellan psykolog och patient aldrig som jämlikt då psykologen har ett maktövertag utifrån sin profession (Ek, Linder & Wetter, 2011). Psykologen ställs i sin yrkesutövning inför grundläggande frågor såsom människans frihet, självbestämmande och hälsa, vilket bidrar till makt och inflytande över patienten. Dock betonas att även psykologen i och med detta befinner sig i en utsatt roll. Vad gäller diagnosställandet i sig anser Meyer (2002) att psykologer i större utsträckning än andra professioner borde ha förståelse för diagnostikens komplexitet och att det aldrig är enkelt att finna tydliga eller definitiva svar när man försöker begripliggöra psykopatologi. Det sistnämnda förefaller ligga i linje med resultaten från Sveriges Psykologförbunds rapport (2015) som visar att man uppfattade psykologens diagnostiska kompetens som mer fördjupad och processorienterad jämfört med läkarens. Bland annat resulterar ofta psykologutredningar i en funktionsbeskrivande diagnostik kopplade till olika teoretiska system.

Psykologers syn på DSM

I tre studier undersöktes specifikt psykologers åsikter om DSM och diagnostik utifrån DSM. I Miller, Bergstrom, Cross och Grubes (1981) studie av kliniskt verksamma psykologers inställning till DSM framkom att majoriteten var tydligt skeptiska till DSM-II. Man upplevde att diagnosen förvrängde klinikerns syn på patienten; att psykosociala problem medikaliserades; att DSM inte var reliabel eller valid; att tyngdpunkten låg mer på diagnos än behandling; att individuella skillnader reducerades och att patologi överbetonades. Annan kritik som framkom var att diagnostisk klassifikation ofta leder till fel behandling eller har lite relevans för behandlingen.

Kort efter att DSM-III hade utgivits presenterades en studie om psykologers åsikter om den nya manualen (Smith & Kraft, 1983). De huvudsakliga resultaten pekade på att psykologerna i första hand föredrog psykosociala/interpersonella diagnosmodeller, i andra hand icke-diagnoser och i tredje hand beteendeanalyser framför användningen av DSM-III. Vidare framkom att psykologerna ansåg att de flesta tillstånd i DSM-III borde betraktas som icke-medicinska problem i livet; att för få ansträngningar har gjorts att ta fram ett vetenskapligt alternativ till DSM och att patienternas välbefinnande och integritet bättre hade kunnat tillvaratas om man hade lämnat den medicinska modellen. Resultaten visar att psykologers missnöje med DSM-manualen tycktes kvarstå, även efter att den reviderats och utkommit i en nyare version än den Miller, Bergstrom, Cross och Grubes (1981) utgick från i sin studie.

De två studierna följdes över tjugo år senare upp med en tredje för att undersöka om psykologers åsikter om DSM hade ändrats över tid (Raskin & Gayle, 2016). I denna studie stod DSM-IV-TR och till viss del DSM-5 i fokus. Resultaten visade att trots att DSM har genomgått förändringar genom åren så har psykologers inställning till manualen varit konsekvent. Även om fler än 90 % av psykologerna uppgav att de använde DSM-IV-TR var de missnöjda med åtskilliga aspekter av den och stödde utvecklandet av alternativa diagnossystem. De uttryckte också missnöje kring den kommande DSM-5-manualen och ansåg att den på ett olämpligt sätt skulle komma att klassificera fler beteenden som störningar än DSM-IV-TR. Fördelarna med DSM-IV-

TR ansågs vara manualens förmåga att identifiera patologi och tillhandahålla diagnostiska koder. Man upplevde också att det multiaxiala systemet som en fördel. Detta försvann dock i DSM-5. Nackdelarna ansågs vara att DSM-IV-TR reducerade individuella skillnader; att tyngdpunkten låg mer på diagnos än behandling; att patologi överbetonades, att diagnosen förvrängde klinikerns syn på patienten och att psykosociala problem medikaliserades. Resultaten från Raskin och Gayels (2016) studie överensstämde således väl med resultaten från studierna som gjordes för över 30 år sedan av Miller, Bergstrom, Cross och Grubes (1981) samt Smith och Kraft (1983). Trots det omfattande missnöjet hos psykologerna verkar alltså nästan samtliga använda sig av DSM-manualen i sitt kliniska arbete, vilket bl.a. väcker frågor angående etik.

En studie om hur kliniskt verksamma psykologer hanterade ett ateoretiskt kategoriseringssystem pekar dock på att psykologer inte använder DSM-manualen som den är avsedd (Kim & Ahn, 2002). Studien utgick från DSM-IV och resultaten visade att kliniker använder psykologiska teorier som grund för diagnostiska bedömningar trots årtionden av praktisk användning av det ateoretiska DSM-systemet.

Som underlag för utvecklandet av ICD-11 genomfördes en global studie av psykologers syn på diagnostik och klassifikation av psykiska störningar (Evans et al., 2013). Studiens resultat visade att psykologerna ansåg att diagnosklassifikationens viktigaste syften är knutna till klinisk vård och kommunikation, till exempel beslut om behandling eller åtgärd, kommunikation mellan kliniker och med patienter. Vidare önskade en majoritet av psykologerna ett klassifikationssystem med färre diagnoskategorier och med större flexibilitet i fråga om diagnostiska riktlinjer.

Inför lanseringen av DSM-5 gjordes en fältstudie i syfte att undersöka manualens kliniska användbarhet (Moscicki et al., 2013). Resultaten visade att psykologer upplevde att diagnoskriterierna var lätta att använda i praktiken och användbara i arbetet med patienten, och man såg fram emot den kommande versionen DSM-5 som man trodde skulle bli bättre än sin föregångare DSM-IV. Resultaten säger dock inget om psykologernas åsikter om specifika diagnoser i den nya manualen, utan enbart att deras inställning överlag var positiv.

I en annan studie om psykologers åsikter om DSM-5-manualens kliniska användbarhet fann man att psykologerna tycktes ha en neutral inställning till DSM-5 som helhet (Nockels, 2015). Deltagarna skattade manualens användbarhet högst och det prognostiska värdet lägst.

Patientperspektivet

En studie visade att över hälften av patienterna inte hade kännedom om sin diagnos, trots att de flesta hade velat få veta (Shergill, Barker & Greenberg, 1998). Av de som hade kännedom om sin diagnos höll majoriteten med om sin diagnos och upplevde att den var till nytta i behandlingen. En slutsats som dras utifrån studien är att patienter bör tillfrågas och informeras om sin diagnos. En annan studie som utgick från hypotesen att psykiatriska diagnoser kan leda till negativa konsekvenser för patienten visade på liknande resultat (Kemani, 2007). Studien pekade på att man tidigt i kontakten med patienten bör beröra diagnostiken och att nyttan med en diagnos bör övervägas i det enskilda fallet. I fråga om att förmedla diagnosen till patienten efter bedömning eller utredning framkom att lämpligheten bör avgöras från fall till fall. Resultaten visade

dock att patientens autonomi och rätt till relevant information bör gå före psykologens avsikt att göra gott eller undvika skada.

I flera studier har man undersökt stigma och negativa upplevelser hos patienter med psykiatriska diagnoser. I en studie med syfte att undersöka och jämföra den psykologiska effekten av sex olika DSM-diagnoser framkom att diagnosen paranoid personlighetsstörning väckte mest negativa reaktioner (Celaire & McDermott, 2015). Därefter följde borderline- och antisocial personlighetsstörning; och sedan svår depression, ångesttillstånd och posttraumatiskt stressyndrom. Borderline personlighetsstörning uppfattades som mest svårbegriplig av deltagarna. Resultaten visade sammantaget att personlighetsstörningsdiagnoserna hade mest negativ effekt, vilket antogs bero på att diagnoserna inom detta område implicerar att individen har en defekt kärna och självupplevelse. Patienten kan utifrån det kända sig stigmatiserad av diagnosen och reagera med stress och oro. En annan studie fokuserade specifikt på personer med diagnosen borderline personlighetsstörning (Lloyd, 2015). Det framkom framförallt negativa upplevelser kopplade till diagnosen; av stigma, en förändrad självupplevelse och svårigheter i mötet med hälso- och sjukvård. Samtliga deltagare hade traumatiska erfarenheter som de själva ansåg var mer meningsfulla än diagnosen att utgå från i förståelsen av deras svårigheter. I ytterligare en studie om psykiatriska patienters upplevelser av diagnostik framkom att majoriteten av deltagarna upplevde stigma kopplad till sin diagnos (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & Kings, 2004). Personer med psykossjukdom eller drogberoende hade flest erfarenheter av att ha blivit stigmatiserade. De med depression- och ångestdiagnoser samt personlighetsstörningar var mer påverkade av känslor av stigma, även om de inte hade upplevt någon yttre diskriminering. I en forskningsgenomgång av självskattningsinstrumentet för personer med psykiatriska diagnoser; *The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)*; fann man att det vanligaste resultatet i studier som använder ISMI är att internaliserat stigma korrelerar med en högre grad av depression, lägre självkänsla och svårare symptom (Boyd, Adler, Otilingam & Peters, 2014).

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att undersöka psykologers syn på DSM och den psykiatriska diagnosens funktion och dess konsekvenser inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Metod

Deltagare

Nio legitimerade psykologer verksamma inom vuxenpsykiatrisk öppenvård intervjuades om sin syn på DSM och psykiatrisk diagnostik. Deltagarna bestod av sju kvinnor och två män i åldern 33-63 år. Tre av deltagarna var utöver legitimerade psykologer också legitimerade psykoterapeuter. En var utöver legitimerad psykolog också specialist i klinisk psykologi. Antal år inom psykologyrket efter erhållen psykologlegitimation varierade mellan 2 och 36 år. Antal år på nuvarande arbetsplats spannar från 2 månader till 15 år. Fem av de nio deltagarna arbetade inom

subspecialiserade team. Under intervjuerna framkom att sju av psykologerna självständigt ställde diagnos i sitt arbete. Övriga två psykologer gjorde också diagnostiska bedömningar men den formella diagnosen ställdes oftast av patientansvarig läkare på mottagningen efter dialog mellan psykolog och läkare. Under intervjuerna framkom också att majoriteten av deltagarna hade en psykodynamisk inriktning.

