

Når jussen står i veien for kommunikasjonen

Michael 2023; 20: Supplement 31: 69–76.

Pasientjournalen er vårt viktigste redskap for å sikre kommunikasjon rundt utredning og behandling, og gjennom dette styrke pasientens rettssikkerhet. En gradvis glidning av journalen i retning av et juridisk dokument kan likevel innebære en forskyvning av journalens hovedformål. Når juridisk terminologi får større plass, er det en risiko for at fagspråket vannes ut uten at man egentlig nærmer seg en klar formulering av klinisk vurdering og behandlingstiltak.

Det er vanskelig å vite om det økte dokumentasjonskravet i journalen er en faglig forbedring med økt rettssikkerhet, en språklig tilpasning i defensiv retning eller begge deler. Hvis språket er fremmedgjørende, undergraves journalen som kommunikasjonskanal. Behovet for å dokumentere at lovverk og retningslinjer er fulgt kan også innebære en glidende overgang mot et mer defensivt hovedformål, der behovet for å ha juridisk ryggdekning fjerner oppmerksomheten fra pasienten.

Et mer komplekst og sammensatt formål med journalen stiller store krav til språklig stringens og til at man ikke mister hovedformålet med journalen av syne. Til syvende og sist skal språket gjenspeile det journalen handler om, nemlig pasienten.

Økt oppmerksomhet på brukermedvirkning og pasienters rettssikkerhet de siste årene har trolig hatt positiv innvirkning på språklig utforming av pasientjournalen. Pasientene kan selv lese og vurdere det som står der, noe som skjerper betydningen av respektfull omtale, språklig presisjon og forklaring av fagmedisinsk terminologi. I tillegg er kravet til korrekt dokumentasjon av utredning og behandling tydeliggjort, i takt med økende teknologisk utvikling og lettere tilgang til dokumentasjon.

Språket kan påvirke både rammene for hvordan vi tenker og hva vi prioriterer (1). For å kunne belyse og ivareta grunnleggende, etiske dilem-

maer innen psykisk helsevern, må vi diskutere hvordan fagspråket påvirkes av utviklingen. Det er vist at stigmatiserende språkbruk i medisinske journaler implisitt kan påvirke klinikernes holdninger til pasientgrupper (2, 3). Godt fagspråk, presise termer og en kritisk holdning til eget språk er kanskje spesielt viktig i psykisk helsevern, der stigma har vært framtrødende. Et eksempel er at pasienter med alvorlige psykiske lidelser i mindre grad utredes og behandles for somatisk sykdom enn andre (4). Stigmatiserende språkbruk kan kanskje være en medvirkende årsak til dette, bevisst eller ubevisst.

Hva er en journal?

Pasientjournalforskriften stiller krav om at journalen skal inneholde opplysninger som er «*relevante og nødvendige for å yte helsehjelp*» (5). Kravene i forskriften er detaljerte, og omfatter blant annet administrative opplysninger, opplysninger om helseforhold, samtykkekompetanse og dokumentasjon av rettslig grunnlag for eventuell bruk av tvang.

En medisinsk journal tillegges også vekt når vurderinger og gitt behandling av ulike grunner etterprøves. Dette gjelder ved behandling av saker i Helsetilsynet og ved andre tilsynsordninger knyttet til medisinske feil og andre uheldige hendelser. Det samme gjelder når dokumentasjon fra journal brukes som bevis knyttet til vurdering av utilregnelighet, eller som del av andre rettslige avgjørelser. Det økte kravet til presis, juridisk dokumentasjon i pasientjournalen gir sannsynligvis bedre rettsikkerhet for pasienter i psykisk helsevern, men det er ikke opplagt at det innebærer god behandling eller god kommunikasjon.

