

Du har ikke rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men ta gjerne kontakt!

- En tekstlingvistisk analyse av fem venteliste-brev

Silje Berdal



Masteroppgave i moderne retorikk og språklig kommunikasjon

Institutt for lingvistiske og nordiske studier

UNIVERSITETET I OSLO

Desember 2018

© Silje Berdal

2018

Du har ikke rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men ta gjerne kontakt!

Silje Berdal

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

«En tekst er klarspråklig dersom mottakerne finner det de trenger, forstår det de finner, og kan bruke det de finner til å gjøre det de skal» (Språkrådet, 2018).

I denne avhandlingen har jeg analysert fem ventelistebrev med vekt på språkhandlinger, teksttyper og makrohandlinger for å undersøke om tekstene oppfyller språkrådets klarspråkkrav. Hovedfunnene bekrefter en hypotese om at skriftlig helseinformasjon kan være å forstå, og en hypotese om at et klart og grammatisk korrekt språk ikke automatisk fører til økt forståelse hvis ikke tekstene også framstår sammenhengende, relevante og meningsfulle for mottakerne.

Analysen viser blant annet at:

- tekstene skal formidle informasjon til flere mottakere enn pasienter,
- tekstene er preget av mange substantivtunge passivsetninger,
- at det ikke alltid er koherens mellom overskriftene i brevene og det vi oppfatter som tekstenes makroproposisjon,
- at brevene er inkonsekvente i utformingen,
- at mye informasjon formidles implisitt,
- og at det stilles høye krav til modelleserens kompetanse.

På bakgrunn av metoden jeg har valgt og analysene jeg har utført, er det rimelig å konkludere med at ventelistene ikke tilfredsstillter Språkrådets klarspråkkrav i tilstrekkelig grad.

Forord

Først og fremst en stor og hjertelig takk til min veileder, Johan Tønnesson. Jeg vil takke deg for din interesse og ditt engasjement – både for oppgaven og problemstillingen, men også for meg som forsker, student og medmenneske. Du har lært meg å begrense bruken av adjektiver, men her det vanskelig. Du er observant, skarp, kritisk, velmenende, varm og tålmodig. Takk!

Takk til pappa og mamma, Jan-Erik og Bettina Berdal, for inspirasjon, tillit, støtte, omsorg og verdifulle innspill underveis.

Og takk til min gode venninne, Ingvild Mjøset Bogen, for din hjelp med oppgaven.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	III
Forord	V
Innholdsfortegnelse	VII
1 Innledning	1
1.1 Språk og kommunikasjon i helsevesenet.....	1
1.1.1 Akershus universitetssykehus	2
1.2 Klarspråk – hvorfor?.....	3
1.2.1 Definisjon	3
1.3 Aktualisering og problemstilling	5
2 Metode	7
2.1 Materiale – venteliste­brev	7
Utvalg	7
2.2 Metode	8
2.3 Kredibilitet.....	9
3 Teori	10
3.1 Hva er kommunikasjon?.....	10
3.1.1 Ytringer og tekster.....	11
3.1.2 Kontekst	12
3.1.3 Situasjon­skonteksten	12
3.1.4 Kultur­konteksten.....	13
3.1.5 Språkfunksjoner	14
3.1.6 Språk­handlinger	15
3.1.7 Tekst­typer.....	16
3.2 Skriftlig kommunikasjon	18
4 Analyser og funn	20
4.1 Regional elektronisk pasientjournal	20
4.2 Venteliste­brev	21
4.3 Avsendere og mottakere	22
4.4 Brevene	24
4.5 Funn	42
5 Pasientinformasjon som elektronisk flettverk	46

5.1.1 Videre forskning.....	46
Litteraturliste.....	48
Vedlegg	52
1. Ventelistebrev	52
2. Tekstlingvistisk analyse	56
3. Mal – Regionale ventelistebrev	62

1 Innledning

1.1 Språk og kommunikasjon i helsevesenet

«Godt språk er god folkehelse» lyder overskriften i Ram Gupta og Anders H. Kartzows artikkel som omhandler nordmenns forståelse av skriftlig helseinformasjon (2014). Artikkelen kom i kjølvannet av en publikasjon i tidsskriftet *Sykepleien Forskning* (nr. 1/2014) hvor forskere fra Lesesenteret ved Universitet i Stavanger hevdet at en tredjedel av den voksne befolkningen har vanskeligheter med å lese og forstå skriftlig helseinformasjon. Et lignende utsagn av Åse Wetås, direktør i Språkrådet, ble publisert i rapporten *Sykehuset, samfunnet og språket*: «Satsing på språk er satsing på helse» (Wetås, 2016, 7-9).

Denne sammenhengen mellom språk, kommunikasjon og folkehelse har stimulert til flere forskningsprosjekter, avhandlinger og artikler om språk -og kommunikasjonsrelaterte utfordringer i helsevesenet de siste årene (bl.a. Eidsnes, 2013; From, 2013; Gabrielsen & Lundetræ, 2014; Wyller, 2017; Faiz, 2017; Kittilsen, 2017).

En gjennomgående utfordring som problematiseres er antallet ulike språk som snakkes – både av leger og pasienter. På norske sykehus jobber det ansatte fra over 100 land, og de har pasienter med bakgrunn fra hele verden (Amundsen, 2013).

Hypptig bruk av medisinsk og juridisk fagterminologi trekkes også frem av flere som faktorer som kan gjøre språket vanskelig tilgjengelig for den gemene hop. Professor og spesialist i indremedisin, Torgeir Bruun Wyller, har laget en uformell tabell over det han definerer som «jålebegreper» i helsespråket. Dette er ord og uttrykk han mener ikke øker presisjonsnivået og som i stor grad er ukjent for folk flest, men som han erfarer at mange helsearbeidere benytter seg av når de skriver. Tabellen nedenfor viser et utdrag av Wyllers eksempler på jålebegreper og alternative formuleringer:

Ikke skriv	Skriv heller
Hospitalisert	Innlagt
Man	Vi, jeg, fastlegen, sykehjemslegen
Cerebralt insult, apopleksi	Hjerneslag – eller helst hjerneinfarkt, hjerneblødning
Fatigue	Utmattelse

Tabell 1: Eksempler på jålebegreper fra «Presise epikriser», av T. B. Wyller, 2017 (<https://tidsskriftet.no/2017/05/sprakspalten/presise-epikriser>)

Men det er ikke bare språket som kan være et hinder for gjensidig forståelse i et kommunikasjonsperspektiv. Det er ikke nok å bytte ut vanskelige ord og faguttrykk, rette skrivefeil og unngå forkortelser når sykehusene skal løse de kommunikative utfordringene de står overfor. Det krever også at informasjonsstrukturen er slik at mottakerne forstår og finner det som er relevant for dem, og at forfatterne av tekstene er bevisste på hvilke forutsetninger, forkunnskaper og informasjonsbehov målgruppen sitter med.

I masteroppgaven *Avdelinga kan gi nærare råd og rettleiing* (2013), retter Lydia Eidsnes også søkelyset på maktrelasjoner som opptrer i brev til pasienter. Når sykehuset for eksempel avslår en søknad om behandling i spesialisthelsetjenesten, er det sykehuset som har den utøvende makten i den kommunikative situasjonen – og sånn må det rimeligvis også være. Men hvordan avslaget formidles kan ha innvirkning på hvorvidt maktutøvelsen oppfattes som legitim og rettferdig. I stedet for å presentere avgjørelsen som en kjensgjerning, kan avsenderen både skape nærhet og tillit gjennom å argumentere, forklare og gi innsikt i prosessene som har ført til beslutningen. Ved å kommunisere åpent, forståelig og på mottakerens premisser, kan sykehuset unngå at maktutøvelse fører til avmakt hos pasienten.

1.1.1 Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus (heretter også Ahus) er Norges største akuttisykehus med et pasientgrunnlag på over 500 000 innbyggere. I tillegg er Ahus det sykehuset med størst andel innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre og minoritetsspråklige pasienter i landet (Ahus, 2018). Dette skyldes i hovedsak at sykehuset har ansvar for innbyggerne i de tre nordligste bydelene i Oslo, henholdsvis Alna, Grorud og Stovner hvor til sammen over 50 prosent har innvandrerbakgrunn (Statistisk sentralbyrå, 2015). I tillegg opplever Ahus, og helsetjenesten for øvrig, stadig flere eldre, større sosioøkonomiske forskjeller i nedslagsfeltet, og et voksende kulturelt og språklig mangfold som stiller høye krav til innsikt og arbeid med helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. Som det utgår av Helseforetaksloven (1991, § 1), skal de regionale helseforetakene sikre at sykehusene tilbyr «god og likeverdige» (min utheving) behandling i spesialisthelsetjenesten uavhengig av «alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn». Dette innebærer i teorien at også skriftlig informasjon som sykehuset sender til pasienten skal tilpasses mottakerne slik at alle har forutsetninger for å forstå den. Det er ikke mulig, eller hensiktsmessig, å skrive individuelle informasjonsskriv til hver eneste pasient på Ahus. De aller fleste pasientbrevene er uformet etter standardiserte maler. Tekstene som pasientene oftest møter i en henvisningsperiode, er ventelistebrev. I 2017 tok Ahus i bruk

nye og reviderte maler av denne typen, og det er et utvalg av disse som danner tekstkorpuset for mine analyser.

1.2 Klarspråk – hvorfor?

Denne avhandlingen inngår ikke som en del av et etablert klarspråkprosjekt, eller har som formål å vurdere resultatene av et språkforbedringsarbeid. Likevel er oppgaven forankret i det språkpolitiske idealet *klarspråk*, og en kort gjennomgang og aktualisering av termen følger.

Da Kaja Falck-Ytter i 2009 publiserte sin masteroppgave «Klart språk – hva er det?», presenterte hun det vitenskapelige forskningsfeltet rundt klarspråk som ungt og bortimot uoppdaget, og hevdet at det var gjort lite, eller ingen forskning på klarspråk i Norge. Dette bildet har endret seg. De siste årene er det skrevet en rekke akademiske arbeider som omhandler en klarspråktematikk (bl.a. Abrahamsen, 2010; Furu, 2011; Seljeseth, 2012; Eidsnes, 2012; Stræte, 2015; Nord, Nyström Höög & Tønnesson, 2015; Heggedal, 2016). Selve begrepet, som alt hadde vært i omløp i Sverige siden 1990-tallet, fikk gjennomslag da daværende fornyings- og administrasjonsdepartement (FAD), Språkrådet og Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) i 2008 iverksatte prosjektet «Klart språk i staten». Målet med prosjektet var å forbedre den skriftlige kommunikasjonen mellom staten og borgerne. Tiltak som har blitt utarbeidet er blant annet klarspråkpriser, kurs, økonomiske støtteordninger og veiledning for statlige og kommunale virksomheter som vil i gang med språkforbedringsarbeid. Siden har Språkrådet og Difi fortsatt samarbeidet og førstnevnte drifter den nettbaserte verktøykassen www.klarspråk.no. Her finner man blant annet retningslinjer, råd og tips til hvordan å skrive klart samt Språkrådets definisjon av begrepet, og argumenter for å drive klarspråksarbeid.

1.2.1 Definisjon

Klarspråk blir av Språkrådet definert som «korrekt, klart og brukertilpasset språk i tekster fra det offentlige» (Språkrådet, 2018¹). En tekst er klarspråklig dersom mottakerne finner det de trenger, forstår det de finner, og kan bruke det de finner til å gjøre det de skal (ibid). I tillegg er det utarbeidet en internasjonal definisjon som ved første blick kan oppfattes som en sammenslåing av de to ovenstående beskrivelsene: «Klarspråk er kommunikasjon med så tydelig ordlyd, struktur og visuell utforming at leserne i målgruppen finner informasjonen de

¹ Språkrådet: Hva er klarspråk?

trenger, forstår den og kan bruke den» (International Plain Language Federation, 2018). Her er imidlertid *språk* og *tekst* erstattet med *kommunikasjon*, og klarspråk spesifiseres ikke til språk i tekster fra det offentlige, men som kommunikasjon generelt. I denne oppgaven gjør begge definisjonen seg gjeldene. Analyse materialet er tekster fra spesialisthelsetjenesten og er således relevante i en offentlig og språkpolitisk diskurs. I tabellen nedenfor har jeg tilpasset noen av Språkrådets argumenter for å arbeide med klarspråk til å omhandle tekster i brev fra helsevesenet.

Klarspråk bidrar til å:	Klarspråk er viktig i brev fra helsevesenet fordi:
- fremme demokratiet og rettssikkerheten	- sykehuset blant annet informerer om pasientens rettigheter og plikter. Tungt og uklart språk i tekster fra helsevesenet kan føre til at mange mister muligheten til å delta i saker som angår deres egen helsesituasjon og behandlingstilbud.
- skape tillit	- pasienter ofte er i en sårbar livssituasjon. Brev som er forståelig og klart formulert kan skape nærhet og tillit.
- spare styresmaktene for tid og penger	- et klart og brukertilpasset språk reduserer faren for misforståelser. Færre spørsmål fra pasienter gir kortere behandlingstid. Helsemyndighetene sparer med andre ord tid og penger hvis de skriver klart og begripelig.
- fremme kommunikasjonen	- tungt og uklart språk forstyrrer kommunikasjonen. Klarspråk bidrar til at mottakeren lettere oppfatter avsenderens budskap.

Tabell 2: Utdrag fra «Kvifor klarspråk?» tilpasset tekster fra helsevesenet (Språkrådet, 2018)

På det siste punktet i tabellen står det at klarspråk fremmer kommunikasjonen. I denne oppgaven er jeg imidlertid opptatt av *hvordan* vi kommuniserer og hvordan vi bruker språket til å skape mening. I den sammenhengen vil ikke et klart og grammatisk korrekt språk være en tilstrekkelig forklaring. Den internasjonale definisjonen av klarspråk omfatter også

tekststruktur- og utforming og ligger således nærmere den språkforståelsen som danner det teoretiske grunnlaget for mine analyser. Når Ahus for eksempel i ett av ventelistebrevene sine skriver «Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling, må du henvises på nytt», holder det ikke at setningen er klar, tydelig og grammatisk korrekt hvis pasienten ikke forstår at ytringen først og fremst er ment for fastlegen.

1.3 Aktualisering og problemstilling

I studien fra Lesesenteret ved Universitet i Stavanger (jf. 1.1) hevder Gabrielsen og Lundetræ at en tredjedel av den voksne befolkningen har vanskeligheter med å lese og forstå skriftlig helseinformasjon, og at nivået for helserelaterte leseferdigheter har betydning både på individ- og samfunnsnivå. Hvis pasientene forstår informasjonsskriv og medisinstruksjoner, har de et bedre utgangspunkt for å vurdere og kommunisere egen helsetilstand. Det er vesentlig for å ivareta og opprettholde god helse og for å finne fram i et stadig mer mangfoldig behandlingssystem (Gabrielsen & Lundetræ, 2014). Et annet funn i studien er at voksne personer med svake leseferdigheter gjennomgående vurderer sin egen helse som dårligere enn det personer med gode leseferdigheter gjør.

På et samfunnsnivå er befolkningens helsetilstand av betydning for produktivitet og økonomi, og et velfungerende helsevesen er en kjerneverdi i en velferdsstat. Samtidig belyser studien sider ved *utformingen* av tekstene og trekker med det også inn et avsenderperspektiv. I sammendraget står det at «ved utforming av skriftlig helseinformasjon [er det] viktig å ta hensyn til at mange brukere av ulik helseinformasjon har lave leseferdigheter». Vi vet at alder, kjønn, etnisk bakgrunn og utdanningsnivå har betydning for pasientens evne til å lese og forstå tekster fra helsevesenet, og at helsevesenet er pålagt å gi et likeverdig behandlingstilbud til alle grupper av befolkningen. Sosiologiprofessor Jon Rogstad er en av dem som har uttrykt bekymring for at vi kan skape systematiske forskjeller i hvem som får tilgang til rettighetene sine hvis språket i helseinformasjon kun kan avkodes og tolkes av de mest lesekyndige av oss (Amundsen, 2013).