För att garantera deltagarnas anonymitet togs alla namnuppgifter och refererande till andra namngivna personer bort.

Deltagarna rekryterades från slumpmässigt utvalda vuxenpsykiatriska mottagningar inom Västra Götalandsregionen, främst inom Göteborgsområdet. Samtliga mottagningar tillhörde offentlig vård. Inklusionskriteriet för att få medverka i studien var att man skulle ha arbetat kliniskt inom psykiatrisk öppenvård i minst två år efter erhållen psykologlegitimation. Syftet med inklusionskriteriet var att i möjligaste mån säkerställa att deltagarna hade goda kunskaper om, samt erfarenheter av, diagnossättning och rådande diagnossystem.

Procedur

Intervjupersonerna rekryterades genom ett utskick med e-post till enhetscheferna för fem olika vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Göteborgsområdet. Mottagningarna valdes utifrån geografisk närhet och kontaktuppgifter inhämtades genom användandet av sökorden ”vuxenpsykiatrisk öppenvård Göteborg” på Googles sökmotor. Samtliga mottagningar tillhörde offentlig vård. Utskicket till enhetscheferna innehöll en förfrågan om legitimerade psykologer inom respektive klinik ville medverka i studien (bilaga 1) samt ett informationsbrev till intervjupersonerna (bilaga 2). I e-posten till enhetscheferna delgavs kortfattad information om studien och att de senare skulle kontaktas via telefon. Informationsbrevet till intervjupersonerna innehöll information om studiens syfte och upplägg, inklusionskriterier, genomförandet av intervjun, etiska aspekter såsom frivillighet att delta samt garanterad anonymitet, sekretess, hantering av intervjumaterial, vilka som vara ansvariga för studien och kontaktuppgifter. Efter det första utskicket hörde fyra psykologer av sig via e-post och tackade ja till att medverka i studien. Två av enhetscheferna responderade ej på utskicket med e-post och kontaktades per telefon. Detta resulterade i att ytterligare två intervjupersoner rekryterades. I syfte att rekrytera fler intervjupersoner utvidgades det geografiska området till att omfatta Västra Götalandsregionen. Sökorden ”vuxenpsykiatrisk öppenvård västra götaland” användes på Googles sökmotor och tre mottagningar valdes utifrån fördelaktiga pendlingsmöjligheter från Göteborg. Även dessa mottagningar tillhörde offentlig vård. Enhetscheferna erhöll samma utskick per e-post som enhetscheferna för de vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningarna inom Göteborgsområdet och ytterligare fyra deltagare rekryterades till studien. En person tackade först ja men återkom sedan inte med besked vilket räknades som att tacka nej.

Sammanlagt tackade nio personer ja till att delta i studien. Tid och plats för intervjun bokades via e-post. Vid intervjutillfället fick deltagarna en muntlig genomgång av den skriftliga informationen för att säkerställa att deltagarna hade kännedom om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas samt sekretess och hanterandet av materialet. Det gavs också tillfälle för personerna att ställa frågor kring deltagandet och studien. Samtliga samtyckte till att fortsätta med intervjun och fyllde även i en skriftlig samtyckesblankett (bilaga 3). Ingen

av intervjupersonerna avbröt sitt deltagande. I samtliga fall utom två genomfördes intervjuerna på respektive deltagares kontor på arbetsplatsen. Övriga två intervjuer hölls i ett rum på Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Efter avslutad intervju fick deltagarna möjlighet att kommentera upplevelsen av att ha medverkat i intervjun. Inga negativa erfarenheter framkom. Samtliga intervjuer spelades in och överfördes till ett USB-minne som förvarades inlåst i enlighet med den sekretess som rådde kring studien.

Efter att studien blev godkänd av handledare och examinator vid psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och tryckts skickades ett exemplar till varje deltagare i studien.

Intervjuförfarande

Intervjumallen (bilaga 4) som utformades var semistrukturerad och bestod av tio övergripande frågor. Samtliga frågor syftade till att fånga deltagarnas erfarenheter och upplevelser av psykiatrisk diagnostik och DSM i relation till det kliniska arbetet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

När syftet är att undersöka intervjupersonens livsvärld förespråkar Kvale och Brinkman (2014) den kvalitativa forskningsintervjun och halvstrukturerade intervjuer. Intervjuforskning liknas vid ett hantverk som kräver väl utvecklade färdigheter hos intervjuaren. Det fordras förutom känslighet för det sociala samspelet också goda ämneskunskaper och kännedom om metod samt epistemologiska och etiska frågor kopplade till forskningsintervjuandet. Forskningsintervjun beskrivs som ett professionellt samtal och det är i interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade som kunskap genereras. Detta bygger på att intervjuaren kan skapa en situation där intervjupersonen känner sig fri och trygg nog att prata om privata upplevelser och händelser samtidigt som respekt för intervjupersonens integritet bibehålls. Det understryks att den halvstrukturerade intervjun inte är ett vardagligt samtal men inte heller ett slutet frågeformulär eftersom den utgår från teman och förslag till frågor. Följsamhet är viktigt och det ska utifrån intervjupersonens svar och berättelse finnas möjlighet till flexibilitet, t.ex. med avseende på hur och i vilken ordning frågorna ställs. Det är framförallt specifika situationer och handlingar som står i fokus; kvalitativa aspekter av intervjupersonens livsvärld snarare än generella åsikter.

Varje intervju inleddes med frågor angående demografisk data såsom ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet. Under samtliga intervjuer berördes därefter följande tematiska områden: psykologens upplevelser av diagnostik, diagnostik i mötet med patienten, diagnostik och behandling, diagnostik som kommunikationsmedel samt diagnostik utöver DSM. Intervjumallen kompletterades med följdfrågor, både öppna och specifika, när det bedömdes relevant att få mer information från intervjupersonen, t.ex. *Hur menar du? Kan du berätta mer om det? Har du något exempel? Kan du beskriva hur det blev för dig?* Avslutningsvis fick alla deltagare frågan om de ville tillägga något.

Analys

Den kvalitativa forskningsintervjun (Kvale & Brinkman, 2014) avser att undersöka hur verkligheten ter sig för intervjupersonerna och skapa mening ur deras erfarenheter. Målet med en kvalitativ metod är således inte kvantifiering utan att fånga mångsidiga beskrivningar av kvalitativa aspekter av individens livsvärld. Utifrån studiens mål som var att undersöka forskningsfrågan så brett som möjligt med möjlighet till fördjupning av specifika upplevelser och situationer valdes den kvalitativa forskningsintervjun.

Samtliga intervjutranskript analyserades med tematisk analys. Tematisk analys är en metod för att identifiera, ordna, analysera och redovisa teman i det insamlade materialet (Willig, 2013). Den tematiska analysen är vanligt förekommande inom kvalitativ metodik, men inte bunden till någon förutbestämd teoretisk ram utan är flexibel och erbjuder flera möjligheter till teoretisk positionering (Braun & Clarke, 2006). I detta fall gjordes analysen ur epistemologisk synpunkt utifrån en realistisk ansats. Den realistiska ansatsen beskrivs som ett sökande efter kunskap som så sanningsenligt som möjligt fångar och reflekterar något som sker i den verkliga världen (Willig, 2013). Man utgår från att det existerar sociala och/eller psykologiska processer som kan identifieras och beskrivas.

Analysens olika moment inspirerades av Braun och Clarkes (2006) guide till hur en tematisk analys genomförs i sex olika steg.

I den första fasen, *lär känna din data*, transkriberades samtliga inspelade intervjuer i sin helhet och resulterade i totalt 163 sidor med dubbelt radavstånd. Den kortaste intervjun var 37 minuter och den längsta 96 minuter. Förutom en lättare redigering bibehölls talspråket i transkripten. En utskrift av det transkriberade materialet lästes noggrant igenom två gånger. Under andra genomläsningen antecknades idéer och reflektioner om materialets innehåll.

Därefter inleddes det andra steget, *skapa initiala koder*, och hela det transkriberade materialet lästes en tredje gång samtidigt som varje meningsenhet kodades. En meningsenhet kunde få flera olika koder och exempel på dessa är *rigitt system*, *pragmatisk syn* och *skuldavlastning*. Analysen var induktiv, d.v.s. de koder och teman som identifierades var nära bundna till studiens data och inte till någon förutbestämd kodningsmall eller teoretisk förförståelse (Braun & Clarke, 2006). Koderna antecknades i marginalerna på utskrifterna och klipptes därefter ut med tillhörande meningsenhet/citat.

Vid det tredje steget påbörjades arbetet med att *leta efter teman* och koderna organiserades i tänkbara huvud- och underteman. Några koder passade inte in i de teman som skapades och fick tills vidare bilda en egen grupp. Data inom ett tema ska passa ihop och skapa mening samtidigt som det ska vara tydliga och identifierbara skillnader mellan olika teman (Braun & Clarke, 2006). Ett tema är inte beroende av kvantifierbara mått utan ska fånga något viktigt i relation till forskningsfrågan. Endast det intervjupersonerna faktiskt sade tolkades, vilket kallas för semantisk tolkning. Det innebär att teman identifieras utifrån den explicita meningen i det insamlade materialet utan att underliggande innebörder tolkas (Braun & Clarke, 2006).

Det fjärde steget innebar att *teman utvärderades* under processen genom att koder och citat flyttades mellan olika teman parallellt med att analysen fördjupades och ny förståelse växte fram.

I analysens femte steg *identifierades och namngavs* de teman som kom att bli slutgiltiga. Analysen av det transkriberade materialet resulterade i fyra huvudteman och fjorton underteman. Samtliga teman gavs namn som speglade temas innebörd så korrekt som möjligt. Citat valdes ut och sammanfattades för att därefter redovisas under tillhörande tema i resultatdelen.

I det sjätte och sista steget *skrevs analysen*. För att öka läsbarheten gjordes en redigering i riktning mot skriftspråk av de citat som redovisades. I resultatredovisningen likställdes begreppen diagnostik och psykiatrisk diagnostik samt diagnos och psykiatrisk diagnos. Om annan diagnostik eller diagnos avsågs framgår det i texten. Deltagarna refererades omväxlande till som deltagare, intervjudeltagare, informanter, intervjupersoner, intervjuade och psykologer.