Juss og medisin

Det er kulturelt tette bånd mellom juss og medisin, og en kontinuerlig tilstedeværelse av juridisk og medisinsk tenkemåte bidrar til å forme både vår selvforståelse og vår plass i samfunnet (6). Et likhetstrekk mellom de to fagområdene er en akademisk og praktisk tradisjon for å benytte enkeltkasuistikker som grunnlag for generaliseringer. Etisk og samfunnsmessig diskurs er ofte preget av at juridiske og medisinske aspekter er tett sammenvevde, særlig ved lovmessig regulering av medisinske behandlingsmuligheter. Hvem skal prioriteres for kostbar behandling? Hva med livsviktig behandling hvis pasienten nekter, og hvordan skal samtykkekompetanse inngå i en slik vurdering? Disse og en rekke andre spørsmål forutsetter både juridiske og medisinske avveininger i nært samspill.

Det er likevel sentrale forskjeller mellom medisinsk og juridisk tenkemåte (7). Medisinen skal være til nytte for den enkelte (formålsrasjonalitet), mens jussen skal forsøke å generalisere ved å utforme regler som skal gjelde for

de aller fleste tilfeller (normrasjonalitet). Begge former for rasjonalitet er hensiktsmessige, men samspillet mellom dem har iboende konflikter. I psykisk helsevern forholder vi oss til begge, kanskje i større grad enn i andre medisinske fagområder. Hver dag skal vi forsøke å forstå, vurdere og behandle enkeltmennesker med sine personlige og individuelle behov, samtidig som vi ofte står i vanskelige, etiske avveininger knyttet til pasientautonomi og bruk av tvang. Noe av dette synliggjøres også i rettspsykiatri, der en kontinuerlig dialog mellom de to fagtradisjonene er nødvendig, men komplisert (8).

I tillegg til at tenkemåten er ulik, er det en overordnet forskjell mellom juridisk og medisinsk språk. Juridisk språk er mer binært eller dikotomt (8), synliggjort for eksempel ved beviskrav, det vil si hvilken grad av sannsynlighet som er nødvendig for at noe faktisk foreligger, eller har skjedd. Var tiltalte tilregnelig på gjerningstidspunktet eller forelå det en sterkt avvikende sinnstilstand? I slike beslutninger stilles det krav til sannsynlighetsovervekt. Medisinske vurderinger vil ofte være viktige underveis i prosessen, men i siste instans vil svaret bli *ja* eller *nei* til hvorvidt utilregnelighet, og dermed manglende skyldevne, foreligger (9). Medisinsk språk vil i mange sammenhenger heller søke å beskrive et kontinuum. De fleste pasienter befinner seg et sted mellom *ekstremt syk* og *helt frisk*, og det gir ofte begrenset mening å ha et ja-/nei-perspektiv på vurderingen. Pasienten beskriver «moderat hodepine om morgenen», gir « redusert formell kontakt » eller beskrives som «moderat til alvorlig deprimert med noe redusert mimikk, men det endrer seg i løpet av samtalen». Fra et behandlingssmessig perspektiv kreves dessuten et mer dynamisk språk som uttrykker fenomener som endrer seg over tid. Samtykkekompetansen er ikke nødvendigvis stabil, den kan svinge fra dag til dag og endres radikalt etter en god natts søvn eller en ukes behandling.

Medisinsk terminologi og kliniske termer har i økende grad blitt inkludert i lover og forskrifter. Dette er spesielt synliggjort i endringen i lov om psykisk helsevern i 2017 der pasienter med samtykkekompetanse gis rett til å nekte behandling, gitt at de ikke utgjør en fare for eget liv eller andres liv og helse (10). Hensikten med lovendringen var å øke pasientens rett til selvbestemmelse, og man forventet at bruk av tvang ville bli redusert (11). Erfaringene er omdiskutert.

Enkelte har påpekt at lovendringen innebærer en tydeligere prioritering av autonomi og medbestemmelse for et flertall av pasientene, og at kravet til helsepersonell om å finne løsninger sammen med pasientene, er tydeliggjort (12). Andre viser til at den forventede reduksjonen av tvang ikke har

skjedd, og at lovendringen hindrer beskyttelse av syke pasienter med svingende samtykkekompetanse (13).