Med standardiserte brevmalen har avsenderen ofte få eller ingen muligheter til å tilpasse innholdet til den spesifikke mottakeren, eller til å rette opp misforståelser underveis i lesningen. Tekstene skal gi mening for mange ulike mottakere som kanskje bare har det til felles at de har blitt innkalt til en legetime, eller har fått avslag fordi de av ulike grunner ikke oppfyller vilkårene for behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er sykehuset forpliktet til

å informere om hvilke rettigheter og plikter pasienten har, og brevene skal i seg selv fungere som dokumentasjon på at sykehuset har informert om det de er pålagt å informere om. Derfor er tekster fra helsevesenet ofte preget av omfattende juridisk og medisinsk fagsjargong. Kommunikasjonsdirektør for Folkehelseinstituttet, Christina Rolfheim-Bye, hevder at «når noen jobber med å gjøre pasientspråket enklere, kjemper de mot både medisinerne og jurister» (Rolfheim-Bye, 2014)

I denne oppgaven skal jeg se nærmere på de nye ventelistebrevene Akershus universitetssykehus tok i bruk i 2017. De nye brevmalene er et ledd i Helse Sør-Østs omfattende standardiserings- og moderniseringsprogram «Regional klinisk løsning» (Helse Sør-Øst, 2018). De viktigste endringene i de nye malene er bruk av «fraser». Informasjonen i brevene skal bli enklere å forvalte ved at helsepersonell kun trenger å oppdatere standardfraser i stedet for å gjøre endringer i individuelle brev. Dette reduserer antall brevmalere betydelig. I tillegg skal prosedyren bedre pasientsikkerheten ved at en standardisering reduserer variasjon i hvordan data behandles og arbeidsprosesser utføres på de enkelte helseforetakene, og gjennom en modernisering av systemene skal sykehuset lettere «møte nye lovkrav og forventninger» (Myhren, 2017). Jeg gjengir det siste sitatet direkte fordi dette argumentet gjennomgående blir fremhevet, og fordi kravet om juridisk ryggdekning i stor grad påvirker produksjonsvilkårene og utformingen av pasientbrevene. Det blir også vektlagt at en standardisering vil øke effektiviteten, korte ned behandlingstiden og spare sykehusene for tid og penger. Og dette er gode argumenter. Med hvor godt kommuniserer tekstene med mottakerne? Hvordan etablerer ventelistebrevene tekstsammenheng? Hvilke språkhandlinger kommer til uttrykk i tekster som skal kommunisere med en svært stor og uensartet mottakergruppe og samtidig være personlig og relevant for den spesifikke mottakeren? Med utgangspunkt i disse spørsmålene skal jeg besvare følgende problemstilling: *I hvilken grad tilfredsstiller ventelistebrevene gjennom språkhandlinger og etablering av tekstsammenheng Språkrådets klarspråkkrav om at:*

- *mottakerne finner det de trenger*
- *forstår det de finner*
- *kan bruke det de finner til å gjøre det de skal?*

2 Metode

2.1 Materiale – ventelistebrev

På bakgrunn av en utbredt oppfatning av at skriftlig helseinformasjon kan være vanskelig å forstå, og tidvis ubegripelig for enkelte, ble jeg interessert i hvilke tekster pasientene møter i kontakt med helsevesenet. Samlebetegnelsen for alle brev pasienten mottar gjennom en henvisningsperiode, er ventelistebrev. Fordi de forskjellige helseforetakene opererer med ulike brevmalere (dog ofte med marginale forskjeller), har jeg tatt utgangspunkt i Akershus universitetssykehus` maler. Dette skyldes både Ahus` pasientgrunnlag, og at sykehuset først innførte og tok i bruk de nye brevmalene i slutten av 2017. Så vidt meg bekjent, har det ikke vært gjennomført brukerundersøkelser som har målt effekten og lesbarheten av de nye tekstene. Jo videre og mer uensartet mottakergruppen er, jo vanskeligere er det å utforme tekster som skal være forståelige for alle som leser dem.

Spesialister i anesthesiologi, Jannicke Mellin-Olsen og Sven Erik Gisvold, skrev sammen med allmennlege, Kjetil Karlsen, en kronikk i 2012, hvor de hevdet at ventelistebrevene er så vanskelige å tolke at fastleger oppsøkes regelmessig av pasienter som trenger hjelp til å forstå dem. Videre mente de at ventelistebrevene «framstår som juridiske prosess-skriv – kalde, upersonlige og ugjennomtrengelige» og at «de etterlater et sterkt inntrykk av at sykehusets tilbud hviler i sentrale krav og pålegg, og ikke et ønske om å hjelpe» (Gisvold; Karlsen & Mellin-Olsen, 2012).

Brev som formidler avslag, eller annet innhold som pasienten kan oppfatte som en avvisning, stiller spesielle krav til formidlingsstrategien. Som jeg var inne på i 1.1, må tekstene utformes på leserens premisser, så ikke sykehusets beslutningsmakt fører til avmakt hos pasienten, eller tekstene fremstår som «kalde, upersonlige og ugjennomtrengelige». Derfor er slike brev spesielt relevante i et klarspråkperspektiv.

Utvalg

Ventelistebrevene er delt inn i fem hovedkategorier:

Svar på førstegangshenvisning	(brev med eller uten time, samt avslagsbrev)
Svar på videresendte henvisninger	(brev med eller uten time)

Innkallingsbrev	(for de som ikke har fått time i første brev/kontroll)
Kapasitetsbrev	(hvis avdelingen ikke har kapasitet og må viderehenvise pasienten)
Andre brev	Eksempler på andre brev: Varsler om fristbrudd til Helfo Avsluttet – pasienten møtte ikke opp Sekundærhenvisninger

Tabell 3: Ventelistebrev - hovedkategorier

Innenfor hver hovedkategori finnes det en rekke forskjellige brev som er tilpasset ulike kontekstuelle rammer. Fordi malene er relativt like i utformingen, har jeg valgt å analysere fem brev fra ulike hovedkategorier som representanter for en type tekster som formidler et negativt budskap. Disse brevene heter:

- *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi* (pasienten får ikke behandling på grunn av kapasitetsmangel og regionstilhørighet)
- *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus* (pasienten blir advart om at behandlingstilbudet trekkes på grunn av manglende oppmøte)
- *Avsluttet henvisning til utredning/behandling* (pasienten blir advart om at behandlingstilbudet stoppes på grunn av manglende skriftlig respons)
- *Du står fortsatt på venteliste hos oss* (pasienten får ikke behandling innen den opprinnelige fristen)
- *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi* (pasienten får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten)

2.2 Metode

I dette forskningsprosjektet har jeg hatt en diskursanalytisk tilnærming. En forutsetning for å kunne besvare problemstillingen, har vært å studere tekstene i kontekst, som nettopp er diskursanalysens hovedanliggende (Hågvar, 2007:18). Metoden jeg har brukt er kvalitativ. Gjennom tekstanalyser, med særlig vekt på språkhandlinger, teksttyper og makroproposisjoner, har formålet vært å undersøke tekstenes evne til å kommunisere med sine lesere.

Jeg har gjennomført rene tekstlingvistiske analyser av samtlige brev hvor jeg har markert konneksjonsforbindelsene mellom ytringene, og sett på hvilke teksttyper som preger

tekstene på mikro- og makronivå. Dette er en tekstnær analyseform som ser på tekstenes struktur og sammenheng. Sammen med analyser av språkhandlinger har jeg fått en systematisk oversikt over hvordan brevene etablerer tekstsammenheng, og forsøkt å avdekke hvilke illokutive handlinger og proposisjoner som uttrykkes eksplisitt og implisitt. Dette, i lys av relevant forskning og teori, har dannet grunnlaget for å si noe om mulige mottakerforståelser, responser og perlokusjonære scenarier².

2.3 Kredibilitet

På tross av at jeg til nå har presentert en uttalt negativ holdning til skriftlig helseinformasjon generelt, og ventelistebrev spesielt, har jeg forsøkt å nærme meg problemstillingen så objektivt og utendensiøst som mulig. Formålet har ikke vært å gi belegg for at tekstene er vanskelige å forstå, men *i hvilken grad og hvorfor*.

For å styrke funnenes grad av validitet og reliabilitet, har jeg gjort de metodologiske vurderingene og analyseprosessen så transparente som mulig. Alle brevene er gjengitt i sin helhet og den tekstlingvistiske analysen følger som vedlegg. Slutningene jeg trekker er abduktive, på bakgrunn av – og i dialog med teori. En mulig kritikk til den tekstanalytiske metoden jeg har valgt (og kvalitativ metode for øvrig), er at den ikke er sikker.

Undersøkelsene vil uvegerlig være farget av mine subjektive forståelser, vinklinger og fortolkninger. Dermed følger ikke konklusjonene med nødvendighet av premissene, men gjennom innsyn og innsikt i metoden, teorien og analyseprosessen, kan de anses som rimelige (Svennevig, 2001).

² (Begrepene utdypes i teorikapittelet)

3 Teori

3.1 Hva er kommunikasjon?

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare* som betyr «å gjøre felles». I den klassiske kommunikasjonsmodellen, ofte kalt rør- eller sprøytemodellen, forklares prosessen mot å gjøre noe felles som en overføring:



Figur 1: Den klassiske kommunikasjonsmodellen inspirert av Claude E. Shannon og Warren Weaver (1949), og som presentert av Kjell Lars Berge som «Condiut model» i «Communication» (1996)

Dette er en monologisk fremstilling av kommunikasjon, og det er kanskje lett å tenke seg at skriftlig formidling, og særlig i form av standardiserte brevmaler, bærer preg av en slik struktur. Og til en viss grad kan vi argumentere for at modellen er gyldig i den situasjonen. Ahus sender for eksempel innkallingsbrev med informasjon om klokkeslett, dato og oppmøtested som mottas av en pasient. Men et budskap overføres ikke statisk fra en avsender til en mottaker som automatisk avkoder og forstår innholdet. Det finnes langt flere tolkningsmuligheter av en ytring enn det en avsender intenderer å formidle, og både deltakerne som inngår i en samhandlingssituasjon, og konteksten ytringer oppstår i, påvirker *meningspotensialet*.

Hvis en pasient går til legekontoret for å finne ut av hvorfor hosten ikke har gitt seg, og legen svarer at det skyldes idiopatisk interstitiell pneumoni, har ikke pasientens diagnose umiddelbart blitt til felles forståelse. Legen har kanskje intendert å formidle at hosten skyldes en form for lungebetennelse, men pasienten mangler forkunnskapene som er nødvendige for å avkode og forstå ytringen. Den valgte formuleringen kan muligens oppfattes som en fornærmelse, og ytringen som et forsøk på å hevde overlegenhet. Eller den kan oppfattes som en manglende evne hos legen til å vurdere hva en pasient har forutsetninger for å kunne vite, og dermed skape mistillit.

I muntlige samhandlingssituasjoner kan slike potensielle misforståelser lettere identifiseres og oppklares underveis enn i skriftlige, men jeg forholder meg her likevel til en

mer retorisk, pragmatisk og demokratisk språk- og kommunikasjonsforståelse enn den vi finner i rørmodellen – også i analysene av standardiserte ventelistebrev. Deltakere må samarbeide og «forhandle» om mening. Og jo bedre samarbeidet er, desto større er sjansene for at resultatet blir felles forståelse. Denne oppfatningen gjenspeiler et *dialogisk* grunnsyn. Den russiske litteraturforskeren, Mikhail Bakhtin, hevdet at alle tekster må forstås som et «vev» av ulike stemmer, og at alle ytringer er responser på tidligere og kommende ytringer (Bakhtin, 1998).

3.1.1 Ytringer og tekster

Hittil har jeg brukt termene ytring og tekst litt om hverandre, og jeg skal nå spesifisere hva jeg legger til grunn for begrepene. Et utgangspunkt er å definere ytringer som handlinger. Det betyr at «det å kunne et språk ikke bare er å gjenkjenne og produsere et sett med formelle grammatiske strukturer, men å vite hvordan de enkelte ordene og strukturene virker når de brukes i ulike kommunikasjonssituasjoner» (Svennevig, 2009:20). Språket er med andre ord forankret i dets funksjonalitet og hva vi gjør med språket i samhandling med omverdenen. Dette språksynet finner vi blant annet i sosiosemiotikken som springer ut av Michael Hallidays systemisk-funksjonelle lingvistikk (Berge, 1999). I motsetning til tradisjonell, preskriptiv grammatikk og strukturalistiske språkteorier som handler om oppbyggingen av korrekte setninger i et standardspråk, er Hallidays grammatikk semantisk basert. Språket er en ressurs for å skape mening, og det er nettopp *mening* og ikke *form* som er vesentlig.

En ytring er i denne sammenhengen en semiotisk mediert henvendelse fra noen (til noen) og med en intensjon (Asdal et al., 2008). Det vil for det første si at den formidles gjennom et tegnsystem. Ofte er det dominerende tegnsystemet for meningsskapning verbalspråket, men det er viktig å påpeke at også ikke-verbale tegn utgjør en vesentlig del av ytringer i denne definisjonen. For det andre går vi ut fra at når noen henvender seg til oss, gjør de det med en hensikt. Vi innstiller oss på å forstå og tolke ytringen som relevant i den unike sammenhengen den opptrer i.

Denne forståelsen av ytringer og språkbruk danner også grunnlaget for tekstdefinisjonen jeg benytter meg av i oppgaven: Språkets funksjon defineres som *bruk*, og *tekst* defineres som *språk som er funksjonelt* (Berge, 1994). Det betyr at alle tekster er ytringer, men ikke alle ytringer er en tekst. I en mer inngående definisjon av tekster som et kulturelt normert fenomen beskriver Kjell Lars Berge tekster som «(...) ytringer som deltakere i en viss kultur gir en spesielt avgrenset status eller verdi, der det i kulturen er

utviklet tekstnormer som avgjør hvilke ytringer som gis tekstverdi, og hvordan slike tekster ordnes» (Berge, 2008:44).

Jeg skal ikke undersøke ytring- og tekstdefinisjonenes ytterkanter, men se på hvilke konsekvenser en sosiosemiotisk tekstteori har for analysene av skriftlige verbaltekster som de vi finner i ventelistebrevene. Som vi har sett i Berges definisjon er ytringer som får tekstverdi noe normativt bestemt, og innenfor ulike tekstkulturer finner vi ulike tekstnormer. Hvis vi sier at en tekstkultur er «en gruppe mennesker som samhandler gjennom tekster ut fra et noenlunde felles normsystem» (Tønnesson, 2008:58), kan vi tenke oss at det er flere ulike tekstkulturer som opererer samtidig i brev fra helsevesenet. Det er tekster som formidler et medisinsk innhold, et juridisk innhold samtidig som det skal kommunisere ulik informasjon til pasienter. Vi skal se at det er forskjellige forfatterinstanser, med forskjellige intensjoner og ulike formål styrt av ulike forskriftsregulerte praksiser. Disse parallelle kommunikative formålene og funksjonene skal jeg utdype mer inngående gjennom analysene.

3.1.2 Kontekst

Hvis legen fra eksempelet i 3.1 hadde sagt at pasienten har idiopatisk interstitiell pneumoni til en kollega, ville ytringen antakeligvis ikke ført til misforståelser eller mistillit. Konteksten for ytringen ville da vært en medisinsk diskusjon mellom fagfeller, og presis informasjon om pasientens helsetilstand ville forutsatt et medisinsk fagspråk. Med andre ord kan den samme ytringen få ulik mening i ulike omgivelser og mellom forskjellige deltakere. Vi kan si at konteksten er «den sammenheng eller de «omgivelser» en ytring inngår i» (Svennevig, 2010:143). Denne definisjonen gjør kontekstbegrepet svært omfattende, og en inndeling som har fått stor oppslutning, særlig innenfor funksjonelle språkvitenskaper, er skillet mellom en situasjonell og kulturell kontekst. Dette bygger på antropologen Bronislaw Malinowskis erfaringer om hvordan ulike kontekstuelle variabler har betydning for forståelse.

3.1.3 Situasjonsteksten

Situasjonsteksten er den spesifikke situasjonen og de umiddelbare omgivelsene en ytring inngår i. Det handler først og fremst om hvilke deltakere som ytrer seg, på hvilket sted og til hvilken tid. Har personene som samhandler en relasjon? Hvilke referanserammer har de? Har de felles bakgrunnskunnskap – og er den kjent for hverandre? Som jeg alt har vært inne på, er denne kunnskapen ofte lettere tilgjengelig i en muntlig samtale, og uklarerheter og

misforståelser kan enklere identifiseres og rettes opp underveis. Hvilket medium ytringen kommuniseres gjennom, er derfor også en viktig del av situasjonskonteksten.

I vårt tilfelle skjer formidlingen mellom Ahus og pasientene gjennom skriftlig verbaltekst. Mottakergruppen er stor og heterogen, og ytringene blir mer «dekontekstualiserte» når avsenderen ikke kjenner til hvilken kontekst mottakerne befinner seg i. Forfattere av tekster produsert for et stort publikum, må ta hensyn til at de har snevre kontekstuelle referanser. Halliday hevder likevel at på tross av mulig «kommunikative fallgruver», forstår vi hverandre stort sett nokså godt (Halliday, 1999). Situasjonen for den lingvistiske interaksjonen gir oss mye informasjon om hva som blir formidlet, eller forsøkt formidlet. Vi foretar adekvate «gjetninger» underveis av tekstenes meningspotensial.

Hvis en pasient har blitt henvist til spesialisthelsetjenesten, og senere mottar et brev fra Ahus med overskriften «Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi», gir det en god indikasjon på hva brevet handler om. I mitt analysemateriale vil vi imidlertid se at overskriftene ikke alltid er like entydige eller forespeiler innholdet i tekstene.

3.1.4 Kulturkonteksten

Kulturkonteksten plasserer tekstene i en større normpreget, kulturell sammenheng. Da handler det ikke om de individuelle kjennetegnene ved ytringssituasjonen, men om de allmenne og konvensjonelle rammene for samhandling i en kultur (Svennevig, 2010).