Förförståelse

Mitt intresse för forskningsfrågan kom ur egna erfarenheter av långvarigt kliniskt arbete som psykolog inom öppenvårdspsykiatrisk verksamhet. Jag har således stor vana av att ställa psykiatriska diagnoser utifrån DSM och att förhålla mig till diagnostiska frågor både i mötet med patienter, kollegor och samverkande instanser. Utgångspunkten för mitt val av studiens ämne var en kluven inställning till DSM och psykiatrisk diagnostik samt erfarenheter från mitt yrkesliv av många kritiska röster från psykologers håll. Jag hade en önskan att förstå mer om psykologers perspektiv och upplevelser av DSM och att ställa psykiatriska diagnoser. Min förförståelse kan både ha varit en tillgång och en begränsning under studiens gång. Den kan ha bidragit till en fördjupad förståelse för resultaten samtidigt som den kan ha försvårat för mig att upptäcka oväntade fynd. Under arbetets gång strävade jag hela tiden efter att medvetandegöra eventuella förutfattade meningar hos mig själv. Till exempel försökte jag att endast utgå från vad intervjudeltagarna faktiskt sade när data sammanställdes och tolkades.Handledningstillfällena bidrog också till att undvika att min förförståelse inverkade negativt på processen och resultaten.

Etiska aspekter

Enligt Vetenskapsrådet (2002) måste det alltid finnas en balans mellan forskningskravet och individskyddskravet. Det sistnämnda syftar i huvudsak till att skydda individer mot otillbörlig insyn i sina livsförhållanden samt fysisk och psykisk skada eller kränkningar. Individskyddskravet delas upp i fyra allmänna huvudkrav på forskningen: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* handlar om att deltagarna ska upplysas om studiens syfte och villkoren för deltagandet samt att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan. *Samtyckeskravet* rör deltagarnas rätt att själva bestämma över sin medverkan och samtycke ska inhämtas av forskaren. *Konfidentialitetskravet* innebär att deltagarnas identitet ska skyddas och personuppgifter förvaras så att ingen obehörig kommer åt dem. *Nyttjandekravet* gäller att uppgifter som insamlas om individer endast får användas för forskningsändamål.

Samtliga deltagare erhöll både skriftlig och muntlig information om studiens syfte, upplägg och innehåll. De informerades både i förväg och vid intervjutillfället om

att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan motivering. Konsekvenserna för deltagarna med avseende på eventuella skador diskuterades med handledaren och det bedömdes ej finnas några risker med att delta i studien.

Materialet behandlades konfidentiellt i förhållande till intervjupersonen. Intervjuerna transkriberades ordagrant bortsett från en mindre redigering av talspråk. Deltagarnas identitet skyddades genom att de aidentifierades med en kod och en namnlista som har lagrats separat. Ljudfiler, koder och namnlista förvarades inlåst och endast intervjuaren hade tillgång till detta. Materialet förstördes när studien var avslutad. Citaten som användes i resultatdelen aidentifierades och det tydliggjordes för deltagarna att det inte kommer vara möjligt att identifiera dem i studien.

Vidare informerades deltagarna om att studien kommer att läsas av andra studenter, lärare och handledare samt av granskare på Psykologförbundets specialistutbildning och att den kan komma att publiceras på Psykologförbundets hemsida. Varje deltagare erhöll ett exemplar av den färdiga och tryckta studien.

Resultat

Resultaten som framkom ur den tematiska analysen redovisas i fyra huvudteman med tillhörande underteman. Samtliga teman har grund i intervjuerna som fokuserade på psykologers syn på DSM, samt deras syn på den psykiatriska diagnosens funktion och dess konsekvenser inom vuxenpsykiatrisk öppenvård (tabell 1).

Tabell 1

Huvudteman och underteman

Tema

- | | |
|---|------------------------------------------|
| 1 | Verksamheten och samhället |
| | 1.1 Sortering |
| | 1.2 Ett gemensamt språk |
| | 1.3 Underlag för samhällsstöd |
| | 1.4 Möta efterfrågan |
| 2 | Patienten |
| | 2.1 Diagnos ger mening |
| | 2.2 Påtvingad stämpel |
| | 2.3 Begränsad syn på psykiskt lidande |
| | 2.4 Hindrar utveckling |
| 3 | Psykologen |
| | 3.1 Etiskt svår situation |
| | 3.2 Svårt hantera krav och förväntningar |
| | 3.3 Ovikligt i terapin |
| | 3.4 Litar ej på andras diagnostik |
-

1. Verksamheten och samhället

Ett huvudtema som formades utifrån intervjuerna handlade om diagnosen syfte, funktion och konsekvenser på en organisatorisk och samhällelig nivå. Deltagarna lyfte fram olika aspekter såsom sortering och tillhörighet, kommunikation, grund för samhällsinsatser samt mötet mellan patienten och psykiatrin.

1.1 Sortering. Flertalet intervjuade ansåg att diagnosens huvudsakliga syfte för verksamheten är att sortera patienterna som kommer till mottagningen. Sorteringen beskrevs handla om vilka patienter som tillhör psykiatrin samt teamtillhörighet.

”Dels bedömer vi /.../ om de tillhör specialistpsykiatrin /.../ sen behöver man för varje patient ta ställning till diagnos utifrån hur de ska sorteras i team. /---/ Skulle den [patienten] passa bäst i ångest- och depressionsteamet, i NP-teamet eller i personlighetsteamet?”

(Informant 2)

Frågan om att snabbt ta ställning till teamtillhörighet var främst aktuell för psykologerna inom subspecialiserade mottagningar. Deras verksamhet beskrevs vara ordnad utifrån diagnosbaserade team och patienterna behöver i ett första skede riktas till ”rätt” team innan det blir aktuellt med andra insatser såsom utredning eller behandling. Bedömning om teamtillhörighet verkade ofta göras efter ett första möte med patienten och diagnosen som ställs vid den initiala sorteringen beskrevs som preliminär. En informant pekade på att man i denna preliminära diagnostiska bedömning också behöver ha i åtanke huruvida patienten sedan uppfyller den diagnos som krävs för att få tillhöra det team han eller hon sorteras in i.

”Bedömningsarbetet är /.../ en första sortering egentligen /.../ där man främst tänker på teamtillhörighet /.../ vad har den här personen för typ av problem? /.../ Det är ju /.../ absolut en preliminärbedömning som man egentligen bara gör på ett samtal /.../ så det är ju dels att man bedömer teamtillhörighet /.../ Sen är det ju /.../ i bakgrunden i den bedömningen inte bara /.../ kvalitativt hur ser problemen ut utan också kan den här personen formellt tänkas uppfylla kriterierna för den diagnos som behövs för att tillhöra det teamet.”

(Informant 6)

Informanterna beskrev alla att diagnosen framförallt har en juridisk och administrativ funktion och att diagnoser främst ställs utifrån att hela organisationen är uppbyggd kring diagnostik. Patientens och psykologens intresse för diagnostik upplevdes ofta vara underordnat verksamhetens, det vill säga diagnos ställs för psykiatrins skull, medan patienterna upplevdes vara olika angelägna om att få en diagnos och för psykologens del ansågs det mindre viktigt att ställa diagnos.

”Om man tänker för vems skull /.../ så kan man väl tänka att det för mig som psykolog kanske är minst viktigt att ställa psykiatriska diagnoser i det vardagliga arbetet, /.../ för patienter kan det vara olika viktigt att få en psykiatrisk diagnos och för verksamheten är det avgörande viktigt.”

(Informant 2)

Även andra informationer uttryckte liknande upplevelser och talade i detta avseende om ”diagnostvång”; att man var ålagd att diagnostisera för verksamhetens skull.

”Det handlar väl kanske rätt ofta om att man kanske träffar patienten en gång och då måste det finnas en diagnos. Har patienten ingen diagnos sen tidigare då är man ju tvungen att ställa nån och då gör man ju det då.”

(Informant 1)

1.2 Ett gemensamt språk. En aspekt som framkom var att diagnostik och DSM underlättar kommunikationen på olika nivåer inom och utanför organisationen då diagnosen gör att man har något att utgå från när man till exempel diskuterar vilken typ av behandling eller samhällsstöd patienten behöver.

”Det är ett sätt att kommunicera med patienten om det man ser. Det är ett sätt att kommunicera med kollegor /.../ och ett sätt att kommunicera utåt till andra myndigheter /.../”

(Informant 8)

I fråga om kommunikation med kollegor pekade några på att diagnosen särskilt underlättar samarbetet med läkare på mottagningen. Det talades i detta avseende om vikten av att ha gemensamma referenspunkter att utgå från i det teamarbetet kring patienten, även i de fall det medicinska och det psykologiska synsättet innebär olika sätt att förstå patientens svårigheter på. En informant menade att övriga kliniska funderingar än patientens diagnos inte delas med läkaren.

”Men jag har väl med åren mer känt att /.../ det är bättre att hitta en diagnos så att man har ett gemensamt språk, framförallt med doktorerna, så det har blivit mitt sätt att försöka se symptom och nuvarande klinisk bild och sen ha ytterligare tankar för mig själv.”

(Informant 7)

1.3 Underlag för samhällsstöd. Det framfördes tankar om att diagnossättning kan innebära olika former av samhälleliga resurser både för den psykiatriska verksamheten och patienten och att detta stöd kan utebli om diagnoser inte ställs.

”Psykiatrin får inga pengar om patienterna inte är diagnossatta /.../ ”

(Informant 1)

När det gäller samhällsstöd till patienten tog man upp att diagnosen kan vara avgörande för om patienten får ekonomisk ersättning från till exempel Försäkringskassan.

”Sen kan det ju vara viktigt i andra sammanhang för patienten /.../ där man förväntar sig diagnoser och patienten får /.../ ingen sjukpenning om man inte har någon diagnos.”

(Informant 5)

1.4 Möta efterfrågan. Samtliga deltagare ansåg att diagnosen spelar en betydande roll i mötet mellan patienten och den psykiatriska verksamheten. Flera menade att de patienter som kommer till psykiatrin ofta är pålästa, har egna hypoteser och känner igen sig i olika diagnoser.