Vurderingene av samtykkekompetanse illustrerer hvordan det skjer en gradvis «juridifisering» av det kliniske språket. Omfanget av vurderingene har vokst, og både språklig kompleksitet og antall ord har økt betydelig. Ved at kliniske termer er inkludert i en juridisk kontekst, tvinges man dessuten inn i en dikotom vurdering: samtykkekompetent eller ikke, alvorlig sinnslidelse eller ikke, suicidalfare er økt eller ikke, selv om vi har mangelfull kunnskap om hvordan suicidalfare kan vurderes på individnivå.

Defensiv medisin

I grenseflaten mellom juss og medisin er journalen som bevismiddel ofte et sentralt tema. Samtidig må journalnedtegnelsene vurderes konkret i hvert tilfelle fordi «*Journalnotater er legenes arbeidsnotater og er i utgangspunktet ikke skrevet med henblikk på å tjene som bevis i eventuelle tvister*», heter det i en juridisk tekst fra 2008 (14). Er det fortsatt slik? Eller tenker vi som behandlere at journalen i økende grad har blitt et juridisk dokument, og tilpasser språket vårt etter dette? «Defensiv medisin» innebærer at kliniske beslutninger ikke tas på bakgrunn av kliniske retningslinjer eller anerkjent praksis, men fordi man ønsker å unngå juridiske eller andre negative konsekvenser som klager, avvik, tilsynssak, anmeldelse eller rettssak (15, 16). Defensiv medisin deles ofte inn i to ulike tilnærminger: en positiv variant hvor man gjør mer enn det som egentlig trengs, som repeterte blodprøver og tester, henvisninger og undersøkelser, og en negativ variant hvor man unngår pasienter som oppfattes som vanskelige eller krevende, eller dropper behandling som anses å ha høy risiko. Betegnelsen oppstod i USA, der tradisjonen for å gå til rettslige skritt har vært sterk. Opp mot 60 % av amerikanske leger rapporterte at de har praktisert defensiv medisin (17). Det er økende oppmerksomhet mot fenomenet også i Europa. Det kan blant annet skyldes endringen i forholdet mellom lege og pasient, der en paternalistisk holdning gradvis har blitt erstattet av sterkere pasientautonomi, lavere tillit til helsevesenet og klarere forventninger eller krav fra pasienten (15). Samtidig er legers tid med pasienten begrenset, kontinuiteten i pasientforløp er vanskelig å opprettholde i et fragmentert system, og det er krevende å ha en stabil allianse over tid. Systematisk forbedring, avvik og metoder for å lære av egne feil i helsetjenesten er selvsagt viktig og nødvendig, men kan også representere en hårfin balanse mot «shaming and blaming». Uheldige og katastrofale hendelser innebærer en økende redsel for at kliniske vurderinger i ettertid blir gjenstand for granskning, noe som kan føre til et tydeligere behov for å sikre seg. Her kan forskjellene i juridisk

og medisinsk tenkemåte i verste fall føre til en konflikt mellom det behandlingsmessige hensynet til enkeltpasienten og hensynet til offentligheten. Behandleren i psykisk helsevern blir i større grad en vokter av samfunnsikkerheten enn å være behandler. Denne grenseflaten representerer et kontinuerlig dilemma i psykisk helsevern, men å miste sitt behandlingsmessige fagspråk kan medføre at behandlerrollen forskyves ytterligere. I verste fall skjer dette på bekostning av individualisert og tilpasset behandling av den enkelte pasient.

Formålet med journalen

Alle former for kommunikasjon er målrettet og avhengig av kontekst (1). Uansett om vi stiller et spørsmål, forteller en god historie, informerer en pasient eller dokumenterer i journal, har vi et formål med det vi kommuniserer (18). Klinisk kommunikasjon bør reflektere formålet med kommunikasjonen og i mindre grad være sentrert rundt hvilke spørsmål som skal stilles. Er det for eksempel et gitt sett av spørsmål som alltid skal stilles ved en suicidalvurdering, eller bør oppmerksomheten være på den totale kliniske vurderingen av pasienten? Og er det ikke tilstrekkelig dokumentert at vurderingen er foretatt hvis samtalen har foregått uten bruk av skjema?