En måte å illustrere dette på, er gjennom distinksjonen mellom en *kommunikativ handling - eller oppgave* og en *kommunikativ aktivitet - eller aktivitetstype*. Med utgangspunkt i at alle ytringer har en funksjon, kan vi også si at alle kommunikative oppgaver har et formål. De kommunikative *aktivitetstypene* er konvensjonaliserte. De er standardiserte handlingsmønstre for hvordan å løse en kommunikativ oppgave. Aktivitetstypene skaper rammer for hva som er mulig og passende å ytre i en typifisert, tilbakevendende kommunikativ hendelse (Svennevig, 2010:151). Kulturkonteksten handler med andre ord om aktivitetstyper og handlingsmønstre, men også om roller og rollefordeling innenfor de konvensjonaliserte aktivitetene.

Mellom lege og pasient er rollene sterkt konvensjonaliserte, med tydelige forventninger og rammer for hvem som kan uttrykke hva og på hvilken måte. En lege skal for eksempel ikke begynne en konsultasjon med å fortelle om sine egne personlige problemer. Den kulturelle konteksten dreier seg også om hvilke verdigrunnlag, ideologier og virkelighetsoppfatninger medlemmene i kulturen deler. I et velfungerende demokrati med en

velferdsstat, har vi for eksempel en forventning om å få hjelp når vi er syke, og dette forutsetter at tekster (i vid forstand) fra helseforetakene er tydelige og forståelige.

3.1.5 Språkfunksjoner

Vi har sett hvordan konteksten legger føringer for hvordan vi skaper og finner mening i forskjellige samhandlingssituasjoner. Men skal en tekst forstås i sin kontekst, «må vi også ha blikk for dens latente og faktiske funksjoner og ta i betraktning at en ytring aldri kun har én funksjon» (Berge & Tønnesson, 2009:4). Den systemisk-funksjonelle lingvistikken gir et godt begrepsapparat for å forstå språkets ulike og parallelle funksjoner. Det finnes flere alternative inndelinger (bl.a. Bühler, 1934; Jakobsen, 1978; Habermas, 1984), men jeg forholder meg videre til Hallidays tre *metafunksjoner*. Han hevder at det «til enhver tid [er] til stede tre fundamentale komponenter med mening i språk» (Maagerø, 1999:38). Disse meningskomponentene kaller han den *ideasjonelle*, den *mellompersonlige* og den *tekstuelle* metafunksjonen.

Når vi ytrer oss, refererer vi til fenomener i verden, og vi skaper et mentalt virkelighetsbilde gjennom språket. Vi beskriver konkrete ting, abstrakter, hendelser, omgivelser og prosesser, og gir uttrykk for erfaringsbasert og logisk mening. Språket har, ifølge Halliday, en representasjonsfunksjon, og det er dette han kaller den ideasjonelle metafunksjonen (Maagerø, 1999).

Den mellompersonlige metafunksjonen handler om hvilke sosiale forhold som etableres og opprettholdes mellom deltakere som kommuniserer. Vi uttrykker også holdninger og verdier gjennom språket, og vi sier ting på ulike måter avhengig av hvem vi taler til, og hvilke forhold vi har til emnet vi taler om. Språklig utveksling er en «interaktiv hendelse som involverer en taler, eller skriver og et publikum» (Maagerø, 1999:48), og disse komponentene er med på å påvirke meningsinnholdet og uttrykket. Det er i denne metafunksjonen vi kan plassere språkhandlingene som jeg straks skal gå nærmere inn på, og som danner grunnlaget for store deler av analysene mine.

Til slutt uttrykker tekstuell mening forholdet mellom språket og dets omgivelser, og handler om hvordan språklige elementer knyttes sammen til en koherent, eller sammenhengende, tekst. Halliday sier at hver ytring er organisert slik at den formidler et budskap, og dette budskapet er igjen del av et større, eller overordnet budskap, som er teksten (Maagerø, 1999). Dette kan vi kjenne igjen fra beskrivelsen av ytringer og tekster i 3.1.1. Budskapet, eller påstandene er både lineært og hierarkisk strukturert, og i mine analyser

referer jeg til termene proposisjoner og makroproposisjoner om budskap og hovedbudskap. Dette kommer jeg tilbake til i 3.1.6. Jeg skal også utdype hvilke mekanismer som skaper koherens mellom ytringselementene og tekstene som helhet i 3.1.7.

3.1.6 Språkhandlinger

Med en forutsetning om at vi ikke bare representerer verden gjennom språket, men også utfører *handlinger* overfor adressaten, lanserte John L. Austin teorien om språkhandlinger (speech acts) i *How to do things with words* (Austin, 1962). Teorien ble videreutviklet av John Searle (1979) som klassifiserte de ulike språkhandlingsforekomstene i fem *typer*: *konstativer*, *direktiver*, *ekspressiver*, *kommisiver* og *performativer* (Berge, 2010). Det finnes alternative taksonomier med ulike kriterier for inndeling, men jeg forholder meg videre til Jan Svennevigs oppsummering av Searles modell. Jeg kommer også til å anvende Austins begreper om *lokusjon*, *illokusjon* og *perlokusjon*.

Den første språkhandlingstypen, *konstativene*, er ytringer som representerer et saksforhold i verden. Disse realiseres ofte gjennom å informere, påstå, forklare eller gjengi en sak. Når Ahus i ett av sine brev skriver «Du er ikke bosatt i Helse Sør-Øst», konstaterer de et saksforhold gjennom en konstativ ytring.

Direktivene er ytringer som oppfordrer adressaten enten direkte eller indirekte til å utføre en handling. Disse ytringene kan, men må ikke, realiseres gjennom imperativsetninger eller spørsmål. Setningen «Kontakt oss på, (telefonnummer) kl. 08:00-15:00 hvis det er spørsmål om avvisningen» er et eksempel på en direktiv handling formidlet imperativt. Direktivene kan også realiseres gjennom å anmode, kreve eller be om noe fra adressaten.

Kommisivene forplikter avsenderen til å foreta en handling. Når Ahus informerer om at «Henvisende lege vil få skriftlig beskjed om dette», påtar de seg også ansvaret for å viderebringe beskjeden.

Ekspressivene uttrykker en psykologisk tilstand hos avsenderen. I offentlige forvaltningstekster finner vi få forekomster av eksplisitte ekspressiver, men fravær av følelser og distansen det skaper, kan også være et slags følelsesuttrykk (Seljeseth, 2013). Når vi finner modifierende ord som «dessverre» eller «gjærne» i ventelistebrevene, kan det tolkes som uttrykk for empati eller imøtekommenhet. Det samme gjelder den avsluttende frasen «Med vennlig hilsen». Selv om denne avslutningen er nokså sterkt konvensjonalisert, er det ikke uvanlig at statlige brev sløyfer «med vennlig» (Språkrådet, 2018).

Den siste språkhandlingstypen i denne inndelingen er *kvalifiseringer*. Dette er ytringer

som endrer en tilstand, eller skaper en ny (ofte institusjonell) virkelighet. I mitt tekstkorpus konkluderes det i alle brevene med at pasienten av ulike grunner ikke får tilbud om behandling, eller ikke får tilbud om behandling innen den opprinnelige fristen. Dermed skaper brevene en ny virkelighet for pasienten. Kvalifiseringene forutsetter ofte en institusjonalisert ramme, der den eller de som utfører språkhandlingen har autoriteten eller myndigheten som kreves for å legitimere handlingen. «Det er gjort en faglig vurdering av overlege Ole Test, som konkluderer med at du ikke vil få tilbud om ny time hos oss» er et eksempel på en kvalifisering som legitimeres gjennom overlegens faglige autoritet.

Når vi skal identifisere språkhandlingene i en ytring, må vi ha et blikk for hvilken kontekst den inngår i. Selv om grammatiske markører som setningstyper kan gi en god indikasjon på hva som blir forsøkt formidlet, er det ingen automatisk sammenheng mellom for eksempel en utsagnssetning og en konstativ språkhandling, eller en imperativsetning og en direktiv. Vi må forøke å forstå hva avsenderen ønsker å formidle med ytringen. Den intenderte handlingen er ytringens illokusjonære kraft. Det betyr at en ytring kan være en konstativ språkhandling på et lokusjonært nivå (uttrykksnivået), men en direktiv på et illokusjonært nivå. Hvorvidt mottakeren tar ytringens illokusjonære dimensjon til følge, viser seg gjennom ytringens perlokusjonære kraft.

For å eksemplifisere dette med en hverdagssituasjon kan vi se for oss to mennesker i et rom. Vinduet i rommet står på vidt gap, og deltaker A står nærmest. Deltaker B sier: Jeg syns det trekker! På et lokusjonært plan er ytringen en konstativ. Men deltaker B forsøker egentlig å be deltaker A om å lukke vinduet. Da vil ytringens illokusjonære poeng være en direktiv språkhandling. Til slutt vil den perlokusjonære effekten vise om deltaker A faktisk lukker vinduet, eller responder: ja, det trekker.

Språkhandlinger kan med andre ord forstås som handlinger med et illokutivt aspekt og et proposisjonelt aspekt – både som ytringens intensjonalitet og som saksforhold (Berge, 2010). I tillegg vil en tekst bestå av overordnede handlinger (makrohandlinger), og handlinger som er underordnet de overordnede (mikrohandlinger). Fordi hver språkhandling bærer en proposisjon, bruker jeg begrepene mikro- og makroproposisjoner i analysene.

3.1.7 Teksttyper

En teksttypeanalyse er en tekstnær analyseform som går utover setningsnivået. En teksttype defineres av tekstens språkinterne funksjoner og handler om tekstens helhetlige struktur, og sammenheng mellom tekstelementer (Ledin, 2001). Når vi skal identifisere teksttypene ser vi

på hvilke *konneksjonskonstituerende* prinsipper som skaper koherens mellom meningsenheter (Berge, 1990). Forskere opererer med ulike inndelingskriterier og modeller, men jeg følger Kjell Lars Berges firedeling fra hans resonnement i *Tekstnormers diakroni* (1990):

Teksttype	Konneksjonstype/setningskopling
Deskriptiv	Additiv
Argumentativ	Adversativ (Kontrastiv)
Eksplikativ	Kausal (Implikativ)
Narrativ	Temporal

Tabell 4: Teksttyper

I tabellen har jeg valgt å bruke både «konneksjonstype» og «setningskopling» om mekanismene som binder sammen tekstelementene. Sistnevnte refererer tydeligere til at meningsenhetene må ha en «kopling» eller relasjon for at teksten skal oppfattes som sammenhengende, men i analysene forekommer begge termene om samme fenomen. Jeg bruker også benevnelsene adversativ og kausal om det Berge vil kalle «kontrastiv» og «implikativ», men begrepsinnholdet er synonymt.

Forbindelsen mellom tekstelementene kan både være eksplisitt eller implisitt. I tabellen under har jeg tilføyd kjennetegn ved teksttypene og typiske eksplisitte «forbinderord» for å illustrere (den nokså kompliserte) terminologien for denne inndelingen:

Teksttype	Konneksjonstype	Forbindere
Deskriptiv (<i>beskrivende</i>)	Additiv	<i>Og, dessuten, videre</i>
Argumentativ (<i>argumenterende</i>)	Adversativ	<i>Men, tvert imot, selv om</i>
Eksplikativ (<i>forklarende</i>)	Kausal	<i>Derfor, fordi, på grunn av</i>
Narrativ (<i>fortellende</i>)	Temporal	<i>Før/etter, siden, samtidig</i>

Tabell 5: Teksttyper med forbindere

Når Ahus i et av sine avslagsbrev ramser opp begrunnelser for beslutningen gjennom en rekke additivkoplinger, er det ikke selvsagt at mottakeren forstår at hver enkel tekstbit, eller meningsenhet, er en del av en større kausalkopling. På samme måte som med språkhandlingene, kan vi se på teksttypene på et mikro- og et makronivå. Vi kan se på de

faktiske implisitte (underforståtte) og eksplisitte konneksjonstypene mellom tekstelementene, og vi kan se på konneksjonstypen i tekstens makroproposisjon. Selv om teksten i et mikroperspektiv er dominert av additivkoplinger, kan den uttrykke andre teksttyper på makronivå.

Å vurdere tekstens illokutive dimensjoner og proposisjonelle innhold, vil alltid fordre et fortolkningsarbeid. Kontekst og tekst er uløselig knyttet sammen og står i et gjensidig, refleksivt forhold til hverandre. Tolkningsarbeidet som teksten generer, skaper kontekst på samme måte som kontekst skaper tekst.

I en analyse av teksttyper, er studieobjektet selve teksten, og en teksttypeanalyse er dermed mindre kontekstorientert enn andre analysemodeller. Likevel tilbyr tekstlingvistikken verktøy som kan gi presise beskrivelser av tekststrukturen og bidra til å unngå at fortolkning blir syensing.

3.2 Skriftlig kommunikasjon

Jeg innledet teorikapitlet med en presentasjon av rørmodellen som kommunikasjonsform, og antydte at modellen til en viss grad har gyldighet i tilfellet skriftlige masseutsendelser av informasjon gjennom standardiserte brevmaler. Jeg understreket også at modellen er en utilstrekkelig og udemokratisk form for kommunikasjon, og gjennom de etterfølgende delkapitlene har jeg redegjort for en grunnleggende dialogisk språk- og kommunikasjonsforståelse.

For å oppsummere kort det jeg har sagt om kommunikasjon til nå, kan vi si at meningsskaping skjer gjennom forhandling mellom deltakere i en spesifikk kontekst innenfor en kulturell ramme. Dette innebærer at ytringer oppstår i et samhandlingsrom, og ifølge Mikhail Bakhtin er alle ytringer bygd opp med tanke på mulige svarende reaksjoner hos mottakeren, samtidig som de alltid vil være en respons på tidligere meningsuttrykk (Bakhtin, 1998). Det betyr at forfatteren av en tekst må utforme teksten med tanke på hvem den er ment for, og forestillinger mulige og sannsynlige responser. Selve teksten bære preg av forfatterens stemme, men meningsdannelsen skjer først i møtet mellom teksten og leseren. Dermed vil det alltid være en viss diskrepans mellom forfatterens intensjon og leserens forståelse. Når vi kan hevde at enhver ytring foregriper en reaksjon, innebærer det ikke alle tenkelige responser der kun fantasien setter grenser. Tekster er bærere av én eller flere intensjonaliteter som peker på saksforhold i verden (Tønnesson, 2004). Kjell Lars Berge forklarer tekstens intensjonalitet

som meningsskapingen som skjer i det tekstlige møtet mellom forfatteren og leserens *rettede* bevissthet. Når vi samhandler, inngår vi med andre ord en mer eller mindre underforstått kommunikasjonskontrakt om at vi har til hensikt å forstå hverandre gjensidig. Vi tillegger hverandre posisjoner og en gjensidig, men forhandlingsbar intensjonalitet (Berge, 2008)).

Ifølge Umberto Eco er det ikke den empiriske forfatteren og den empiriske leseren som møtes i teksten, men en *modellforfatter* og en *modelleser* (Tønnesson, 2004). Vi kan forstå modelleserbegrepet som tekststrategier som er forankret i tekstens intensjonalitet. Modelleseren innehar *kompetansen* forståelsen av en tekst forutsetter, og bygger også opp ny kompetanse underveis i lesningen. På samme måte viser også modellforfatteren seg som strategier som er manifestert i teksten, og disse to vil være gjensidig avhengige av hverandre ettersom modelleseren er forankret i avsenderkonstruksjonen.

Modelleseren må ikke forveksles med en «ideell» leser, og den vil heller aldri samsvare fullt ut med den empiriske leseren. Modelleseren skapes og utvikler seg gjennom teksten og konstitueres intertekstuelte gjennom normsamspill. Den empiriske leseren kan forsøke å identifisere og nærme seg modelleseren for å forstå teksten på en relevant og adekvat måte. Johan Tønnesson hevder at en tekst kan ha flere, men ikke et uendelig antall modellesere (Tønnesson, 2004). Han bruker bl.a. eksempelet om lærerboken hvor lærer og elev er innskrevet som to ulike modellesere.

I ventelistebrevene er innholdet både ment for ulike grupper, som pasient, lege, jurist, pårørende, verge etc., men også for ulike individer med ulike forutsetninger innenfor gruppene. Vi kan tenke oss at den samme problematikken som Ida Seljeseth belyser når hun beskriver brukernes møte med tekster fra NAV, er relevant i vår case:

«(...) den empiriske leseren blir forvirret når hun støter på informasjonsbiter som ikke er ment for henne i et personlig brev. Hun klarer altså ikke å innta modelleserrollen fordi den krever to motstridende roller av henne, nemlig at hun er et spesifikt individ og et abstrakt saksforhold på en gang» (Seljeseth, 2013:36)

4 Analyser og funn

For analysen forutsettes kjennskap til tekstenes tilblivelse og produksjonsvilkår. Brevmalene, slik de foreligger i dag, er et resultat av en omfattende (og fortsatt pågående) digitaliseringsprosess mot regjeringens visjon om *én innbygger – én journal* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Derfor innleder jeg analysen med en kort presentasjon av Regional elektronisk pasientjournal som utgangspunktet for revideringen og utviklingen av de nye ventelistebrevene. I kapittel 4.1.1 gjør jeg rede for de generelle prinsippene for oppbygging og strukturering av tekstene i brevmalene. I kapittel 4.1.2 «Avsendere og mottakere» problematiserer jeg forfatterinstansen, og sier noe generelt om hvem som er mottakerne av ventelistebrev. I 4.2 «Brevene» analyserer jeg de utvalgte brevene for mitt tekstkorpus med fokus på teksttyper, språkhandlinger og makroproposisjonene. I 4.2 «Funn» oppsummerer og kommenterer jeg hovedfunnene.