”Jag [informanten refererar till patienten] har läst det, jag känner igen, jag har skattat och gjort de här testerna på nätet, min mamma säger att det är det här, mina kompisar, min lärare [...]”

(Informant 3)

De informanter som har arbetat länge inom psykiatrin upplevde att patienters krav på att få diagnoser har ökat över tid. Det var också en utpräglad uppfattning bland deltagarna att det råder en tydlig medicinsk diagnostrend i samhället som tar sig uttryck i önskemål och krav från patienter på framförallt neuropsykiatriska diagnoser. Flertalet upplevde ADHD och bipolär sjukdom som de mest ”populära” diagnoserna och att det är de patienterna efterfrågar i störst utsträckning när de kommer till vuxenpsykiatrin.

”/.../ Allra mest säljer vi av ADHD, ja det är den som säljer bäst.”

(Informant 1)

2. Patienten

Det andra huvudtemat handlar om diagnosens funktion och konsekvenser i relation till patienten. Deltagarnas diskussioner resulterade i fyra underteman. De två första undertemen rör psykologernas syn på patientens upplevelser, både positiva och negativa, av att få en diagnos och de två andra handlar om psykologernas upplevelser av begränsningar i DSM samt diagnosens inverkan på patientens utveckling.

2.1 Diagnos ger mening. Ett resultat som framkom var att en vanlig reaktion hos patienten på att få en diagnos är lättnad. Några deltagare upplevde att lättnaden över diagnosen blev större för patienten vid svårare psykiska tillstånd med en låg funktionsnivå i vardagen. Det beskrevs att mer tid lades på den diagnostiska processen i form av en mer omfattande utredning av patienten.

”Vid svårare lidande och där mindre saker fungerar i livet, /.../ när ingenting fungerar och man också gör lite mer /.../ utredning och har mer fokus och sen säger att ja vi får nog tänka såhär. Då kan ju många tycka att /.../ det är skönt...”

(Informant 3)

Vidare menade informanterna att diagnosen kan bli en positiv bekräftelse för patienten; att det kan vara skönt att få ett namn på sina upplevda svårigheter och en beskrivning att känna igen sig i. Det framkom också upplevelser av att diagnosen kan

leda till förståelse och acceptans hos patienten. Flertalet ansåg att de positiva reaktionerna var mer framträdande om patienten själv hade efterfrågat diagnosen.

”[Om] det tydligt kommer från patienten själv som undrar vad är det som är fel på mig /.../ kan ju diagnosen fylla en viktig funktion att kunna vara bekräftande i att det är ju faktiskt de här svårigheterna som du har /.../”

(Informant 9)

2.2 Påtvingad stämpel. Inom detta tema framkom reflektioner kring att patienten inte alltid känner igen sig i eller vill kännas vid diagnosen som ställs. I dessa fall menade flertalet informanter att diagnosen kan upplevas som stigmatiserande. Det beskrevs att vissa patienter vid återkopplingen av diagnosen kan bli ångestfyllda och ge uttryck för känslor av hopplöshet. Framförallt erfor de flesta att negativa reaktioner uppstår hos patienten när diagnosen personlighetssyndrom ställs. En deltagare lyfte fram att det händer att patienter inte vill ha en diagnostisk bedömning inom detta område.

”Jag har /.../ föreslagit att vi ska gå vidare med att titta närmare på den personlighetsmässiga biten men då vill man inte det för man är rädd för att få den stämpeln då eller den diagnosen och vad det ska få för konsekvenser.”

(Informant 9)

Flera informanter lyfte som jämförelse fram att neuropsykiatriska diagnoser, särskilt ADHD, inte är negativt laddade på samma sätt som personlighetssyndrom. En deltagare upplevde emellertid att en del patienter har lättare än andra för att ta till sig diagnosen personlighetssyndrom vilket uppgavs kanske hade att göra med en önskan hos patienten att tillhöra en subgruppering.

Några informanter pekade på att upplevelsen av att bli diagnostiserad tenderar att bli mer negativ för patienten om denne själv inte har efterfrågat en diagnos. Man upplevde i detta avseende att vissa patienter kan känna sig avvisade eftersom de uppfattade att sjukvården ställer diagnos istället för att lyssna till deras behov och önskemål.

”/.../ Om en person inte efterfrågar en diagnos och /.../ inte är intresserad av den typen av diskurs /.../ tror jag det kan bli destruktivt för patienten för den personen tror jag känner sig liksom inte så lyssnad på av sjukvården och känner då att sjukvården inte har mött upp patienten. /.../ Jag tror att den personen kan uppleva det som /.../ något slags avvisande /.../, att vården ger den en sjukdomsstämpel som den själv inte känner igen sig i.”

(Informant 6)

2.3 Begränsad syn på psykiskt lidande. En diskussion som fördes bland majoriteteten av deltagarna var att diagnostik utifrån DSM innebär en förenkling i hur man ser på patienten och dennes svårigheter. Det talades om DSM som ett ytligt system och att komplexiteten kan gå förlorad när fokus ligger på symptombeskrivning. Det lyftes fram att patienter ofta får flera diagnoser med syftet att bättre fånga problematiken. Detta ansågs dock snarare leda till en instrumentell och splittrad syn på patienten än en fördjupad förståelse.

”Det blir absurt att ställa tio diagnoser. Vad betyder en diagnos då? Då är det inget tydligt längre...”

(Informant 3)

Några menade att DSM innehåller för få eller fel diagnoser, och att diagnossystemet inte tar hänsyn till individuella variationer.

”Vissa personer passar ju bättre in i olika diagnoser /.../ men de flesta psykiatriska patienter har inte den typen av diskreta, entydiga mönster.”

(Informant 6)

Flera upplevde att det är särskilt problematiskt att hitta diagnoser som beskriver psykiska trauman när patienten är traumatiserad men inte uppfyller samtliga kriterier för diagnosen PTSD.

I stort sett samtliga intervjuade uppgav att de parallellt med diagnostiken utifrån DSM gör en klinisk bedömning av patienten utifrån psykologiska teorier, i syfte att nå vad de uppfattade vara en mer fördjupad och komplex förståelse för patientens svårigheter.

2.4 Hindrar utveckling. Flertalet informanter framförde tankar om att patienter ofta identifierar sig med sin diagnos på ett sätt som försvårar möjligheterna till psykologiskt växande. De var av den uppfattningen att sjukvården medverkar till ett negativt identitetsskapande för patienten och att diagnoser bör ställas med försiktighet. Diagnosen ansågs i detta sammanhang bidra till att skapa eller förstärka en sjukdomssyn och fixering hos patienten, men även hos behandlaren.

”Så jag tycker att diagnossystemet [blir] en fetisch nästan. /.../ En extrem fixering /.../ där patienten /.../ redan kommer med tendenser till risker till fastlåsnings och där vi /.../ förvärrar och cementerar det hela. Det blir ju att /.../ stänga ner eller /.../ sluta patientens tänkande på något sätt och att rikta om fokus. Patienten kommer med ett problem, /---/ så förändrar man deras fokus till jag har en sjukdom. /---/ så sätter det igång olika identifikationsprocesser. /.../ Jag tycker det kan bli en lösning för bägge parter där man är fast i en diagnostisk diskurs istället som /.../ generellt är ofri.”

(Informant 6)

Vidare talades det om att diagnosen skapar passivitet hos patienter och leder till känslor av ansvars- och skuldfrihet med konsekvensen att patienten inte blir delaktig i ett förändringsarbete. Detta ansågs särskilt gälla vid neuropsykiatriska diagnoser där majoriteten upplevde att patienten ofta drar slutsatsen att diagnosen är medfödd och därmed inte har med den egna personen eller omgivningsfaktorer att göra.

”Det säger till patienten att det här är nånting du själv inte har försatt dig i [och] det är ingen som kräver av dig att du ska ordna upp den här situationen och det är inte dina föräldrars fel. Det var jag [patienten] som föddes med nånting.”

(Informant 3)

I detta sammanhang lyfte flera informanter också fram att det kan bli ännu svårare att få patienten delaktig i en förändringsprocess när det finns medicinsk

behandling kopplad till diagnosen. Majoriteten av deltagarna uttryckte också erfarenheter av att patienter vid en diagnostisk återkoppling ofta fokuserar enbart på vilken diagnos de har och inte vad psykologen förmedlar i övrigt, till exempel vilka möjligheter patienten har att medverka till en förändring utifrån sina svårigheter.

”Jag lägger rätt mycket krut på att ge en psykologisk förklaring till patienten /.../ för att de ska förstå att nånting går att förändra. /.../ Min upplevelse är att patienterna ändå nästan bara lyssnar på /.../ om de har ADHD eller inte.”

(Informant 5)

Ett fåtal pekade på att diagnosen i vissa fall leder till ökat självförakt, hopplöshet och uppgivenhet hos patienten, vilket deltagarna menade kunde inverka negativt på hur man ser på sina möjligheter till utveckling.

3. Psykologen

Det tredje huvudtemat rör diagnosens funktion och konsekvenser för psykologen och växte fram ur deltagarnas diskussioner kring etik, upplevda krav och förväntningar, diagnosens roll i det terapeutiska arbetet samt bristande tillit till kollegors diagnostik. En uppdelning gjordes i fyra underteman.

3.1 Etiskt svår situation. Intervjupersonerna reflekterade kring upplevelser av olika etiska konflikter kopplade till DSM och diagnostik. Majoriteten ansåg att det är oetiskt om diagnosen som ställs inte leder till någon insats för patienten. Det talades i detta avseende om långa väntetider till behandling och att syftet med att få en diagnos uteblir om patienten inte får hjälp. Deltagarna beskrev att det inte kändes bra att ställa diagnos om det inte innebar en positiv vändning för patienten.

”Jag märker på mig själv att det handlar om vilken behandling jag kan erbjuda, hur okej det känns att ställa en diagnos.”

