Doktoravhandling

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2022:250

Hanne Rustad

Samspillet mellom skriftlig og muntlig risikokommunikasjon

Virksomhetsanalyse av en kommunikativ kjede i den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Avhandling for graden philosophiae doctor
Det humanistiske fakultet
Institutt for språk og litteratur

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Hanne Rustad

Samspillet mellom skriftlig og muntlig risikokommunikasjon

Virksomhetsanalyse av en kommunikativ kjede i den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, september 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for språk og litteratur

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Det humanistiske fakultet
Institutt for språk og litteratur

© Hanne Rustad

ISBN 978-82-326-6572-3 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-6782-6 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181 (trykt utg.)
ISSN 2703-8084 (online ver.)

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2022:250

Trykket av NTNU Grafisk senter

Forord

Gjennom studietiden i anvendt språkvitenskap kom jeg inn i et inkluderende og engasjert fagmiljø som tok imot meg som student på en slik måte at det føltes helt naturlig å bli værende. Jeg tok hovedfag og jobbet to år som universitetslektor ved tidligere Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier, i dag Institutt for språk og litteratur, før jeg fikk tilslag på en PhD-søknad ved instituttet. I perioden 2008-2013 hadde jeg det privilegium å være ansatt som stipendiat ved samme institutt ved Det humanistiske fakultet på NTNU. For alt dette er jeg svært takknemlig.

Professor **Gøril Thomassen Hammerstad** har vært veileder, støttespiller og et forbilde for meg gjennom årene ved instituttet og etterpå. Takk for din faglig stødige veiledning, tro på prosjektet og for din særegne evne til å oppmuntre og motivere. Jeg har lært mye av deg, ikke minst «å bygge stein på stein». En samtale med deg er alltid en real vitamininnsprøyting!

Professor **Lars Sigfred Evensen** har vært en erfaren veileder med det som jeg har opplevd som genuin tro på både prosjektet og meg. Ved siden av din faglige oversikt har din åpne holdning og optimisme på mine vegne vært svært motiverende når jeg selv har tvilt. Takk for stimulerende samtaler, latter og lærdom.

Professor **John-Arne Skolbekken** har vært en viktig støttespiller. Han åpnet døren til HUNT og det spennende datamaterialet jeg har jobbet med, og har vært en motivator underveis med viktig innsikt i den medisinske risikodiskursen. Takk for verdifulle innspill da du leste gjennom avhandlingen i sluttfasen.

Jeg skylder stor takk til **Steinar Krokstad** og **Jostein Holmen** ved HUNT forskningssenter for å ha gitt meg tilgang til det skriftlige datamaterialet fra HUNT3, stilt opp på intervjuer og gitt meg innsikt i HUNT. Ikke minst takker jeg **prosjektets informanter** for å ha stilt opp og gitt meg et verdifullt datamateriale.

Takk til professor **Aksel Tjora** for å ha lest over et tidlig utkast til avhandlingen og gitt innsiktsfull tilbakemelding på teksten.

Jeg vil takke miljøet i anvendt språkvitenskap for alt jeg har lært og for et godt fellesskap de årene jeg studerte og var ansatt ved seksjonen. **Gunhild Åm Vatn**, **Ellen Andenæs**, **Heidi Gilstad**, **Kristin Halvorsen**, **Julie Feilberg**, **Nancy Lea Eik-Nes** og **Ingrid Stock** har vært faglige inspirasjonskilder, støttespillere og gode kolleger. Jeg skylder en ekstra takk til **Nancy Lea Eik-Nes** for skriveinspirasjon og gode råd mot slutten av arbeidet. Takk også til **Siw Stensrud Jerve** som transkriberte legekonsultasjonene, og min bror **Einar Rustad** som sørget for transkripsjon av intervjuene.

En doktorgrad kan by på mange ensomme arbeidstimer, men ikke når du har **Marit Olave Riis-Johansen** som kontorkollega. Du har vært partner in crime og en kilde til utallige interessante og morsomme samtaler. Varm takk også til **Kari Sand** og **Johan Hjulstad** for faglig og sosialt fellesskap. I perioden jeg var tilknyttet Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier hadde jeg stor glede av kompaniskapet med andre

stipendiater ved Det humanistiske fakultet. **Guro Busterud** møtte jeg på ett av mine første forskerkurs, og vi har forblitt gode venner. Vi har hatt mange hyggelige pauser med kaffekoppen, og ikke minst trivelige treff med familiene våre. Takk også til **Mari Nygård**, **Stian Hårstad** og **Inger Johansen** for sosialt fellesskap underveis.

Professor **Srikant Sarangi** has contributed with everything from relevant literature to reflections on how to overcome different obstacles since the beginning of the project period. I have very much appreciated your insights and your generosity – not to mention all the social events with lovely Indian food.

Stian Hårstad har lest korrektur på avhandlingen. Tusen takk for ditt grundige blikk, effektive arbeid og tålmodighet med min personlige kommapraksis. Det som måtte gjenstå av skrivefeil, referansefeil o.l. tas helt og holdent på min kappe.

Da stipendet tok slutt, fikk jeg jobb i Eksperter i team på NTNU. Jeg er svært takknemlig for å jobbe i et raust og engasjert arbeidsmiljø, og jeg har lært mye av mine kolleger. En spesiell takk til **Bjørn Sortland**, som har gitt meg rom til å skrive, og som har latt meg prioritere avhandlingen i avtalte perioder. Takk for tålmodig tro på at jeg skulle fullføre arbeidet. Også en stor takk til **Hanne Charlotte Helgesen** og **Sigrid Westad Brandshaug** for gode samtaler og råd på veien mot målet, og til **Ela Sjølie** for verdifulle tilbakemeldinger på innlednings- og diskusjonskapittel, og for oppmuntrende råd.

En varm takk til mine foreldre, **Karin Elisabeth og Bjørn Mathias**. Dere har inspirert meg til å følge faglige interesser, gripe muligheter og har støttet valgene jeg har tatt. Å komme hjem til Kihlberg har vært en kilde til avkobling og ro. Dessverre gikk pappa brått bort i 2010. Hans innsiktsfulle spørsmål og interesse for arbeidet mitt er sammen med andre egenskaper dypt savnet. Jeg vet han ville vært stolt av at dette avhandlingsarbeidet nå er fullført. Mamma har, ved siden av å gjøre meg glad i ord og språk helt fra start, alltid vært min støttespiller og muntrasjonsråd, også når det gjelder avhandlingsarbeidet. Tilbud om hjelp i hverdagslogistikken har, tross fysisk avstand, ikke vært langt unna. Denne avhandlingen er naturligvis til dere begge.

Å være småbarnsmor med uferdig doktorgrad har vært en prøvelse for samvittigheten og utholdenheten min. Samtidig er jeg svært takknemlig for hvordan familien alltid lar meg bli påminnet det som er viktigst. En varm takk til **Mattis og Frida,** som begge kom til underveis i avhandlingsløpet. Dere sørger for nødvendig perspektiv, og har bragt grenseløst mye glede inn i hverdagen.

Sist, men ikke minst, takker jeg min kjære **Lasse** for all oppmuntring og støtte gjennom årene med avhandlingsarbeidet. Ditt rolige og alltid optimistiske vesen, sammen med din forløsende humor, har vært helt nødvendige ingredienser for at prosjektet nå er ferdigstilt. Du har stått last og brast med meg når det gjelder både teknisk og mental support. Takk for at du alltid er min trygge havn.

Trondheim, juni 2022

Hanne Rustad

Innhold

1. INNLEDNING 1

1.1. PROSJEKTETS MÅL OG BAKGRUNN 3

1.2 RISIKO OG RISIKOKOMMUNIKASJON 8

1.2.1 BEREGNING AV RISIKO 9

1.2.2 RISIKODISKURSER 11

1.2.3 RISIKO OG HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG 16

1.3 FELTET HELSE- OG RISIKOKOMMUNIKASJON: TIDLIGERE FORSKNING 20

1.4 PROBLEMSTILLINGER 25

1.5 AVHANDLINGENS OPPBYGNING 28

2. TEORI 31

2.1 DIALOGISME SOM TEORETISK PLATTFORM 31

2.2 INSTITUSJONELL KOMMUNIKASJON 34

2.3 DIALOGISK VIRKSOMHETSTEORI 35

2.3.1 KOMMUNIKATIVE VIRKSOMHETSTYPER 36

2.3.2 KOMMUNIKATIVE PROSJEKTER 38

2.4 DISKURS SOM TEORI OG METODE 40

2.4.1 DISKURSTEORI I ANVENDT SPRÅKVITENSKAP 41

2.4.2 ET DISKURSPERSPEKTIV PÅ HUNT 42

2.5 FRA TEORI TIL ANALYSE 43

2.5.1 VIRKSOMHETSANALYSE 43

2.5.2 TEMATISK ORIENTERT DISKURSANALYSE AV SYKDOMSRISIKO 44

2.5.3 RETORISK DISKURSANALYSE AV TEKSTLIGE PRAKSISER 47

2.5.4 ANALYTISKE KATEGORIER 48

3. MATERIALE OG METODE 57

3.1. ET KOMMUNIKATIVT VIRKSOMHETSPERSPEKTIV: METODISKE IMPLIKASJONER 57

3.2 MATERIALBESKRIVELSE: GENERERING, UTVALG OG BAKGRUNN 58

3.2.1 SKRIFTLIG MATERIALE: BRUKSTEKSTER I HUNT3 58

3.2.2 MUNTLIG MATERIALE: LEGEKONSULTASJONER 62

3.2.3 INTERVJU 67

3.2.4 KONTEKSTUALISERENDE TEKSTER 68

3.3 BEARBEIDING AV MUNTLIG MATERIALE: TRANSKRIPSJON 70

3.3.1 TRANSKRIPSJON AV LEGEKONSULTASJONENE 70

3.3.2 TRANSKRIPSJON AV INTERVJUENE 73

3.4 Analysemetode 73
3.4.1 Analyse av muntlig materiale 74
3.4.2 Analyse av skriftlig materiale 75
4. RETORISK DISKURSANALYSE AV BRUKSTEKSTER I HUNT3 77
4.1 Invitasjonsbrevet i HUNT3 79
4.1.1 Invitasjonsteksten 81
4.2 Informasjonsbrosjyren i HUNT3 85
4.2.1 Brosjyrens forside: «En time for bedre folkehelse» 85
4.2.2 «Hva er HUNT 3?» 92
4.2.3 «Vil du delta?» 97
4.2.4 «Slik foregår helseundersøkelsen» 104
4.2.5 «Kan vi be deg om litt til?» 108
4.2.6 Forskningsetikk 113
4.2.7 Samtykke: «Vil du delta?» 117
4.2.8 Oppsummering av HUNT3s invitasjonsbrev og informasjonsbrosjyre 120
4.3 HUNT3s nettsider 123
4.3.1 «Her er HUNT 3 nå» 126
4.3.2 «Du kan stole på HUNT 3» 129
4.3.3 «Slik foregår undersøkelsen» 135
4.3.4 «HUNT Biobank» 136
4.3.5 Tekster fra nyhetsarkivet 141
4.3.6 Oppsummering av analysen av HUNT3s nettsider 159
4.4 Tilbakemeldingsteksten i HUNT3 162
4.4.1 «Her er dine resultater» 162
4.4.2 Kontekstualisering av målingene 167
4.4.3 «Informasjon om prøvene og målingene» 169
4.4.4 Livsstilsråd som kommunikativt prosjekt: «Gode vaner for din helse» 172
4.4.5 Oppsummering 176
5. TEMATISK ORIENTERT DISKURSANALYSE AV LEGEKONSULTASJONER ETTER HUNT3 179
5.1 Bakgrunn 180
5.1.1 Legekonsultasjonene som virksomhetstype 181
5.1.2 Faser i konsultasjonene 182
5.2 Forklaringer og vurderinger av sykdomsrisiko 184
5.2.1 Eksempel 1, Peder 184
5.2.2 Eksempel 2, Pernille 187
5.2.3 Eksempel 3, Pernille 191

5.2.4 Eksempel 4, Petra 194
5.2.5 Eksempel 5, Petra 200
5.2.6 Eksempel 6, Pål 205
5.2.7 Eksempel 7, Paula 207
5.2.8 Eksempel 8, Pia 210

5.3 Uro og bekymring for sykdomsrisiko 215

5.3.1 Eksempel 1, Pernille 215
5.3.2 Eksempel 2, Per 218
5.3.3 Eksempel 3, Peder 222
5.3.4 Eksempel 4, Petra 224
5.3.5 Eksempel 5, Petra 228
5.3.6 Eksempel 6, Petrine 231

5.4 Oppsummering av konsultasjonsanalysene 234

6. DISKUSJON 237

6.1. HUNT3 i et kommunikativt virksomhetsperspektiv 237

6.1.1 HUNT3 som kommunikativ virksomhet 238
6.1.2 HUNT3 som kommunikativt prosjekt 243

6.2 Risikokommunikasjon i HUNT3 245

6.2.1 Utviklingslinjer i HUNT 245
6.2.2 HUNTs lansering av deltaker- og pasientdiskurser 249

6.3 Samspillet mellom skriftlig og muntlig kommunikasjon i HUNT3 252

6.3.1 Intertekstualitet i HUNT3 253
6.3.2 Multimodalitet i HUNT3 255

7. KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE 259

7.1 Oppsummering og konklusjon 259

7.2 Generalisering av studien: Muligheter og begrensninger 260

7.3 Prosjektets nytteverdi 262

7.3.1 Relevans for praksisfeltet 263
7.3.2 Relevans for fagfeltet 264

7.4 Videre forskning 266

LITTERATURLISTE 269

VEDLEGG 283

1. Innledning

Det er et paradoks i tiden at til tross for at vi som bor i Vesten, aldri har vært friskere eller levd lenger enn vi gjør i dag, er vi mer bekymret for helsa vår enn noensinne (Barsky 1988, Porter 1999, Jones 2013). I takt med at kunnskap om sykdom, helse, sykdomsforebygging og risikofaktorer har økt, har vår subjektive oppfatning av hvor godt vi har det helsemessig, dalt. Dette henger sammen med flere faktorer, for eksempel at kroniske sykdommer følger økt levealder, økt bevissthet i befolkningen om livsstil, kosthold og livsstilsrelaterte sykdommer, kommersialisering av helse, og et sterkt mediefokus på sykdom og helse (Barsky 1988). Befolkningen har blitt mer bevisst på risikoer forbundet med våre gener, vår livsstil og våre valg, noe som fører til en høyere bevissthet om risikofaktorer og ubehag og frykt i forbindelse med dette. Dette har skapt begrepet, eller skal man si diagnosen, «the worried well», en betegnelse på mennesker som til tross for fravær av sykdom er bekymret og urolige for helsa si (Shickle & Chadwick 1994). Sykdomsrisiko, bekymring og uro er nøkkelbegreper i denne avhandlingen hvor fokuset er skriftlig risikokommunikasjon i den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (heretter omtalt som HUNT3) og muntlig risikokommunikasjon i lege–pasient-konsultasjoner. I gjennomføringen av helseundersøkelsen retter Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag[1] (heretter omtalt som HUNT) seg kommunikativt mot befolkningen, gjennom ulike sjangre og på ulike tidspunkt. Dette skjer gjennom rekrutteringsmateriell, informasjon på egne nettsider, etter hvert brev med resultater fra gjennomført helseundersøkelse, og i siste instans konsultasjoner med fastlege. Dette er hva jeg vil referere til som HUNTs kommunikasjonskjede, og jeg har valgt noen sentrale ledd i denne kjeden som materiale for dette doktorgradsprosjektet.

Siden midten av 1980-tallet har forskere i HUNT forsøkt å komme nærmere svar på hvordan livsstil og folkesykdommer henger sammen. Gjennom et massivt datamateriale

[1] I forbindelse med fylkessammenslåingen høsten 2019 skiftet Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag navn til Helseundersøkelsen i Trøndelag. I denne avhandlingen brukes navnet på undersøkelsen slik det var i perioden for HUNT3 i 2006-2008.

gitt av innbyggere i Nord-Trøndelag forskes det på store helserelaterte utfordringer, så som hjerte- og karsykdommer, diabetes og mental helse (Krokstad et al. 2013). Deltakerne har blitt målt og veid, avgitt blodprøver og svart på helse- og livsstilsrelaterte spørreundersøkelser for at forskerne i HUNT skal komme nærmere svar på hvilke faktorer som påvirker sykdom og helse, og hvordan helseplagene som rammer mange av oss i løpet av livet, skal kunne forebygges, holdes i sjakk og bekjempes. HUNT rekrutterer bredt til helseundersøkelsen gjennom ulike informasjonskanaler som brev, brosjyrer og nettsider, og formidler senere resultatene tilbake til den enkelte deltaker. En del av deltakerne tar kontakt med fastlegen sin for oppfølging av resultatet fra helseundersøkelsen. Det er disse ulike skriftlige og muntlige møtestedene mellom HUNT og befolkningen i Nord-Trøndelag som utgjør den kommunikative kjeden som er utgangspunktet for denne avhandlingen. Bak befolkningsundersøkelser av den typen HUNT representerer, ligger det en årelang og omfattende diskusjon om hvordan de individuelle resultatene bør kommuniseres. Fordi man i HUNT rekrutterer bredt, betyr det at mange som i utgangspunktet anser seg selv for å være friske, blir klar over at man er i risikosonen for en sykdom. Spenningen som ligger i det å balansere informasjon *om* risiko med oppfatninger *av* risiko, er omtalt i flere sammenhenger, blant annet av Getz (2006), Carlsen (2008), Thelle et al. (2001) og Swensen (2000). I HUNT har diskusjonen blant annet handlet om hvordan deltakere skal informeres om funnene fra de individuelle undersøkelsene, både med tanke på å unngå å alarmere deltakere unødig, i hvilken grad man skal gi helseråd, og hvordan deltakerne vil forstå resultatene som kommuniseres ved hjelp av tallverdier[2].

Ettersom HUNT både er en befolkningsundersøkelse med fokus på forskning og en helseundersøkelse av hver enkelt deltaker, kan HUNT fremstå som en tvetydig undersøkelse. Dette gir grunnlag for å stille spørsmålet om hvorvidt HUNT lykkes i å

[2] Denne diskusjonen i HUNT ble gjort rede for i intervju med daværende prosjektleder i HUNT, Steinar Krokstad, 10.11.2008, jf. kapittel 3.2.3.

balansere ulike behov, behovet for individuell oppfølging på den ene siden og HUNTs eget behov for et tilfredsstillende datamateriale på den andre. Mitt ønske er å løfte frem kompleksiteten i HUNTs tvetydighet i deres henvendelser til mulige deltakere og i faktisk kommunikasjon med rekrutterte deltakere. En diskursanalytisk innfallsvinkel gjør det mulig å studere denne problemstillingen empirisk. Sarangi og Candlin (2003) sier følgende om hva som er fokus i diskursanalytiske studier med empiri fra autentisk muntlig og skriftlig kommunikasjon: «Discourse analysis is centred around understanding the multi-functional, context-specific nature of language use both in written texts and in spoken interaction (…)» (Sarangi & Candlin 2003: 116). Det skriftlige og muntlige materialet (kapittel 4 og 5) som er grunnlaget for denne avhandlingen, kan således gi innblikk i hvordan helse- og risikoinformasjon kan forstås og fortolkes diskursivt, og dermed gi et supplerende perspektiv for befolkningsundersøkelser slik som HUNT (Sarangi & Candlin 2003).

1.1. Prosjektets mål og bakgrunn

Målet med dette doktorgradsprosjektet er å analysere den tredje Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) som kommunikativ virksomhet, med fokus på hvordan temaet *risiko for sykdom* kommer til uttrykk i ulike skrevne tekster fra HUNT til befolkningen og i muntlige konsultasjoner mellom deltakere i HUNT3 og fastlegen deres i etterkant av HUNT-deltakelse. I analysen av det skriftlige HUNT-materialet vil jeg studere hvordan HUNT, gjennom bruk av ulike retoriske ressurser, balanserer ulike kommunikative prosjekt (Linell 2011) i henholdsvis rekrutteringsmateriell, informasjon på nettsider og i skriftlig tilbakemelding av helseresultater til deltakerne. Disse kommunikative prosjektene handler blant annet om å gi deltakerne forståelig informasjon som vil sette dem i stand til å foreta et informert samtykke om deltakelse, å unngå å forurolige deltakerne i undersøkelsen unødig, informere om resultatene fra undersøkelsen og oppfordre deltakere med påvist sykdomsrisiko om å gjøre tiltak for å få redusere risikoen for sykdom. Denne balansegangen danner også bakteppet for de legekonsultasjonene som er en følge av at noen deltakere i HUNT3 blir anbefalt å kontakte fastlege på

bakgrunn av resultatene fra deres individuelle helseundersøkelse. Som det vil komme frem av analysen, finnes det flere eksempler på at informasjonsbrosjyren, nettsidene og tilbakemeldingsbrevet refererer til legekonsultasjonene som oppfølging, og at konsultasjonene refererer tilbake til de ulike tekstene fra HUNT3. Dette vil jeg komme tilbake til.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har gått over fire faser, HUNT1 (1984–86), HUNT2 (1995–97), HUNT3 (2006–08) og sist HUNT4 (2017–19). Denne utstrekningen i tid har gjort det mulig for forskerne i HUNT å samle data fra de samme deltakerne i over fire tiår, noe som gjør HUNT til en unik helseundersøkelse i verdenssammenheng. I HUNT1 deltok hele 74599 personer i undersøkelsen, nærmere bestemt 88,1 % av alle inviterte. Deltakerprosenten har imidlertid sunket etter HUNT1, men det har likevel vært mange som har vist fortsatt interesse for å delta i undersøkelsen. De som deltok i HUNT3, mottok ingen annen form for godtgjørelse enn en gratis helseundersøkelse. For å gjøre det enklere å delta, og dermed også å sikre nok deltakere, reiste helsepersonell i HUNT3 fra kommune til kommune til på forhånd angitte tidspunkter/steder i en buss med det som trengtes for å gjennomføre de individuelle helseundersøkelsene. Dette ble gjort på en annen måte i HUNT4, hvor innsamlingen av materiale var mindre mobil, og hvor det i større grad ble brukt utlodning av premier som insentiv for å delta.

I løpet av HUNT-prosjektet har det foregått interne diskusjoner om hvordan de individuelle resultatene fra den enkelte deltakers undersøkelse skal formidles tilbake til deltakeren, og hvordan HUNT skal formidle resultater som viser sykdomsrisiko hos deltakerne. Hvordan et risikotall oppfattes av den enkelte deltaker, vil være ulikt og er sammensatt, et tema som har fått oppmerksomhet innenfor diskursstudier (Adelswärd & Sachs 1996; 1998, Thomassen & Sarangi 2012). Hvordan risiko og risikogrensene skal defineres, har også vært et viktig tema i HUNT-prosjektet, og diskusjonene bak hva som skal tolkes som risiko for sykdom, har lagt føringer for hvordan forskerne i HUNT

kommuniserer med befolkningen i Nord-Trøndelag. For hvor settes grensen for hva som skal tolkes som risikabelt? Hva er lav risiko? Høy risiko? En stillesittende mann på 72 år med forhøyede kolesterolverdier kan leve i mange friske år, mens en sprek tobarnsmor på 45 kan få påvist brystkreft som lyn fra klar himmel. Påvist risiko trenger ikke å føre til sykdom, og en med påvist lav risiko kan likevel ende opp som pasient. Forsmo og Hetlevik (2008: 444) påpeker fra et samfunnsmedisinsk ståsted følgende: «'Grensedebatten' er også en verdidebatt; ved hvilket risikonivå er det riktig å gi en frisk person en risikomerkelapp, gjøre vedkommende til en risikant?» Et tall som viser risiko, forteller oss naturlig nok ikke alt, og det er derfor en kompleks øvelse å avgjøre hvilke grenseverdier som skal vise forhøyet risiko, og hvilke verdier som ikke skal det. Det er også slik at modeller som skal vise hvem som inngår i en risikogruppe, hvem som er i høyrisikogruppen, og hvem som er utenfor, kan tolkes forskjellig og kan dermed ikke forstås som objektive modeller. Grenseverdiene i slike modeller er også tall som kan diskuteres. Slike modeller kan derfor bidra til å konstruere risikogrupper, med de fordeler og ulemper det kan ha (Fosket 2004).

En viktig debatt i HUNT-organisasjonen har dreid seg om hvordan HUNT-forskerne skal kommunisere om temaet sykdomsrisiko når det gjøres medisinske undersøkelser av en hel befolkning. HUNT legger til grunn et folkehelseperspektiv: Forskerne i HUNT ønsker at folks helse skal bli bedre, noe som kommer til uttrykk i informasjonsbrosjyren, på nettsidene og i tilbakemeldingsbrevet som brukes i HUNT3. Men å informere om hvilken risiko deltakere i en slik undersøkelse har for å utvikle sykdom, kan i noen tilfeller føre til så store bekymringer for enkeltindivider at også dette blir ansett som negativt for helsa. I en språkvitenskapelig studie av risikosnakk i ulike helsefaglige kontekster kommer Linell et al. (2002: 197) med følgende påpekning:

> However, once a person knows that she or he is at risk, the person often starts to feel uneasy; it is possible that she or he begins to feel sick and indeed becomes sick. Talk about diseases, diagnoses, and also risks may cause anxiety, psychosomatic symptoms, and the subjective experiences of illness. Risk discourse, it appears, is itself risky (Adelswärd & Sachs, 1998) (…) Therefore, talking to patients about risks is a delicate matter.

Informasjon om helsa er med andre ord ikke udelt positivt, det har også implikasjoner for folks livskvalitet. Det er et uttrykt ønske fra HUNT sin side at deltakelse i undersøkelsen ikke skal medføre personlig belastning for den enkelte deltaker, som er en viktig betingelse når man systematisk samler inn helsedata slik som i HUNT3, eller screener for sykdom (Wilson & Jungner 1968). Dette gjør at HUNT har måttet foreta en nøye vurdering av grensene for hva som skal defineres som sykdomsrisiko.[3] Likeledes: Når en hel befolkning skal undersøkes, vil en konsekvens av dette være en vesentlig belastning på den kommunale helsetjenesten i Nord-Trøndelag. Alle deltakere som får brev om at resultatene fra undersøkelsen viser at man er i risikosonen for sykdom, anbefales å ta kontakt med den enkeltes fastlege for videre oppfølging. Hva som defineres som normalområdet for de ulike prøvene HUNT tar, vil ha konsekvenser for hvem som får et brev med en slik oppfordring. På den ene siden vil en innskrenking av normalområdet kunne føre til at flere havner i en risikosone og blir oppfordret til å kontakte fastlege, og fastlegene vil kunne få flere henvendelser enn de kan hanskes med. På den annen side vil en utvidelse av normalområdet kanskje ikke fange opp deltakere som har tegn på fremtidig sykdom, noe som i verste fall kan få alvorlige konsekvenser. Getz et al. (2004) problematiserer hva europeiske kliniske retningslinjer for hva som skal forstås som risiko for hjerte- og karsykdommer, kan bety for populasjonen slik den var i HUNT2. De viser at om man skulle legge de europeiske retningslinjene for forebygging av kardiovaskulær sykdom til grunn, ville 76 prosent av alle individer mellom 20 og 79 år som deltok i HUNT2, ha en ugunstig risikoprofil. Dette illustrerer hvilke følger slike retningslinjer på befolkningsnivå kan få for enkeltindivider – og for jobben til fastlegene.

Belastningen på helsevesenet er en tungtveiende grunn til å utvide risikogrensene for de medisinske målingene som gjøres i HUNT3, i forhold til for eksempel vanlig

[3] Opplysningene er hentet fra forskningsintervju med daværende prosjektleder i HUNT, Steinar Krokstad, og tidligere HUNT-leder Jostein Holmen 13.08.2009, jf. kapittel 3.2.3.

allmennpraksis. Hva som anses som risiko, er med andre ord en delvis fremforhandlet størrelse. På bakgrunn av dette blir det ikke mindre forståelig at HUNT ser det som en uttalt utfordring å formidle potensielle helsefarer til sine deltakere. De deltakende nordtrønderne vil få langt mer innsyn i sin egen helse enn hva de ville fått uten HUNT, både på godt og vondt. Hvordan deltakerne reagerer på slike budskap, varierer fra individ til individ; noen ønsker å vite mest mulig, mens andre foretrekker å leve i uvitenhet om mulige farer i fremtiden, og mange har kanskje også et tvetydig forhold til egen sykdomsrisiko. I faktisk muntlig og skriftlig kommunikasjon kan det å relatere seg til risikotall eller graderinger av risiko som institusjonen har definert, være en kommunikativt krevende oppgave for profesjonsutøveren. Denne typen risikovurdering har fått oppmerksomhet i en del diskursanalytiske studier, så som Adelswärd og Sachs (1996; 1998), Linell og Bredmar (1996), Sarangi et al. (2003) og Thomassen og Sarangi (2012).

En diskursanalytisk innfallsvinkel gjør det mulig å studere kommunikative problemstillinger fra HUNT3 empirisk og situert: «A topic such as risk communication which is primarily a language-oriented activity lends itself for discourse analytical work.» (Sarangi & Candlin 2003: 116) Innfallsvinkelen gir en mulighet for å forstå HUNT-materialet i lys av virksomhetens ytre og indre sammenheng (Thomassen 2005), altså de kontekstuelle premissene og forventningene i form av HUNT3s invitasjonsbrev, informasjonsbrosjyre og nettsider, som i sin tur omkranser faktisk kommunikasjon med deltakere i form av skriftlig og muntlig tilbakemelding og kommunikasjon om risiko. Med utgangspunkt i et materiale bestående av ulike skriftlige tekster fra HUNT til (mulige) deltakere i helseundersøkelsen, og muntlige konsultasjoner mellom fastlege og folk som har deltatt i HUNT3, vil jeg undersøke hvordan kommunikative utfordringer knyttet til en stor befolkningsundersøkelse blir håndtert i folkehelseprosjektet Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

1.2 Risiko og risikokommunikasjon

Ettersom risiko er et nøkkeltema i denne avhandlingen, vil jeg i det følgende gjøre rede for hvilke forståelser av risiko som aktualiseres i mitt prosjekt.

Risiko er ofte forstått som et negativt ladet ord som handler om sannsynligheten for at en uønsket hendelse inntreffer (Adelswärd & Sachs 1998, Linell et al. 2002, Lupton 1993). Risiko som fenomen har blitt et av vår tids mest aktuelle tema (Beck 1992, Giddens 1991, Lupton 2013), noe som blant annet gjenspeiles i medienes jevnlige oppslag der risiko, knyttet til alt fra helsenyheter til terrorfare og ekstremvær, er hyppig tematisert. Risiko er også et ord som brukes i dagligspråket, og dessuten et fenomen mennesker stadig forholder seg til, på den ene eller den andre måten.

> Både i medisinen og livet elles brukes omgrepet risiko om vidt ulike fenomen, frå den psykologiske risikoen ved å opne seg for andre menneske til risiko for framtidig sjukdom og død. Utan at fenomenet bestemmes (sic!) kontekstuelt, altså settes inn i ein bestemt meiningsskapande samanheng, blir omgrepet i seg sjølv relativt meiningstomt. (Nessa 2000: 17)

En utfordring ved begrepet «risiko», slik John Nessa peker på i sitatet ovenfor, er at det ikke har et entydig og objektivt innhold, noe som også har vært problematisert i annen litteratur om risiko (se for eksempel Aursnes 2006, Lupton 2013, Swensen 2000, Thelle et al. 2001, Waters, McQueen & Cameron 2014). Det er ikke mitt anliggende å gi et fullt og oversiktlig bilde av risikobegrepets mangetydighet i denne avhandlingen, men jeg vil gjøre en avgrensning av hvordan risikobegrepet vil bli brukt videre i teksten. Først og fremst er risikobegrepet i denne teksten avgrenset til det som har med **helse** og **helsevesen** å gjøre. Empirien for undersøkelsen er hentet fra helsevesenet, både fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og fra allmennpraksis i kjølvannet til HUNT.

Selv om fenomenet og begrepet risiko er en del av vårt dagligliv og dagligspråk, har det ikke alltid hatt den samme fremtredende plassen i medisinen. «Risiko er blitt et stadig

viktigere begrep i medisinen, i kurativ så vel som i den forebyggende sammenheng», skriver Skolbekken (1996: 2673). Han fremholder at vi kan snakke om en risikoepidemi i den medisinske sfære, hvor bruken av risikobegrepet og fokuset på risiko og forebygging har hatt en sterk økning fra 1960-tallet (Skolbekken 1996: 2673; 1995). Når ordet epidemi brukes om fenomenet risiko, hentyder dette til at et økende risikofokus ikke bare redder liv, men også skaper problemer:

> Å avsløre en tikkende bombe for derved å forhindre at den sprenges er utvilsomt en god gjerning. Å informere om tikkende bombers eksistens er imidlertid en mer tvetydig oppgave, for er det ikke selve kjernen i det som kalles terror å opplyse om tikkende bombers eksistens og opplyse at du aldri kan føle deg trygg? (Skolbekken 2010: 79)

Økende risikofokus gir oss altså et dilemma ved at det i noen tilfeller kan forhindre sykdom eller skade, men det kan også bidra til økende grad av uro og bekymring i en befolkning, slik HUNT3 er et eksempel på. Mitt teoretiske utgangspunkt er at risiko må forstås diskursivt: Risiko forhandles, det er omskiftelig og dynamisk (Lupton 2013, Sarangi & Candlin 2003). I det følgende vil jeg løfte frem noen problemstillinger i tilknytning til risiko som er relevante i forståelsen av HUNT-materialet.

1.2.1 Beregning av risiko

> Mathematical values and statistical probabilities are strong metaphors that clinical medicine uses to take the proper preventive measures. But if we are not familiar with the symbols on the chart – if we cannot interpret the meaning of the numerical values – they will be of no assistance in our navigation. (Adelswärd & Sachs 1998: 208)

I medisinen, som i andre fag, beregnes risiko ved hjelp av tall. Tallene kan si noe om *sannsynligheten* for at en hendelse inntreffer ved gitte omstendigheter, for eksempel at det er 5–10 % høyere risiko for å få en hjerte–karsykdom for en mann på over 60 som røyker, enn for en kvinne på over 60 som ikke røyker. Kommunikasjon om sannsynlighet for sykdom er et tema som også har vært utforsket fra et språkvitenskapelig diskursperspektiv, med utgangspunkt i genetiske veiledningssamtaler (Sarangi 2002,

Thomassen & Sarangi 2012). Hvordan tall oppfattes og tolkes av den enkelte av oss, varierer. Sikkert er det i hvert fall at tall alene ikke gir et entydig bilde av virkeligheten. Sannsynligheten for at en hendelse inntreffer, er basert på befolkningsundersøkelser (som HUNT), men det som gjelder en befolkningsgruppe, behøver naturligvis ikke å gjelde for enkeltpersoner (Mjell et al. 1994: 26). Risikoberegninger gjøres ut fra gruppebasert kunnskap (Hollnagel 1999), som kan skape forvirring på individnivå. Hvem som vil utvikle sykdom, er umulig å vite, selv når en person er i en høyrisikogruppe (Hollnagel 1999: 4). I tillegg kan sykdom og helseproblemer være sammensatt av flere årsaker som også kan forsterke hverandre, såkalt multikausalitet (Braut & Larsen 2018).

Forståelsen av et tall kan dessuten tolkes ulikt fra person til person, for eksempel hos en lege i forhold til en pasient (Teigen 2001, Adelswärd & Sachs 1996; 1998). Noen synes 5 % forhøyet risiko er et høyt tall, andre vil mene det er lavt. Ord som «høy» og «lav» er dessuten beskrivelser som kan tolkes forskjellig, og de gir oss ikke et klart bilde av risikosituasjonen. Når vi samtidig vet at mennesker med risiko for sykdom (gjennom for eksempel røyking) i mange tilfeller kan leve lenger enn mennesker uten de samme risikofaktorene, kan risikobegrepet bli ullent og problematisk å skulle forholde seg til, både for pasienter og helsepersonell:

> Sannsynlighetsberegninger er vanskelige å tolke. Selv personer som jobber med risikobegrepet til vanlig, vil vurdere en spesiell risiko forskjellig, alt etter hvordan risikoen presenteres (Morgan 1993). For eksempel kan det høres farligere ut at det er 1% risiko, for komplikasjoner ved en operasjon enn at det er 99% sjanse for at det går bra. Helsearbeidere som skal kommunisere om risiko, må både kunne formidle noe om risikobegrepet og forstå noe om hvordan pasienten opplever en antatt risiko. De skal også kunne gi et forståelig svar på hvor mye risikoen blir redusert dersom pasienten følger de råd som gis. (Mjell et al. 1994: 26–27)

Hvordan målinger og risiko formidles, tolkes og forstås, er interessante problemstillinger som jeg vil komme inn på i analysen av legekonsultasjonene i kapittel 5.2.

1.2.2 Risikodiskurser

Et diskursperspektiv i denne avhandlingen innebærer å forstå språkbruk og omkringliggende kontekstuelle faktorer, så som politikk, kultur, normer og verdier, som vevet sammen (Jørgensen & Phillips 1999, Pennycook 1994, Sarangi & Coulthard 2000). Risikodiskurser har fått mye fokus innenfor Foucault-tradisjonen (Dean 2010) hvor maktperspektivet har vært sentralt, men i denne studien legger jeg til grunn et språkvitenskapelig perspektiv på risikodiskurser. Med denne forståelsen til grunn kan risiko også sees i et diskursperspektiv. Risiko er alltid diskursivt og dialogisk konstituert (Sarangi & Candlin 2003: 119), noe som innebærer at risiko er en dynamisk størrelse som får sin mening gjennom språkbruk og handlinger. Det er relevant å snakke om ulike forståelser av risiko, altså risikodiskurser, som har utspring i ulike måter å tenke, tolke og ta hensyn til risiko på.

> Discourses both delimit and make possible what can be said and done about phenomena such as risk. Thus, for example, it may be said that there are a series of discourses on risk that serve to organize the ways in which we perceive and deal with risk. Discourses are constantly in a state of flux: some come to prominence at certain times but then make way for others, and this has implications for our understanding of and response to phenomena. (Lupton 2013: 23)

Som Deborah Lupton beskriver i sitatet ovenfor, er oppfatninger av risiko dynamiske og omskiftelige sett fra et diskursperspektiv. Skolbekken (1996) gjør rede for hvordan risikobegrepet har forandret seg fra å være et fremmedord for «fare» til i dag å være «et sett av vitenskapelige baserte uttrykk for ulike mål på sannsynlighet for morbiditet og mortalitet» (Skolbekken 1996: 2674). Risikobegrepet har i dag en sentral rolle i epidemiologien og ligger til grunn for sykdomsforebyggende arbeid. Jeg vil nå ta for meg noen risikoforståelser som har vært og er i endring, og som har betydning for den videre tolkningen av mitt materiale.

Risiko og ansvar

Et betimelig spørsmål når risiko for sykdom påvises, er hvem som har ansvaret for forebygging. Når det gjelder helse, er det ikke bare enkelt å svare på dette spørsmålet. Er det helsevesenets ansvar å følge opp? Eller er det vårt eget ansvar når vi har fått påvist risiko for å utvikle en sykdom? Er det i så fall forskjell på risikofaktorer? Vil overvekt og arv for eksempel forstås ulikt? Hvem som har ansvaret for helsa vår, kan sies å ha gått gjennom et skifte i tenkemåte i løpet av de siste tiårene, noe som blant annet gjenspeiles i HUNT (Carlsen 2008). Under HUNT1 på midten av 1980-tallet ble tilbakemeldingsbrevet med resultatet fra undersøkelsen til de som deltok, sendt direkte til vedkommendes lege, og HUNT-deltakerne fikk beskjed fra legen dersom det var noe som skulle følges opp. Under HUNT2 på midten av 1990-tallet ble tilbakemeldingsteksten sendt til både deltakeren selv og dennes lege, mens i HUNT3 ble resultatene kun sendt til deltakerne, med beskjed om at vedkommende ble anbefalt å selv ta kontakt med fastlege dersom resultatene viste at dette var nødvendig. Dette eksempelet viser at spørsmålet om hvem som har ansvaret for å følge opp sykdomsrisiko, har forandret seg, fra å være helsevesenets (i HUNTs tilfelle er det fastlegekontorene) anliggende til mer å bli et individuelt ansvar. Dette er i tråd med den generelle utviklingen i moderne, vestlige samfunn hvor en individualisert tilnærming til sykdom står sterkt (Hedlund 2008). I HUNT3 er det altså opp til hver enkelt deltaker om man ønsker å gå videre med oppfølging hos fastlegen, noe som igjen avhenger mye av hvordan risiko for sykdom forstås av den enkelte. Interessant å merke seg er det at i HUNT4 gikk HUNT tilbake til å sende resultatene fra den individuelle helseundersøkelsen til både deltaker og fastlege, med mindre de hadde reservert seg mot dette. Årsaken til endringen var at en overvekt av deltakerne og fastlegene ønsket å ha informasjonen lagret hos legen, i tillegg til at erfaringen fra HUNT3 var at mange glemte å ta med seg resultatene når de møtte på legekontoret for oppfølging.

Risikodiskurser knyttet til ansvar kan også bli *moralske* diskurser. Studier av genetiske veiledningssamtaler viser at pasienter/klienter gjerne rammer inn ønsket om genetisk

testing ved å vise til et ansvar for familien, spesielt egne barn (Thomassen, Sarangi & Skolbekken 2016, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Informasjon og kunnskap om egen helse, slik HUNT tilbyr deltakerne i studien, kan også tenkes å gi moralske implikasjoner når det gjelder hvordan kunnskapen kan påvirke både deltakerne, men også deres nærmeste. Anderssen (2000) viser i en artikkel hvordan mange av oss, til tross for kunnskap om at arv spiller en rolle, skylder på oss selv og vår livsførsel når vi får påvist forhøyet kolesterol. I en tid hvor livsstil og helse er et hyperaktuelt tema, kan følelsen av at man selv bærer ansvaret for egne helseproblemer, ligge særlig latent. Overvekt er et eksempel på et helseproblem hvor samfunnsdebattantene ofte er svært uenige om hvor ansvaret ligger, og hvor det er tydelig innslag av moralske pekefingre fra flere hold.[4] Et annet eksempel er røyking, hvor hva som er innenfor og hva som er utenfor, har vekslet og kan spores i sigarettens historie de siste 60–70 årene. Å røyke har gått fra å være et statussymbol til å bli en opplest og vedtatt helsefiende, mens per i dag ligger ansvaret også (delvis) på tobakksindustrien som pålegges å trykke antirøykekampanjer på sine egne tobakksprodukter. Selv om folk har et individuelt ansvar, tar Staten slik sin del av ansvaret ved å pålegge tobakksindustrien å advare tydelig mot helseskadene som røyking kan medføre, i tillegg til innføring av røykeforbud på offentlige steder. Dette kan også leses som at Staten ikke stoler på at individet vet sitt eget beste, og påbudet blir således en moralsk handling på mer enn en måte.