I utgangspunktet vil grenseflaten mellom fagtradisjonene juss og medisin i psykisk helsevern først og fremst komme til uttrykk når det skal fattes en beslutning, som vedtak knyttet til behandling uten pasientens samtykke, bruk av tvangsmidler eller tvungent psykisk helsevern. Da er det nødvendig med både juridisk og medisinsk terminologi fordi man må sikre både pasientenes juridiske rettigheter og forsvarlig, medisinsk behandling. På en rekke andre områder er det ikke like nødvendig med en slik språklig hybridløsning. Både juss og medisin har gjennom tidene fått mye kritikk for dårlig, uforståelig og faginternt språk, en slags uheldig allianse mellom akademisk fagterminologi og byråkratisk omstendelighet. Språket i psykisk helsevern er blitt karakterisert som «*nesten komisk ufolkelig*» (19). Prosjektet «Klart lov-språk» (2011–19), ledet av daværende Direktoratet for forvaltning og IKT (nå Digitaliseringsdirektoratet), hadde som mål at lover og forskrifter skulle bli klarere og mer forståelige (20), og Språkrådet har påpekt at «*det juridiske språket i mange sammenhenger er mye mer omstendelig og komplisert enn det trenger å være*» (21). Dette blir trolig ikke bedre av at ulike formål forsøkes behandlet samtidig: rettsikkerhet for pasienten, behov for nitid dokumentasjon med tanke på å skulle bli kikket i kortene på et senere tidspunkt, kommunikasjon til andre behandlere og informasjon til pasienten. Når hovedformålet med det som kommuniseres er uklart, eller språket skal tilfredsstillere flere formål samtidig, vil det medisinske fagspråket etter hvert

gli over i mer juridiske, dikotome formuleringer. Jussen stiller tydeligere og mer normerende krav til grunnlag for beslutninger, jussens språk aksepterer mindre usikkerhet og tvil, og det er uunngåelig at språket påvirkes av dette.

Journalen er fortsatt et av de viktigste arbeidsverktøyene vi har i daglig klinisk arbeid. Hovedformålet bør være kommunikasjon om behandlingen av pasienten, og rammen for det som står i journalen, bør være at man kan gjenfinne opplysninger som er nødvendige og relevante for god og forsvarlig behandling. Den gradvise glidningen av journalen i retning av et juridisk dokument innebærer en forskyvning av dette hovedformålet. Når juridisk terminologi gradvis får en større plass, er det også en risiko for at fagspråket vannes ut, og omfanget av det som skal dokumenteres, kan bli absurd omfattende uten at man egentlig nærmer seg en klar og tydelig formulering av klinisk og diagnostisk vurdering og behandlingstiltak. Klinikere er ikke jurister, og risikoen øker for omstendelige formuleringer, endeløse gjentakelser og forsøk på å formulere ja-/nei-svar på mangefasetterte vurderinger. I tillegg vil behovet for å dokumentere at lovverk og retningslinjer er fulgt, innebære en glidende overgang mot et mer defensivt hovedformål. Behovet for å ha juridisk ryggdekning kan dermed fjerne oppmerksomheten fra pasienten.

Det er vanskelig å vite om det økte dokumentasjonskravet i journalen er en språklig tilpasning i defensiv retning, en forbedring i retning av bedre dokumentasjon, og dermed økt rettssikkerhet, eller begge deler. Hovedformålet med journalen bør fortsatt være kommunikasjon rundt utredning, vurdering og behandling. Hvis språket er fremmedgjørende, undergraves journalen som kommunikasjonskanal, ikke bare mellom behandlere, men også mellom pasient og/eller pårørende og behandler. Antakelig er det ikke mulig å unngå at formålet med journalen blir mer komplekst og sammensatt, men dette stiller store krav til språklig stringens og til at man ikke mister hovedformålet med journalen av syne. Til syvende og sist skal språket gjenspeile den journalen handler om, nemlig pasienten.