4.1 Regional elektronisk pasientjournal

En pasientjournal skal inneholde dokumentasjon av alle former for helsehjelp en pasient har fått i kontakt med helsevesenet. Den skal fungere som et arbeidsverktøy og kommunikasjonsmedium for helsepersonell, og den skal gi mulighet for pasienten selv å få innsyn i egen helsehistorikk. I tillegg danner journalen grunnlag for dokumentasjon som helsevesenet er pålagt å sende til ulike helseregistre, som for eksempel NAV. Selv om det i dag fortsatt inngår journalopplysninger på papir, opptak, video etc., er journalene i all hovedsak digitalisert. En elektronisk pasientjournal (EPJ) kan ut fra helsepersonelloven (2001, § 40-1) og pasientjournalforskrifter defineres på følgende måte: «Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp». Rundt 80 prosent av norske sykehus benytter seg av Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS) som journalsystem (DIPS, 2018). Siden 2016 har alle helseforetak i Helse Sør-Øst tatt i bruk systemet, men den faktiske bruken og oppsettet har variert fra foretak til foretak. For å sikre en mer ensartet praksis fattet Helse Sør-Øst vedtak om etablering av en regional standard for EPJ i DIPS for alle sine helseforetak. Gjennom å standardisere løsningene ville man nærme seg det overordnede målet om å gjøre det enklere for helsepersonell å samhandle på tvers av foretakene. Videre skulle man med det sikre at tilgangen til sensitive pasientopplysninger kun skulle være tilgjengelig

for behandlere som var direkte involvert i pasientbehandlingen, og ikke for helsepersonell i helseforetakene for øvrig. Et annet viktig mål var at pasientjournaler skulle være tilgjengelig i alle helseforetak i Helse Sør-Øst uavhengig av hvor pasienten måtte oppsøke helsehjelp. Prosjektet inngår i programmet Regional klinisk løsning som jeg har nevnt i 1.3.2.

Ifølge Helse Sør-Øst skal det bidra til **tryggere, enklere** og **raskere** pasientforløp. Selv oppsummerer de det slik:

Tryggere fordi:

- All journalinformasjon er samlet og følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet
- All informasjon er tilgjengelig for rett behandling til rett tid på rett sted

Enklere fordi:

- Pasienten kan slippe å gjenta hele sin sykehistorie
- Behandlers dokumentasjonsarbeid forenkles
- Felles system og likere bruk av journalen forenkler kommunikasjon og samarbeid

Raskere fordi:

- Umiddelbar tilgang til journalinformasjon reduserer behandlers tidsbruk
- Elektronisk informasjonsflyt legger til rette for raskere pasientforløp

(Helse Sør-Øst, 2017).

Prosjektet skal, ifølge Helse Sør-Øst, gi innbyggere innsyn i journaldokumenter fra alle ni helseforetak i regionen innen 2018, og det forutsetter at det innføres en regional standard for dokumenttyper. Gjennom Gap-analyser foretatt ved flere av helseforetakene har man undersøkt de forskjellige lokale utfordringene i arbeidet mot en regional EPJ, men tendensen er den samme for alle foretakene: de største endringen som må til for å nå målene er i ventelistebrevene (Helse Sør-Øst, 2017).

4.2 Venteliste brev

Venteliste brev er brevene pasienten mottar gjennom en henvisningsperiode, og det er disse tekstene som pasienten oftest møter i kontakt med helsevesenet.

På Akershus universitetssykehus innebar standardiseringen at de 850 brevmalene som hadde vært i bruk, skulle reduseres til 90. En arbeidsgruppe ledet av sykepleier, Anne Cathrine Kogstad, hadde ansvaret for å hente inn avdeling- og fagspesifikk informasjon som skulle legges inn i DIPS-systemet som «fraser» (Helse Sør-Øst, 2017). Fraser er

standardtekster som settes inn i brevene, og de skal sørge for at informasjonen pasienten mottar er kvalitetssikret, og i tråd med sykehusets retningslinjer og praksis. Dette betyr at pasienter mottar brev som består av mange ulike småtekster, skrevet av ulike forfattere som ikke kjenner til mottakerens virkelighet og kontekst. Dette skal jeg komme tilbake til når jeg diskuterer hvem som er avsenderne og mottakerne i den kommunikative situasjonen, og hva det kan ha å si for forståelsen av brevene.

Ventelistebrev deles inn i fem hovedkategorier (jf. tabell 3 i kapittel 2.1):

1. Svar på førstegangshenvisning
2. Svar på videresendte henvisninger
3. Innkallingsbrev
4. Kapasitetsbrev
5. Andre brev

Videre er hvert ventelistebrev delt inn i fire deler:

1. Svar på henvisning med innkalling eller avslag.
2. Individuell rettighetsvurdering
3. Eventuell lokal informasjon som den enkelte enhet ønsker å sende med brevet, som for eksempel forberedelser og praktisk informasjon før en innleggelse.
4. Generell informasjon om pasientrettigheter (sendes som vedlegg med brevet).

Brevene i mitt tekstkorpus er:

- *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi (kapasitetsmangel)*
- *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus*
- *Avsluttet henvisning til utredning/behandling*
- *Du står på venteliste hos oss*
- *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi (avslag)*

4.3 Avsendere og mottakere

Gjennom analysene, og oppgaven for øvrig, har jeg benyttet meg av benevnelser som Ahus, sykehuset, helseforetaket, avsenderen, forfatteren og avdelingen når jeg har beskrevet avsenderinstansen i brevene. Dette kan oppfattes tvetydig, og med god grunn. For det første skaper de tekniske rammene for utformingen av brevene utfordringer når vi skal definere

hvem som er forfatterne av brevene. Som jeg var inne på i det foregående delkapittelet, ligger brevene som standardmaler i et datasystem. Helsepersonell velger den malen som passer (best) for den individuelle pasientens situasjon, og fyller inn informasjon i form av fraser som også ligger i systemet. Frasene er utformet av en arbeidsgruppe bestående av flere individer med ulik bakgrunn innenfor helsevesenet. Det betyr at de som har forfattet frasene rimeligvis ikke har kontroll over bruken av tekstene når de sendes som brev til pasienten. De som skal velge den mest tilfredsstillende malen for pasientens spesifikke situasjon, har få, eller ingen muligheter til å tilpasse innholdet og formuleringene, med unntak av brevmalen som har rom for «fritekst».

Men avsenderinstansen kompliseres ytterligere. Når Ahus mottar en søknad om behandling i spesialisthelsetjenesten, er det leger på avdelingene som gjør den faglige vurderingen, og ofte er det deres navn som signeres i brevet, men det er andre (som regel sekretærer) som faktisk sammensetter teksten som sendes til pasienten. I de utvalgte brevene for denne analysen, er noen signert med Akershus universitetssykehus og avdelingen som avsender, og i andre framstår overlegen som avsender. Dermed kan det være vanskelig å se sammenhengen mellom forfatternes intensjon og tekstens intensjonalitet (jf. 3.2 «Skriftlig kommunikasjon»).

Mottakerne for ventelistebrevene er en enorm, uensartet gruppe. Som vi alt har vært inne på – og skal gå videre inn på snart, er ikke brevene bare utformet for å kommunisere informasjon til pasienter, men vi kan trygt hevde at pasientene er primærmottakerne. Vi vil ikke kunne si noe om mottakernes faktiske opplevelse av tekstene, men vi kan forsøke å evaluere tekstene utfra ulike perlokusjonære scenarier og avdekke hvilke modellesere tekstene konstituerer.

Det vi vet er at Ahus` pasientgrunnlag består av mennesker med ulik etnisk bakgrunn, i alle aldersgrupper og kjønn, med ulike sosioøkonomiske rammer, i forskjellige livssituasjoner og med ulik bakgrunn, livssyn og personlighet. Vi vet også at et møte med helsevesenet for mange ikke er en hverdagslig hendelse. Ofte er det knyttet til uro og bekymring for egen eller pårørendes helse, og alt dette kan ha innvirkning på hvordan vi retter fokuset mot tekstene vi møter. Til sist vet vi gjennom forskning at en tredel av den voksne, norske befolkningen har vanskeligheter med å forstå skriftlig helseinformasjon (jf. 1.1).

4.4 Brevene

- Analyse av brevene med vekt på teksttyper, språkhandlinger, makroproposisjoner og modellesere

For å svare på problemstillingen *I hvilken grad tilfredsstillter ventelistebrevene gjennom språkhandlinger og etablering av tekstsammenheng Språkrådets klarspråkkrav om at:*

- *mottakerne finner det de trenger*
- *forstår det de finner*
- *kan bruke det de finner til å gjøre det de skal?*

går jeg i det følgende systematisk gjennom hvert brev og kommenterer konneksjonsforbindelser, teksttyper, språkhandlinger og makroproposisjoner. Der jeg finner det spesielt interessant, kommer jeg også til å diskutere hvilken modelleser(e) tekstene konstituerer.

Alle tekstene er mediert i det grammatisk normerte skriftspråket norsk bokmål, og de sendes til mottakeren som brev i papirform. Skriftlig verbaltekst ledsages også av andre tegnsystemer som kan påvirke meningspotensialet, for eksempel typografisk variasjon. Derfor har jeg uthevet ytringer som har fet tekst i brevet når jeg gjengir brevet her. Ellers kommer jeg ikke til å kommentere skriftstørrelse, font eller andre typografiske uttrykk – først og fremst fordi det er lite variasjon mellom brevene og innad i tekstene.

Ytringene er nummerert og delt inn i segmenter. Segmentene er enheter som består av en grammatisk enhet og en semantisk enhet. Som grammatisk enhet følger jeg i utgangspunktet skriftspråkets normer for ytringer og setninger med et minimumskrav om at den inneholder et subjekt og finitt verbal, med unntak av enkelte overskrifter som opptrer som setningsekvivalenter. Setningsekvivalenter er ytringer som mangler subjekt, verbal eller begge deler, men som likevel må regnes som meningsbærende. De kan utvides til helsetninger hvis én eller begge av de syntaktiske funksjonene tilføyes. Derfor vil også overskriftene regnes som egne segmenter. Den semantiske enheten er ytringens språkhandling – som illokutiv handling og proposisjon.

Som konsekvens av denne empiriske innsikten, er segmentene enkelte steder delt inn i undersegmenter hvor for eksempel leddsetninger uttrykker egne, og for analysen, relevante

meninger.

Rekkefølgen brevene analyseres i er delvis tilfeldig, med unntak av to brev som har et likere meningsinnhold enn resten. Dette gjelder *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus* og *Avsluttet henvisning til utredning/behandling*, som i tillegg til å behandles hver for seg, også analyseres komparativt.

Hver analyse åpner med en gjengivelse av brevtteksten etterfulgt av en drøfting.

Brev: Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi (kapasitetsmangel)

1. Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi

2. Vi har 31.05.17 mottatt henvisning fra Overlege Knut Test, Akershus universitetssykehus, datert 31.05.17.
3. Vi har for tiden ikke tilstrekkelig kapasitet til å motta alle pasienter som henvises til oss.
4. I følge regelverket er vi da først og fremst forpliktet til å sikre at pasienter fra helseregionen Helse Sør-Øst får oppfylt sine rettigheter.
5. Du er ikke bosatt i Helse Sør-Øst.
6. Vi er derfor dessverre nødt til å returnere henvisningen.
7. Vi ber om at den i stedet sendes til et annet helseforetak, for eksempel i din egen helseregion.
8. Kontakt oss på , kl. 08:00-15:00 hvis det er spørsmål om avvisningen.
9. Du har rett til å klage og finner vedlagt informasjon om dine rettigheter i spesialhelsetjenesten.

10. Med vennlig hilsen

Overlege Ole Test

Akershus universitetssykehus

Avdeling Kar Thoraxkirurgi

11. Kopi til: Knut Test, Akershus universitetssykehus

Overskriften er klar og informerer om at dette brevet inneholder et svar på en henvisning. Svaret kommer imidlertid ikke før i segment 6) *Vi er derfor nødt til å returnere henvisningen*. Kausalitetsmarkøren *derfor* indikerer også at svaret må ses i sammenheng med ovenstående informasjon, og vi kan rimeligvis anta at dette gjelder segment 3), 4) og 5) som gjør forsøk på

å bygge opp en argumentasjonsrekke for -og legitimering av avgjørelsen. Alle konneksjonstypene i brevet er enten additive eller kausale, henholdsvis seks additive og fire kausale. Fordi teksten på mikronivå har et overtall av additive koplinger, får den et deskriptivt preg. Dette passer godt med at det er et overtall konstative språkhandlinger på mikronivå. Ser vi derimot på mulige makroproposisjoner, kan dette bildet endre seg:

Fordi du ikke bor i denne regionen, og regelverket tilsier at vi må prioritere innbyggere av regionen, får du ikke behandling hos oss, men må i stedet sende henvisningen til en annen helseregion.

Hvis dette aksepteres som en oppsummering av innholdet i brevet, ser vi både en kausal- og adversativkopling på makronivå. Men denne slutningen kan kun trekkes hvis vi godtar premisset om at informasjonen i brevet kun er ment for én mottaker – pasienten. Selv om pasienten står som adressat av brevet, er det særlig ett segment som tyder på at det er flere enn én tenkt mottaker av brevet: 7) *Vi ber om at den [henvisningen] sendes til et annet helseforetak, for eksempel i din egen helseregion.* Det er nemlig henvisende lege som i dette tilfellet må sørge for at henvisningen blir videresendt, og ikke pasienten selv.

Før dette segmentet henvender forfatteren seg gjennomgående til mottakeren gjennom det personlige pronomenet *du*, og mottakeren har med det en aktiv rolle i teksten og blir direkte tiltalt. Segment 7) mangler patients noe som kan bidra til å skape forvirring rundt hvem tiltalen gjelder. I og med at segmentet likevel inkluderer determinativen *din*, er det nærliggende å tenke seg at enkelte pasienter kan tolke ytringen som en direktiv henvendelse.

Med to ulike mottakere av brevet, får vi også (minst) to mulige makroproposisjoner. Hvis vi tenker oss at pasienten er primærmottakeren, kan makroproposisjonen være:

a. Fordi vi har kapasitetsmangel, og regelverket pålegger oss å prioritere pasienter bosatt i vår helseregion, kan vi ikke tilby deg behandling.

Eller:

b. Fordi vi har kapasitetsmangel, og regelverket pålegger oss å prioritere pasienter bosatt i vår helseregion, kan ikke vi tilby deg behandling, men du kan (i samråd med legen din) søke om behandling i en annen helseregion.

Informasjon om klagerett tolker jeg ikke som en del av makroproposisjonen, men for å eksperimentere litt med tolkningsmulighetene kunne det også sett slik ut:

- c. *Vi kan dessverre ikke tilby deg behandling av grunner vi har informert om i brevet, men du kan kontakte oss hvis du har spørsmål og du har rett til å klage på vedtaket.*

I makroproposisjon a. er konneksjonskoplingen kausal og teksttypen eksplikativ, i makroproposisjon b. finner vi både en kausal og en adversativ forbindelse og teksttypen bærer både preg av å være eksplikativ og argumentativ. I makroproposisjon c. er konneksjonstypen adversativ og teksttypen argumentativ.

Hvis brevet leses av henvisende lege, kan vi tenke oss en annen type makroproposisjoner:

- d. *Vi gjør med dette oppmerksom på at du må henvise pasienten til et annet helseforetak.*

For denne mottakeren av brevet er den overordnede språkhandlingen en direktiv og teksttypen deskriptiv. Alternativt kan vi også her tenke oss en kausalforbindelse:

- e. *Fordi situasjonen er som den er, må du henvise pasienten til et annet helseforetak.*

I så fall oppfattes teksten som eksplikativt forbundet. Dette er kanskje mer sannsynlig da grunnlaget for at henvisningen returneres også kan tenkes å være relevant for legen.

Uansett hvilken makroproposisjon vi velger som vårt utgangspunkt, er brevet et avslag. Den overordnede språkhandlingen kan således oppfattes som en kvalifisering (særlig for primærmottakeren) på tross av et overtall konstativer på mikronivå. Likevel står det ikke eksplisitt noe sted at dette er et avslag. Derimot står det i segment 8) at: *[pasienten kan kontakte Ahus] hvis det er spørsmål om avvisningen.* En avvisning gir helt andre konnotasjoner enn et avslag. Juridisk sett er det ingen forskjell på de to formuleringene, men ordet *avvisning* knyttes ofte til noe relasjonelt.