Risiko og medikalisering

Samtidig som forståelser av risiko har endret seg, har medisinsk aktivitet endret seg fra å primært være behandlingsrettet til å bli mer forebyggende (Rørtveit & Strand 2001: 1382). Dette henger ifølge Rørtveit og Strand sammen med en endring i sykdomsbildet i Vesten de siste hundre årene, hvor fokus har endret seg fra akutte til kroniske sykdommer (for eksempel diabetes og hjerte- og karsykdommer). Denne endringen er i

[4] Et eksempel på dette er ordskiftet som pågikk i 2010-2012, der Kari Jaquesson, tidligere tv-profil og «trimdronning», debatterte med Jørgen Foss, daværende leder for Landsforeningen for overvektige (se f.eks. Wergeland 2010).

tråd med forståelsen om at forestillinger om helse og sykdom ikke er gitt fra naturen, men er menneskeskapte (Lian 2012: 38, Hofmann 2008). Hva vi i den vestlige verden definerer innenfor den medisinske sfære, har endret seg over tid, og synet på behandling og forebygging likeså. Fokuset på risikofaktorer har vært økende, slik Rørtveit og Strand (2001: 1383) hevder i artikkelen «Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen»: «Påvisning av risikofaktorer er imidlertid av stor interesse i vårt samfunn, med dertil hørende oppslag i mediene».

Når oppmerksomheten på risikofaktorer i helsesammenheng er økende, er potensialet for medikalisering også økende:

> Et viktig trekk ved utviklingen de siste tiårene er at den bidrar til å medikalisere stadig større befolkningsgrupper. Denne medikaliseringen henger bl.a. sammen med en epidemisk vekst i våre kunnskaper om risiko. (Skolbekken 2001: 187)

Risiko i medisinsk sammenheng berører selve sykdomsbegrepet. Det handler om hvor grensene går for hva som defineres som sykt eller friskt (Christie 2000: 12). En sentral diskusjon i kjølvannet av det voksende fokuset på risiko blir dermed i hvilken grad risikofaktorer alene skal være avgjørende for medisinering av i utgangspunktet friske mennesker. Skolbekken (2008: 19) peker på det paradokset det er at økt kunnskap om risikofaktorer, og økning av forebyggende medisiner som en følge av dette, skaper en konstant påminner om vår egen sårbarhet som mennesker. Kunnskap og visshet om risiko for sykdom har altså ubehagelige bivirkninger i seg selv. Å leve med en uttalt risikofaktor for eksempel for hjerte- og karsykdommer kan rimeligvis tenkes å legge føringer for hvordan vedkommende lever livet sitt. Skolbekken (1996: 2657) skisserer hvordan viten om slike risikofaktorer kan føre til at vedkommende blir redd for at intensiv trening kan føre til hjerteinfarkt, og at mangelen på fysisk trening igjen vil føre til andre plager. «Sannsynligheten for slike eksempler øker når grensen for hvem som defineres som behandlingstrengende senkes», hevder Skolbekken (1996: 2675). Samtidig kan man tenke seg at å leve med potensialet for en alvorlig sykdom også kan være psykisk belastende for enkeltpersoner. Viktig å merke seg er også at noen

legemidler gir bivirkninger som ikke er helsebringende, og at økt medikalisering kan gi nye plager Skolbekken påpeker dessuten en annen bekymringsverdig effekt av å senke grensene for hvem som er i en risikogruppe: «Når bortimot alt blir helsefarlig, er det da egentlig noe som er helsefarlig?» (Skolbekken 1996: 2675). Å skape flere mennesker med risiko for sykdom vil med andre ord kunne føre til en utvanning av hvor graverende risikofaktorer oppfattes.

Gjennom økt kunnskap om helse og risikofaktorer øker og legitimeres altså også muligheten for å forebygge potensiell sykdom. Hetlevik (2000) er kritisk til hvorvidt gevinsten av medikaliseringstendensen er stor nok:

> Ved risikointervensjon tilbyr vi pasientene et lodd i et lotteri. Mange kjøper og få vinner, dvs. majoritetene behandles uten helsegevinst (4), og mange av disse kan ha bivirkninger av behandlingen. Verken legene eller pasientene vil noen gang få vite hvem som har vinnerloddene. (Hetlevik 2000: 58)

Det er med andre ord ikke sikkert at risikointervensjon i form av medisinering gir ønsket utfall, og Hetlevik peker også på at intervensjonseffektene er skuffende lave ved for eksempel blodtrykksbehandling. Hun viser dette med et eksempel hvor 200 eldre personer behandles med blodtrykkssenkende medisin i fem år, og hvor virkningen er at behandlingen utsetter fem slag og tre koronare hendelser (Hetlevik 2000: 59). I et intervju i *Tidsskrift for Den norske legeforening* sier Hetlevik: «Det grunnleggende spørsmål helsevesenet må stille er: Hvor går grensen for når en frisk person kan sies å ha et helseproblem?» (Sundar 2001: 3123).

Risiko for sykdom er et sentralt tema i HUNT, da prosjektets formål er å skaffe kunnskap om sykdom og helse, og hva som påvirker helsa vår. Faren for økt medikalisering er en viktig diskusjon innad i og i kjølvannet av HUNT. I det følgende vil jeg gå nærmere inn på hva som kjennetegner problemstillinger knyttet til risiko i HUNT-sammenheng.

1.2.3 Risiko og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Den første helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT1) ble utført mellom 1984 og 1986. Alle innbyggere over 20 år i fylket ble invitert til å delta, og det var første gang en så omfattende helseundersøkelse ble gjort i Norge. Undersøkelsens overordnede formål var å kartlegge forekomsten av høyt blodtrykk og diabetes, og å evaluere behandlingskvaliteten av blodtrykkspasienter, personer med diabetes og personer med tuberkulose. Hele 88,1 % av den voksne befolkningen (74599 personer) deltok i studien, og dataene som ble samlet inn, blir fortsatt benyttet til forskning (NTNU HUNT u.å.a). «Hele prosjektet hadde preg av et dugnadstiltak, der hele fylket var deltaker», sa Gudleiv Forr om HUNT1 i et jubileumsskrift for Det Medisinske Fakultet ved NTNU (Carlsen 2009). Deltakerne fylte ut et spørreskjema om egen helsetilstand, helsevaner, bruk av medisiner, sosiale forhold, med mer. I tillegg møtte deltakerne til en klinisk undersøkelse. Denne fremgangsmåten ble også benyttet i HUNT2 og 3.

HUNT2, som ble utført mellom 1995 og 1997, var en mer omfattende studie enn den foregående. Flere deltakere ble invitert enn i første runde, og helseundersøkelsen ble delt opp i en studie for voksne (fra 20 år) og en for yngre deltakere (13–19 år) som ble kalt UNG-HUNT. HUNT2 fulgte opp den første helseundersøkelsen med hensyn til blodtrykk, diabetes og livskvalitet, men var også en mer omfattende undersøkelse hva forskningstemaene angikk, blant annet med forskning på ungdomsmedisin, eldrehelse, kvinnehelse, mental helse, nevrologi og osteoporose. Det ble økt fokus på epidemiologisk forskning, og det ble også samlet inn biologisk materiale (Krokstad et al. 2009). Flere data ble derfor også samlet inn per deltaker. Deltakelsesprosenten var fortsatt høy i HUNT2, og ca. 70 % (70 000) av de inviterte deltok. Ca. 45 000 av disse hadde allerede deltatt i HUNT1. I HUNT2 samarbeidet HUNT forskningssenter med større institusjoner som Folkehelseinstituttet og Fakultet for medisin og helsevitenskap på NTNU, noe som gjorde en større undersøkelse enn i HUNT1 mulig. (NTNU HUNT u.å.b) En del av det innsamlede materialet fra HUNT2 gav også grunnlag for forskning på genetisk epidemiologi, noe som utvidet forskningstematikken i HUNT.

Tanken om et forebyggingsprogram ble først født i HUNT2 (Carlsen 2009). Deltakerne mottok livsstilsråd, og prosjektet fikk dermed også en viss oppdragende karakter. Dette stod i kontrast til den gjeldende medikaliseringstrenden i medisinen så langt. «De radikale legene fra legesenteret på Verdal på syttitallet har dermed stått i frontavsnittet mot den tiltagende medikaliseringen av befolkningen», hevder Terje Carlsen i en kronikk (Carlsen 2009). Den oppdragende linjen ble tatt med videre inn i HUNT3, hvor pasientenes ansvar for egen helse kom enda tydeligere til uttrykk enn i HUNT1 og 2, blant annet gjennom at deltakerne selv hadde ansvar for å avtale konsultasjon hos fastlege dersom HUNT3 anbefalte det.

Den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag gikk av stabelen fra 2006 til 2008. Den var bygget opp på samme måte som HUNT2. Alle innbyggere i fylket over 13 år ble invitert til å delta i helseundersøkelsen under slagordet «En time for bedre folkehelse». I tillegg til standardundersøkelsen ble flere deltakere invitert til såkalte fase 2-undersøkelser, som vil si tilleggsundersøkelser for spesifikke formål som ble gjort i samarbeid med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (Krokstad et al. 2013).

Fra 2002 ble det etablert et laboratorium som utviklet seg til å bli HUNT Biobank, som offisielt åpnet i 2006 i forbindelse med oppstarten av HUNT3. Biobanken inneholder i dag et stort antall helseopplysninger fra alle HUNT-undersøkelsene, og det vitenskapelige potensialet er derfor spesielt stort sammenlignet med tilsvarende databanker. Her lagres genetisk materiale fra HUNT-undersøkelsene, og materialet kan gjøres tilgjengelig for forskning gjennom at interesserte søker HUNT om å få benytte materialet. På grunn av helseopplysningenes sensitive karakter er databanken omfattet av strenge regler for hvordan helseopplysningene kan brukes. Bak opprettelsen av databanken ligger det en stadig aktuell debatt om hvorvidt en slik samling av helseopplysninger kan føre til kommersialisering (Steinsbekk, Solberg & Myskja 2009), altså hvorvidt selskaper og organisasjoner med kommersielle interesser skal kunne

benytte seg av materialet. I en artikkel i *Morgenbladet* om biobankers potensial skriver Camilla Stoltenberg (2012): «Da ideen om en nasjonal biobank i Norge ble lansert omkring år 2000, vakte det betydelig interesse. Noen var bekymret for om biobanker var etisk forsvarlige, andre var opptatt av deres kommersielle potensiale.» Stoltenberg peker her på en diskusjon knyttet til opprettelsen av HUNT biobank. I dag er HUNT Biobank en nasjonal biobank. I 2007 ble det også stiftet et biobankselskap som skulle drive næringsvirksomhet basert på data fra HUNT Forskningssenter. Selskapet var eid av Staten gjennom NTNU, Helse Midt-Norge RHF og Nord-Trøndelag fylkeskommune. Selskapet viste seg imidlertid å ikke være lønnsomt og ble besluttet oppløst etter ni år, i 2015 (Normannsen 2015).

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er en befolkning- eller masseundersøkelse som har mye til felles med det som benevnes som *screening*. HUNT er ikke en screeningundersøkelse per se, men en befolkningsundersøkelse som har mye til felles med screening på den måten at flere av de etiske problemstillingene som omfatter screening, også omfatter HUNT. Ved screening undersøker man en befolkning målrettet for å oppdage uoppdaget sykdom eller risiko for fremtidig sykdom (Forsmo & Hetlevik 2008). Hensikten er å kunne forebygge sykdom og unngå alvorlig helsesvikt og for tidlig død, og på den måten forhindre både individuelle og samfunnsmessige kostnader. Brystkreftscreening er et eksempel på dette. Spesielt for slike undersøkelser er at det er helsevesenet som tar initiativet, og ikke individet selv:

> Screening er systematisk bruk av en test for å identifisere individer med tidlig stadium av en sykdom eller tilstrekkelig høy risiko for en spesifikk sykdom/tilstand til å kunne dra nytte av videre utredning eller direkte behandling blant personer som ikke har søkt helsevesenet pga. symptomer for denne tilstanden. Det som er helt spesielt med screening, i motsetning til andre helsetjenester, er at helsevesenet tar initiativet til kontakt/konsultasjon, friske personer tilbys en tjeneste. Dermed bør det være svært strenge krav til dokumentasjon for screening, slik at man er rimelig sikker på at mottakerne av tjenesten får en helsemessig gevinst, dernest at de ikke påføres plager, lidelse eller omkostninger pga. undersøkelsen. Dette er i motsetning til en vanlig konsultasjon, hvor pasienten søker kontakt med ønske/bestilling om hjelp, hvor tiltak og råd kan vektes avhengig av dokumentasjon, hvor undersøkelse, utredning og behandling skjer i et samspill mellom pasient og helsearbeider. (Joakimsen & Fønnebø 2001: 615)

Joakimsen og Fønnebø peker i sitatet på at screening har noen etiske implikasjoner med hensyn til deltakerne, blant annet at det bør være en helsemessig gevinst ved å delta. I motsetning til når helsevesenet yter en tjeneste til befolkningen, er rollene til en viss grad snudd på hodet: Deltakerne yter også en tjeneste til helsevesenet. Dette kan sies å særlig gjelde for HUNT, hvor man som deltaker gir fra seg medisinsk informasjon til forskning. Deltakelse i et screeningprogram eller befolkningsundersøkelse kan ha omkostninger, både for den enkelte deltaker og for helsevesenet som skal følge opp deltakerne (Forsmo & Hetlevik 2008).

Screening deler de testede inn i to grupper: De som har risiko for å utvikle en sykdom, og de som ikke har risiko for å få en sykdom. Screening gir en risikoscore i form av et tall som tillegges en betydning. Det er fortolkningen av de tallene, og de gjeldende kliniske retningslinjene, som sier noe om mottakeren av resultatet har grunn til å bekymre seg. En utfordring ved screening og andre former for helsekontroller er at negative prøvesvar kan gi en falsk trygghet (Forsmo & Hetlevik 2008). Selv om en deltaker i HUNT får beskjed om at hun er utenfor risikogruppen, kan hun likevel bli syk. Undersøkelsen er ingen garanti mot sykdom, men hvordan prøvesvarene oppfattes og handles på, er individuelt. I et intervju jeg gjorde med daværende HUNT-leder Steinar Krokstad (jf. kapittel 3.2.3), kommer det klart frem at HUNT er bevisst hvilken virkning en undersøkelse som HUNT3 kan han ha på de som deltar, i form av bekymring og uro. HUNT er opptatt av hvorvidt de skaper bekymring hos deltakere som i utgangspunktet ser på seg selv som friske, men som kan oppleve å få resultater som viser at de har en risiko for å få en sykdom i fremtiden. Dilemmaet problematiseres av Skolbekken (1996: 2673):

> Kunnskap om risiko er ikke nødvendigvis helsefremmende, den kan tvertimot virke sykeliggjørende. Overdiagnostisering og overbehandling er uønskede konsekvenser som reiser spørsmål vedrørende helsevesenets ressursbruk. Det sterke søkelys på risiko gjør det også betimelig å spørre om vektleggingen av det negative aspekt egentlig er et blindspor på veien til helse.

I HUNT blir det med andre ord relevant å snakke om to typer av risiko: Den risikoen HUNT påviser gjennom sine medisinske undersøkelser, og den risikoen HUNT potensielt skaper for uro, bekymring og dermed også dårligere livskvalitet hos de som deltar i helseundersøkelsen. I det nevnte intervjuet snakker Krokstad om at et risikobudskap kan oppleves svært forskjellig fra person til person, og det er derfor en uttalt utfordring i HUNT å skulle standardformulere budskap som kan gi så individuelle oppfatninger. Tilbakemeldingssystemet til HUNT fungerer slik at hver deltaker, med mindre de reserverer seg mot det, får testresultatene sine i et brev. Tilbakemeldingsteksten, som jeg vil behandle nærmere i kapittel 4.4, forklarer også hva de enkelte prøvene er, hva de måler, og hva de kan si noe om, eksempelvis at anti-TPO er antistoffer mot et protein i skjoldbruskkjertelen, og at tilstedeværelse av anti-TPO kan føre til lavt stoffskifte. Men fordi HUNT ikke kan vite hvor mye mottakerne av denne informasjonen forstår eller oppfatter med hensyn til alvorlighetsgrad og eventuelle tiltak, kan ikke brevet være siste ledd i HUNTs tilbakemeldingssystem. En del av løsningen blir derfor å be deltakerne i HUNT om å ta med prøveresultatene til fastlegen sin innenfor en gitt tidsramme (3, 6 eller 12 måneder). Her er tanken at deltakerne kan få utdypende informasjon om akkurat sitt resultat og helsetilstand, få svar på eventuelle spørsmål og diskutere videre handling og oppfølging med en ekspert. HUNT har også en nettside som gir utfyllende, men generell, informasjon om de ulike prøvene, og som også henviser videre til *Helsenytt*, *Tidsskrift for Den norske legeforening* og Folkehelseinstituttet.

1.3 Feltet helse- og risikokommunikasjon: Tidligere forskning

Studier av språklig kommunikasjon i arbeidslivet har vært et voksende felt siden midten av 1970-tallet (Candlin & Sarangi 2011). Forskningen omhandler språkbruk i ulike arbeidslivskontekster, som for eksempel utdanning, juss, sosialt arbeid, organisasjoner, bedrifter, forvaltning og helsevesenet (se blant annet Candlin & Sarangi 2011, Drew & Heritage 1992, Drew & Sorjonen 1997, Gwyn 2002, Hall, Slembrouck & Sarangi 2006, Heritage & Maynard 2006, Karlsson 2006; 2009, Koester 2006, Linell 1990; 2011, Sarangi & Roberts 1999, Sarangi & Slembrouck 1996, Silverman 1987, Thornborrow 2002). De

siste tiårene har språk- og helsevitenskap blitt koblet på ulike måter for å få mer innsikt i de mange og varierte problemstillingene som dette feltet dekker (Hamilton & Chou 2014). Dette har resultert i et tverrvitenskapelig felt hvor både språkvitere og helsefagarbeidere har gjensidig nytte av hverandres perspektiver. Jeg vil her gi et innblikk i tidligere forskning på feltet helse- og risikokommunikasjon, med særlig vekt på studier innen anvendt språkvitenskap.

Forskningsfeltet helsekommunikasjon refererer til studier som omfatter kommunikasjon mellom profesjonelle, mellom profesjonelle og lekfolk, og mellom myndigheter og befolkning (som for eksempel i en screeningundersøkelse) (Hamilton & Chou 2014, Sarangi & Candlin 2011). Med andre ord er det snakk om både konkret interaksjon mellom mennesker og massekommunikasjon i form av for eksempel helsekampanjer og statlig helseinformasjon. Spesielt har lege–pasient-samtalen stått sentralt (Atkinson 1995, Cicourel 1981, Gwyn 2002, Heritage & Maynard 2006, Maynard 2003, Mishler 1984, Sarangi & Roberts 1999, Silverman 1987). Sarangi & Candlin (2011: 20) peker på at diskursanalytiske studier innen helsefeltet trekker veksler på to retninger: forskning med et samtaleanalytisk utgangspunkt med fokus på sekvensiell organisering av snakk (for eksempel Drew & Heritage 1992, Heritage & Maynard 2006), og forskning med et diskursanalytisk utgangspunkt som trekker veksler på pragmatikk, sosiolingvistikk og mikrososiologi (for eksempel Atkinson 1985, Cicourel 1981, Gwyn 2002, Mishler 1984, Silverman 1987, Sarangi & Roberts 1999). Studiene har til felles at de viser hvordan ulike aspekter ved interaksjonen mellom helsepersonell og pasient henger nøye sammen med det medisinsk-faglige resultatet av samtalene. Konsultasjonene i dette doktorgradsprosjektet forstås både i lys av at de er utløst av og kan sees som del av en informasjons- og rekrutteringskampanje, og som lege–pasient-kommunikasjon.

Det er gjort mye forskning på risikokommunikasjon i helsekontekster, både nasjonalt og internasjonalt og innenfor flere vitenskaper. I språkvitenskapelig sammenheng står arbeidet til professor Srikant Sarangi ved Health Communication Research Centre i Cardiff sentralt. I samarbeid med forskere fra samme felt, spesielt Christopher N. Candlin og Celia Roberts, samt forskere fra medisin og helsevitenskap, har han særlig forsket på samtaler mellom helsepersonell og pasienter (Roberts & Sarangi 2005, Sarangi & Roberts 1999, Sarangi et al. 2003, Sarangi & Candlin 2003). Sarangi er språk- og kommunikasjonsforsker med et diskursteoretisk perspektiv på språkbruk, og han er opptatt av å gjøre kommunikasjonsforskning i samarbeid med praksisfeltet. Både legekonsultasjoner i allmennpraksis og genetisk veiledning har vært sentral empiri i disse arbeidene (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011, Sarangi & Clarke 2002, Roberts & Sarangi 2003, Thomassen, Sarangi & Skolbekken 2016, Sarangi 2000; 2010a; 2010b; 2016).

Problemstillingen om hvordan man balanserer mellom en klients/pasients rett til å vite og rett til ikke å vite, har fått mye oppmerksomhet, spesielt de juridiske og moralske perspektivene hvor betydningen av autonomi står i fokus (Chadwick, Levitt & Shickle 2014, Knoppers 2014). Empiriske studier som berører en klients rett til å vite/ikke vite, har særlig vært knyttet til genetisk veiledning (Chadwick, Levitt & Shickle 2014, Sachs 1999). Denne typen risikokommunikasjon er litt annerledes enn den i allmennpraksis fordi pasientene ikke skal ta beslutninger vedrørende genetisk risiko. I dette doktorgradsprosjektet er ikke fokuset på vanskelig genetisk informasjon om risiko, men på individuell helserisiko i allmennpraksis. Det vil likevel være elementer ved risikovurderinger og risikoforklaringer i allmennpraksis som er beslektet med de som gjøres i genetisk veiledning, og hvor empiriske studier fra denne konteksten vil være relevant å trekke inn.

Samtaleforskeren Per Linell har utviklet teori av relevans for mitt prosjekt innen anvendt språkvitenskap generelt og feltet institusjonell kommunikasjon spesielt. Han har dessuten, i samarbeid med flere, gjort analyser av samtaler i medisinske kontekster, hvor fokus på risikosnakk, risikoforståelse og normalitet har spesiell relevans for mitt prosjekt (Linell & Bredmar 1996, Bredmar & Linell 1999, Linell et al. 2002, Hoffmann et al. 2003, Svensson, Linell & Kjellgren 2008). Studier med empiri hentet fra screeningundersøkelser har vært av særlig interesse for mitt arbeid. Innen språkvitenskapen er arbeidet til Adelswärd og Sachs sentralt, med problemstillinger knyttet til blant annet risikoforståelse, med fokus på formidling og tolkning av sannsynlighet for sykdom, og hvordan bruk av tall i risikoformidling forstås (Adelswärd & Sachs 1996; 1998; 2002).

I Norge har studier innenfor feltet helse- og risikokommunikasjon i hovedsak blitt gjort fra et medisinsk, sosiologisk eller psykologisk faglig perspektiv (se blant annet Carlsen 2008, Gulbrandsen & Finset 2019, Schei 2015, Skolbekken 2012, Swensen 2000, Thelle et al. 2001 og Wynn 1999). Få helse- og risikostudier fra Norge har imidlertid hatt et språkvitenskapelig perspektiv. Av aktuelle studier fra språkvitenskapen er blant annet Thomassen og Bjørnevoll (2012) og Thomassen og Sarangi (2012) som har studert genetiske veiledningssamtaler med fokus på risiko, usikkerhet og beslutningstaking. Studiene viser hvordan risiko og usikkerhet fremforhandles diskursivt, og de har et språkvitenskapelig perspektiv som er relevant for mitt eget arbeid, i tillegg til at empirien gir gjenklang i legekonsultasjonene jeg analyserer.

Mye av kommunikasjonsforskningen i helsefeltet er med utgangspunkt i muntlig empiri, men det finnes også studier hvor samspillet mellom skriftlige tekster og samtaler analyseres som sentral del av virksomheten. Anna-Malin Karlsson har studert arbeidslivskommunikasjon som kommunikative virksomheter, hvor både tekst og samtaler er en sentral del av virksomheten (Karlsson 2007a; 2009, Karlsson & Strand 2012). Sentralt i hennes arbeid er at tekster må forstås i relasjon til den kommunikative

virksomheten de er en del av, og at de gjerne utgjør viktige premisser for samtaler i kjølvannet av teksten, eller refererer til samtaler forut for den skrevne teksten. Flere av hennes publikasjoner har dessuten empiri fra helsekontekster, som for eksempel Karlsson og Nikolaidou (2013) og Bellander, Karlsson og Nikolaidou (2018).

Theres Bellander har med en diskursanalytisk innfallsvinkel forsket både på tekst og samtale, og dessuten på multimodale, digitale tekster. Hun har særlig forsket på «health literacy»[5], der flere publiserte artikler, både egne og samforfattede, tar utgangspunkt i pasientblogger skrevet av foreldre med barn som lider av hjertefeil (Bellander 2016, Bellander, Karlsson & Nikolaidou 2018, Bellander & Landqvist 2018). Andre typer materiale, som intervjuer og diskusjonsforum på Internett, benyttes også. Bellander og Nikolaidou (2017) har med utgangspunkt i intervjuer studert hvordan foreldrene tilegner seg kunnskap om barnas hjertetilstand, hvor også blogg er en del av datagrunnlaget. Nikolaidou og Bellander (2020) benytter både konsultasjoner, intervjuer og tekster fra sosiale medier, diskusjonsforum og blogger for å undersøke hvordan foreldre med barn med hjertelidelse skaffer seg kunnskap om barnets tilstand. Bellander har dessuten gjort en diskursstudie av bruken av fotografier i tekster på nettsidene til svenske Leger uten grenser (Bellander 2021). Hun bruker en sosialsemiotisk innfallsvinkel blant annet med bakgrunn i Kress og van Leeuwen (2021) og fant at Leger uten grenser tar i bruk bilder som konstruerer en diskursiv aktivitet, nærmere bestemt hvordan flyktninger er i en tilstand av venting og stillstand. Studien har relevans for min analyse av informasjonsbrosjyren i HUNT3 (se 4.2) som også inneholder mange bilder i tilknytning til teksten.

[5] Bellander & Nikolaidou (2017) er opptatt av hvordan «health literacy» ikke bare handler om evnen til å tilegne seg, forstå og vurdere helseinformasjon, men hvordan kunnskapsbygging og meningsskapingsprosesser når det gjelder health literacy, også utgjør en sammensatt sosial handlingskompetanse.

Landqvist og Nikolaidou (2020) har også gjort forskning innenfor feltet helsekommunikasjon ved å kombinere både skriftlig og muntlig datamateriale. Av andre studier med skriftlig materiale fra helsekontekster vil jeg trekke frem Carlsen (2008) (sosiologisk studie hvor empirien er skriftlige tekster fra HUNT1 og 2), Clerehan, Hirsch og Buchbinder (2009) og Clerehan og Buchbinder (2006) (informasjonsbrosjyrer til pasienter), Fage-Butler (2011; 2017) (informasjonsbrosjyrer til pasienter og nettbasert diskusjonsforum), Gilstad, Sand og Brattheim (2017) (nettbasert helseinformasjon til brystkreftpasienter), Landqvist (2016) (nettbasert forum) og Sand (2012) (pasientinformasjonsskriv).

I denne avhandlingen legger jeg til grunn både tekst- og samtalemateriale for å få innsikt i hvilke kommunikative utfordringer en stor helseundersøkelse skaper når det gjelder kommunikasjon om sykdomsrisiko, og hvordan disse kommunikative utfordringene utspiller seg i praksis.

1.4 Problemstillinger

Til grunn for doktorgradsprosjektet har jeg et dialogisk og virksomhetsteoretisk perspektiv på språklig kommunikasjon (Linell 1998a; 2011). Dette innebærer blant annet at jeg forstår tekstmaterialet i studien som tekster hvor både HUNT og mulige HUNT-deltakere er til stede i teksten. I et dialogisk perspektiv er HUNT-tekstene resultater av HUNTs indirekte forhandling med sine deltakere om hva som for eksempel er nødvendig å ha med, ta hensyn til og å forklare/ikke forklare i brevet.

Et dialogisk rammeverk for språklig kommunikasjon åpner også for å se HUNT i et virksomhetsteoretisk perspektiv (se kapittel 2). Et vesentlig aspekt ved dette perspektivet er at språklig kommunikasjon forstås ut ifra de sosiale sammenhengene

den er en del av. Enkeltytringer studeres i lys av overgripende strukturer,[6] noe som innebærer å kombinere mikroanalyser[7] av språkbruk med et teoretisk rammeverk som tar høyde for aktørenes sosiale og kulturelle bakgrunnskunnskap (Thomassen 2005: 26).

Tekster som fyller en praktisk funksjon i hverdag og arbeidsliv, kan også kalles «brukstekster» (Vatn 2007: 94). Slike tekster fyller gjerne flere funksjoner og har flere mottakere (Karlsson 2006). Slike tekster kan for eksempel være oppskrifter, arbeidsbeskrivelser, formelle brev eller informasjonsskriv. Tekstene HUNT anvender i kommunikasjon med sine deltakere, kan også kategoriseres som brukstekster, ettersom de tjener spesifikke formål i spesifikke sammenhenger. Sett i et virksomhetsperspektiv har brukstekster en sterk kopling til begrepet «kommunikativ virksomhetstype» (se kapittel 2.3.1) som i virksomhetsteorien brukes for å beskrive samtaler som fyller en praktisk funksjon, og således har blitt rutiniserte (Linell 1998a; 2011, Sarangi 2000, Thomassen 2005). For å studere brukstekstens funksjon trekker forskeren veksler på den virksomheten bruksteksten er en del av. Karlsson og Strand (2012) foreslår et analytisk rammeverk hvor både den kommunikative virksomheten, tekstens funksjon og tekstnivået tas inn i analysene, og det er dette som vil være mitt utgangspunkt i analysen av de ulike tekstene fra HUNT3.

Et kommunikativt virksomhetsperspektiv åpner for metoder som både er fokusert på mikronivå og som forholder seg til en større sosiokulturell kontekst. Roberts og Sarangi (2005) viser hvordan tematisk orientert diskursanalyse kan ha relevans i studier innen feltet helsekommunikasjon. Gjennom et dobbelt fokus på både «analytiske og fokale tema» kan analysene gjøres tilgjengelige og relevante for virksomheten empirien er en del av. Dette vil jeg gjøre nærmere rede for i teorikapitlet (2.5.2) og metodekapitlet

[6] Linell (2011) beskriver derfor virksomhetsanalyse som en dialogisk kommunikasjonsanalyse på mesonivå.
[7] Linell (1998a; 2011) tar utgangspunkt i CA (konversasjonsanalyse) som en slik analysemetode på mikronivå.

(3.4.1). Roberts og Sarangis (2005) studie er basert på samtaler i ulike helsekontekster, blant annet genetisk veiledning, og denne innfallsvinkelen er derfor relevant i analysen av legekonsultasjonene som gjøres i kjølvannet av deltakelsen i HUNT3.

På bakgrunn av det fokuset jeg har presentert i innledningen, og det teoretiske rammeverket som prosjektet er fundert på, har jeg formulert én overordnet og fem delproblemstillinger for prosjektet:

A) Overordnet problemstilling:
HUNT3 som kommunikativ virksomhet: Hvordan håndteres kommunikative utfordringer, med særlig henblikk på sykdomsrisiko?

B) Delproblemstillinger i tilknytning til leddene i kommunikasjonskjeden i HUNT3:

1) Invitasjonsbrev og informasjonsbrosjyre HUNT3
Hvilke retoriske ressurser benytter HUNT i rekruttering av deltakere til HUNT3?

2) Nettsider HUNT3
Hvilke retoriske ressurser benytter HUNT for å informere deltakere og publikum om helseundersøkelsen?

3) Tilbakemeldingstekst HUNT3
Hvilke retoriske ressurser benytter HUNT i tilbakemeldingen av resultatene fra HUNT3?

4) Fastlegekonsultasjoner
Forhandling om sykdomsrisiko i HUNT-initierte legekonsultasjoner i etterkant av deltakelse i HUNT3: Hvordan orienterer lege og pasient seg mot risiko i legekonsultasjonene?

5) Risikoformidling og risikokommunikasjon i ulike modaliteter i HUNT3
Hvordan fremtrer samspillet mellom skriftlig og muntlig kommunikasjon i HUNT3?

1.5 Avhandlingens oppbygning

Selv om empirien for avhandlingen er hentet fra en helsefaglig kontekst, er det med basis i språkvitenskapen jeg vil studere materialet. I neste kapittel vil jeg gjøre rede for den teoretiske bakgrunnen for arbeidet, der Linells dialogisme (1998a; 2009) står sentralt. Jeg vil ta for meg hvordan et dialogisk virksomhetsperspektiv og herunder diskursbegrepet kan være et fruktbart teoretisk ståsted i analysen av HUNT-materialet. De ulike leddene i HUNTs kommunikasjonskjede krever ulike analytiske innfallsvinkler, og jeg vil gjøre rede for analysemetoder og sentrale begreper knyttet til disse.

I kapittel 3 vil jeg beskrive materialet fra HUNT og metodene for innsamlingen av dette. Jeg vil gå nærmere inn på hvert av leddene i kommunikasjonskjeden for at disse skal tre klarere frem for leseren. Videre gjør jeg rede for valg som ble tatt i innsamlingsprosessen og bearbeidelsen av materialet. Jeg vil også fortelle om hvilke etiske hensyn som har blitt tatt i innsamlingen og bearbeidingen av empirien.

Kapittel 4 er forbeholdt analysen av det skriftlige materialet fra HUNT3. I kronologisk rekkefølge vil jeg analysere de ulike leddene i kommunikasjonskjeden, med utgangspunkt i tekstenes kommunikative prosjekt og en retorisk diskursanalyse (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Med utgangspunkt i Roberts og Sarangis (2005) tematisk orienterte diskursanalyse vil jeg i kapittel 5 analysere utvalgte samtaleutdrag fra konsultasjoner der pasienter som har deltatt i HUNT3, har kontaktet sin fastlege for oppfølging av HUNT-resultatene.

I kapittel 6 diskuteres materialet under ett, og jeg vil løfte frem sentrale funn i lys av avhandlingens problemstillinger. Her vil jeg komme tilbake til hva som kjennetegner HUNT3 som kommunikativ virksomhet, aspekter ved skriftlig og muntlig risikokommunikasjon i HUNT3 og hvordan samspillet i HUNTs kommunikasjonskjede

belyser HUNT3 i et virksomhetsperspektiv. I kapittel 7 vil jeg oppsummere de viktigste funnene fra studien og på bakgrunn av dette trekke en konklusjon. Jeg vil også løfte frem prosjektets relevans for praksisfeltet og mitt eget fagfelt, og gi noen pekere til hva som på bakgrunn av mine funn kan være spennende forskningstema i fortsettelsen.

2. Teori

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for teorien jeg støtter meg på i analysen av HUNT-materialet. Jeg vil først utdype hvilket overordnet perspektiv på språklig kommunikasjon som ligger til grunn for analysen, og dernest gå nærmere inn på hvordan et slikt perspektiv kommer til uttrykk i analysene.

2.1 Dialogisme som teoretisk plattform

Dialogisme som perspektiv på språk, kognisjon og handling blir i mange sammenhenger knyttet til Mikhail Bakhtins teori om ytringers dynamiske og sosiale egenskaper i verden (Linell 2009: 8). I likhet med andre perspektiver på språklig kommunikasjon innebærer et dialogisk perspektiv å se språk i dets kontekstuelle og interaksjonelle sammenheng (Linell 1998a; 2009). Ingen språklige størrelser opptrer utenfor en kontekst, språk er alltid del av en sammenheng, og språket forstås som kjedet, altså som ytringer som trekker veksler på tidligere ytringer og legger føringer for kommende ytringer (Scheuer 2005). I en studie av språklig kommunikasjon med et dialogisk perspektiv til grunn må disse sammenhengene derfor tas med inn i analysen av et materiale. Et forslag til hvordan et dialogismeperspektiv kan ivaretas, vil jeg ta for meg senere i kapitlet under avsnittet om virksomhetsteori (kap. 2.3).

Det som skiller dialogisme fra andre perspektiver på språk hvor språkets kontekstuelle og interaksjonelle sammenheng er i fokus, er at de relevante kontekstene ikke bare er situasjonelle, men også sosiokulturelle, altså historisk konstituerte (Linell 1998a: 35). Dette refererer Linell til som «dobbel dialogisitet»: «dialogue (…) is 'dialogical' both in the contexts of in situ interaction and within the sociocultural practices established over long traditions of indulging in such interactions» (Linell 1998a: 54). Enhver ytring har både en lokal og en global historie (Linell 1998a: 133), og konkrete språklige ytringer og større kulturelle og samfunnsmessige strukturer forstås slik som gjensidig skapt og

påvirket. Konkrete språklige ytringer trekker veksler på større diskurser, og disse diskursene opprettholdes og gjenskapes av konkrete språklige bidrag.

Dialogismen innebærer en utvidet forståelse av det hverdagslige dialogbegrepet og gir et overordnet perspektiv på språklig kommunikasjon. Per Linell (1998a; 2009; 2011) knytter dialogisme mer eksplisitt sammen med språk i bruk. Ytringer står alltid i forhold til hverandre, til tidligere og til senere ytringer, og til omverdenen. Linell (1998a: 85–86) oppsummerer dialogismen i tre prinsipper:

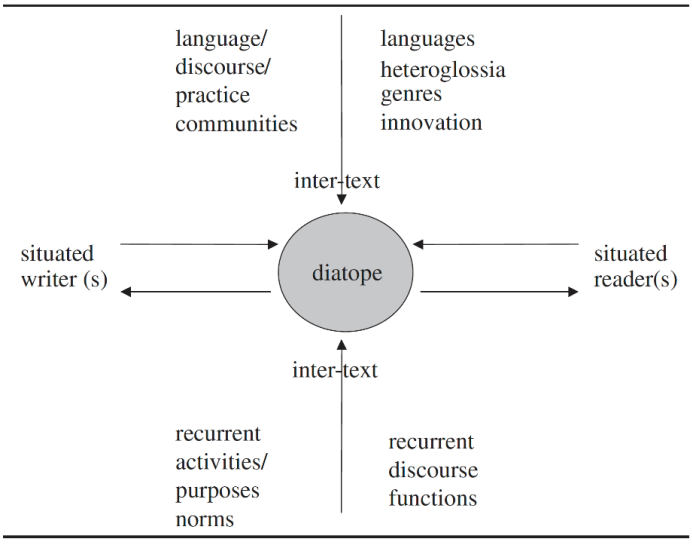
1. *Sekvensialitet* (sequentiality): Alle ytringer (her i utvidet betydning) er sekvensielt organisert, og man kan aldri forstå en ytring fullt ut hvis den er tatt ut av sin sekvensielle kontekst.
2. *Felles konstruksjon* (joint construction): Kommunikasjon er en dynamisk prosess hvor vi gjennom sosial interaksjon samkonstruerer mening.
3. *Gjensidig avhengighet mellom handling og virksomheter* (act-activity interdependence): Handlinger og ytringer henger sammen med den overordnede virksomheten, og ytringer og virksomheter skaper hverandre gjensidig.

I interaksjon benytter vi oss av det Linell kaller for umiddelbare og middelbare kontekstuelle ressurser (Linell 1998a: 128–131). Den umiddelbare konteksten er den som vi uten videre har tilgang til, nemlig de fysiske og personlige omgivelsene og det som nettopp har blitt sagt. Den middelbare konteksten dekker den erfaringen vi som samtaledeltakere sitter inne med, for eksempel det vi vet om involverte personer, vår oppfattelse av hva som foregår, samtalens sjanger, eller den generelle bakgrunnskunnskapen og tidligere erfaringer (Linell 1998a: 128–131). Denne kunnskapen blir en støtte i språklig samhandling, fordi den blant annet gjør det mulig for oss å forutsette en viss grad av felles forståelse. En grunnleggende idé innenfor en dialogisk tankegang innebærer at man forstår språklige ytringer i lys av de (u)middelbare

kontekstene de trekker på. Kontekst kan i denne sammenhengen forstås som et mulighetsfelt (Scheuer 2005: 35), snarere enn en statisk størrelse vi trer inn og ut av.

Dialogismen tilbyr en forståelse av språk som tar høyde for å se språket i lys av de kontekstene det er en del av. Å forstå språkbruk som interaksjonelt og kontekstuelt situert åpner opp for å analysere språket nettopp i relasjon til de ytringene språket er i dialog med. Helt spesifikt betyr dette at jeg i analysen av HUNT-tekstene og konsultasjonene som følger, vil kunne trekke inn HUNTs bakgrunn, slik som for eksempel HUNTs historie, omkringliggende diskurser og uttalte mål og bekymringer fra HUNT sin side. Jeg vil også kunne analysere tekstene/konsultasjonene som ytringer som står i relasjon til hverandre.

Det dialogistiske kontekstbegrepet kan også knyttes sammen med, og oppsummeres gjennom, Evensens diatopemodell (2004: 157):



Diatopemodellen ivaretar både de individuelle deltakerne i kommunikasjonssituasjonen og de diskursive, sosiale og kulturelle sammenhengene kommunikasjonsdeltakerne inngår i, altså det Linell betegner som dobbel dialogisitet (Linell 1998a: 54). For eksempel kan tilbakemeldingstekstene fra HUNT forstås som en språklig ytring som blant annet forholder seg til institusjonskonteksten så vel som konvensjoner knyttet til formelle brev, slik Lund (2004: 15) også beskriver:

> Brevskriveren på arbejdet er påvirket af den umiddelbare organisationskontekst, der hovedsageligt spiller ind; *genrekonventioner*, *skriftnormer og den øvrige kommunikationskultur* i den organisation, brevskriveren arbejder i. Skribenten er med andre ord påvirket af det, han ser og erfarer, at breve bruges til i den organisatoriske kontekst.

