

# Patientjournalen som genre

En text- och genreanalys om patientjournalers relation till patientdatalagen

Helen Allvin

Institutionen för nordiska språk

Examensarbete 10 hp

Språkkonsultprogrammet 180 hp

Vårterminen 2010

Examinator: Jan Svanlund & Karolina Wirdenäs

Handledare: Hans Strand



**Stockholms**  
universitet

# Patientjournalen som genre

## Sammanfattning

Den här uppsatsen handlar om patientjournaler, och om hur de förhåller sig till patientdatalagens paragraf 13. Enligt patientdatalagen ska patientjournaler vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur journalerna, och skribenterna bakom, förhåller sig till lagen. Ett annat syfte med uppsatsen är att undersöka patientjournalen som genre. Genreanalysen och Per Ledins definition av genrer utgör uppsatsens teoretiska ram.

Materialet för undersökningen är sex stycken journaler från Karolinska sjukhuset (KS). Uppsatsens metod är tvådelad och består av dels en enkätundersökning riktad till läkare på KS, dels en textanalys inspirerad av Hallidays språkliga metafunktioner.

Resultatet visar bland annat att patientjournalerna kan vara svåra att förstå på flera nivåer. De innehåller många fackord och förkortningar som kan vara svårbegripliga både för patienter och för läkare. Journalerna skrivs utifrån läkarnas perspektiv vilket bland annat syns på avsaknaden av utskrivna aktörer. De flesta av de läkare som svarade på enkäten var positivt inställda till bestämmelserna i patientdatalagen, men det fanns också de som kraftigt betonade att journalen i första hand är ett arbetsredskap.

Utifrån ett genreperspektiv är patientjournalen en del av en social process som definierar relationen mellan läkare och patient. Journalskrivandet är en viktig del av läkarnas yrkesidentitet, och därför kan det finnas motstånd bland läkarna att ändra sitt sätt att skriva.

### Nyckelord

Genreanalys, textanalys, patientjournaler, svenska

1. Inledning .....	2
1.1 Om patientjournaler.....	2
1.1.2 Om patientdatalagen.....	4
1.1.3 Om paragraf 13 i patientdatalagen.....	6
1.2 Om medicinskt språk och kommunikation inom vården.....	6
1.2.1 Om svenska och latin.....	6
1.2.2 Om Snomed.....	7
2. Syfte .....	8
2.1 Avgränsning .....	8
3. Teori och tidigare forskning.....	9
3.1 Forskning om språk och patientjournaler .....	9
3.2 Forskning om läsbarhet och begriplighet.....	10
3.3 Forskning om skrivande i arbetslivet .....	11
3.4 Om genrer .....	12
3.5 Teoretiska utgångspunkter .....	13
4. Metod.....	14
4.1 Textanalys .....	14
4.2 Enkätundersökning.....	16
4.3 Genreanalys .....	16
4.4 Metodkritik.....	18
5. Material .....	19
5.1 Material till textanalysen.....	19
5.2 Känsligt material.....	20
5.3 Material från enkätundersökningen .....	20
6. Resultat .....	21
6.2 Resultat från textanalysen.....	21
6.1.1. Fackord och förkortningar.....	21
6.1.2 Journalernas disposition .....	23
6.1.3 Agentiva – och ickagentiva processer .....	24
6.1.4 Vem gör vad – aktörer i patientjournalen.....	25
6.2 Resultat från enkätundersökningen.....	26
6.3 Sammanfattning av resultatet från textanalysen .....	30
6.4 Sammanfattning av resultaten från enkätundersökningen .....	30

7. DISKUSSION .....	32
7.1 Patientjournalen som genre .....	32
7.2 Begriplighet och läsbarhet i patientjournaler.....	33
7.3 Behövs patientdatalagens bestämmelser om språket i patientjournaler?. 34	
7.4 Reflektioner kring undersökningen .....	35
KÄLLOR .....	36
Bilaga 1 .....	39
Bilaga 2: Processer.....	42
Bilaga 3 .....	46

# 1. Inledning

Mitt intresse för patientjournaler väcktes när jag började arbeta som projektassistent på Institutionen för data- och systemvetenskap. Där bedrivs språkteknologisk forskning om just patientjournaler. Jag blev fascinerad av den enorma mängd text som produceras varje dag som för en oinvigd kan verka stundtals obegriplig. Jag blev särskilt nyfiken när jag insåg att det fanns en särskild språklag för journaltext och att det i princip inte fanns någon svensk språkvetenskaplig forskning på området.

Språk och terminologi är dessutom särskilt aktuellt i år eftersom ett stort terminologiprojekt, Snomed CT, kommer att färdigställas. Det kommer att innebära att vården änligen får en enhetlig terminologi, både nationellt och internationellt. Detta beskrivs mer ingående i kapitel 1.2.2.

## Uppsatsens disposition

I uppsatsens början kan man läsa om vad en patientjournal är, dess historia och om patientdatalagen. Därefter presenteras syfte och frågeställningar. I kapitel 3 presenteras tidigare forskning om språk och patientjournaler och om skrivande i arbetslivet. I samma kapitel kan man också läsa om genreanalys och om mina teoretiska utgångspunkter. Därefter följer metod, material och resultat. Uppsatsen avslutas med en diskussion kring tidigare kunskap om journaler kombinerat med resultaten från min analys.

## 1.1 Om patientjournaler

En patientjournal är all den dokumentation som finns samlad om en patient. Den kan vara både handskriven och i elektronisk form. Journalen ska innehålla all information som behövs för att säkerställa en god och säker vård, och det innefattar inte bara text, utan även röntgenbilder, diagram och annat. Patientjournalen är en hårt reglerad form av text, och dess form och innehåll beskrivs i patientdatalagen (kap 1§ 13):

”Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.”

Patientjournaler dokumenteras av läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom sjukvården. Läkare skriver ibland direkt i journalen, men dikterar även, och överläter själva skrivandet till en läkarsekreterare. Det är dock läkaren som är ansvarig för innehållet.

Behovet av att dokumentera sjukdomar och läkarbehandlingar är ingenting nytt. Skriftlig information om sjuka människor har funnits under mycket lång tid. Sjukjournaler skrivna av Hippokrates (460-370 f Kr) finns bevarade, och de har i stort sett samma upplägg som dagens patientjournaler med anamnes (sjukhistoria), status och epikris (avslutande bedömning) (Nilsson 2007:21).

Under 1800-talet etablerades ett naturvetenskapligt synsätt på medicin, och forskningen om sjukdomar tog ett stort steg framåt. I början av 1900-talet var medicin och läkekonst i hög grad

professionaliserad, och stod dessutom under tillsyn av olika myndigheter. Detta gjorde det nödvändigt att dokumentera vilka som var patienter och vilken behandling de fick (Nilsson 2007:159.) I Svensk författningssamling, nr 83 från 1901 kan man läsa att journalen ska:

" i öfverensstämmelse med af direktionen fastställt formulär, föra diarium innehållande för hvarje dag uppgift på inkomna, utskrifna, och aflidna samt åt de sjuke och betjeningen dagligen utspisade matportioner."

Under 1900-talet har patientjournalen vuxit kraftigt i omfång. Det beror främst på att specialiseringen inom vården har ökat och att rörligheten bland patienterna har blivit större (Nilsson:126). Patienterna träffar inte längre alltid samma läkare och därför räcker det inte med att viss information enbart framförts muntligt.

I dag tar patienten ofta aktivt del i sin behandling, och är ofta påläst vid vårdbesöken (Pettersson 2006:17). Detta gäller särskilt patienter med kroniska sjukdomar och patienter som är missnöjda med sin behandling. Detta har skett samtidigt som relationen mellan läkare och patient har förändrats mot att bli mindre asymmetrisk.

Under de senaste decennierna har patientjournalerna övergått från att skrivas för hand till att bli datoriserade. Detta innebär också att journalen, teoretiskt, kan samlas i ett och samma system, istället för att som tidigare vara uppdelad på varje separat vårdenhets.

Patienten har rätt att läsa sin egen journal, men det är vårdgivaren som äger den. Patienter kan bli nekade att läsa journalen om det finns risk för att behandlingen kan bli lidande, eller om det finns risk för att någon som nämns i journalen kan komma till skada (Signäs 2008). När en patient vill läsa sin journal är det praxis att en läkare eller sjuksköterska finns tillgänglig för att svara på patientens frågor (muntlig källa). Som patient måste man vända sig direkt till den vårdenhets där journalen skrevs om man vill läsa den. Även nära anhöriga har rätt att ta del av lidna släktingars journaler.

2002 genomfördes en granskning av ändamålsenligheten i vårddokumentationen på några kliniker i södra Sverige (Grufman Reje 2002). Revisorerna pekade på många problem med journaldokumentationen och att journalerna inte motsvarar de krav som ställs i lagtext och författningar om patientsäkerhet och medicinsk ändamålsenlighet. Den största bristen i journalerna var att flera viktiga uppgifter saknades. I genomsnitt var hälften av alla uppgifter som bör dokumenteras ofullständiga, eller saknades helt. Revisorerna såg det som särskilt anmärkningsvärt att "den intellektuella bearbetningen" i form av en *bedömning*, ofta var bristfällig.

Ett annat problem var att dokumentationen var väldigt "klinikorienterad" och fungerade dåligt som beslutsunderlag för andra vårdgivare. Granskningsrapporten skrevs i början av 2000-talet när datoriseringen av patientjournalerna ännu inte var fullföljd, och journalerna lagrades både på papper och elektroniskt. Det bidrog också till en kultur där man inte såg journalen som ett dokument som följer patienten i hela vårdkedjan.

Vidare var journalerna ofta dåligt strukturerade, vilket är ett problem för tillgängligheten och att rätt information är svår att hitta. Även överdokumentation ledde till problem att hitta information. Strukturen var dock bättre när vårdpersonalen har använt mallar och färdiga rubriker.

I litteratur kring patientjournaler förekommer många termer för journalen. Jag kallar den omväxlande för patientjournal och journal, vilket också Socialstyrelsen gör. Journalen består av mindre textpartier som är avgränsade i fält med rubriker. Dessa kallas för journalanteckningar.

### 1.1.2 Om patientdatalagen

I juli 2008 antogs den nya patientdatalagen (2008:355), som ersatte tidigare lagar om patientjournaler och patientdokumentation. Lagen reglerar innehållet i journalerna. Bland annat kan man läsa att:

”6 § En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.”

Patientdatalagen anger även syftet med patientjournaler, något som inte fanns med i tidigare lagstiftning:

”2 § Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för

- patienten,
- uppföljning och utveckling av verksamheten,
- tillsyn och rättsliga krav,
- uppgiftsskyldighet enligt lag, samt
- forskning”.

Den främsta anledningen till den nya lagens tillkomst var att vårdgivare och patienter enklare skulle få en samlad bild av patientens vårdhistorik. Med den nya lagstiftningen är det möjligt att ha en ”sammanhållen journalföring”, vilket innebär att journaler från olika kliniker kan samlas i en och samma journal (regeringen.se). Även om patientjournalerna sedan några år tillbaka är datoriserade har varje vårdinrättning haft sina egna journalsystem. Journalerna har därför postats och faxats mellan olika kliniker när det har funnits behov av att ta del av en patients tidigare

journaluppgifter. Detta har inneburit en risk för att journalhandlingar har hamnat i fel händer, och har heller inte varit kostnads- och tidseffektivt. Det har även funnits en risk för felbehandling av patienter när läkare inte har haft tillgång till exempelvis patientens medicinhistorik.

Den nya lagstiftningen möjliggör en sammanhållen journalföring, men det är inte obligatoriskt för vårdgivarna att följa detta (Datainspektionen). Det är heller inte alla uppgifter som bör vara tillgängliga för alla vårdgivare, utan särskilt känsliga uppgifter ska utelämnas.

Idag finns merparten av de journaler som tillhör Stockholms läns landsting i ett och samma journalsystem: Take Care. Patientdatalagen säger ingenting om hur den tekniska lösningen ska se ut, och exempelvis vissa privatiserade vårdinrättningar använder andra system.

Uppfattningarna går isär angående på vilket sätt patientsäkerheten påverkas av den nya lagen. Socialstyrelsen skriver att ett av syftena med den nya lagstiftningen är att bättre tillgodose patientsäkerheten (Socialstyrelsen), vilket bland annat motiveras med att patienten får rätt att ta del av vilka vårdinrättningar som har öppnat hennes eller hans journal. Kritiker menar att det finns en risk med att all information finns på samma ställe, och att vårdpersonal får möjlighet att ta del av uppgifter som inte är relevanta. I en ledarkrönika i Dagens nyheter uttalar Peter Wolodarski en oro för att maktrelationen mellan läkare och patient kan ändras i och med att all information finns på samma ställe (Wolodarski 2010). När en patient söker vård för enklare åkommor kan läkaren samtidigt läsa om exempelvis kontakter med psykvården eller om patienten har några sexuellt överförbara sjukdomar, och läkaren måste på något sätt förhålla sig till den informationen. Vidare skriver han:

”Det finns något djupt oetiskt med det system som Sverige håller på att skapa eftersom utgångspunkten är att vårdens intressen alltid väger tyngre än den enskildes. Ändamålet helgar medlen. Som individ är du blott ett redskap i det större vårdmaskineriet och ska lydigt underkasta dig nya tekniska innovationer, även om de innebär en allvarlig kränkning av den personliga integriteten.”

Dock sparas alla loggar i det elektroniska journalsystemet, och vårdpersonalen måste kunna motivera varför de öppnar en viss journal. Till exempel får de inte öppna sin egen journal utan särskilda skäl (muntlig källa). Det har skett flera uppmärksammande incidenter då vårdpersonal har tittat i kända personers journaler, vilket klassas som dataintrång, alltså ett brott i lagens mening (Nilsson 2004). Enligt Wolodarski sker det 6,5 miljoner journalöppningar i journalsystemet Take care varje månad, och av dessa blir 1400 kontrollerade.