En mulig grunn til den valgte formuleringen er at avslaget ikke gjelder retten til behandling i spesialisthelsetjenesten, men for behandling på Akershus universitetssykehus. Pasienten blir *avvist* av Ahus, men henvisningen til behandling i spesialisthelsetjenesten blir ikke avslått. Alternativt kunne de valgt et mer nøytralt ord som for eksempel *beslutningen*, *vedtaket*, *avgjørelsen* eller *vurderingen*.

Brev: Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus

1. Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus

2. Du har mottatt minst to tilbud om time hos oss ved vår Avdeling Kar Thoraxkirurgi,
 - i. som ikke er benyttet.
3. Vi tolker det derfor slik at dette ikke lenger er aktuelt for deg.
4. Det er gjort en faglig vurdering av overlege Ole Test, som konkluderer med at du ikke vil få tilbud om ny time hos oss.
5. Du er i våre innkallingsbrev blitt informert om at dette kan skje ved avbestillinger/manglende oppmøter.
6. Hvis dette skyldes en misforståelse,
 - i. ber vi deg kontakte oss snarest,
 - ii. og senest innen 2 uker på telefon.
7. Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling,
 - i. må du henvises på nytt.
8. Den som har henvist deg vil få skriftlig beskjed om dette.
9. Med vennlig hilsen
Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi
10. Kopi til: Knut Test, Akershus universitetssykehus

Overskriften *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus*, forteller lite om hva slags informasjon vi kan vente oss i brevet. Den innledes av ordet *vedrørende* som er med i Språkrådets noe uformelle "Kanselliste" over ord og uttrykk som bidrar til et "formelt, høytidelig og oppstyltet språk" (Språkrådet, 2018³). Eksemplene presenteres imidlertid ikke som en svarteliste over ord som for enhver pris bør unngås, men den gir forslag til alternative uttrykksformer som kan gjøre tekster fra det offentlige mer forståelige. I dette tilfellet er det ikke sikkert at det ville holdt med – eller forbedret overskriften hvis vi byttet ut *vedrørende* med preposisjonen *om* som foreslått i Kansellisten. Likevel tar jeg det med som ett av flere elementer ved teksten som i sum kan gjøre den vanskelig å forstå.

Videre i overskriften står det at det dreier seg om "dine innkallinger til Akershus universitetssykehus", men er det pasientens innkallinger, eller Ahus' innkallinger til pasienten? Denne distinksjonen kan virke ubetydelig, men når setningen i tillegg er passiv, blir det uklart hva "innkallinger" refererer til. Etter en nøyere gjennomgang av innholdet og

³ Språkrådet: Skrivehjelp

makroproposisjonen(e) i brevet, vil jeg komme tilbake til overskriften og belyse eksemplene ovenfor med en mulig alternativ formulering.

I stedet for å *opplyse* om at Ahus har sendt pasienten innkallinger, *påstår* avsenderen i segment 2) at pasienten har *mottatt minst to tilbud om time*, som videre i 2i.): *ikke er benyttet*. Til forskjell kunne det for eksempel stått: *Vi har sendt deg X antall innkallinger [som du ikke har benyttet deg av]*. I formuleringen valgt i brevet blir påstanden implisitt en slags anklage: *Du har åpnet, lest og forstått innkallingsbrevet (minst to ganger), og likevel ikke møtt*. Med det premisset kan Ahus i segment 3) konkludere med at tilbudet ikke lenger er aktuelt for pasienten. Setningen blir således en indirekte kvalifisering ved at Ahus, med sin autoritet, erklærer at tilbudet er uaktuelt.

Avgjørelsen blir underbygget i segment 4), gjennom Ole Tests faglige vurdering som i tillegg konkluderer med at pasienten heller ikke vil få noe tilbud om ny time. Vi kan anta at den faglige vurderingen som er gjort gjelder pasientens helsetilstand, og at sykehuset er forpliktet til å foreta en slik vurdering før de avslutter innkallinger til behandling – og kanskje like viktig – dokumenterer at en slik prosedyre er fulgt. Men for pasienten som mottar brevet, kan setningen føre til forvirring, særlig hvis vi ser på de påfølgende segmentene: 5) *Du er i våre innkallingsbrev blitt informert om at dette kan skje ved avbestillinger/manglende oppmøter*. Hva refererer *dette* til? Refererer det til Ahus` tolkning av at pasienten ikke har møtt opp, eller til den, i brevet, ovenstående informasjonen om en ny fagvurdering fra overlegen? Tekstreferenten blir videre brukt i segment 6): *Hvis dette skyldes en misforståelse*, som videre i 6.i) oppfordrer pasienten til å handle: *ber vi deg kontakte oss snarest*. Det er ikke ubetydelig *hva* som kan skyldes en misforståelse, eller *hvem* som eventuelt har misforstått. Vi kan også tenke oss at *dette* kun refererer til pasientens manglende oppmøte, og verken til Ahus` tolkning av det, eller overlegens fagvurdering. Hvis segment 4) derimot ikke hadde stått der, kunne vi fått to plausible tolkningsmuligheter:

1. *Hvis det har oppstått misforståelser som har ført til at du ikke har møtt opp, ber vi deg ta kontakt.*

Eller, hvis de referer til sin egen konklusjon:

2. *Hvis vi har misforstått i vår tolkning om at behandling ikke lenger er aktuelt for deg, ber vi deg ta kontakt.*

For å illustrere, kan det være vanskelig for pasienten å overprøve overlegens vurdering hvis tekstreferenten knyttes til segment 4):

3. *Hvis du mener overlegens faglige vurdering skyldes en misforståelse, ber vi deg ta kontakt.*

For å avslutte resonnetet kan vi også forestille oss at *dette* refererer til all ovenstående informasjon, som resulterer i vår siste (og nokså innviklede) tolkningsmulighet:

4. *Hvis ditt manglende oppmøte, eller tolkningen vår om at behandling ikke lenger er aktuelt, eller overlegens nye faglige vurdering som konkluderte med at du ikke vil få tilbud om ny time, skyldes en misforståelse, ber vi deg ta kontakt.*

Til slutt informeres det i segment 7) og 8) om at pasienten må henvises på nytt hvis det skulle bli aktuelt med behandling, og at henvisende lege blir orientert om dette. Her blir det klart at den som har henvist pasienten også er en mottaker av brevet. Den følgende makroproposisjonen er med utgangspunkt i primærmottakeren:

- a. *Fordi du ikke har møtt opp til timene vi har kalt deg inn til, får du ikke tilbud om behandling.*

Her er setningskoplingen kausal, og teksttypen eksplikativ. Det på tross av et overtall additive forbindelser og konstative språkhandlinger gjennom teksten. Den overordnede språkhandlingen kan tolkes som en kvalifisering, selv om det er fravær av direkte kvalifiseringer på mikronivå (Ahus, med sin autoritet, erklærer at pasienten ikke får tilbud om behandling). På grunn av den «anklagende» tonen jeg har påpekt i brevet, kan vi også forestille oss en form for makrotrussel:

- b. *Du får ikke tilbud om time hos oss med mindre du tar kontakt snarest [og senest innen 2 uker].*

For noen mottakere, er dette det viktigste budskapet i brevet. Det kan være pasienter som har glemt timen, misforstått – eller skrevet ned feil dato, forlagt innkallingen(e), ikke rukket avtalen, eller av andre grunner ikke har kunnet møte opp, men som likevel har behov for en konsultasjon, behandling eller utredning. Kanskje er det nettopp denne målgruppen som er den viktigste å nå med brevet. De som har åpnet, lest og forstått innkallingene, og likevel har valgt å utebli fra timen, får uansett kun en påminnelse om konsekvensene det medfører. Med utgangspunkt i målgruppen for makroproposisjon b., er det viktigste å oppfordre til handling i form av å kontakte Ahus så raskt som mulig. Dermed kunne en alternativ overskrift være en direktiv språkhandling som tydeliggjorde nettopp det: *Har du mottatt innkallingene vi har sendt deg?* Og avslutningsvis kan vi forestille oss noen mulige perlokusjonære effekter:

- *Ja, men de har jeg helt glemt av!*
- *Nei, så godt at dere minnet meg på det!*
- *Jeg rakk ikke timen og ble så usikker på hva jeg skulle gjøre, men nå skal jeg ta kontakt!*

Brev: Avsluttet henvisning til utredning/behandling

1. Avsluttet henvisning til utredning/behandling

2. Vi ønsker at våre ventelister ved Avdeling Kar Thoraxkirurgi skal være mest mulig korrekte,
 - i. og vi har derfor nylig hatt en gjennomgang av disse.
3. Du har per brev - med 3 ukers svarfrist - blitt forespurt om det fortsatt er ønskelig med undersøkelse/behandling.
4. Da vi ikke har fått svarbrevet i retur,
 - i. tolker vi det slik at dette ikke lenger er aktuelt.
5. Hvis manglende tilbakemelding skyldes en misforståelse,
 - i. ber vi deg kontakte oss snarest på telefon.
6. Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling,
 - i. må du henvises på nytt.
7. Henvisende lege vil få skriftlig beskjed om dette.
8. Med vennlig hilsen
Akershus universitetssykehus

9. Kopi henvisende lege: Knut Test

Dette brevet er interessant å analysere i lys av det foregående, *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus*. Både innhold og makroproposisjoner ligner, men utformingen er nokså ulik. Begge brevene blir sendt til orientering om at pasientens manglende respons, tolkes som at tilbud om behandling er uaktuelt, og at pasienten må kontakte sykehuset snarest hvis det fortsatt er ønskelig med en time. I konteksten for det første brevet har pasienten fått en timeinnkalling, men ikke møtt opp, og i den andre har pasienten blitt forespurt skriftlig om en time er ønskelig, men ikke returnert svarbrev for å bekrefte/avkrefte dette.

Forskjellene viser seg allerede i overskriften, som i dette brevet er mer truende og konfronterende enn i det forrige: *Avsluttet henvisning til utredning/behandling*. I dette segmentet informeres det om at en henvisning er avsluttet, men ikke hvilken – eller av hvem. Alle substantivene er ubestemte og den inneholder verken agens eller patiens (en handlende eller mottakende aktør). Overskrifter opptrer ofte i setningsekvivalenter, og det er ulike krav til en overskrift avhengig av hva slags type tekst eller budskap som skal formidles. I tekster fra det offentlige burde den imidlertid være dekkende og informativ nok til at mottakeren umiddelbart forstår formålet med brevet. Selv om overskriften ikke må være en helsetning, hadde det i dette tilfellet kunne gjort den mer forståelig. Overskriften kunne da også bidratt til å skape nærhet og fortrolighet mellom sykehuset og pasienten gjennom å omtale etaten som et kollektivt «vi» og tiltalt mottakeren direkte: *Vi har avsluttet henvisningen din til utredning/behandling*.

Med utgangspunkt i min påstand om at de to brevene har samme type makroproposisjon, er det ikke sikkert at denne overskriften ville vært dekkende for å nå målgruppen til makroproposisjon b. Tvert imot vil den være misvisende for mottakere som fortsatt ønsker, og har mulighet til å påvirke beslutningen (jf. brevet *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus*). Den gir ikke rom for å utfordre, eller stille spørsmålsteget ved avgjørelsen, selv om det senere gis anledning for det i segment 5) og 5.i): *Hvis manglende tilbakemelding skyldes en misforståelse, ber vi deg kontakte oss snarest på telefon*. Det står simpelthen at henvisningen er avsluttet.

Men er det egentlig mulig å avslutte en henvisning? En henvisning kan både defineres som et fysisk dokument og som en prosess – eller retttere sagt: som en tekst som utløser visse

prosesser i tråd med pasientens rettigheter. Når sykehuset mottar en henvisning om behandling i spesialisthelsetjenesten, er de pliktig til å foreta en faglig vurdering innen 10 virkedager. Vurderingen får alltid ett av følgende utfall:

- Pasienten får rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Vurderingen konkluderer med at pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Når en pasient har fått rett til helsehjelp, men ikke møter opp eller responderer på tilbudet, kan sykehuset vurdere å stryke vedkommende fra sine ventelister. Dette gjøres etter en ny fagvurdering av pasientens helsetilstand.

Det er dette som er tilfellet her, og i det foregående brevet. Henvisningen er med andre ord ikke avsluttet, men tilbudet om behandling trekkes hvis pasienten ikke tar kontakt.

Etter en informativ og dekkende overskrift, burde et brev fra det offentlige raskt komme til poenget – det viktigste først. Det kan være vanskelig å forsvare viktigheten og relevansen av segment 2) og 2.i): *Vi ønsker at våre ventelister ved Avdeling Kar Thoraxkirurgi skal være mest mulig korrekte, og vi har derfor nylig hatt en gjennomgang av disse.* Det er også vanskelig å identifisere ytringens illokutive poeng – hva Ahus, eller avdelingen ønsker å uttrykke gjennom ytringen. Hvorfor må mottakeren forholde seg til informasjon om avdelingens rutiner for oppdatering av ventelister, i et brev hvis hensikt er å avslutte, eller advare om at behandlingstilbudet avsluttes? Konneksjonstypen mellom 2.i) og 3) er additiv og det er heller ingen umiddelbar koherens mellom dem.

Ser vi derimot bort i fra segment 2) og 2.i) i dette brevet, og segment 4) i det foregående, er de to tekstene svært like. Dette kommer tydelig fram når vi ser på makroproposisjonene:

- a. *Fordi du ikke har sendt svarbrevet i retur, får du ikke tilbud om utredning/behandling.*

Eller:

- b. *Du får ikke tilbud om time hos oss, med mindre du tar kontakt snarest.*

I dette brevet er det, i motsetning til det foregående, ikke et overtall additivkoplinger på mikronivå, men like mange kausale og additive forbindelser mellom segmentene. Tar vi igjen utgangspunkt i makroproposisjon b., finner vi en kausalkopling, noe som gjør at vi kan oppfatte teksttypen som eksplikativ.

På samme måte som i det forrige brevet, kan det være interessant å spørre seg hvorfor informasjonen om at «misforståelsen» kan rettes opp, blir nedprioritert i den hierarkiske strukturen. Det vil nok ikke være så risikabelt å hevde at dette har med tenkte mottakere og funksjoner å gjøre. For det første finner vi to åpenbare pasientmottakergrupper: De som har valgt å ikke respondere, eller ikke er interessert i tilbudet, og de som av ulike grunner ikke har svart, men har behov for en time. Overskriften uttrykker på mange måter et proposisjonelt innhold – et saksforhold – som tilsier at en prosess alt har funnet sted: Tilbudet du fikk om behandling, er avsluttet/stoppet. I så fall er ytringen er kvalifisering, som taler til den pasientgruppen som ikke har – og ikke kommer til å respondere. Problemet er at segmentet mangler aktører, og i dette tilfellet blir det derfor vanskelig å definere funksjonen til verbet «avsluttet» og ytringens illokutive handling. Vi kan se for oss at *avsluttet* er et perfektum partisipp: *Henvisningen er avsluttet*, men i sammenheng med resten av teksten kan vi også tenke oss en annen proposisjon og en annen illokusjonær handling: *Vi kommer til å avslutte henvisningen (hvis du ikke reagerer raskt)*. Fordi sistnevnte tolkning fordrer innsikt i resten av teksten, er det sannsynlig at mottakeren som leser overskriften oppfatter den som en mer eller mindre direkte kvalifisering. Det kan også tenkes at dette er avsenders intensjon, en tolkning som underbygges i oversikten over ventelistebrevmaler (se vedlegg) der brevet havner under kategorien «PAS-Avsluttet Pasientbestemt». Den havner altså under en kategori for avsluttede pasientsaker og avsluttet fordi *pasienten selv har bestemt det*.

Hvorfor presenteres så en mulighet for å få tilbud om behandling likevel? Vi skal ikke se bort ifra at det kan være et uttrykk for en genuin interesse fra sykehusets side for å fange opp pasienter som av ulike årsaker ikke har kunnet respondere innen fristen. I tillegg er det tydelig formulert at henvisende lege vil bli informert om situasjonen, og hun eller han kan dermed også kontakte og opplyse pasienten som ikke har mottatt eller forstått brevet.

Hvis dette er grunnen til at segment 5) og 5.i) inkluderes i teksten, har den mangelfull koherens vis à vis overskriften. Dette kan skyldes det problematiske forfatterbegrepet vi diskuterte i 4.1.2. Sykehuset er lovpålagt å informere om at behandlingen avsluttes, så deler av avsenderintensjonen er også juridisk forankret. Samtidig er de ikke forpliktet til å gi pasienter som ikke benytter seg av et behandlingstilbud, flere sjanser.