Tilbakemeldingstekstene bærer således med seg tidligere ytringer, gjennom for eksempel tidligere gitt informasjon og struktur og ordvalg, samtidig som tekstene er med på å skape og gjenskape brevsjangeren. Det samme kan sies om legekonsultasjonene: De er institusjonelle samtaler med noen spesifikke kjennetegn og forventninger knyttet til seg. Disse fungerer som rammer og ressurser for hvordan deltakerne i samtalen orienterer seg mot hverandre, samtalens tema og samtalens formål.

2.2 Institusjonell kommunikasjon

Kommunikasjon i arbeidslivet, hvor minst én av partene har som en del av yrket sitt å kommunisere skriftlig eller muntlig, benevnes gjerne som *institusjonell kommunikasjon*. Saksbehandling, rådgivning, undervisning, salg eller en legekonsultasjon kan være noen eksempler innenfor denne relativt vide kategorien. Det er imidlertid et sentralt poeng at kommunikasjon sjelden bærer preg av å være *enten* institusjonell *eller* uformell (Drew & Sorjonen 1997). De fleste samtaler vil for eksempel trekke veksler på ulike samtalesjangre, men noen trekk kan likevel sies å være særlig typiske for institusjonell kommunikasjon. Et særlig kjennetegn på institusjonell kommunikasjon er *asymmetri* på ulike nivå (Linell & Luckmann 1991). Linell og Luckmann beskriver asymmetri som en vesentlig del av dialogen og hevder at en viss grad av asymmetri er uunngåelig og

dessuten et utgangspunkt for enhver samtale (Linell & Luckmann 1991: 7). Slik vil absolutt symmetrisk kommunikasjon ikke være mulig, men det er heller rimelig å tenke seg at symmetri er noe man strekker seg etter i mange kommunikasjonssituasjoner. Det er for eksempel plausibelt at det er et kommunikativt poeng for HUNT at leseren av tilbakemeldingsteksten, til tross for et kunnskapsmessig asymmetrisk utgangspunkt, skal forstå den medisinske informasjonen i brevet. Asymmetri med hensyn til kunnskap kan tenkes å virke fremmedgjørende på leseren av HUNT-teksten hvis skriveren ikke gjør noen språklige grep for å skape kommunikativ likevekt (Nystrand 1989), altså balanse i forholdet mellom ny og kjent informasjon i en tekst.

I det følgende gjør jeg rede for et kommunikativt virksomhetsperspektiv, som er et teoretisk ståsted og en analytisk innfallsvinkel til institusjonell kommunikasjon som tar opp i seg dialogismens perspektiv på kommunikative virksomheter som dobbelt kontekstbundne.

2.3 Dialogisk virksomhetsteori

Før jeg kommer nærmere inn på hvordan et kommunikativt virksomhetsperspektiv er relevant for mitt prosjekt, vil jeg gjøre rede for hva som kjennetegner dette perspektivet. Med kommunikative virksomheter menes institusjonelle virksomheter som har språklig kommunikasjon som et av sine primære arbeidsredskaper. Dette kan for eksempel være ulike utdanningsinstitusjoner, rettsvesenet, media eller store deler av helsevesenet. Disse virksomhetene kjennetegnes av at kommunikasjon er en vesentlig del av hvordan virksomheten utfører sine oppgaver, gjennom for eksempel undervisning, veiledning, intervju, forhør eller konsultasjoner. Virksomhetsteorien har et sosiokulturelt perspektiv på språk, på samme måte som dialogismen, og språkbruk forstås derfor både som situert og situasjonsoverskridende (Linell 1998a). Dette innebærer at de kommunikative handlingene som gjøres innenfor en virksomhet, på den ene siden knyttes bestemt til noen virksomhetsspesifikke rammer, altså den kommunikative oppgaven som skal

utføres, for eksempel en legekonsultasjon. Språket og den sosiale situasjonen er med andre ord nært knyttet sammen og trekker veksler på hverandre. På den andre siden knyttes den kommunikative oppgaven til en historisk ramme. Legekonsultasjonen har eksempelvis noen fellestrekk, som konvensjoner, terminologi eller faser, med både tidligere og kommende legekonsultasjoner, for eksempel konvensjoner, terminologi og samtalefaser. En sentral idé innenfor virksomhetsteorien er at kommunikasjon må studeres som del av mer omfattende virksomheter og praksiser (Linell 2011, Thunqvist 2003). Kommunikative virksomheter er derfor en overgripende helhet som språklige ytringer inngår i, og som man kan forstå ytringene ut fra (Thunqvist 2003: 16).

2.3.1 Kommunikative virksomhetstyper

I et kommunikativt virksomhetsperspektiv forstås rutiniserte kommunikative oppgaver som for eksempel en legekonsultasjon som *kommunikative virksomhetstyper*. Begrepet kan føres tilbake til pragmatikeren Stephen C. Levinson (1979) som peker på at kommunikative virksomheter avgjør hvilke handlinger som anses som adekvate i en situasjon. Thomassen forklarer virksomhetstyper som «(…) målrettede og til en viss grad konvensjonelle. Dette innebærer at det eksisterer visse interaksjonelle begrensninger for aktørene i form av hvilke bidrag som gjelder, innenfor ulike virksomhetstyper» (Thomassen 2005: 33–34). Diskursforskeren Srikant Sarangi har utviklet disse ideene med særlig fokus på institusjonelle samtaler som empirisk grunnlag, og her henter han mye av empirien fra helsevesenet (Sarangi & Coulthard 2000, Sarangi 2010a; 2010b).

Over tid utvikles det bestemte praksiser for hvordan man skal løse gjentatte kommunikative oppgaver. Kommunikative virksomhetstyper er altså kommunikative aktiviteter som er *rutinisert* og *prototypiske* i sitt format (Sarangi 2000), og de kjennetegnes derfor av en viss forutsigbarhet både med hensyn til oppbygning (for eksempel samtalens faser), tema (hva samtalen handler om) og samtaleroller (hvem som for eksempel forventes å drive samtalen fremover, stille en diagnose, foreslå tiltak

og å avslutte samtalen). Virksomhetstypen kjennetegnes dermed av både *begrensninger* og *muligheter* for hva som kan sies og gjøres, og tjener slik virksomhetstypens og institusjonens overordnede formål. I en legekonsultasjon orienterer både lege og pasient seg etter noen konvensjoner og forventninger om hvordan samtalen skal forløpe, samtalens tema og faser, og deltakernes bidrag. Likeledes har deltakerne i HUNT som mottar tilbakemeldingsteksten med undersøkelsesresultatene, gjerne noen normative ideer om hvordan brevene fra HUNT er utformet, og hvordan innholdet er formulert. Disse allerede etablerte forestillingene er noe som HUNT-deltakeren orienterer seg etter når hun leser brevet, og som bidrar til å gjøre teksten forståelig og hensiktsmessig. Forhandlingene om mening er med andre ord i gang før man både begynner skrivingen eller lesningen av tilbakemeldingsteksten, slik Nystrand (1986) peker på:

> The skilled reader begins deducing the meaning of the text prior to reading the text itself, using a myriad of "pretextual" clues for this purpose. Knowing this, the skilled writer is able to exploit the entire range of such possibilities to advantage. (Nystrand 1986: 60)

Selv om begrepet kommunikativ virksomhetstype gjerne knyttes til muntlig kommunikasjon med eksempler som lege–pasient-konsultasjoner, politiavhør eller veiledningssamtaler, kan det altså være nyttig å tenke en kobling opp mot skriftlig kommunikasjon også. Å tenke på tilbakemeldingsteksten som en kommunikativ virksomhetstype kan blant annet være klargjørende med hensyn til å forstå hvordan eventuelle uklarheter oppstår mellom HUNT og deres deltakere, og mellom lege og pasient i konsultasjonen som følger.

Ikke alle virksomhetstyper er like entydige. Mye av det vi holder på med, er uklare virksomhetstyper, som blant annet kan ha trekk fra flere ulike virksomhetstyper. Disse omtales gjerne som *hybridiserte* (Sarangi 2000, Thomassen & Bjørnevoll 2012). Det er for eksempel ikke vanskelig å forestille seg at et jobbmøte mellom kolleger som kjenner hverandre godt, og som kanskje også har en vennskapelig relasjon utenfor jobben, vil kunne ha trekk fra både formelle møtestrukturer og fra uformelle hverdagssamtaler. Det

samme kan også gjelde for en legekonsultasjon (ten Have 1989). Samtaledeltakerne trekker veksler på ulike kontekstuelle ressurser, og slike virksomhetstyper er således mer komplekse.

Legekonsultasjonen som virksomhetstype

En legekonsultasjon kan i tråd med Levinson (1979), Linell (1998a; 2011) og Sarangi & Coulthard (2000) benevnes som en virksomhetstype, ettersom den blant annet kjennetegnes av Levinsons egen definisjon:

> (…) I take the notion of an activity type to refer to a fuzzy category whose focal members are goal-defined, socially constituted, bounded, events with *constraints* on participants, setting, and so on, but above all on the kinds of allowable contributions. Paradigm examples would be teaching, a job interview, a jural interrogation, a football game, a task in a workshop, a dinner party and so on. (Levinson 1979: 368)

Mikroanalyser av legekonsultasjoner så vel som andre typer av institusjonelle samtaler viser at de blant annet kjennetegnes av en mer eller mindre tydelig fasestruktur (Heritage & Maynard 2006). Fasestrukturen er interaksjonens «maskineri» ifølge Heritage & Maynard (2006: 15). Gjennom fasestrukturen håndteres de sentrale temaene for konsultasjonen, og i lys av konsultasjonens faser gir deltakernes ytringer mening samtidig som deltakernes samtaleroller og den overordnede institusjonen etableres og opprettholdes (Heritage & Maynard 2006: 15–16).

2.3.2 Kommunikative prosjekter

I forlengelsen av teorien om kommunikative virksomheter introduserer Linell (1998a; 2009; 2011) begrepet *kommunikative prosjekt*, som handler om samtalers og teksters formål. Begrepet kan anvendes på *globalt* og *lokalt* nivå, hvor det siste nivået introduseres som et alternativ til Searles teori om språkhandlinger (Linell 2011: 98). Det globale nivået handler om det overordnede prosjektet i kommunikasjonen. Et globalt kommunikativt prosjekt for HUNT3 kan for eksempel være å formidle tydelig og tillitvekkende informasjon om helseundersøkelsen til allmennheten, media og

samarbeidspartnere. Et annet globalt kommunikativt prosjekt kan handle om å formidle forskning i anerkjente kanaler, eller å følge informasjonsplikten overfor deltakerne i HUNT3 slik Datatilsynet pålegger. Lokale kommunikative prosjekter knyttes til mindre sekvenser i tekster og samtaler, og kan for eksempel handle om å ufarliggjøre, anbefale, uttrykke sympati og forståelse, normalisere og forklare (Linell 2011, Rustad 2009: 178).

Linell tar utgangspunkt i samtaler når han introduserer begrepene, mens jeg i denne avhandlingen vil anvende begrepene også i analysen av skrevne tekster. Linell skriver at begrepet «prosjekt» betoner det kollektive: «man kan inte genomföra ett kommunikativt projekt ensam» (Linell 2011: 98). Det samme kan sies om det å skrive eller lese en tekst, i et dialogisk perspektiv betraktes også skriving og lesing som en dialog med leseren/skriveren. Denne forståelsen av skrevne tekster som dialogiske støttes av sosialpsykologen Ragnar Rommetveit: «We are writing on the premises of the reader, reading on the premises of the writer, speaking on the premises of the listener, and listening on the premises of the speaker.» (Rommetveit 1974: 63). Han omtaler dialogen som et *midlertidig delt forståingsrom*. Med dette mener han at når vi snakker eller skriver, går vi inn i et midlertidig kommunikativt «fellesskap» hvor man forsøker å gjøre seg forstått samtidig som man søker å forstå de andre i forståingsrommet. Denne meningsskapingsprosessen skjer gjennom språket ved at vi for eksempel kan stille spørsmål, forklare/be om forklaringer, reformulere ytringer og sjekke om den andre har forstått (Hoel 2001: 5).

Kommunikative prosjekt kjennetegnes ved at de er *dynamiske* i tid og omfang. De kan være planlagte eller oppstå spontant, gjennomføres i faser og utvikles og forandres underveis (Linell 2011: 99). Videre er kommunikative prosjekt *kollektive* og skjer derfor i et samarbeid mellom to eller flere parter (Linell 2011: 99). Partene kan ha ulike roller i prosjektet, som derfor ofte kjennetegnes av asymmetri og komplementaritet, for eksempel ved at en av partene i hovedsak spør og den andre svarer. Kommunikative prosjekter kan også *gripe inn i hverandre*, og de kan ha flere funksjoner på samme tid.

Prosjekter varierer dessuten i *hvor bevisste* deltakerne er om disse. Man trenger med andre ord ikke å være bevisst at man deltar og bidrar i et kommunikativt prosjekt.

I studien av HUNT3 er kommunikative prosjekter et nyttig begrep å bringe inn for å forstå nyansene i HUNTs kommunikasjon, hva slags kommunikativt prosjekt som kommer til uttrykk i tekstene til befolkningen/deltakerne, og hvordan tekstene kan forstås i lys av ulike diskurser knyttet til risiko, helse og sykdom. Tekstene kan forstås som brukstekster, altså tekster som har et praktisk formål i en kommunikativ virksomhet (Karlsson 2006). Slike tekster kan ofte ha flere formål og gjøre flere jobber samtidig. Begrepet kommunikative prosjekt gjør det dermed mulig å belyse tekstenes kompleksitet og noen ganger flertydighet.

2.4 Diskurs som teori og metode

En overordnet teoretisk innfallsvinkel i dette prosjektet handler om å se empirien fra et diskursperspektiv. Diskursbegrepet brukes på tvers av ganske ulike fagretninger som for eksempel historie, litteratur, filosofi, sosiologi, psykologi, antropologi og lingvistikk (Sarangi & Candlin 2011). Et felles trekk ved de ulike anvendelsesområdene og måtene diskursbegrepet brukes på, er oppfatningen av at språket ikke representerer en nøytral gjengivelse av verden, men derimot bidrar til å skape og forme vårt bilde av verden (Jørgensen & Phillips 1999). Denne oppfatningen er i tråd med et sosialkonstruksjonistisk perspektiv på verden og vitenskap (Thomassen 2005: 27, Linell 1998a). Jeg støtter meg på en forståelse av diskurs slik den defineres av Candlin (1997: viii):

> (…) discourse is a means of talking and writing about and acting upon worlds, a means which both constructs and is constructed by a set of social practices within these worlds, and in so doing both reproduces and constructs afresh particular social-discursive practices, constrained or encouraged by more macro movements in the overarching social formation.

Språkbruk er nært knyttet sammen med kontekster og må forstås i lys av disse. Et slikt perspektiv på språklig kommunikasjon er relevant i min studie fordi det gir anledning til å analytisk knytte sammen språkbruk med kunnskap om de omgivelsene den opptrer i, for eksempel kunnskap om HUNT som institusjon.

2.4.1 Diskursteori i anvendt språkvitenskap

I løpet av de siste fire tiårene har forståelsen av konteksters betydning i språkstudier endret seg og blitt et primært mål for studier av språk og interaksjon (Sarangi & Coulthard 2000: xix). I anvendt språkvitenskap brukes diskursbegrepet helst i forbindelse med studier av språk i kontekst, og begrepet gir derfor en nyttig innfallsvinkel for å kunne analysere språkbruk i lys av de kontekstene den er en del av. Kontekst(er) kan i denne sammenhengen knyttes til Linells (1998a) forståelse av begrepet, altså som rammer og ressurser vi trekker veksler på i interaksjon. Dette kan være både umiddelbare kontekstuelle ressurser slik som tidligere ytringer i en samtale, kroppsspråk og omgivelsene for samtalen (for eksempel stedet, møbler, været og artefakter). Det kan også være abstrakte kontekstuelle ressurser, som for eksempel deltakernes kjennskap til virksomhetstypen, bakgrunnskunnskap om tema eller organisasjonskontekst (Linell 1998a: 128–130).

Anvendt språkvitenskap er en språkvitenskapelig gren som retter fokus mot språk i bruk. Fagfeltet har tradisjon for å være problemdrevet (Evensen 2013, Thomassen 2005: 5), og profesjonell kommunikasjon, det vil si kommunikasjon i profesjonelle og institusjonelle kontekster, har blitt et sentralt forskningsområde de siste tiårene (Candlin & Sarangi 2011). Fordi mange profesjoner nettopp har en sterk språklig komponent, løfter Roberts og Sarangi (2005) frem relevansen av å ha et diskursperspektiv på denne typen studier:

> The value of looking at discourse rather than, for example, inner psychological states or more general notions about beliefs, attitudes or behaviour is that language is *a* way, and

> often *the* way, in which many everyday activities are conducted. Language does not just reflect or express intentions or decisions (the representational role of language); it makes them (the constitutive role of language). In institutional encounters talk *is* work. (Roberts & Sarangi 2005: 632)

Et diskursperspektiv kjennetegnes nettopp av sitt perspektiv på språk forstått som kommunikative virksomheter. Fordi svært mange profesjoner nettopp karakteriseres av sin språklighet, gir et diskursperspektiv en nyttig inngang til denne typen empiri.

Diskursanalyse i språkvitenskapelig forstand innebærer altså å studere språkbruk i de sammenhenger den inngår, og forholdet mellom språkbruk og disse kontekstene (Thomassen 2005: 28). Slik skiller diskursanalysen seg distinkt fra den samtaleanalytiske retningen Conversation Analysis (CA), hvor språkets kontekster ikke er analysens fokus, men snarere mønstre og sammenhenger på samtalens tur- og sekvensnivå.

2.4.2 Et diskursperspektiv på HUNT

Innenfor forskning på profesjonelle diskurser som for eksempel HUNT er et diskursperspektiv et veletablert ståsted å analysere et materiale ut fra (Sarangi 2010b, Roberts & Sarangi 2005, Thomassen 2005, Cordella 2004). Et sentralt perspektiv innenfor diskursteori slik jeg bruker den i min studie, er forholdet mellom mennesker, språk og samfunnet, og hvordan disse påvirker, endrer og forholder seg til hverandre. Et diskursperspektiv på kommunikasjon tillater på denne måten at man også gjør nytte av kontekstene for det materialet en studerer. Ettersom et mål med denne avhandlingen er å undersøke forholdet mellom utvalgte ledd i kommunikasjonen mellom HUNT og deltakerne i HUNT, er det fruktbart å trekke inn de kontekstuelle faktorene som omkranser disse, og som HUNT og deltakerne kan tenkes å dra veksler på. Dette innebærer å forstå hvilke oppfatninger av risiko som kan ligge til grunn for valg som tas fra HUNT og fastlegen sin side, for vurderinger, oppfatninger og forhandlinger mellom HUNT, fastlegen og deltakerne. Hvilke oppfatninger av for eksempel risiko og helse

trekker de veksler på? Deborah Lupton, som nettopp opererer med et diskursperspektiv på risiko, forklarer begrepet slik:

> A discourse may be understood as a bounded body of knowledge and associated practices, a particular identifiable way of giving meaning to reality via words or imagery. Through discourses we perceive and understand the social, cultural and material worlds in which we move. Discourses both delimit and make possible what can be said and done about phenomena such as risk. (Lupton 2013: 23)

Luptons beskrivelse av diskurs og risiko er relevant i mine analyser fordi det er interessant å trekke inn hvilke forståelser av risiko som blant annet ligger til grunn for de forhandlingene som gjøres i samtalene mellom fastlege og HUNT-deltakere når deltakerne har mottatt resultatene sine per brev. Å ta høyde for diskursive oppfatninger av risiko i analysene vil for eksempel kunne løfte frem motstridende oppfatninger mellom lege og pasient, bekymringer hos pasientene, eller forståelse og misforståelser i forhandlingen mellom lege og pasient.

2.5 Fra teori til analyse

Så langt har jeg presentert det relevante teoretiske bakteppet for analysen av HUNT-materialet. I det følgende vil jeg gå nærmere inn på hvilke analysekategorier som blir relevante for min studie, med utgangspunkt i teorigrunnlaget som er presentert. Jeg vil gå nærmere inn på virksomhetsanalyse, før jeg gjør rede for tematisk orientert diskursanalyse og retorisk diskursanalyse, som metoder for å studere både skriftlig og muntlig materiale med grunnlag i virksomhetsteori.

2.5.1 Virksomhetsanalyse

Et vesentlig trekk innenfor virksomhetsteori er som nevnt at språklig kommunikasjon forstås ut fra de sosiale sammenhengene den er en del av, og tar sikte på å forstå samtaler og tekster på deres egne vilkår (Linell 2011). Enkeltytringer studeres i lys av

overgripende strukturer[8], noe som innebærer å kombinere mikroanalyser[9] av språkbruk med et teoretisk rammeverk som tar høyde for aktørenes sosiale og kulturelle bakgrunnskunnskap (Thomassen 2005: 26). Virksomhetsanalyse kan forstås som en analyse på sosialt mesoplan (Linell 2011: 92), som teoretisk er forankret i dialogisme og analytisk i konversasjonsanalyse og sosiopragmatikk. Analysen er egnet for studier både på detalj- og overordnet nivå fordi språkbruk studeres både som situert og situasjonsoverskridende. En virksomhetsanalyse er todelt: Den består av en mer teknisk og datanær analyse, og den skal også ta høyde for kontekstuelle faktorer som materialet trekker veksler på (Linell 2011). Analysemetoden bygger dermed bro mellom manifestert interaksjon og institusjonelle kontekster ved å undersøke hvordan den kommunikative virksomheten inngår i den sosiale situasjonen.

Per Linell (2011) har vært opptatt av å vise sammenhengene mellom en dialogisk språkforståelse og virksomhetsteori, og han peker på relevansen av å se blant annet tekster i lys av brukskonteksten, altså hvilken sammenheng teksten inngår i. Først ved å trekke inn brukskonteksten for en tekst kan vi si noe om tekstens kvaliteter og mangler. Det gir ikke mening å vurdere og å undersøke tekster uavhengig av brukskonteksten; som forsker kan man da risikere å dra feilaktige slutninger og overse relevante oppgaver som teksten tjener.

2.5.2 Tematisk orientert diskursanalyse av sykdomsrisiko

I en profesjonell samtale vil samtalen ha en indre logikk knyttet til blant annet relevante bidrag og samtalens faser, for eksempel en diagnose eller en beslutning. For kommunikasjonsforskeren er ikke hensikten å komme frem til en beslutning, men å forstå hvordan beslutningen for eksempel er forhandlet frem. Det kan derfor være en

[8] Linell (2011) beskriver derfor virksomhetsanalyse som en dialogisk kommunikasjonsanalyse på mesonivå.
[9] Per Linell (1998; 2011), som først og fremst er samtaleforsker, tar utgangspunkt i CA (konversasjonsanalyse) som en slik analysemetode på mikronivå.

utfordring å gjøre forskerens fokus relevant for praktikerne. En måte å bygge bro mellom praktikernes og forskerens fokus på er å støtte seg på det analytiske rammeverket *tematisk orientert diskursanalyse* som jeg vil gjøre rede for i det følgende.

Sarangi (2010b) lanserer det han benevner som «a theme-oriented discourse analysis» som en analytisk innfallsvinkel til institusjonell empiri, basert på et virksomhetsteoretisk perspektiv: «What I propose here as 'activity analysis' […] does build on the seminal work of Levinson (1979), especially his notion of activity type. A theme-oriented discourse analysis underpins such an exercise […]» (Sarangi 2010b: 178). Tematisk orientert diskursanalyse har til hensikt å undersøke hvordan språk konstituerer profesjonell praksis (Roberts & Sarangi 2005: 632). Dette innebærer å kombinere analytiske kategorier («analytic themes») fra lingvistikk og sosiologi med relevante tema fra profesjonelle kontekster («focal themes»), for eksempel beslutningsprosesser eller interkulturelle misforståelser: «We use 'theme-oriented' both in the sense of analytic themes such as frames, footing and facework […] and in the sense of focal themes such as (shared) decision making» (Roberts & Sarangi 2005: 633). Analytiske tema (heretter *kategorier*) er altså forskerens begreper som brukes for å kategorisere og forklare et språklig fenomen, mens fokale tema er temaer som anses som sentrale eller aktuelle for praktikerne i HUNT i kommunikasjonen med deltakerne. Det doble fokuset på både forskerens analytiske kategorier og praktikernes fokale tema for interaksjonen er et vesentlig trekk ved tematisk orientert diskursanalyse:

> A theme-oriented approach encourages a free-range DA, drawing inspiration from many approaches. In this strand of DA, analytic and focal themes overlap. The analyst needs a bi-focal gaze, noticing both the health content and the means of structuring talk and sustaining relationships. So, at its heart DA remains an ethnographically grounded study of language in action, connected to broader themes such as health and inequality. (Roberts & Sarangi 2005: 639)

Videre vil jeg gjøre rede for hvilke fokale tema og analytiske kategorier som aktualiseres i min studie.

Fokale tema

I mitt prosjekt er *sykdomsrisiko* et av de sentrale temaene som studeres. Dette temaet gjennomsyrer det skriftlige materialet fra HUNT og legekonsultasjonene. I intervjuene med ledelsen i HUNT kommer det også frem at den potensielle sykdomsrisikoen som bringes på bane gjennom en frivillig helseundersøkelse, har vært et etisk dilemma for HUNT siden starten av studien på midten av 80-tallet, og den har vært gjenstand for diskusjon og vurderinger siden. Sykdomsrisiko kan anses for å være et sensitivt tema som det er vanskelig å vite hvordan man skal kommunisere om. Årsaken til dette henger sammen med muligheten for å skape (unødig) uro og bekymring blant deltakerne i HUNT. Ved å rette befolkningens oppmerksomhet mot egen helse og i flere tilfeller mot risiko for sykdom de i utgangspunktet ikke var kjent med, øker man også potensielt bekymringen for egen helse i befolkningen. På bakgrunn av dette er *forklaring og vurdering* av sykdomsrisiko og *uro/bekymring* for sykdomsrisiko et fokalt tema i analysene av legekonsultasjonene. I konsultasjonene finnes det mange eksempler på at pasienten gir uttrykk for og at legen orienterer seg mot en enten eksplisitt uttrykt bekymring eller en potensiell bekymring knyttet til HUNT3-resultatene.

Roberts & Sarangi peker på viktigheten av å forstå virksomhetens indre og ytre («local circumstances and wider discourses») for å kunne gjøre analyser av et virksomhetsbasert datamateriale (Roberts & Sarangi 2005: 633), slik også Linell peker på (2011). Her ligger det med andre ord et virksomhetsperspektiv til grunn for analysen. Tematisk orientert diskursanalyse gir anledning til å koble legekonsultasjonene med intervjumaterialet mitt og aktuelle tekster fra/om HUNT (som brosjyrer, artikler og nettsider) som gir inngang til å forstå mer av HUNTs kontekster. Med *forklaring og vurdering av sykdomsrisiko*, og *bekymring og uro knyttet til sykdomsrisiko*, som studiens sentrale tema kan jeg benytte meg av analytiske tema så som redegjørelser («accounts»), normalisering og kontrasteringer for å belyse prosjektets forskningsspørsmål.

2.5.3 Retorisk diskursanalyse av tekstlige praksiser

Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke (2011) lanserer det analytiske rammeverket retorisk diskursanalyse («rhetorical discourse analysis») som trekker veksler på tematisk diskursanalyse, men med et smalere analytisk fokus. Retorisk diskursanalyse tar høyde for at alle språklige ytringer i bunn og grunn kan forstås som *redegjørelser*, altså ytringer som skal overbevise dem du snakker med eller skriver til, og forklare, unnskylde eller rettferdiggjøre noe potensielt problematisk (Buttny 1993, Scott & Lyman 1968, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011).

Scott & Lyman foreslår at redegjørelser kan forstås enten som unnskyldninger («excuses») eller rettferdiggjøringer («justifications») (Scott & Lyman 1968: 47). Med *unnskyldninger* innrømmer man at en handling er uheldig/dårlig/upassende, men avviser ansvaret for den. Man forklarer for eksempel hvorfor noe skjedde, hvor forklaringen har en formildende funksjon i konteksten. *Rettferdiggjøringer* innebærer at man tar ansvar, men avviser den uheldige konsekvensen av handlingen (Sarangi 2010a: 403), for eksempel ved at man har en gyldig grunn til å handle som man gjorde. Distinksjonen mellom unnskyldninger og rettferdiggjøringer er nødvendigvis ikke dekkende for alle typer ytringer som kan karakteriseres som redegjørelser, og kan kritiseres for å være for smal (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Jeg vil komme tilbake til begrepet under analytiske kategorier (2.5.4).

I kapittel 3.4.2 går jeg nærmere inn på hvorfor retorisk diskursanalyse er egnet for å analysere de tekstlige praksisene som inngår i studien. I likhet med den tematisk orienterte diskursanalysen gir også den retoriske diskursanalysen forslag til noen analytiske kategorier, og jeg vil nedenfor gjøre rede for de kategoriene som gjøres relevante i denne studien.

2.5.4 Analytiske kategorier

Nedenfor presenterer jeg de analytiske kategoriene jeg vil ta i bruk i analysen av tekstmaterialet fra HUNT3 og i konsultasjonene, det Roberts & Sarangi benevner som «analytic themes». Med analytiske tema menes teoretisk funderte begreper som bidrar til å kaste lys over hvordan mening forhandles frem i interaksjon (Roberts & Sarangi 2005: 632). Roberts & Sarangi trekker blant annet frem retoriske ressurser som et eksempel på et analytisk verktøy. Jeg har sortert kategoriene med hensyn til hvilket materiale de skal belyse, henholdsvis skriftlig HUNT-materiale og muntlige legekonsultasjoner. Flere av disse kategoriene kan være egnet for analyse av både muntlig og skriftlig materiale, men bakgrunnen for hvorfor jeg har brukt kategoriene på den måten jeg har gjort, er knyttet til valg av analytisk fokus og materialets egenart. Noen kategorier benyttes imidlertid både i analysen av det skriftlige og det muntlige materialet, og disse har jeg samlet under en egen overskrift.

Kategorier for analyse av skriftlig materiale

Følgende kategorier benyttes i den retoriske diskursanalysen av HUNTs invitasjonsbrev, rekrutteringsbrosjyre, nettsider og tilbakemeldingstekst.

Redegjørelser (accounts)

Når vi kommuniserer, tar vi som regel høyde for hvordan det vi sier eller skriver, vil oppfattes hos den vi snakker med eller den som leser det vi har skrevet. Noen handlinger/ytringer kan være mer problematiske enn andre, og vi har behov for å tydeliggjøre vårt ståsted, rettferdiggjøre eller vise at vi er pålitelige og tar ansvar. Denne typen ytringer kan benevnes som «accounts» (Scott & Lyman 1968, Silverman 1987, Buttny 1993, Hall, Slembrouck & Sarangi 2006, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011), eller det vi kan kalle for redegjørelser[10] på norsk. Buttny (1993: 21) definerer accounts som «the use of language to interactionally construct preferred meanings for

[10] Det er vanskelig å finne en god ekvivalent til «accounts» på norsk. «Redegjørelser» ligger imidlertid nært, og har blitt benyttet av flere, se bl.a. Klemp 2012 og Riis-Johansen 2016.

problematic events», en definisjon som peker på hvordan vi språklig håndterer potensielt vanskelige tema. Utgangspunktet for dette begrepet er at vi i noen tilfeller må gjøre rede for vårt ståsted: «Accounts can be identified in ordinary language by the familiar terms: excuses, apologies, justifications, defenses, explanations, narratives, and the like» (Buttny 1993: 1). Scott & Lyman (1968) anses å være de første som systematisk benyttet «accounts» som teoretisk og analytisk begrep (Buttny 1993: 14), og flere har videreutviklet begrepet siden. I mine analyser vil jeg støtte meg på Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke (2011) sin definisjon av accounts/accountability. Deres forskning på samtaler knyttet til genetisk testing har likheter med mitt eget prosjekt, både på grunn av paraplyen helsekommunikasjon, men også fordi genetisk testing og screening slik det foregår i HUNT3, har noen fellesnevnere. Disse handler for eksempel om forklaring av sykdomsrisiko, beslutningstaking og usikkerhet og bekymring. Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke har videreutviklet begrepet fra et diskursteoretisk ståsted, og de gir en innføring i redegjørelser i forbindelse med det de benevner som *rhetorical discourse analysis* (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011), en diskursanalytisk metode som tar utgangspunkt i hvordan ytringer kan forstås som redegjørelser ut fra sin kulturelle og sosiale kontekst. De forklarer nytten av redegjørelser som analytisk begrep slik:

> The reason for focusing on accounts and social accountability is the extraordinary range of everyday activities they cover, whether it is mending interaction, saving face, or constructing persuasive arguments. Accounts are not just something that we do with language but they are oriented to others and have a moral underpinning. (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke. 2011: 57)

Accountability-begrepet har tradisjonelt vært benyttet i analysen av muntlige data, mens jeg i mitt arbeid vil ta i bruk begrepet også i analysen av tekstene fra HUNT3.

Relieff: Forgrunn og bakgrunn

Med tekstens relieff menes hva som står i tekstens fokus: Hva man forstår som tekstens forgrunn, og hva man ser som tekstens bakgrunn (Evensen 2005, Bergh Nestlog 2012):

> En god tekst har altså en slags «forgrunn», et tekstlig meningsfokus som får sin gjennomgripende mening nettopp gjennom at den blir satt i relieff mot en kulturell «bakgrunn». Dette samspillet mellom forgrunn og bakgrunn vil jeg omtale som tekstens «relieff». (Evensen 2005: 191)

Forgrunn og bakgrunn er et nyttig begrepspar i studier av skrevne tekster (Evensen 2005, Vatn 1998, Bergh Nestlog 2012). Begrepene handler om hva som er markert i teksten, og som gjøres viktig i møte med leseren. Tekstens bakgrunn kan forstås som det som ligger implisitt i teksten, mens forgrunn er det som er markert for eksempel gjennom retoriske virkemidler som gjentakelser, grammatiske virkemidler som partikler, morfologisk markering, bruk av bestemte ord, eller lignende (Vatn 1998: 90). Samspillet mellom tekstens forgrunn og bakgrunn utgjør tekstens relieff (Evensen 2005: 191).

Kontraster

Bruk av kontraster kan ha en retorisk funksjon når kontrastene leder oss mot én tolkning i stedet for en annen. Det kan for eksempel dreie seg om språkbruk som leder oss til å forstå noe som normalt eller unormalt kontra noe annet, og som dermed er med på å rettferdiggjøre en handling (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 75). Dette kan også handle om hva som settes i forgrunnen og hva som plasseres i bakgrunnen, og dermed også hva som er en foretrukket forståelse eller tolkning.

Gjentakelser/Overleksikalisering

En annen retorisk ressurs jeg vil se etter, er bruken av gjentakelser. Å benytte skriftlige og muntlige gjentakelser er en retorisk strategi som kan brukes for å understreke et poeng og å tydeliggjøre et budskap. I retorikkboken *Ordenes herre* skriver Finn Eivind Jor om gjentakelser: «Mye av den retoriske stillæren kan kalles 'gjentakelseskunst'. (…) Man kan gjenta bokstaver, hele ord eller setningsdeler – og gjentakelsen kan plasseres både først og sist i periodene.» (Jor 2003: 115). Gjentakelser kan altså ta ulik form, og jeg vil bruke gjentakelser som en samlebetegnelse for ord/ordbruk med slike kjennetegn i min analyse.

Posisjon/footing

Goffman (1979) bruker begrepet «footing» for å illustrere hvordan deltakere i samtaler inntar og veksler mellom posisjoner. Begrepet henger sammen med Goffmans rammebegrep (1986) (se side 55) og kaster lys over rammenes dynamiske karakter: «A change in our footing is another way of talking about a change in our frame for events. (…) participants (…) constantly change their footing, these changes being a persistent feature of natural talk» (Goffman 1979: 5). Skifte i posisjon/footing er noe vi gjør for å signalisere hvordan det vi sier, skal forstås, og det kan gjøres både gjennom ordvalg og paralingvistiske tegn. Begrepet er anvendbart også i tilknytning til et skriftlig materiale fordi skriverens skiftende posisjon henger sammen med tekstens kommunikative prosjekt, og det kan tydeliggjøre hvordan HUNT inntar ulike retoriske posisjoner i tekstmaterialet.

Kategorier for analyse av muntlig materiale

Kategoriene jeg beskriver nedenfor, benyttes i den tematisk orienterte diskursanalysen av legekonsultasjonene.

Relativisering

Relativiseringsstrategier er en samlebetegnelse for ulike måter å ramme inn risikoinformasjon på i en helsekontekst (Sarangi et al. 2003: 167). Gjennom studier av genetiske veiledningssamtaler finner Sarangi et al. (2003) seks strategier som benyttes av både helsepersonell og pasienter/klienter som ressurser for å gradere sykdomsrisiko opp eller ned. Strategiene fungerer som dynamiske par hvor anvendelse av én strategi er hyppig komplementert av dets motstykke (Sarangi et al. 2003: 159–165):

1. Abstraksjon / Omformulering:

   Abstraksjon vil si bruken av statistiske, vitenskapelige fakta og figurer om mønsteret til en hendelse, for eksempel at 1 av 12 kvinner utvikler brystkreft. Å diskutere pasientens individuelle risiko opp mot andre i samme situasjon, altså befolkningsrisiko, er eksempel på en slik strategi.

Med *omformuleringer* menes bruken av *andre ord*, *metaforer* eller *visuelle hjelpemidler/bilder* for å rekontekstualisere sykdomsrisiko, og disse benyttes gjerne for å ramme inn tallverdier.

2. Lokalisering / Eksternalisering

   Ved bruk av *lokalisering* er fokuset på hva som er relevant og mulig i det individuelle tilfellet. Strategien handler om å kontekstualisere informasjonen i tilknytning til den spesifikke pasientens sykdomshistorikk og livssituasjon.

   Ved bruk av e*ksternalisering* refererer imidlertid helsepersonellet til andre personer eller drar veksler på bredden av egen klinisk ekspertise. Utsagn som «Gjennom tidligere erfaring vet vi at...» og «Mange mennesker har dårlige rygger» er eksempler på dette.

3. Temporalisering / Agentifisering

   Temporalisering handler om å trekke inn en tidsakse for å sannsynliggjøre sykdomsrisiko eller når sykdom vil oppstå. Informasjon om sykdomstilstanden og mulige oppfølgingsplaner er en del av denne strategien, som benyttes av både lege og pasient.

   Ved bruk av *agentifisering* trekkes oppmerksomheten mot både helsepersonellets og pasientens mulighet for handling og ansvar, og dette handler om å kontrollere eller redusere de uønskede effektene ved risiko.

Flere av strategiene forekommer ikke i mitt materiale, men omformuleringer er hyppig brukt i forklaringen og vurderingen av HUNT-deltakernes sykdomsrisiko. Det er også tilfeller av temporalisering og abstraksjon.

Perspective display sequence (PDS)

En diskursstrategi som hyppig benyttes i konsultasjonsmaterialet i denne avhandlingen, er det Maynard (1989; 1991) benevner som en «perspective-display sequence» (PDS).

Denne kan karakteriseres som en invitasjon til at den andre uttrykker sitt perspektiv på et spesifikt tema, og resulterer gjerne i en treleddet sekvens:

> This is done through a three-part "perspective-display sequence," consisting of (1) an opinion query or "perspective-display invitation," (2) the reply or recipient's opinion, and (3) asker's subsequent report. (…) Agreement and other exhibits of affiliation between recipient's and asker's displayed positions are preferred features of the device's use. Thus asker's report seconds or confirms recipient's perspective; at the same time, recipient's position is exploited to reinforce or affirm the position in inviter's report. The strategy of using a perspective-display sequence is pertinent to situations where cautiousness in giving reports and opinions seems warranted. (Maynard 1989: 91)

Bruken av en slik treleddet sekvens kan i mitt materiales tilfelle få frem pasientens forståelse eller syn på egen sykdomsrisiko, og den gir legen en anledning til å ta pasientens perspektiv inn i for eksempel forklaringen av HUNT3-resultatene. Sekvensen kan fungere som en måte å kartlegge pasientens forståelse eller syn på en sak på, eller å lodde stemningen i tilknytning til et tema før legen gir sin egen vurdering av saken. Som Maynard skriver ovenfor, er det en særlig relevant strategi i samtaler hvor temaet er sensitivt og det kan være behov for å gå forsiktig frem, som i en legekonsultasjon hvor sykdomsrisiko er et sentralt tema (Maynard 1989; 2003, Hoffmann et al. 2003).

Kategorier for analyse av både skriftlig og muntlig materiale

Følgende kategorier benyttes både i analysen av det skriftlige HUNT-materialet og analysen av legekonsultasjonene.

Forsikringer (reassurance)

HUNT er et forskningsprosjekt hvor ulike hensyn må balanseres opp mot hverandre, og hvor deltakerne kan antas å ha ulike oppfatninger av hva HUNT er, hvordan det vil påvirke livet til enkeltpersoner, og hva som er formålet med HUNT. Derfor er det relevant å lete etter eksplisitte og implisitte «forsikringer» både i tekstene fra HUNT til nord-trønderne og i legekonsultasjone som følger HUNT. Bredmar & Linell (1999) skriver om forsikringer («reassurance») i samtaler mellom jordmødre og gravide kvinner, hvor

risiko er et aktuelt underliggende tema. Her er forsikringer nært knyttet opp mot normalitet, noe som også er en aktuell anknytning i mitt materiale. I legekonsultasjonene er det relevant å se for seg at potensielt snakk som tematiserer risiko, også vil kunne dra veksler på hva som er normalt for å forsikre pasienten om at det ikke er noe å bekymre seg for. I tekstene fra HUNT til befolkningen kan det være aktuelt å se etter ytringer av forsikrende karakter. Et av HUNTs kommunikative prosjekt i brosjyreteksten og nettsidene er å bygge *troverdighet* hos leserne. For mange kan deltakelse i screening være et usikkert og nytt landskap som vekker spørsmål og problemstillinger som er relevante blant annet for å avgjøre om man ønsker å delta i HUNT3. Forsikrende ytringer kan derfor være relevante ressurser for å overbevise leseren om at deltakelse er et riktig valg.