(Informant 4)

En annan framträdande aspekt var att en del informanter fann det etiskt problematiskt att diagnostisera även i de fall patienten själv inte är intresserad av eller vill ha en diagnos. Man gav bland annat uttryck för upplevelser av att patienter ibland får illa på grund av att verksamheten är organiserad utifrån diagnostik och patientens behov blir sekundära. I dessa fall framkom också erfarenheter av att behöva sätta sin egen bedömning av patientens problematik och behov åt sidan utifrån det överordnade kravet på diagnostik. Detta gällde särskilt för de psykologer som arbetar i subspecialiserade team.

”Där jag som psykolog /.../ gör min bedömning av /.../ vad den här personen har för bekymmer och vad den kan behöva för hjälp men blir tvungen /.../ att introducera en diagnos och en sjukdom /---/ utifrån att vi behöver sortera patienterna för att vi är organiserade på det sättet /.../ och i vissa fall uppfattar jag att det är oetiskt och skadligt för patienten.”

(Informant 6)

Ett annat resultat inom detta tema handlade om upplevelser av att det är etiskt svårt att förmedla vissa diagnoser till patienten, framförallt ur kategorin personlighetssyndrom.

3.2 Svårt hantera krav och förväntningar. Ett tema som framträdde bland informanterna var erfarenheter av att det kan vara svårt att stå emot patienters krav och förväntningar i samband med diagnosättning. Man upplevde detta som särskilt märkbart när det gäller neuropsykiatriska diagnoser och då främst ADHD och bipolär sjukdom. Det framkom bland annat känslor av ofrihet och tankar om att man i större utsträckning tenderar att ställa den diagnos patienten efterfrågar om patienten själv är drivande i frågan.

”Det finns säkert jättemånga patienter /.../ med olika typer av koncentrationssvårigheter som aldrig själva lyfter den frågan /.../ och andra som /.../ tolkar sina symptom som ADHD och driver på mycket mer. Då kanske man har en tendens att diagnostisera dem mycket mer. /.../ Man ska nog inte tror att man är opåverkad av vad patienter hoppas på eller hur de väljer att presentera sig själva.”

(Informant 8)

Bland de psykologer som arbetar i subspecialiserade team framkom också känslor av press både från det egna teamet och från andra team inom verksamheten. Man beskrev upplevelser av att känna sig sliten mellan det egna teamets krav på att inte ställa diagnos för lättvindigt och att ställa den diagnos på patienten som andra team efterfrågar.

Ett fåtal uttryckte dock att de känner sig opåverkade av krav när de ställer diagnos.

”Jag berörs inte så mycket av det. [Jag] känner mig ändå fri. /.../ Jag gör min bedömning. Det /.../ är en profession där man har ansvar att göra sin bedömning och sen får andra tänka annorlunda och det behöver inte vara ett problem.”

(Informant 3)

3.3 Ovikligt i terapin. Informanterna var eniga i uppfattningen att diagnosen nästan alltid saknar betydelse i det psykoterapeutiska arbetet med patienten. Det beskrevs att varken de själva eller patienten särskilt ofta intresserar sig för diagnosen under själva behandlingen.

”Jag är väldigt sällan upptagen av den, patienten är också ytterst sällan upptagen av den. Det /.../ glömmar man bort efter man har börjat prata allvar på något sätt.”

(Informant 3)

Majoriteten uttryckte att man inför patienten också försöker tona ner betydelsen av diagnosen då man anser att ett allt för stort diagnosfokus inte gagnar terapin. Det framkom att man i detta sammanhang ofta delger patienten sin psykologiska bedömning av dennes problematik och sin egen syn på psykiatrisk diagnostik i syfte att ge patienten en mer nyanserad bild. Om patienten själv inte initierar frågan väljer man ofta att inte berätta för patienten vilken diagnos den har.

”Om personen själv tar upp det här med diagnos /.../ brukar jag alltid förmedla min syn på det där /.../ att vi har diagnossystem och det är ett sätt att försöka beskriva en problematik på men när vi jobbar så är inte jag så fokuserad på DSM utan då är det mer dig som person och hur vi kan förstå. /.../ Jag försöker förmedla den mer komplexa synen.”

(Informant 9)

Några upplevde att diagnosen är mer central i vissa terapiformer såsom Mentaliseringsbaserad terapi (MBT), Dialektisk beteendeterapi (DBT) och Kognitiv beteendeterapi (KBT). Det framkom föreställningar om att dessa metoder bygger på skraddarsydda behandlingar utifrån psykiatriska diagnoser, med exempelvis psykoedukativa inslag kring diagnosen.

”Man har den begreppsapparaten för att arbeta med patienters problem.”

(Informant 4)

3.4 Litar ej på andras diagnostik. Inom detta tema skildrades upplevelser av att man ofta har svårt att lita på kollegors diagnostik. Det framkom framförallt tankar om att olika synsätt på psykiskt lidande leder till att man utifrån samma patient drar olika diagnostiska slutsatser. Deltagarna refererade här både till diagnostik inom det egna teamet samt inom kliniken i stort.

”De som intresserar sig för autism ställer såna diagnoser, de som intresserar sig för personlighetsstörning ställer såna diagnoser.”

(Informant 7)

Det framkom uppfattningar att de skilda synsätten kan ha problematiska konsekvenser i arbetet med patienten. Flera uttryckte till exempel att de inte tycker det är meningsfullt att ta del av journalen innan man träffar en ny patient och att man inte alltid konsulterar kollegor eller andra team när det finns behov av att diskutera diagnostiska ställningstaganden. Detta utifrån att andras diagnostik uppfattas som felaktig och att diagnostiska diskussioner ofta blir meningslösa då det framförallt är en perspektivfråga hur man ser på psykiskt lidande. Oenigheterna upplevdes förekomma både på individ- och teamnivå.

”Vårt neuropsykiatriska team ställer väldigt många neuropsykiatriska diagnoser. Deras klimat skiljer sig från vårt och det är ett problem. De har mer de glasögonen på sig än vad vår mottagning har.”

(Informant 5)

Man ansåg inte heller att man alltid kan lita på att patienter man ska träffa för behandling har fått rätt diagnos.

”Jag uppfattar att jag inte kan lita på de diagnoser som ställs /.../ när jag sen ska ha behandling. Om den har /.../ ADD med autistiska drag så känner inte jag att jag kan lita på att det är det patienten har och inte en personlighetsstörning.”

(Informant 5)

4. Behandling

Det fjärde och sista huvudtemat formades ur intervjupersonernas reflektioner kring diagnosens funktion och dess konsekvenser kopplat till behandling. Resultaten inom detta område delades in i två underteman. I det första diskuteras att diagnoser kan utesluta behandling och i det andra diskuteras att kopplingen mellan diagnos och behandling ofta är otydlig eller otillförlitlig.

4.1 Diagnos utesluter behandling. De flesta informanter menade att vissa diagnoser innebär att en del behandlingsalternativ blir otillgängliga för patienten. Man ansåg att detta kan få negativa konsekvenser för patienten då hänsyn ej tas till individuella behov. Denna uppfattning fanns framförallt hos psykologerna i subspecialiserade team men även hos ett fåtal andra intervjudeltagare.

”Det är diagnosen som styr vilket team patienten tillhör så indirekt kommer det ju påverka i hög grad vilken behandling den patienten har tillgång till.”
(Informant 2)

Framförallt upplevde man att neuropsykiatriska diagnoser kan stänga dörrar för patienten genom att man oavsett behov och önskemål sällan erbjuds individuell psykologisk behandling, utan enbart medicinsk behandling eller remiss till annan instans. Det framfördes att detta kan ge upphov till frustration och missnöje hos både behandlare och patienter.

”Om man får en ADHD-diagnos så kommer man /.../ till det neuropsykiatriska teamet som då inte har i sitt uppdrag att ge individuell psykoterapi /.../ så där fungerar diagnosen /.../ på ett ganska negativt sätt.”
(Informant 1)

Ytterligare en aspekt som lyftes fram av psykologerna inom subspecialiserad verksamhet är att för stort fokus på diagnostisering generellt också kan leda till att behandling uteblir, vilket får negativa följder för patienten. Man talade här om att det läggs för mycket tid och resurser på diagnostiska utredningar istället för att lyssna på vad patienten vill ha för hjälp.

”Man håller på och utreder, diagnostiserar, ställer i kö och ägnar mycket tid åt att göra andra saker än att hjälpa patienterna med det de vill ha hjälp med.”

(Informant 6)

4.2 Otydlig koppling mellan diagnos och behandling. Majoriteten ansåg att diagnostik är en perspektivfråga och att kopplingen mellan diagnos och behandling därför inte blir relevant eller tillförlitlig. Det lyftes också fram tankar om att diagnoserna hade spelat en viktigare roll i behandlingsarbetet om man hade kunnat lita på dem.

”Autism om den är rätt ställd spelar stor roll. Utvecklingsstörning spelar stor roll. Personlighetsstörning spelar stor roll. Riktig bipolaritet, alltså bipolär rätt ställd spelar stor roll. Då tänker jag annorlunda i psykologisk behandling. Men det här verkar ju inte alltid korrelera med de faktiska diagnoserna.”

(Informant 5)

Ett annat framträdande tema var att flertalet upplevde att diagnoser ofta ställs utifrån vilken behandling man vill att patienten ska få snarare än utifrån diagnoskriterierna. Man uppgav till exempel att patienter får psykiatriska diagnoser utan att de uppfyller kriterierna, i syfte att patienten ska få behandling i psykiatrin. Detta ansågs styras av att behandlaren känner medlidande med patienten.

” [Om] den aktuella diagnosen /.../ inte ger tillräcklig tyngd så har det ju hänt att jag har ändrat till en så att säga tyngre diagnos då för att man ska kunna motivera att patienten ska vara här.”

(Informant 9)

Flertalet uppfattade att diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) stack ut särskilt mycket i sammanhanget; att den ställs utan att patienten uppfyller alla diagnoskriterier, utifrån medkänsla med patienten i syfte att patienten ska få samtalsbehandling i psykiatrin.

”Nån som haft det jävligt svårt i uppväxten /.../ men som inte har någon tydlig psykiatrisk problematik eller svåra symptom /.../ då upplever jag ofta att medarbetare blir känslomässigt investerade /.../ och vill få in patienten i psykiatrin och kanske därför ställer vi PTSD-diagnoser.”