Brev: Du står på venteliste hos oss

1. Du står på venteliste hos oss

2. Vi har tidligere sendt deg informasjon om at vi ikke kan tilby deg behandling/utredning innen den fristen vi har satt.
3. HELFO pasientformidling har forsøkt å finne behandling til deg et annet sted,
 - i. men de har dessverre ikke klart å finne et annet tilbud til deg.
4. Du står derfor fortsatt på venteliste hos oss.
5. **Så snart vi har en ledig time til deg,**
 - i. **vil vi sende deg en innkalling.**
6. *Fritekst - informasjon om eventuelle konsekvenser utsatt helsehjelp får for tilstanden*
7. **Endring i helsetilstand**
8. Du må kontakte fastlegen eller den som har henvist deg
 - i. dersom din helsetilstand forverres vesentlig
 - ii. eller du har behov for råd og oppfølging i ventetiden.
9. **Dine rettigheter**
10. Vi har tidligere sendt deg informasjon om dine rettigheter som pasient.
11. Du finner også informasjon om rettigheter på helsenorge.no/rettigheter.
12. **Mer informasjon?**
13. Ta gjerne kontakt på telefon 67962400, mellom kl 08:00-15:00
 - i. hvis du har spørsmål.
14. Ønsker du mer informasjon om oss,
 - i. kan du gå inn på ahus.no.
15. Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Urologi
16. Kopi til: Christian Owesen, Akershus universitetssykehus

Dette ventelistebrevet sendes til pasienter som har rett til behandling eller utredning i spesialisthelsetjenesten, men som sykehuset ikke har mulighet til å ta imot innen den opprinnelige fristen de har satt. Typografisk variasjon i form av uthevet skrift utgjør en viktig del av meningspotensialet i denne teksten, og kan gi en indikasjon på avsenderintensjoner, og forfatterens forestillinger om tenkte mottakelser.

Overskriften konstaterer status quo: *1) Du står fortsatt på venteliste hos oss.* Den etterfølges av en konstativ språkhandling i form av en påminnelse om at dette er informasjon

pasienten har fått tidligere, og dermed har (burde ha) visst om. Segment 2) kan på mange måter oppfattes som en måte for Ahus å gardere seg mot potensielle anklager om at informasjon sykehuset er forpliktet å gi, ikke er gitt: 2) *Vi har tidligere sendt deg informasjon om at vi ikke kan tilby deg behandling/utredning innen den fristen vi har satt.* I dette brevet gir de dermed både informasjon om fristbrudd, samtidig som de forsøker å dokumentere at informasjonen også er formidlet på et tidligere tidspunkt.

I segment 3) og 3.i) introduseres en ny aktør for mottakeren, HELFO pasientformidling, som samtidig får noe av «skylden» for at pasienten ennå ikke har fått behandling. Det er ikke selvsagt at enhver leser av brevet er fortrolig eller kjent med akronymet HELFO (Helseøkonomiforvaltningen), eller forstår hvordan og hvorfor denne aktøren har noe med sitt sykdomsbilde og behandling å gjøre. Det er imidlertid en forutsetning for å akseptere kausalforbindelsen til segment 4): *Du står derfor fortsatt på venteliste hos oss.*

Segment 5) og 5.i), som er uthevet med fet skrift, indikerer at det viktigste for sykehuset å formidle på dette tidspunktet, er at pasienten vil få en innkalling så snart de har en ledig time. Allerede nå kan vi se konturene av en mulig makroproposisjon:

- a. *Du står fortsatt på venteliste hos oss, og du får beskjed så snart vi har en ledig time.*

Brevet deles på mange måter i to gjennom friteksten. Den åpne plassen for fritekst er her markert som segment 6). Det er viktig å understreke at malen gir *rom* for en fritekst, men det er opp til legen om han eller hun ønsker å benytte seg av den. Teksten skal inneholde informasjon om eventuelle konsekvenser utsatt helsehjelp kan få for den individuelle pasientens spesifikke helsetilstand, og hvis denne teksten er informativ, dekkende og forståelig, kan det hende at pasienten ikke har behov for å kontakte sykehuset eller fastlegen ved en senere anledning med spørsmål eller bekymringer. Hvis legen benytter seg av muligheten til å skrive en individualisert tekst, utformes den etter gjetninger om hva pasienten lurer på, og forestillinger om mulige responser og reaksjoner.

Videre er brevet delt inn i underoverskrifter som behandler ulike tema, og som kan ha en lignende funksjon som friteksten: 7) ***Endring i helsetilstand***, 9) ***Dine rettigheter*** og 12) ***Mer informasjon?*** Disse setningsekvivalentene kan tolkes som en rekke direktive språkhandlinger, i dette tilfelle interrogativer (spørsmål): *Opplever du endring i*

helsetilstanden? Har du spørsmål om dine rettigheter? og Trenger du mer informasjon? Ved å dele inn teksten i underoverskrifter, kan leseren raskere finne informasjon som er relevant, og på samme måte luke ut tekst som ikke er relevant. Disse segmentene er også utformet og strukturert etter tenkte responser og forestillinger om hva leseren kan lure på etter å ha lest at sykehuset ikke kan overholde behandlingsfristen.

Ved første blick kan underoverskriftene oppfattes som tillitvekkende og som et forsøk på å imøtekomme potensielle spørsmål og informasjonsbehov pasienten måtte ha. Men hvis vi begynner med teksten under segment 7) ***Endring i helsetilstand***, finner vi kun én ytring.

Denne er realisert gjennom en direktiv språkhandling: 8) *Du må kontakte fastlegen eller den som har henvist deg dersom din helsetilstand forverres vesentlig eller du har behov for råd og oppfølging i ventetiden.* Her pålegger Ahus pasienten selv å kontakte fastlegen ved behov, men også å vurdere behovet. Det er med andre ord ikke sykehusets ansvar å følge opp. Hvor syk på man være for å ta kontakt? Hva indikerer en *vesentlig* forverring av helsetilstanden?

Under den neste tittelen 9) ***Dine rettigheter***, er det heller ikke mye informasjon å hente. Segment 10) «minner» pasienten på at sykehuset allerede har sendt informasjon om pasientrettigheter: *Vi har tidligere sendt deg informasjon om dine rettigheter som pasient.* De henviser ikke til hvilke rettigheter pasienten har i den spesifikke situasjonen, som i dette tilfellet er at Ahus ikke har overholdt behandlingsfristen, men til et generelt informasjonsskriv om pasientrettigheter som følger vedlagt i innkallingsbrevene. Dette skrivet forventes det at pasienten har spart på, og ikke minst, kan orientere seg i for å finne relevante opplysninger for sin situasjon. I segment 11) blir leseren implisitt oppfordret til å innhente informasjon på egenhånd gjennom en lenke til et nettsted om pasientrettigheter. Nettstedet (helsenorge.no/rettigheter) inngår ikke som en del av tekstkorpuset for analysen, men jeg kan avsløre at nettekstene er mange og omfattende, og inneholder et spekter av generell informasjon om pasientrettigheter og lenker til lovtekster. En leser som har kompetanse, og er vant med å orientere seg i komplekse multimodale tekster som de vi finner på nettsiden, finner kanskje raskt frem til lenken om rettigheter ved fristbrudd. Der står det imidlertid at Helfo pasientformidling i slike tilfeller vil finne et annet behandlingstilbud, hvilket – som det utgår av brevet – ikke er tilfelle her.

Under den siste tittelen 12) ***Mer informasjon?*** er tonen mer imøtekommende, med antydninger til indirekte ekspressive språkhandlinger: 13) *Ta gjerne kontakt på telefon 67962400, mellom kl 08:00-15:00 hvis du har spørsmål.* Ytringen er direktiv, men «gjerne» kan oppfattes som et følelsesuttrykk. Nummeret leder imidlertid til resepsjonsdisken for

poliklinikken pasienten er henvist til, og ikke til en lege som kan besvare individuelle, helserelaterte spørsmål. I det siste segmentet under «Mer informasjon?» informeres det om at pasienter som ønsker mer informasjon kan gå inn på sykehusets hjemmeside, uten noen tilleggsopplysninger som for eksempel lenker til sider som kan være relevante for pasienten.

Etter en gjennomgang av hele brevtteksten, er det fortsatt rimelig å hevde at makroproposisjonen foreslått ovenfor er en adekvat tolkning av brevets hovedbudskap:

- a. *Du står fortsatt på venteliste hos oss, og du får beskjed så snart vi har en ledig time.*

Konneksjonstypen i makroproposisjonen er temporal, og dermed opplever vi teksten som grunnleggende narrativ på tross av få temporale koplinger på mikronivå. Gjennomgående i teksten finner vi nesten utelukkende additivforbindelser som kan tyde på at Ahus' tekstlige formidlingsstrategi er å komme med en rekke deskriptive påstander om verden, som implisitt argumenterer for deres virkelighetsoppfatning. Den overordnede språkhandlingen oppfattes som en kommisiv: Sykehuset lover å ta kontakt når de har en ledig time (og frem til da, er det bare å smøre seg med tålmodighet).

Brev: Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi (avslag)

1. Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi

2. Vi har 31.05.17 mottatt henvisning fra Overlege Knut Test, Akershus universitetssykehus, datert 31.05.17.
3. Overlege Ole Test har vurdert om du har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
4. Ut fra de opplysningen vi har fått, har vi konkludert med at du ikke har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.
5. *Fritekst: Kortfattet faglig begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan klage på vedtaket, inklusiv evt. forslag til behandling*
6. Informasjon om dette er sendt den som har henvist deg.
7. Dersom du har behov for å drøfte avslaget,
 1. ber vi deg ta kontakt med din fastlege eller den som har henvist deg.

8. Dine rettigheter

9. Hvis du er uenig i vurderingen,
 1. har du rett til å klage.
10. Det gjør du ved å sende en skriftlig klage til oss innen fire uker.
11. Du kan i samråd med fastlegen din også be om en fornyet vurdering.
12. Det vil innebære at en ny spesialist vil vurdere ditt behov for helsehjelp.
13. Denne retten gjelder en gang for samme helsetilstand.
14. Hvis det har kommet til nye opplysninger,
 - i. bør disse være med.
15. Du kan selv velge hvor en ny henvisning skal sendes.
16. Vi viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, annet ledd.
17. Se også vedlagte informasjon om dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten.
18. Med vennlig hilsen
19. overlege Ole Test
Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

I dette brevet får pasienten avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten. Overskriften er identisk med det første brevet vi analyserte: *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi*, og svaret kommer i segment 4): *Ut fra de opplysningene vi har fått, har vi konkludert med at du ikke har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten*. I segment 3) blir pasienten orientert om hvem som har vurdert henvisningen, og om hun/han har *rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*.

«Rett til nødvendig helsehjelp» er et problematisk begrep. Frasen er nedfelt i lovteksten om pasient- og brukerrettigheter (§ 2-1b), så sykehuset har ikke selv uformet den. Grunnen til at den er problematisk er fordi ytringen bærer en mening som ikke uttrykkes eksplisitt – den krever forkunnskaper om både lovteksten og helsevesenets fortolkning av den. Dette skal jeg straks utdype.

For en mottaker som ikke er kjent med hva uttrykket bærer av tilleggs mening, kan ytringen skape konflikt med en virkelighetsoppfatning om at «jeg får helsehjelp når det er nødvendig». Dette har med ytringens syntaktiske konstruksjon å gjøre: Det står ikke at det vurderes hvorvidt helsehjelp i spesialisthelsetjenesten *er* nødvendig for pasientens helsetilstand, men om pasienten har rett til *nødvendig helsehjelp*. I fare for å bli for teknisk, står «nødvendig» som adledd til substantivfrasen «nødvendig helsehjelp» i lovtekstens (og

Ahus`) formulering. Det betyr at «nødvendig» og «helsehjelp» har en semantisk relasjon, som gjør at de ikke kan skilles fra hverandre. Definisjonen av «nødvendig» er: «det som trengs; som må gjøres; som ikke kan unnværes eller unnlates (hvis det ikke skal gå galt)», «det som trengs til livsopphold, til dagliglivet» og «[det] som må være til stede eller finne sted; som ikke kan være annerledes» (Det Norske Akademis ordbok, 2018). Dermed kan «nødvendig helsehjelp» oppfattes som «helsehjelp som trengs, må gjøres, og ikke kan unnværes eller unnlates hvis det ikke skal gå galt». Rimeligvis kan det, med utgangspunkt i denne betydningen av frasen, skape uro eller forvirring for en pasient som skal forstå segment 3): *Overlege Ole Test har vurdert om du har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*

Hvis pasienten forstår at uttrykket er et juridisk begrep, og velger å oppsøke lovteksten, er den ikke nødvendigvis oppklarende. Under paragraf 2-1b, annet ledd i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), står det at «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten». Det som imidlertid ikke står i selve lovteksten, er at retten bare gjelder «dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt» (Jusinfo, 2018). Det er med andre ord nødvendighetsgraden av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som vurderes, og ikke om helsehjelp som er vurdert som nødvendig, skal innfris.

Denne (avgjørende) meningskomponenten i uttrykket blir (så vidt) antydnet i segment 4): *Ut fra de opplysningen vi har fått, har vi konkludert med at du ikke har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.* Her er «rett til nødvendig helsehjelp» spesifisert til «rett til utredning eller behandling» – en beslutning basert på et premiss det er mulig å akseptere.

Den åpne plassen for fritekst i brevet, er markert som segment 5). Her skal overlegen gi en faglig begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan klage på vedtaket, og legen kan velge å inkludere forslag til annen behandling.

Segment 6), 7) og 7.i) informerer om at henvisende lege har blitt orientert om beslutningen, og ber pasienten ta kontakt med denne legen ved behov for å drøfte avslaget. Dette kan virke betryggende for en mottaker som ikke har forstått den faglige begrunnelsen for vedtaket, eller er usikker på hvordan å forholde seg til avslaget.

Brevet blir delt i to gjennom underoverskriften i segment 8) ***Dine rettigheter.*** I motsetning til det forrige brevet vi analyserte, blir ikke pasienten henvist til generell informasjon om pasientrettigheter, men til informasjon som vil være relevant for den

spesifikke situasjonen. Segment 9) og 9.i) *Hvis du er uenig i vurderingen, har du rett til å klage*, etterfølges av informasjon om klageprosessen. Pasienten blir informert om tidsfrister, retten til en ny vurdering, at tilleggsopplysninger burde være med og hvor de skal sendes. Det vises også til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, annet ledd, og til vedlagt skriv om pasientrettigheter.

Når disse opplysningene presenteres helt til sist i brevet, kan vi tenke oss at dette er informasjon for «spesielt interesserte» lesere, eller lesere som har kompetanse til å kunne benytte seg av de intertekstuelle henvisningene. Som antydnet tidligere i analysen, forutsetter forståelsen av paragrafen kompetanse i fortolkning av lovtekster, og for å forstå paragrafens relevans i denne saken, forutsettes det også kjennskap til lovtekstens praktiske konsekvens.

Dermed konstituerer deler av teksten en modelleser som har forkunnskaper innenfor nokså mange områder, som blant annet skriving av effektive klagetekster, medisin (for å forstå den faglige vurderingen for avslaget) og jus.

På tross av brevets todeling gjennom en «avslagsdel» og en «rettighets- og klagedel», er det nærliggende å tolke makroproposisjonen med bakgrunn i overskriften *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi*:

a. *Gjennom en faglig vurdering på bakgrunn av opplysningene i henvisningen, har vi konkludert med at du ikke får behandling hos oss.*

Eventuelt:

b. *Gjennom en faglig vurdering på bakgrunn av opplysningene i henvisningen, har vi konkludert med at du ikke får behandling hos oss, men du har rett til å klage på vedtaket.*

Det er rimelig å hevde at teksten fram til undertittelen *Dine rettigheter*, er brevets hovedtekst. Dette har både å gjøre med at innholdet formidler svaret på henvisningen, og at tekstens hierarkiske struktur plasserer denne tekstdelen først. Hovedteksten og informasjon om rettigheter kan tolkes som to selvstendige tekster, med en slags kausal forbindelse: *Hvis du er uenig i vurderingen (som nettopp ble presentert), har du rett til å klage*. Derfor tar jeg utgangspunkt i makroproposisjon a. som indikerer en eksplikativ teksttype. Gjennom teksten finner vi nesten kun additivforbindelser, med unntak av den implisitte kausalforbindelsen mellom de to tekstdelene. Den overordnede språkhandlingen må tolkes som en kvalifisering som underbygges av overlegens faglige autoritet og vedtakets forankring i loven.

4.5 Funn

- Oppsummering og kommentarer av hovedfunn fra undersøkelsen:

- **Det er lite å utsette på ortografi.**

Skriftspråkets (norsk bokmål) normer for rettskriving er fulgt uten nevneverdige avvik.

- **Tekstene er preget av mange substantivtunge passivsetninger.**

Dette kan gjøre stilen stiv og upersonlig, og det kan bli vanskeligere å identifisere hvem som er den handlende og den mottakende aktøren i ytringene. Når det er uklart for pasienten hvem avsenderen henvender seg til i enkelte ytringer, kan konsekvensen være at pasienten ikke oppfatter ytringens illokutive mening. Dette så vi et eksempel på i det første brevet for analysen, der segment 7) *Vi ber om at den i stedet sendes til et annet helseforetak, for eksempel i din egen helseregion*, implisitt kommuniserer til fastlegen. Det samme er tilfelle i enkelte overskrifter, som for eksempel i *Avsluttet henvisning til utredning/behandling*. Her gjør fraværet av både agens, patiens, subjekt og finitt verbal tolkningen av ytringshandlingen avhengig av kjennskap til resten av teksten.