Normalisering

Bredmar & Linell (1999) beskriver «normality talk» som en diskursiv ressurs for å vise støtte med pasienten (som i Bredmar og Linells undersøkelse gjelder gravide og jordmødre):

> Normality is a frame of understanding, a perspective, which parties try to adopt in their dialogue. It works as a resource for midwives, and for the entire institution of maternal health care, in their interaction with clients, for the interpretation and reinterpretation, construction and reconstruction, of variations, deviations and changes in the pregnancy as state and process. (Bredmar & Linell 1999: 257)

I kommunikasjonen mellom lege og pasient kan normalitet altså være en kommunikativ ressurs å orientere seg mot, ettersom det kommunikative prosjektet med konsultasjonen er å gjøre opp status med hensyn HUNT-deltakernes helsetilstand, hvorvidt HUNT-resultatet skal følges opp videre, og på hvilken måte. I legekonsultasjonene kommer normalitet hyppig til uttrykk gjennom bruk av forsterkende og dempende ytringer, altså ord som bidrar til å gradere utsagn, ved å enten øke eller redusere styrken i en ytring (Bolinger 1972, Zellermayer 1991), som for eksempel «kjempe» i «kjempestor». I tekstene fra HUNT til befolkningen er normalitet også en latent *retorisk* ressurs, ved at det som presenteres om HUNT3, skal støtte opp

under det kommunikative prosjektet å overtale leseren til å delta i folkehelseundersøkelsen. Det er rimelig å anta at normaliseringer bidrar til å redegjøre for potensielt problematiske ytringer i rekrutteringsmateriellet.

Rammer og innramming

Det finnes mange innganger til rammeteori, og i denne studien baserer jeg meg på Goffman (1986) som refererer til rammer som «schemata of interpretation» (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 72). Hans begrep dreier seg om hvordan ord, uttrykk eller bilder organiseres i henhold til vår kunnskap og våre erfaringer. Jeg vil støtte meg på Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke sin bruk av Goffmans rammebegrep, ettersom deres empiri fra genetisk veiledning er beslektet med min egen. De skriver:

> The notion of frame is borrowed from Goffman (1974) who refers to it as the 'schemata of interpretation' or 'definition of the situation' by means of conceptual or linguistic criteria that organise our meaning and perception of events. Frames enable members of a culture to identify and locate phenomena in ways that are socially organised and individually meaningful. They also operate at a metalevel to signal how particular sequences of interactions should be interpreted (…). (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 72)

Rammer og innramming handler altså om hvordan mening skapes i interaksjon, for eksempel hvordan noen tolkninger gjøres mer tilgjengelig enn andre ved å signalisere hvordan vi ønsker at en ytring skal forstås. I det tekstlige materialet fra HUNT3 trekkes det blant annet veksler på forståelsesrammer som deltakerne i interaksjonen kan antas å ha til felles. Min påstand er at dette har en retorisk funksjon i kommunikasjonen med de potensielle HUNT-deltakerne, og det er dermed en relevant kategori å bringe inn i analysen.

Bruk av pronomen (pronominal reference)

En av de retoriske ressursene Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke trekker frem som del av en retorisk diskursanalyse, er valg av pronomen. Deres studie dreier seg om samtaler, men valg av pronomen er også et interessant retorisk grep i skrevne tekster. Hvem

refererer for eksempel «dem» eller «man» til? «Choice of pronouns foregrounds relational frames», skriver Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke (2011: 76), og de peker da på hvordan valget av pronomen kan trekke frem en preferert forståelse av relasjoner og kan synliggjøre hvordan skriveren posisjonerer leseren, for eksempel med hensyn til solidaritet og makt, slik Linell og Norén (2004) beskriver nedenfor:

> «Med hjälp av pronomen placerar talaren sig själv och andra i det sociala rummet; man kan stiga fram som individuell aktör eller gömma sig i en anonym skara av obestämd omfattning, man kan inkludera eller exkludera grupper, o.s.v. Pronomen fungerar alltså som positioneringar (…) och perspektivmarkörer (…).» (Linell & Norén 2004: 115)

Bruken av pronomen er en relevant analysekategori for tilbakemeldingsteksten i HUNT3 (kapittel 4.4). Pronomenet «vi» kan for eksempel ha flere mulige referensielle mottakere i samme tekst (Theodossia-Soula 2014), det kan leses både inkluderende og ekskluderende, og det er dermed et flertydig ord som må forstås ut ifra sin sammenheng.

3. Materiale og metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilket datamateriale som har vært grunnlag for denne studien, samt beskrive fremgangsmåter i prosessen med å generere data, bearbeidingsmetoder, analysemetode og etiske hensyn i forbindelse med studien. Metodiske valg henger uløselig sammen med det teoretiske perspektivet en har på språklig kommunikasjon, og innledningsvis gjør jeg derfor rede for et kommunikativt virksomhetsperspektiv som grunnstein i denne studien.

3.1. Et kommunikativt virksomhetsperspektiv: Metodiske implikasjoner

Min teoretiske og metodiske tilnærming til denne studiens empiri tar utgangspunkt i et kommunikativt virksomhetsperspektiv (Linell 1998a; 2011, Thomassen 2005), som jeg gjorde rede for i teorikapitlet. Ettersom dette perspektivet på språkbruk innebærer at tekst og snakk forstås i relasjon til de virksomhetene de er en del av, er det sentralt i mitt prosjekt å forstå de ulike delene av materialet for studien i forhold til hverandre og å trekke veksler på kontekstualiserende materiale (3.2.4). Dette vil jeg komme tilbake til i 3.2. Språkbruk må, med bakgrunn i virksomhetsteori, alltid sees i lys av både brukskontekst og overgripende kontekstuelle faktorer. Per Linell (2009) knytter dette perspektivet til Bakhtins dialogisme:

> Bakhtin (1986b) proposed that specific utterances cannot be fully understood, unless we recognize that they belong to larger wholes, 'genres' of language use. Utterances, acts of uttering something, whether they are single words or sentences or more extensive discursive units, are part of comprehensive activities. (Linell 2009: 198)

Et slikt overordnet perspektiv på språk og kommunikasjon i bunn legger metodiske føringer for hvordan språklig kommunikasjon kan studeres. Kontekstfokuserte studier kan ikke kombineres med et kontekstløst datamateriale og vice versa. I dette prosjektet knyttes derfor materialets brukskontekst og dets sosiokulturelle bakgrunnshistorie i stor grad sammen. Konkret innebærer dette blant annet å trekke inn kunnskap om HUNTs historie og utvikling, hvilke hensyn som påvirker kommunikasjonen mellom HUNT og

deltakerne (for eksempel forskningsetiske føringer), hvilke tanker HUNT har om screening og formidling av risikorelatert helseinformasjon (se 3.2.3), og hvilke oppfatninger legen i materialet har gjort seg om HUNT (se 3.2.3).

I tråd med et kommunikativt virksomhetsperspektiv favner materialet for min studie bredt. Ulike former for tekstmateriale, intervjumateriale og lydopptak kaster sammen lys over hverandre og gir muligheten til å få en bredere forståelse av hvordan risikoformidling håndteres i HUNT og i kjølvannet av HUNT. I det følgende gjør jeg rede for materialet for studien, fremgangsmåte og tilrettelegging for analysen.

3.2 Materialbeskrivelse: Generering, utvalg og bakgrunn

Materialet for denne undersøkelsen ble samlet inn i flere omganger i perioden våren 2007 til høsten 2009. Materialet består både av skriftlige dokumenter, lydopptak av legekonsultasjoner og intervjuer med legen i konsultasjonene, samt ledelsen i HUNT. Jeg vil i fortsettelsen gå nærmere gjennom de ulike delene av materialet.

3.2.1 Skriftlig materiale: Brukstekster i HUNT3

Det skriftlige materialet i prosjektet består av ulike tekster brukt på ulike tidspunkter i HUNT3, og representerer slik en kjede av kommunikasjon fra den første invitasjonen til resultatene fra helseundersøkelsen foreligger. Tekstene tjener både til dels overlappende og ulike formål og har ulike kommunikative prosjekter (se kapittel 2.3.2). Valg av analytisk fremgangsmåte har hatt utgangspunkt i tekstenes overordnede kommunikative prosjekt. Alle tekstene ble gjort tilgjengelige for meg gjennom HUNT-ledelsen, primært ved daværende leder Steinar Krokstad, tidligere leder Jostein Holmen og seniorkonsulent Inger Duvsete Holbø.

Invitasjonsbrev og informasjonsbrosjyre

Alle voksne innbyggere i Nord-Trøndelag ble invitert til å delta i HUNT3[11]. Dette ble gjort ved å sende et invitasjonsbrev (se kapittel 4.1) til alle husstander, hvor selve invitasjonen var på første side, og de neste fem sidene bestod av et spørreskjema som de som ønsket å delta, skulle fylle ut og ta med seg til oppmøtestedet for helseundersøkelsen. I tillegg til brevet og spørreundersøkelsen var det vedlagt en åtte-siders informasjonsbrosjyre om HUNT3 hvor leserne kunne orientere seg mer inngående om blant annet hva HUNT3 handlet om, hvilke prosjekter HUNT3 bestod av, og hvordan den individuelle helseundersøkelsen foregikk (se kapittel 4.2).

Jeg har analysert ytringer i disse skriftlige dokumentene som jeg tolker som redegjørelser for potensielt problematiske temaer i HUNT3 (Scott & Lyman 1968, Buttny 1993, Hall, Slembrouck & Sarangi 2006, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Dette kan for eksempel være temaer i tilknytning til det underliggende temaet om sykdomsrisiko, personvern eller frivillig deltakelse.

Nettsider

Med HUNT3 kunne HUNT for første gang kunne tilby egne nettsider, hvor både deltakere og andre interesserte kunne gå inn for å skaffe seg mer informasjon om prosjektet. Disse sidene henvendte seg med andre ord til et bredere publikum enn invitasjonsbrevet og den vedlagte informasjonsbrosjyren, og fordi det er en hypertekst, hadde man muligheten til å legge ut store mengder informasjon og dessuten lenke til andre relevante nettsider (for eksempel Norsk Pasientskadeerstatning, Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Folkehelseinstituttet). Det ble også mulig å fortløpende oppdatere informasjonen underveis, for eksempel gjennom siste nytt fra HUNT eller hvilken kommune som for tiden hadde besøk av HUNT for å samle inn

[11] I tillegg ble alle ungdommer mellom 13 og 19 år invitert til Ung-HUNT, som ikke har inngått i mitt materiale.

helsemateriale. Nettsidene finnes ikke lenger i dag, men jeg har hatt tilgang på disse gjennom en lenke til internt bruk i HUNT.

Tekstutdragene er valgt på bakgrunn av at de inneholder redegjørelser for potensielt problematiske sider ved å delta i HUNT3. Jeg har analysert et utvalg av tekster fra nettsidene, med det kriterium at tekstene skal ha en intertekstuell peker tilbake og/eller frem i HUNTs kommunikasjonskjede. Dette betyr at de utvalgte tekstene enten trekker veksler på invitasjonsbrevet og informasjonsbrosjyren, eller peker frem mot tilbakemeldingsteksten eller legekonsultasjonene (se kapittel 4.3).

Tilbakemeldingstekst

Prosjektets utgangspunkt startet med et møte med ledelsen i HUNT våren 2007. HUNTs kommunikasjon med befolkningen i Nord-Trøndelag består av mye skriftlig materiale, og et spesifikt dokument som de selv ønsket at noen skulle se nærmere på, var det de benevner som *tilbakemeldingstekster* (se vedlegg 6 og kapittel 4.4). Dette er et tosiders brev som sendes deltakerne i HUNT etter at de har deltatt i HUNT3, og som gir informasjon om prøveresultatene, hvorvidt resultatene trenger oppfølging av fastlege på bakgrunn av risiko for sykdom, samt noe generell informasjon om HUNT og standardinformasjon om prøvene som har blitt tatt og gode vaner for helsen.

Denne tilbakemeldingsteksten er standardisert, og den eneste variasjonen i brevene er naturlig nok prøveresultatene og hvilken (hvis noen) beskjed deltakerne får på bakgrunn av disse. HUNT opererer med et eget skjema med standardiserte tilbakemeldinger, slik at variasjonen i disse ikke er spesielt stor. Hvis du for eksempel er en kvinne på 70 år med et påvist kolesterolnivå på 8,4, vil beskjeden fra HUNT lyde: «*Resultatet tyder på forstyrrelser i fettstoffskifte, høyt kolesterol. Hvis du ikke går til oppfølging hos lege for dette, anbefales kontroll hos fastlege innen 6 mnd.*». Slik ville alle som havnet i samme resultatkategori, dermed få samme tilbakemelding fra HUNT. Dersom prøveresultatene

viste noe som var mer akutt enn at det holdt å ta kontakt med fastlege innen 2–3 måneder, tok HUNT imidlertid kontakt med deltakeren per telefon.

Prøveresultatene som formidles i brevet, omfatter høyde, vekt, blodsukker (ikke fastende), stoffskifteprøve TSH, tyroksin stoffskiftehormon (målt hvis TSH er avvikende), anti-TPO (målt hvis TSH er avvikende), kolesterol (totalkolesterol), HDL-kolesterol (det gode kolesterolet), blodtrykk systolisk og blodtrykk diastolisk (se kapittel 4.4.2). I tillegg til disse standardmålingene inviteres noen deltakere til tilleggsundersøkelser, som for eksempel pusteprøve, beinmassemåling, ultralyd av hjertet, ultralyd av lever og fettfordeling på kroppen, en kondisjonstest og en urinprøve. Disse tilleggsundersøkelsene gjøres i forbindelse med noen bestemte forskningsprosjekt, for eksempel årsaken til lungesykdommer, sammenhengen mellom beintetthet og beinbrudd og sammenhengen mellom kondisjon og helse. Resultatene etterfølges av en tilbakemeldingsboks som benyttes hvis et eller flere av resultatene indikerer risiko for sykdom.

En problemstilling ved masseundersøkelser som HUNT3 er hvordan grensene for det som defineres som normalitet, settes med hensyn til de målingene som tas. Hvis normalområdet utvides, vil man få en økt andel falskt negative prøvesvar, og likeledes vil man kunne få en økt andel falskt positive prøvesvar dersom grensen for normalitet settes for lavt. HUNT forsøker å ta hensyn til helsetjenesten i Nord-Trøndelag ved at det ikke belastes med for mange HUNT-deltakere som har fått falskt positive prøvesvar. Hva som defineres som normalt/avvikende, gjøres dermed i dialog med helsetjenesten.

Tilbakemeldingsbrevene inneholder sensitive helseopplysninger som det er krevende å formidle på en god eller riktig måte til den det gjelder. Gjennom intervju med HUNT-ledelsen fikk jeg vite at et viktig poeng for dem er at brevet ikke skaper unødig frykt når det gjelder risiko for å utvikle sykdom. Med utgangspunkt i denne problemstillingen ble

brevet analysert med henblikk på HUNTs formidling av sykdomsrisiko og på hvilke retoriske ressurser HUNT benytter i tilbakemeldingen av resultatene fra helseundersøkelsen.

3.2.2 Muntlig materiale: Legekonsultasjoner

Den muntlige delen av datamaterialet for denne studien ble samlet inn i samarbeid med professor John-Arne Skolbekken og professor Gøril Thomassen. Skolbekken og Thomassen jobbet med et prosjekt om risikokommunikasjon i allmennpraksis og genetiske veiledningskonsultasjoner, og materialet har derfor blitt benyttet til noe ulike formål innenfor tematikken risikoformidling. John-Arne Skolbekken har samarbeidet med HUNT-organisasjonen ved en rekke anledninger tidligere, og hans erfaring og kontaktnett bidro til fortgang i prosjektets startfase. I vårsemesteret 2008 ble prosjektet vurdert og godkjent av Regional etisk komité (REK) (se vedlegg 1). Gjennom prosjektet til John-Arne Skolbekken og Gøril Thomassen, «Exceptional Risk», ble dataene meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste[12] (NSD). Mitt datasett var et av flere som ble innhentet under dette hovedprosjektet.

Gjennom ledelsen i HUNT, og da spesielt Steinar Krokstad, fikk vi informasjon om hvilke kommuner i Nord-Trøndelag som var aktuelle for vårt prosjekt, og vi fikk blant annet tips om en lege som muligens var interessert i å delta. Vi gjennomførte først et møte med flere leger i Nord-Trøndelag, og selv om det var positiv interesse for prosjektet, var vi dessverre for sent ute til at det var noe særlig materiale å hente der. Vi måtte derfor prøve et annet sted, hvor vi fikk kontakt med en lege som var interessert og som skulle prøve å rekruttere flere til prosjektet. Dette lyktes vi ikke med, og endte derfor med én lege som til gjengjeld var veldig samarbeidsvillig. I løpet av noen uker fikk vi utstyrt legen med digitalt opptaksutstyr og bruksanvisning for dette, samt samtykkeerklæringer til de pasientene som ble rekruttert til prosjektet. Avtalen mellom legen og oss var at legen

[12] NSD het Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste da dataene ble meldt inn, men skiftet navn til Norsk senter for forskningsdata i 2016.

selv administrerte opptaksutstyret. Når det kom en pasient på bakgrunn av tilbakemeldingsbrevet fra HUNT, skulle legen informere om prosjektet, be om skriftlig samtykke til deltakelse og gjøre lydopptak av samtalen. I utgangspunktet hadde vi ønsket oss både lyd- og bildeopptak ettersom bilde kunne gi oss bedre grunnlag for analyser gjennom blant annet kroppsspråk, blikk og bevegelser, men dette ønsket ble avslått. Sarangi (2010a) diskuterer forholdet mellom lyd- og bildeopptak i diskursanalytiske helsekommunikasjonsstudier og de etiske motforestillingene ved å bruke videoopptak i slike forskningsprosjekter:

> Some discourse analysts believe that video data is more authentic and robust than audio data. This is also echoed by professional practitioners who expect discourse analysis to include paralinguistic and nonverbal aspects of communication. It is, however, worth noting that if our aim is to capture participants' mutual orientations to each other, the video camera introduces an inevitable bias. Video data, more than audio data, raise issues about anonymity and confidentiality. (Sarangi 2010a: 399)

Selv om videoopptak ville gitt ytterligere innsikt i aspekter som blikk og hvordan samtaledeltakerne kroppslig er orientert mot hverandre, er lydopptak tilfredsstillende for mitt formål. Mitt fokus har vært på samtaledynamikken (turer, faser, sekvensiell organisering) og deltakernes orientering mot temaet sykdomsrisiko.

Over en periode på til sammen åtte uker tok legen opp samtaler mellom HUNT-pasienter og seg selv og informerte jevnlig om fremgangen til en av oss på e-post. Etter hvert kom det færre og færre HUNT-pasienter til legekontoret, og i midten av høstsemesteret ble vi derfor enige om å avslutte opptaksperioden, og opptaksutstyret ble sendt til Trondheim med ambulanse av sikkerhetsmessige og praktiske årsaker. I tråd med forskningsetiske retningslinjer (NESH De nasjonale forskningsetiske komiteer 2006, BAAL The British Association for Applied Linguistics 2006) ble de aktuelle deltakerne informert om prosjektet, og signerte på bakgrunn av informasjonen et samtykkeskjema (se vedlegg 2).

En fordel med å la legen administrere opptakene var at opptakssituasjonen ble så autentisk som mulig, for eksempel uten en observatør i rommet. Opptaksutstyret kan imidlertid i seg selv være et forstyrrende element når det gjelder samtalens autentisitet, med hensyn til det som betegnes som «observer's paradox» (Sarangi 2010a, Labov 1972). Dette handler om at vissheten om og tilstedeværelsen av opptaksutstyret, i likhet med tilstedeværelsen av en forsker som observerer, kan påvirke deltakerne som inngår i samtalen, og derfor materialet. Sarangi (2010a) hevder at plasseringen av opptaksutstyret spiller en rolle, men at lege–pasient-samtalens natur kan bidra til å redusere denne problemstillingen:

> Invariably research ethics committees raise concerns about audio/video recording of clinic encounters on the grounds that this would constitute intervention and can affect the process and outcome of the encounter. It is, however, conceivable that given the high stakes involved in a clinic setting, participants are very likely to overcome the presence of a recorder or observer and continue to perform naturally. (Sarangi 2010a: 398–399)

Det er vanskelig å vite i hvilken grad opptaksutstyret og vissheten om at samtalen skal være gjenstand for forskning, påvirket vårt materiale. Det er imidlertid lite sannsynlig at den påvirkningen opptakssituasjonen har hatt, har redusert materialet med tanke på min bruk. Sarangi (2007) lanserer også begrepet «analyst's paradox». Dette handler om hvordan analytikeren på den ene siden behøver tilgang til praktikernes, i mitt tilfelle HUNTs og fastlegens, perspektiver for å forstå de kommunikative praksisene som studeres, og på den andre siden gjøre disse tilgjengelige på forskerens eget fagområdes premisser. For å redusere dette paradokset foreslår Sarangi at man samarbeider med praktikerne for å få mest mulig innsikt i det som for en uinnvidd både kan fremstå uklart og også er gjenstand for forskerens egne tolkninger, som kan være basert på mangelfull innsikt i de praksisene som studeres (Sarangi 2007: 579–580). For mitt prosjekt sin del hadde jeg tilgang til HUNT og fastlegen underveis i prosjektet og stilte spørsmål om det som i materialet var vanskelig for meg å forstå. Dette handlet for det meste om prosedyrer, henvisning til et risikoskjema jeg manglet tilgang til fra start, valg som HUNT har tatt, og annet som enten virket oppsiktsvekkende eller uforståelig. Den viktigste

kilden til praktikernes perspektiver var imidlertid intervjuene som ble gjort med både HUNT og fastlegen (se 3.2.3).

En ulempe med å ikke administrere opptakene selv er at de fleste konsultasjonene mangler de aller første og de aller siste ytringene i samtalen. Legen og pasienten har gjerne hilst og sagt noen innledende ytringer før opptaket starter, og legen har skrudd av opptaket når hun mener at den viktigste delen av samtalen er over. På den måten er det usikkert om det har blitt sagt noe som vil være av forskningsmessig interesse helt innledningsvis eller helt avslutningsvis.

Opptaksutstyret vi benyttet, var en liten Olympus DS3300-Digital Voice Recorder (Olympus Imaging Corp, Tokyo, Japan), en opptaker med frekvensområde tilpasset spesifikt for å fange opp tale med god kvalitet for dikteringsformål og transkripsjon (300–5000 Hz). Denne var relativt enkel i bruk, og vi utstyrte legen med en kort bruksanvisning for de viktigste funksjonene. Opptakeren hadde intern mikrofon og lå i nærheten av deltakerne slik at den fanget opp det som ble sagt. Opptakene hadde tilfredsstillende lyd, men noe snakk var likevel vanskelig å oppfatte der deltakerne overlappet hverandre og turene gikk raskt.

Da jeg fikk tilgang til samtalematerialet, lyttet jeg gjennom de åtte legekonsultasjonene vi hadde samlet inn, og tok notater av hva jeg ved første gjennomhøring fant interessant i samtalene. Jeg noterte også ned opplysninger om prøveresultatene pasientene hadde fått tilbakemelding om, samt alder og kjønn på vedkommende. Slik ble det også mulig å resonnere seg frem til hvilken tilbakemelding pasientene hadde fått, gjennom et såkalt sjekklisteskjema HUNT har brukt for å fylle inn hvilke tilbakemeldinger som skal gis (se 3.2.4). Bearbeidingen av konsultasjonene gjorde det mulig å kontekstualisere tilbakemeldingsteksten og sjekklisteskjemaet ytterligere.

Oversikt over legekonsultasjonene

Som nevnt består konsultasjonsmaterialet av åtte samtaler mellom pasienter som har vært deltakere i HUNT3, og en lege. Nedenfor følger en oversikt over hver konsultasjon, med hensyn til navn brukt i transkripsjonen (anonymisert), kjønn, alder der det fantes informasjon om det, og hva tilbakemeldingsbrevet fra HUNT3 har informert om når det gjelder sykdomsrisiko.

Konsultasjon 1	Pernille, kvinne i 50-årene • Samtalevarighet: Ca. 8 minutter • Målt høyt kolesterolnivå (8,4) • Målt mye av det gode kolesterolet • Normalt blodsukker
Konsultasjon 2	Peder, mann i 40-årene • Samtalevarighet: Ca. 19 minutter • Beintetthetsmåling viser at høyden er redusert med 3 cm • Gått noe ned i vekt • Kolesterol på 5,6 (lav HDL, altså litt lite av det gode kolesterolet)
Konsultasjon 3	Petra, kvinne i 70-årene • Samtalevarighet: Ca. 13 minutter • Høyt kolesterolnivå • Høyt blodtrykk som er under medisinering (tabletter) • Påvist risiko for å få diabetes
Konsultasjon 4	Pål, mann, alder uviss • Samtalevarighet: Ca. 18 minutter • Lavt stoffskifte
Konsultasjon 5	Per, mann, alder uviss • Samtalevarighet: Ca. 7 minutter • Har ikke fått noen kommentar i HUNT-brevets kommentarfelt • Normale verdier på målingene
Konsultasjon 6	Pia, kvinne, alder uviss • Samtalevarighet: Ca. 10 minutter • Har fått kommentar i HUNT-brevet om stoffskiftet (4,96)

Konsultasjon 7	Paula, kvinne i 70-årene • Samtalevarighet: Ca. 12 minutter • Målt litt lavt stoffskifte • Gode måleverdier ellers
Konsultasjon 8	Petrine, kvinne, alder uviss • Samtalevarighet: Ca. 12 minutter • Målt litt lavt stoffskifte • I tillegg målt antistoffer

3.2.3 Intervju

I prosessen med å generere data til prosjektet har det vært sentralt å få et bredt materiale som kan gi meg innsikt i hvordan sykdomsrisiko formidles og redegjøres for i HUNT. Kontakt med personer i HUNTs ledelse var svært nyttig for meg, da disse har kunnet bidra med mye kontekstinformasjon som har vært betydningsfull for å forstå hvilke prosesser, forhandlinger og ideer som har ligget bak de valgene som er gjort. Jeg har derfor vært i kontakt med disse i flere omganger, hovedsakelig gjennom intervju.

Det ble foretatt tre intervjuer, to med prosjektledelsen i HUNT (Steinar Krokstad og Jostein Holmen) og ett med legen i legekonsultasjonene (som er anonymisert). Det første intervjuet med Krokstad ble gjort 10.11.2008, det andre intervjuet med både Krokstad og Holmen ble gjort i 13.08.2009, og intervjuet med legen ble gjort 04. januar 2009. Det andre intervjuet med HUNT-ledelsen ble ikke foreviget på lydopptak, grunnet tekniske problemer, og jeg har måttet basere meg på egne notater fra dette. Begge intervjuopptakene ble grovtranskribert for å lettere ha tilgang til innholdet. Under alle intervjuene tok jeg også notater, derfor var mye sentralt innhold også tilgjengelig for det intervjuet jeg ikke hadde på lydopptak.

I alle intervjuene var det flere deltakere til stede. I det første intervjuet med HUNT deltok Steinar Krokstad, jeg selv og mine veiledere, prof. Lars Sigfred Evensen og prof. Gøril

Thomassen. I det andre intervjuet med HUNT deltok Krokstad, Holmen, samt jeg selv. I intervjuet med legen deltok i tillegg prof. John-Arne Skolbekken og veileder Gøril Thomassen. I tillegg til intervju har jeg også stilt enkelte spørsmål per e-post til både legen og HUNT-ledelsen.

Samlet sett bidro intervjuene med nyttig kontekstinformasjon som jeg har benyttet meg av i analysene av materialet. Dette er i tråd med et virksomhetsteoretisk perspektiv på kommunikasjon og en tematisk orientert diskursanalyse. I intervjuene med HUNT-ledelsen fikk jeg både svar på spørsmål rundt HUNTs prosedyrer når det gjelder kommunikasjonen med deltakerne og hva de selv anså som utfordringer i en stor helseundersøkelse som HUNT. Jeg fikk innsikt i utviklingstrekk i tilknytning til tilbakemeldingsbrevet og i hvilke problemstillinger de har tatt stilling til underveis i prosjektet med hensyn til deltakerne. Intervjuet ga meg derfor verdifull kjennskap til hva som kunne være såkalte fokale tema (Roberts & Sarangi 2005) for HUNT, som har vært viktig for mine valg av fokale tema i analysen. I 2009 hadde jeg et oppfølgingsintervju med Krokstad og Holmen fra HUNT-ledelsen. Intervjuet hadde samme kontekstualiserende funksjon som det første, og jeg fikk stilt spørsmål om HUNT-prosjektet som var nødvendige for å forstå både den indre logikken i HUNT, og stille oppfølgingsspørsmål i tilknytning til det som pekte seg ut som fokale tema.

3.2.4 Kontekstualiserende tekster

Jeg har brukt brosjyrer, invitasjonen til deltakelse i helseundersøkelsen, skjema, tidligere tilbakemeldingstekster til deltakerne fra HUNT1 og HUNT2 og nettsidene til HUNT3 for å få en bredere forståelse av hvordan HUNT3 hanskes med risikoaspektene ved dette omfattende forskningsprosjektet. Dette materialet gir nyttig bakgrunnsinformasjon om HUNT3 som kan anvendes for å gjøre analytiske tolkninger av HUNT3s tilbakemeldingstekst og hvordan dennes innhold tematiseres i legekonsultasjonene som følger den.

Sjekklisteskjema

Som nevnt opererte HUNT med et såkalt sjekklisteskjema for hvilke tilbakemeldinger som ble gitt i brevet til deltakerne i etterkant av helseundersøkelsen. Dette skjemaet, som var til internt bruk i HUNT, inneholder standardiserte tilbakemeldinger basert på hvilket resultat man får på HUNTs målinger. Variasjonen i tilbakemeldingen gjelder selvsagt hvilke prøveresultater som har gitt et bestemt utslag (for eksempel stoffskifte, kolesterol eller blodtrykk) og hvor lang tid som angis før deltakeren bør oppsøke lege. Tilbakemeldingene sier også at dersom vedkommende ikke allerede går til oppfølging hos lege for det som ble oppdaget gjennom undersøkelsen, anbefales kontroll innen et gitt antall måneder (varierer mellom 2–3, 6 og 12 måneder). I samspill med konsultasjonene gjorde skjemaet at Skjemaet ga nyttig bakgrunnsinformasjon med tanke på det som ble tema i konsultasjonene.

HUNTs generelle nettsider

I tillegg til nettsidene som ble brukt blant annet som informasjonskanal for deltakerne i HUNT3, har HUNT også hatt egne sider under NTNUs offisielle nettsider. Sidene ble lansert etter at HUNT ble tilknyttet Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i 2001: www.ntnu.no/hunt. Disse nettsidene er noe annet enn de analyserte nettsidene for HUNT3, som var spesifikke for den tredje helseundersøkelsen. Nettsidene på NTNU har vært en kilde til informasjon om HUNT, for eksempel opprinnelse, relevante årstall, deltakelse og forskningsprosjekter.

Tekster fra HUNT1 og 2

I tillegg til de analyserte tekstene som ble brukt i HUNT3, har jeg hatt tilgang til både invitasjonsbrev og tilbakemeldingsbrev fra HUNT1 og 2. Disse har kunnet vise en utvikling i utformingen av tekstene som har vært interessant bakgrunnsinformasjon for analysen av HUNT3-tekstene. Jeg har også hatt tilgang til informasjonsmateriell brukt i Ung-HUNT3, som var helseundersøkelsen for ungdom mellom 13 og 20 år. Terje Carlsen

(2005) har skrevet masteroppgave, samt artikler/kronikker (Carlsen 2008; 2009), om tekster fra HUNT1 og 2. Hans studie har også gitt meg relevant bakgrunnsinformasjon om tekstmaterialet fra HUNT3.

Skjema for beregning av sykdomsrisiko

Legen i konsultasjonsmaterialet benytter et hyppig omtalt skjema for vurdering av sykdomsrisiko i oppfølgingen av HUNT-pasientene. Skjemaet inneholder nasjonale retningslinjer for vurdering av hjertesykdom og har overskriften «*Risikovurdering ved primær forebygging av iskemisk hjertesykdom (IH)*». Kopien var i svarthvitt, altså uten fargene som deltakerne ser, men for mitt formål var det tilstrekkelig å få et inntrykk av hvordan det omtalte skjemaet var utformet.

3.3 Bearbeiding av muntlig materiale: Transkripsjon

Uten en transkripsjon, altså en omsetting av snakk til skriftlig tekst, er det umulig å studere snakk systematisk, hevder Deborah Cameron (2001: 31). Ved å fryse interaksjonen på denne måten blir materialet tilgjengelig slik at forskeren kan gjennomføre systematiske analyser av interaksjonelle detaljer: «Transcribing is a way to bring into focus the characteristics of spoken discourse, which are surprisingly obscure to most people, familiar as they are with the written form» (Cameron 2001: 33). Transkripsjon er derfor en helt nødvendig del av bearbeidingen av et muntlig datamateriale av den typen jeg har hatt tilgang til i denne studien.

3.3.1 Transkripsjon av legekonsultasjonene

Transkribering av de åtte legekonsultasjonene ble gjort høsten 2008. Det ble leid inn en vitenskapelig assistent som foretok en fintranskripsjon av konsultasjonene. I etterkant av dette har jeg gått inn og tilpasset transkripsjonen til mitt formål. Jeg har også gått gjennom de delene av det benyttede materialet hvor assistenten ikke hørte det som ble sagt, og lagt til det som jeg selv har hørt. Det er gjerne enklere å forstå det som blir sagt

når man kjenner konteksten for samtalen, og de enkelte begreper og terminologi som ikke er så ofte brukt i dagligspråket. Denne gjennomgangen ga meg dessuten en god mulighet til å bli ytterligere kjent med samtalematerialet.

Et tankevekkende aspekt ved transkripsjon er hvordan omsettingen fra tale til tekst fører til en reduksjon av det muntlige materialet (ten Have 1999). Transkripsjoner er på ulike måter selektive, og mange detaljer fra den opprinnelige samtalen vil falle bort, som for eksempel prosodi, uttale og kroppsspråk (Linell 2011: 130). I tillegg kan man som forsker ha bestemt aspekter ved samtalen man er spesielt interessert i å transkribere frem, for eksempel latter, pauser eller tempo. En transkripsjon er med andre ord ikke en nøytral gjengivelse av en samtale, men teoretisk fundert (Ochs 1979). Dette gjelder også transkripsjonene av mitt materiale. En transkripsjon kan dessuten oppleves svært annerledes fra hvordan samtalen ble oppfattet om man lyttet til, eller deltok i, den. Avbrutte ord og setninger, pauser, overlappende tale og grammatiske feil kan gi et inntrykk av at samtalen som mer fragmentert og usammenhengende enn den fremstår ved å lytte til den. Dette henger gjerne sammen med de forventninger og krav vi har til skriftlighet i forhold til muntlighet (Linell 2011), som kan gjøre at det som er en helt normalt forløpende samtale rent muntlig, kan fremstå annerledes skriftlig.

Anonymisering av deltakerne

I gjennomgangen av det transkriberte samtalematerialet har jeg «oversatt» dialekten og andre språklige kjennetegn i de samtaleutdragene som er benyttet i avhandlingen, til standardisert bokmål for å sikre anonymisering av deltakerne. Gjennom denne standardiseringen mister materialet noe av sin egenart. Jeg har forsøkt å ta hensyn til dette i oversettelsen og benyttet ord jeg mener ligger så nært opp til den opprinnelige betydningen som mulig, for eksempel der lokale formuleringer signaliserer mer uformell eller humoristisk snakk. Andre personer som nevnes i samtalene, for eksempel

familiemedlemmer i snakk om arvelighet, er også anonymisert, og eventuelle stedsnavn er også fjernet i transkripsjonene.

Legen i materialet er markert med bokstaven D (for doktor) i transkripsjonene, og deltakerne har alle fått egennavn som begynner på P (for pasient). Her har jeg dobbeltsjekket med samtykkeerklæringene at det navnet jeg har gitt hver enkelt deltaker, ikke tilfeldigvis også er deres rette navn.

Transkripsjonsnøkkel

Transkripsjonene har markering for turer, pauser, overlapp, tempo, trykk, pust, volum og latter. I tillegg er det markert dersom det er vanskelig å høre hva deltakerne sier. Turene i transkripsjonsutdragene som benyttes i analysen, er nummerert, slik at det er lettere å henvise til og å finne tilbake til de ytringene som er gjenstand for analyse. Transkripsjonssystemet som er brukt (se nedenfor og vedlegg 3), er en versjon av Gail Jeffersons transkripsjonssystem (Jefferson 1989). Dette er et standardsystem som brukes i svært mange diskurs- og samtalestudier, særlig innenfor CA-tradisjonen (Conversation Analysis).

Transkripsjonsnøkkel	
Symbol	**Forklaring**
[ord]	Indikerer samtidig/overlappende snakk
.	Fallende intonasjon
,	Fortsettende intonasjon
@@	Latter
-	Taler avbryter seg selv innenfor en tur
=	Ikke mellomrom i overgangen fra en taler til neste
<u>Ord</u>	Indikerer at ordet blir uttalt med trykk
STOR	Versaler indikerer at ordet uttales sterkere enn omkringliggende ord
(( ))	Forskerens beskrivelser og kommentarer av konteksten

Hh	Utpust
.hh	Innpust
>ja<	Raskere enn omkringliggende snakk
<ja>	Langsommere enn omkringliggende snakk
(X)	Uforståelig ikke hørbar transkripsjon
(ord)	Usikker transkripsjon
(2)	Tallet i parentes indikerer lengde på pause, innenfor eller mellom ytringer
(.)	Pause mindre enn 0.5 sekund
ºOrdº	Lav stemmestyrke

3.3.2 Transkripsjon av intervjuene

Intervjuene med prosjektledelsen i HUNT og fastlegen (3.2.3) ble også transkribert i sin helhet, slik at det blant annet ble lettere å kunne søke etter enkeltord i materialet. Dette viste seg svært nyttig da jeg i ettertid har ønsket å finne ut hva som ble sagt om spesifikke tema, som for eksempel bekymring for sykdomsrisiko eller valg av tema i det skriftlige materialet. Jeg benyttet en assistent også til disse transkripsjonene, men her hadde jeg kun behov for grovtranskripsjoner ettersom materialet ikke skulle være gjenstand for like datanære analyser som legekonsultasjonene.

3.4 Analysemetode

Det teoretiske rammeverket for analysen er beskrevet i kapittel 2, og jeg vil derfor gå nærmere inn på selve fremgangsmåten for analysene i dette kapitlet. Jeg vil ta for meg hvordan jeg har gjort en virksomhetsanalyse (Linell 2011) av det skriftlige og muntlige materialet fra HUNT3, med fokus på en tematisk orientert diskursanalyse (2.5.2) og retorisk diskursanalyse (2.5.3) (Roberts & Sarangi 2005, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Linells (2011) virksomhetsanalyse er utviklet først og fremst for analyse av samtalemateriale, men er også egnet for analyse av skriftlig tekst, og samspillet mellom virksomhetens ytre og indre vil kunne kaste lys over tekstens premisser og teksten

språklige uttrykk. Videre vil jeg først beskrive analysen av det muntlige materialet, hvor jeg kommer inn på Linells rammeverk for virksomhetsanalyse. Dette rammeverket vil også være utgangspunktet for analysen av det skriftlige materialet, som jeg tar for meg i fortsettelsen.

3.4.1 Analyse av muntlig materiale

Linells virksomhetsanalyse gjøres gjennom to trinn. Det første trinnet har utgangspunkt i CA-tradisjonen (Conversation Analysis), hvor man gjør en datanær analyse av utvalgte deler av materialet (Linell 2011: 162). Her analyseres transkripsjonen og opptakene på bakgrunn av gjentakende observasjon. Detaljene i samtalen, som pauser, trykk og lignende er relevante, og analysen er slik av en mer teknisk art. I det andre trinnet er analysen mer fortolkende, og detaljer i interaksjonen forstås i lys av brukskonteksten. Det vil si diskursene den trekker veksler på, og det man vet om samtalenes bakgrunn og sammenheng. Linell foreslår at man kan beskrive det første trinnet som analyse og det andre som tolkning.

Tematisk orientert diskursanalyse: Valg av fokale og analytiske kategorier

Jeg har gjort en tematisk orientert diskursanalyse (Roberts & Sarangi 2005), som kan forstås som en analysemetode med bakgrunn i virksomhetsteori (se kapittel 2.5.2). I analysen av det muntlige materialet har jeg både gjort en datanær analyse og trukket inn virksomhetens indre og ytre rammer. På bakgrunn av transkripsjon og gjentakende observasjon og gjennomlesing av det empiriske materialet, ble jeg oppmerksom på at temaene forklaringer og vurderinger av sykdomsrisiko og uro og bekymring for sykdomsrisiko pekte seg ut som relevante for videre analyse. Gjennomgangen av primærmaterialet ga meg mange spørsmål som jeg brakte med meg til det første intervjuet med HUNT-lederen i november 2008. I intervjuet ble det også tydelig at temaene som pekte seg ut i transkripsjonene er relevante for forskerne i HUNT når de står overfor etiske og kommunikative dilemmaer knyttet til en slik masseundersøkelse.

Med bakgrunn i dette ble temaene *forklaringer og vurderinger av sykdomsrisiko* og *uro og bekymring for sykdomsrisiko* relevante for videre analyse.

Roberts & Sarangi (2005) foreslår flere analytiske kategorier i tilknytning til analysemetoden, blant annet rammer, retoriske ressurser og ansikt (Roberts & Sarangi 2005: 634). De analytiske kategoriene i analysen av fastlegekonsultasjonene ble valgt i et samspill mellom det jeg så som mønstre i materialet (for eksempel bruken av perspective-display sequence), Roberts & Sarangis forslag og analytiske kategorier brukt i andre empiriske studier av risikokommunikasjon.