(Informant 3)

Det framkom också tankar om att PTSD ibland ställs, framförallt av psykologer, för att man vill lyfta fram ett psykologiskt perspektiv på psykiskt lidande i kontrast till det medicinska synsättet, och för att patienten ska erbjudas psykologisk behandling istället för medicinsk. Även här menade man att det görs utan att patienterna uppfyller diagnoskriterierna.

”Man vill använda det som en sorts psykologisk förklaringsmodell, att PTSD-diagnosen skulle vara /.../ mindre medicinsk och handla mer om miljöfaktorer. /.../ Men man ställer en diagnos som inte stämmer helt enkelt.”

(Informant 5)

Ytterligare en aspekt som framkom var att majoriteten av deltagarna ansåg att patienterna ofta diagnostiseras utifrån tillgänglig behandling. Till exempel reflekterade man kring att det bland personlighetssyndromsdiagnoserna nästan enbart är emotionellt instabilt personlighetssyndrom som ställs utifrån att det bara är det man kan behandla. Vad gäller övriga personlighetssyndrom menade man att dessa ofta diagnostiseras med neuropsykiatriska diagnoser för att det ska bli tydligt vilka insatser patienten kan få.

”Personlighetsstörda patienter får bara borderlinediagnoser för det är bara det man kan behandla. /.../ Det är ju ingen som får diagnosen schizoid

personlighetssyndrom eller schizotyp /.../ då tänker man istället att det är bättre att titta på det här utifrån autism för där finns det en annan tydlighet idag /.../."

(Informant 3)

Många upplevde att kopplingen till behandling också är otydlig när patienten har flera diagnoser och det är problematiskt att avgöra vilken diagnos som framförallt fångar in patientens svårigheter och bör ligga till grund för behandling. Även i dessa fall menade informanterna att diagnostiken styrs utifrån behandlingsutbudet, det vill säga att patienten får den diagnos man kan erbjuda behandling för även om patientens huvuddiagnos kanske egentligen är en annan. Deltagarna diskuterade också insatser utöver den egna mottagningens behandlingsutbud och att patientens behov av samhällsstöd ibland styr vilken diagnos som ställs.

"Ibland ser man det här pragmatiska då /.../ tänk om vi får LSS om du får en autismdiagnos /.../ det är bättre. Alltså det är ju relationen till hela försäkringssystemet som också är viktig /.../ så får man ju tänka."

(Informant 2)

Flertalet beskrev att det vid vissa diagnoser råder större tydlighet i fråga om kopplingen mellan diagnos och behandling. Informanterna upplevde genomgående mer givna behandlingsval vid diagnoserna ADHD, bipolär sjukdom, personlighetssyndrom och olika psykossjukdomar.

"Om man tittar på personlighetsstörningar, ADHD-utredningar, bipolaritet tänker jag [att] det mer finns /.../ utarbetade spår /.../."

(Informant 9)

Flera informanter ansåg att psykiatrisk diagnostik är viktigare för medicinsk behandling än för psykologisk. De intervjudeltagare som inte arbetar subspecialiserat upplevde i högre utsträckning än de inom subspecialiserad verksamhet att behandlingen är individanpassad och att diagnosen spelar en perifer roll i sammanhanget.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka psykologers syn på DSM och den psykiatriska diagnosens funktion och dess konsekvenser inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Nio legitimerade psykologer från olika vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar intervjuades med utgångspunkt i den halvstrukturerade kvalitativa forskningsintervjun (Kvale & Brinkman, 2014). Intervjuerna analyserades med tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) vilket gav upphov till de fyra teman med tillhörande underteman.

Resultaten visar framförallt att informanterna anser att diagnosens huvudsakliga funktion för verksamheten är sortering och underlättande av kommunikation; att diagnosen verkar ge mening för vissa patienter men att den också kan hindra utveckling; att psykologerna ofta sätter diagnoser de inte håller med om och således diagnostiserar för att uppfylla verksamhetens och patientens syften; samt att koppling mellan diagnos och behandling anses saknas.

Verksamheten

Resultaten visar att psykologerna anser att diagnosens huvudsakliga funktion för den psykiatriska verksamheten är att sortera patienter; dels utifrån vilka som tillhör psykiatri och dels utifrån teamtillhörighet; samt underlätta kommunikationen med kollegor, patienter och andra organisationer.

Samtliga deltagare var eniga om att diagnosen i första hand ställs för verksamhetens skull och att både psykologens och patientens intresse av diagnostik kom i andra hand. Vissa av psykologerna talade om ”diagnostvång” från verksamhetens sida. Således tyder resultaten på att deltagarna anser att diagnosen har en alltför central roll i den psykiatriska organisationen, vilket verkar skapa en ”ickeflexibel” modell där diagnosen och det standardiserade vårdförloppet står i centrum snarare än patienten. Liknande resonemang har framförts i *Effektiv vård* (SOU 2016:2) som betonar att verksamheter i större utsträckning bör planera utifrån målgruppers behov snarare än utifrån enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. I rapporten lyfts också fram att det istället för detaljstyrning är nödvändigt att de professionella har tillräckligt med autonomi och att det finns utrymme att låta patientens individuella behov påverka arbetsprocessen. Också i Sveriges Psykologförbunds rapport *Tänk nytt kring psykiatri* (2015) föreslås att patientens egen problem- och målformulering tillsammans med läkarens och psykologens diagnostik och olika funktionsbedömningar bör leda till val av åtgärd för patienten; vilket inte alltid är samma sak som kopplingen mellan diagnos och åtgärd. Båda rapporterna lyfter således fram vikten av en mer patientcentrerad modell där diagnostiken ingår i processen, men inte står i fokus.

Resultaten visar att psykologerna upplever att diagnostik i enlighet med DSM underlättar kommunikationen både inom och utanför organisationen då det blir ett gemensamt språk att utgå från i samtal med patienter och kollegor. Därmed verkar DSM uppfylla den kommunikationsplattform den var avsedd att utgöra för yrkesutövare inom psykiatriska verksamheter (Herlofson 1997/1999). Kommunikationsaspekten inkluderas också när man talar om ett psykiatriskt klassifikationssystem kliniska användbarhet (First, 2010; Mullins-Sweatt och Widigers, 2009). Resultaten knyter även an till Evans et al. (2013) studie som visar att psykologerna anser att ett av diagnostikens viktigaste syften är just kommunikation mellan kliniker och med patienter. Behovet av ett gemensamt språk verkar således vara så stort att psykologerna trots upplevelser av ”diagnostvång” och diagnostik för verksamhetens skull ändå anser att DSM underlättar vissa aspekter av arbetet.

Patienten

Vad gäller deltagarnas åsikter om diagnosens funktion och konsekvenser för patienten framkom att diagnosen för vissa patienter verkar ge mening men att psykologerna anser att diagnosen också kan hindra patientens utveckling. Meningen för patienten verkar framförallt kännetecknas av känslor av lättnad, positiv bekräftelse, förståelse och acceptans. Dessa resultat är i linje med Galvez, Thommi och Ghaemis studie (2011) som visar att det finns ett behov av att öka förståelsen för positiva aspekter av medicinska tillstånd. I sin studie av patienter med bipolär sjukdom drar de slutsatsen att positiva drag kopplade till patienters diagnos underskattas och att ett större fokus på sådana drag skulle kunna leda till bättre behandlingsresultat och mindre stigma

för patienten. Resultaten av föreliggande studie tyder också på att de positiva reaktionerna hos patienten förefaller vanligare i de fall patienten själv har efterfrågat diagnosen. Meningen tycks utebli i de fall patienten inte har efterfrågat eller känner igen sig i diagnosen, och att den istället kan leda till stigma och upplevelser av att bli avvisad av sjukvården. En tänkbar förklaring till dessa olika reaktioner är att vissa patienter redan innan mötet med psykiatriken har påbörjat en identifikationsprocess genom att intressera sig för och läsa på om en viss diagnos. Diagnoser har också olika hög status i samhället, bland annat utifrån rådande föreställningar om vad som är normalt/friskt och onormalt/sjukt (Karlén, 2013) och patienternas reaktioner kanske delvis kan förstås mot bakgrund av den typen av ”diagnostrender”. Flera av psykologerna betonade att personlighetssyndromsdiagnoser framstår som mest problematiska och minst meningsskapande för patienten. Resultatet stöds av tidigare studier som visar att personlighetssyndrom bland annat kan leda till upplevelser av stigma, förändrad självupplevelse och svårigheter i mötet med sjukvården (Celaire & McDermott, 2015; Lloyd, 2015).

Majoriteten av psykologerna upplevde att patienter ofta identifierar sig med sin diagnos på ett sätt som försvårar möjligheterna till psykiskt växande och att sjukvården medverkar till ett negativt identitetsskapande för patienten. Diagnosen beskrivs bidra till en sjukdomssyn och fixering både hos patient och behandlare. Dessa resultat ligger i linje med tidigare studier som pekar på att psykologer anser att DSM bidrar till att patologi överbetonas och att diagnoser förvränger klinikers syn på patienten (Miller, Bergstrom, Cross & Grubes, 1981; Raskin & Gayle, 2016; Smith & Kraft, 1983). De kliniska konsekvenserna verkar bli att psykologerna upplever svårigheter med att få patienten delaktig i ett förändringsarbete, särskilt vid neuropsykiatriska diagnoser och när det finns medicinsk behandling kopplad till diagnosen.

Psykologen

I fråga om diagnosens funktion och konsekvenser för psykologen visar resultaten att psykologerna upplever att de diagnostiserar för andras skull och ställer diagnoser de inte håller med om utifrån verksamhetens överordnande krav på diagnos, men också utifrån krav och förväntningar från patienter och från det egna och andra team på mottagningen. De beskrev också etiska konflikter, känslor av press och ofrihet kopplat till detta. Psykologerna förefaller således missnöjda med både DSM och hur psykiatrisk diagnostik används i verksamheten. Resultaten visar att en konsekvens av detta förhållningssätt verkar bli att de aktivt försöker hålla diagnostiken borta från behandlingsarbetet med patienten, till exempel genom att delge patienten sin egen syn på psykiatrisk diagnostik samt ge en psykologisk förklaring till patientens svårigheter. Flertalet berättade också att de ofta låter bli att berätta för patienten vilken diagnos denne har om patienten själv inte ställer frågan. Det sistnämnda är inte förenligt varken med resultaten från Shergill, Barker och Greenbergs (1998) eller Kemanis (2007) studie som bägge pekar på att patienten bör informeras om sin diagnos. Resultaten från Kemanis (2007) studie visar i och för sig på att lämpligheten bör bedömas från fall till fall; men samtidigt att patientens autonomi och rätt till viktig information bör gå före psykologens avsikt att göra gott eller undvika skada.