- **Tekstene skal formidle informasjon til flere mottakere.**

Først og fremst skal brevene formidle informasjon til pasienter. Det er imidlertid ulik informasjon som skal formidle ulike saksforhold og språkhandlinger til forskjellige pasienter i unike situasjoner gjennom samme brev. Et avslag skal for eksempel både kommunisere til leseren som forstår og aksepterer beslutningen, og til leseren som trenger oppfølging, hjelp til å forstå, og som er uenig i utfallet. Dette har forfatterne noen steder forsøkt å løse ved å dele inn brevene i underoverskrifter som behandler enkelte tema (som klagerett) for seg, og som leseren så kan velge å oppsøke, eller avslå som relevant.

I andre brev har bevissthet om ulike mottakere med ulike informasjonsbehov, ikke ført til tekster som gjenspeiler denne innsikten. I de to brevene vi behandlet komparativt (*Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus* og *Avsluttet henvisning til utredning/behandling*), skal tekstene både fungere som dokumentasjon på at sykehuset har informert om at behandlingstilbudet avsluttes, og

som en påminnelse til pasienter som av ulike årsaker ikke har respondert på tilbudet, om at de fortsatt har mulighet til å få behandling. Som jeg argumenterte for i analysen, er dette den viktigste mottakergruppen å nå med disse brevene. Likevel er spesifikk informasjon som kun gjelder (og er høyst relevant for) disse leserne, verken utfyllende eller fremhevet i teksten. I begge tilfellene forutsetter den nødvendige responsen (at pasienten tar kontakt) et premiss om at *noe* skyldes en misforståelse – og implisitt at *noen* har gjort feil: *Hvis dette skyldes en misforståelse, ber vi deg kontakte oss snarest, og senest innen to uker på telefon.* Som det utgår av analysen, er det problematisk å identifisere den tematiske kilden til tekstreferenten *dette* i ytringen, og dermed også vanskelig å identifisere hvor «feilen» har oppstått og hvem som har «skyld» i misforståelsen. Dette kan gjøre terskelen for å ta kontakt høyere.

Tekstene skal også formidle informasjon til andre mottakere enn pasienter. Enkelte steder er dette gjort eksplisitt i teksten, som når det står at «den som har henvist deg vil få skriftlig beskjed om dette», eller når det står kopi til henviser. Men tekstene fungerer også som dokumentasjon på at sykehuset har forholdt seg til lovverket og følger forskriftsregulerte retningslinjer. Tekstene skal med andre ord også være tilpasset juridisk lesning og formidle informasjon som gir avsenderen juridisk ryggdekning i en eventuell klage- eller rettsak.

- **Det er ikke alltid koherens mellom overskriften og det vi oppfatter som tekstenes makroproposisjon.**

Igjen er dette tydeligst i brevene vi behandlet komparativt, hvor overskriftene kan virke direkte misvisende – både på grunn av manglende sammenheng med innholdet og budskapet i brevene, og på grunn av ytringenes syntaktiske konstruksjon. Begge overskriftene er passive setningsekvivalenter, og som vi så i analysene av disse brevene, er det vanskelig å vite hva «innkallinger» refererer til i *Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus*, og hvilken funksjon «avsluttet» har i *Avsluttet henvisning til utredning/behandling*.

- **Brevene er inkonsekvente i utformingen.**

Enkelte overskrifter opptrer i setningsekvivalenter, andre som helsetninger, noen er passive og andre tiltaler mottakeren direkte gjennom det personlige pronomenet *du*. Noen av brevene deler innholdselementer i underoverskrifter, andre ikke. Selv om pasientens henvisende lege alltid får kopi av brevet, står det ikke alltid

ekspisitt i teksten. Avsenderinstansen er noen ganger signert som Ahus og avdelingen pasienten er henvist til, og andre ganger som overlegen som har hatt ansvaret for den faglige vurderingen.

Disse variasjonene mellom brevene ser ikke ut til å tjene spesielle funksjoner som er viktig for forståelsen av de konkrete tekstene, og etterlater et inntrykk av at utformingen er delvis tilfeldig.

- **Det stilles høye krav til modelleserens kompetanse.**

Fordi brevene både formidler juridisk og medisinskfaglig informasjon, konstituerer tekstene en modelleser som enten har forkunnskaper innenfor disse feltene, eller som forstår når, og hvilken informasjon som implisitt taler til andre mottakere (for eksempel fastlege/jurist). Eller så vet modelleseren at informasjonen kan gjøres tilgjengelig ved å oppsøke hjelp (gjennom supplerende informasjon som for eksempel kontaktinformasjon til en instans som kan hjelpe, forutsatt en modelleser som vet hva hun/han trenger hjelp til), eller at hun/han kan innhente tilleggsinformasjon andre steder (gjennom andre intertekstuelle referanser og dermed bygge opp kunnskap underveis i lesningen).

Det er flere intertekstuelle referanser som ikke kommuniseres ekspisitt. Ofte begrenser for eksempel sykehuset seg til å henvise til et skriv om pasientrettigheter som pasienten har mottatt på et tidligere tidspunkt, heller enn å spesifisere hvilke rettigheter som er relevante i det spesifikke tilfellet. Kun i ett av brevene jeg har analysert er det en direkte henvisning til den bestemte paragrafen som ligger til grunn for vedtaket. For at den skal bidra til økt forståelse for saken, krever det imidlertid innsikt i hvordan lovteksten fortolkes.

Nettekster som skal supplere tekstene i brevet, supplerer ikke i tilstrekkelig grad. Dette så vi eksempler på i brevet *Du står fortsatt på venteliste hos oss*, hvor pasienten oppfordres til å gå inn på sykehusets hjemmeside (ahus.no) og helsenorge.no/rettigheter ved behov for mer informasjon. Dette skaper en modelleser som både har kompetanse til å orientere seg i komplekse, multimodale tekster og som har oversikt nok til å vurdere hvilke nettekster som er relevante for sin konkrete situasjon.

- **Mye informasjon blir formidlet implisitt**

I enhver språkhandling er det proposisjonelle innholdet ledsaget av

presupposisjoner – andre implisitte, underforståtte proposisjoner som må aksepteres for at ytringen skal gi mening. I overskriften *Du står fortsatt på venteliste hos oss*, finner vi en rekke implisitheter som for eksempel at pasienten også tidligere har stått på venteliste, og at *oss* er sykehuset eller avdelingen. Forfatterne må forutsette noe som kjent for ikke å ende opp med svært lange og omfattende tekster. I analysen så vi imidlertid at noe av informasjonen som formidles, presupponerer forkunnskaper som vi med rimelighet kan anta at ikke alle lesere av teksten innehar (jf. diskusjonen om «nødvendig helsehjelp» og «Helfo pasientformidling»).

Gjennom å identifisere konneksjonsforbindelsene og teksttypene på mikronivå, har vi sett at flere sammenhenger også må forstås implisitt. Alle brevene er dominert av additive forbindelser og deskriptive teksttyper gjennom teksten, og i alle brevene finner vi diskrepans mellom teksttypen på mikronivå, og teksttypen(e) i makroproposisjonen(e). Brevene er bygget opp gjennom en rekke tekstlige påstander, som implisitt argumenterer for Ahus' vurderinger og beslutninger. Derfor finner vi ofte eksplikative makroproposisjoner som forutsetter at leseren har forstått ytringenes implisitte kausale sammenhenger.

I tillegg kan vi finne flere makroproposisjoner i samme brev som svarer til ulike mottakere og som er tilpasset ulike kontekstuelle rammer (fastlege, jurist, pasient som ikke ønsker behandling, pasient som ønsker behandling osv.). Dette tyder også på at tekstene konstituerer flere modellesere, og den empiriske leseren må innta den «riktige» modelleserrollen for å kunne gjøre adekvate tolkninger av teksten.

På samme måte som med teksttypene, er det diskrepans mellom språkhandlingene vi finner på mikronivå og språkhandlingene i makroproposisjonene. Tekstene på makronivå må oppfattes som kvalifiseringer, uten at dette uttrykkes eksplisitt i tekstene. Det kan være gode grunner til ikke å kalle et brev som formidler et avslag for «Avslag». I stedet for å presentere avgjørelsen som en kjensgjerning, kan sykehuset, ved å strukturere teksten gjennom argumentasjoner som forklarer beslutningsgrunnlaget, gi pasienten innsikt og forståelse for vedtaket. Det er imidlertid et problem hvis ubehagelig informasjon presupponeres for å unngå at den blir gjenstand for diskusjon. Uten å hevde at dette er tilfelle i noen av ventelistebrevene, er flere av tekstenes (latente) avslag, ikke formidlet eksplisitt. Dette diskuterte jeg blant annet i analysen av *Svar på henvisning til Kar Thoraxkirurgi (kapasitetsmangel)*.

5 Pasientinformasjon som elektronisk flettverk

Etter en gjennomgang av hovedfunnene for analysen, er det på tide å forsøke å besvare problemstillingen. *I hvilken grad tilfredsstiller ventelistebrevene gjennom språkhandlinger og etablering av tekstsammenheng Språkrådets klarspråkkrav om at:*

- *mottakerne finner det de trenger*
- *forstår det de finner*
- *kan bruke det de finner til å gjøre det de skal?*

Den observante leseren har på dette tidspunktet kanskje allerede sett antydninger til slutninger gjennom analysen. Jeg vil understreke at jeg har hatt en abduktiv tilnærming til materialet, og derfor er funnene jeg har framsatt et uttrykk for sannsynligheter heller enn sannheter.

Fordelen med denne metoden er at den har potensial til å produsere ny kunnskap og utvikle nye hypoteser (Svennevig, 2001:4).

Brevene består av et flettverk av elektroniske småtekster. Forfatterne av standardfrasene har hatt begrenset kontroll over ytringenes illokutive kraft når ytringene plasseres i en konkret kontekst. I tillegg skal brevene fylle flere funksjoner og svare til ulike informasjonsbehov hos ulike mottakere. Dette resulterer i tekster som både er abstrakte og konkrete, personlige og upersonlige.

På bakgrunn av metoden jeg har valgt og analysene jeg har utført, er det rimelig å konkludere med at ventelistebrevene ikke tilfredsstiller Språkrådets klarspråkkrav i tilstrekkelig grad. Selv om tekstene er skrevet i et klart og korrekt språk, blir de ikke mer forståelige hvis de ikke også framstår som sammenhengende, relevante og meningsfulle for leserne.

5.1.1 Videre forskning

Funnene og konklusjonen jeg har framsatt i denne oppgaven, er basert på tekstanalyser av et nokså begrenset utvalg ventelistebrev, med formål om å vurdere tekstene utfra Språkrådets klarspråkkrav om at mottakerne finner, forstår og kan bruke informasjonen fra myndighetene – i dette tilfellet fra helsevesenet – til å gjøre det de skal.

En kombinasjon av kvantitative og kvalitative brukerundersøkelser, case-studier av tekstforfatternes produksjonsvilkår, og diskursanalyser av andre ventelistebrev, er mulige

supplerende innfallsvinkler som kunne bidratt til en bredere og rikere forståelse av tekstenes evne til å oppfylle dette klarspråkkravet.

Litteraturliste

- Abrahamsen, M. (2010). *Virkelighetsbilder. En analyse av argumentasjon i seks vedtak fra Utlendingsnemnda* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo
- Akershus universitetssykehus. (2018). Om oss. Hentet fra <https://www.ahus.no/om-oss>
- Amundsen, B. (2013, 15. oktober). Helsevesenet strever med språk. Hentet fra <https://forskning.no/helsetjenester-kommunikasjon/helsevesenet-strever-med-sprak/604471>
- Asdal, K., Berge, K. L., Gammelgaard, K., Gundersen, T. R., Jordheim, H., Rem, T. og Tønnesson, J. L. (2008). *Tekst og historie. Å lese tekster historisk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press
- Bakhtin, M. M. (1998). Spørsmålet om talegenrane. I R. T. Slaattelid (Red.), *Spørsmålet om talegenrane* (s. 1-9). Bergen: Ariadne forlag
- Berge, K. L. (1990). *Tekstnormers diakroni. Noen ideer til en sosioteknologisk teori om tekstnormendring*. Stockholm: Institutionen för nordiska språk vid Stockholms universitet
- Berge, K. L. (1996). Communication. I P. V. Lamarque (Red.), *Encyclopedia of Language and Linguistics* (s. 95-102). London: Pergamon Press
- Berge, K. L. (1999). Å skape mening med språk - om Michael Halliday og hans elevers sosialemiotikk. I K. L. Berge, P. Coppock & E. Maagerø (Red.), *Å skape mening med språk* (s. 17-32). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Berge, K. L. (2010). Tekst og ytringshandlingsteori. *Scandinavian Studies in Language*, 1(1), 93-110. Hentet fra <https://tidsskrift.dk/sss/article/view/3791>
- Dips. (2018). Om oss. Hentet fra <https://www.dips.com/no/om-oss>
- Eidsnes, L. A. M. (2013). *Avdelinga kan gi nærare råd og rettleiing. Ein kritisk diskursanalyse av brev til pasientar og brukarar* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://www.sprakradet.no/upload/Klarspr%C3%A5k/Dokumenter/Masteropp%C3%A5ve%20Eidsnes.pdf>
- Faiz, K. W. (2017). AMK-sentral og RAS-syndrom. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0430>
- Falck-Ytter, K. (2009). *Klarspråk – kva er det? En kvalitativ studie av klarspråk og klarspråksarbeid i Norge og Sverige* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU
- Forskrift om pasientjournal. (2000). Forskrift om pasientjournal. (FOR-2000-12-21-1385). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385/%C2%A73#§3>

- From, J. (2013). *Det medisinske pakningsvedlegget – begripelig for lekperson? En analyse av pakningsvedlegget som sjanger, med utgangspunkt i én enkelt tekst* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.sprakradet.no/upload/Klarspr%C3%A5k/Dokumenter/Masteroppgave%20Julie%20Hille%20From.pdf>
- Furu, I. A. V. (2011). *En vegg av tekst. En kvalitativ intervjuundersøkelse av skjemaet Krav om ytelse ved fødsel og adopsjon (NAV 14-05.05)* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo
- Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien*, 9(1), 26-34. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029>
- Gupta, R. & Kartzow, H. A. (2014). Godt språk er god folkehelse. *Språknytt*, 42(4), 28-29. Hentet fra https://www.sprakradet.no/globalassets/vi-og-vart/publikasjoner/spraknytt/2014/42014/spraaknytt_4-2014.pdf
- Halliday M. A. K. (1999). Språkets funksjoner. I K. L. Berge, P. Coppock & E. Maagerø (Red.), *Å skape mening med språk* (s. 80-92). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Halliday M. A. K. (1999). Språk, kontekst og tekst – aspekter ved språk i et sosiosemiotisk perspektiv. I K. L. Berge, P. Coppock & E. Maagerø (Red.), *Å skape mening med språk* (s. 67-76). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Heggedal, J. (2016). *Klarspråk – fra prosjekt til daglig drift. En studie av klarspråkarbeidet i Helfo* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo
- Helseforetaksloven. (1991). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Én innbygger – én journal* (Meld. St. 9 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/sec1>
- Helse Sør-Øst. (2017). Bred kartlegging før standardisering på Ahus. Hentet fra http://hsorhf.prod.fpl.nhn.no/aktuelt_/nyheter_/Sider/Bred-kartlegging-f%C3%B8r-standardisering-p%C3%A5-Ahus.aspx
- Helse Sør-Øst. (2017). Oppstart for regional EPJ på Ahus. Hentet fra http://admininfo.helse-sorost.no/aktuelt_/nyheter_/Sider/Oppstart-for-regional-EPJ-p%C3%A5-Ahus.aspx
- Hågvar, Y. B. (2007). *Å forstå avisa. Innføring i praktisk presseanalyse*. Oslo: Fagbokforlaget
- International Plain Language Federation. (2018). Definitions. Defining clarity in many languages. Hentet fra <http://www.iplfederation.org/definitions-of-plain-language/>