3.4.2 Analyse av skriftlig materiale

Karlsson & Strand (2012: 112) peker på hvordan analyser av skriftlige tekster, i motsetning til analyser av samtaler, tradisjonelt har forholdt seg til et mer statisk kontekstsyn. Virksomhetsanalyse benyttes vanligvis i analysen av muntlig empiri, men er velegnet som utgangspunkt for analyse av også skriftlig materiale. Anna-Malin Karlsson har gjort flere studier av skriftlig materiale fra arbeidslivet hvor kontekstene har en vesentlig plass i analysen (Karlsson 2009; 2007, Karlsson & Strand 2012, Nikolaidou & Karlsson 2012). I likhet med Linells (2011) virksomhetsperspektiv, hvor man i analysen kobler konkret interaksjon og samfunnskontekst, peker også Nikolaidou & Karlsson (2012) på den kommunikative oppgaven tekster gjør i kraft av den virksomheten de inngår i:

> Den som studerar skrift- och textanvändning i verksamheter som exempelvis byggnadsarbete, verkstadsindustri eller vård och omsorg märker ganska snart att det inte fungerar att samla in texter och sedan gå hem och analysera dem. För det första är texterna ofta svårbegripliga för en utomstående. För det andra inser man ganska snart att de inte ger någon hel eller rättvis bild av verksamheten. Man behöver andra data, dels för att förstå verksamheten som sådan, dels för att kunna närma sig och analysera texterna. Det faktum att även praktiskt inriktade yrken och områden alltmer genomsyras och styrs av skriftanvändning och skrivna texter gör det också motiverat att undersöka verksamheterna i sig. (Nikolaidou & Karlsson 2012: 35)

Nikolaidou & Karlsson (2012) argumenterer for at tekst og kontekst må forstås i sammenheng, og at tekster som inngår i kommunikative virksomheter, vanskelig kan analyseres alene, men må forstås i lys av virksomheten de inngår i. Kontekstnære studier av tekster har med andre ord stor nytteverdi når tekstene kan karakteriseres som brukstekster som fyller en praktisk funksjon i hverdag og arbeidsliv (jf. kapittel 1.4).

Retorisk diskursanalyse: Redegjørelser som analytisk utgangspunkt

Retorisk diskursanalyse er én inngang til en virksomhetsbasert tekstanalyse, med særlig vekt på argumenterende aspekter ved materialet. Det som blant annet karakteriserer en retorisk diskursanalyse, er forståelsen av tekst og snakk som *redegjørelser* (se kapittel 2.5.3, og 2.5.4) i lys av deres kulturelle og sosiale kontekst (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Redegjørelser handler om hvordan vi språklig forklarer, unnskylder eller rettferdiggjør noe potensielt problematisk (Buttny 1993). HUNT skal både rekruttere deltakere, informere befolkningen og kommunisere i tråd med krav til medisinske masseundersøkelser. Tekstene fra HUNT til nordtrønderne har således flere formål, og disse kan i noen tilfeller stå i veien for hverandre. Det er også slik at HUNTs utgangspunkt, nemlig å drive forebyggende helsearbeid, vil kunne stå i motsetning til hva den enkelte nordtrønder opplever som passende, interessant eller etisk riktig. Tekstmaterialet fra HUNT handler om å overbevise nordtrønderne om å delta i HUNT3, ha tillit til HUNT og slutte opp om HUNTs folkehelseprosjekt. Dette kan også forklare den høye forekomsten av redegjørelser. Ytringer og avsnitt i tekstene som kan forstås som redegjørelser, har blitt analysert med utgangspunkt i mange av de samme analytiske kategoriene som i den tematiske orienterte diskursanalysen av fastlegekonsultasjonene. Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke (2011) foreslår også et sett med analytiske kategorier som kan belyse redegjørelsene, såkalte «rhetorical devices» (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 70–76), og noen av disse er også sentrale i analysen av HUNT-tekstene.

4. Retorisk diskursanalyse av brukstekster i HUNT3

I alle tre undersøkelsene har invitasjonsbrev med informasjon om HUNT gått ut til befolkningen i Nord-Trøndelag, slik at de skal kunne ta en informert beslutning om hvorvidt de ønsker å delta eller ikke. Parallelt har HUNT vært i fokus i de lokale mediene, slik at undersøkelsen har fått bred dekning og vært kjent for svært mange. Mediedekningen har blitt større etter hvert som HUNT også har blitt større, og etter hvert som HUNT har vært gjennomført flere ganger. Felles for alle undersøkelsene er altså at et stort antall mennesker *inviteres* til å ta en helsesjekk. Dette er også et kjennetegn ved screening, og med denne fremgangsmåten følger noen tankevekkende og etiske dilemmaer. Skolbekken, Østerlie og Forsmo (2012), som har intervjuet kvinner som deltok i HUNT og fikk målt benmasse i forbindelse med forskning på osteoporose, peker på at bekymring for helsen aktiveres av å delta i forskningen: «merely being screened invoked the possibility of disability» (Skolbekken, Østerlie & Forsmo 2012: 199).

Når en person kontakter legen på grunn av helserelaterte spørsmål, er dette et aktivt valg hvor man kan anta at personen, til tross for den bekymringen vedkommende måtte ha for helsen sin, har gjort seg noen refleksjoner når det gjelder hva resultatet av konsultasjonen kan bli, og hvordan vedkommende vil forholde seg til dette. Når det *inviteres* til en helsesjekk, må man anta at ikke alle som lar seg sjekke, har gjort seg opp en bevisst mening om hvordan man vil forholde seg dersom resultatene fra helsesjekken skulle vise seg å være av en annen karakter enn man i utgangspunktet antok. Selv om folk er klar over at det er en fare for at man vil finne noe som ikke var kjent fra før, er det ikke sikkert at man har reflektert over hva denne informasjonen vil føre til, hvordan man vil forholde seg til den, og hva den vil bety for livet videre. Når man inviteres til en stor studie, vil mange kanskje tenke at man bidrar til noe som ikke nødvendigvis har implikasjoner for en selv. Det ligger latent i denne typen store studier at mange vil oppleve å bli bekymret eller urolige for helsen sin, og at denne bekymringen kan påvirke den enkeltes livskvalitet. Skolbekken, Østerlie og Forsmo (2012: 204) peker på følgende

dilemma: «We are faced with one of the central dilemmas of modern medicine. Summed up, the overall outcome of screening for osteoporosis is benefit for a few, worry for some and confusion for many.» Det blir dermed en viktig jobb for de som inviterer til studien, samt helsepersonellet som skal følge opp resultatene, å forholde seg til den eventuelle bekymringen og usikkerheten som kan oppstå hos deltakerne.

HUNT3 bestod av en mengde tekster, både til internt og eksternt bruk. Noen av disse tekstene er representanter for en kjede av kommunikasjon fra HUNT til befolkningen, og det er disse som vil være i fokus for de neste fire analysedelene. HUNT3 ble gjort kjent for befolkningen på flere måter. Gjennom media ville mange av innbyggerne i Nord-Trøndelag ha fått med seg at en ny helseundersøkelse var i emning, og at en invitasjon til deltakelse var underveis. På offentlige kontorer og møteplasser kunne man finne en liten pamflett med informasjon om hva som var på trappene, og etter hvert kom mer informasjon i form av en brosjyre sammen med et invitasjonsbrev og et spørreskjema i postkassene i hele fylket. Det ble også opprettet en nettside for kontinuerlig informasjon om HUNT3 til befolkningen og andre interesserte, som kunne følges gjennom hele perioden til HUNT3 (2006–08). De som valgte å delta i helseundersøkelsen, fikk i etterkant et brev med resultatene fra undersøkelsen, som jeg kaller tilbakemeldingsteksten.

Det er invitasjonsbrevet/informasjonsbrosjyren, nettsidene og tilbakemeldingsteksten jeg vil se nærmere på i dette kapitlet. Den første teksten, invitasjon/brosjyre, har som kommunikativt prosjekt (Linell 2011) å rekruttere deltakere i HUNT3. Nettsidene har delvis samme kommunikative ærend, men retter seg til et bredere publikum gjennom å være tilgjengelige for alle med internettoppkobling, og med et bredere spekter av informasjon. Informasjon om HUNT3 er derfor også nettsidenes kommunikative prosjekt. Tilbakemeldingsteksten har som overordnet kommunikativt prosjekt å informere om medisinske resultater og å oppfordre til handling (oppsøke fastlege,

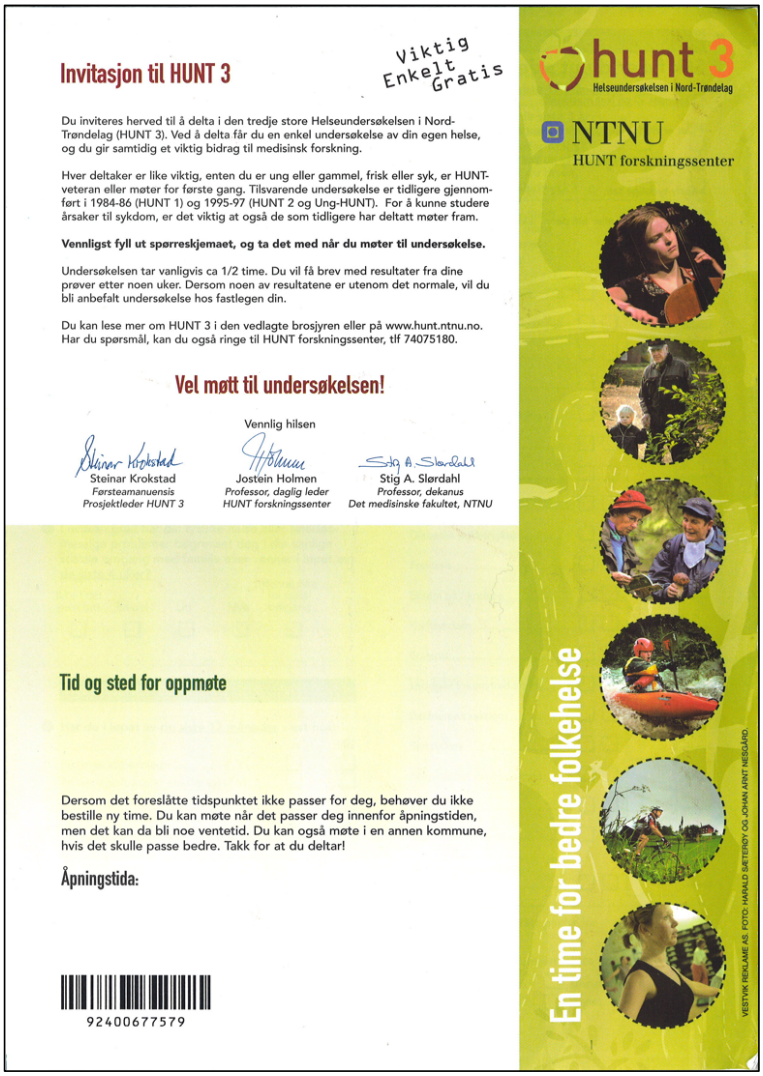
vurdere egen helse). Med ulike kommunikative prosjekt kreves ulike analytiske innfallsvinkler som jeg vil komme tilbake til under hver analysedel.

4.1 Invitasjonsbrevet i HUNT3

I HUNT3 gikk det ut et invitasjonsbrev (se neste side og vedlegg 4) til alle myndige innbyggere i befolkningen til å delta i helseundersøkelsen. Ungdom mellom 13 og 19 år ble invitert til å delta i underprosjektet UNG HUNT. Sammen med invitasjonsbrevet var det et omfattende spørreskjema som deltakere skulle ta med seg ved fremmøte til undersøkelsen. I tillegg ble det lagt ved en brosjyre med mer omfattende informasjon om HUNT3 enn hva som finnes i selve invitasjonsteksten, og det henvises også i invitasjonsbrevet til HUNTs nettsider for mer informasjon. Jeg har valgt å analysere tekstene i den rekkefølgen de har blitt publisert og trolig lest. Ettersom invitasjonsbrevet er den første teksten fra HUNT3 som sendes direkte til nordtrønderne, vil det også være den første teksten som blir gjenstand for min analyse.

Som jeg gjorde rede for i kapittel 2.1 og 2.3, er dialogismen, og herunder Linells virksomhetsteori (Linell 2011), teoretisk plattform for mine analyser. Dette innebærer å forstå HUNT-tekstene i lys av deres omkringliggende kontekster og interaksjonelle sammenhenger. Jeg har dessuten et diskursperspektiv på HUNT-tekstene og vil dermed lese tekstene som produkt og produsent av forståelsesmåter knyttet til helse og risiko. Tekstens overordnede kommunikative prosjekt er som nevnt å rekruttere deltakere til HUNT3, og den skal således gjøre en jobb for å overtale nordtrønderne om å delta. En kan derfor anta at teksten har en retorisk karakter, og i analysen vil jeg ta utgangspunkt i dette gjennom rammeverket *rhetorical discourse analysis* (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Retorisk diskursanalyse er velegnet til å undersøke kommunikasjon hvor overtalelse og argumentasjon inngår i de kommunikative prosjektene, og fokus er gjerne på hvilke retoriske ressurser som understøtter det kommunikative prosjektet. I det følgende vil jeg se nærmere på brosjyren med tanke på å løfte frem **hvilke *retoriske***

ressurser **HUNT tar i bruk for å rekruttere deltakere til den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag**. En slik fremgangsmåte vil kunne tydeliggjøre noen kommunikative dilemma som HUNT støter på i møte med noen aktuelle diskurser knyttet til befolkningsundersøkelser og folkehelse.



Invitasjon til HUNT 3

Viktig
Enkelt
Gratis

Du inviteres herved til å delta i den tredje store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet, og ta det med når du møter til undersøkelse.

Undersøkelsen tar vanligvis ca 1/2 time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.

Du kan lese mer om HUNT 3 i den vedlagte brosjyren eller på www.hunt.ntnu.no. Har du spørsmål, kan du også ringe til HUNT forskningssenter, tlf 74075180.

Vel møtt til undersøkelsen!

Vennlig hilsen

Steinar Krokstad
Førsteamanuensis
Prosjektleder HUNT 3

Jostein Holmen
Professor, daglig leder
HUNT forskningssenter

Stig A. Slørdahl
Professor, dekanus
Det medisinske fakultet, NTNU

Tid og sted for oppmøte

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg, behøver du ikke bestille ny time. Du kan møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan også møte i en annen kommune, hvis det skulle passe bedre. Takk for at du deltar!

Åpningstida:

92400677579

hunt 3
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

NTNU
HUNT forskningssenter

En time for bedre folkehelse

VESTVIK REKLAME AS. FOTO: HARALD SATERØY OG JOHAN AFNT NESGÅRD.

Bilde: Invitasjon til HUNT3, jf. vedlegg 4.

Invitasjonen til HUNT3 er den første teksten som sendes til hver enkelt nordtrønder som er aktuell som deltaker. Dette er allikevel ikke nødvendigvis deres første møte med HUNT. Mange av dem som mottar invitasjonen, har deltatt tidligere, og de fleste har sannsynligvis lest om HUNT3 i mediene, som for eksempel i lokalavisen Trønder-Avisa, i opptakten til den nye HUNT-undersøkelsen. Invitasjonsteksten er utformet som en direkte oppfordring fra HUNT til nordtrønderne om å delta, og det er interessant å se nærmere på hvilke retoriske ressurser som tas i bruk for å skape oppslutning om HUNT3. Som vi ser på bildet ovenfor, er invitasjonsbrevet delt opp i tre seksjoner. Øverst til venstre finner vi selve invitasjonsteksten, under denne finner vi informasjon om tid og sted for oppmøte, og til høyre finner vi en spalte som dekker høyre marg, og som blant annet består av seks illustrasjoner som fungerer som et blikkfang i brevet. Jeg vil i det følgende undersøke retoriske dimensjoner ved invitasjonsteksten og dernest de seks bildene.

4.1.1 Invitasjonsteksten

Invitasjonsteksten inneholder flere redegjørelser («accounts»), altså språklige uttrykk hvor HUNT redegjør for sin virksomhet gjennom å fremstå som for eksempel ansvarlige, troverdige og pålitelige (Scott & Lyman 1968, Buttny 1993, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Til høyre for overskriften «*Invitasjon til HUNT 3*» står tre ord på skrå (som om de var stemplet på papiret): «*Viktig. Enkelt. Gratis.*» Disse tre ordene, som leseren inviteres til å fylle med innhold, kan antas å oppsummere hva HUNT-ledelsen ønsker at innbyggerne i Nord-Trøndelag skal tenke om HUNT3: Det er viktig at hver enkelt innbygger deltar i HUNT3, det er enkelt å delta, og det er gratis å delta. Disse tre ordene vil jeg komme nærmere tilbake til i analysen av invitasjonens vedlegg, informasjonsbrosjyren, ettersom de gjentas på brosjyrens forside (se 4.2).

Det første stikkordet, *viktig*, henspiller på det store folkehelseprosjektet som HUNT er, noe som også trekkes frem i den videre teksten i invitasjonen. Invitasjonsbrevet starter med følgende passasje:

> Du inviteres herved til å delta i den tredje store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Brevteksten inviterer altså til «*den tredje store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*». Det løftes frem at HUNT3 er del av en større sammenheng (den tredje i rekken av et pågående, større forskningsprosjekt), noe som bidrar til å understreke viktigheten av prosjektet. At dette er den tredje helseundersøkelsen i en rekke, kan trolig også bidra til å validere HUNT3 overfor mottakeren av brevet. At det satses på en ny runde med HUNT, viser at bidragene som ble gitt av nordtrønderne i HUNT1 og 2, *var* viktige. Ord som *stor* og *viktig* setter forskningsprosjektets betydning i forgrunnen (jf. Evensen 2005 og Vatn 1998), og dermed også hver enkelt informants bidrag.

Invitasjonsteksten fortsetter med et avsnitt som appellerer til bred deltakelse:

> Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.
>
> **Vennligst fyll ut spørreskjemaet og ta det med når du møter til undersøkelse.**

Også her fremhever HUNT *viktigheten* av å delta i helseundersøkelsen. Gjentakelser er en retorisk ressurs (Jor 2003, Roberts & Sarangi 2005), og ordet *viktig* gjentas fire ganger i løpet av den korte invitasjonsteksten. På denne måten settes ett bestemt aspekt ved HUNT3 i forgrunnen, mens andre aspekter står i bakgrunnen. Ved å posisjonere hver deltaker som like viktig konstrueres dessuten HUNT som et *kollektivt* prosjekt, noe vi gjør sammen for å nå et felles mål.

Brevet forklarer videre kort om selve undersøkelsen:

> Undersøkelsen tar vanligvis ca ½ time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.

Her kommer HUNT inn på noe av det problematiske ved screening og store befolkningsundersøkelser av helse, nemlig oppdagelsen av at noe kan være «*utenom det normale*», til tross for at flere deltakere anså seg selv som frisk før deltakelsen i HUNT. Dette er et dilemma for forskerne i HUNT, fordi de vet at deltakelse i HUNT kan skape uro og bekymring hos enkelte (Krokstad i intervju 10.11.2008). I brosjyren som er vedlagt invitasjonen, er siste side viet et samtykkeskjema. I tråd med krav knyttet til informert samtykke (Sand 2012) må invitasjonsteksten tematisere hva som gjelder dersom HUNT gjennom helseundersøkelsen oppdager noe som deltakerne ikke kjente til fra før, eventuelt har bekymret seg for tidligere. Dette gir de potensielle deltakerne en anledning til å ta et informert valg om man ønsker opplysninger om egen helse. Formuleringen «*Dersom noen av resultatene er utenom det normale*» indikerer et risikoaspekt som det ikke dveles ytterligere ved i teksten. Det redegjøres kort for hvordan man som deltaker vil bli fulgt opp, men sykdomsrisiko posisjoneres ikke som den mest sentrale informasjonen som gis i brevet. Slik opprettholdes forskningsprosjektet HUNT som tekstens forgrunn, og individuelle aspekter ved deltakelsen står i bakgrunnen.

Invitasjonsteksten fokuserer først og fremst på det overordnede folkehelseformålet med HUNT3 og hvor viktig hver deltaker er i denne sammenhengen. I et relieffperspektiv er dette tekstens forgrunn (Evensen 2005, Vatn 1998). Teksten tematiserer i mindre grad det individuelle aspektet ved å delta i studien, og en kan anta at et større fokus på for eksempel individuell risiko vil ha en negativ funksjon når det gjelder å rekruttere deltakere. Slik blir den individuelle sykdomsrisikoen tonet ned som tekstens bakgrunn,

mens folkehelsen og bidraget til fellesskapet får et mer fremtredende fokus i tekstens relieff.

Retorisk bruk av bilder i invitasjonsbrevet

Invitasjonen inneholder også bilder av folk i ulike situasjoner: Ei jente som spiller cello, en bestefar og et barnebarn som er på tur hånd i hånd, to voksne venninner som er ute i naturen, en mann i kajakk i ei stri elv, en mann på sykkel ute i naturen og et bilde av ei jente på et treningssenter. Bruk av bilder kan være en effektiv måte å skape mening på (Kress & van Leeuwen 2021), underbygge et argument på (Kjeldsen 2012), og å diskursivt konstruere et perspektiv på (Bellander 2021). Bildene står sammen med overskriften «*En time for bedre folkehelse*», og jeg tolker bildene som eksempler på HUNTs forståelse av god folkehelse. Disse bildene har trolig den funksjonen at de skal skape gjenkjennelse hos leserne, og jeg tolker personene på bildene som representanter for vanlige mennesker i Nord-Trøndelag. Variasjonen i alder, kjønn og aktiviteter sannsynliggjør at flere vil kjenne seg igjen i ett eller flere av bildene. Menneskene og aktivitetene bildene illustrerer, har noe sunt og friskt over seg, hvilket understreker helseaspektet ved HUNT. Det er samhold, kultur, natur og aktive liv som står i fokus. Bildene illustrerer både hva «vi» er, hva «vi» vil være og hva «vi» kan være – dersom «vi» satser på helse, representert ved HUNT3.

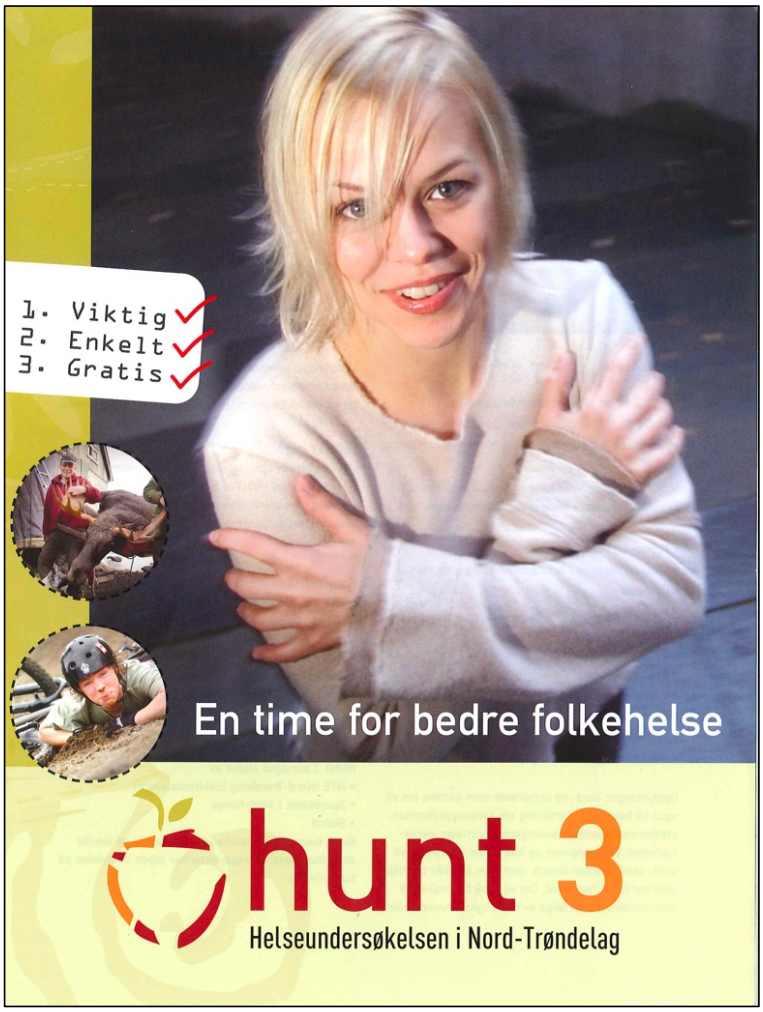
4.2 Informasjonsbrosjyren i HUNT3

Vedlagt invitasjonsbrevet er en brosjyre på til sammen åtte sider (se vedlegg 5) som gir mer utfyllende informasjon enn invitasjonsbrevet om hva HUNT3 er, hva det forskes på, hvordan undersøkelsen deltakerne skal gjennom foregår, informasjon om samtykke, med mere. Med utgangspunkt i det samme analytiske rammeverket som i analysen av invitasjonsbrevet vil jeg studere teksten og bildene i brosjyren med siktemål om å besvare problemstillingen **hvilke *retoriske ressurser* HUNT tar i bruk for å rekruttere deltakere til den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag**. Jeg vil ta for meg brosjyrens innhold kronologisk og begynner derfor med brosjyrens forside, som til tross for lite tekst gir en rekke anvisninger til hvordan HUNT3 skal forstås av dem som leser brosjyren.

4.2.1 Brosjyrens forside: «En time for bedre folkehelse»

Brosjyrens forside (se bilde på neste side) har et stort bilde av den nord-trønderske skuespilleren Evy Kasseth Røsten. På venstre side står teksten «*1. Viktig, 2. Enkelt, 3. Gratis*», og på midten av forsiden står teksten «*En time for bedre folkehelse*» med en stor logo for HUNT3 nedenfor. I tillegg ser vi to små, innringede bilder nede til venstre, med et bilde av en mann som har vært på en vellykket elgjakt, og et bilde av et ungt menneske med hjelm som bedriver det som ser ut som en aktiv idrett i friluft, muligens klatring.

Når brosjyren er vedlagt et invitasjonsbrev, rammes brosjyrens innhold inn som det man trenger å vite for å kunne ta et valg om å delta i HUNT3. Å presentere ordene «*Viktig. Enkelt. Gratis*» på forsiden, og ellers lite tekst, gir leseren inntrykk av at disse ordene er sentrale kjennetegn ved HUNT3 som argumenterer for deltakelse. De tre ordene blir forgrunnsmarkører (Evensen 2005, Vatn 1998) i kraft av at de står på brosjyrens forside, samtidig som det er lite annen tekst på siden. Å markere noe som forgrunn handler om å gjøre tekstlige grep slik at noe trer tydeligere frem i teksten som kan fungere som en



Bilde: Forside HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

retorisk ressurs. Når ordene også er haket av, sender det en beskjed om at dette er noe HUNT har tatt seg av. Punktene kan dermed leses som forsikringer (Bredmar & Linell 1999) om at dette er sentrale momenter som HUNT har sørget for at oppfylles, og som deltakerne derfor ikke trenger å uroe seg for. De kan også leses som punktvise redegjørelser (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) for et forskningsprosjekt som kan gi ulike følger og ulemper for dem som deltar. Ordene kan leses som essensen i hvorfor

man bør delta i HUNT3, og når jeg tolker dem som redegjørelser, er dette blant annet på bakgrunn av at ordene er haket av og at disse fungerer som rettferdiggjøringer (Scott & Lyman 1968) for selve henvendelsen. Å oppsummere de kanskje mest sentrale temaene for befolkningen i tre punkter, for slik å engasjere til deltakelse, kan derfor forstås som en retorisk strategi for å oppnå tekstens overordnede kommunikative prosjekt, som handler om å rekruttere deltakere.

Ordet *viktig* går igjen i HUNT-materiellet som tilbys befolkningen, og HUNT vektlegger å fremheve forskningsprosjektets samfunnsmessige betydning overfor befolkningen. Ytringen «*En time for bedre folkehelse*» underbygger dette. Den konkretiserer *hva* som er viktig (folkehelsa), og hva som kreves for å nå dette målet. Det siste, hva som skal til, tolker jeg som en forenkling av hva som faktisk kreves av bidraget, «*en time*» leser jeg som tildekkende for hva som må til for å nå målet om bedre folkehelse, også hva gjelder påkjenninger hos bidragsyterne. Ytringen er slagordpreget og gir slik et inntrykk av markedsføring, at det er noe som skal «selges inn» fra HUNT til befolkningen. «*En time for bedre folkehelse*» kan leses på to måter, på den ene siden som et tiltak for folkehelsen på samfunnsnivå, og for den enkelte bidragsyters helse på den andre. I et samfunnsperspektiv løfter ytringen frem hvordan et lite bidrag fra enkeltpersoner («*en time*») kan gjøre en forskjell på samfunnsnivå («*bedre folkehelse*»), en retorikk som minner om andre kampanjer for å heve bevisstheten om enkeltmenneskers påvirkning på helheten. Et illustrerende eksempel i så måte er kampanjene for pant av tomgods som har gått på TV i flere år – med blant annet slagordet «Gjør noe lite for noe stort» som en bestanddel. Ytringen fra HUNT-materialet kan sågar leses som en forsikring (Bredmar & Linell 1999) om at det er dette som skal til for å gjøre en forskjell i Helse-Norge. Hvis ytringen leses som at det er den enkelte bidragsyters helse som skal forbedres, blir «*en time*» imidlertid enda mer tildekkende, når vi vet at deltakerne selv må sørge for at resultatene fra helseundersøkelsen forklares og følges opp gjennom konsultasjon hos fastlege. Det er også deltakerne selv som langt på vei må iverksette tiltak for å forebygge eller behandle eventuell sykdom og følge opp risiko for sykdom. I

tillegg vet vi at HUNT3 ikke tilbyr en fullstendig helsesjekk, og at deltakere kan oppleve å bli syke til tross for at deltakelsen ikke ga hint om at noe var i gjære. Dette berører noe av det problematiske ved store befolkningsundersøkelser og screening, som handler om falsk trygghet hos dem som deltar (Solbjør et al. 2012a; 2012b). «*En time for bedre folkehelse*» gir med andre ord et forenklet inntrykk av hva deltakelse i HUNT3 kan handle om, og bærer slik preg av en markedsføringsretorikk.

Ordet *enkelt* skal sannsynligvis referere til at det å delta i HUNT3 ikke medfører spesiell belastning. Dette kan henspille på at HUNT kjører rundt fra kommune til kommune med en buss som inneholder alt nødvendig utstyr for å hente inn helseinformasjon fra nordtrønderne, og prosjektet gjør seg dermed tilgjengelige i god distriktspolitisk ånd. Det er også nærliggende å tenke at det å bruke en time på en helsesjekk er et lite bidrag (jf. «*enkelt*») hvis det kan ha en betydning for folkehelsen. Å delta i HUNT3 kan derfor leses som en handling som er enkel for den som deltar, men som betyr mye på samfunnsnivå. Forholdet mellom individ og samfunn er en gjennomgående tematikk i HUNTs retorikk i brosjyren, slik jeg også pekte på i forrige avsnitt. Det skapes et retorisk relieff (Evensen 2005, Vatn 1998) hvor samfunnsnivået vies mest oppmerksomhet fra HUNT sin side. Dette kan leses som et retorisk grep for å gjøre en slik forståelse av teksten mer tilgjengelig enn en som vier mer oppmerksomhet til den enkelte deltaker.

Å understreke at deltakelsen er enkel, leser jeg også som et ledd i et prinsipp om at deltakelse i forskning ikke skal medføre uforholdsmessig belastning for informanten (Wilson & Jungner 1968, Helseforskningsloven 2008). Samtidig er punktet koblet sammen med det neste punktet, *gratis*, på den måten at selv om HUNT påstår at deltakelsen er enkel, så er den fortsatt ikke enklere enn at den også gjøres gratis. Om det hadde vært *virkelig* enkelt å delta, ved at HUNT for eksempel oppsøkte hver enkelt deltaker der de befant seg, ville det kanskje være mindre relevant å understreke at deltakelsen også er gratis? For å forstå den utvalgte teksten i HUNT3-brosjyren er det

relevant å huske på at mange av dem som mottok invitasjonen til HUNT3, allerede har deltatt én eller to ganger i helseundersøkelsen tidligere (HUNT1 og/eller HUNT2), og det kan derfor være relevant å ta høyde for en viss slitasje på befolkningen når det gjelder å kalle inn til en ny helseundersøkelse. Selv om deltakerprosenten var høy i de to første undersøkelsene, var det grunn til ikke å belage seg på folks fellesskapsfølelse alene da HUNT3 skulle gjennomføres. Å fremsi konkrete argumenter for deltakelse i HUNT3, her «*enkelt*» og «*gratis*», på brosjyrens forside kan derfor også leses som et svar på at dette er den tredje helseundersøkelsen i rekken, at tidligere deltakere kan være lei av HUNT, og at HUNT muligens forventer en lavere deltakerprosent enn før.

Rekkefølgen på de tre argumenterende ordene er interessant å se nærmere på. Gjennom først å omtale deltakelse i HUNT3 som «*viktig*» posisjonerer HUNT deltakerne som uselviske og som genuint interesserte i å delta i et løft for folkehelsa. Slik lanseres det en ramme for hvordan HUNT3 skal forstås av befolkningen: som et felles gode. Dersom det var «*gratis*» som var prioritert først, ville dette kunne tolkes som at HUNT undervurderer nordtrønderne. Når «*gratis*» ikke har blitt løftet frem som det viktigste stikkordet, kan det tolkes som at HUNT ønsker å posisjonere deltakerne som folk som setter folkehelsa før egen vinning. Noe deltakerne ikke nødvendigvis ser de har individuell nytte av, kan likevel oppleves som en meningsfull handling fordi det gagner et større formål, og dette blir det retoriske relieffet for HUNTs rekrutteringskampanje. Punktenes prioritet kan leses som punkter som går fra kollektive til mer individuelt orienterte verdier, det kollektive settes i forgrunnen, mens de punktene som er mer rettet mot den enkeltes behov, kommer i andre rekke.

«*Viktig, enkelt, gratis*» og «*En time for bedre folkehelse*» plasserer kollektive verdier i forgrunnen og individuelle behov i bakgrunnen. Dette kan forstås i sammenheng med dugnaden som et kulturelt fenomen med særlig dype røtter i distriktene, slik Ursin og Solberg peker på i en artikkel om HUNT Biobank (Ursin & Solberg 2008: 101):

> The word dugnad does not explicitly appear in the official information material for HUNT. However, the dugnad spirit is evoked in the way that HUNT motivates people to participate, thus this analogy seems to be clearly warranted. [...] The request to give «each other an hour for better public health» refers to the time it takes to complete the HUNT questionnaire and give a blood sample. From this perspective, the participants contribute mainly by giving their time. The risk of participation is conceived of as negligible, and the participants are not asked to make huge sacrifices: they will leave the research centre in the same shape as before – except without a few centilitres of blood.

En dugnad kjennetegnes nettopp av at flere frivillig og gratis tar i et tak for å oppnå et felles gode, uten å få mer igjen for det enn det som gagner fellesskapet. Det tekstlige relieffet som skapes gjennom ytringen «*En time for bedre folkehelse*» og stikkordet «*viktig*», er med på å løfte frem dugnadsmentaliteten i HUNT og spiller således på folks kollektive verdier og solidaritetsfølelse for å rekruttere til deltakelse. HUNT forgrunnsmarkerer det de ser ut til å anta er en felles kulturell referanser (dugnaden), som rammer inn hvordan HUNT3 skal forstås, som et felles prosjekt for et felles gode.

Retorisk bruk av bilder på brosjyrens forside

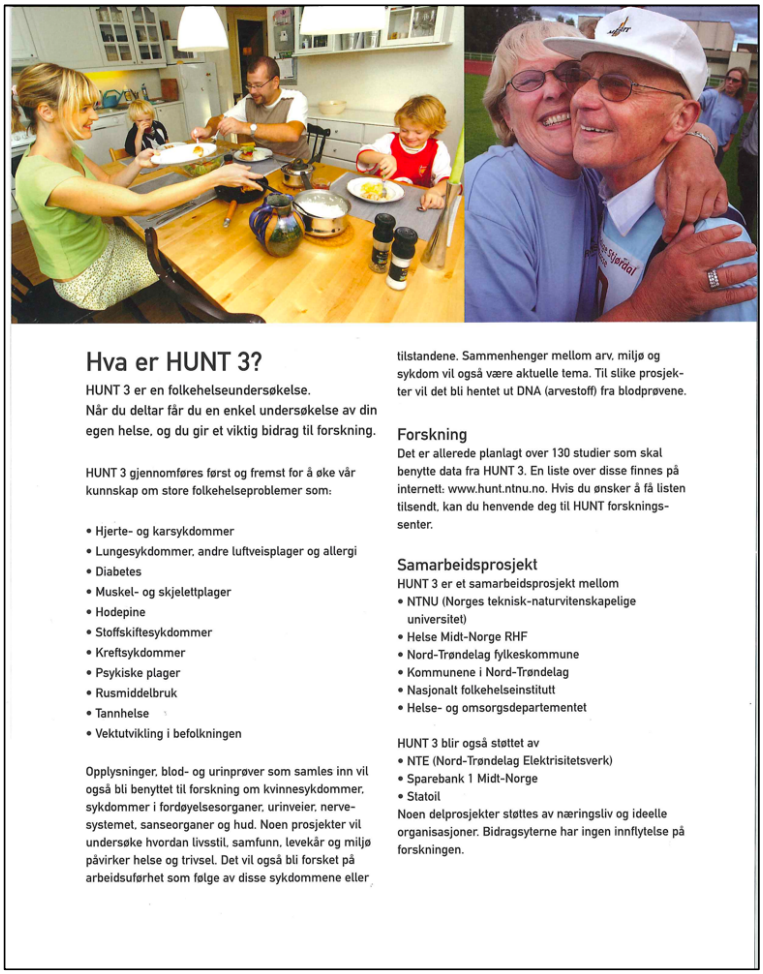
Bildene som er brukt på brosjyrens forside, fremstår også som et virkemiddel for å overbevise mottakerne om å delta i HUNT3. Forsiden preges først og fremst av et helsides bilde av en kjent nordtrøndersk skuespiller, og det er rimelig å tro at HUNT benytter seg av en populær og vellykket ung nordtrønder for å skape interesse og gjenkjennelse hos dem som mottar brosjyren. På bildet fremstår Røsten som en hvilken som helst jente, og i liten grad som en glamorøs skuespillerinne, med andre ord mer i tråd med den jevne nordtrønder. Bildet er iøynefallende på grunn av det kjente fjeset, størrelsen og det sterke fokuset på personens ansikt, og det vil derfor kunne antas å vekke oppmerksomhet og interesse hos dem som mottar brosjyren. Røsten smiler bredt og holder armene om seg selv, noe som kan tolkes som et kroppsspråk som skal signalisere varme og ønske velkommen, eller som at hun tar vare på kroppen. Hun ser rett i kamera, som skaper en kontakt med den som ser på bildet. I samspill med teksten kan de retoriske virkemidlene som tas i bruk, knyttes til HUNT sin konstruksjon av folkehelseprosjektet HUNT3 som en dugnad. Bruken av et kjent fjes signaliserer

oppslutning om helseundersøkelsen, samtidig som det kan vekke mottakerens interesse for å gjøre det samme som Røsten, altså å delta i HUNT3. Bruken av et kjent fjes kan også signalisere at man kan ha tillit til HUNT3 fordi noen vi kjenner også slutter opp om prosjektet. Ettersom tillit er et sentralt kommunikativt prosjekt for HUNT, leser jeg bildet som et uttrykk for hvordan HUNT ønsker å oppfattes, som ansvarlig og troverdig (Buttny 1993). Bildet gir signaler om HUNT som en trygg og ansvarlig aktør. Å bygge tillit til befolkningen i Nord-Trøndelag er et fundamentalt poeng for HUNTs virksomhet, og forsidebildene kan tolkes som et ledd i å oppnå dette. Å bruke et kjent ansikt vil også kunne signalisere at noen allerede har gått god for HUNT3, som igjen sier noe om HUNTs troverdighet ved at deltakelse er et trygt valg når noen man kjenner til allerede har valgt det.

Bildene fremstår som uttrykk for verdier, som får en visuell retorisk virkning i sin sammenheng (Kjeldsen 2006; 2012), og er, i likhet med skriftlig tekst, bærere av diskurser (Bellander 2021). Illustrasjonene i brosjyren sender en appell om hva som *fremmer* helse, og hva vi selv kan gjøre for å oppnå og fremme helse, et perspektiv som er i tråd med HUNTs mål om å drive sykdomsforebyggende forskning. Dette er også et perspektiv som henger sammen med WHOs syn på helse (WHO 1997). Bildene er en retorisk ressurs i å etablere et bestemt perspektiv på helse. Helse fremstår gjennom HUNTs bildebruk som noe som har med et helhetlig helseperspektiv å gjøre, kontra det å behandle bare sykdom, og i den videre gjennomgangen av brosjyrens innhold vil jeg komme nærmere inn på dette. De øvrige to illustrasjonene, en mann som har vært på elgjakt og et ungt menneske i en form for krevende friluftsaktivitet, er bilder vi assosierer med aktive liv, sunnhet og bevegelse. Sammen med det grønne fargevalget på brosjyrens bakgrunn og logoen til HUNT3 som illustrerer et eple, peker dette i retning av at det overordnede budskapet er helse og velvære. Bildevalgene HUNT har gjort, viser et syn på helse som trekker oppmerksomheten i retning av friske, aktive liv og ikke mot sykdom, medisinering, helseinstitusjoner eller lignende assosiasjoner som også er nærliggende bildevalg når temaet er helse og helseforskning.

4.2.2 «Hva er HUNT 3?»

Budskapet «*viktig, enkelt, gratis*» er også gjennomgående i den videre teksten i brosjyren, og jeg vil nå se nærmere på denne. Brosjyren fortsetter med en side med informasjon om hva HUNT3 er (se bilde nedenfor).



Hva er HUNT 3?

HUNT 3 er en folkehelseundersøkelse.
Når du deltar får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir et viktig bidrag til forskning.