Resultaten från föreliggande studie pekar också på att det mellan behandlare i psykiatriken saknas en samsyn på diagnostik, vilket väcker frågor om diagnostikens

tillförlitlighet. Ett sätt att förbättra reliabiliteten skulle kunna vara att i större uträkning använda sig av standardiserade bedömningsmetoder för diagnostik istället för kliniska bedömningar. Resultaten från en metaanalys visar att i fråga om att predicera diagnostik, prognoser och behandlingsresultat är standardiserade bedömningar lika bra eller överlägsna kliniska bedömningar (Grove, Zald, Lebow, Snitz & Nelson, 2000).

Psykologernas missnöje med det nuvarande diagnostiska klassifikationssystemet väcker också funderingar kring möjliga alternativ till DSM-manualen. Tidigare studier pekar på att psykologer är intresserade av vetenskapligt förankrade alternativ till DSM-modellen (Raskin & Gayle, 2016; Smith and Kraft, 1983). Det psykoanalytiskt teoribaserade klassifikationssystemet *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) är ett exempel på hur man har försökt att utveckla ett komplement eller ersättning till DSM (Wallerstein, 2011). Ett annat exempel är det psykodynamiska diagnosinstrumentet *operationaliserad psykodynamisk diagnostik* (OPD) (Schneider et al., 2002).

Behandlingen

Med avseende på diagnosens funktion och konsekvenser för behandling visar resultaten att det ofta saknas koppling mellan diagnos och behandling. För det första framkommer att psykologerna överlag anser att diagnostik är en perspektivfråga och att kopplingen mellan diagnos och behandling därför inte blir relevant eller tillförlitlig. För det andra beskriver majoriteten av psykologerna att diagnoser ofta ställs utifrån vilken behandling man vill att patienten ska få snarare än utifrån diagnoskriterierna. Slutligen framkommer upplevelser av att behandlingsutbudet styr vilka diagnoser patienten får, det vill säga att patienten får den diagnos man kan erbjuda behandling för.

Enligt APA (2013) ska en diagnos ha klinisk användbarhet och hjälpa den professionelle att avgöra patientens prognos och behandlingsplan, samt potentiella behandlingsresultat. Resultaten av föreliggande studie pekar emellertid på att kopplingen mellan diagnos och behandling ofta saknas. En slutsats som kan dras utifrån dessa resultat är att patienter får diagnoser de egentligen inte har, vilket får konsekvenser både för DSM:s reliabilitet och validitet. Om diagnosen inte speglar patientens symptom eller problematik skapas en diskutabel grund både för behandling och för forskning. Till exempel uppstår problem avseende både befintliga och nya behandlingsmetoder eftersom forskaren inte kan vara säker på att den patientgrupp det forskas på har rätt diagnos.

Resultaten tycks gå stick i stäv med grundtanken med DSM som är att den skulle vara användbar oavsett teoretisk grundsyn hos yrkesutövaren i psykiatri (Herlofson, 1997/1999). Studiens resultat indikerar snarare att kliniker, trots att de utgår från ett ateoretiskt diagnossystem, är teoribundna. Detta överensstämmer med resultaten från Kim och Ahns (2002) studie som visar att psykologer inte använder DSM-manualen på det sätt som den är avsedd för, utan utgår istället från teorier som grund för diagnostik, och att detta inte handlar om okunskap om manualen då man använt den över lång tid. En annan aspekt är att kliniker feldiagnostiserar utifrån att människan har brister i hur hon processar information, särskilt när data selekteras och värderas. Vi tenderar att hålla fast vid den första teorin vi valt och misslyckas ofta med att överväga andra tänkbara teorier som kan förklara de observerade symptomen (Rabinowitz och Efron, 1997).

Aktuell terapiforskning visar att det finns många andra faktorer än diagnos som predicerar behandlingsutfallet, till exempel egenskaper hos patienten såsom nyfikenhet och vilja till förändring eller motstånd, öppenhet eller undandragande (Barlow & Carl, 2012; Bell & Mellor, 2009; Lambert, 2001). Utifrån det väcks frågor om kopplingen mellan diagnostik och behandling skulle bli mer tillförlitlig och meningsfull om bedömningen av patienten utvidgades till att även inkludera den typen av faktorer. Ett mer patientfokuserat och transdiagnostiskt förhållningssätt, där man istället för diagnoskriterier utgår från att det över DSM-diagnosernas gränser finns gemensamma nämnare till emotionella svårigheter innebär att patienter med komorbida tillstånd och olika diagnoser kan ha hjälp av samma behandling (Barlow & Carl, 2012). Den diagnosöverskridande behandlingsformen kallas för *unified protocol* (UP) (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010). Behandlingen skulle på detta sätt bli mer individanpassad.

Studiens begränsningar

Kvalitativ forskning utgår från att vår upplevelse av världen i grunden påverkas av våra antaganden, intentioner och handlingar, vilket innebär att det är viktigt att reflektera kring hur sådana faktorer kan ha påverkat studien (Yardley, 2000). I fråga om transparens och reflexivitet är en brist i studien att intervjuerna har analyserats och bearbetats endast av en person. För att minska risken för en alltför subjektiv bedömning av materialet hade man kunnat genomföra en parallellkodning; två separata analyser för att jämföra reliabilitet. I fråga om urvalets lämplighet bör man utvärdera dess förmåga att bidra med all information som behövs för en omfattande analys (Yardley, 2000). En begränsning med urvalet är att intervjupersonerna som valde att medverka visade sig vara en relativt homogen grupp där majoriteten var psykodynamiskt inriktade och kritiska till DSM och psykiatrisk diagnostik. Detta kan ha påverkat resultatet i en viss riktning. Det är möjligt att materialet hade blivit mer nyanserat och innehållit större variation i fråga om åsikter och upplevelser om några av psykologerna hade haft en annan teoretisk inriktning. Några av psykologerna arbetade vid subspecialiserade mottagningar, med fördelen att DSM och psykiatrisk diagnostik var en särskilt aktuell fråga för dem samtidigt som de också framstod som mer kritiska än övriga deltagare. Det fanns således både för- och nackdelar med denna aspekt av urvalet. För att få en mer nyanserad förståelse för forskningsämnet hade man i en framtida studie till exempel kunnat samla in data från olika grupper.

Framtida forskning

Det hade varit intressant med en jämförande intervjustudie av till exempel läkare inom vuxenpsykiatrisk öppenvård för att undersöka hur de ser på DSM och psykiatrisk diagnostik. Utifrån psykologernas missnöje med hur den psykiatriska vården organiseras utifrån DSM och psykiatrisk diagnostik verkar det också finnas behov av mer forskning med avseende på alternativa modeller för psykiatrisk vård. Ett relevant ämne för en studie inom detta område skulle kunna vara att undersöka hur resultaten från aktuell terapiforskning kan implementeras i den kliniska praktiken, till exempel vid bedömning och diagnostik.

Referenser

- Abramowitz, J. & Piacentini, J. (2006). Clinical psychologists in departments of psychiatry: current issues and a look to the future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(3), 282-286.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5:e upplagan). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. (Herlofson, J, översättning). Stockholm: Pilgrim Press AB. (Originalarbete publicerat 2013)
- Barlow, D. H. & Carl, J. R. (2012). The future of clinical psychology: promises, perspectives and predictions. I Barlow, D. H (Red.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (1 ed.). doi: 10.1093/oxfordhb/9780195366884.013.0039
- Batstra, L., & Frances, A. (2012). Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 200(6), 474-479.
- Bell, I., & Mellor, D. (2009). Clinical judgments: research and practice. *Australian Psychologist*, 44(2), 112-121. doi: 10.1080.00050060802550023
- Bentall, R. P. (2010). *Medikalisering av själslivet: Varför psykiatrisk behandling misslyckas*. (Lieberath, C, översättning). Ludvika: Dualis Förlag AB. (Originalarbete publicerat 2009)
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 221-231.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Celaire, S., & McDermott, M. (2015). Comparing the psychological effects of different psychiatric labels: borderline, paranoid, and antisocial personality disorder; major depression; anxiety disorder; and posttraumatic stress disorder. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 17(1), 33-44.
- Cooper, R. (2005). *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dordrecht, Nederländerna: Springer
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British journal of psychiatry*, 184, 176-181.
- Ek, U., Linder, S., & Wetter, I. (2011). *Rätt & Vett – Om juridik och etik i psykologiskt arbete* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Evans, S.C., Reed, G.M., Roberts, M.C., Esparza, P., Watts, A.D, Correia, J.M., Ritchie, P., Maj, M., & Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS global survey. *International Journal of psychology*, 48(3), 177-193.
- First, M. B. (2010). Clinical utility in the revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 465-473.