Med den nya lagstiftningen är det även möjligt för patienter att se sin journal på internet. Förutsättningen för detta är att vårdgivaren kan säkerställa att journalen hanteras säkert, och att patienten kan identifieras exempelvis via en e-legitimation (Datainspektionen) Än så länge är detta enbart på planeringsstadiet.



### **1.1.3 Om paragraf 13 i patientdatalagen**

Den här uppsatsen kommer främst att handla om patientdatalagens § 13, om språket i patientjournaler:

”13 § De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patient.”

Denna del av lagstiftningen är dock inte ny, utan fanns med även i den äldre Patientjournalagen från 1985 (1985:362), och redan 1982 utkom Socialstyrelsen med föreskrifter om att det medicinska språket bör kunna förstås av den breda allmänheten. Jag har tagit del av de remissutlåtanden som kom in till Regeringen i samband med arbetet med den nya patientdatalagen. Den enda remissinstans som kommenterar detta är Sveriges läkarsekreterarförbund som påpekar att lagutredningen, och lagtexten, inte tar upp problemet med de många förkortningar som florerar i patientjournaler (Prop. 2007/08:126).

Socialstyrelsen har gett ut en handbok om hur patientdatalagens ska användas (Handbok till SOSFS 2008:14) och där tas just frågan om termer upp, och vikten av att använda en enhetlig och jämförbar terminologi. ”Väl definierade begrepp och entydiga termer är särskilt viktiga vid sammanhållen journalföring så att olika vårdgivare och yrkesgrupper tolkar informationen på samma sätt”. Socialstyrelsen poängterar också att varje journaluppgift om möjligt bara ska noteras en gång, eftersom dubbeldokumentation gör journalerna svårtillgängliga och svårare att hitta i.

## **1.2 Om medicinskt språk och kommunikation inom vården**

Ineffektiv muntlig eller skriftlig information mellan vårdpersonal är en bidragande faktor till majoriteten av alla skador i vården (Wallin & Thor 2008). Därför finns det ett stort intresse att komma till rätta med de problem som finns.

### **1.2.1 Om svenska och latin**

I patientdatalagen står det att patientjournaler ska vara skrivna på svenska. Traditionellt har dock det medicinska språket varit starkt präglad av latin, vilket i hög grad syns i journaler även idag (Pettersson 2006:18). De senaste decennierna har de latinska termerna minskat i antal till förmån för svenska och engelska termer. Detta har även normerats i Sjukdomsklassifikationen, en lista från Socialstyrelsen med en fullständig lista över alla sjukdomar, från 1987 (Clausén 2006: 24). Samtidigt har allt större andel av vårdpersonalen inte svenska som förstaspråk, vilket naturligtvis påverkar det medicinska språket.

## 1.2.2 Om Snomed

I och med att ”vårdapparaten” är så pass stor, och att de som arbetar i den har så pass skilda bakgrunder är det viktigt att det medicinska språket är enhetligt. Det finns ett stort intresse för termarbete inom sjukvården. Detta syftar till att alla ska använda samma termer för samma begrepp, och därmed minska risken för missförstånd. Socialstyrelsen driver projektet *Nationellt fackspråk för vård och omsorg* som har till uppgift att ta fram just ett nationellt fackspråk för vårdsektorn. Projektet utgår delvis från Snomed CT<sup>1</sup> som är ett internationellt begreppssystem som innehåller en mycket stor mängd begrepp och termer för att beskriva symptom, åtgärder, kliniska fynd och annat som är relevant för hälso- och sjukvården. En del av arbetet med *Nationellt fackspråk...* är att översätta termerna som finns i Snomed. Om projektet faller väl ut innebär det alltså inte bara ett enhetligt nationellt fackspråk, utan även ett internationellt.

När Snomed är implementerat kommer forskning och statistik kring patientjournaler att underlättas, eftersom det kommer att bli mycket enklare att hitta rätt information i den stora mängd text som finns i journalerna.

I samband med att översättningen av Snomed snart är färdig har skriften *Medicinskt fackspråk i skrift* (2010) nyligen getts ut av Terminologiceentrum (TNC), Socialstyrelsen, Svenska läkaresällskapet och Läkartidningen. Syftet med skriften är att presentera innehållet i det så kallade Snomed-dokumentet på ett lättillgängligt sätt. I skriften får man bland annat råd om hur termer ska användas. Skriften rekommenderar att man ska vara konsekvent i användningen av termer, och se upp för synonymer. Skriften ger även råd i valet mellan latin, engelska och svenska, men konstaterar att det inte går att fastslå några konsekventa regler som täcker alla kliniska verksamheter. Skriften anser dock att om två termer används i lika stor utsträckning bör den svenska termen väljas, exempelvis *röda hund*, istället för *rubella*. När det gäller engelska uttryck bör den svenska varianten användas, om den redan finns i svenskt språkbruk. Detta gäller inte de engelska lånord som är etablerade i svenskan(2010: 6-7).

Många av råden i skriften är främst relevanta för de som skriver exempelvis artiklar eller rapporter med medicinskt innehåll. För en patientjournal kan det inte sägas vara lika relevant att stavning av låneord sker enligt svenska regler. Min bedömning är att det främst är rekommendationerna om termer som är viktiga för journalskrivandet.

---

<sup>1</sup> *Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical terms*

## 2. Syfte

En patientjournal är främst ett arbetsredskap för vårdpersonalen, som också ska kunna förstås av patienten. De flesta som tittar i sin egen patientjournal anser med stor sannolikhet att mycket av innehållet är svårtolkat. Det tycks alltså finnas en motsättning mellan lagstiftningen och praktiken. Är det rimligt och möjligt att begära av patientjournalen, eller snarare dess skribenter, att den ska anpassas så att patienten förstår innehållet? För att få svar på dessa frågor är det relevant att analysera hur patientjournalen som genre ser ut, och hur de sociala normerna kring journalerna samspelar med de kodifierade.

För patienten är patientjournaler ett dokument som innehåller mängder av information om en själv, men som man inte äger, och inte heller på ett enkelt sätt får tillgång till. Patientdatalagen reglerar inte hur patienten omtalas i journalen, och hur man bör skriva för att patienten ska känna sig respekterad. Jag tror att detta kan vara viktigare för patienten, än att den förstår allting som står i journalen. Därför kommer jag i min analys att beröra frågor om hur patienten syns i journalen. Jag kommer särskilt att fokusera på de handlingar och händelser där patienten är inblandad.

Mitt syfte med uppsatsen är dels att undersöka patientjournalen som genre, dels att undersöka hur patientdatalagens bestämmelser om språket i patientjournaler förhåller sig till de faktiska journalerna. Är de ”tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten”? Är de begripliga och läsbara?

I uppsatsen kommer jag att ta upp följande frågor:

- Vad innebär att patientjournalen ska vara enkel att förstå?
- Vem är egentligen mottagare av patientjournalen?
- Hur förhåller sig läkare till patientdatalagen?

### 2.1 Avgränsning

Kommunikation inom vården är ett mycket omfattande ämne och i en kandidatuppsats är det inte möjligt att ta med alla dessa former av kommunikation. Exempelvis undersöker jag inte muntlig kommunikation, eller olika kommunikationskanaler som telefon, brev eller e-post. Jag kommer inte att beröra kommunikationsproblem som beror på vissa sjukdomar, exempelvis afasi.

Jag avser inte heller ge någon fullständig beskrivning av processen bakom journalskrivandet.

### 3. Teori och tidigare forskning

Här presenterar jag tidigare forskning som finns om språk och patientjournaler. Jag redogör också kort för forskning om läsbarhet och skrivande i arbetslivet. Avslutningsvis presenterar jag genreanalysen, som är den teoretiska ram som jag utgår från

#### 3.1 Forskning om språk och patientjournaler

Det finns i princip inga språkvetenskapliga undersökningar om patientjournaler skrivna på svenska. Detta beror troligen på att det är svårt att få tag på forskningsmaterial, eftersom patientjournaler är sekretessbelagda.

Gunlög Josefsson har skrivit en uppsats om språket i patientjournaler med titeln *Få feber eller tempa? . Några tankar om medicinskt språk*. (1999). Där undersöker hon hur patientens subjektiva, och läkarens objektiva perspektiv speglas i val av verbuttryck. Josefsson driver hypotesen att patientens roll som upplevare och läkarens roll som iakttagare avspeglas i valen av verb och om verbkonstruktionerna är agentiva eller icke-agentiva. Ett exempel på verb som är typiskt icke-agentiva är *få* och *drabba*. Josefsson menar att medicinskt språk oftare använder agentiva verbformer än allmänspråket, till exempel: ”patienten krampar” istället för ”patienten får en kramp”, och ”patienten hallucinerar” istället för ”patienten får hallucinationer”. Verb som är agentiva används i vanliga fall när subjektet gör något medvetet. Patienten anser naturligtvis inte att den exempelvis har feber, ”tempar”, med flit. Josefsson misstänker därför att det medicinska språkets agentiva verbformer kan ge upphov till missförstånd.

I undersökningen används en korpus av verbuttryck som Josefsson ”har samlat själv, samt fått av verksamma inom vården”. Det innebär att analyserna inte har gjorts på några autentiska patientjournaler. Läs mer om agentivitet i kapitel 4.3.

Allvin et al (2010) har jämfört svenska och finska patientjournaler. Undersökningen syftar till att ta reda vilka språkspecifika aspekter som har betydelse för att ta fram ett internationellt språkteknologiskt verktyg för att förbättra vårddokumentation. Några aspekter som utmärkte de svenska journalerna var att:

- Till skillnad från de finska journalerna används alltid rubriker, eftersom journalsystemet är uppbyggt så att rubriker alltid måste användas
- Fullständiga meningar förekommer sällan, samma sak med verbet *vara* (är)
- 69 procent av orden i journalerna inte finns med i Parole<sup>2</sup>

Resultatet visade att de svenska och finska journalerna liknade varandra innehållsmässigt i mycket hög grad, och det skulle vara möjligt att utveckla ett språkteknologiskt verktyg, som inte var språkspecifikt, för just intensivvårdsjournaler.

---

<sup>2</sup> Parole är en textkorpus omfattande 19,4 miljoner ord och tillhör Språkbanken

### 3.2 Forskning om läsbarhet och begriplighet

Begriplighet och läsbarhet är begrepp som beskriver förståelse av texter.

Patientjournalen är en genre som de allra flesta lekmän troligen skulle ha svårt att förstå innehållet i. Myndighetstexter är den genre som har blivit mest uppmärksammas inom forskning om läsbarhet.

Kännetecknande för många svårlästa texter är att de frestar på korttidsminnet, där vi bearbetar den information som vi ännu inte har förstått. Korttidsminnet måste lagra alla ord tills vi får något relevant att hänga upp informationen på (Melin 2004: 8). Det gör att vi har svårare att bearbeta exempelvis högertunga meningar (där det första finita verbet kommer sent), sammansatta ord och långa fraser.

#### **Perspektiv och läsmål**

Att skriva utifrån läsarens perspektiv har visat sig vara ett effektivt sätt att göra en text mer läsbar. I Britt-Louise Gunnarssons avhandling om Medbestämmandelagen (1983) visade hon att texter skrivna utifrån läsarnas perspektiv också är mer begripliga, och leder till att läsarna kan agera på så sätt som skribenten hade avsett. Denna studie fick mycket inflytande och kan sägas ha banat väg för ett medborgarperspektiv inom förvaltningsrådet.

Enligt Gunnarsson syns textens perspektiv bland annat genom dispositionen, ordval och utgångspunkter. Det som är mest naturligt för läsaren ska placeras först, och inte tvärtom (Melin 2004:73).

Hur begriplig en text är beror även på vilket mål läsaren har. Om målet med läsningen är att komma ihåg texten utantill krävs ingen större förståelse för innehållet. Om läsaren ska kunna omsätta texten i konkret handling ställer det helt andra krav. Gunnarsson (1982) menar att förståelse på olika nivåer är kopplad till olika textegenskaper, som i sin tur finns på olika nivåer i texten. Gunnarsson har delat in dessa nivåer i fem stycken läsmål:

1. Memorering av textytan
2. Registrering av textinnehållet
3. Förståelse av sändarens verklighetsbeskrivning
4. Integrering i egen omvärldsuppfattning
5. Direkt handlingsinriktad förståelse

Den som endast vill memorera textytan, läsmål 1, tolkar främst texten mening för mening, och ser i första hand till ordsemantik och syntax. Den som strävar efter det tredje läsmålet, att förstå sändarens verklighetsbeskrivning, försöker istället tolka texten utifrån den situation där texten är skriven. Då blir perspektivet viktigt. Det femte läsmålet, som också är det högsta, innebär att läsaren ska kunna använda texten för direkt handling, eller förstå vilka handlingar som texten bör leda till. Även här har textens perspektiv betydelse, men också dess funktion (Gunnarsson 1982: 82 ff).

Tidigare forskning om begriplighet hade främst koncentrerat sig på de ytligare faktorer som rör de lägre läsmålen.

Gunnarsson anser inte heller att begriplighet och läsbarhet är två synonyma begrepp. En text blir läsbar när de två första målen är uppnådda, medan den blir begriplig först när läsaren har nått djup förståelse för texten. Begriplighet är således ett relativt begrepp.

### 3.3 Forskning om skrivande i arbetslivet

Under de senaste åren har forskningen börjat intressera sig för skrivande i arbetslivet. Genrer kopplade till akademiker och deras yrken har blivit tämligen väl utforskade, medan yrkeskategorier som i vanliga fall inte ses som typiska skrifttyrken har blivit föremål för forskares studier först under 2000-talet. De yrken som traditionellt har setts som praktiska har blivit förbisedda eftersom forskningen inte har tänkt på att även där finns det skriftkulturer och genresystem (Karlsson 2006:30).