HUNT 3 gjennomføres først og fremst for å øke vår kunnskap om store folkehelseproblemer som:

- Hjerte- og karsykdommer
- Lungesykdommer, andre luftveisplager og allergi
- Diabetes
- Muskel- og skjelettplager
- Hodepine
- Stoffskiftesykdommer
- Kreftsykdommer
- Psykiske plager
- Rusmiddelbruk
- Tannhelse
- Vektutvikling i befolkningen

Opplysninger, blod- og urinprøver som samles inn vil også bli benyttet til forskning om kvinnesykdommer, sykdommer i fordøyelsesorganer, urinveier, nervesystemet, sanseorganer og hud. Noen prosjekter vil undersøke hvordan livsstil, samfunn, levekår og miljø påvirker helse og trivsel. Det vil også bli forsket på arbeidsuførhet som følge av disse sykdommene eller tilstandene. Sammenhenger mellom arv, miljø og sykdom vil også være aktuelle tema. Til slike prosjekter vil det bli hentet ut DNA (arvestoff) fra blodprøvene.

Forskning

Det er allerede planlagt over 130 studier som skal benytte data fra HUNT 3. En liste over disse finnes på internett: www.hunt.ntnu.no. Hvis du ønsker å få listen tilsendt, kan du henvende deg til HUNT forskningssenter.

Samarbeidsprosjekt

HUNT 3 er et samarbeidsprosjekt mellom

- NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet)
- Helse Midt-Norge RHF
- Nord-Trøndelag fylkeskommune
- Kommunene i Nord-Trøndelag
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Helse- og omsorgsdepartementet

HUNT 3 blir også støttet av

- NTE (Nord-Trøndelag Elektrisitetsverk)
- Sparebank 1 Midt-Norge
- Statoil

Noen delprosjekter støttes av næringsliv og ideelle organisasjoner. Bidragsyterne har ingen innflytelse på forskningen.

Bilde: Side 2 HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

Mange av de inviterte nordtrønderne kjente til HUNT gjennom tidligere deltakelse, men for flere var HUNT noe nytt, og HUNT3 favnet som tidligere nevnt bredere enn HUNT1 og 2 med hensyn til forskningsfokus.

De første to ytringene på denne siden lyder «HUNT3 er en folkehelseundersøkelse. Når du deltar får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir et viktig bidrag til forskning». Her skapes det en retorisk sammenheng mellom bidrag og gevinst gjennom et «hvis–så»-utsagn. Ytringene er en presisering av premisset for deltakelse i HUNT3, det er folkehelsen som er det overordnede formålet, og det er et gi-og-ta-forhold mellom HUNT og deltakerne. Også her gis det uttrykk for at deltakelse innebærer et viktig bidrag til forskning på folkehelsen. Den individuelle gevinsten ved å delta nevnes også her, men det er folkehelsetemaet som plasseres i forgrunnen (Evensen 2005). Den individuelle undersøkelsen beskrives som «*enkel*», mens bidraget til forskning beskrives som «*viktig*». Å forgrunnsmarkere folkehelsefokuset kan imidlertid også leses som en nedtoning av temaet *sykdomsrisiko*, som er en annen side ved det å delta i HUNT3, men som ikke vies mye plass i brosjyreteksten. Gjennom å delta vil man kunne få innsikt i hvordan det står til med egen helse, og for cirka ti prosent av dem som deltar, vil resultatene vise risiko for sykdom.[13] Fokuset på helsefremming, helsedugnaden og det kollektive plasserer imidlertid individuelle aspekter ved deltakelse i bakgrunnen, og temaet sykdomsrisiko blir slik lite synlig i informasjonsbrosjyren.

Videre står det: «*HUNT 3 gjennomføres først og fremst for å øke vår kunnskap om store folkehelseproblemer*». Det listes så opp en rekke forskningstema for HUNT3, blant annet hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, hodepine og psykiske plager. Her kan mottakerne av brosjyren lese svart på hvitt hva deres deltakelse kan bidra til å danne mer kunnskap om. Ytringen kan leses som en forsikring (Bredmar & Linell 1999) om hva dataene HUNT samler inn, skal brukes til, nemlig for å skaffe mer kunnskap.

[13] Jf. intervju med HUNT-ledelsen, se kapittel. 3.2.3.

Opplysningen underforstår en alternativ tolkning av hva forskning kan brukes til, som kan være forskning med kommersielle interesser, der dataene brukes for økonomisk gevinst. Ytringen impliserer hvilke verdier HUNT er tuftet på, og samtidig hvilke de ikke er tuftet på. Den kan derfor leses som en implisitt forsikring om HUNT som en ansvarlig forskningsinstitusjon, som ledd i å bygge troverdighet overfor befolkningen.

I et avsnitt med overskriften «Forskning» informerer HUNT kort om antallet planlagte studier og muligheten for ytterligere informasjon om disse: «*Det er allerede planlagt over 130 studier som skal benytte data fra HUNT3. En liste over disse finnes på internett: www.hunt.ntnu.no. Hvis du ønsker å få listen tilsendt, kan du henvende deg til HUNT forskningssenter*». Avsnittet posisjonerer leseren som interessert i HUNT3 som forskningsprosjekt og ikke bare som en individuell helseundersøkelse. Dette bygger opp under hvordan leseren posisjoneres som kollektivt orientert, ved at HUNT-forskningen er noe som bidrar til samfunnet og fellesskapet. Avsnittet vitner også om åpenhet fra HUNT gjennom henvisningen til ytterligere informasjon. Ved å gjøre seg tilgjengelige (henvisning til nettside, tilbud om å få tilsendt informasjon) og åpne om forskningen fremstår HUNT som tillitvekkende. Som et ledd i å oppfordre – og ikke minst overtale – til deltakelse i forskning er det også et kommunikativt prosjekt for HUNT å fremstå som ansvarlige og etterrettelige, og dermed troverdige (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Åpenhet og gjennomsiktighet kan bidra til dette kommunikative prosjektet, og henvisninger til omfang og tematikk blir dermed uttrykk for HUNTs retoriske jobb med å fremstå som troverdige og ansvarlige.

Det kommunikative prosjektet om å fremstå som etterrettelige og tillitvekkende støttes også i brosjyrens neste avsnitt. HUNT3 har en rekke samarbeidspartnere, og under overskriften «*Samarbeidsprosjekt*» gis det en punktvis oversikt over hvilke disse er: NTNU, Helse Midt-Norge, Nord-Trøndelag fylkeskommune, kommunene i Nord-Trøndelag, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helse- og omsorgsdepartementet. Alle disse er stort sett kjente aktører for den jevne innbygger, og de kan dermed bidra til å gi et

tillitvekkende inntrykk av studien, samtidig som listen bidrar til å underbygge studiens – og dermed også deltakelsens – betydning, gjennom både omfanget av samarbeidspartnere og samarbeidspartnernes størrelse som samfunnsaktører. Å gi leseren innsikt i studiens samarbeidspartnere forstår jeg som et signal om at studien har fått godkjent-stempel fra ikke-kommersielle aktører med høy gjenkjennelsesfaktor, som fremviser HUNT som en troverdig og ansvarlig aktør.

Videre kommer en kort opplisting av aktører under setningen «*HUNT 3 blir også støttet av*»: «*NTE (Nord-Trøndelag Elektrisitetsverk), Sparebank 1 Midt-Norge og Statoil*». Disse aktørene skiller seg ut fra de overnevnte, da de i høy grad kan forstås som økonomiske støttespillere, i motsetning til for eksempel faglige. Under listen står det «*Noen delprosjekter støttes av næringsliv og ideelle organisasjoner. Bidragsyterne har ingen innflytelse på forskningen*». Den siste ytringen leser jeg som at HUNT presupponerer at leseren knytter en sammenheng mellom kommersielle støttespillere og mulig påvirkning på studien. Ytringen, som dermed blir et svar på noe HUNT antar at leseren vil ønske informasjon om, kan leses som en implisitt forsikring (Bredmar & Linell 1999) om at eksterne støttespillere ikke har noen påvirkningskraft på studien, og den fungerer som en redegjørelse for at HUNT er en ansvarlig aktør innenfor helseforskning.

Informasjonen om at næringsliv og ideelle organisasjoner ønsker å støtte HUNT3 uten at dette medfører innflytelse på forskningen, kan tolkes som et innlegg i diskursen om kommersialisering av helseopplysninger. Under HUNT2 i 1995–97 ble det etablert en biobank, en nyvinning som også reiste noen samfunnsetiske problemstillinger. Disse handlet i store trekk om lagring av sensitive data, spesielt genetisk materiale, og mulighetene for kommersialisering knyttet til slike data. For HUNT er det sentralt at befolkningen kjenner seg trygg på at opplysningene de bidrar med, oppbevares trygt og blir benyttet til det de samtykker til, nemlig til gode for folkehelsen, og ikke i øyemed som kan komme enkelte kommersielle aktører spesielt til gode. I en artikkel som

omhandler utfordringer i forbindelse med opprettelsen av nettopp HUNT Biobank, nevnes:

> The challenge was to build a framework that ensured that the common good was served by commercialisation in an ethical way, thereby preserving the public trust perceived as a fundamental precondition to the biobank activity. (Steinsbekk, Solberg & Myskja 2009: 137–138)

I brosjyreteksten er det nettopp en slik allmenn tillit HUNT ser ut til å ville etablere ved at de forsikrer om at HUNTs forskning ikke er påvirket av støttespillerne. «*Bidragsyterne har ingen innflytelse på forskningen*» kan derfor leses som en forsikring og en redegjørelse for noe potensielt problematisk i tillitsforholdet mellom HUNT og nordtrønderne (Bredmar & Linell 1999, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011).

Listen med tillitvekkende samarbeidspartnere skriver seg også inn i det jeg anser som HUNTs orientering mot (det underliggende) temaet sykdomsrisiko ved at det rammer inn undersøkelsen som trygg. Å bidra med helseopplysninger til HUNT vil i flere tilfeller bety at enkelte deltakere får informasjon om helsen som de ikke allerede var oppmerksomme på. Det kan for noen oppleves som foruroligende å få en slik innsikt i egen helse, selv om man på forhånd kjenner seg frisk. At HUNT3 støtter seg på en hel rekke kjente aktører, kan derfor tenkes å ufarliggjøre noe av dette risikofylte og ubehagelige som kan være en konsekvens av deltakelsen. Den uttalte tilknytningen mellom HUNT og kjente virksomheter kan for noen oppleves som en forsikring om at HUNT er en ansvarlig, trygg og profesjonell aktør.

Retorisk bruk av bilder i «Hva er HUNT 3?»

Over teksten «*Hva er HUNT 3?*» ser vi to store bilder som tar omtrent 2/3 av siden. Det ene illustrerer en småbarnsfamilie ved middagsbordet i ferd med å innta et høyst tradisjonelt norsk grøtmåltid, mens det andre viser et eldre par som smiler bredt mens de gir hverandre en god klem. Bakgrunnen på dette siste bildet viser at de er på en

idrettsbane, og det lille glimtet vi får av påkledningen til mannen på bildet, kan tyde på at han har deltatt på et idrettsarrangement. Begge bildene gir konnotasjoner til god helse, gode dager, glede og sunne liv, alle assosiasjoner som står i kontrast til sykdom. HUNT benytter seg her av en visuell og implisitt kontrastering (Kjeldsen 2006; 2012, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) for å danne et foretrukket bilde av HUNT3 hos leseren, og som en forgrunnsmarkering som gir en ramme for hvordan teksten under bildene skal leses. I likhet med bildebruken på de foregående sidene i brosjyren peker bildene her også i retning av en bestemt forståelse av helse som noe mer enn fravær av sykdom. Når HUNT velger å ha med slike bilder i informasjonsbrosjyren sin, gir det signaler om en undertekst som formidler et bredt helseperspektiv. Slik tones også det underliggende temaet sykdomsrisiko ned, det legges vekt på positive assosiasjoner til helsearbeid og helseforskning, og *forebygging* og *helsefremming* står i forgrunnen. Aldersspennet i bildevalgene gir også et signal om HUNTs forståelse av helse. At HUNT velger å vise frem mennesker i ulike livssituasjoner og i ulike deler av livet, forteller oss at folkehelse og sykdomsforebygging er viktig uavhengig av alder, og at HUNT appellerer til alle om å sette folkehelse og forebygging på agendaen. Gjernes og Måseide skriver at fokuset på forebygging av sykdom har gjort hele befolkningen til såkalte «forebyggingspasienter», som selv har ansvaret for egen helse (Gjernes & Måseide 2008: 194). Bildene i HUNT-brosjyren henspiller på denne pasientrollen, med sitt indirekte budskap om hvordan god helse ser ut.

4.2.3 «Vil du delta?»

Tredje side av brosjyren (se bilde på neste side) starter med overskriften og spørsmålet «*Vil du delta?*». Dette spørsmålet kommer etter to sider med informasjon hvor helseundersøkelsen som et folkehelseprosjekt og et kollektivt løft for et felles gode er forgrunnsmarkert. «Gitt det du nå vet om HUNT3, vil du delta?» er det utvidede spørsmålet jeg leser her. Verdt å merke seg er at det først på neste side i brosjyren gis informasjon om hva deltakelse vil kunne innebære av heft og belastning, når det informeres om påkledning, blodprøver, utfylling av spørreskjema med mere. At

spørsmålet «*Vil du delta?*» har den plasseringen det har i brosjyren, leser jeg som et retorisk grep for å få flest mulig lesere til å svare ja, og på den måten så et frø av velvilje hos leserne innen det gis mer dyptgående informasjon om individuelle forpliktelser og oppgaver ved deltakelse.

Vil du delta?

Du er invitert til å gi et viktig bidrag til forskning om hvordan sykdom kan forebygges og behandles.

Alle innbyggere i Nord-Trøndelag som er 13 år eller eldre, blir invitert til å være med i HUNT 3. Det er frivillig å delta. Du gir ditt bidrag ved å fylle ut det vedlagte spørreskjemaet og møte fram til en helseundersøkelse et sentralt sted i din kommune. Noen deltakere vil i ettertid bli invitert til videre undersøkelser. Hvis det gjelder deg, vil du få en ny invitasjon i posten. Du er ikke forpliktet til å delta selv om du er med i den første undersøkelsen.

Du er viktig!

Hver deltaker er like viktig, enten du er gammel eller ung, frisk eller syk. For å få gode forskningsdata er det viktig at alle er med. Hvis du har deltatt i HUNT tidligere, håper vi at du vil møte opp igjen.

Din helse

Etter undersøkelsen får du et brev med resultatene fra noen av dine prøver. Det gjelder blodtrykk, kolesterol, blodsukker og stoffskifte. Du vil bli anbefalt å kontakte din fastlege hvis noen av prøvene er unormale. Hvis du ikke ønsker å vite resultatene, kan du si fra om dette når du signerer samtykket. Hvis et prøveresultat er slik at det er nødvendig med rask legebehandling, vil du uansett bli kontaktet.

Verdens største

HUNT er verdens største folkehelseundersøkelse. To ganger tidligere har nord-trønderne møtt fram, første gang i 1984. Opplysninger fra HUNT 1 og HUNT 2 er benyttet i mer enn 300 vitenskapelige arbeider, og har gitt oss ny kunnskap om blant annet hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, diabetes, kreft og mental helse. Resultatene er publisert både nasjonalt og internasjonalt. Disse dataene er fortsatt verdifulle, og vil bli brukt i flere arbeider i framtiden. Forskning fører til ny kunnskap om forebygging og behandling av sykdom. Uten en innsats fra hver enkelt, hadde dette ikke vært mulig.

Bilde: Side 3 HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

Teksten begynner med en henvisning til invitasjonsbrevet når det står «*Du er invitert til å gi et viktig bidrag til forskning om hvordan sykdom kan forebygges og behandles*», og

leseren posisjoneres slik som informert. Denne setningen er trykket i større skrift enn den påfølgende teksten og kan i kraft av dette og dens gjentakende karakter forstås som essensen i hva man som leser skal sitte igjen med etter å ha latt seg informere av den foregående teksten. Ordet *viktig* opptrer i likhet med tidligere i brosjyren også i denne ytringen. Gjentakelser av nøkkelord som *viktig* kan være retoriske ressurser (Roberts & Sarangi 2005) ved at de befester seg hos leseren som et sentralt budskap, og ordet blir på denne måten en forgrunnsmarkør (Evensen 2005) for hvordan teksten forstås som helhet. Igjen er det det kollektivet nivået av helseundersøkelsen som blir forgrunnsmarkert, og det individuelle nivået, herunder egen helse og risiko for sykdom, tones samtidig ned.

Ordet *viktig* gjentas ytterligere tre ganger i et avsnitt litt lenger ned på siden under overskriften «*Du er viktig!*»: «*Hver deltaker er like viktig, enten du er gammel eller ung, frisk eller syk. For å få gode forskningsdata er det viktig at alle er med. Hvis du har deltatt i HUNT tidligere, håper vi at du vil møte opp igjen.*» Både i overskriften og to steder i teksten som følger, opptrer ordet *viktig*, og en kan anta at den retoriske effekten av denne overleksikaliseringen er å forsterke budskapet om hver enkelt deltakers betydning for gjennomføringen av HUNT3.

I denne delen av brosjyren finner vi også tekst som aktualiserer temaet pasientautonomi, altså retten til å velge og å bestemme selv hva som skal skje med egen kropp i helse- og forskningsøyemed. Under overskriften «*Din helse*» leser vi ytringer som «*Det er <u>frivillig</u> å delta*», «*Du er <u>ikke forpliktet</u> til å delta selv om du er med i den første undersøkelsen*» og «*Hvis du <u>ikke ønsker å vite</u> resultatene, kan du si fra om dette når du signerer samtykket*» (mine uthevinger). Frasene «*frivillig*», «*ikke forpliktet*» og «*ikke ønsker å vite*» uttrykker at de som deltar i HUNT3, har rettigheter og har anledning til å ta selvstendige valg i tilknytning til deltakelsen. Ytringene formidler et handlingsrom for deltakerne i undersøkelsen og posisjonerer deltakeren som informert. Dette er

informasjon HUNT er forpliktet til å gi deltakerne, og samtidig er ikke denne informasjonen tekstens forgrunn. Selv om deltakerne får en gratis helsesjekk, er det ikke dette som er HUNTs viktigste salgsargument overfor nordtrønderne. I stedet for å fokusere på individuell gevinst eller gjøre rede for individuelle utfordringer ved deltakelse ligger HUNTs fokus på samfunnsnivå. Fellesskapet står gjennomgående i forgrunnen i HUNTs budskap, og viktigheten av hvert enkelt bidrag i en større sammenheng løftes hyppig frem. Dette kommer igjen til uttrykk i det påfølgende avsnittet med overskriften «*Du er viktig!*», som er tilnærmet den samme teksten som ble brukt i andre avsnitt i invitasjonsbrevet (se kapittel 4.1).

Du-orienterte ytringer som «*Vil du delta?*», «*Du er invitert*», «*Du er ikke forpliktet*», «*det er viktig at du er med*», «*din helse*», «*hvis du ikke ønsker å vite resultatene*» er en måte å gå i direkte dialog med deltakeren og understreke deltakerens rettigheter på. Når det informeres om hvilke rettigheter man har, hva man ikke er forpliktet til, og at man kan gjøre selvstendige valg angående deltakelsen, posisjonerer HUNT potensielle deltakere som fornuftige mennesker som evner å gjøre begrunnede valg. HUNTs overordnede kommunikative prosjekt er imidlertid at leserne skal fatte et valg om å delta. Å appellere til tekstens «du» henspiller på leserens/deltakerens autonomi. Når HUNT samtidig tegner et bilde av viktigheten av deltakelse, uttrykker det et implisitt budskap om at «du er fornuftig, og derfor velger du HUNT» i teksten.

«Din helse»

Et avsnitt med overskriften «Din helse» inneholder mer konkret informasjon om prosessen som følger oppmøtet i HUNT3, og peker på tilbakemeldingsbrevet som jeg analyserer i kapittel 4.4.

> Etter undersøkelsen får du et brev med resultatene fra noen av dine prøver. Det gjelder blodtrykk, kolesterol, blodsukker og stoffskifte. Du vil bli anbefalt å kontakte din fastlege hvis noen av prøvene er unormale. Hvis du ikke ønsker å vite resultatene, kan du si fra om dette når du signerer samtykket. Hvis et prøveresultat er slik at det er nødvendig med rask legebehandling, vil du uansett bli kontaktet.

I dette avsnittet tematiseres noe av det problematiske ved å delta i en befolkningsundersøkelse, nemlig at undersøkelsen av helsa kan gi deltakeren et uønsket resultat: «*Du vil bli anbefalt å kontakte din fastlege hvis noen av prøvene er unormale*». Denne ytringen er en forsikring om at HUNT vil ta seg av tolkningen av resultatene, og at man som deltaker kan stole på at HUNT tar en avgjørelse om hva som er anbefalt å gjøre videre. Ytringen kan dessuten forstås som en intertekstuell peker (Kristeva 1980, Linell 2011) til et senere ledd i HUNTs kommunikasjonskjede, nemlig konsultasjonen hos fastlegen og det ansvaret HUNT tilskriver fastlegen. Samtidig impliseres det at en konsekvens av å delta i HUNT3 er at man kan få prøvesvar som tyder på at noe ikke er som det skal være. Gjennom å delta i HUNT3 vil mange få vite noe om egen helse som de ikke visste fra før, og dette tematiserer som tidligere nevnt (se kapittel 1.2.3) et dilemma knyttet til screening. I noen tilfeller er denne informasjonen noe man vil ha helsemessig nytte av å gå videre med, i andre tilfeller viser det seg at det ikke var grunn til bekymring. I begge tilfeller vil prøvesvarene kunne føre til bekymring hos deltakerne, eller som Skolbekken, Østerlie og Forsmo (2012: 198) uttrykker det: «the gift of knowing one's risk status proved to be a mixed blessing».

Den neste ytringen er en eksplisitt tematisering av det nevnte dilemmaet ved å gjennomføre en befolkningsundersøkelse, da den informerer om at man kan velge å ikke få vite resultatene: «*Hvis du ikke ønsker å vite resultatene, kan du si fra om dette når du signerer samtykket.*» Ytringen viser en presupposisjon om at noen deltakere ikke ønsker å få vite resultatene fra undersøkelsen. Denne antakelsen impliserer at det finnes en årsak til ikke å ville vite, men dette sier teksten ikke noe om. Det presenteres altså et valg man kan ta, men det forklares ikke hvorfor noen deltakere vil ønske det ene og noen det andre. HUNT trekker her veksler på ulike pasientroller (Tjora 2008). Bak avsnittet leser jeg en større debatt om de problematiske sidene ved screening og befolkningsundersøkelser knyttet til unødig bekymring i forbindelse med resultater som viser risiko for sykdom, og disse sidene representerer også grunner til at noen velger å ikke delta – man ønsker ikke å vite fordi man ikke ønsker å leve med bekymringen dette

er (Juth & Munthe 2012). Denne problematikken ligger imidlertid implisitt i informasjonen avsnittet tilbyr, og settes slik i tekstens bakgrunn. Det er nærliggende å anta at grunnen til hvorfor HUNT ikke gjør rede for hva det ene eller andre valget innebærer, handler om behovet for bred rekruttering.

«Verdens største»

Det siste avsnittet på denne siden av HUNT-brosjyren har overskriften «*Verdens største*» og beskriver omfanget av HUNT. Dette dreier seg om hvor mange vitenskapelige arbeider som har blitt utført basert på de to første helseundersøkelsene, tall på deltakelsen i de tidligere HUNT-prosjektene, forskningstematisk omfang og publisering både nasjonalt og internasjonalt:

> **Verdens største**
>
> HUNT er verdens største folkehelseundersøkelse.
>
> To ganger tidligere har nord-trønderne møtt fram, første gang i 1984. Opplysninger fra HUNT 1 og HUNT 2 er benyttet i mer enn 300 vitenskapelige arbeider, og har gitt oss ny kunnskap om blant annet hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, diabetes, kreft og mental helse. Resultatene er publisert både nasjonalt og internasjonalt. Disse dataene er fortsatt verdifulle, og vil bli brukt i flere arbeider i framtiden. Forskning fører til ny kunnskap om forebygging og behandling av sykdom. Uten en innsats fra hver enkelt, hadde dette ikke vært mulig.

Valget av overskriften «*verdens største*» leser jeg som et retorisk grep som rammer inn den løpende teksten. Påstanden om at HUNT er verdens største folkehelseundersøkelse er ikke udiskutabel, og i en senere tekst fra HUNT til deltakerne (kap. 4.4) brukes dessuten formuleringen «*en av verdens største*», altså i moderert form. Den videre teksten under overskriften står i kontrast til det foregående ved at tematikken skifter fra det som omhandler deltakerne på individnivå, til det som handler om HUNT, forskning, kunnskap og meritter. Gjennom å vise til omfanget («*verdens største*», «*to ganger tidligere*», «*benyttet i mer enn 300 vitenskapelige arbeider*», «*ny kunnskap om blant annet hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, diabetes, kreft og mental helse*»,

«*publisert både nasjonalt og internasjonalt*») og tidligere suksess i HUNT1 og 2 bygges konstruksjonen av HUNT som et stort og betydningsfullt forskningsprosjekt, og HUNTs betydning og aktualitet settes i forgrunnen. Jeg tolker ytringene som argumenter for at den som leser, bør fatte et valg om å delta ved at det implisitte budskapet kan forstås som at HUNT er stort og betydningsfullt, mange har valgt det før deg, og nå har også du muligheten til å være en del av HUNT og bidra til en viktig utvikling. Denne tolkningen underbygges av de to siste setningene «*Forskning fører til ny kunnskap om forebygging og behandling av sykdom. Uten en innsats fra hver enkelt, hadde dette ikke vært mulig.*» Det skapes en retorisk sammenheng mellom forebygging/behandling av sykdom og innsatsen fra deltakerne. I den siste setningen posisjoneres deltakerne i HUNT som særdeles viktig for HUNTs eksistens, og jeg tolker dette som en retorisk posisjonering for at leseren skal ønske å delta i HUNT3.

Retorisk bruk av bilder i «Vil du delta?»

Øverst på siden «*Vil du delta?*» ser vi to bilder. Det ene viser tre unge mennesker på hver sin hesterygg på ridetur i snøen. Det andre bildet viser en mann i en tradisjonell, mønstrete ullgenser som står litt i bakgrunnen på bildet ved siden av et oljemaleri på en vegg. Foran ham ser vi en rekke malerpensler. Bildene tar stor plass på siden og er et blikkfang som gjør at de fungerer som en forgrunnsmarkør i samspillet med den øvrige teksten når det gjelder hvilke diskurser som påkalles. Bildene illustrerer kjente, sunne fritidsinteresser, samtidig som det er rimelig å tenke at menneskene på bildene skaper gjenkjennelse til hvordan man som nordtrønder ser på seg selv. Bildene illustrerer dessuten variasjon med hensyn til fritidsinteresser, og denne variasjonen i illustrasjonene vil trolig gjøre at gjenkjennelseseffekten treffer flere lesere. Også disse bildene tolker jeg som illustrasjoner av HUNTs forståelse av helse ved at bildebruken henspiller på en helsediskurs som omfatter mer enn det rent medisinske. Bilder av friske og aktive liv, sunne hobbyer, samhold og glade ansikter skaper et inntrykk av at HUNT ser disse bildene i sammenheng med sin egen virksomhet, nemlig et forskningsprosjekt med fokus på folkehelse, sykdomsforebygging og livskvalitet. Bildene antyder at helse

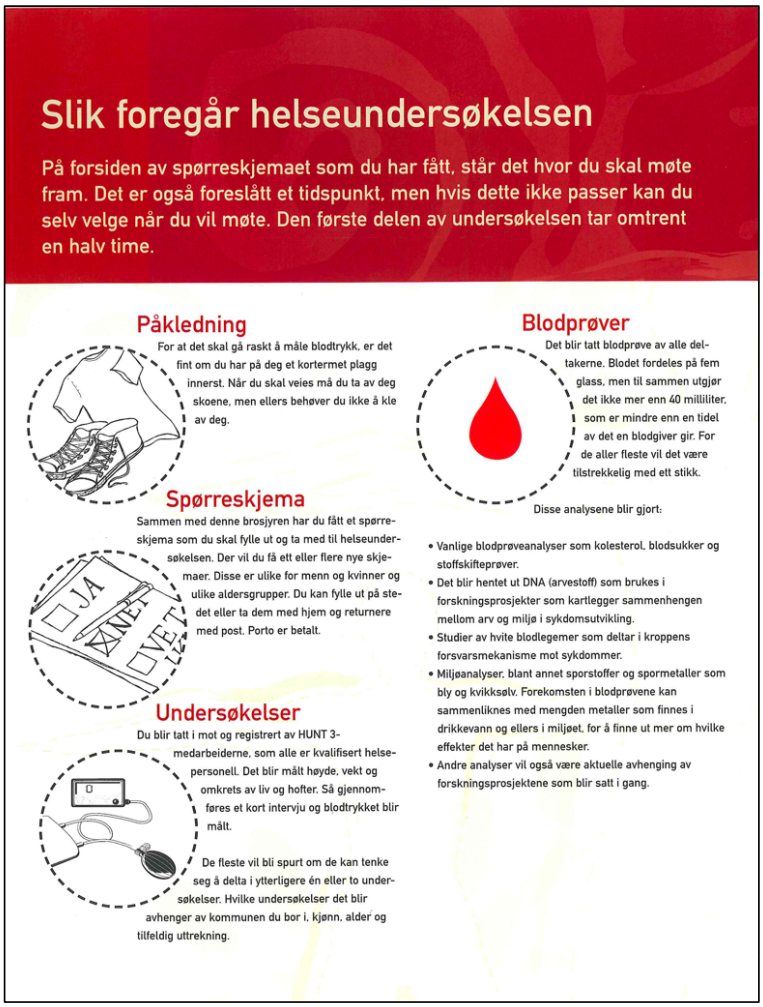
henger sammen med livsstilsvalg, som er et perspektiv som legger mye av ansvaret for forebygging over på individet, slik Gjernes og Måseide (2008) også hevder når de lanserer begrepet «forebyggingspasienten». Forebyggingspasienten er en konsekvens av et økende fokus på risiko og forebygging av sykdom, hvor ansvaret for å ikke bli syk er overført til individet. At HUNT trekker veksler på denne pasientrollen, kan forstås som et innlegg i diskursen om risiko og ansvar (jf. kapittel 1.2.2).

På samme side ser vi også to mindre bilder som er plassert inn i teksten. Det ene er av to små barn, trolig søsken, som klemmer hverandre. Et bilde av barn gir gjerne assosiasjoner til fremtiden, og deltakelse i HUNT handler nettopp om fremtidig avkastning, blant annet for nye generasjoner. Det andre bildet viser en eldre mann i birøkterdrakt som holder en honningramme med bier surrende rundt. I bakgrunnen skimter vi grønt gress og blå himmel med godværsskyer. Bildet av birøkteren illustrerer et sunt og levedyktig økosystem, og bier kan dessuten forstås som en metafor (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) for et samfunn hvor alle står på for fellesskapet, et fellesskap alle er gjensidig avhengige av. Et bisamfunn er selve kroneksempelet på en velfungerende dugnad. Disse bildene sender de samme diskursive signalene som de foregående bildene i brosjyren, og til sammen gir bildebruken et inntrykk av sunnhet, vitalitet og samfunnet slik det kan være dersom vi gjør de rette valgene. På denne måten tones også risikoaspektet ved HUNT ned. Individuell sykdomsrisiko tematiseres i svært liten grad til fordel for forskningens fellesskapsinteresse og samfunnsnytte.

4.2.4 «Slik foregår helseundersøkelsen»

Side 4 i brosjyren (se bilde på neste side) har overskriften «*Slik foregår helseundersøkelsen*», flere underoverskrifter og illustrasjoner. Dette utdraget fra brosjyren inneholder først og fremst mye praktisk informasjon om hvordan helsesjekken vil gjennomføres for dem som velger å delta i HUNT3. Dette handler om påkledning, info om et spørreskjema som skal besvares og medbringes, opplysninger om hvordan

undersøkelsen foregår, samt en del info om blodprøvene som skal tas, blant annet hvilke analyser som skal gjøres av prøvene. Informasjonen som gis, er relevant for dem som deltar, men den er også relevant for å avgjøre om man ønsker å delta. Om påkledning står det for eksempel: «For at det skal gå raskt å måle blodtrykk, er det fint om du har på deg et kortermet plagg innerst. Når du skal veies må du ta av deg skoene, men ellers behøver du ikke å kle av deg.»



Slik foregår helseundersøkelsen

På forsiden av spørreskjemaet som du har fått, står det hvor du skal møte fram. Det er også foreslått et tidspunkt, men hvis dette ikke passer kan du selv velge når du vil møte. Den første delen av undersøkelsen tar omtrent en halv time.

Påkledning

For at det skal gå raskt å måle blodtrykk, er det fint om du har på deg et kortermet plagg innerst. Når du skal veies må du ta av deg skoene, men ellers behøver du ikke å kle av deg.

Spørreskjema

Sammen med denne brosjyren har du fått et spørreskjema som du skal fylle ut og ta med til helseundersøkelsen. Der vil du få ett eller flere nye skjemaer. Disse er ulike for menn og kvinner og ulike aldersgrupper. Du kan fylle ut på stedet eller ta dem med hjem og returnere med post. Porto er betalt.

Undersøkelser

Du blir tatt i mot og registrert av HUNT 3-medarbeiderne, som alle er kvalifisert helsepersonell. Det blir målt høyde, vekt og omkrets av liv og hofter. Så gjennomføres et kort intervju og blodtrykket blir målt.

De fleste vil bli spurt om de kan tenke seg å delta i ytterligere én eller to undersøkelser. Hvilke undersøkelser det blir avhenger av kommunen du bor i, kjønn, alder og tilfeldig uttrekning.

Blodprøver

Det blir tatt blodprøve av alle deltakerne. Blodet fordeles på fem glass, men til sammen utgjør det ikke mer enn 40 milliliter, som er mindre enn en tidel av det en blodgiver gir. For de aller fleste vil det være tilstrekkelig med ett stikk.

Disse analysene blir gjort:

- Vanlige blodprøveanalyser som kolesterol, blodsukker og stoffskifteprøver.
- Det blir hentet ut DNA (arvestoff) som brukes i forskningsprosjekter som kartlegger sammenhengen mellom arv og miljø i sykdomsutvikling.
- Studier av hvite blodlegemer som deltar i kroppens forsvarsmekanisme mot sykdommer.
- Miljøanalyser, blant annet sporstoffer og spormetaller som bly og kvikksølv. Forekomsten i blodprøvene kan sammenliknes med mengden metaller som finnes i drikkevann og ellers i miljøet, for å finne ut mer om hvilke effekter det har på mennesker.
- Andre analyser vil også være aktuelle avhenging av forskningsprosjektene som blir satt i gang.

Bilde: Side 4 HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

Å delta på en helsesjekk kan potensielt være intimiderende; man må vise frem kroppen sin og la fremmede komme tett på. Informasjonen HUNT tilbyr i teksten, bidrar til å normalisere og ufarliggjøre det som kan føles fremmed på et legekontor, og slik skape forutsigbarhet for situasjonen å delta i en helseundersøkelse. Å henvende seg til tekstens «du» bidrar dessuten til å danne nærhet mellom skriver og leser i brosjyren, i kontrast til en mer passiv og upersonlig tiltaleform, og i kontrast til den relasjonelle asymmetrien som ligger latent i et møte mellom en HUNT-deltaker og HUNT som representant for helsevesenet.

Når det gjelder selve undersøkelsen, informeres det om at deltakerne blir tatt imot av medarbeidere i HUNT3, og at disse er kvalifisert helsepersonell. Dette er forsikringer (Bredmar & Linell 1999) som understøtter HUNTs kommunikative prosjekt om å bygge tillit hos befolkningen. Gjennom forsikringene forteller HUNT at det skal være forutsigbart og trygt å delta i HUNT3: Man får nødvendig og kvalifisert hjelp. Gjennom forsikringene gir HUNT indirekte uttrykk for at de ser og imøtekommer et behov hos deltakerne i helseundersøkelsen. Det samme gjelder for den videre informasjonen om hva som skal testes: «*Det blir målt høyde, vekt og omkrets av liv og hofter. Så gjennomføres et kort intervju og blodtrykket blir målt*». Informasjonen kan tenkes å bidra til en viss forutsigbarhet for deltakerne om hva de skal gjennom, men i knappe ordelag, ettersom beskrivelser og forklaringer av undersøkelsene i stor grad er utelatt. Sammenlignet med hvor mange ord og bilder som vies til å løfte frem budskapet om HUNT3 som viktig, leser jeg informasjonen om helseundersøkelsens komponenter ved fremmøte som bakgrunn i HUNTs budskap. Informasjon om undersøkelsene kan forstås som en mer individorientert del av informasjonen i brosjyren, men denne skjenkes liten plass og få ord, og kan sies å inngå i HUNTs retorikk om å appellere til solidaritet og fellesskap for å engasjere til deltakelse. Adjektivet *kort* brukes som en beskrivelse av intervjuet, og jeg leser dette som en innramming av helseundersøkelsen som lite brysom og enkel å gjennomføre for dem som blir med, jf. «*enkelt*» på brosjyrens forside.

På slutten av avsnittet står det to linjer om at man kan bli bedt om ytterligere undersøkelser: «*De fleste vil bli spurt om de kan tenke seg å delta i ytterligere én eller to undersøkelser. Hvilke undersøkelser det blir avhenger av kommunen du bor i, kjønn, alder og tilfeldig uttrekning.*» Her lanserer altså HUNT at det kan bli aktuelt å be om *mer* enn det deltakerne så langt har bidratt med. Ordene «*om de kan tenke seg*» får frem at dette er frivillig, og presupponerer samtidig at en slik deltakelse ikke nødvendigvis er ønskelig fordi den krever enda litt til av deltakeren. Avsnittet står dermed i kontrast til ordet «enkelt» som ble benyttet som innramming både i invitasjonsbrevet og brosjyren og peker frem mot neste side i brosjyren, som har overskriften «*Kan vi be deg om litt til?*».

Under overskriften «*blodprøver*» informeres leseren om at det skal tas slike prøver, hvor mye blod det er snakk om, og hva dette skal brukes til i HUNT-øyemed. «*Blodet fordeles på fem glass, men til sammen utgjør det ikke mer enn 40 milliliter, som er mindre enn en tidel av det en blodgiver gir*», skriver HUNT. Samtidig som HUNT informerer om blodprøveprosedyren, kan ordene «*ikke mer enn*» og «*mindre enn*» bidra til å normalisere og ufarliggjøre prøvene ved å sette deres begrensede omfang i forgrunnen. Det samme skjer i neste setning «*For de aller fleste vil det være tilstrekkelig med ett stikk*», som jeg tolker som en beroligende forsikring om at deltakerne i HUNT ikke vil utsettes for mer ubehag enn høyst nødvendig. At HUNT velger å informere om hva som er «*tilstrekkelig*», må antas å handle om at HUNT vet at blodprøver for mange deltakere forbindes med et visst ubehag. Jeg leser disse to dempende ytringene som et retorisk grep for å overbevise skeptiske lesere om at deltakelse i HUNT ikke nødvendigvis er så ubehagelig som muligens antatt når man vet at blodprøver er involvert. Det første avsnittet under overskriften «*blodprøver*» får dermed en ufarliggjørende og overbevisende funksjon i teksten.

Denne siden i brosjyren inkluderer ikke bilder av mennesker, natur og landskap slik som de foregående sidene. I stedet inneholder de enkle tegninger som skal illustrere ønsket påkledning, spørreskjemaet, en blodtrykksmåler og en rød dråpe som illustrasjon til avsnittet om blodprøver. De enkle illustrasjonene forstår jeg som en kommunikativ handling for å sikre at den praktiske informasjonen står i forgrunnen og blir tydelig for leseren, både ved at bildene ikke trekker for mye oppmerksomhet, men også at de står i direkte relasjon til teksten. At det er valgt å benytte illustrasjoner i samspill med verbalteksten, i stedet for kun verbaltekst, tolker jeg som en måte å tone ned og hverdagsliggjøre det medisinske budskapet på. Det er dessuten interessant å merke seg at dette er de eneste bildene brukt i brosjyren som er tegninger. Når det ikke er valgt å bruke fotografier som illustrerer for eksempel et stetoskop eller en sprøyte, tolker jeg dette som at tegningene tjener en funksjon ved å tone ned det kliniske, og mulig fremmedgjørende, aspektet ved å delta i HUNT3.

4.2.5 «Kan vi be deg om litt til?»

Så langt i brosjyren har det vært fokus på å forklare hva HUNT3 er, hva deltakerne bidrar til, og praktisk informasjon om helsesjekken. Informasjonen handler samlet sett om å skape et godt nok grunnlag til å overbevise leserne om at de skal delta i HUNT3. Den neste siden i brosjyren, side fem (se bilde på neste side), har overskriften «*Kan vi be deg om litt til?*» og følgende ingress: «*Etter at den første delen er gjennomført, kan du bli invitert til å delta i en eller to av følgende undersøkelser:*». Her ber altså HUNT dem som vil delta, om å bidra med mer helseinformasjon enn det standardundersøkelsen gir. Dette ble nevnt også på foregående side, der det står at de fleste vil bli spurt om å delta i en eller to undersøkelser til. Med andre ord vil det være flere informanter som blir bedt om å delta i mer enn standardundersøkelsen enn som ikke blir det, og omfanget av det å delta i HUNT3 er noe større enn det som først forespeiles mottakeren av invitasjonsbrosjyren. At dette først kommer på side fem i brosjyren, gir grunn til å undre seg over om denne informasjonen blir ansett for å være noe som passer best først når leserne av teksten har gjort seg opp en mening om hvorvidt de ønsker å delta i HUNT3.

Kan vi be deg om litt til?

Etter at den første delen er gjennomført, kan du bli invitert til å delta i en eller to av følgende undersøkelser:

Pusteprøve

Pusteprøven er en enkel undersøkelse av lungefunksjonen. Du skal puste ut så kraftig som du klarer gjennom et munnstykke. Undersøkelsen er viktig for å studere mulige årsaker til lungesykdommer som astma og KOLS og forbedre behandling av disse. Det er viktig for resultatene at flest mulig av de inviterte, både med og uten lungesykdom, deltar. Tid: ca 5 minutter.

Beinmassemåling

Norge ligger på verdenstoppen i antall brudd, noe som trolig har sammenheng med lav beintetthet. Forskere ønsker å undersøke forskjeller i beintetthet avhengig av blant annet kjønn, alder, kosthold, fysisk aktivitet, sykdom og behandling av sykdom. Beintettheten vil enten bli målt i en underarm eller ved en mer omfattende måling i korsrygg, hofte og underarm. Stråledosen er svært lav, og målingen innebærer ingen risiko. Tid: ca 5 -10 minutter.

