
Byråkratisering av barne- og ungdomspsykiatrien med ny ICD-11

DEBATT

SIMON WILKINSON

simonrwilkinson@gmail.com

Simon Wilkinson er dr.med., pensjonert spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og Fellow of The Royal College of Psychiatrists.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Enkle psykiatriske diagnoser anses ikke lenger som gode nok til å styre behandlingen eller forutsi prognosen.



Illustrasjonsfoto: lisegagne / iStock

I dag benytter barne- og ungdomspsykiatrien ICD-10, et sekssidig diagnosesystem. Hensikten med ICD-10 var å bevare de etablerte psykiatriske diagnosene og samtidig inkludere viktige dimensjoner som lærevansker, intelligensnivå, somatiske sykdommer

eller sårbarheter, miljøfaktorer som familie- og skoledynamikk samt funksjonsnivå. For at en tilstand skal kvalifisere som en diagnose, måtte funksjonsnivået være redusert med minst 30 %.

Dersom ICD-11 utelukkende benytter klassiske diagnostiske betegnelser, vil byråkratiske behov for kategorisering bli prioritert på bekostning av kliniske hensyn. Dette kan føre til økt misbruk av psykiatriske merkelapper, blant annet i forbindelse med sykmeldinger og ressursfordeling. Fokus flyttes dermed bort fra pasienten – med sine ressurser og sårbarheter – og over til pasienten som et objekt. Dette kan frata samfunnet, familier og skoler ansvaret for å legge til rette for barnets utvikling og vekst. I tillegg kan det begrense innsamlingen av relevant data for forskning.

«Fokus flyttes bort fra pasienten – med sine ressurser og sårbarheter – og over til pasienten som et objekt. Dette kan frata samfunnet, familier og skoler ansvaret for å legge til rette for barnets utvikling og vekst»

Flere akser gir rom for flere dimensjoner

Psykiatriske diagnoser skiller seg vesentlig fra de fleste diagnoser i somatisk medisin. Det amerikanske National Institute of Mental Health har anerkjent behovet for et alternativ til dagens diagnosesystem [\(1\)](#). De arbeider primært mot et biologisk perspektiv på psykiatriske tilstander hos voksne, med mål om å fremme persontilpasset medisin, samtidig som de åpner for å inkludere psykososiale faktorer. Forskning har også vist at diagnosene slik de er i dag mangler validitet, men likevel har en nytteverdi [\(2\)](#).

Hos barn forstås psykiske lidelser som dimensjoner av fungering snarere enn faste kategorier, og skiller seg på den måten fra den biomedisinske modellen [\(3, 4\)](#). Derfor er det behov for en oppdatert biopsykososial modell, der utløsende og opprettholdende faktorer er av psykososial karakter [\(5\)](#). Hjernen og immunsystemets plastisitet hos barn gjør dem særlig mottakelige for miljøfaktorer i samspill med biologiske predisposisjoner.

Unnlater vi å kombinere ekspertise om sårbarhetsfaktorer, som genetikk, hjerneskader og miljømessige prosesser, står vi i fare for å svikte pasientene. Vi risikerer å overse viktige faktorer som omsorgssituasjon og skoledynamikk. For å forstå og behandle psykiske lidelser bedre, må vi flytte fokuset fra psykiatriske diagnoser til utviklingspsykopatologi og de prosessene som bidrar til å utvikle og opprettholde symptomer – barnets lidelsestrykk. Dette gjør det mulig å rette oppmerksomheten mot de underliggende generative prosessene, slik at forskningen kan drive fagfeltet videre.

Den endelige utformingen av diagnoseklassifiseringen i barne- og ungdomspsykiatrien bør inkludere en variant av en akse som i voksenpsykiatrien omhandler personlighet – ikke som en forstyrrelsesdiagnose, men som dimensjoner av personlighet hos både barn og foreldre. Jeg mener at barnets personlighet blir en sentral faktor i et oppdatert paradigme, fordi den gir innsikt i barnets tilknytningsstrategier, traumeerfaringer og medfødte sårbarhetsfaktorer [\(6\)](#).

Barne- og ungdomspsykiatrien bør bevege seg bort fra tanken om at noe er feil hos barnet, altså en underskuddsbasert biomedisinsk sykdomsmodell. Vi har nå muligheten til å legge grunnlaget for en velfungerende biopsykososial modell. ICD-11 bør inneholde minst seks akser, slik nestor i barne- og ungdomspsykiatrien sir Michael Rutter også har anbefalt (7). Dette vil bidra til at både politikere og samfunnet slutter å forherlige diagnoser og i stedet tar større ansvar for å sikre trygge oppvekstvilkår.

REFERENCES

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014; 13: 28–35. [PubMed][CrossRef]
2. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4–12. [PubMed][CrossRef]
3. Coghill D, Sonuga-Barke EJS. Annual research review: categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders—implications of recent empirical study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 469–89. [PubMed][CrossRef]
4. Bateson G. *Mind and nature: a necessary unity*. New York, NY: Dutton, 1979.
5. Bolton D, Gillett G. *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. London: Palgrave Macmillan, 2019.
6. Wilkinson SR. Diagnosis on the way out - personality on the way in? Priorities in treatment in child and adolescent psychiatry. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2022; 27: 504–14. [PubMed][CrossRef]
7. Rutter M. Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 647–60. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 7. april 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0095

Mottatt 8.2.2025, første revisjon innsendt 3.3.2025, godkjent 13.3.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.