Samtidigt har arbetsmarknaden förändrats under de senaste decennierna, och allt fler ägnar allt mer av sin arbetstid åt att skriva. Sekreterare och administratörer har blivit färre och deras arbetsuppgifter har flyttats till yrkesgrupper som traditionellt inte har inneburit så mycket skrivande. Samtidigt har dokumentationstvävet ökat, främst på grund av EU-inträdet (Karlsson 2006:11). Detta har i hög grad även påverkat personal inom vården, som ju inte enbart vårdar och botar, utan även lägger skriver och dikterar patientjournaler. Enligt en utredning från 2000 går 25 procent av läkarens arbetstid åt till administration, och en stor del av den tiden går till journaldokumentation (Grufman Reje 2002).

Just läkaryrket är intressant eftersom det är ett högstatusarbete som kräver en mycket lång högskoleutbildning. Samtidigt är det ett praktiskt arbete som inte i huvudsak tillbringas vid ett skrivbord. Olika synsätt på läkarens dagliga skrivande skymtas i två viktiga böcker för språkvetare. I *Vägar genom texten* (1997) skriver Lennart Hellspång och Per Ledin om genrekompetens och vikten av att kunna skriva inom sitt fack:

”Möjligen kan läkare nöja sig med att sammanställa sjukjournaler. Men vill de meritera sig inom sina specialiteter eller påverka utvecklingen där, måste de också klara av att skriva för läkartidningar och vetenskapliga publikationer” (1997:28).

I Anna-Malin Karlssons *En arbetsdag i skriftsamhället* (2006:33) skriver hon om ”skriftliga yrken och andra”, och placerar läkaryrket inom den förra kategorin:

”Även läkaryrket som ju till stor del går ut på att undersöka, behandla och tala med människor, är omgärdat och uppbyggt av prestigefylld skriftanvändning. Läkaren har en bokhylla fylld med tjocka böcker om pediatrik eller anestesi, han eller hon skriver den viktiga journalen och skriver ut recept. Och receptets ”bokstav” har nästan lika stor makt över patienten som lagens bokstav har över medborgaren.”

Möjligen beror skillnaden i beskrivningarna av läkarnas skrivande och patientjournaler på att de båda böckerna är skrivna under olika decennier, och under delvis olika forskningsparadigm.

En tidig studie om skrivande i arbetslivet är Brown & Herndls *An ethnographic study of corporate writing* (1986). Författarna hade uppmärksammat att skribenter på olika företag undvek att ändra på sitt skrivande, trots uppmaningar från chefer. Cheferna ansåg att de anställda använde ett allt för luddigt och otydligt språk med allt för många nominaliseringar, och att de använde en berättande stil som inte lämpade sig i den typen av text som företaget producerade.

Brown & Herndl menade att skribenterna inte slutade skriva på det oönskade sättet, eftersom deras skrivstil var nära sammankopplade med deras yrkesidentitet. Under utbildningen (de anställda var tekniker) hade de anställda anammat ett tekniskt skrivande som de sedan hade svårt att släppa. När teknikerna sedan använde den berättande stilen i sitt skrivande stärkte de sin identitet och solidaritet med kollegorna. Författarna konstaterar att för den som vill lära ut skrivande är det viktigt att förstå att all språkanvändning speglar den kultur som den befinner sig i. För att lyckas förändra skrivsättet på en arbetsplats måste man utgå från den aktuella praktikgemenskapen, och inte bara fokusera på form och struktur.

### 3.4 Om genrer

Som har framgått i denna uppsats första kapitel är patientjournaler en komplex och samtidigt hårt reglerad form av text. För att förstå hur patientjournalen fungerar som en social process kommer jag att koppla den till teorier om genrer. Genrer är ett omdiskuterat begrepp, som det går att applicera olika betydelser på (Se Ledin & Selander 2003:107). Jag har valt att utgå från Per Ledins definition av genre eftersom den är dynamisk, och har ett socialt perspektiv, något som jag anser nödvändigt för att kunna förstå texter. Ledin är den svenske forskare som kanske skrivit allra mest om genrer. I sin avhandling *Arbeternes är denna tidning* (1995) skriver Ledin att genrebegreppet är viktigt för att förstå hur ett gemensamt tänkande och handlande är möjligt genom text (1995:31). Genren placerar in texten i en tradition, samtidigt som den alltid befinner sig i en situation, och mellan dessa, traditionen och situationen finns alltid en potentiell konflikt.

Ledin gör en egen avgränsning av vad genre innebär (1995:46ff), och denna kommer även jag att använda i min uppsats:

”En genre är en del av en återkommande social process där människor samhandlar genom texter.”

Ledin skriver att ”konsumtionen förutsätter att läsarna känner till de sociala värden som förknippas med genren, liksom dess mål”.

”En genre innefattar prototypföreställningar om textstruktur och stil”

Texter inom en genre delar flera olika drag som gör att de liknar varandra. Genrer ska dock inte tolkas som en given uppsättning språkdrag som återfinns i alla texter inom genren. Genre handlar istället om sociala faktorer, och om konventioner, som i sin tur är skapade av sociala faktorer. Ledin skriver: ”Om konventionerna istället beskrivs som

element i ett diskurssystem blir det naturligt att tänka sig att texter kan vara heterogena och ha inslag av motsägelsefulla textstrukturer och stilar (Ledin 1995:45).

Ledin och Selander menar att varje genre har sin ”semiotiska ekonomi”, vilket innebär att de har ett eget sätt organisera information ur all tillgänglig information (Ledin & Selander 2003: 93).

”En genre är normalt namngiven och på så sätt språkligt och socialt kodifierad”

Ledin skriver att den viktigaste indikationen på språkbrukarnas genreföreställningar är de beteckningar som används. Det är även relevant att genrebeteckningarna faktiskt används, vilket helt klart är fallet med genren patientjournaler.

”En genre är en tradition som tas i bruk i en situation, varför den förändras över tid”

Genrer är inga naturlagar, utan förändras alltid eftersom den kontext och situation som den befinner sig i alltid förändras.

En av de kanske mest kända genreteoretikerna är John Swales som främst intresserar sig för akademiskt skrivande. Han har också ett pedagogiskt intresse och menade att inläring av de akademiska genrerna är att insocialiseras i vetenskapssamhället. Swales ansåg att texterna i en genre kan vara mer eller mindre prototypiska, och framhåller begreppet *familjelikheter* som kategori, där det finns ett nätverk av överlappande egenskaper som förenar olika medlemmar, men där alla medlemmar inte behöver dela alla egenskaper (1995:38).

### 3.5 Teoretiska utgångspunkter

Genreanalyser, enligt Ledins modell, förutsätter en social syn på språk. Jag ansluter till en sociokulturell syn på språk och texter som menar att både sändaren och mottagaren är aktiva i kommunikationsprocessen. Förståelse av språk och text skapas då i samspel mellan individ och omgivning. Texten är därför helt beroende av sin kontext och den verksamhet där den existerar för att kunna förmedla innehåll och betydelse.

Jag har även inspirerats av den systemisk-funktionella grammatiken som introducerades av Michael Halliday på 1970-talet. Kortfattat går den funktionella synen på grammatik ut på att:

- Funktion och betydelse är utgångspunkten, och inte formen, som i traditionell grammatik.
- Kontexten ses som grunden i grammatiken, och inte något som kan förklara avvikelser.
- Grammatiken skapar betydelse, inte bara ger uttryck för den.  
(Holmberg & Karlsson 2006:10)

I min uppsats har den funktionella grammatiken främst påverkat min metod inom textanalysen. I kapitel 4.3 återkommer jag till Halliday och hur hans teorier kan tillämpas.



## 4. Metod

Jag har valt att ha en tvådelad metod Dels har jag gjort en textanalys där jag undersöker vad som utmärker patientjournalen språkligt och vad i den som kan vara svårt att förstå. Dels har jag gjort en enkätundersökning för att fånga läkarnas perspektiv på journaler och journalskrivande Dessa båda metoder är också en del av en genreanalys som förklaras sist i detta kapitel.

### 4.1 Textanalys

Min textanalys är relativt bred och omfattar flera nivåer och aspekter av text. I mina val av textanalyskategorier har jag utgått ifrån tidigare forskning, vad patientdatalagen och andra normerande skrifter tar upp, och vad jag själv har fastnat vid när jag har läst journalanteckningar.

Jag är främst ute efter att analysera vad i journalerna som kan vara svårt att förstå och vad en patient skulle kunna reagera på vid läsning. Jag vill också se vad som utmärker Patientjournalen språkligt, och vilka drag som är typiska för genren.

Jag utgår från vad Halliday kallar för språkets metafunktioner. Halliday menar att språket har utvecklats i förhållande till de sociala behov som människor har, och att språket inte bara är relaterad till social form, utan också är social form (Ledin 1995:40). Dessa uttrycks genom språkets tre metafunktioner:

*Den textuella metafunktionen* tar fasta på texten som medium och texten som form.

*Den ideationella metafunktionen* är den som beskriver världen och hjälper oss att ge uttryck för att beskriva våra erfarenheter och vad som händer runt omkring oss.

*Den interpersonella metafunktionen* fungerar som en resurs för att skapa relationer mellan talaren/skribenten och åhöraren/läsaren.

#### **Textuella faktorer:**

Traditionellt är det på den här nivån man kan analysera och avgöra vad som gör en text begriplig eller inte. Jag kommer att undersöka journalanteckningarnas fackord och förkortningar kvantitativt och även undersöka när och hur dessa används.

Jag kommer också att titta på journalernas disposition. I patientdatalagen står det att journalerna ska vara tydligt utformade, men kritik har framförts mot att de ofta är ostrukturerade (se Grufman Reje 2002). Jag kommer nöja mig med att beskriva hur dispositionen ser ut, och inte göra några djupare analyser av journalens struktur. Eftersom jag inte är delaktig i verksamheten är det mycket svårt att säga huruvida strukturen är ändamålsenlig eller inte.

Jag har valt att inte använda traditionella metoder för att mäta begriplighet i texter, som till exempel Läsbarhetsindex (Lix) eller nominalkvot (NQ). Lix anger ett värde för hur svårläst en

text är baserat på menings- och ordlängd (se till exempel Melin 2004:74). NQ anger istället informationspackningen i en text genom en kvot mellan nominala och verbala ordklasser. Min bedömning är att dessa värden inte är relevanta för journalanteckningar. I journalen finns det massor av meningar som bara består av ett ord, och många ord är även korta eftersom de är förkortningar och akronymer. Det skulle troligen innebära att Lix-värdet blev relativt lågt (lättläst), vilket skulle vara missvisande. Det finns även många meningar i journalerna som inte är fullständiga (innehåller subjekt och predikat). Detta gör att även NQ blir tämligen poänglöst. Lix och NQ är anpassade för det som vi i vanliga fall relaterar till sakprosa, det vill säga texter som är till för att läsas från början till slut.

### **Ideationella faktorer**

Gunlög Josefssons uppsats tog upp agentiva och icke-agentiva verb i medicinskt språk. Eftersom hon inte hade testat detta på autentiska patientjournaler vill jag se om hennes tes stämmer. Detta berör frågan hur patienten, eller patientens handlingar, beskrivs i journalerna, och är troligen något som en patient som läser sin egen journal skulle reagera över.

Holmberg och Karlsson skriver att man genom att titta på satsers och processers agentivitet kan få syn på om någon deltagare har ansvar för processen och vem som ligger bakom det som äger rum (Holmberg & Karlsson 2006:110). Detta blir intressant i patientjournalen i och med att patienten i de allra flesta fall inte anser sig ha ansvar för de processer som är kopplade till sjukdom. Enligt Josefsson använde läkare ofta sig av agentiva verb för att beskriva sjukdomsförloppet, något som i allmänspråket oftast uttrycks icke-agentivt.

Enligt Holmberg och Karlsson är det materiella processer som är intressantast att analysera utifrån ett agentivitetsperspektiv. En materiell process är en process som förändrar något i den yttre världen. Normalbetydelsen för en materiell process är att någon gör något men kan i vissa fall även betyda att något händer. Detta kallas för handlingar och händelser. Josefsson menade att läkare ofta beskriver det patienten gör genom handlingar, istället för som händelser, som skulle vara det naturliga uttryckssättet i allmänspråket. Ett exempel på detta skulle vara:

Patienten| har |feber – en icke-agentiv konstruktion, allmänspråk  
*Aktör / relationell process - händelse*

Patienten |tempar – en agentiv konstruktion, medicinskt språk  
*Agent / mental process - handling*

För att kunna göra en analys av agentiviteten har jag först gjort en analys av vilka processer som beskrivs i de meningar där patienten är aktör. Stämmer Josefssons hypotes på de journaler som jag analyserar?

### **Interpersonella faktorer**

En patientjournal har ingen utnämnd författare. Istället kan det vara tiotalet läkare och sjuksköterskor som skriver i en journal under ett och samma år. Med så många aktörer, som alla skriver om samma person – patienten, borde det vara viktigt att vara tydlig med vem som gör vad. Samtidigt konstrueras ofta journalanteckningarna utan subjekt. Kan det vara problematiskt att se vem det är som åsyftas i det utelämnade subjektet?

I resultatdelen undersöker jag hur många meningar som saknar utskrivet subjekt, och hur många meningar där verbet står i passivform. Detta sätter jag sedan i relation till vem det är som är subjektet i journalanteckningarna, och hur det tar sig uttryck.

## 4.2 Enkätundersökning

Jag har valt att göra en enkätundersökning för att undersöka hur vårdpersonal förhåller sig till journalskrivande i allmänhet, och till patientdatalagens § 13 i synnerhet. Eftersom jag inte själv har någon erfarenhet från vården blir det extra viktigt att få skribenternas syn på texten, för att på ett bättre sätt placera in den i en kontext.