Ultralyd av hjerte

Personer som ikke har kjent hjertesykdom, kan delta i denne undersøkelsen. Hensikten er å kartlegge hvordan friske hjerter arbeider, noe som blant annet vil hjelpe leger og forskere til å skille mellom normale forskjeller og det som kan være tegn på sykdom. Du ligger på en benk mens undersøkelsen pågår. Du må være avkledd på overkroppen, men kan beholde bh. Gjennomføres for dem som bor i Steinkjer og Namsos. Tid: ca 20 minutter.

Ultralyd av lever og fettfordeling på kroppen

Det er stor variasjon mellom mennesker når det gjelder forekomsten av fett i leveren. Fordelingen av kroppsfett er også veldig ulik. Hensikten med undersøkelsen er å se på sammenhengen mellom fettavleiring i leveren og fettfordeling ellers på kroppen, blant annet for å undersøke om dette kan si noe om risikoen for hjerte- og karsykdom. Du ligger på en benk mens undersøkelsen pågår. Gjennomføres for dem som bor i Steinkjer, Namdalseid og Flatanger. Tid: ca 5 minutter.

Kondisjonstest

Fysisk aktivitet er viktig for god helse. Vi ønsker å finne ut mer om sammenhengen mellom kondisjon og helse, og hva som er årsaken til dårlig kondisjon. Derfor inviteres det til en test av blodårefunksjonen ved hjelp av ultralyd og en kondisjonstest på tredemølle. I kondisjonstesten skal du gå eller løpe til du føler at du anstrenger deg så hardt du kan. Testen avbrytes når du ikke klarer å yte mer, eller når du ønsker å stoppe.

Hvis du vil delta i denne undersøkelsen, må du være i stand til å gå eller løpe, ha på deg lette klær når du kommer til undersøkelse, og ha med deg joggesko eller andre sko som er gode å gå eller løpe i. Alder er ingen hindring for å delta, men hvis du har hjertesykdom skal du ikke være med. Gjennomføres for dem som bor i Stjørdal, Levanger, Verdal og Namsos. Tid: ca 20 minutter.

Urinprøve

Noen deltakere blir bedt om å avgi urinprøve når de møter til undersøkelse, eller hjemme etter undersøkelsen. Nødvendig utstyr blir delt ut.

Bilde: Side 5 HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

Det er rimelig å tro at nordtrønderne først må overbevises om helseundersøkelsens viktighet før man kan be dem om å delta i enda mer. Hvis det å delta i HUNT3 skal være «enkelt» slik stikkordene på invitasjonsteksten og brosjyreteksten forteller, kan det være at to ytterligere undersøkelser ikke samsvarer med dette budskapet. Standardundersøkelsen er trolig nok til at forskerne i HUNT får gjort en meningsfull jobb, tilleggsundersøkelsene er mer å anse som en bonus. Når denne informasjonen først

presenteres mot slutten av brosjyren, og ikke allerede på side to, kan budskapet «*enkel*» lettere forsvares og dermed benyttes som et stikkord for å beskrive det å være informant i HUNT3.

Den første tilleggsundersøkelsen er en pusteprøve. HUNT beskriver undersøkelsen slik: «*Pusteprøven er en enkel undersøkelse av lungefunksjonen.*» Igjen brukes ordet «*enkel*» som beskrivelse av aktiviteten. Plasseringen av ordet «*enkel*» i første setning bidrar til å skape en tekstlig forgrunn for leseren slik at man allerede fra start forstår at undersøkelsen ikke er vanskelig, brysom eller tidkrevende å delta på, noe som understrekes av det korte tidsestimatet på slutten av avsnittet («*Tid: ca. 5 minutter*»). Implisitt fortelles leseren at det er gode grunner til å takke ja til tilleggsundersøkelsen. Videre sier teksten: «*Undersøkelsen er viktig for å studere mulige årsaker til lungesykdommer som astma og KOLS og forbedre behandling av disse. Det er viktig for resultatene at flest mulig av de inviterte, både med og uten lungesykdom, deltar.*» På lik linje med repetisjonen av ordet «*enkel*» i den foregående teksten opptrer ordet «*viktig*» her i to ytringer som følger hverandre. Dette ordet kan appellere til deltakernes ansvarsfølelse for fellesskapet ved at deres bidrag vil støtte forskning på «*lungesykdommer (…) og forbedre behandlingen av disse*», og til deres medansvar for at forskningen i HUNT3 blir så formålstjenlig som mulig. Teksten presenterer med andre ord argumenter på både individuelt og kollektivt nivå som skal overtale leseren til å bidra med mer til HUNT3. Det kan diskuteres om det jeg her omtaler som kollektivt nivå, også gjøres til et individuelt nivå i HUNT. Tilleggsundersøkelsen gir ikke nødvendigvis nyttig helseinformasjon til den enkelte deltaker, men den gir deltakeren en mulighet til å hjelpe andre. Det kan se ut som at dette er HUNTs mest sentrale salgsargument til nordtrønderne, idet ordet «*helseundersøkelse*» i første rekke ser ut til å innebære en overordnet sjekk av *befolkningens* helse. Teksten ber implisitt om at leseren også skal mene at dette er så viktig at man setter individuelle behov til side. Her fremtrer dobbeltheten i ordet «*helseundersøkelse*», ved at betydningen «forskningsprosjekt» kommer i forgrunnen. Ytringer som «*Undersøkelsen er viktig for å <u>studere mulige</u>*

årsaker til lungesykdommer som astma og KOLS og forbedre behandling av disse», «*Forskere ønsker å undersøke forskjeller i beintetthet avhengig av blant annet kjønn, alder, kosthold, fysisk aktivitet, sykdom og behandling av sykdom*» og «*Vi ønsker å finne ut mer om sammenhengen mellom kondisjon og helse, og hva som er årsaken til dårlig kondisjon*» (mine uthevinger) signaliserer at HUNT3 ikke er et tilbud for å sjekke nordtrøndernes helse for deres egen skyld, men fordi helseresultatene gjøres til gjenstand for forskning. Denne dobbeltheten kan forstås som en retorisk ressurs i rekrutteringsmateriellet i HUNT3 ved at kollektiv nytte og forskning for vårt felles beste gis større betydning enn individuelle behov.

Retorisk bruk av bilder i «Kan vi be deg om litt til?»

Selv om mye av det som presenteres på denne siden, er ny informasjon, er bildebruken av samme art som resten av brosjyren. Øverst på siden ser vi to bilder. Det ene viser to eldre mennesker ved et julepyntet bord, og det andre viser en sportssyklist i fart på en landevei. Begge illustrasjonene er interessante å se nærmere på i sammenheng med verbalteksten på denne brosjyresiden med tanke på hvilke diskurser de bygger på. På det første bildet er det åpenbart jul. Sammen med de to eldre personene, som vi kan anta at er i familie med hverandre, ser vi en adventsstjerne i vinduet, tente stearinlys på bordet, en rød julestjerne i potte, snø på jordet utenfor vinduet, tradisjonelle småkaker på et fat, og kaffe i koppene. Bildet viser tradisjoner, samhørighet og varme. Det illustrerer noe kjent og kjært, og de eldre menneskene ved bordet hentyder til en livslang relasjon. Bildet spiller på vår felles kulturelle kunnskap om jula som tradisjon og familiehøytid, og satt inn i en HUNT-kontekst skapes det implisitt en sammenheng mellom HUNTs folkehelseprosjekt og det vi ser i bildet. Lange liv og lange relasjoner kan antas å henge sammen med god helse, både som en kvantitativ og kvalitativ konsekvens. Bildet støtter på denne måten opp under HUNTs retorikk knyttet til HUNT-deltakelse som «viktig» for både samfunn og individ.

På det andre bildet ser vi at det er sommer. I front ser vi markblomster, og litt lenger bak på bildet ser vi en syklist i full fart gjennom landskapet, antrukket i klær man forbinder med profesjonelle syklister, og med hjelm på hodet. I bakgrunnen ser vi et stort, grønt jorde og en gård med rødmalte trehus, et karakteristisk eksempel på et norsk gårdsbruk. Over ruver en stor og skyet himmel. Bildet viser menneskelig utfoldelse i fri natur, et kulturelt ideal som gir gjenklang hos svært mange nordmenn. HUNT velger bilder som gir stor gjenkjennelseseffekt, som påkaller noen meningssammenhenger som peker i retning av hva som er en foretrukken livsstil, og hva som etter HUNTs syn er helse. Carlsen (2005), som har studert informasjonsmateriell i HUNT2 i et sosiologisk perspektiv, drar også en linje til naturens bestandighet i sin analyse av bildebruken i materialet for hans studie:

> Bildet som eskorterer teksten er den trønderske naturen, slik den har ligget her i tusener av år. Det skaper en følelse av tidsmessig dybde og kontinuitet. Altså angår ikke den kunnskapen bare oss selv, men også våre etterkommere i tusener av år fremover. (Carlsen 2005: 78)

Carlsens poeng er overførbart til bildene i HUNT3-brosjyren. Implisitt illustrerer de bærekraftighet på flere plan, både samfunnsmessig, økologisk og på et individuelt plan. Disse kan dessuten forstås i sammenheng, de virker inn på hverandre. Sett i sammenheng med hva som er det kommunikative prosjektet i brosjyren, nemlig rekruttering av deltakere til helseundersøkelsen, kan det implisitte budskapet om bærekraftighet forstås som et argument for hvorfor deltakelse i HUNT3 er viktig.

Begge bildene er øyeblikksbilder som med all sannsynlighet er tatt i nettopp Nord-Trøndelag, og som illustrerer både det ytre og indre livet i fylket. Det er all grunn til å tro at mange innbyggere i Nord-Trøndelag vil kjenne seg igjen i bildene, ikke nødvendigvis fordi de selv er ivrige syklister eller feirer jul på mest tradisjonelle vis, men fordi bildene illustrerer noe allment kjent, og for mange også noe kjært. Bildene illustrerer en bit av Nord-Trøndelag, både natur og kultur. Illustrasjonene forteller oss at nordtrønderne er aktive, de er sammen, de er ute i naturen, og de ivaretar tradisjoner. Dette er verdier

som kan antas å gi høy gjenkjennelsesfaktor hos de fleste. Bildene er et uttrykk for hvordan HUNT ser på Nord-Trøndelag og dem som bor der, men de er også å anse som et uttrykk for HUNTs forståelse av *helse* og bidrar til å produsere et perspektiv på helse og sykdomsrisiko. Helsebegrepet til HUNT omfatter komplette liv, alt fra hva som skjer ved kjøkkenbordet i hjemmene til folk, til målrettet treningsaktivitet ute i naturen. Slik er det også grunn til å tenke at bildene i brosjyren illustrerer hva som *ivaretas* gjennom at man bidrar til forskning på folkehelsa. Bilder kan, slik Bellander (2021) har vist det, spille en sentral rolle i hvordan organisasjoner oppfordrer til handling.

4.2.6 Forskningsetikk

Når informasjon om et forskningsprosjekt skal gis, og deltakelse etterspørres, er man som forsker forpliktet til at det samtykket som deltakerne gir, er informert (Skolbekken et al. 2005). Dette handler om å sikre deltakernes autonomi ved å informere om frivillighet og aspekter knyttet til dette, hva som kreves av den enkelte i gjennomføringen av prosjektet, og hvilke rettigheter man har som deltaker, mulige konsekvenser av deltakelse, og så videre. Det er mange problemstillinger som omfattes av etikken knyttet til forskningsprosjekter, og det kan være utfordrende å gi denne informasjonen i korte ordelag. Samtidig er man forpliktet til at informasjonen skal være forståelig, og det kan derfor være en kompleks øvelse å utforme slike skriv (Sand 2012). HUNT må derfor forholde seg til flere etiske retningslinjer i sin informasjonsbrosjyre om HUNT3, og de har viet den nest siste siden i brosjyren (se bilde på neste side) til informasjon som omfatter samtykke, personvern, etiske godkjenninger, med mere. Mye av det som står på denne siden i brosjyren er standardiserte formuleringer, men jeg vil analysere noen utvalgte tekstutdrag som er beskrivende for særlig relevante temaer under HUNT3, blant annet HUNT biobank og forskning knyttet til lagrede data.

Samtykke

Det er frivillig å delta i HUNT 3 og i andre folkehelseundersøkelser. Hver deltaker må gi sitt skriftlige samtykke for at opplysningene skal kunne brukes til forskning. Du blir bedt om å signere et samtykke når du møter fram. Opplysninger og prøver som du gir, blir oppbevart på ubestemt tid. I framtida kan de bli brukt i prosjekter som ennå ikke er planlagt, forutsatt at det er i samsvar med lover og forskrifter.

I framtida skal du få informasjon om nye forskningsprosjekter som bruker data fra HUNT. Slik informasjon finner du på internett www.hunt.ntnu.no. En gang i året vil det bli gitt ut skriftlig informasjon til befolkningen. Det vil også være omtaler av en del forsknings-prosjekter i mediene.

Du kan når som helst etter undersøkelsen trekke tilbake ditt samtykke og be om at data om deg slettes eller at blod- og urinprøven blir ødelagt. Hvis du ønsker å trekke tilbake samtykket, kan du henvende deg til HUNT forskningssenter, Neptunveien 1, 7650 Verdal, telefon 74 07 51 80, faks 74 07 51 81 eller e-post: hunt@medisin.ntnu.no. Hvis det er et bestemt forskningsprosjekt du ikke ønsker at opplysninger om deg skal brukes til, vil det bli tatt hensyn til dette.

Nytt samtykke

Hvis det i framtida blir aktuelt å bruke opplysninger til å forske på nye spørsmål som ikke er beskrevet i denne brosjyren, kan det bli nødvendig å be om et nytt samtykke. Vi vil da sende deg et brev.

Du kan også bli spurt om et nytt samtykke hvis det blir aktuelt å samarbeide med private aktører om genetisk forskning. Slikt samarbeid vil være underlagt offentlig regulering og kontroll. Det vil ikke i noen tilfeller være aktuelt å selge blodprøver eller annet biologisk materiale.

Personvern og sikkerhet

Du kan være trygg på at informasjonen som du gir til HUNT 3 vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter. Så snart opplysninger, blodprøver og eventuelt urinprøver er samlet inn, blir de lagret uten å være merket med deltakerens identitet. Forskere som senere skal bruke opplysningene, har ikke tilgang til navn, fødselsdato eller personnummer. Alle medarbeidere i helseundersøkelsen har taushetsplikt.

Datatilsynet fører tilsyn med at lover og forskrifter om oppbevaring og bruk av helseopplysninger blir fulgt. HUNT 3 har konsesjon fra Datatilsynet.

Etisk godkjenning

Alle forskningsprosjektene skal godkjennes av en etisk komité. Komiteen er et frittstående organ som sikrer at de etiske sidene ved forskningsprosjekter blir vurdert. HUNT 3 er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge. Alle framtidige forskningsprosjekter som benytter data fra HUNT, skal også god-kjennes.

HUNT databank

HUNT databank består av opplysninger som er samlet inn gjennom HUNT 1, 2 og 3 gjennom spørreskjema, undersøkelser og analyser fra blod- og urinprøver. Hvis du deltok i HUNT 1 eller HUNT 2, vil dine data bli sammenstilt med opplysningene fra HUNT 3.

Genetisk materiale samles i HUNT biobank. Formålet med biobanken er at det i framtida skal være mulig å ta ut prøver, gjøre ulike analyser og sammenstille resultatene med øvrige data fra HUNT databank. På den måten vil det stadig komme nye data som legges til databanken.

Når forskerne får data fra HUNT databank er navn, fødselsnummer og andre kjennetegn fjernet, slik at de ikke kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Sammenstilling med andre registre

For spesielle forskningsprosjekter kan det være aktuelt å sammen-stille data fra HUNT med andre offentlige registre, for eksempel Reseptregisteret, Medisinsk fødselsregistrer, Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. HUNT-data kan også bli sammenstilt med andre registre ved Statistisk sentralbyrå (SSB), for eksempel om miljø, befolkning, utdanning, inntekt, offentlige ytelser, yrkesdeltakelse og andre forhold som kan ha betydning for helsa.

I tillegg kan det være aktuelt å hente diagnoseopplysninger som for eksempel lårhalsbrudd, hjerteinfarkt, hjerneslag eller lunge-sykdommer hos primærhelsetjenesten, sykehusene i Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. For enkelte prosjekter kan det også være aktuelt å sammenstille opplysninger fra foreldre med opplysninger fra barn, søsken, foreldre og besteforeldre hvis disse også har deltatt i HUNT.

Alle slike sammenstillinger krever samtykke og/eller forhånds-godkjenning av de offentlige instanser loven krever, for eksempel Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Datatilsynet, Sosial- og helsedirektoratet eller Rikstrygdeverket. All informasjon vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter. Ingen av forskerne kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Skadeerstatning

Det er svært liten risiko for at deltakere skal komme til skade som følge av undersøkelsen. Hvis det likevel skulle skje, kan man søke om skadeerstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). NPE behandler erstatningskrav for pasienter som er blitt påført skade innen det offentlige helsevesenet.

Ung-HUNT

Alle ungdommer i alderen 13-19 år i Nord-Trøndelag inviteres til å delta i Ung-HUNT. Prosjektet blir gjennomført på skolene, med utfylling av spørreskjema og kliniske undersøkelser i skoletiden. Ungdommer og foreldre vil få egen informasjon om Ung-HUNT via skolen.

Bilde: Side 6 HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

Under overskriften «*Etisk godkjenning*» gjøres det rede for at HUNT3 er godkjent av de nødvendige formelle organer:

> Alle forskningsprosjektene skal godkjennes av en etisk komité. Komiteen er et frittstående organ som sikrer at de etiske sidene ved forskningsprosjekter blir vurdert. HUNT 3 er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge. Alle framtidige forskningsprosjekter som benytter data fra HUNT, skal også godkjennes.

HUNT gjør her rede for at formelle godkjenninger av forskningsprosjektet er i orden. I avsnittet posisjonerer HUNT seg som ansvarlig gjennom å forsikre om at komiteen som har godkjent HUNTs mange forskningsprosjekter, er frittstående og derfor ikke en aktør som HUNT kan påvirke til egen vinning. Ytringene i avsnittet fungerer som forsikringer som implisitt imøtegår en potensiell kritikk knyttet til kommersialisering av helsedata (Steinsbekk et al. 2011) eller annen utnyttelse av dataene som informantene bidrar med.

En del av teksten som det kan være interessant å vie ekstra oppmerksomhet, er avsnittet som omhandler HUNT databank og HUNT biobank. Alle helseopplysninger fra alle de tre HUNT-studiene er samlet i HUNT databank. I tillegg samles genetisk materiale i HUNT biobank. Følgende avsnitt i brosjyren omhandler datalagringen:

> HUNT databank består av opplysninger som er samlet inn gjennom HUNT 1, 2 og 3 gjennom spørreskjema, undersøkelser og analyser fra blod- og urinprøver. Hvis du deltok i HUNT 1 eller HUNT 2, vil dine data bli sammenstilt med opplysningene fra HUNT 3.
>
> Genetisk materiale samles i HUNT biobank. Formålet med biobanken er at det i framtida skal være mulig å ta ut prøver, gjøre ulike analyser og sammenstille resultatene med øvrige data fra HUNT databank. På den måten vil det stadig komme nye data som legges til databanken.
>
> Når forskerne får data fra HUNT databank er navn, fødselsnummer og andre kjennetegn fjernet, slik at de ikke kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Da HUNT biobank ble etablert i 2006, reiste dette etiske problemstillinger knyttet til hva en slik bank skal være og kunne tilby, og hvordan man på best mulig måte ivaretar både forskningsinteresser, folkehelse og den deltakende befolkningens behov. Spørsmål knyttet til blant annet kommersialisering av data og genetisk forskning gjorde seg gjeldende, og en utfordring var da å fortsatt ivareta befolkningens tillit til at helseinformasjonen de har bidratt med, ikke er samlet inn på grunn av kommersielle interesser (Steinsbekk, Solberg & Myskja 2009):

> In spite of political consensus regarding the importance of a commercial development based on public funded research, scepticism in the Norwegian society and among participants in HUNT towards commercialisation of public goods was a fact to consider. This made it urgent

> to reassure the public that no form of 'untamed' commercialism would be accepted. Without trust among the participants, the value in a biobank will soon begin to deteriorate, as donors may withdraw their consents and material will be destroyed. (Steinsbekk, Solberg & Myskja 2009: 141)

Steinsbekk, Solberg og Myskja peker her på hvordan HUNTs viktigste fundament, nemlig den frivillig deltakende befolkningen, kan trues av blant annet det kommersielle potensialet som finnes i opprettelsen av en biobank. Informasjonen som gis om biobanken i brosjyreteksten til HUNT, forteller at genetisk materiale og opplysninger fra databanken vil kunne kobles sammen i fremtiden for å gjøre nye analyser. Setningen "Formålet med biobanken er at det i framtida skal være mulig å ta ut prøver, gjøre ulike analyser og sammenstille resultatene med øvrige data fra HUNT databank" kan leses som en redegjørelse som rettferdiggjør innsamling av genetisk materiale. Til slutt i avsnittet står det: «*Når forskerne får data fra HUNT databank er navn, fødselsnummer og andre kjennetegn fjernet, slik at de ikke kan vite hvem som har gitt opplysningene*». HUNT presupponerer med denne ytringen at det finnes bekymring for hvordan data lagres og behandles blant HUNTs informanter. Ytringen kan ses i sammenheng med en aktuell samfunnsdebatt, og jeg leser den derfor som en forsikring (Bredmar & Linell 1999) om at HUNT behandler sensitive data og personopplysninger både i tråd med befolkningens interesser og forskningsetiske retningslinjer.

Mot slutten av denne siden i brosjyren står et avsnitt med den potensielt alarmerende overskriften «*Skadeerstatning*» (sic):

> **Skadeerstatning**
>
> Det er svært liten risiko for at deltakere skal komme til skade som følge av undersøkelsen. Hvis det likevel skulle skje, kan man søke om skadeerstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). NPE behandler erstatningskrav for pasienter som er blitt påført skade innen det offentlige helsevesenet.

Så langt i brosjyrens tekst har ordet «risiko» ikke vært nevnt, men i dette avsnittet brukes det altså i sammenheng med noe som omtales som «*svært liten risiko*». For leseren er dette avsnittet potensielt foruroligende, ved at det implisitt forteller at deltakelse i HUNT3 kan føre til at man skader seg. Informasjonen er plassert sent i forhold til den øvrige teksten med informasjon om rettigheter, og sammen med formuleringen «*svært liten risiko*» leser jeg det som et retorisk grep for å tone ned det risikable ved å delta i medisinsk forskning for HUNT3.

4.2.7 Samtykke: «Vil du delta?»

Nest siste side av HUNT-brosjyren (se bilde på neste side) viser blant annet en kopi av et samtykkeskjema likt det deltakerne underskriver når de møter frem på helseundersøkelsen. For at HUNT skal få de dataene de behøver til HUNT3, er de som nevnt under 4.2.6 avhengige av at nordtrønderne gir et skriftlig samtykke til dette: «(…) informed consent is considered to be an important feature of an ethically sound screening programme», skriver Juth og Munthe (2012: 82) og kobler dette prinsippet med å sikre pasientautonomi i screeningundersøkelser.

Som jeg har vist gjennom analysen av de foregående sidene, er brosjyreteksten en retorisk tekst med et kommunikativt prosjekt om å overtale leseren til å delta i HUNT3. I den forstand er denne siste siden med spørsmålet «*Vil du delta?*» selve målet med teksten. De seks foregående sidene i brosjyren kan anses som den informasjonen som leder frem til samtykkeskjemaet på side sju, og som bygger opp under tekstens kommunikative prosjekt.

Vil du delta?

Hvis du vil delta i HUNT 3, må du gi ditt skriftlige samtykke. Her er en kopi av dokumentet som du blir bedt om å signere når du møter fram til helse-undersøkelsen.

Samtykke til bruk av helseopplysninger i forskning

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-08 (HUNT 3)

I brosjyren jeg har fått tilsendt har jeg lest om helse-undersøkelsens innhold og formål, og jeg har hatt mulighet til å stille spørsmål.

Jeg samtykker i å delta i undersøkelsen.

Dato

Signatur *Marianne Olsen*

Deltok du i HUNT 2?

I etterkant av HUNT 2 (1995-97) ble det gjennomført flere undersøkelser der en mindre del av befolkningen deltok. Disse prosjektene hadde opprinnelig tidsbegrensede konsesjoner fra Datatilsynet, og avtalen var at opplysningene skulle slettes etter en bestemt dato.

I ettertid har det vist seg at opplysningene har stor verdi for framtidig forskning, og HUNT forskningssenter har derfor fått Datatilsynets tillatelse til å inkludere dem i HUNT databank. En liste over prosjektene som dette gjelder, finnes på internett www.hunt.ntnu.no. Du kan få listen tilsendt ved å henvende deg til HUNT forskningssenter.

Hvis du deltok i et av disse prosjektene og ikke ønsker at opplysninger om deg skal oppbevares videre, kan du ta kontakt med HUNT forskningssenter, Neptunveien 1, 7650 Verdal, og be om at opplysningene slettes. Det er ikke nødvendig å oppgi noen grunn til dette.

Deltok du i Ung-HUNT?

Hvis du deltok i Ung-HUNT i 1995-1997 eller 2000-01 vil disse opplysningene fra deg bli oppbevart og brukt på samme måte som opplysninger fra de voksne i tidligere HUNT-undersøkelser. Hvis du ikke ønsker at opplysningene skal oppbevares videre, kan du ta kontakt med HUNT forskningssenter, Neptunveien 1, 7650 Verdal, og be om at de slettes. Det er ikke nødvendig å oppgi noen grunn til dette.

Bilde: Side 7 HUNT3-brosjyre, jf. vedlegg 5.

Nedenfor samtykkeskjemaet står overskriftene «*Deltok du i HUNT 2?*» og «*Deltok du i Ung-HUNT?*». Teksten som følger, handler om hvorvidt de som deltok i den forrige HUNT-studien, inkludert den tilsvarende studien for de mellom 13 og 19 år, samtykker i at dataene fra undersøkelsene fortsatt inngår i HUNT databank selv om dataene opprinnelig skulle vært slettet. Bak denne teksten ligger en debatt om hva som kreves av et samtykke når det du i utgangspunktet har takket ja til, skal benyttes i videre studier

i uoverskuelig fremtid (se for eksempel Steinsbekk, Myskja & Solberg 2013 og Skolbekken et al. 2005). I HUNT2 ble det samlet inn data som i ettertid skulle vise seg å være verdifull for forskning det ikke var tatt høyde for da deltakerne gav sitt opprinnelige samtykke, noe som reiste en problemstilling med hensyn til innhenting av nytt samtykke (Holmen et al. 2004, Skolbekken et al. 2005). Datatilsynet gav HUNT lov til å fortsatt bevare dataene, mot at deltakerne gav et nytt samtykke, noe teksten under "*Deltok du i HUNT 2?*" og "*Deltok du i Ung-HUNT?*" henspiller på.

Baksiden av brosjyren er for det meste tom, med unntak av to linjer om HUNT forskningssenter og kontaktinformasjonen til HUNT. Der står besøksadresse, telefon- og faks-nummer, e-postadresse og en internettadresse til HUNT3. Slik viser HUNT veien videre for dem som har spørsmål, og nettsiden fungerer som en digital oppslagstavle hvor man finner det meste av aktuell informasjon om HUNT. Slik peker brosjyren frem mot det jeg har valgt som det neste leddet i HUNT3s kommunikasjonskjede (se 4.3).

Retorisk bruk av bilder på brosjyrens siste side

Også her ser vi to bilder som påkaller noen rammer og sosiokulturelle meningssammenhenger (Goffman 1986, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011), slik mange av de øvrige bildene gjør. Det første er av to voksne og to barn ute i naturen, muligens på et jorde ettersom vi kan skimte en traktor i bakgrunnen. Over dem er en stor, blå himmel. Barna holder på med hver sin store leketraktor, og de voksne går foran dem hånd i hånd. Dette bildet viser en sunn, aktiv og ikke minst harmonisk familie. Landskapet og traktorene gjenspeiler også et karakteristisk trekk ved Nord-Trøndelag, nemlig landbrukskulturen. HUNTs bildebruk påkaller en diskurs om hvilke verdier som er viktige i livet, og at disse verdiene også er sentrale i HUNT som helseaktør. Slik skapes det en sammenheng mellom bildet og det å delta i HUNT3. Bildet viser to generasjoner og er slik sett en illustrasjon av det bestående og det fremtidige. Når vi i tillegg ser en traktor i bakgrunnen, og barna som leker med sine små traktorer i forgrunnen av bildet,

gir dette et bilde på at Nord-Trøndelag og den nordtrønderske kulturen bevares gjennom fremtidige generasjoner. Ettersom brosjyrens kommunikative formål er å rekruttere til HUNT3, leser jeg bildet som en illustrasjon på hva man investerer i ved å delta, nemlig fremtiden og fremtidige generasjoner.

Det neste bildet viser en samling eldre mennesker, muligens på et aldershjem, som gjør gymnastikk. De eldre sitter på stoler og strekker armene over hodet, og foran står det en dame med armene i været og leder gymnastikken. Dette bildet kan forstås som et eksempel på det helseperspektivet HUNT produserer gjennom sin kampanje, men også som et tydelig signal om hva som er preferert. Bildet kan ses som en retorisk ressurs i å overbevise om at deltakelse i HUNT3 kan ses i sammenheng med en helsefremmende livsstil. Bildebruken tematiserer i så måte et moralsk ansvar (Lupton 1993) som handler om å ta vare på egen helse. At bildet viser aktive mennesker på et aldershjem, sender også et signal om at gode helsevalg gir et langt og aktivt liv. Bildet har en retorisk effekt ved at illustrasjonen kan forstås som et resultat av deltakelse i HUNT3, som nettopp profilerer seg som en helseundersøkelse med mål om å forebygge sykdom.

4.2.8 Oppsummering av HUNT3s invitasjonsbrev og informasjonsbrosjyre

Med bakgrunn i analysen forstår jeg HUNT-brosjyren først og fremst som en retorisk tekst som er skrevet og utformet med tanke på å rekruttere deltakere til HUNT3. Det overordnede kommunikative prosjektet er dermed å overbevise dem som mottar invitasjonen og informasjonsbrosjyren om hvorfor de skal velge å delta. Jeg vil nå sammenfatte hvilke retoriske ressurser HUNT tar i bruk i brosjyren, basert på gjennomgangen på de foregående sidene.

Tekstens hyppige bruk av retoriske ressurser har som mål å vende leserens blikk mot fordelene ved å delta i HUNT3, og i liten grad eksplisitt tematisere ulempene. Et kommunikativt prosjekt for HUNT er å oppnå tillit hos nordtrønderne og presentere seg

som en seriøs, betydningsfull og etterrettelig forskningsaktør. Flere steder i brosjyreteksten påkaller ytringene diskurser som HUNT3 omgir seg med og er en del av. Eksempler på dette er tematisering av risiko og ansvar, og individorienterte versus samfunnsorienterte hensyn når det gjelder helseforskning. HUNT er i dialog med den potensielle kritikken av helseundersøkelsen og møter denne med eksplisitte argumenter for deltakelse. Til dette benyttes ulike retoriske strategier som jeg vil oppsummere i det følgende.

Brosjyren vektlegger forskning og forskningens positive utfall for fellesskapet, og det er mindre fokus på individuelle aspekter ved deltakelse i HUNT3. Hva som settes i forgrunnen og dertil i bakgrunnen i brosjyreteksten, bidrar til å skape et foretrukket bilde av HUNTs forskning, HUNT som organisasjon og hva man som deltaker får igjen ved å stille opp i HUNT3. Jeg har vist hvordan *dugnadsaspektet* ved HUNT gjennomgående er plassert i forgrunnen, og hvordan HUNT trekker veksler på kulturelt gjenkjennelige verdier for å appellere til deltakelse. Mens kollektive goder og verdier settes i forgrunnen, plasseres individuelle sider ved deltakelse i HUNT3 i tekstens bakgrunn. Sykdom, risiko for sykdom og ulemper ved deltakelse berøres i liten grad i teksten, eller så kan disse aspektene sies å opptre implisitt. Bildebruken i brosjyren understreker hva som står i tekstens forgrunn: God helse, sunne valg og kollektiv tenkning. Retorikken handler om at dette oppnås gjennom å delta i HUNT3.

I HUNT-brosjyren finner vi både tekst og bilder som gir noen assosiasjoner og påkaller noen tolkningsrammer (Goffman 1986, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Ordvalg og bildebruk i HUNT-brosjyren er i dialog med lesernes egne referanser, erfaringer og kunnskap, og fordi noen ord og bilder inneholder de samme referansene for svært mange, blir de virkningsfulle på en forutsigbar måte. Et eksempel er bildebruken i HUNT-brosjyren. Teksten inneholder mange bilder av mennesker i ulike situasjoner, der fellesnevneren er at de er eksempler på mennesker som lever aktive, sunne og glade liv basert på gode valg de har gjort. Mennesker på hesteryggen en kald vinterdag, et eldre

par som gir hverandre en klem, folk som bedriver idrett utendørs, og en glad småbarnsfamilie ved middagsbordet er alle bilder som bidrar til å diskursivt konstruere et perspektiv på helse med positivt fortegn, som setter helse i sammenheng med fysisk aktivitet, natur, fellesskap, samhold og trivsel. Gjennom både ordvalg og utvalgte bilder beveger HUNT seg bort fra en ren medisinsk forståelse av helse, hvor ikke bare sykdom og helbredelse står i sentrum.

Brosjyren vektlegger hva leseren kan bidra til gjennom å delta, og bidraget settes inn i en kollektiv ramme. Et gjennomgående budskap i brosjyren er viktigheten av hver enkelt deltaker for å oppnå et større mål, noe som gir konnotasjoner til dugnadsfenomenet, slik også Ursin og Solberg (2009; 2008) beskriver HUNT Biobank. En dugnad blir av mange forstått som et helnorsk fenomen, en tradisjon som kanskje særlig forbindes med bygdeliv og gårdsliv. Hvilke handlingsalternativer ligger så i fenomenet «dugnad»? Dugnaden bærer med seg noen normer og verdier om hva som er preferert og ikke preferert. En dugnad deltar man i: å ikke delta blir generelt ansett som egoistisk eller usolidarisk. Når HUNT rammer inn helseundersøkelsen som en dugnad, er det derfor plausibelt at mange vil oppfatte det som at det å ikke delta ikke er et like tilgjengelig alternativ som å delta. Å ta i et tak for fellesskapet er en norm som er innbakt hos mange, og vil muligens oppleves som noe en *bør* gjøre. Det er en kulturelt gjenkjennelig verdi som de fleste kan stille seg bak, i motsetning til kommersielle interesser som potensielt ivaretas gjennom opprettelsen av en biobank. Dugnadsmetaforen får dermed en retorisk kraft med hensyn til å rekruttere deltakere til HUNT3 (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). HUNT trekker veksler på kulturelle kjennetegn ved Nord-Trøndelag og nordtrønderne i brosjyreteksten, og i dette ligger det også en retorisk appell.

4.3 HUNT3s nettsider

I forrige analysedel tok jeg for meg HUNTs første direkte kontakt med mulige deltakere i HUNT3, invitasjonsbrevet til HUNT3 og den vedlagte informasjonsbrosjyren. HUNT3 var et prosjekt som omfattet mange aktører, for eksempel forskere utenfor HUNT som fikk tilgang på data. Tekstene fra HUNT har altså potensielt mange lesere, men i denne sammenhengen er andre lesere enn (potensielle) deltakere sekundære. Det er relasjonen mellom **HUNT** og befolkningen/deltakerne i HUNT som har fokus i denne avhandlingen.

Mens datainnsamlingen i HUNT3 pågikk i 2006 til 2008, hadde de for første gang egne nettsider som deltakere og andre interesserte kunne besøke for å få kontinuerlig og oppdatert informasjon om HUNT. Dette var et nytt informasjonstiltak i HUNT3, som henger sammen med at tilgang til datamaskin og internett var blitt allemannseie siden forrige runde av HUNT på midten av 90-tallet. Dette skjedde også i takt med at HUNTs forskningsfokus utviklet seg til å stadig inneholde en bredere tematikk fra HUNT1 til HUNT2 og fra HUNT2 til HUNT3 (Carlsen 2009). Nettsidenes overordnede kommunikative prosjekt, der kommunikative prosjekt er forstått som dynamiske språkhandlinger som del av en kommunikativ virksomhet (Linell 2011), er å informere om og forklare ulike aspekter ved HUNT3 til befolkningen og å være en utfyllende informasjonsbank man kan besøke ved spørsmål om helseundersøkelsen. Ved siden av dette mener jeg også at nettsiden har som kommunikativt prosjekt å tegne et foretrukket bilde av HUNT som organisasjon for å vise frem at de er ansvarlige, pålitelige og troverdige. Å skape et slikt inntrykk henger sammen med HUNTs globale kommunikative prosjekt, nemlig å rekruttere frivillige deltakere til undersøkelsen. I likhet med HUNT3-brosjyren inneholder nettsidene dermed tekster med en retorisk funksjon, og jeg vil nå undersøke hvordan HUNT3 håndterer de kommunikative prosjektene nevnt ovenfor med bakgrunn i følgende problemstilling: **Hvilke retoriske ressurser benytter HUNT for å informere mulige deltakere om HUNT3?**

Mange av tekstene på nettsidene er overlappende med tekstene jeg analyserte i forrige kapittel, da jeg tok for meg rekrutteringsbrosjyren i HUNT3 (kapittel 4.2). Dette gjelder spesielt tekster som handler om viktigheten av å delta i HUNT3, og om forskningsetikk og sikkerhet. Disse tekstene vil jeg derfor ikke analysere nå. Utvalgskriteriet for tekstene jeg analyserer i dette kapitlet, er at tekstene har *temaer* som også ble introdusert i rekrutteringsbrosjyren, men som utdypes videre på HUNT3s nettsider. Det skapes en tematisk tråd for deltakerne i HUNT3 mellom rekrutteringsbrosjyren og nettsidene, og det er tekster hvor disse temaene får fokus, jeg vil se nærmere på i det følgende. Temaer jeg vil forfølge i dette kapitlet, er utdypende informasjon om HUNT biobank, appell til deltakelse og appell om å ta ansvar for egen helse. Jeg gjengir primærtekstene i sin opprinnelige form, uten å kommentere eventuelle skrivefeil i originalen, med mindre de er avgjørende for forståelsen.

I motsetning til rekrutteringsbrosjyren er nettsidene i større grad en hybrid sjanger (ten Have 1989, Sarangi 2000), som kjennetegnes av multimodalitet og intertekstuelle pekere til andre nett-tekster. Den inneholder mange kortere tekster med ulike kommunikative prosjekter (Linell 2011). Nettsidene henvender seg dessuten til et potensial av flere lesere, sammenlignet med rekrutteringstekstene. I tillegg til mulige deltakere i helseundersøkelsen vil nettsidene være relevante for forskere, journalister, politikere og andre som søker informasjon om HUNT3. I analysene i dette kapitlet konsentrerer jeg meg om de tekstene som ser ut til å være adressert til (mulige) deltakere. Det er dialogen med HUNT-deltakerne som er den røde tråden i mitt materiale, fra rekrutteringsbrosjyren til brevet med resultater fra helseundersøkelsen, og til slutt på legekontoret. Det er derfor relevant å ha fokus på disse som målgruppe for HUNT3s nettsider.

Ved hjelp av prinsippene i en retorisk diskursanalyse (RDA) (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) vil jeg undersøke hvilke retoriske ressurser HUNT tar i bruk i presentasjonen

av seg selv gjennom nettsidene. Med utgangspunkt i *redegjørelser* (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011, Buttny 1993, Scott & Lyman 1968) som en språklig retorisk ressurs behandles det eksplisitt og implisitt problematiske i HUNTs kommunikative prosjekter. Fordi en befolkningsundersøkelse som HUNT3 karakteriseres av problemstillinger knyttet til kollektive versus individuelle hensyn, på samme måte som i screeningundersøkelser (Juth & Munthe 2012), er det sannsynlig at materialet på nettsidene til HUNT3 vil inneholde rettferdiggjøringer. RDA gjør det mulig å synliggjøre hvordan HUNT på HUNT3s nettsider forsøker å argumentere, overbevise, plassere ansvar og posisjonere HUNT og deltakerne. Ved siden av rettferdiggjøringer vil andre retoriske ressurser være *normaliseringer*, *posisjon (footing)*, *forsikringer*, og *forgrunn/bakgrunn*.

Nettsidens forside (se bilde på neste side) består av to menyer, et stort bilde av den nordtrønderske skuespilleren Evy Kasseth Røsten, slik det ble brukt i invitasjonsbrosjyren, og et felt med bilder øverst på siden som ligger fast uansett hvor på nettsiden man befinner seg. Alle bildene ble analysert i kapittel 4.2, men det er verdt å nevne at illustrasjonene gir en leseranvisning om hva som er nettsidenes forgrunn (Evensen 2005), nemlig det nordtrønderske, lokalmiljøet, det kjente og det som er felles. Det er rimelig å anta at denne forgrunnsmarkeringen får en retorisk funksjon for lesningen av nettsidene som helhet.

De to menyene, en horisontal meny øverst og en vertikal meny til høyre på nettsiden, er synlige når man går videre via de ulike lenkene på nettsiden. Den horisontale menyen består av seks overskrifter med tilhørende underoverskrifter, og den vertikale menyen består av fem overskrifter. Nedenfor det store bildet på forsiden finner vi «*Siste nytt*», hvor HUNT har oppdatert forsiden med nyheter om HUNT3. Eksempler på nyhetssaker er hvor i fylket HUNT befinner seg på det tidspunktet man besøker nettsiden, at det skal være åpent møte om smerteforskning i Levanger, eller at det har vært ny deltakerrekord i en kommune (sammenlignet med tall fra HUNT1 og 2). I det følgende vil jeg først ta for

meg tekster fra både den vertikale og den horisontale menyen, og til slutt vil jeg analysere utvalgte tekster fra spalten «*Siste nytt*» på nettsidens forside.

Bilde: Nettsidens forside.