- Jusinfo.no. (2018). Rett til nødvendig helsehjelp. Hentet fra <http://jusinfo.no/index.php?site=default/721/1400/1404>
- Kittelsen, L. (2017, 2. oktober). Den smittsomme substantivsyken. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/10/02/den-smittsomme-substantivsyken/>
- Ledin, P. (2001). *Genrebegrepet – en forskningsöversikt*. Lund: Institutionen för nordiska språk, Lunds universitet. Hentet fra https://www.studentlitteratur.se/files/sites/svensksakprosa/Ledin_rapp02.pdf
- Maagerø, E. (1999). Hallidays funksjonelle grammatikk - en presentasjon. I K. L. Berge, P. Coppock & E. Maagerø (Red.), *Å skape mening med språk* (s. 33-63). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Mellin-Olsen, J., Karlsen, K. & Gisvold, S. E. (2012, 10. desember). Hva Støre bør gjøre. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/hva-stoslashre-boslashr-gjoslashre/63070438>
- Myhren, H. (2017). Standardisering i Helse Sør-Øst på vei mot Én innbygger – én journal. Hentet fra <https://event.dnd.no/ehelse/wp-content/uploads/sites/12/2017/01/Regional-klinisk-1%C3%B8sing-Hilde-Myhren.pdf>
- Nord, A., Höög, C. N. & Tønnesson, J. L. (2015). Klarspråk och klarspråksarbeite – ett tema i tiden. *Tidsskriftet Sakprosa*, 7(2). <https://doi.org/10.5617/sakprosa.1284>
- Nødvendig. (2018). I *Det Norske Akademis ordbok*. Hentet fra <https://www.naob.no/ordbok/n%C3%B8dvendig>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Seljeseth, I. (2013). *Gratulerer, vi har avslått søknaden din om arbeidsavklaringspenger! – en studie av klarspråkarbeidet i NAV april til juli 2012* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo
- Setningsekvivalent. (2018). I *Det Norske Akademis ordbok*. Hentet fra <https://www.naob.no/ordbok/setningsekvivalent>
- Silverman, D. (2014). *Interpreting Qualitative Data*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd
- Språkrådet. (2018). Hva er klarspråk? Hentet fra <https://www.sprakradet.no/Klarsprak/om-klarsprak/hva-er-klarsprak/>
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Innvandrere på Oslo-kartet. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-pa-oslo-kartet>
- Stræte, O. E. B. (2015). *Klarspråk i offentlige digitale tjenester. En tekstanalyse med brukerundersøkelser av Utlendingsdirektoratets digitale tjeneste «Søknad om statsborgerskap»* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo

- Svennevig, J. (2009). *Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Svennevig, J. (2001). *Abduction as a methodological approach to the study of spoken interaction*. Hentet fra <http://home.bi.no/a0210593/abduction%20as%20a%20methodological%20.pdf>
- Tønnesson, J. L. (2004). *Tekst som partitur eller Historievitenskap som kommunikasjon: Nærlesing av fire historikertekster skrevet for ulike lesergrupper* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo
- Tønnesson, J. L. & Berge, K. L. (2009). Forskningen om sakens prosa. *Tidsskriftet Sakprosa*, 1(1). Hentet fra <https://www.journals.uio.no/index.php/sakprosa/article/view/32/27>
- Tønnesson, J. L. (2012) *Hva er sakprosa* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Wyller, T. B. (2017). Presise epikriser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137(9), 641-642. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0105>

Vedlegg

1. Ventelistebrev

Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi

Vi har 31.05.17 mottatt henvisning fra Overlege Knut Test, Akershus universitetssykehus, datert 31.05.17.

Vi har for tiden ikke tilstrekkelig kapasitet til å motta alle pasienter som henvises til oss. I følge regelverket er vi da først og fremst forpliktet til å sikre at pasienter fra helseregionen Helse Sør-Øst får oppfylt sine rettigheter.

Du er ikke bosatt i Helse Sør-Øst. Vi er derfor dessverre nødt til å returnere henvisningen. Vi ber om at den i stedet sendes til et annet helseforetak, for eksempel i din egen helseregion.

Kontakt oss på , kl. 08:00-15:00 hvis det er spørsmål om avvisningen.

Du har rett til å klage og finner vedlagt informasjon om dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

overlege Ole Test
Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

Kopi til: Knut Test, Akershus universitetssykehus

Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus

Du har mottatt minst to tilbud om time hos oss ved vår Avdeling Kar Thoraxkirurgi, som ikke er benyttet. Vi tolker det derfor slik at dette ikke lenger er aktuelt for deg.

Det er gjort en faglig vurdering av overlege Ole Test, som konkluderer med at du ikke vil få tilbud om ny time hos oss. Du er i våre innkallingsbrev blitt informert om at dette kan skje ved avbestillinger/manglende oppmøter.

Hvis dette skyldes en misforståelse, ber vi deg kontakte oss snarest, og senest innen 2 uker på telefon .

Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling, må du henvises på nytt. Den som har henvist deg vil få skriftlig beskjed om dette.

Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

Kopi til: Knut Test, Akershus universitetssykehus

Avsluttet henvisning til utredning/behandling

Vi ønsker at våre ventelister ved Avdeling Kar Thoraxkirurgi skal være mest mulig korrekte, og vi har derfor nylig hatt en gjennomgang av disse.

Du har per brev - med 3 ukers svarfrist - blitt forespurt om det fortsatt er ønskelig med undersøkelse/behandling. Da vi ikke har fått svarbrevet i retur, tolker vi det slik at dette ikke lenger er aktuelt.

Hvis manglende tilbakemelding skyldes en misforståelse, ber vi deg kontakte oss snarest på telefon .

Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling, må du henvises på nytt. Henvisende lege vil få skriftlig beskjed om dette.

Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

Kopi henvisende lege: Knut Test

Du står fortsatt på venteliste hos oss

Vi har tidligere sendt deg informasjon om at vi ikke kan tilby deg behandling/utredning innen den fristen vi har satt.

HELFO pasientformidling har forsøkt å finne behandling til deg et annet sted, men de har dessverre ikke klart å finne et annet tilbud til deg.

Du står derfor fortsatt på venteliste hos oss.

Så snart vi har en ledig time til deg, vil vi sende deg en innkalling.

Fritekst - informasjon om eventuelle konsekvenser utsatt helsehjelp får for tilstanden

Endring i helsetilstand

Du må kontakte fastlegen eller den som har henvist deg dersom din helsetilstand forverres vesentlig eller du har behov for råd og oppfølging i ventetiden.

Dine rettigheter

Vi har tidligere sendt deg informasjon om dine rettigheter som pasient.

Du finner også informasjon om rettigheter på helsenorge.no/rettigheter.

Mer informasjon?

Ta gjerne kontakt på telefon 67962400, mellom kl 08:00-15:00 hvis du har spørsmål. Ønsker du mer informasjon om oss, kan du gå inn på ahus.no.

Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Urologi

Kopi til: Christian Owesen, Akershus universitetssykehus

Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi

Vi har 31.05.17 mottatt henvisning fra Overlege Knut Test, Akershus universitetssykehus, datert 31.05.17.

Overlege Ole Test har vurdert om du har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ut fra de opplysningene vi har fått, har vi konkludert med at du ikke har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fritekst: Kortfattet faglig begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan klage på vedtaket, inklusiv evt. forslag til behandling

Informasjon om dette er sendt den som har henvist deg. Dersom du har behov for å drøfte avslaget, ber vi deg ta kontakt med din fastlege eller den som har henvist deg.

Dine rettigheter

Hvis du er uenig i vurderingen, har du rett til å klage. Det gjør du ved å sende en skriftlig klage til oss innen fire uker.

Du kan i samråd med fastlegen din også be om en fornyet vurdering. Det vil innebære at en ny spesialist vil vurdere ditt behov for helsehjelp. Denne retten gjelder en gang for samme helsetilstand. Hvis det har kommet til nye opplysninger, bør disse være med. Du kan selv velge hvor en ny henvisning skal sendes.

Vi viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, annet ledd.

Se også vedlagte informasjon om dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

overlege Ole Test
Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

2. Tekstlingvistisk analyse

- Konneksjonstyper

1. Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi

1+2 additiv

2. Vi har 31.05.17 mottatt henvisning fra Overlege Knut Test, Akershus universitetssykehus, datert 31.05.17.

2+3 additiv

3. Vi har for tiden ikke tilstrekkelig kapasitet til å motta alle pasienter som henvises til oss.

3+4 kausal

4. I følge regelverket er vi da først og fremst forpliktet til å sikre at pasienter fra helseregionen Helse Sør-Øst får oppfylt sine rettigheter.

4+5 additiv

5. Du er ikke bosatt i Helse Sør-Øst.

5+6 kausal

6. Vi er derfor dessverre nødt til å returnere henvisningen.

6+7 additiv

7. Vi ber om at den i stedet sendes til et annet helseforetak, for eksempel i din egen helseregion.

7+8 additiv

8. Kontakt oss på , kl. 08:00-15:00 hvis det er spørsmål om avvisningen.

8+9 additiv

9. Du har rett til å klage og finner vedlagt informasjon om dine rettigheter i spesialhelsetjenesten.

9+10 additiv

10. Med vennlig hilsen

Overlege Ole Test
Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurg

1. Vedrørende dine innkallinger til Akershus universitetssykehus

1+2 additiv

2. Du har mottatt minst to tilbud om time hos oss ved vår Avdeling Kar Thoraxkirurgi, som ikke er benyttet.

2+3 kausal

3. Vi tolker det derfor slik at dette ikke lenger er aktuelt for deg.

3+4 additiv

4. Det er gjort en faglig vurdering av overlege Ole Test, som konkluderer med at du ikke vil få tilbud om ny time hos oss.

4+5 temporal

5. Du er i våre innkallingsbrev blitt informert om at dette kan skje ved avbestillinger/manglende oppmøter.

5+6 additiv

6. Hvis dette skyldes en misforståelse,

6+6i. kausal

- i. ber vi deg kontakte oss snarest,

6i.+611. temporal

- ii. og senest innen 2 uker på telefon.

6+7 temporal

7. Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling,

7+7i. kausal

- i. må du henvises på nytt.

7+8 additiv

8. Den som har henvist deg vil få skriftlig beskjed om dette.

8+9 additiv

9. Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

9+10 additiv

10. Kopi til: Knut Test, Akershus universitetssykehus

1. Avsluttet henvisning til utredning/behandling

1+2 additiv

2. Vi ønsker at våre ventelister ved Avdeling Kar Thoraxkirurgi skal være mest mulig korrekte,

2+2.i additiv

- i. og vi har derfor nylig hatt en gjennomgang av disse.

2+3 additiv

- 3. Du har per brev - med 3 ukers svarfrist - blitt forespurt om det fortsatt er ønskelig med undersøkelse/behandling.

3+4 kausal

- 4. Da vi ikke har fått svarbrevet i retur,

4+4.i kausal

- i. tolker vi det slik at dette ikke lenger er aktuelt.

4+5 additiv

- 5. Hvis manglende tilbakemelding skyldes en misforståelse,
 - i. ber vi deg kontakte oss snarest på telefon.

5+6 temporal

- 6. Skulle det siden bli aktuelt med undersøkelse/behandling,
 - i. må du henvises på nytt.

6+7 additiv

- 7. Henvisende lege vil få skriftlig beskjed om dette.

7+8 additiv

- 8. Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

8+9 additiv

- 9. Kopi henvisende lege: Knut Test

- 1. Du står på venteliste hos oss

1+2 temporal

- 2. Vi har tidligere sendt deg informasjon om at vi ikke kan tilby deg behandling/utredning innen den fristen vi har satt.

2+3 additiv

- 3. HELFO pasientformidling har forsøkt å finne behandling til deg et annet sted, men de har dessverre ikke klart å finne et annet tilbud til deg.

3+4 kausal

4. Du står derfor fortsatt på venteliste hos oss.

4+5 temporal

5. **Så snart vi har en ledig time til deg, vil vi sende deg en innkalling.**

5+6 additiv

6. *Fritekst - informasjon om eventuelle konsekvenser utsatt helsehjelp får for tilstanden*

6+7 additiv

7. **Endring i helsetilstand**

7+8 additiv

8. Du må kontakte fastlegen eller den som har henvist deg dersom din helsetilstand forverres vesentlig eller du har behov for råd og oppfølging i ventetiden.

8+9 additiv

9. **Dine rettigheter**

9+10 temporal

10. Vi har tidligere sendt deg informasjon om dine rettigheter som pasient.

10+11 additiv

11. Du finner også informasjon om rettigheter på helsenorge.no/rettigheter.

11+12 additiv

12. **Mer informasjon?**

12+13 additiv

13. Ta gjerne kontakt på telefon 67962400, mellom kl 08:00-15:00 hvis du har spørsmål.

13+14 additiv

14. Ønsker du mer informasjon om oss, kan du gå inn på ahus.no.

14+15 additiv

15. Med vennlig hilsen

Akershus universitetssykehus
Avdeling Urologi

15+16 additiv

16. Kopi til: Christian Owesen, Akershus universitetssykehus

1. Svar på henvisning til Avdeling Kar Thoraxkirurgi

1+2 additiv

2. Vi har 31.05.17 mottatt henvisning fra Overlege Knut Test, Akershus universitetssykehus, datert 31.05.17.

2+3 additiv

3. Overlege Ole Test har vurdert om du har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

3+4 additiv

4. Ut fra de opplysningen vi har fått, har vi konkludert med at du ikke har rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

4+5 additiv

5. *Fritekst: Kortfattet faglig begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan klage på vedtaket, inklusiv evt. forslag til behandling*

5+6 additiv

6. Informasjon om dette er sendt den som har henvist deg.

6+7 additiv

7. Dersom du har behov for å drøfte avslaget, ber vi deg ta kontakt med din fastlege eller den som har henvist deg.

7+8 additiv

8. Dine rettigheter

8+9 additiv

9. Hvis du er uenig i vurderingen, har du rett til å klage.

9+10 additiv

10. Det gjør du ved å sende en skriftlig klage til oss innen fire uker.

10+11 additiv

11. Du kan i samråd med fastlegen din også be om en fornyet vurdering.

11+12 additiv

12. Det vil innebære at en ny spesialist vil vurdere ditt behov for helsehjelp.

12+13 additiv

13. Denne retten gjelder en gang for samme helsetilstand.

13+14 additiv

14. Hvis det har kommet til nye opplysninger, bør disse være med.

14+15 additiv

15. Du kan selv velge hvor en ny henvisning skal sendes.

15+16 additiv

16. Vi viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, annet ledd.

16+17 additiv

17. Se også vedlagte informasjon om dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten.

17+18 additiv

18. Med vennlig hilsen

overlege Ole Test
Akershus universitetssykehus
Avdeling Kar Thoraxkirurgi

3. Mal – Regionale ventelistebrev

Regionale ventelistebrev		Kopi av brev til lege	Kopi av brev til pårørende
1. Svar på første gangs henvisning			
01	PAS-Time for vurdering av henvisning	X	X
02	PAS-Svar på henv, Innleggelse (BEH og UTR)	X	X
03	PAS-Svar på henv, Time (BEH og UTR)	X	X
04	PAS-Svar på henv, Venteliste innleggelse(BEH og UTR)	X	X
04	PAS-Svar på henv, Venteliste poliklinikk (BEH og UTR)	X	X
05	PAS-Svar på henv, Avslag (til førstelinjetjenesten)		
2. Svar på videresendte henvisninger			
06	PAS-Svar på viderehenv, Time	X	X
07	PAS-Svar på viderehenv, Innleggelse	X	X
08	PAS-Svar på viderehenv, Venteliste innleggelse	X	X
08	PAS-Svar på viderehenv, Venteliste poliklinikk	X	X
32	PAS-Svar på viderehenv, Retur henv. Sykehus	X	X
3. Innkallingsbrev			
09	PAS-Time (etter vent + kontrolltime)	X	X
09	PAS-Time poliklinikk sengepost	X	X
10	PAS-Innleggelse (etter vent)	X	X
11	PAS-Endret Time, Pas-bestemt	(X)	X
12	PAS-Endret Time, HF-bestemt	X	X
13	PAS-Endret Time, Ikke møtt	X	X
14	PAS-Endret Innleggelse, Pas-bestemt	(X)	X
15	PAS-Endret Innleggelse, HF-bestemt	X	X

16	PAS-Endret Innleggelse, ikke møtt	X	X
17	PAS-Reinnkalling (for eksempel kronikere)	(X)	X
18	PAS-Reinnleggelse Innkalling (for eksempel kronikere)	(X)	X
24	PAS innkalling – drop-in time	X	X
25	PAS-Kurs	X	X
29	PAS-Telefontime	(X)	X
4. Kapasitetsbrev			
19	PAS-Svar på henv, Avslag pga kapasitet	X	X
20	PAS-Viderehenv pga kapasitet (BEH og UTR)	X	X
31	PAS-Viderehenv visning kontroll pga kapasitet	X	X
5. Andre brev			
21	PAS-Varsel om fristbrudd til HELFO innleggelse	X	X
21	PAS-Varsel om fristbrudd til HELFO poliklinikk	X	X
22	PAS som takker nei fra HELFO	X	X
23	PAS hvor HELFO ikke finner behandler	X	X
26	PAS-Avsluttet ikke møtt	X	X
27	PAS-Lang ventetid	X	X
28	PAS-Avsluttet pasientbestemt	X	X
30	PAS-Sekundærhenv visning venteliste	X	X
	PAS-Pasient takker Nei til tilbud om annet behandlingssted - Venteliste	X	X
	PAS-Pasient takker Ja til tilbud om annet behandlingssted – Venteliste	X	X
	PAS-Pasient takker Nei til tilbud om annet behandlingssted -Første brev - Ny henv	X	X