Enkäter innebär alltid vissa problem. Många gånger är enkäter oönskade, och svarsfrekvensen blir därför låg. Jag har valt att skicka min enkät elektroniskt, vilket underlättar administrationen av enkäterna, samt att anonymiteten blir större. Jag har fått tag på informanter till enkäten genom min läkarkontakt, som fick ett godkännande av en divisionschef på Karolinska sjukhuset att skicka ut undersökningen till sina anställda. Jag kunde inte få tag på någon samlad kontaktlista, varför jag inte har kunnat skicka enkäten till alla kliniker, utan till dem där jag har fått tag på den ansvariga chefen.

Enkäten har skickats till sammanlagt 139 läkare på Karolinska sjukhuset som arbetar med hjärt- och kärlsjukdomar. Ett fåtal förfrågningar skickades även till läkare som arbetar med Transfusionsmedicin. Jag hade inte tillåtelse att skicka ut påminnelser om enkäten, och kunde därför vänta mig en låg svarsfrekvens. Därför ska man naturligtvis vara försiktig med att dra slutsatser utifrån det statistiska materialet. Jag anser ändå att fritextsvar kan vara mycket intressanta även om underlaget är litet. Alla svar bygger på erfarenheter som ger oss kunskap om hur verksamheten fungerar, och behöver därför inte vara relevanta att kvantifiera.

Enkäten är utformad tillsammans med min läkarkontakt för att frågorna ska vara så relevanta som möjligt för de läkare som svarar på frågorna. Undersökningen är webbaserad (Google spreadsheets) och innehåller 11 frågor. Frågorna tar bland annat upp:

- Om läkarna känner till patientdatalagens § 13, och vad de tycker om den.
- Vem eller vilka läkarna har i åtanke när de skriver i journalerna.
- Vad läkarna tror är svårast att förstå i journalen, och om de själva kan ha svårt att förstå vad andra skrivet.

Enkäten i sin helhet finns i bilaga 1, tillsammans med följebrevet.

## 4.3 Genreanalys

Ledin skriver i *Genrebegreppet – en forskningsöversikt* (1996) att genrer är svåra att göra till utgångspunkt för undersökningar. Detta beror på att genreanalysen bygger på att det är språkbrukarnas perspektiv som analysen ska lyfta fram, och inte vilka texttypologiska kriterier som genren utgörs av.

Jag har valt att använda genreanalysen som en ram för metoden och för att motivera mina mer konkreta analysmetoder, enkätundersökning och textanalys. Genom att använda genreanalysen som en övergripande teori och metod hoppas jag kunna sätta resultaten i ett vidare sammanhang.

I *Analysing genre* skriver Vijay K Bhatia om sju steg som man kan följa om man ska göra en grundläggande analys av en genre som man inte är bekant med (Bhatia 1993:22). Alla steg behöver inte följas, utan det beror på syftet med undersökningen. Jag har ingen avsikt att göra en heltäckande analys av patientjournalen som genre, men har ändå haft Bhatias punkter i åtanke.

1. Placera in den givna genren i en situationell kontext<sup>3</sup>.

Först och främst behöver man utgå från sina tidigare, intuitiva kunskaper om genren. För sådana som jag som inte ingår i den praktikgemenskap där genren existerar, får man i det här skedet också utgå från litteratur som behandlar genren.

2. Granska litteratur om genren

Här handlar det om att hitta andra, i huvudsak lingvistiska, analyser av genren, men även guideböcker och praktiska råd om hur man skriver inom genren. Här har patientdatalagen och andra normerande texter varit användbara eftersom de bestämmer genrens syften och mål. Som tidigare nämnts finns det mycket få språkvetenskapliga undersökningar om patientjournaler.

3. Placera in den intuitiva kunskapen i en kontext genom att definiera skribent, mottagare och de relationer som finns mellan dem
4. Välja material som tillhör genren
5. Studera den institutionella kontexten

När man gör en genreanalys bör man helst studera de system och konventioner som finns kring den institution där genren finns. Många sådana konventioner är implicita och är svåra att få syn på om man inte på något sätt deltar i praktikgemenskapen. Jag har besökt Karolinska sjukhuset och blivit guidad i hur journalsystemet fungerar. Samtidigt har jag under arbetets gång haft kontakt med en läkare, som har kunnat ge sin syn på journalskrivande.

6. Välja vilka nivåer i texten som ska undersökas med textanalys
7. Kontrollera resultaten med en specialist inom genren

---

<sup>3</sup> Mina översättningar

Slutligen bör man dubbelkontrollera sina resultat med en specialist, det vill säga en medlem av den praktikgemenskap där genren finns. Detta ger undersökningen validitet och är nödvändigt för att kunna *förklara* genren, istället för att bara beskriva den.

#### **4.4 Metodkritik**

Jag saknar en metod för att ta reda på vad patienterna anser om journaltext. Detta är mycket svårt att lösa eftersom journalen enbart är intressant för den patient (och dennes anhöriga) som den tillhör. Det går inte att söka upp "ägarna" till de journaler som jag analyserar och därför går deras perspektiv förlorat.

Min undersökning hade förmodligen vunnit på att ha en etnografisk ansats, vilket också var tanken från början. Tyvärr visade det sig vara svårt att genomföra den typen av studier på de kliniker som jag har haft kontakt med. Den som vill göra en utökad studie om patientjournaler skulle troligen ha mycket att vinna på att studera den verksamhet där den produceras.

## 5. Material

### 5.1 Material till textanalysen

Jag har valt mitt material utifrån vilka kliniker som har kunnat delta i enkätundersökningen. Eftersom de flesta som har svarat på enkäten arbetar på kliniker som behandlar hjärt- och kärlsjukdomar har jag valt att titta på journaler från två stycken "hjärtavdelningar" som tillhör Karolinska Universitetssjukhuset

Jag har också varit beroende av vilka journaler som jag har haft tillgång till. Mitt material kommer från en databas med patientjournaler som kallas för Stockholm EPR corpus<sup>4</sup>. Databasen innehåller journaler från ett stort antal kliniker i Stockholms län, primärvården och psykiatrin undantagna.

Jag har bitt en kollega att slumpmässigt ta ut 20 stycken journaler från de utvalda klinikerna, och jag har därefter tagit ut de som innehåller mer än en (1) journalanteckning. Jag har också valt bort journaler där jag inte har varit säker på var anteckningarna börjar och slutar. Jag har även valt bort de journaler som innehåller anteckningar som är skrivna av en sjuksköterska, eftersom det enbart är läkare som har svarat på enkäten. Läkare och sjuksköterskor gör olika typer av journalanteckningar, och sägs skriva på olika sätt (Wallin & Thor 2008), och därför är det relevant att endast fokusera på en yrkesgrupp.

Slutligen var det sex stycken journaler kvar, och det är dessa som jag har använt i mina textanalyser.

Patienterna bakom journalerna är fyra kvinnor och två män. Jag har dock inte tagit hänsyn till kön i mina analyser, varken hos patienter eller hos läkare (även om det skulle vara intressant att göra en sådan studie).

Mitt material omfattar sammanlagt 3342 ord, som fördelar sig enligt följande:

**Tabell 1**

	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6
Antal ord	1034	534	309	402	880	183
Antal meningar	133	55	46	42	105	26
Antal journalanteckningar	31	9	17	13	19	10

Jag har valt att använda ordet journal som övergripande term för de journalanteckningar som tillhör en viss patient. Jag syftar då bara på de anteckningar som finns med i mitt material, och inte för patientens fullständiga patientjournal, som jag heller inte har tillgång till.

<sup>4</sup> Information om EPR Corpus finns i Dalianis et al 2009

## 5.2 Känsligt material

Patientjournaler är mycket känsliga dokument som måste hanteras varsamt. Jag har skrivit på ett sekretessavtal med Karolinska sjukhuset som reglerar hur journalerna får användas. Journalerna saknar uppgifter om namn och personnummer, men de är inte avidentifierade vilket innebär att det kan förekomma uppgifter i texterna som skulle kunna leda till att patienten går att identifiera. I resultatkapitlet har jag ibland valt att inte ha långa citat från journalerna, eftersom texten i sin helhet eventuellt skulle kunna leda till att någon kan identifiera patienten.

Allt material finns enbart i elektroniskt format, och är krypterat. Studierna om patientjournaler som bedrivs på DSV är godkända av Etikprövningsnämnden<sup>5</sup>.

## 5.3 Material från enkätundersökningen

Mitt andra material består av svaren från den enkätundersökning som jag skickade ut till läkare på Karolinska sjukhuset. Jag fick in 39 stycken svar.

---

<sup>5</sup> Referensnummer hos Etikprövningsnämnden: 2009/1742-31/5

## 6. Resultat

Här kommer jag att redovisa resultaten från enkätundersökningen och textanalysen. Dessa diskuteras tillsammans med genreanalysen i kapitel 7.

### 6.2 Resultat från textanalysen

Här redovisar jag mina analyser om fackord och förkortningar, disposition, agentivitet och aktörer. De tre första analyserna rör den textuella metafunktionen, därefter den ideationella metafunktionen, och den sista berör främst den interpersonella.

#### 6.1.1. Fackord och förkortningar

Patientjournalen är en mycket fackspråklig text och innehåller därför många fackord. Dessa ord bidrar till den exakthet som måste finnas i en journal, men kan också ställa till problem om den som läser inte förstår vad som avses, eller om fackorden används på ett felaktigt sätt. För att få en överblick över fackorden i mitt material har jag försökt att räkna dem. Det är inte självklart vad som klassas som ett fackord. Många ord som rör den medicinska världen förekommer också i allmänspråket och de allra flesta lekmän känner till deras innebörd. Jag har inte tagit med ord som finns med i Svenska Akademiens ordlista (SAOL) som till exempel hjärtklappning och olycksfall. Jag har också räknat antalet förkortningar.

Tabell 2

	J1	J2	J3	J4	J5	J6
<b>Antal fackord</b>	60	47	45	48	114	18
<b>Andel fackord %</b>	5	8	14	12	16,5	9
<b>Antal förkortningar</b>	30	15	13	17	70	11
<b>Andel förkortningar i %</b>	3	3	4	4	8	6

Det innebär att i genomsnitt 10,5 procent av orden i patientjournalerna är fackord. Journal 3 och Journal 5, som innehåller flest fackord, har också fler journalanteckningar som i huvudsak redovisar provsvar, eller resultat från en undersökning. I fältet "EKG" i Journal 5 finns till exempel följande journalanteckning:

"Sinusrytm 46/min. Efter ett kortare benlyft ökar frekvensen till 80 slag/min. PQ-tid vid övre normalområdet. Högerställd el-axel. T-neg i avledning V1-V4, i ö inga ST-T-förändringar. Sannolikt väsentligen oförändrat jämfört med EKG 2006/ALB."

Journal 1, som har den lägsta andelen fackord, innehåller också liknade anteckningar. Dock är de i minoritet, och istället finns relativt långa beskrivningar om patientens sociala liv, och om hur patientens mor ringer och är orolig för patientens psykiska hälsa:



”Pats mor ringer och är orolig för sin dotter. Hon berättar att flickan har börjat att röka. Hon berättar också att de bråkar mycket där hemma. Mor tror att allt utlöstes när det blev slut mellan pat och hennes pojkvän. Hon säger att hon känner sig så arg. Hon hatar sitt hjärtfel. Ger rådet att söka Tuula kuratorn, för att höra om hon kan ha samtal med pat. Pat behöver någon att prata med.”

I fälten ”Socialt”, ”Telefonkontakt”, och ”Aktuellt” använder läkarna mer allmänspråk, och anteckningarna har ofta en berättande stil. Ofta använder de patienten, eller anhörigas, egna ord som i exemplet ovan: ”hon berättar att” och ”hon säger att”.

Journalerna innehåller av naturliga skäl många fackord som är relaterade till just den specifika verksamheten där texten är producerad. ”EKG”, ”Tilt-test” och ”pulmonalisstenos” är ord som på olika sätt är kopplade till hjärtat och dess sjukdomar.

I journalerna finns även fackord som på ytan ser ut att tillhöra allmänspråket, men som syftar på någon mycket fackspecifik företeelse. I journal 3 nämns ”banan” på flera ställen:

”Banan behöver riskbedömas. Planerar för arbetsprov. Om detta ger information om att banan inte är farlig behöver vi inte göra något ytterligare. Skulle emellertid banans egenskaper inte kunna bedömas vid arbetsprovet får vi gå vidare med invasiv elfys.”

I journal 5 kan man läsa om tunnlår:

”Flödet i bägge tunnlår laminårt utan synlig turbulens eller läckage, även om den övre tunneln är något smalare med lätt hastighetsökning.”

I båda exemplen ovan nämns termerna för första gången. De har alltså inte blivit specificerade tidigare i journalen.

Samma journal som innehåller flest andel fackord innehåller också flest förkortningar. I fältet Eko-kardiografi finns följande journalanteckning:

Eko/ALB 2006-04: Bild som vid Mustard op transposition. Obetydlig TI liksom obetydlig AI och PI. Inga synliga obstruktioner. VK är lite tilltryckt av HK som är hypertrofisk men synes ha en bra rörlighet.

Andelen förkortningar i journalerna varierar mellan 3 och 8 procent. Då har jag både räknat med förkortningar av allmänord, som till exempel: ”ffa”, framför allt, och ”dr”, doktor, och förkortningar av medicinska termer som ”palp” palpera”.

Det är mycket svårt att avgöra innebörden av förkortningarna för mig som saknar vårdbakgrund. Förkortningar går inte att slå upp i exempelvis Medicinsk ordbok ([www.medicinskordbok.se](http://www.medicinskordbok.se)).

## 6.1.2 Journalernas disposition

De journaler som ingår i mitt material kommer från samma typ av klinik. Som tidigare nämnts innefattar egentligen en patientjournal allting som har skrivits om en patient, men jag har inte tillgång till någon fullständig historik hos patienterna, och mycket få patienter har också sina journalanteckningar samlade på en och samma, elektroniska, plats.

Journalanteckningarna är sorterade under rubriker. Varje klinik har sina egna mallar med en uppsättning av rubriker som är vanligt förekommande just där, men det går också att välja fritt vilken rubrik som ska användas.