Litteratur

1. Galasiński D. Language and psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 200–1. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30040-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30040-3)
2. Goddu AP, O’Conor KJ, Lanzkron S et al. Do words matter? Stigmatizing language and the transmission of bias in the medical record. *Journal of General Internal Medicine* 2018; 33: 685–91. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4289-2>
3. Shi HD, McKee SA, Cosgrove KP. Why language matters in alcohol research: reducing stigma. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2022; 46: 1103–9. <https://doi.org/10.1111/acer.14840>

4. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L et al. Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. *American Journal of Psychiatry* 2021; 178: 793–803. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010031>
5. *Forskrift om pasientjournal* (pasientjournalforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168> (14.10.2022).
6. Broekman JM. *Law and medicine: intertwinements of law and medicine*. Leuven: Leuven University Press, 1996: 23–47.
7. Syse A. Om medisinsk etikk, medisin og jus. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2007; 127: 1626. Om medisinsk etikk, medisin og jus | [Tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no)
8. Zemishlany Z, Melamed Y. The impossible dialogue between psychiatry and the judicial system: a language problem. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2006; 43: 150–8.
9. *Lov om straff (straffeloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28> (14.10.2022).
10. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (14.10.2022).
11. *Tvang i psykisk helsevern: status etter lovendringen i 2017*. Rapport IS-2888. Oslo: Helsedirektoratet, 2018. [Microsoft Word - Rapport_2019_Endelig_240220 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) (14.10.2022).
12. Wergeland NC, Rolland EG, Weber A et al. Vurdering av samtykkekompetanse bidrar til bedre hjelp. *Aftenposten* 18.7.2022. [Vurdering av samtykkekompetanse bidrar til bedre hjelp \(aftenposten.no\)](https://www.aftenposten.no) (14.10.2022).
13. Medhus S. Psykisk helsevernloven av 2017 fungerer ikke etter hensikten. *Aftenposten* 5.7.2022. [Psykisk helsevernloven av 2017 fungerer ikke etter hensikten \(aftenposten.no\)](https://www.aftenposten.no) (14.10.2022).
14. Evensen LM. Medisinske journaler som bevis. *Tidsskrift for erstatningsrett* 2008; 5: 223–5. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-9545-2008-04-01>
15. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *European Journal of Health Economics* 2020; 21: 477–82. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01151-1>
16. Williams PL, Williams JP, Williams BR. The fine line of defensive medicine. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2021; 80: 102170. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102170>
17. Katz ED. Defensive medicine: a case and review of its status and possible solutions. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine* 2019; 3: 329–32. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2019.9.43975>
18. Høye A, Hoven S. Når jusen kommer i veien for kommunikasjonen. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2018; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0490>
19. Mathiesen AP. Diagnose dårlig språk. *Psykobloggen* 25.4.2016. Mental Helse. <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/diagnose-daarlig-spraak> (14.10.2022).
20. Korleis arbeide med Brukardialog og klart språk. *Digitaliseringsdirektoratet*. <https://www.digdir.no/klart-sprak/brukardialog-og-klart-sprak/2051> (14.10.2022).

21. Senje A. Klart språk kan gjøre jussen mer forståelig. *Språknytt* 2021; 49: 18–21. <https://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/Publikasjoner/Spraaknytt/spraknytt-22021/klart-sprak-kan-gjore-jussen-mer-forstaelig> (14.10.2022).

Anne Høye
anne.hoye@unn.no
Postboks 6124
9291 Tromsø

Anne Høye er spesialist i psykiatri, professor ved UiT Norges arktiske universitet og overlege ved Psykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Siren Hoven
siren.hoven@unn.no
Postboks 6124
9291 Tromsø

Siren Hoven er spesialist i psykiatri og avdelingsleder ved Psykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge.