
Favorittaversjoner i psykiatrisk journalkultur

KRONIKK

SØREN ESBEN RYTTER HEILSKOV

soheil@ous-hf.no

Søren Esben Rytter Heilskov er lege og ph.d.-stipendiat ved Kompetansesenter for sikkerhets-fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus.

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

ROBERT ANDRÉ ÅSENG

Robert André Åseng er psykolog med spesialisering i voksenpsykologi og jobber ved Regional enhet for psykoser, Nordlandssykehuset Bodø.

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

Når språket i psykiatrien knirker, er det ikke bare et estetisk problem. Det vitner om en grunnleggende faglig desorientering.

Psykiatriens «språk», den deskriptive psykopatologien, utgjør hjørnesteinen i psykiatrisk praksis. På tross av årtiers imponerende fremskritt innenfor genetik og nevrovitenskap har vi ennå ikke evnet å veksle disse landvinningene til parakliniske markører eller diagnostiske instrumenter som overflødiggjør den kliniske vurderingen og dermed den psykopatologiske kunnskapen.

I en nylig gjennomgang av 5 500 sider med psykiatriske pasientjournaler tegner Aaslestad og medarbeidere et lite flatterende, men dessverre gjenkjennelig, bilde av dagens journalkultur – en skrift preget av redundans, uetterrettelighet og inkohærens (1). Forfatterne konkluderer med en oppfordring om at skriverne må «ta journalen tilbake». Det høres jo flott ut, men hva betyr det egentlig? Dette er vårt forsøk på å gjøre akkurat det.

Ingen mesterlære uten mestre

Målbekrivelsen for spesialistutdanningen i psykiatri anbefaler minimum 105 timers veiledning i psykoterapi, men gir ingen minimumsanbefalinger om antall timers veiledning i psykopatologi (2). Man forutsetter med andre ord at beherskelse av psykopatologiens språk oppnås gjennom enten mesterlære eller ved en slags passiv diffusjon under opphold i spesialisthelsetjenesten. Men mesterlære forutsetter mestre. Uten trening mister språket sin spenstighet, og uten en regelmessig kalibrering av vår begrepsbruk risikerer vi helt å miste evnen til å snakke sammen.

Vi presenterer her tre av våre *favorittaversjoner* fra psykiatrisk journalføring, i form av én typisk journalfrase og to «tendenser». Eksemplene kan fremstå idiosynkratiske, men kretser rundt samme grunnleggende problem: en journalkultur som har mistet den vitale kontakten med sitt opprinnelige mandat – å dokumentere symptomer og tegn på alvorlig sinnslidelse. Det ser ut til at vi har det mer travelt med å friskmelde pasienter enn med å frembringe nyanserte psykopatologiske beskrivelser.

Personen som insisterer på å minne andre om den korrekte tyske *ch*-uttale i *nachspiel* blir sjelden selv invitert på mange «nasjspiel», og vi skjønner at vi her løper en lignende risiko. Vi håper derfor at man vil tolke vår intensjon i beste mening – dvs. som en invitasjon til «nasj». Føler du deg truffet underveis? Grip pennen og bli med på festen.

Favorittaversjon nr. 1

«Vi har ikke observert noen psykotiske symptomer under innleggelsen.»

Ovenstående formulering uttrykker en meget spesiell forståelse av fenomenet psykose, nemlig at denne tilstanden først eksisterer når symptomene åpenbarer seg i rent *fysisk* form, dvs. blir tilgjengelige for en «objektiv» beskrivelse. Da psykiatriske symptomer *i seg selv* ikke har noen romlig utbredelse, vil det typisk være i form av proxy-fenomener, dvs. atferd som utvetydig indikerer tilstedeværelsen av disse symptomene, som høylytt samtale med imaginære personer, åpenbart irrasjonelle handlinger som er kongruente med pasientens vrangforestillingssystem eller eventuelt høygradige manifestasjoner av katatoni. Vi berører med dette en annen sentral favorittaversjon, nemlig den særnorske pleonasmen *psykotisk fungering*. Sannsynligvis uttrykker setningen sjelden et såpass reduksjonistisk syn på psykose som beskrevet her, men snarere en holdning til hvilken alvorlighetsgrad av symptomer som bør utløse bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser og/eller lovens bestemmelser om etablering av tvungent psykisk helsevern.

«Ovenstående formulering uttrykker en meget spesiell forståelse av fenomenet psykose, nemlig at denne tilstanden først eksisterer når symptomene åpenbarer seg i rent fysisk form»

La oss for all del ta en diskusjon om bruk av helsevesenets ressurser og terskelen for tvang, men vi foreslår at denne diskusjonen ikke avspores av en konseptuell feilslutning om hva psykose i det hele tatt er. Ovenstående formulering tegner et feilaktig bilde av psykose som en kvasinevrologisk tilstand. Psykiateren blir iscenesatt i rollen som en slags detektiv, hvis oppgave det er å avsløre at pasienten ikke er ordentlig syk, typisk ved en misforstått applikasjon av en snusfornuftig logikk på psykotiske individers privatlogiske opplevelsesmåte, uttrykt i observasjoner av typen: «han sier han er redd for å bli forgiftet, men likevel spiser han maten på avdelingen» eller «han sier han hører stemmer, men snakker ikke med seg selv».

Psykose beskriver en tilstand hos et individ, hvis virkelighetsopplevelse vurderes å være radikalt forandret fra det mellommenneskelig akseptable (3). Denne vurderingen – å forstå hvilken verden pasienten lever i – beror først og fremst på pasientens egne beskrivelser, som per definisjon ikke lar seg «observere i miljøet», selv om miljøobservasjoner med fordel kan inngå i den samlede vurderingen.

Forslag: Klinikere bør avstå fra å omtale psykose som et subjektuavhengig fenomen med kvasifysiske egenskaper. Betegnelsen *psykotisk fungering* bør unngås, eller som minimum ledsages av en beskrivelse av hvilke domener av menneskelig «fungering» det siktes til.

Favorittaversjon nr. 2

Den psykiatriske journalen som alter for dyrkelse av egne guder.

Man har hevdet at den store faglige allsidigheten gjør psykiatere til «de siste renessansemenneskene» (4). Dessverre synes denne sammenligningen å være mest treffende når man tar i betraktning at renessansemennesker flest abonnerte på et kulørt sammenkok av religiøse dogmer og humoralpatologi.

Psykiatriens «gjenstand» – den menneskelige psyke og dens uhelse – er et ekstremt komplekst fenomen som vi ennå har en ganske primitiv forståelse av. I møtet med slike fenomener er en viss metodologisk pluralisme derfor ikke bare en fordel, men en grunnforutsetning. Samtidig er det kort vei fra pluralisme til sekterisme, som illustrert av de mange ulike skoler man finner innen fagfeltet vårt.

Grovt sagt aner vi ikke hva som forårsaker psykiske lidelser på individnivå. Ut av dette vakuumet vokser ulike kompenserende fortellinger, i form av psykodynamiske fabler, kognitive modeller og «hjernemytologi» (5), hver med sitt unike verdenssyn, begrepsapparat og eventuelle entourage av greske

sagnhelter. Den enkelte kliniker bærer alt dette med seg inn i sin journalpraksis, hvilket forsterker inntrykket av journalen som felles prosjekt preget av babelsk språkforvirring.

«Den enkelte kliniker bærer alt dette med seg inn i sin journalpraksis, hvilket forsterker inntrykket av journalen som felles prosjekt preget av babelsk språkforvirring»

Det finnes ikke noe teorifritt eller «nøytralt» språk for psykiatrisk journalføring. «*Theory lurks in every fact*», som vår husgud Karl Jaspers skrev (5). I dette landskapet representerer den deskriptive psykopatologien i våre øyne likevel det minst dårlige alternativet. Det er denne som bør utgjøre vår felles grunn (eller «demilitariserte sone») for psykiatrisk journalføring – nettopp fordi den setter spørsmål om årsaksforhold i parentes og leverer en nøktern metode for å studere patologiske opplevelser og deres ledsagende ekspressive manifestasjoner.

Etter nå å ha opphøyd vår trosretning til statsreligion kan journalinkvisisjonen for alvor begynne. Første kandidat til kjetterbålet: *dissosiasjon*. Neste offer: *motoverføring*. Og mens vi er i gang: *forsvarsmekanisme*, skarpt forfulgt av *narsissisme* og *projeksjon*.

Begreper som er uløselig knyttet opp mot spesifikke teorier om menneskesinnets oppbygging og indre «naturlover», eller refererer til modaliteter som primært opererer i et hypotetisk underbevisst rom, bør ikke inkluderes i ens kliniske observasjoner.

Vi foreslår at klinikere som finner disse begrepene særlig nyttige, oppretter et deklart «reservat» i journalen, der kjepphester kan luftes i fri dressur. Det kan tenkes å være relevant i forbindelse med et terapiforløp, men forsøk å holde dem unna kliniske sammenhenger der pasientens grunnleggende rettigheter er i spill, eksempelvis ved vurdering av tvangsbruk. I slike tilfeller bør en viss psykopatologisk ortodoksi tilstrebes.

Forslag: Vær bevisst på hvilken mytologi dine begreper refererer til, og bevar en del av journalen fri for etiologisk og psykodynamisk spekulasjon.

Favorittaversjon nr. 3

Den påfallende hyppig forekommende «helt upåfallende» psykiatriske pasient.

Enhver som har oppholdt seg i vaktrommet på en psykiatrisk avdeling kjenner til de evinnelige diskusjonene mellom «pilletrillerne» (de som ser patologi overalt) og «normaliseringsministrene» (de som er i stand å forklare selv de mest bisarre opplevelser innenfor en normalpsykologisk forståelsesramme). Sånne diskusjoner er helt nødvendige for å treffe gode beslutninger i et felt preget av faglige og etiske gråsoner.

Likevel forbløffes man over gang på gang å lese hvordan pasienter som innbringes i florid psykotisk tilstand ifølge journalen fremstod «helt upåfallende» få dager eller sågar timer før. Har det skjedd en feil? Har vi sett den samme pasienten?

Man får inntrykk av at visse klinikere opererer med en slags internalisert kontrollkommisjon, der enhver opplysning av mulig patologisk signifikans legges frem med spørsmålet: Er det noen som helst sannsynlighet for at dette funn kan forklares av andre forhold enn psykisk lidelse? Dersom svaret er ja, velger man for sikkerhets skyld å oppfatte det som «upåfallende».

«Er det noen som helst sannsynlighet for at dette funn kan forklares av andre forhold enn psykisk lidelse? Dersom svaret er ja, velger man for sikkerhets skyld å oppfatte det som ‘upåfallende’»

En sånn tilnærming er bekvem hvis man har ansvar for å tømme en akuttpsykiatrisk sengepost før helgen, men som generelt prinsipp for psykiatrisk journalføring er den noe tvilsom. Problemet er ikke bare at journalnotatene blir kjedelige å lese. Man misforstår også grunnleggende hvordan kliniske vurderinger i psykiatrien fungerer: Tilstander som «mani» og «debuterende schizofreni» presenterer seg ikke som positive utslag på diagnostiske tester eller i form av patognomoniske *røde flagg*, hvis fravær bekvemt kan noteres, men i form av et samlet bilde (gestalt) som trer frem i en mosaikk sammensatt av mange opplysninger og observasjoner av ulike grader av anormalitet.

En psykiatrisk status presens er ikke en diagnostisk konklusjon, men en beskrivelse av en unik person på et gitt tidspunkt. Denne beskrivelsen bør forsøke å innfange personen i all sin egenart. Ingen – hverken pasienten eller kollegaen – har en psykiatrisk status presens som er helt «u.a.». En slik person *eksisterer ikke*.

«En psykiatrisk status presens er ikke en diagnostisk konklusjon, men en beskrivelse av en unik person på et gitt tidspunkt. Denne beskrivelsen bør forsøke å innfange personen i all sin egenart»

Derfor bør en mistroisk holdning *beskrives*, om denne holdningen vurderes «forståelig» i lys av pasientens oppvekstbakgrunn eller ei. At pasienten har på seg solbriller under samtalen, kan utmerket være begrunnet i pasientens subkulturelle tilhørighet, men bør uansett beskrives. At pasienten har en omstendelig og stereotyp måte å ordlegge seg på, kan potensielt forklares av diverse diagnoser satt i barne- og ungdomspsykiatrien, men det bør ikke desto mindre beskrives. Ikke fordi psykiateren skal gjøre seg til smaksdommer over solbrillemote eller folkeskikk, men fordi disse observasjonene – som hver for seg *kan* være «forståelige» – til sammen er med på å tegne et bilde, som kanskje peker i retning av mer alvorlig psykopatologi.

Visse pasientgrupper – f.eks. pasienter med autismespektrumlidelser, psykisk utviklingshemning, annen etnisk bakgrunn enn norsk, traumehistorikk eller rusproblematikk – har erfaringsmessig særlig høy risiko for å få oversett

alvorlig psykopatologi, med bakgrunn i at symptomene tolkes som «forståelige» i lys av nevrodivergens, belastende livshendelser eller «kulturelle» forhold.

Forslag: Beskriv hva du hører og ser i journalen, uavhengig av i hvor høy grad du er i stand til å «forstå» det med din empatiske eller antropologiske fortolkningsramme. Hvis du som ansatt i spesialisthelsetjenesten ofte skriver psykiatrisk status presens som er helt «u.a.», trenger du sannsynligvis å få kalibrert dine psykopatologiske antenner.

Journalen som portrett av psykiateren *lost in space*

Man hører med jevne mellomrom at psykiatrien befinner seg i en krise, eksempelvis en «diagnosekrise» (6), en «forventningskrise» (7), en «identitetskrise» (8) og nå også en «journalkrise». Muligens avspeiler journalen ikke bare, som Aaslestad og medarbeidere antyder, skriverens maktesløshet, men også en mer grunnleggende desorientering – en desorientering rundt hva som utgjør sentrum i ens praksis (= diagnostikk og behandling av mennesker med alvorlig sinnslidelse) og dets grunnleggende håndverk (= den deskriptive psykopatologien).

Dessverre fremstår de ulike forslagene, som representanter for psykiatrien selv bringer til torgs, også ofte en anelse desorienterte, eller ja, krisepregede, f.eks. at diagnoser helt skal avskaffes (6) eller at de mest alvorlig sinnslidende skal henvises til «palliasjon» (9) – muligvis for å frigi ressurser til å forebygge kriminalitet med Ritalin (10) og lindre middelklassens eksistensielle dysfori med ketaminassistert psykoterapi?

Selvfølgelig skal psykiatere interessere seg for vidløftige teorier, obskure terapiformer og nye diagnoser. Uten psykopatologien som gravitasjonspunkt risikerer imidlertid psykiateren fort å bli *lost in space*, noe dagens journalkultur vitner om.

LITTERATUR

1. Aaslestad P, Bakke MCA, Ringen PA et al. Pasientens stemme og skriverens rolle i pasientjournaler i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.24.0685. [PubMed][CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Spesialistutdanning innen psykiatri. <https://www.helsedirektoratet.no/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-og-godkjenning-for-leger/legespesialiteter/psykiatri> Lest 1.9.2025.
3. Parnas J. Begrebet psykose. Ugeskr Laeger 2008; 170: 4.
4. Bergem AK. – Psykiaterne er de siste renessansemenneskene: Norsk Psykiatrisk Forening 15.5.2023. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/aktue>

lle-saker/2023/-psykiaterne-er-de-siste-renessansemenneskene/ Lest
1.3.2026.

5. Jaspers K. General Psychopathology. 7. utg. Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press, 1997.

6. Aarre TF. Eit farvel til psykiatrisk diagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0386. [PubMed][CrossRef]

7. Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningskrise. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0895. [PubMed][CrossRef]

8. Døving K. Har psykiateren abdisert? Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0644. [CrossRef]

9. Malkomsen A, Solberg CT. Palliativ psykiatri. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0441. [PubMed][CrossRef]

10. Bramness JG, Lien L. Vi underbehandler ADHD. NRK 19.2.2023.
<https://www.nrk.no/ytring/vi-underbehandler-adhd-1.16298269> Lest
1.3.2026.

Publisert: 6. juli 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0218
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juli 2026.