Journalernas disposition är huvudsakligen kronologisk. Den rubrik som i typfallet är den första är "Besöksorsak". Därefter följer "Tidigare sjukdomar", "Nuvarande sjukdomar" och "Aktuellt". Det varierar hur många olika rubriker som används. Vissa läkare använder många rubriker, som "Ärftlighet" och "Överkänslighet", medan andra placerar den informationen under "Tidigare sjukdomar", och andra tar inte upp det alls.

I journalens mitt finns olika mätvärden och korta utlåtanden om olika kroppsdelar och funktioner, som till exempel "EKG", "Magnetrontgen", "Buk" och "Hjärta".

I slutet av journalerna finns i normalfallet fältet "Bedömning". Där ska läkaren ge ett sammanfattande utlåtande och annan personal ska enkelt kunna läsa den för att få en övergripande bild av patientens tillstånd. Intressant är att anteckningen ibland har rubriken "Bedömning" och ibland "Preliminär bedömning". Jag kan inte se att innehållet skulle skilja något mellan de två rubrikerna.

Under "Bedömning" finns hos ungefär hälften av journalerna fältet "Huvuddiagnos enl. ICD 10". ICD 10 är ett klassifikationssystem som diagnoser som bland annat används för statistiska syften. En viktig funktion med ICD-koderna är att de utgör underlaget för vad klinikerna får ersättning för. Trots detta innehåller inte alla journaler ICD-koder. Samtliga journaler som har fältet "Huvuddiagnos enl. ICD" har kopierat innehållet från bedömningsfältet. I vissa journaler finns även "Bidiagnos(er) enl. ICD 10" och även där återfinns exakt samma text som under bedömning, och Huvuddiagnos.

I Journal 1 har läkaren använt samma text under rubrikerna "Hjärta", "Blodtryck" och "EKG".

Jag har inte rätt kompetens för att avgöra om rätt information finns under rätt rubrik. I journal 2 beskrivs en svimningsincident under rubriken "Elektrofysiologisk hjärtutredning"

"...Efter 22 minuter symtom i form av huvudvärk och litet yrsel. Efter 25 min tillkomst av kallsvett, pat blir blek. Samtidigt successiv tryckfall under 2 minuter som resulterar i systolisk tryck kring 50 mmHg och presynkope. Under några sekunder ej helt adekvat pratbar. I samband med tryckfallet även sjunkande hjärtfrekvens, som lägst ca 50/min, under presynkopen även sinuserrest med paud på 3 sek. Återhämtas snabbt i ryggläge. Kändes liknande som tidigare presynkope och synkope attacker."

Jag tolkar det som att incidenten inträffade under läkarbesöket, och under tiden hjärtutredningen pågick. Denna information ”göms” bakom den övriga texten i anteckningen, som innehåller mer förväntad information. Incidenten nämns inte heller i bedömningsfältet, vilket borde leda till att informationen är svår att hitta.

### 6.1.3 Agentiva – och ickagentiva processer

Jag har analyserat de meningar i patientjournalerna där patienten är subjekt för att se vilka processer som förekommer och vilka av dem som agentiva. I materialet fanns 26 meningar som beskrev sådana processer. Alla processer finns i bilaga 2.

**Tabell 3**

<b>Process</b>	<b>antal</b>
<b>Materiell process</b>	7
<b>Mental process</b>	9
<b>Verbal process</b>	2
<b>Relationell process</b>	6
<b>Totalt</b>	<b>26</b>

I de fall där patienten är aktör i journalerna är det oftast någonting som sker inuti patienten, en mental process. Ofta beskriver läkaren hur patienten känner sig, till exempel: ”Hon hatar sitt hjärtproblem”, eller ”Då hon känner sig blek med pirrande obehag i händerna”. Mentala processer kan både beskriva fysiska och psykiska tillstånd.

I mitt material har jag hittat två exempel som påminner om dem som Josefsson beskriver i sin uppsats. I de meningarna kan man anse att processerna framställs som agentiva, fastän det snarare är mentala eller relationella processer: ”Tolererar medicineringen väl” och ”Patienten negerar symptom”. Verbet ”tolerera” kan tolkas som en handling, alltså något som patienten själv styr över. I det andra exemplet är det inte helt enkelt att förstå vad som avses. Troligen är innebörden att patienten inte har några symptom, vilket skulle vara ett mer naturligt uttryckssätt för de flesta av oss. Här har läkaren valt ett mer komprimerat uttryckssätt som gör processen agentiv, när det egentligen rör sig om händelse och en mental process. Båda exemplen kommer från samma journal. Båda verbkonstruktionerna ”tolerera medicinering” och ”negera symptom” finns belagda i andra texter på nätet som är relaterade till medicin.

De materiella processer som finns beskriver ofta en handling eller händelse som inte är kopplat till sjukdomstillståndet, till exempel: ”Sitter mycket framför datorn”, och ”Motionerar regelbundet, bla skidåkning”.

#### 6.1.4 Vem gör vad – aktörer i patientjournalen

Journalerna har en mycket tydlig huvudperson, patienten. Jag har undersökt hur patienten omtalas i journalen, med egennamn, pronomen eller som ”patienten”.

Tabell 4

	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Antal egennamn	-	-	1*	-	-	-
Antal pronomen	7	2	-	-	-	1
Antal ”Patienten”	4	4	4	3	-	-
Antal ”Pat”	6	-	3	-	5	1
Annat epitet	-	1	-	1	-	1

Det finns inget entydigt svar på hur patienten omtalas i journalen, förutom att egennamn är mycket ovanligt. I journal 3 där det finns ett egennamn är jag inte hel säker på att det är just patienten som omtalas: ”Daniel<sup>6</sup> informerad idag om detta”. Eftersom jag inte har tillgång till de fält där patientens namn står vet jag inte om ”Daniel” syftar på patienten eller någon annan.

Det tycks variera mellan skribenterna om de skriver ut ”patienten”, eller förkortningen ”pat”. När patienten beskrivs med ett epitet är det alltid i sammanfattningen under ”Bedömning” och då i form av ”16-årig elev” och ”24-årig kille”.

Jag har även undersökt hur många av meningarna som har en konkret aktör utskrivna. Med aktör menar jag ett mänskligt subjekt, det vill säga en person som gör, säger, känner eller upplever något. Aktören kan vara patienten, vårdpersonal eller anhöriga.

Tabell 5

	J1	J2	J3	J4	J5	J6
Antal meningar totalt	133	55	46	42	105	26
Antal meningar med aktör	18	3	4	4	7	1

Det är ganska lätt att konstatera att det är en mycket liten andel av meningarna som har en utskrivna aktör. Meningarna konstrueras istället utan subjekt och börjar då med ett verb, som till exempel: ”Går på gymnasiet” och ”Återhämtas snabbt i ryggläge”. Då patienten är journalernas övergripande subjekt behöver det inte skrivas ut. Dock är det ju läkarna som är den huvudsakliga aktören i patientens sjukdomsbeskrivning. Läkarna använder samma subjektlösa konstruktion när de beskriver en handling som de själva utför: ”Planerar för invasiv elfys för riskbedömning” och ”Kompletterar utredningen också enligt förslag från EKO-undersökare”.

---

<sup>6</sup> Namnet utbytt

Teoretiskt finns det en risk för att man inte förstår om det är patienten eller läkaren som planerar.

I mitt material förekommer det inte ett enda ”jag”, men däremot förekommer två belägg av ”vi”. I journal 1 finns meningarna: ” Vi kommer att diskutera framtida möjligheter till graviditet” och ” Vi kompletterar också med albumin och ett leverstatus.”. Vilka som ingår i dessa vi är inte självklart. I det första citatet är det troligt att det är skribenten (läkaren) och patienten som åsyftas. Det skulle dock kunna vara någon annan än patienten som läkaren ska diskutera med. I det andra citatet syftar möjligen ”vi” på något slags läkarkår, men det skulle också kunna vara en ”inkluderande” beskrivning av ett händelseförlopp där både patienten och läkaren var närvarande.

I och med att aktörer och personliga pronomen är så pass sällsynta är det vanligt att verben står i passivform, exempelvis: ” Remitteras för arbetsprov för dokumentation av cirkulatorisk svar på cykelarbete” och ” Således betraktas ingreppet framgångsrikt”. Att använda passivform är ett enkelt sätt att slippa behöva skriva ut vem det som ligger bakom den process som beskrivs. Om exempelvis läkarna inte får/vill/tycker om använda pronomenet ”jag” blir det tacksamt att ta till verbets passivform. I det andra exemplet döljer skribenten om det är den själv, eller någon annan, eller om det är ett abstrakt konsensus som ”betraktar” ingreppet som framgångsrikt.

I journal 3 finns följande exempel:

”I samband med utredning noteras preexcitation på EKG varför patienten dras på arytmikonferens och accepteras för riskbedömning av denna bana”

Här gör passivformerna, tillsammans med ordval och bristen på utskrivna aktörer, att innebörden blir svår att tolka. Dels används verbet ”dra” i betydelsen ”dragning”, vilket är vanligt i mötessammanhang. Men här är det inte en power point-presentation eller en idé som ”dras”, utan en patient. Det är också oklart huruvida arytmikonferensen har ägt rum eller inte eftersom passivformen av ”accepteras” indikerar att det redan har skett. Det kan även vara så att konferensen och riskbedömningen är två skilda aktiviteter, och att läkaren, i och med anteckningen, har accepterat att patienten ska genomgå en riskbedömning

Eftersom alla anteckningar har en rubrik finns det ett huvudtema som ofta även är subjekt i de meningar som finns i anteckningen, till exempel ”Hjärta” och ”Blodtryck”. Temat behöver då inte nämnas i anteckningen, eftersom det är underförstått vad det är.

## 6.2 Resultat från enkätundersökningen

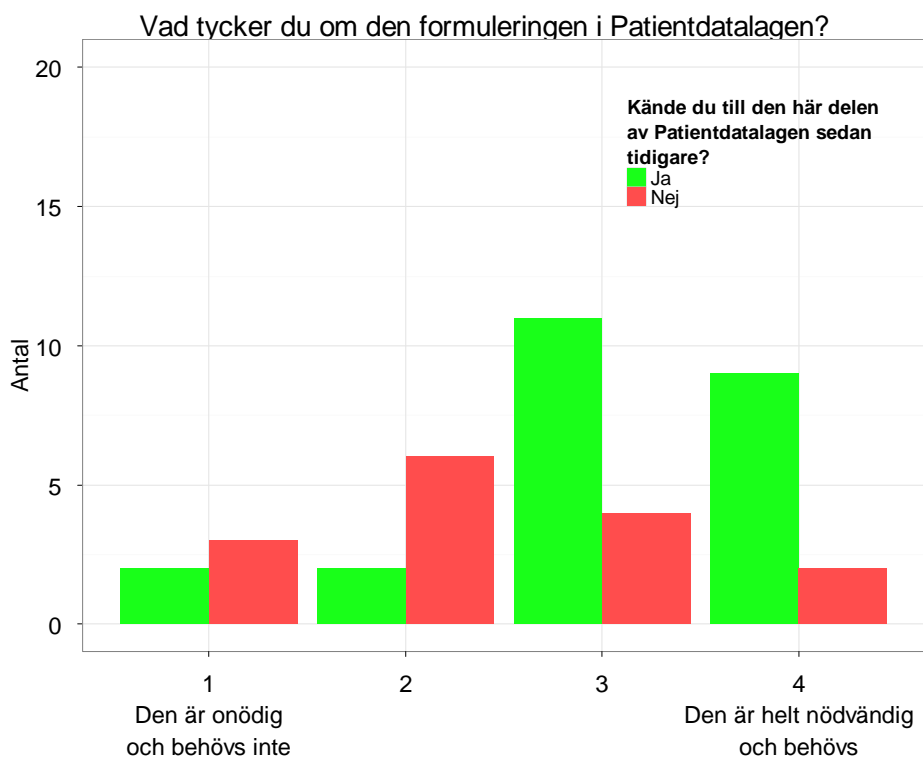
Enkätundersökningen skickades ut till 129 läkare anställda på Karolinska sjukhuset. En klar majoritet arbetar på kliniker som behandlar hjärt- och kärlsjukdomar, men några få arbetar med transfusionsmedicin. Jag samlade in svaren under en vecka, och fick inte skicka ut några påminnelser. 39 personer svarade på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 30 procent. Att svarsfrekvensen är låg påverkar naturligtvis resultatet, eftersom den knappa tredjedel som har svarat på enkäten inte behöver vara representativ för gruppen.

### Var får man kunskap om journaldokumentation?

En klar majoritet av de som deltog i enkäten uppger att de har fått mest kunskap om att skriva journaler i arbetslivet. 34 personer, 87 procent, har lärt sig under i arbetslivet, medan resten anser att det var under utbildningen som de lärde sig mest. *Se figur 2 i bilaga 3*

### Kunskap, och synpunkter om patientdatalagen

**Figur 1 visar informanternas inställning till § 13 i patientdatalagen i förhållande till hur många som kände till den tidigare**



En majoritet av läkarna kände till § 13 om språk i patientjournaler. 62 procent hade kännedom om lagen, medan 38 procent inte hade hört talas om den tidigare.

En klar majoritet ansåg att lagtexten är nödvändig och behövs. 28 av procent har valt alternativ 4 som var ”Den är helt nödvändig och behövs”, och ytterligare 38 procent valde alternativ 3, och var således också positiva till formuleringen.

### Vem är journalen skriven för?

I enkäten fanns frågan ”Vem skriver du journalen för?”, och en fyrgradig skala från 1 ”I mycket låg grad” till 4 ”I mycket hög grad”. Alternativen som fanns att välja på var: ”För mig själv, som minnesanteckning”, ”För kollegorna, eller vårdlaget”, För Socialstyrelsen eller annan myndighet” och ”För patienten”.

På grund av en teknisk miss har de svar som hamnat på något av mittenalternativen inte skiljts åt i sammanställningen av svaren, och därför har skalan blivit tregradig istället för fyrgradig.