- Frances, A. (2013). *Saving normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York, USA: HarperCollins Publishers.
- Galvez, F. J., Thommi, S., & Ghaemi, S. N. (2011). Positive aspects of mental illness: A review in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 128*(3), 185-190. doi: 10.1016/j.ad.2010.03.017
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000) Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological Assessment, 12*(1), 19-30. doi: 10.1037//1040-3590.12.1.19
- Herlofson, J. (1999). DSM och SCID. Aktuella erfarenheter i historiskt perspektiv. I First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S (Red.), *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV* (s.1-11). (Herlofson, J, översättning och bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 1997)
- Herlofson, J. (2014). Förord till den svenska utgåvan. I American Psychiatric Association, *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5* (s.12-14). (Herlofson, J, översättning). Stockholm: Pilgrim Press AB. (Originalarbete publicerat 2013)
- Karlén, M. H. (2013). *Vansinnets diagnoser: Om möjliga perspektiv inom svensk psykiatri*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago, USA och London, England: The University of Chicago Press.
- Horwitz, A.V., & Wakefield, J.C. (2010). *Den förlorade sorgsenheten: Hur psykiatrin förvandlade normal sorg till depressiv störning*. (Raattamaa, I, översättning). Ludvika: Dualis Förlag AB. (Originalarbete publicerat 2007)
- Kemani, M. (2007). "En fråga som man måste hålla levande, vad gör man när man sätter en diagnos? – etiskt perspektiv på psykologers uppfattningar om diagnostik och diagnostisering. Examensarbete, Stockholms universitet, Psykologiska institutionen. Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:196923/FULLTEXT01.pdf>
- Kim, N.S., & Ahn, W. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General, 131*(4), 451-476.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 147-149.
- Lloyd, E. (2015). *Living with Psychiatric Labels*. Opublicerad doktorsavhandling, Bangor University, Wales, England.
- Meyer, G. (2002). Implications of informationgathering methods for a refined taxonomy of psychopathology. I Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Red.), *Rethinking the DSM: A Psychological Perspective* (s.69-105). Washington DC, USA: American Psychological Association.
- Miller, L.S., Bergstrom, D.A., Cross, H.J., & Grube, J.W. (1981). Opinions and use of the DSM system by practicing psychologists. *Professional Psychology, 12*(3), 385-390.

- Moscicki, E. K., Clarke, D. E., Kuramoto, J. S., Kraemer, H. C., Narrow, W. E., Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2013). Testing DSM-5 in routine clinical practice settings: feasibility and clinical utility. *Psychiatric Services, 64*(10), 952-960.
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment, 21*(3), 302-312.
- Nockels, P. (2015). *Perceptions of clinical utility of DSM-5 among psychologists*. Opublicerad doktorsavhandling, Northern Arizona University, USA.
- Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri* (8:e upplagan). Stockholm: Liber AB.
- Rabinowitz, J., & Efron, N. J. (1997). Diagnosis, dogmatism, and rationality. *Journal of Mental Health Counseling, 19*(1), 40-56.
- Raskin, J.D., & Gayle, M.C. (2016). DSM-5: Do psychologists really want an alternative? *Journal of Humanistic Psychology, 56*(5), 439-456.
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Från <http://www.riksdagen.se>
- Shergill, S. S., Barker, D., & Greenberg, M. (1998). Communication of psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 33*, 32-38.
- Schneider, W., Buchheim, P., Cierpka, M., Dahlbender, R. W., & Freyberger, H. J., Grande, T. et al. (2002). Operationalized psychodynamic diagnostics: A new diagnostic approach in psychodynamic psychotherapy. I Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Red.), *Rethinking the DSM: A Psychological Perspective* (s.69-105). Washington DC, USA: American Psychological Association.
- Smith, D., & Kraft, W.A. (1983). DSM-III: Do psychologists really want an alternative? *American Psychologist, 777-785*.
- Socialstyrelsen, (2016a). *Tillgång på psykologer och psykoterapeuter 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen, (2016b). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version 2016 (ICD-10-SE) Del 1 (3)*. (Socialstyrelsen, översättning.). Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se> (Originalarbete publicerat 1992)
- Socialstyrelsen (2017a). Hämtad 27 augusti, 2017, från Socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10/psykiatrikoder>
- Socialstyrelsen (2017b). Hämtad 27 augusti, 2017, från Socialstyrelsens hemsida: <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter/vem-far-stalla-diagnos>
- SOU (2016:2). *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. SOU (2016:2). Stockholm: Elanders Sverige AB.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2016. *KPP Psykiatri 2015: Mycket mer än kostnad per patient*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från <http://www.skl.se>
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2017. *Tabeller Landstingsanställd personal: Tabell 3 Antal anställningar efter verksamhet och personalgrupp*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Från <http://www.skl.se>
- Sveriges Psykologförbund (2015). *Tänk nytt kring psykiatrin: En rapport med förslag som kan bidra till en bättre organisation för psykiatrin i Sverige*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund. Från <http://www.psykologforbundet.se>
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

- Wallerstein, R. (2011). The psychodynamic diagnostic manual (PDM): rationale, conception, and structure. doi: 10.1177/0003065111402330
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3:e upplagan). Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- World Health Organization. (2016a). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève, Schweiz. Från <http://www.who.int>.
- World Health Organization. (2016b). *The International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Volume 2: Instruction manual* (5:e upplagan). Genève, Schweiz: WHO Press. Från <http://www.who.int>.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15, 215-228. doi: 10.1080/08870440008400302

Hej,

Jag studerar på psykoterapeutprogrammet på psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Under hösten 2016 samt våren 2017 ska jag skriva mitt examensarbete inom ramen för utbildningen där jag undersöker hur psykologer verksamma inom vuxenpsykiatrisk öppenvård upplever det är att ställa diagnos och använda diagnossystemet DSM. Uppsatsen kommer också att utgöra mitt specialistarbete på specialistutbildningen för psykologer, Sveriges psykologförbund.

Jag vänder mig till er mottagning då jag hoppas att någon/några av era psykologer har möjlighet att ställa upp på en intervju. Jag söker psykologer som har varit kliniskt verksamma inom vuxenpsykiatri i minst två år efter legitimation. Mer information om studien bifogas i detta mail. Jag kommer även att ta kontakt med dig per telefon.

Med vänlig hälsning,

Hanna Nordenhielm
Leg. Psykolog

Information till deltagare i studie om psykologers upplevelser av att ställa diagnos och använda diagnossystemet DSM inom vuxenpsykiatrisk öppenvård

Studiens syfte

Syftet med studien är att undersöka psykologers upplevelser av att använda sig av DSM och ställa diagnos i arbetet med patienter inom vuxenpsykiatri.

Aktuella deltagare

Studien vänder sig till dig som är verksam psykolog inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. För att säkerställa att du har god erfarenhet av och kännedom om diagnossättning och diagnossystem ska du ha arbetat kliniskt inom psykiatrisk öppenvård i minst två år efter legitimation.

Etiska riktlinjer

Deltagande i studien är frivilligt. Även om du tackar ja till att delta nu, så kan du när som helst avbryta deltagandet utan att behöva motivera varför. Vid intervjutillfället är det du som bestämmer hur mycket du vill berätta och du har rätt att avbryta intervjun när du vill. Du kommer att vara anonym och dina intervjusvar kommer att aidentifieras, d.v.s. uppgifter som namn och platser kommer att ändras.

Risker med att delta i studien

Det bedöms inte finnas några risker med att delta i studien.

Hur genomförs intervjun?

Om du vill delta i studien bokar vi en tid som passar dig för intervjun. Samtliga intervjuer genomförs individuellt. Intervjun kommer att genomföras vid ett tillfälle och ta cirka en timme. Du behöver inte förbereda dig i förväg. Du kommer att få svara på frågor om dina upplevelser av att ställa diagnos och använda diagnossystemet DSM i ditt arbete som psykolog inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare för att jag senare ska kunna gå igenom vad du har berättat för mig.

Hantering av data och sekretess

Jag kommer efter intervjun att överföra inspelningen till skrift. Det är endast jag som kommer att ha tillgång till de inspelade intervjuerna och dina kontaktuppgifter. Studiens resultat kommer att presenteras i en examensuppsats på psykoterapeutprogrammet, Göteborgs universitet. Resultaten kommer att redovisas i övergripande teman och illustreras med utvalda delar av deltagarnas intervjuer. Deltagarnas identitet kommer att skyddas i urvalet och sammanställningen. När det skriftliga materialet är färdigbearbetat kommer banden att raderas.

Min uppsats kommer att läsas av andra studenter, lärare och handledare. Den kommer också att läsas av granskare på Psykologförbundets specialistutbildning och kan komma att publiceras på Psykologförbundets hemsida.

Hur får du information om resultatet av studien?

Du som deltar i studien kommer att få ett exemplar av uppsatsen.

Hur gör jag för att delta i studien?

Om du är intresserad av att vara med i studien, vänligen kontakta Hanna Nordenhielm genom att antingen ringa eller skicka sms på telefonnummer 0733-404390 eller skicka e-post till gusnohan@student.gu.se så återkommer jag till dig för att boka en tid.

Ansvarig

Ansvarig student och kontaktperson: Hanna Nordenhielm, leg. psykolog och studerande på psykoterapeutprogrammet, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Telefonnummer 0733-404390 och e-post gusnohan@student.gu.se. Handledare: Jennifer Strand, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, e-post jennifer.strand@psy.gu.se.

INFORMERAT SAMTYCKE BEHANDLARE
Jag har blivit skriftligen och muntligen informerad om studien:

"Psykologers upplevelser av att ställa diagnos och använda diagnossystemet DSM inom vuxenpsykiatrisk öppenvård"

Jag vet

- Att det är helt frivilligt att delta i studien.
- Att jag kan avbryta min medverkan när som helst utan förklaring.

Jag samtycker till att delta i studien och till att personuppgifter som kontaktuppgifter, ålder och kön behandlas i enlighet med den information som framgår av informationsbladet.

Mitt namn:

Mitt personnummer:

.....
Underskrift

.....
Datum

Jag som ansvarig student har förklarat studiens upplägg och syfte

.....
Studentens underskrift

.....
Datum

Intervjuguide

Demografisk data

- Kön
- Ålder
- Utbildning
- Antal år som psykolog
- Antal år på nuvarande arbetsplats

Intervjufrågor

1. När använder du dig av DSM/diagnostik i ditt nuvarande arbete?
2. Hur upplever du det är att ställa diagnos utifrån DSM?
3. Hur är det att förmedla diagnosen till patienten?
4. Upplever du skillnad beroende på vilken diagnos du ställer?
5. Upplever du att diagnosen är kopplad till behandling?
6. Har din upplevelse av att diagnostisera ändrats över tid?
7. Finns det omgivningsfaktorer som påverkar din upplevelse av att ställa diagnos?
8. Upplever du att diagnosen används som kommunikationsmedel?
9. Gör du diagnostiska bedömningar utöver DSM-diagnostiken?