Alla informanter, utom en, svarade att skrev journalen för kollegorna i mycket hög grad. De andra svaren var inte lika entydiga. 23 personer, alltså 59 procent, svarade att de skrev journalen som minnesanteckning i mycket hög grad.

Endast 4 personer, 10 procent, har svarat att de i mycket hög grad skriver för myndigheter. Dock skriver de flesta i viss grad för myndigheterna, för 29 personer, 74 procent kryssade i något av mittenalternativen.

När det handlar om att skriva för patienten svarade lika många, 9 personer, att de skrev ”I mycket låg grad” som ”I mycket hög grad”. Det innebär att det är den grupp mottagare som läkare är mest splittrade inför. *Se figur 3 – 7 i bilaga 3*

#### **Anpassas journaltexten till patienten, och hur påverkas i så fall effektiviteten?**

De allra flesta som har svarat uppger att de aldrig eller sällan anpassar det de skriver till patienten. 8 personer, har svarat att de aldrig gör några anpassningar och 20 personer, 51 procent, har svarat att de sällan gör det. Endast fyra personer, 10 procent, uppger att de ofta anpassar journaltexten till patienten. *Se figur 8 i bilaga 3.*

De allra flesta ansåg att journalskrivandet skulle bli mindre effektivt om man anpassade texten mer till patienten. 19 personer, 49 procent, tror att journaldokumentationen skulle bli mindre effektiv. *Se figur 9 i bilaga 3.*

#### **Finns det svårigheter att förstå vad kollegorna har skrivit?**

Majoriteten av de som har svarat tycks inte ha några större svårigheter med att förstå vad kollegorna har skrivit. 26 personer, 66 procent, har svarat att de sällan har problem att förstå, medan sex personer har svarat att de aldrig har problem. 6 personer har svarat att de har problem ibland, och endast en person att det ofta är svårt att förstå. *Se figur 10 i bilaga 3.*

De svarande fick också möjlighet att skriva vad som kunde vara svårt att förstå, om de ansåg att det problemet fanns. 21 personer valde att svara på frågan. Det som flest anser är svårt är förkortningar, som 12 personer har tagit upp. Övriga faktorer som flera personer tar upp är facktermer från ett annat område, problem som rör signering och läkarsekreterares misstag och att resonemangen är alltför korta. Några tycker också att det ibland fattas information, och att val inte alltid motiveras på ett önskvärt sätt. En läkare skriver:

”Det saknas ofta dokumentation om de situations -eller patientstyrda överväganden som gör att ett av två flera möjliga behandlingsalternativ har valts. Varför har kollegan t.ex. gått direkt på andrahandsvalet för att behandla det höga blodtrycket. Ville patienten inta ha förstahansmedicinen? Hade patienten provat och upplevt biverkningar?”

#### **Vad är svårt för patienten att förstå?**

32 personer valde att svara på fritextfrågan ”Vad tror du är svårast för patienten att förstå i sin journal”. Även här nämner många förkortningar, men även medicinsk terminologi och grekiska och latinska termer. En läkare skriver:

”Förkortningar av diagnoser, behandlingar, ingrepp. Förkortningar är en plåga även för sjukvårdspersonal”

Några av de som har svarat anser att problemen inte bara handlar om ord eller termer, utan att de ligger på en högre nivå:

”avvägningar mellan olika behandlingsalternativ när det inte är självklart hur patienten bäst skall behandlas”

”Tankegångar, varför man gör vissa saker”

”Sammanhanget. Innebörden av en nog så tydlig och klar sjukdomsbeskrivning kräver så gott som alltid en hög medicinsk kompetens och erfarenhet för att bli verkligt meningsfull.”

”Attityden, att vi kan se hela människan även om vi bara skriver om kroppen.”

”Små avvikelser som "inte betyder något" kan uppfattas som stora hot”

Hos vissa svar kan man ana en viss irritation över frågeställningen:

” Det är därför vi inte flyger flygplan, det kräver utbildning.”

”Många termer är exakta på latin eller läkarspråk och därmed patientsäkra. Tar man bort de exakta benämningarna utan att ersätta dem med exakt lika specifika benämningar på svenska, är risken att journalen inte blir lika precis och därmed blir patientsäkerheten lidande. Det kan inte vara bra att byta att pat ska kunna läsa sin journal utan förklarande hjälp mot att journalen blir mindre precis och därmed mindre patientsäker. Där termerna är jämförbara bör man däremot använda svenska, i st f mammae palperas ua kan man ju skriva bröstet palperas ua. Palpera är t ex ett verb man bör ha kvar, det står för en medicinsk undersökning av bröstet och kan inte ersättas med 'känns igenom' eller "undersöks", som är för diffust. Undersökning kan ju vara vad som helst, medan palpera är en medicinsk åtgärd där man känner igenom någonting i avsikt att hitta något sjukligt alternativt frikänna vävnaden. Mitt förslag är att de precisa läkartermerna behålls och att patienten erbjuds att gå igenom dem tillsammans med sin läkare. Det är ju inte konstigare än att sjömän, advokater och ekonomer har sina fackspråk.”

”Det är mycket viktigt att komma ihåg att journalen i första hand är ett ARBETSREDSKAP för läkarna/vårdteamet. Om patienten har svårt att förstå vissa delar i journalen finns alltid möjligheten att få dem förklarade.”

### **Övriga kommentarer**

Sist i enkäten fick de som svarade möjligheten att fylla i övriga kommentarer om journalskrivande. De flesta som svarade tog upp att journalen först och främst är ett redskap för vårdpersonalen. Flera påpekar också vikten av att en läkare är med när patienten läser sin journal:

”Min åsikt är att pat ska vara välkommen (och känna sig välkommen!) att läsa sin journal, men att det alltid ska göras tillsammans med ansvarig läkare. Då kan man direkt reda ut svåra ord och förklara mer kring sjukdomen. Pat som vill ha kopior på sin journal har ju ofta en speciell anledning till detta, och då är det bra att redan vid första läsning ha med sig professionen.”



”Jag anser att journalen är ett redskap för vårdpersonal. Även om patienten har rätt att läsa sin journal, är det inte därför den skrivs, och språket bör heller inte anpassas för det ändmålet”.

”Den viktigaste funktionen av patientjournalen är dokumentation, patienten borde informeras på något annat sätt.

”Man borde undvika sällsynta förkortningar”.

”Texterna borde vara så korta som möjliga, tydligt strukturerade.”

”Att använda allmänna termer i stället för de medicinska, kan meningen förändras eller försvagas. Om texten ska vara full förståelig för patienten, leder det till längre texter och förklaringar.”

”Journalen är främst ett arbetsinstrument. Patienterna ska ha rätt att läsa den och att få hjälp med att tolka den, men måste acceptera att den inte skrivs för hans skull utan är just ett arbetsredskap.”

”OBS Journalen är ett arbetsredskap för vårdgivarna.”

Några av de som har svarat anser också att överdokumentation är ett problem. En läkare skriver att ”Sjuksköterskorna skriver långa uppsatser”, och påpekar sedan att det har tillkommit allt fler blanketter och register ”bra, men tar tid”.

### **6.3 Sammanfattning av resultatet från textanalysen**

Ca nio procent av orden i journalerna är fackord. Andelen fackord varierar kraftigt mellan journalerna, och är också beroende av vilken rubrik som finns på journalanteckningen.

Journalen har en övergripande kronologisk disposition och som avslutas med en sammanfattande ”Bedömning”. Viss information förekommer flera gånger och eventuellt är viss information under fel rubrik.

Mentala processer är vanliga när handlingar och händelser kopplade till patienten ska beskrivas. Josefssons teorier om agentiva processer kan inte bekräftas, men det finns exempel på där patientens sjukdomstillstånd beskrivs som att det är patienten som aktivt gör något.

Patienten blir sällan omnämnd i journalerna. Även läkaren själv är osynlig. Pronomen och egennamn är mycket sällsynta. Det finns exempel på att det vara otydligt vem det är som åsyftas i journalanteckningarna.

### **6.4 Sammanfattning av resultaten från enkätundersökningen**

39 läkare svarade på enkätundersökningen. Svaren visade bland annat att:

De flesta kände till patientdatalagens bestämmelser om språk i patientjournaler, och de flesta var även positivt inställda till den. De som inte hade hört talas om dem tidigare var betydligt mindre positiva.

Läkarna skriver journalen i första hand för kollegorna, i andra hand som minnesanteckning och därefter för myndigheter och patienter.

De flesta anpassar inte journaltexten till patienten, och majoriteten tror även att dokumentationen skulle bli mindre effektiv om man gjorde det.

Förkortningar, facktermer och alltför kortfattade resonemang är exempel på sådant som läkarna ansåg kunde vara svårt att förstå i journalerna, både för dem själva och för patienterna.

En viss skepsis mot att journalen skulle vara till för patienten gick att utläsa i fritextsvaren.

## 7. DISKUSSION

### 7.1 Patientjournalen som genre

Här resonerar jag kring genrebegreppet utifrån tidigare forskning, mina resultat och Ledins påståenden om genrer som presenterades i kapitel 3.4

En genre är en del av en återkommande social process där människor samhandlar genom texter.

Patientjournalen är i högsta grad en samhandling genom texter. Patienten uppsöker en vårdinrättning där läkaren dokumenterar relevanta fakta som sedan ligger till grund för framtida handlingar, det vill säga vad som är nästa steg för patienten och vården. Denna process är ständigt återkommande och genren har utvecklats och påverkats av alla de tusentals journalanteckningar som dokumenteras varje dag. Patientjournalen är också en del av en social process och bidrar till den statusrelation som finns mellan läkare och patient. I journalen kan läkaren stärka sin position som medicinskt sakkunnig genom att använda termer och en jargong som inte är lämplig i det muntliga mötet med patienten.

En genre innefattar prototypföreställningar om textstruktur och stil

Patientjournalen som genre utmärker sig genom att vara hårt normerad och att det finns lagar som talar om vad den ska innehålla, och hur den ska se ut. Intressant är att dessa normer kan sägas stå i konflikt med de prototypföreställningar som finns om hur patientjournaler i regel ser ut. De flesta har nog inte bilden att patientjournalen är ”tydligt utformad och så lätt som möjligt att förstå för patienten”. Inte heller verkligheten tycks leva upp till alla de kodifierade normer som finns om journalen. I Grufman Rejes granskning av journaldokumentation på kliniker i södra Sverige fanns det flera brister i journalernas innehåll och struktur. Min analys av fackorden i journalerna visade att nästan var tionde ord är en fackterm som de flesta patienter inte känner till.

En förklaring till detta skulle kunna vara att läkarna inte vill anpassa sig till de bestämmelser som finns eftersom deras sätt att skriva så nära är knutet till deras identitet. Att till exempel anpassa texten till patienterna skulle vara att till viss del göra avkall på detta. Nästan alla läkare som svarade på enkäten hade fått sina kunskaper om journaldokumentation främst från arbetslivet. Detta innebär att journaldokumentation är något som man lär sig genom insocialisering, och att kunskapen inte främst förvärvas genom läroböcker och förordningar.

En föreställning om patientjournalen är att läkarna inte ser till hela människan, utan enbart till kroppen, som en läkare påpekade i enkätundersökningen. Detta skulle kunna bekräftas i textanalysen av aktörer i journalerna. Patienten är tämligen osynlig även om det ju är den som texten handlar om.

Josefssons teori om att läkarna använder agentiva konstruktioner för att beskriva processer kan sägas vara en annan prototypföreställning som skulle kunna kopplas till läkarnas syn på

människan. Textanalysen kunde inte bekräfta den teorin, men det fanns exempel på meningar där patienten beskrivs som en aktör.

En genre är normalt namngiven och på så sätt språkligt och socialt kodifierad

Patientjournalen saknar inte namn, utan är en text som väldigt många skulle kunna kategorisera som just patientjournal. Däremot dras patientjournalen med en del synonymer som möjligen påverkar bilden av den. När Hellspong och Ledin (se kapitel 3.3) kallar genren för "sjukjournal" blottar de samtidigt en syn på journalen som något som antecknas utan större ansträngning och inte går att jämföra med "finare" former av text. Nu kommer förvisso inte Hellspong & Ledin från det medicinska fältet, och förhoppningsvis är detta en syn på journaldokumentation något som främst figurerar bland icke insatta. I enkäten fanns flera röster som hade starka åsikter om journaler och journalskrivande som tyder på ett engagemang och att skrivandet tas på allvar. Dock tyder några resultat från textanalysen på att skribenten kanske inte har lagt ner överdrivet stor möda på texten. Till exempel att det förekommer upprepningar där läkaren tycks ha kopierat text och klistrat in, och att det finns otydligheter om vem som är aktören bakom handlingarna.

"En genre är en tradition som tas i bruk i en situation, varför den förändras över tid"

De patientjournaler som skrevs för 100 år sedan har ytligt sett inte mycket gemensamt med dagens journaler. Journaltexten har som tidigare nämnts blivit betydligt längre, datoriserad och mer specialiserad. Det som framförallt förenar dem är syftet med texten.

## 7.2 Begriplighet och läsbarhet i patientjournaler

Många av läkarna som besvarade enkäten trodde att det var fackorden som skulle ställa till mest problem om patienten skulle läsa sin journal. Det medicinska fältets förhållande till facktermer kan sägas vara kluvet. Behovet av att ha mycket specifika termer är stort, men samtidigt har det saknats ett enhetligt nationellt system vilket har lett till att termerna kan variera mycket. Det medicinska språket har också genomgått en förändring de senaste decennierna, från att ha innehållit en stor del latin till att innehålla mer svenska och engelska termer. Man kan misstänka att detta bidrar till en splittrad syn på det egna arbetspråket för läkarna.

Analysen visade att drygt tio procent av orden i journalerna är facktermer, varav de flesta är obekanta för en lekman. Det finns ingen statistik över hur vanliga fackord är i olika typer av text. Dock är det nog ingen långsökt gissning att anta att det enbart är mycket fackspecifika texter som innehåller så hög andel fackord. Enligt Melin behöver dock detta inte vara ett problem: "vi läser ledigt texter med upp till tio procent obekanta ord" (Melin 2004:67). Jag ställer mig dock tveksam till det påståendet, särskilt om man sätter det i relation till läsmål. Möjligen kan den som endast strävar efter att uppnå de lägre läsmålen läsa en sådan text ledigt, men vill man nå djupare förståelse krävs det att man förstår en större andel av orden.

Jag tror dock att man som patient kan ha overseende med facktermerna, eftersom de på ett tydligt sätt talar om att "här är ett svårt ord". Det är troligen mer förvirrande med allmänord i en annan betydelse än vad man är van vid, som i meningen "Om detta ger information om att banan inte är farlig behöver vi inte göra något ytterligare."

Flera av läkarna som svarade på enkäten ansåg att det ibland var svårt att tolka andra läkares facktermer och förkortningar. Förhoppningsvis kommer den problematiken att försvinna i och med att Snomed blir färdigt. Dock finns det risk för att det kommer att gå långsamt att implementera det nya systemet i och med att tycks ha funnits ett motstånd tidigare mot att anpassa sig till föreskrifter uppifrån. Ett tecken på detta skulle även kunna vara att inställningen till patientdatalagens § 13 var mycket mer positiv bland de som hade hört talas om den tidigare. De som presenterades för bestämmelsen för första gången var mer negativt inställda.

### **Läsmål**

Det är ganska självklart att patienter och vårdpersonal har olika läsmål. Min gissning är att patienter som läser sin journal främst strävar efter att uppnå det tredje läsmålet "Förståelse av sändarens verklighetsbeskrivning". Som patient vill man förstå läkarens beskrivning av sig själv, som ju journalen handlar om, men behöver troligen inte kunna använda texten för att kunna gå till handling. Information om vad patienten ska göra förmedlas på andra sätt än genom patientjournalen.

En läkare har helt andra mål med att läsa journalen. I många fall är nivå fem helt nödvändig för att läkaren ska kunna agera på ett sätt som garanterar att patienten får en säker vård. Andra gånger kan det räcka med att uppnå mål 2, att registrera textytan, för att snabbt kunna bilda sig en uppfattning om patientens vårdhistorik.

En faktor som starkt underlättar för läkare som läser journaler är att både sändare och mottagare har samma perspektiv. Båda vet syftet med texten och har insikt i produktionsvillkoren bakom den.

För patienten blir det betydligt svårare eftersom journalen mycket sällan har skrivits utifrån ett patientperspektiv. De allra flesta läkare svarade i enkäten att de inte gör några anpassningar till patienten när de skriver i journalen. Om man ser till Gunnarssons teorier om läsmål är det då osäkert om patienten någonsin kan begripa texten till fullo eftersom den inte är skriven ur patienternas perspektiv.

### **7.3 Behövs patientdatalagens bestämmelser om språket i patientjournaler?**

Patientdatalagens bestämmelse om att språket i patientjournaler ska vara så lätt som möjligt att förstå för patienten har funnits i snart 25 år. När lagen omarbetades 2008 var det ingen remissinstans som opponerade sig mot formuleringen. Det tycks helt enkelt råda konsensus om att formuleringen är nödvändig.

De flesta läkare som svarade på enkäten är positivt inställda till patientdatalagens § 13. Dock finns det också en viss skepsis mot lagtexten och att patienterna ska kunna förstå vad som står där. Några av dessa uttryckte sig också ganska kraftfullt (versaler och ironi bland annat), och det

tycks alltså inte vara alla inom kåren som tycker att journalen ska skrivas med patienten i åtanke.

I enkäten tog många svaren upp att det är viktigt att det finns en läkare med om patienten vill läsa journalen. Detta finns inte nedskrivet i patientdatalagen men tycks vara praxis på flesta kliniker. Detta gör att patientjournalen hamnar i en tämligen unik situation. Andra texter från exempelvis myndigheter måste kunna stå för sig själv, och läsaren får knappast någon hjälp med att tolka innehållet.

Denna praxis kommer inte kunna upprätthållas om/när patientjournalerna blir tillgängliga på nätet. Då, om inte förr, kommer patientdatalagens § 13 att bli aktuell. Om patientjournalen kommer att finnas tillgänglig dygnet runt krävs att även texten blir tillgänglig, och det är tveksamt om det är fallet idag.

#### **7.4 Reflektioner kring undersökningen**

Eftersom jag saknar medicinsk kompetens kan inte jag utvärdera huruvida journalerna följer de normer och föreskrifter som finns. Det skulle vara intressant att göra en större språkvetenskaplig undersökning med hjälp av forskare med medicinsk bakgrund för att få en djupare förståelse av hur till exempel fackorden används.

Självklart skulle det också vara intressant att få med patienternas perspektiv på journaltext. En textanalys kan inte ersätta de autentiska språkbrukarnas åsikter och upplevelser.

## KÄLLOR

Allvin et al, 2010: *Characteristics and Analysis of Finnish and Swedish Clinical Intensive Care Nursing Narratives*. Stockholms Universitet. *Ej ännu publicerad*

Bhatia, Vijay K, 1993: *Analysing discourse*. Longman, London.

Brown, R. L., Jr & C.G. Herndl. 1986: "An Ethnographic Study of Corporate Writing: Job Status as Reflected in Written Text." *Functional Approaches to Writing: Research Perspectives*. Ed. B. Couture. Norwood, NJ: Ablex

Dalianis, H., M. Hassel & S. Velupillai. 2009: *The Stockholm EPR Corpus - Characteristics and Some Initial Findings*. In the Proceedings of ISHIMR 2009, Evaluation and implementation of e-health and health information initiatives: international perspectives.

Clausén, Ulla. 2006: "Fackspråk och allmänspråk". I M Fogelberg & G Pettersson (red) *Medicinens språk*. Liber. Stockholm

Gunnarsson, Britt-Louise, 1982: *Lagtexters begriplighet. En språkfunktionell studie av medbestämmandelagen*. Liber Förlag, Lund

Hellspong, Lennart. & Ledin, Per. 1997: *Vägar genom texten. Handbok i brukstextanalys*. Studentlitteratur, Lund.

Karlsson, Anna-Malin 2007: *En arbetsdag i skriftsamhället: ett etnografiskt perspektiv på skriftenvändning i vanliga yrken*. Skrifter utgivna av Språkrådet. Nordstedts akademiska förlag. Stockholm

Karlsson, Anna-Malin & Holmberg, Per. 2007: *Grammatik med betydelse. Ord och stil*. Hallgren & Fallgren. Uppsala

Ledin, Per. 1996: *Arbetarnes är denna tidning. Textförändringar i den tidiga socialdemokratiska pressen*. Almqvist & Wiksell International. Stockholm

Ledin, Per. 1996: *Genrebegreppet – en forskningsöversikt*. Rapport nr 2 från projektet Svensk sakprosa. Institutionen för nordiska språk. Lunds universitet.

Ledin, Per & Selander, Staffan. 2003: "Institution, text & genre". I B. Englund & P. Ledin (red) *Teoretiska perspektiv på sakprosa*. Lund. Studentlitteratur.

Josefsson, Gunlög. 1999: "Få feber eller tempa? Några tankar om agentivitet i medicinskt fackspråk". Ingår i: I Haskå & C Sandqvist (red): *Alla tiders språk*. Institutionen för nordiska språk. Lund

Nilsson, Inga. 2007: *Medicinsk dokumentation genom tiderna. En studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet och 1900-talet*. Enheten för medicinens historia, Medicinska fakulteten, Lunds universitet

Nilsson, Johan. 2004. "Tjuvläsning av Anna Lindhs journal var ett brott". I *Dagens medicin*, 2004-05-03

Melin, Lars 2004: *Språkpsykologi – hur vi talar lyssnar. Läser, skriver och minns*. Liber. Stockholm

Pettersson, Göran. 2006: "Språkets roll inom vården", I M Fogelberg & G Pettersson (red) *Medicinens språk*. Liber. Stockholm

Wallin, Carl-Johan & Thor, Johan. 2008: "SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. I *Läkartidningen*. Nr 26-27 2008 volym 105

Wolodarski, Peter 2010, "Här är ditt liv". I *Dagens nyheter*, 2010-04-11

### **Lagar och föreskrifter**

Handbok till SOFS:14, informationshantering och journalföring. Finns tillgänglig på:  
<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/handbocker/handbokominformationshanteringochjournalforing>

Medicinskt fackspråk i skrift. 2010. *Läkartidningen*, Socialstyrelsens språkvårdsgrupp, Svenska Läkaresällskapetets kommitté för medicinsk språkvård och Terminologicentrum

Patientdatalagen, SFS 2008:355

Patientjournallagen 1985:562. Upphävd 2008. Finns tillgänglig i Regeringskansliets rättsdatabaser.

Regeringens proposition 2007/08:126.

### **Elektroniska källor**

*Granskningsrapport 2002. Ändamålsenlig vårddokumentation*. Grufman Reje Management. Stockholm. Finns tillgänglig på:  
[http://www.lj.se/info\\_files/infosida26519/RapporttilrevisionenAVDslutversion060221.pdf](http://www.lj.se/info_files/infosida26519/RapporttilrevisionenAVDslutversion060221.pdf)

*Ny patientdatalag*. Senast ändrad 2009-01-26. Hämtad 2010-04-20. Tillgänglig på:  
<http://www.regeringen.se/sb/d/10230/a/97250>

Patientdatalagen. Senast ändrad: okänt. Hämtad: 2010-04-20. Tillgänglig på:  
<http://www.datainspektionen.se/fragor-och-svar/faq-patientdatalagen/>



Patientdatalagen. Senast ändrad: känt. Hämtad: 2010-04-20. Tillgänglig på:  
<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/patientdatalagen>

Signäs, Gabriella, *Din journal*. Senast ändrad 2008-06-25. Hämtad 2010-04-20. Tillgänglig på  
<http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Lagar--rattigheter/Din-journal/>

#### **Muntlig källa**

Kvist, Maria 2010: besök på Karolinska sjukhuset (2010-04-21)

# Bilaga 1

Följebrev:

Är det viktigt att det du skriver i patientjournalen är lätt att förstå, även för patienten? Försvårar det läkarens arbete? Klicka på länken för att komma till enkäten: [www.korta.nu/patientjournaler](http://www.korta.nu/patientjournaler)

[Enkäten](#) skickas ut till flera kliniker på Karolinska sjukhuset där verksamhetscheferna godkänt detta. Den innehåller 10 frågor och tar inte mer än 3 minuter att svara på.

Ditt svar anonymt, och det går inte att via länken se vem som svarat. Enkäten är del av ett examensarbete på Språkkonsultprogrammet på Stockholms Universitet, och del av ett större projekt om patientjournaler på Institutionen för data- och systemvetenskap.

Kontakta gärna mig om du har frågor: [allvin@dsv.su.se](mailto:allvin@dsv.su.se), eller min handledare professor Hans Strand: [hans.strand@nordiska.su.se](mailto:hans.strand@nordiska.su.se)

Stort tack för att du tar dig tid att svara!

Vänligen,

Helen Allvin

## Liten enkät om patientjournaler

Svaren kommer att användas i ett examensarbete på Språkkonsultprogrammet på Stockholms Universitet.

Alla svar är anonyma och det går inte att spåra vem som har fyllt i formuläret.

Vilken klinik arbetar du på?

Vem skriver du journalen för?

	I mycket låg grad			I mycket hög grad		Vet ej
För dig själv - som minnesanteckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För kollegorna eller vårdlaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För Socialstyrelsen eller annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I mycket låg grad			I mycket hög grad	Vet ej
myndighet					
För patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Patientdatalagen

I patientdatalagen, § 13, står det att: "hälso- och sjukvårdens journalhandlingar ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten."

Kände du till den här delen av patientdatalagen sedan tidigare?

- Ja
- Nej

Vad tycker du om den formuleringen i patientdatalagen

1 2 3 4

Den är onödig och behövs inte     Den är helt nödvändig och behövs

Händer det att du anpassar journaltexten till patienten?

1 2 3 4

Aldrig     Ofta

Tror du att journaldokumentationen skulle bli mer eller mindre effektiv om man skrev mer anpassat till patienten? Skulle arbetet ta längre tid och bli mer krävande, eller tvärtom?

1 2 3 4

Mindre effektivt     Mer effektivt

Vad tror du är svårast för patienten att förstå i sin journal?

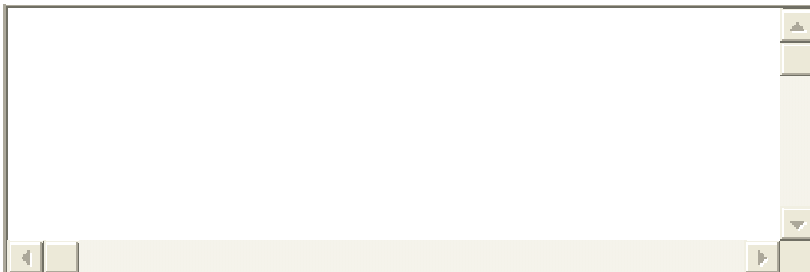
Händer det att du har svårigheter att förstå vad någon kollega har skrivit i en journal?

1 2 3 4

Aldrig     Ofta

Vad är det i så fall som är svårt? Du behöver bara svara på den här frågan om du har upplevt

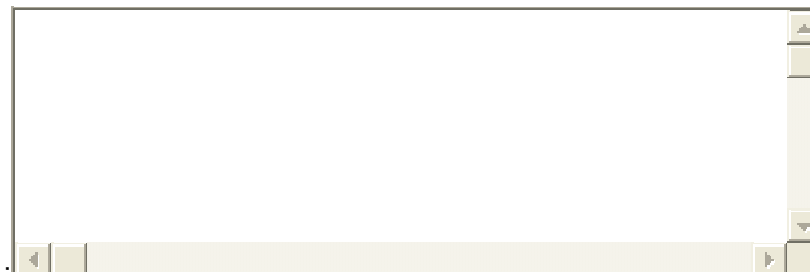
svårigheter.



Var har du fått mest kunskap om journaldokumentation?

- Under utbildningen
- I arbetslivet
- Övrigt:

Lämna gärna övriga kommentarer om journalskrivande här



Submit

## Bilaga 2: Processer

Han	Har påbörjat	medicinering med Orfiril 300 mg 2 x 2
<i>Aktör</i>	<i>materiell process</i>	
<i>Agent</i>	<i>handling</i>	

Och efter detta har patienten	inte haft	några ytterligare kramper
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	
<i>bärare</i>	<i>händelse</i>	

-	tolererar	medicineringen väl
	<i>Mental process</i>	
	<i>handling/händelse</i>	

Patienten	negerar	symptom
<i>Aktör</i>	<i>mental process</i>	
	<i>handling/händelse</i>	

Pat	kontaktar oss	Tidigare vid behov
<i>Aktör</i>	<i>Materiell process</i>	
<i>Agent</i>	<i>Handling</i>	

-	Cyklar 270 W och kommer upp till 180/min	, preexcitation hela arbetsprovet
<i>Aktör</i>	<i>Materiell process</i>	
<i>Agent</i>	<i>handling</i>	

- i september	varit	inneliggande på Neurokliniken avd 19 pga vänstersidig svaghet
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	
<i>bärare</i>	<i>händelse</i>	

Hon	hatar	sitt hjärtfel
<i>Aktör</i>	<i>Mental process</i>	
	händelse/handling	

Pat	behöver	någon att prata med
<i>Aktör</i>	<i>Mental process</i>	
upplevare		

I samband med detta -	känt hjärtklappning	varför EKG tagits
<i>Aktör</i>	<i>mental process</i>	
<i>upplevare</i>	<i>händelse</i>	

Både patienten och modern	upplever	Att hon mår bra
<i>Aktör</i>	<i>Mental process</i>	
upplevare		

Förutom i samband med Kortisonbehandling	har aldrig känt av	hjärtklappning
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	
upplevare	händelse	

-	har nu attacker	kanske en gång varannan månad
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	
<i>upplevare</i>		

-	Vill inte	riskera pacemaker
<i>Aktör</i>	<i>Mental process</i>	

där patient idag efter flera shunt-operationer	beskriver	en normal aktivitetsnivå
<i>aktör</i>	<i>verbal process</i>	
talare		

Pat	vill helst	helst bli av med sina besvär om det kan göras med låg risk
<i>Aktör</i>	<i>Mental process</i>	

Hon	är nöjd	med sin aktivitetsnivå
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	
utpekad		

-	har dock alltid noterat	att hon vid mycket kraftig ansträngning är begränsad
<i>Aktör</i>	<i>mental process</i>	
<i>Agent</i>	<i>handling</i>	

-	undviker	denna grad av ansträngning
<i>Aktör</i>	<i>Materiell process</i>	
<i>Agent</i>	<i>handling</i>	

Då hon	känner sig blek	med pirrande obehag i händerna förbättras av vila
<i>Aktör</i>	<i>Mental process</i>	
upplevare	händelse	

-	har inga sådana planer	I nuläget
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	
<i>bärare</i>	<i>händelse</i>	

-	sitter mycket	Framför datorn
<i>Aktör</i>	<i>relationell process</i>	

-	Blir ej särskilt påverkad	men måste avbryta det hon håller på med
<i>Aktör</i>	<i>mental process</i>	
<i>upplevare</i>		

Patienten	uppger	att hon ofta också känner sig törstig
<i>aktör</i>	<i>verbal process</i>	
<i>talare</i>	<i>handling</i>	

-	motionerar regelbundet	bla. skidåkning
<i>aktör</i>	<i>materiell process</i>	<i>handling</i>
<i>agent</i>		

-	går ut gymnasiet	till sommaren
<i>aktör</i>	<i>materiell process</i>	
<i>agent</i>	<i>handling</i>	



## Bilaga 3

Figur 2



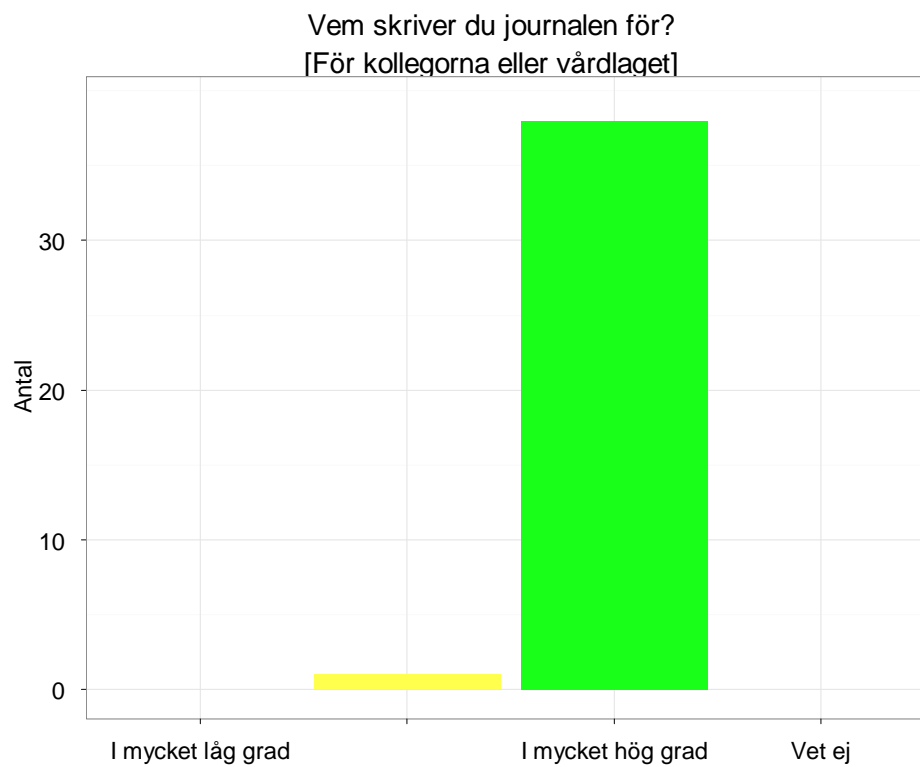
Figur 3



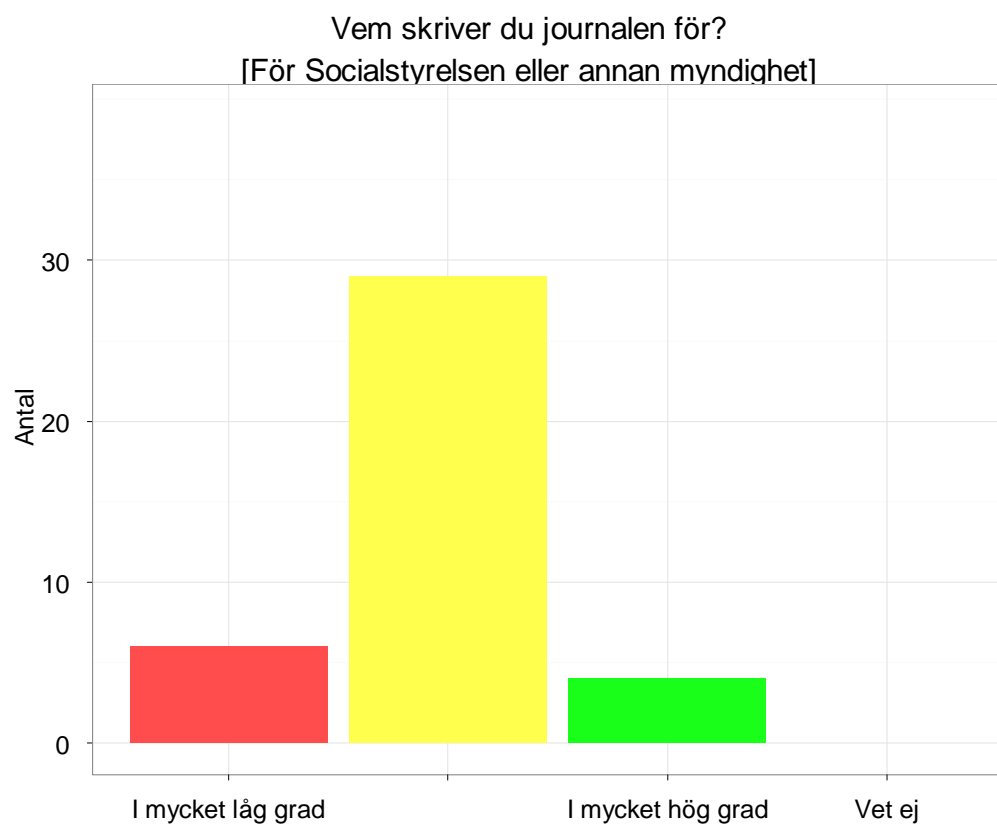
**Figur 4**



**Figur 5**



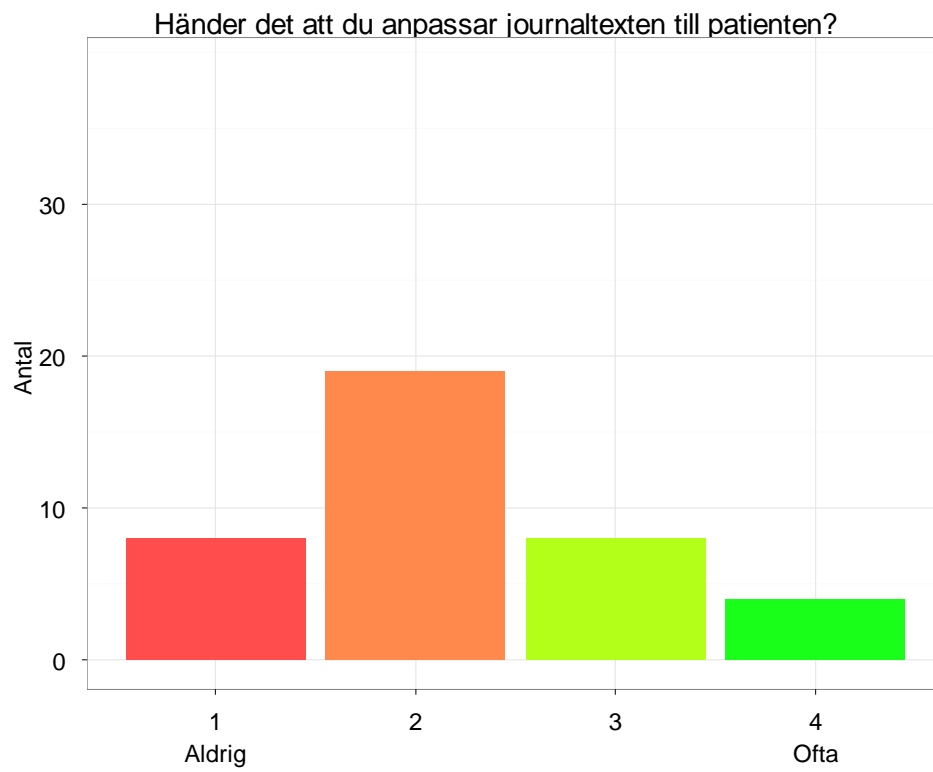
**Figur 6**



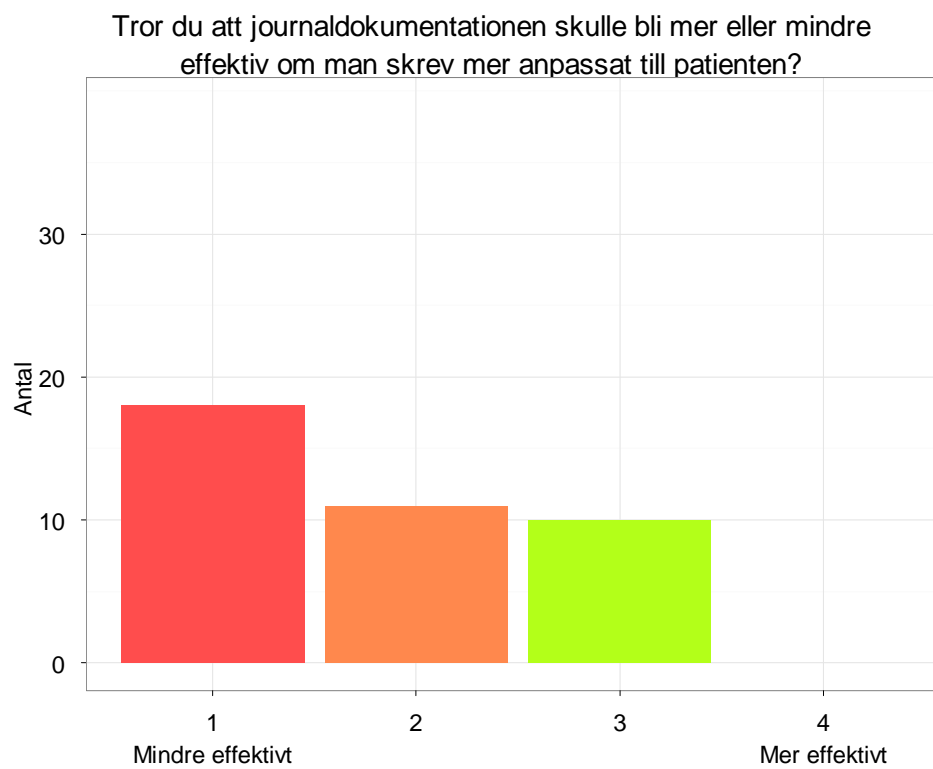
**Figur 7**



**Figur 8**



**Figur 9**



**Figur 10**

Händer det att du har svårigheter att förstå vad någon kollega har skrivit i en journal?