4.3.1 «Her er HUNT 3 nå»

Lenken «*Her er HUNT 3 nå*» inneholder informasjon om reiseruten til HUNT3, med oversikt over alle kommunene og i hvilket tidsrom HUNT3 skal være til stede for å gjøre helsesjekk av innbyggerne. Nederst finner vi også et kart hvor man kan trykke på de ulike stedene som HUNT besøker. Der finner man mer informasjon om hver enkelt kommune,

for eksempel adresse for oppmøte og åpningstider. Her finner man også en oversikt over hvor man eventuelt kan møte opp dersom man gikk glipp av helseundersøkelsen i den kommunen man bor, men fortsatt ønsker å delta.

Den ene underoverskriften på siden lyder «*Hvor mange møter fram?*», og jeg vil analysere den tilhørende teksten i det følgende. Min påstand er at teksten, på linje med brosjyren (se kapittel 4.2), ser ut til å ha rekruttering som sitt kommunikative prosjekt (Linell 2011). Teksten har et tydelig retorisk preg som jeg snart vil komme tilbake til. De retoriske ressursene det dras veksler på, er imidlertid av en annen karakter enn i brosjyren. Mens brosjyren handlet om å skaffe deltakere til HUNT3, handler «*Hvor mange møter fram?*» om å appellere til de som enda ikke har deltatt når HUNT3 er i gang. HUNT3 hadde lavere deltakeroppslutning enn HUNT1 og 2, og det er i denne konteksten jeg tolker teksten nedenfor:

Hvor mange møter fram?

Pr. 1. mars 2007 har sju kommuner gjennomført HUNT 3 for voksne. Det er små marginer som skiller mellom de aller beste. Snåsa gikk først ut og har beholdt ledelsen med 66,4 prosent, men Namsskogan ligger rett bak med 66,3 prosent, og kan fortsatt ta ledelsen.
Her kommer lista over oppmøtet så langt:

Snåsa	66,4
Namsskogan	66,3
Lierne	66,1
Røyrvik	63,4
Høylandet	63,3
Grong	62,2
Overhalla	58,2

Har ikke vunnet ennå

Snåsa har ikke vunnet ennå! Det er fortsatt mulig for innbyggere i disse kommunene å møte til HUNT 3 i andre kommuner, for eksempel i Steinkjer. Det skal ikke så mye til å endre på rekkefølgen.

Hvor er de yngste?

I samtlige kommuner er det de yngste, altså aldersgruppen 20-30 år, som har dårligst deltakelse. Det skyldes trolig at mange av dem er studenter eller oppholder seg andre steder, selv om de fortsatt står i folkeregisteret i hjemkommunen. HUNT vil invitere studenter på HiNT, HiST og NTNU til å delta på spesielle studentdager i Steinkjer, Namsos, Levanger og Trondheim, men det er også åpent for å møte fram alle andre dager.

> HUNT 1 og 2
> På midten av 90-tallet møtte over 70 prosent av nord-trønderne fram til HUNT 2. Ti år tidligere, da den første helseundersøkelsen ble gjennomført, deltok hele 90 prosent!
> Hver enkelt deltaker har stor verdi. For at data som samles inn skal gi et riktig bilde av befolkningen, er det viktig at både gamle, unge, friske, syke, kvinner og menn møter fram. Det gir best mulig forskning.

Teksten ovenfor påkaller en konkurranseramme ved bruk av ordvalg som for eksempel «*små marginer*», «*de aller beste*», «*gikk først ut*» «*beholdt ledelsen*», «*ligger rett bak*» og «*kan fortsatt ta ledelsen*». Disse er uttrykk for en retorisk strategi som vektlegger engasjement og oppslutning om HUNT3. Ordvalgene minner om idrettssjargong og gir signaler om at deltakerprosenten kommunene imellom er en konkurranse. Dette bekreftes av den neste overskriften på siden, «*Har ikke vunnet ennå*», og teksten som følger: «*Snåsa har ikke vunnet ennå! Det er fortsatt mulig for innbyggere i disse kommunene å møte til HUNT 3 i andre kommuner, for eksempel Steinkjer. Det skal ikke så mye til for å endre på rekkefølgen.*» I HUNT1 og 2 var deltakerprosenten en del høyere enn i HUNT3, og det er rimelig å tolke den konkurranseorienterte språkbruken som et retorisk ledd i å vekke engasjement og overbevise innbyggere om å slutte opp om HUNT3. Diskursivt henspiller denne sjargongen på et for mange kjent, kulturelt fenomen, nemlig uhøytidelig rivalisering mellom nabobygder eller byer. Mange lokalmiljø har en form for konkurranse seg imellom, for eksempel mellom lokale idrettslag, skoler eller lignende, og HUNT trekker veksler på en slik konkurransementalitet mellom nabobygder i Nord-Trøndelag i rekruttering av flere deltakere til helseundersøkelsen.

I avsnittet «*Hvor er de yngste?*» etterspør HUNT høyere oppslutning om HUNT3 blant de yngre innbyggerne. I første setning sier de: «*I samtlige kommuner er det de yngste, altså aldersgruppen 20-30 år, som har dårligst deltakelse*». Gjennom bruken av ordet «*dårligst*» spiller HUNT videre på konkurranserammen de har etablert i det foregående, og legger opp til konkurranse mellom aldersgrupper i tillegg til mellom kommunene.

I siste avsnitt, «*HUNT 1 og 2*», vises det til oppmøteprosenten i de tidligere helseundersøkelsene på 80- og 90-tallet: «*På midten av 90-tallet møtte over 70 prosent av nord-trønderne fram til HUNT 2. Ti år tidligere, da den første helseundersøkelsen ble gjennomført, deltok hele 90 prosent!*» Ved å vise til tidligere oppmøtetall, som er klart bedre enn tallene HUNT3 kan vise til, ber HUNT innbyggerne i Nord-Trøndelag implisitt om å ta opp konkurransen med HUNT1 og HUNT2, en slags konkurranse med seg selv. Utropstegnet i «(…) *deltok hele 90 prosent!*», som har som funksjon å forsterke utsagnet, tolker jeg som et ledd i å appellere til leserens ansvarsfølelse for at HUNT3 skal bli like vellykket som de foregående undersøkelsene.

Dette bekreftes av teksten som følger, som sier: «*Hver enkelt deltaker har stor verdi. For at data som samles inn skal gi et riktig bilde av befolkningen, er det viktig at både gamle, unge, friske, syke, kvinner og menn møter fram.*» Deltakernes verdi understrekes ved at HUNT i neste omgang setter deltakelse i retorisk sammenheng med dataenes validitet. Avsnittet avsluttes med «*Det gir best mulig forskning*», som igjen forteller leseren at man har et ansvar for at HUNT3 blir et vellykket forskningsprosjekt. Implisitt i dette ligger det at HUNTs forskning fører til kunnskap om folkehelsa, kunnskap som igjen kommer innbyggerne og fremtidige generasjoner til gode. I bakgrunnen ligger en appell til leserens dugnadsånd ved at man ikke bare tar medansvar for HUNT3, men også for folkehelsa. Dette kan også tolkes som en rettferdiggjøring (Scott & Lyman 1968, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) av befolkningsundersøkelsen som et gode for folkehelsa. Ved å rette fokus mot enkeltdeltakernes verdi for å skaffe gode forskningsdata rettferdiggjøres det problematiske ved undersøkelsen som intervenerende i folks liv.

4.3.2 «Du kan stole på HUNT 3»

Overskriften og påstanden «*Du kan stole på HUNT 3*» rammer inn HUNT som forskningsaktør, og HUNT inntar en posisjon som trygg og tillitvekkende og foregriper en potensiell kritikk gjennom presupposisjonen at det er noe ved HUNT3 som man ikke

kan stole på. Den første teksten man møter når man trykker på denne lenken, har overskriften «*Slik brukes opplysningene*», som henviser til utfyllende informasjon om hvordan HUNT oppfyller etiske krav til bruk av dataene de samler inn:

> Slik brukes opplysningene
> Du kan være trygg på at informasjonen som du gir til HUNT 3 vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter. Så snart opplysninger, blodprøver og eventuelt urinprøver er samlet inn, blir de lagret uten å være merket med deltakerens identitet.
>
> Forskere som senere skal bruke opplysningene, har ikke tilgang til navn, fødselsdato eller personnummer. Alle medarbeidere i HUNT har taushetsplikt. Datatilsynet fører tilsyn med at lover og forskrifter om oppbevaring og bruk av helseopplysninger blir fulgt. HUNT 3 har konsesjon fra Datatilsynet.

«*Slik brukes opplysningene*» påkaller en diskurs om forskningsetikk og debatten om lagring av data i HUNT biobank. Overskriften forteller oss at HUNT har en antakelse om at deltakere og andre som leser nettsidene, vil være nysgjerrige på, kritiske til eller ha spørsmål om hvordan dataene HUNT samler inn vil benyttes og ivaretas, og et kommunikativt prosjekt for HUNT er dermed å fremstå troverdig. Teksten som følger, inneholder flere ytringer som kan kategoriseres som redegjørelser og forsikringer (Bredmar & Linell 1999) om at HUNT driver en forsvarlig forskningspraksis som ivaretar personvernet, og disse skal jeg nå gå nærmere inn på.

Påstanden «*Du kan være trygg på at informasjonen som du gir til HUNT 3 vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter*» leser jeg som en rettferdiggjøring og forsikring hvor HUNT fremstår som ansvarlig og tillitvekkende. Ytringen impliserer muligheten for å føle seg *utrygg* på hvordan dataene lagres, og er implisitt et motsvar til en kritikk av lagring av helsedata (Ekern 2013). Gjennom eksplisitt å forsikre publikum om at de kan være trygge, kan leseren gå ut fra at personvernet ivaretas når HUNT3-data lagres og tas i bruk til forskning. HUNT har først og fremst et forskningsformål, og det er rimelig å anta at mange som deltar i

HUNT3, ikke kjenner godt til regelverket HUNT er bundet av. HUNT gir med dette uttrykk for at de har mer enn egne forskningsinteresser for øye, de tar også ansvar for informantenes behov for sikkerhet. Den påfølgende teksten, «*Så snart opplysninger, blodprøver og eventuelt urinprøver er samlet inn, blir de lagret uten å være merket med deltakernes identitet*», antyder en problematikk med hensyn til å gi fra seg sensitive helseopplysninger til bruk i forskning. Ytringen kan leses som en rettferdiggjøring av praksis som imøtegår det potensielt problematiske. HUNT redegjør for at de tar denne problematikken på alvor, hvor tidsuttrykket «*så snart*» virker rettferdiggjørende. På denne måten redegjør HUNT for en latent kritikk mot medisinsk forskning og lagring av forskningsdata.

Det påfølgende avsnittet kan også leses som en forsikring gjennom en rekke rettferdiggjøringer av hvordan helseopplysninger oppbevares og behandles: «*Forskere som senere skal bruke opplysningene, har ikke tilgang til navn, fødselsdato eller personnummer. Alle medarbeidere i HUNT har taushetsplikt. Datatilsynet fører tilsyn med at lover og forskrifter om oppbevaring og bruk av helseopplysninger blir fulgt. HUNT 3 har konsesjon fra Datatilsynet.*» Det er noe potensielt problematisk i det å gi fra seg privat informasjon til en masseundersøkelse med forskningsprofil, for eksempel knyttet til sikker oppbevaring og å sikre bidragsyternes privatliv. Rettferdiggjøringene i avsnittet ovenfor gjør derfor en jobb med hensyn til å rydde potensielle bekymringer av veien ved å forsikre om ansvarlighet. Tekstens bakgrunn er en diskusjon om forholdet mellom forskning for et større gode og beskyttelse av privatlivet. Ord som «*taushetsplikt*», «*lover og forskrifter*» og «*Datatilsynet*» signaliserer institusjonell ansvarlighet. Selv om man i forskerkretser er kjent med hva som kreves for å kunne forske med utgangspunkt i sensitive persondata, er det ikke gitt at alle som deltar i HUNT, kjenner et slikt reglement, og det er derfor relevant å forsikre om HUNTs ansvarlighet.

Videre følger et avsnitt med informasjon om HUNT databank, herunder HUNT biobank, og forklaringer om hvilke regler som omfatter helsedataene HUNT samler inn, med hensyn til personvern og hvordan dataene oppbevares:

> HUNT databank
> HUNT databank består av opplysninger som er samlet inn gjennom HUNT 1, 2 og 3 gjennom spørreskjema, undersøkelser og analyser fra blod- og urinprøver. Hvis du deltok i HUNT 1 eller HUNT 2, vil dine data bli sammenstilt med opplysninger fra HUNT 3.
>
> Genetisk materiale samles i HUNT biobank. Formålet med biobanken er at det i framtida skal være mulig å ta ut prøver, gjøre ulike analyser og sammenstille resultatene med øvrige data fra HUNT databank. På den måten vil det stadig komme nye data som legges til databanken.
>
> Når forskere får data fra HUNT databank er navn, fødselsnummer og andre kjennetegn fjernet, slik at de ikke kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Når HUNT velger å informere om HUNT databank og biobank under overskriften «*Du kan stole på HUNT 3*», impliserer dette at data- og biobanken er en kilde til spørsmål, kritikk og meningsbrytninger (Ekern 2013, Stoltenberg 2012, Solbakk, Holm & Hofmann 2009, Ursin 2008). Tekstens forgrunn (Evensen 2005) er en forsikring om at deltakerne kan ha tillit til HUNT, mens bakgrunnen er en debatt om de problematiske sidene ved en slik databank. En databank utfordrer en gjennomgripende side ved helseforskning med hensyn til krav om personvern (Ekern 2013, Solbakk, Holm & Hofmann 2009), og dette gjør informasjon om denne delen av HUNTs virksomhet spesielt relevant på nettsidene. I samspill med overskriften «*Du kan stole på HUNT 3*» fungerer denne forgrunns- og bakgrunnsmarkeringen som en forsikring om at HUNT databank drives på en forsvarlig måte. I nettsideteksten informeres det om hvilke data som oppbevares i databanken, og at tidligere data fra HUNT1 og 2 blir sammenstilt med data fra HUNT3.

Andre avsnitt i tekstutdraget ovenfor omhandler HUNT Biobank, som er en «filial» under HUNT databank for oppbevaring av genetisk materiale. Avsnittet tjener et formål når det gjelder å rettferdiggjøre opprettelsen av HUNT Biobank, og kan slik leses som en

redegjørelse (Buttny 1993, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) for det potensielt foruroligende ved å lagre genetiske data i forskningsøyemed, for eksempel knyttet til kommersialisering av dataene. HUNT problematiserer ikke biobankens virksomhet, men gir kun informasjon om formålet med biobanken. I samspill med hovedoverskriften «*Du kan stole på HUNT 3*» antydes det likevel en problematikk, men denne omtales ikke direkte. Ved kun å fokusere på biobankens forskningsformål kan informasjonen tjene som en rettferdiggjøring av biobankens virksomhet. Forskningen løftes frem som det sentrale og plasseres i forgrunnen, mens den mer omstridte siden ved biobanken plasseres i bakgrunnen (Evensen 2005).

Det forgrunnsmarkerte på denne nettsiden er HUNTs ryddige forskningspraksis gjennom ordvalg som «*respekt for personvern*», «*samsvar med lover og forskrifter*» og «*konsesjon fra Datatilsynet*». Det er i denne rammen HUNT presenterer informasjonen om HUNT databank. Med et slikt relieff (Bergh Nestlog 2012) skaper HUNT en ramme for lesningen av informasjonen om databanken som støtter opp om deres posisjon som en ansvarlig og tillitvekkende forskningsinstitusjon. Forskning på genetisk materiale er en aktuell debatt som må antas å ha blitt lagt merke til hos deltakerne av HUNT3, og det er derfor sentralt for HUNT å forsikre om at databanken og forskningen tilknyttet denne er underlagt premissene som presenteres i form av retoriske rettferdiggjøringer under «*Slik brukes opplysningene*».

Nederst på siden står tre avsnitt under overskriften «*Opplysninger fra andre registre*»:

> For spesielle forskningsprosjekter kan det være aktuelt å sammenstille data fra HUNT med andre offentlige registre, for eksempel Reseptregisteret, Medisinsk fødselsregister, Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. HUNT-data kan også bli sammenstilt med andre registre ved Statistisk sentralbyrå (SSB), for eksempel om miljø, befolkning, utdanning, inntekt, offentlige ytelser, yrkesdeltakelse og andre forhold som kan ha betydning for helsa. I tillegg kan det være aktuelt å hente diagnoseopplysninger som for eksempel lårhalsbrudd, hjerteinfarkt, hjerneslag eller lungesykdommer hos primærhelsetjenesten, sykehusene i Nord-Trøndelag eller St. Olavs hospital. For enkelte prosjekter kan det også være aktuelt å sammenstille opplysninger

> fra deltakere med opplysninger fra barn, søsken, foreldre og besteforeldre, hvis disse også har deltatt i HUNT.

HUNT peker på viktigheten av å sammenstille innsamlede data med en rekke ulike registre for å forstå dataene bedre. Samtidig betyr dette at personlige opplysninger vil hentes inn fra ulike hold. I utdraget ovenfor tar HUNT høyde for hypotetiske fremtidsscenarioer i sine formuleringer. «*For spesielle forskningsprosjekter kan det være aktuelt å sammenstille data fra HUNT med andre offentlige registre* (…)», «*HUNT-data kan også bli sammenstilt med andre registre ved Statistisk sentralbyrå* (…)», «*I tillegg kan det være aktuelt å hente diagnoseopplysninger* (…)» og «*For enkelte prosjekter kan det også være aktuelt å sammenstille opplysninger fra deltakere med opplysninger fra barn, søsken, foreldre og besteforeldre* (…)» dreier seg som hypotetiske scenarier signalisert gjennom bruken av ordet «*kan*». Scenariene kan forstås som potensielt problematiske (Buttny 1993) fordi de skisserte sammenstillingene med HUNT-data utfordrer spørsmål knyttet til personvern. I det siste avsnittet rettferdiggjøres imidlertid denne praksisen ved at HUNT viser til det regelverket slike sammenstillinger er underlagt:

> Alle slike sammenstillinger krever samtykke og/eller forhåndsgodkjenning av de offentlige instanser loven krever, for eksempel Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Datatilsynet, Sosial- og helsedirektoratet eller Rikstrygdeverket.

Sammenstillinger av data rettferdiggjøres gjennom at uavhengige kontrollinstanser godkjenner HUNTs praksis. Teksten kan leses som en rettferdiggjøring fordi den implisitt motvirker et annet synspunkt, nemlig at HUNTs praksis ikke er i tråd med offentlige instansers reglement, men for eksempel kommersielle interesser. Gjennom formuleringen «*krever samtykke og/eller forhåndsgodkjenning*» og ved å nevne en rekke instanser som ser HUNT i kortene, redegjør HUNT for hva som juridisk kreves for å sammenstille data. Implisitt kan vi lese en forsikring (Bredmar & Linell 1999) om at HUNTs virksomhet er i tråd med overordnede regler for god forskningspraksis, og at de

offentlige instansene representerer deltakernes interesser og ikke kommersielle interesser.

4.3.3 «Slik foregår undersøkelsen»

En av menylenkene på nettsidene til HUNT3 har overskriften «*Slik foregår undersøkelsen*», og ved å klikke på denne kommer man til en side med overskriften «*Gi en time for bedre folkehelse*». Overskriften er ledsaget av to store bilder, mye tekst og en rekke underoverskrifter, og den tar for seg praktisk informasjon som utfylling av spørreskjema og hvilke undersøkelser som vil bli gjort. Både bildene og en del av teksten er overlappende med rekrutteringsbrosjyren, og jeg vil derfor analysere en del av teksten som er ny på nettsidene, og som har overskriften «*Blodprøver*».

> Blodprøver
> Det blir tatt blodprøve av alle deltakerne. Blodet fordeles på fem glass, men til sammen utgjør det ikke mer enn 40 milliliter, som er mindre enn en tidel av det en blodgiver gir. For de aller fleste vil det være tilstrekkelig med ett stikk. Blodet fordeles på flere glass blant annet fordi det må tilsettes ulike konserveringsmidler for å brukes til flere typer analyser. Disse analysene blir gjort:
>
> - Vanlige blodprøveanalyser som kolesterol, blodsukker, stoffskifteprøver, måling av enkelte vitaminer, nyre- og leverprøver. Avanserte protein- og stoffskifteanalyser.
> - Utvinning av DNA (arvestoff) fra de hvite blodlegemene.
> - Studier av hvite blodlegemer som deltar i kroppens forsvarsmekanisme mot sykdommer.
> - Miljøanalyser, blant annet sporstoffer og spormetaller som bly og kvikksølv. Forekomsten i blodprøvene skal sammenliknes med mengden metaller som finnes i drikkevann og ellers i miljøet, for å finne ut mer om hvilke effekter det har på mennesker.

Blodprøver er en viktig del av deltakernes databidrag til HUNT3. I tekstutdraget ovenfor informerer HUNT om hvordan blodprøven blir tatt, og hva den brukes til. Den første innledende teksten leser jeg som rettferdiggjøringer for å imøtekomme deltakernes potensielle bekymring for det å ta blodprøver: «*Det blir tatt blodprøver av alle*

deltakerne. Blodet fordeles på fem glass, men til sammen utgjør det ikke mer enn 40 milliliter, som er mindre enn en tidel av det blodgiver gir. For de aller fleste vil det være tilstrekkelig med ett stikk.» For mange kan informasjonen om at det skal tas blodprøver av alle som deltar, være foruroligende informasjon på grunn av ubehaget det kan medføre. De påfølgende ytringene leser jeg som redegjørelser som har som funksjon å rettferdiggjøre og dempe det foruroligende ved informasjonen. Det informeres om at blodet fordeles på fem glass, som for en utenforstående like gjerne kan høres ut som mye. Men informasjonen følges opp med en dempende kontrastering (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) om at dette likevel utgjør lite blod, «*mindre enn en tidel*», sammenlignet med hva en blodgiver gir, og jeg forstår dette som en måte å dempe eventuell uro hos leseren. Dette støttes opp med et bilde av de omtalte glassene. Ytringen «*For de aller fleste vil det være tilstrekkelig med ett stikk*» bidrar også til å dempe det foruroligende gjennom normaliserende ytringer som «*for de aller fleste*» og «*tilstrekkelig*», som antyder at blodprøven er beskjeden og lite å uroe seg for. Den konkrete og prosedyremessige redegjørelsen av blodprøver fungerer som en hverdagslig innramming av hvilke analyser som skal gjøres av HUNT. Denne hverdagsliggjøringen står i kontrast til listen med biomedisinsk informasjon, og det hverdagslige blir her en retorisk ressurs for å rettferdiggjøre målingene.

4.3.4 «HUNT Biobank»

HUNT Biobank var kort nevnt som en del av en større tekst i rekrutteringsbrosjyren, men vies langt mer plass på HUNT3s nettsider. Lenken «*HUNT biobank*» består kun av én tekst med overskriften «*Biobanken får blodprøvene*», som er gjengitt nedenfor. Denne nett-teksten er relevant å se nærmere på fordi HUNT biobank gis en egen lenke på nettsidenes meny, biobanken vokste i omfang fra HUNT2 til HUNT3, og fordi biobanker er et omdiskutert fenomen med hensyn til etiske, juridiske og sosiale problemstillinger (Solbakk, Holm & Hofmann 2009, Ursin 2008). Problemstillingene handler blant annet om hvilke vilkår som skal gjelde for at forskere kan få tilgang til bankens data, spørsmål om eierskap av biologisk materiale, samtykke til lagring av egne prøver, og hvordan

dataene er innsamlet og lagret med hensyn til tilgangsrettigheter, konfidensialitet, datasikkerhet og databeskyttelse (Solbakk, Holm & Hofmann 2009: xiv, Ursin 2008).

Biobanken får blodprøvene

Alle voksne deltakere i HUNT 3 vil bli bedt om å gi en blodprøve. Ungdommene blir bedt om en celleprøve som tas med en børste som skrapes mot innsiden av kinnet. Biobankens viktigste oppgav er å ta vare på det biologiske materialet på best mulig måte og gjøre det tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter.

Behandles av robot

Hver kveld blir blodprøver transporterer fra kommunene og til Levanger. Noe av blodet går direkte til et laboratorium for analyser. Resten tas imot på biobanken der en robot ved hjelp av bildeteknologi kan identifisere de ulike bestanddelene i blodet og fordele det på flere mindre glass. Biobanken får også et laboratorium som blant annet utvinner DNA (arvestoff) fra prøvene.

Da HUNT 2 ble gjennomført i 1995-97 ble det etablert en biobank som nå har lokaler på Røstad ved HiNT. I denne biobanken oppbevares blod fra 65 000 personer i Nord-Trøndelag, som alle har samtykket til dette. Etter HUNT 3 vil prøvesamlingen bli flyttet inn i det nye bygget, og blir samtidig vesentlig større. Blodprøver fra helseundersøkelser i andre deler av landet skal også oppbevares og håndteres i Levanger, slik at DNA vil fra inntil 200 000 personer være tilgjengelig som en del av det store forskningsprosjektet Biohealth Norway. Dette er støttet av Norges Forskningsråd.

Lave temperaturer

Å bygge en biobank er et krevende prosjekt, det stilles blant annet store krav til tekniske løsninger. Blodprøvene må lagres ved lave temperaturer for å holde høy kvalitet over lang tid. Noen prøver, blant annet DNA, lagres på minus 20 grader. andre prøver legges på minus 80 grader, og noen skal lagres i flytende nitrogen som holder helt ned til minus 180 grader.

Bioanken må ha et system som gjør det mulig å lagre og gjenfinne flere millioner prøverør, holde orden på hvilke forskningsprosjekter hver eneste prøve har vært brukt til, og føre resultatene fra de ulike analysene tilbake i biobanken. HUNT samarbeider blant annet med forskningsmiljøer i England, Sverige, Irland, Tyskland og Finland for å finne de beste løsningene.

Flere millioner prøver

I fryserommet skal roboter brukes til å plukke fram og sette på plass igjen blodprøver etter bestillingslister. Det er mange fordeler ved dette, blant annet slipper medarbeiderne å arbeide i miljø med svært lave temperaturer. Bruk av roboter vil også redusere muligheten for feilplassering av blodprøver til et minimum. Blodet fra hver person vil bli fordelt på flere glass, slik at man kan tine opp små mengder av gangen. Det gir best kvalitet. Antallet prøveglass kommer opp i flere millioner, og det skal være mulig å finne tilbake til hvert enkelt, og vite hva det tidligere har vært brukt til.

> Helt i front
> Etter at HUNT 3 er gjennomført, vil biobanken i Levanger være helt i front blant internasjonale biobanker. Nord-Trøndelag kan tilby et unikt forskningsmateriale som har fått stor oppmerksomhet både i Norge og i internasjonale forskningsmiljøer. Det unike er likevel muligheten for å koble ny genetisk kunnskap fra biobankmaterialet med all den øvrige helseinformasjon vi har fra HUNT 1, HUNT 2 og snart HUNT 3.

Overskriften «*Biobanken får blodprøvene*» viser til det som antas å være kjent informasjon, at HUNT3 samler inn blodprøver fra deltakerne. Fordi biobanken representerer en forskningsetisk problematikk med hensyn til oppbevaring og bruk av data, er det sannsynlig at teksten vil inneholde rettferdiggjøringer (Buttny 1993). Innledningsvis står følgende å lese: «*Biobankens viktigste oppgav* [sic] *er å ta vare på det biologiske materialet på best mulig måte og gjøre det tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter*». Dette tolker jeg som en rettferdiggjøring, hvor ordbruk som «*viktigste oppgave*», «*ta vare på*», «*best mulig måte*» og «*godkjente forskningsprosjekter*» gir indirekte signaler om det potensielt problematiske og bidrar til å rettferdiggjøre bruken av biobanken. Ytringene rammer inn HUNT som ansvarlig og tillitvekkende når det gjelder oppbevaring og bruk av blodprøvene som lagres i biobanken, og det problematiske ved HUNT biobank balanseres av uttrykk for forsiktighet, og fokuset på viktige forskningsoppgaver plasseres i forgrunnen (Evensen 2005). Bakgrunnen er en diskurs om forskningsetikk og praksis i tilknytning til fenomenet biobanker (Ursin 2008), herunder kommersielle interesser, og ytringene får derfor funksjon som forsikringer med hensyn til denne underliggende problematikken.

Under overskriften «*Behandles av robot*» beskrives det hvordan blodprøvene transporteres, oppbevares og brukes til analyser. Overskriften er interessant fordi jeg leser den som tildekkende når det gjelder et mer omdiskutert tema som kommer til syne i teksten nedenfor: «*Biobanken får også et laboratorium som blant annet utvinner DNA (arvestoff) fra prøvene.*» Her tematiseres en av de viktigste debattene i forkant av biobankens tilblivelse, men det utdypes ikke videre, snarere presenteres informasjonen som selvfølgelig. Overskriften setter teknologi og fremskritt i forgrunnen, mens

forskning på genetisk materiale plasseres i tekstens bakgrunn. Ved å rette fokuset mot roboten, som representerer avansert og moderne teknologi som assosieres med fremtiden, får teksten et retorisk preg når det gjelder å skape begeistring for HUNT3 og for biobanken. En robot kan dessuten oppfattes som en sikrere og mer anonymisert måte å behandle sensitive data på, enn om mennesker hadde gjort den samme jobben, og bidrar til å rettferdiggjøre oppbevaring av sensitiv informasjon. I det neste avsnittet presenteres tall på hvor mange personers blodprøver som befinner seg i biobanken: «*Blodprøver fra helseundersøkelser i andre deler av landet skal også oppbevares og håndteres i Levanger, slik at DNA vil fra inntil 200 000 personer være tilgjengelig som en del av det store forskningsprosjektet Biohealth Norway.*» Både det høye tallet 200 000 og «*det store forskningsprosjektet*» bidrar til å plassere HUNTs store omfang og betydning for forskning i forgrunnen, mens DNA-tematikken plasseres i bakgrunnen. Avsnittet avslutter med setningen «*Dette er støttet av Norges Forskningsråd*», hvor HUNT gjennom å vise til støtte, og herunder godkjenning, fra Norges største uavhengige forskningsaktør implisitt rettferdiggjør bruken av biobanken i HUNTs forskning.

Avsnittet med overskriften «*Lave temperaturer*» plasserer også den avanserte teknologien i tekstens forgrunn (Evensen 2005) når det vies to avsnitt på å beskrive detaljer angående lagringen av blodprøvene. Gjennom ytringer som «*krevende prosjekt*», «*store krav*», «*tekniske løsninger*», «*høy kvalitet over lang tid*» og «*de beste løsningene*» inntar HUNT posisjonen som en moderne og avansert forskningsaktør. Disse forsterkende utsagnene bidrar til å gi teksten en forsikrende funksjon (Bredmar & Linell 1999) med hensyn til å fremvise at HUNT har mye kunnskap og god kontroll på hvordan en biobank drives. Ordvalg som «*krevende*», «*høy kvalitet*» og «*de beste løsningene*» kan også leses som retorisk i den forstand at den gir inntrykk av at HUNT vil imponere leseren. Gjennom det allerede etablerte «vi-et» i HUNTs rekrutteringsbrosjyre (kapittel 4.2), hvor HUNT trekker deltakerne inn i en kollektivt orientert dugnadsdiskurs, kan presentasjonen av biobankens moderne finesser muligens fremstå som noe det er grunn til å være stolt over å være en del av.

Bruken av roboter vies et nytt avsnitt under overskriften «*Flere millioner prøver*». I teksten som følger, er det fokus på sikkerhet som en gevinst ved å benytte roboter i arbeidet, både når det gjelder HMS og når det gjelder å ha kontroll på blodprøvene. «*Bruk av roboter vil også redusere muligheten for feilplassering av blodprøver til et minimum*» leser jeg som en implisitt forsikring om at HUNT tar sikkerheten på alvor. Dette kan leses som nok en redegjørelse for noe potensielt problematisk ved å lagre sensitive data.

Med overskriften «*Helt i front*» inntar HUNT nok en gang posisjonen som en betydningsfull og moderne forskningsaktør. I teksten som følger, får biobanken status som det som gjør at HUNT hevder seg internasjonalt: «*Etter at HUNT 3 er gjennomført, vil biobanken i Levanger være helt i front blant internasjonale biobanker*.» Biobankens suksess kobles med gjennomføringen av HUNT3, og implisitt i dette ligger det at antallet deltakere er et viktig suksesskriterium. Implisitt leser jeg en ny appell til nordtrønderne om å ta ansvar for gjennomføringen av HUNT3 ved å bidra med forskningsdata. HUNTs betydning løftes igjen frem i neste setning: «*Nord-Trøndelag kan tilby et unikt forskningsmateriale som har fått stor oppmerksomhet både i Norge og i internasjonale forskningsmiljøer.*» Gjennom ord som «*unikt*», «*stor oppmerksomhet*» og «*internasjonale forskningsmiljøer*» inntar HUNT en posisjon som ledende og betydningsfull forskningsaktør. Til slutt tematiseres bruken av genetiske data i setningen: «*Det unike er likevel muligheten for å koble ny genetisk kunnskap fra biobankmaterialet med all den øvrige helseinformasjonen vi har fra HUNT 1, HUNT 2 og snart HUNT 3.*» Bruken av «*likevel*» rammer inn ytringen som en rettferdiggjøring og skaper et kausalitetsforhold mellom forskningsmateriale og ny genetisk kunnskap. Denne forgrunnsmarkeringen forstår jeg som en rettferdiggjøring (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) av det potensielt problematiske ved å lagre store mengder sensitive data i biobanken.

4.3.5 Tekster fra nyhetsarkivet

I tillegg til de den vertikale og horisontale menyen presenterer HUNT siste nytt om undersøkelsen på forsiden, og ved å klikke på lenken «*Nyhetsarkiv*» kommer man til en samleside med alle nyheter som har blitt lagt ut. I det følgende vil jeg ta for meg noen utvalgte nyhetstekster med henblikk på å undersøke hvilke retoriske ressurser som tas i bruk i informasjonen fra HUNT3 til deltakerne. Jeg vil fortsatt velge ut tekster som har en tematisk tråd tilbake til rekrutteringsbrosjyren, eller som peker frem mot den skriftlige formidlingen av resultatene fra helseundersøkelsen (kapittel 4.4) og fastlegekonsultasjonene (kapittel 5).

«Hva er en biobank?»

Den aller første nyhetssaken som ble lagt ut på HUNT3s nettsider, har overskriften «*Hva er en biobank?*». Teksten handler om formålet med bruken av en biobank i HUNT3. Jeg har tidligere nevnt debatten knyttet til bruk av biobanker (se 1.2.3 og 4.2.2), og teksten under «*Hva er en biobank?*» kan også leses i lys av denne debatten. Lagring av helsedata er et forskningsetisk spenningsfelt, og det er rimelig å anta at HUNT har behov for å normalisere og rettferdiggjøre en slik praksis i HUNT3.

Hva er en biobank?

I HUNT biobank samles blod- og urinprøver fra deltakere i HUNT 3. Her skal de oppbevares sammen med prøver fra HUNT 2, og fra folkehelseundersøkelser i andre deler av Norge.

En biobank er en samling biologisk materiale, for eksempel blod- og vevsprøver. Biobanker finnes på de fleste sykehus, da blod og andre prøver som brukes til å stille diagnoser, blir oppbevart. I Norge og flere andre land er det de sisten årene etablert biobanker med prøver fra friske mennesker. Hensikten er med disse biobankene er forskning.

Hvorfor blir noen mennesker syke, mens andre forblir friske gjennom et langt liv? Hvorfor rammes vi av ulike sykdommer? Hvordan kan vi behandle sykdom best mulig, så pasienten overlever og opplever god livskvalitet? Det er det grunnleggende temaet for medisinsk forskning.

> **Studerer byggesteiner**
> Skjebnen, sa man før i tiden. I dag leter forskere både i kroppens byggesteiner og i miljøet rundt oss for å finne svar på de store spørsmålene. Mange vil si at årsaken til de fleste sykdommer finnes i kombinasjonen mellom arv og miljø – og tilfeldigheter. Vi har fått vite at sykdommer som vi tidligere trodde var helt ulike, faktisk er ganske like, som for eksempel cøliaki og bechterevs sykdom. Og at brystkreft, som vi trodde var én sykdom, i virkeligheten er flere ulike.
>
> For å finne ut av slike ting må forskerne studere kroppens byggesteiner: DNA (arvestoff), proteiner og enzymer. Og her kommer biobankene inn i bildet.
>
> **Arv, miljø og livsstil**
> Når HUNT 3 er ferdig, vil biobanken inneholde flere millioner rør med blod. I tillegg kommer urinprøver og spyttprøver som også er samlet inn. Alt lagres på lave temperaturer og kan brukes i mange år framover. Fra denne samlingen kan forskere hente DNA og resultater av en rekke laboratorieanalyser. Kombinert med opplysningene fra spørreskjemaet, som sier mye om miljø og livsstil hos den enkelte, er dette utgangspunktet for forskning som kan gi svar på en rekke viktige spørsmål.
>
> Ved hjelp av en kode kan man matche biologiske prøver med spørreskjema fra den samme personen, men navn, personnummer og andre opplysninger som kan identifisere personen, er fjernet.

I tredje avsnitt stiller HUNT flere spørsmål: «*Hvorfor blir noen mennesker syke, mens andre forblir friske gjennom et langt liv? Hvorfor rammes vi av ulike sykdommer? Hvordan kan vi behandle sykdom best mulig, så pasienten overlever og opplever god livskvalitet? Det er det grunnleggende temaet for medisinsk forskning.*» Spørsmålene i avsnittet får en retorisk effekt ved at de presenteres som allmenngyldige, som noe vi alle lurer på. At noe presenteres som allmenngyldig, bidrar til å normalisere temaet for teksten, HUNT biobank, og understøtter et valg om å delta i HUNT3. Spørsmålene setter mennesker og befolkningen i forgrunnen, ved å referere til «*noen mennesker*», «*andre*», «*vi*» og «*pasienten*», som kan antas å vekke leserens interesse. Spørsmålene impliserer at «dette angår deg, din familie og dine venner». Når spørsmålsrekken avsluttes med setningen «*Det er det grunnleggende temaet for medisinsk forskning*», impliserer HUNT at de er i det godes tjeneste, ved at de som forskningsinstitusjon er ute etter å besvare spørsmålene med HUNT-data. Det konstrueres et årsak–virkning-forhold mellom spørsmålene og medisinsk forskning, hvor forskning bidrar til å bekjempe sykdom og får

den retoriske funksjonen å normalisere og skape velvilje til HUNTs forskning. I en tekst om HUNT biobank forteller dette implisitt at viktige spørsmål kan besvares ved at vi tar i bruk et nytt verktøy, nemlig biobanken. Et underliggende tema i teksten er bruken av biobankmateriale for kommersielle formål. Ved å sette behovet for ny kunnskap om sykdom i forgrunnen plasseres den latente problematikken knyttet til kommersialisering i tekstens bakgrunn (Evensen 2005).

I avsnittet «Studerer byggesteiner» skriver HUNT: «*Skjebnen, sa man før i tiden. I dag leter forskere både i kroppens byggesteiner og i miljøet rundt oss for å finne svar på de store spørsmålene.*» HUNT skaper en kontrast mellom tidligere uvitenhet («*Skjebnen*») og dagens kunnskapsbaserte samfunn, hvor forskning og teknologi presenteres som et gode. Kontrasten har en retorisk funksjon ved at den impliserer at vi alle mener at forskning er det beste svaret på dagens helseutfordringer, ettersom vi alle lever nå og ikke «*før i tiden*». Slik fremstår HUNT som fremtidsrettet og som tilbyder av svar på «*de store spørsmålene*», som trolig viser tilbake til spørsmålene skissert i avsnittet foran (jf. «*Hvorfor blir noen mennesker syke, mens andre forblir friske gjennom et langt liv?*»).

Det lokale kommunikative prosjektet i avsnittet handler om å forsikre deltakere om at opprettelsen av HUNT biobank har et formål som helliger middelet. Spesifikke sykdommer som cøliaki og Bekhterevs sykdom brukes som sannhetsvitne for at forskning med biobankdata bidrar til ny og viktig kunnskap: «*Vi har fått vite at sykdommer som vi tidligere trodde var helt ulike, faktisk er ganske like, som for eksempel cøliaki og bechterevs sykdom. Og at brystkreft, som vi trodde var én sykdom, i virkeligheten er flere ulike.*» Gjennom å vise hva som allerede har kommet ut av HUNT-forskning, rettferdiggjøres videre forskning ved hjelp av HUNT biobank. Dette forsterkes i neste setning: «*For å finne ut av slike ting må forskerne studere kroppens byggesteiner: DNA (arvestoff), proteiner og enzymer. Og her kommer biobankene inn i bildet*.» Å skaffe ny kunnskap om alvorlige folkesykdommer kommer her til uttrykk som en

rettferdiggjøring (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) av at HUNT lagrer sensitive helsedata fra nordtrønderne i HUNT biobank. Det konstrueres et årsak–virkning-forhold mellom kunnskap om sykdom og underforstått bekjempelse av sykdom, som setter nødvendigheten av en biobank i forgrunnen («*biobankene inn i bildet*») og potensiell kritikk av biobanken i bakgrunnen.

Under avsnittet «*Arv, miljø og livsstil*» beskriver HUNT videre hvordan dataene som lagres i biobanken, benyttes i forskning, og hvordan sammenstilte data gir nye svar på folkehelsespørsmål. Gjennom ordvalg som «*flere millioner*», «*brukes i mange år framover*», «*en rekke laboratorieanalyser*» og «*en rekke viktige spørsmål*» settes betydningen av HUNT biobank i forgrunnen, og ytringene får en retorisk funksjon ved at biobanken beskrives som et gode. I analysen av brosjyren viste jeg hvordan viktigheten av HUNT3 er et gjennomgående argument i det kommunikative prosjektet å overtale leseren til å delta i helseundersøkelsen. Dette er en sentral tematisk tråd som mange mulige deltakere vil ha med seg som en ramme for lesningen av nettsidene. I denne konteksten har avsnittet «*Arv, miljø og livsstil*» fra nettsidene en intertekstuell retorisk funksjon ettersom det i rekrutteringsmaterialet allerede er etablert ramme hvor HUNT3 forstås som viktig. I teksten om HUNT biobank inngår biobanken i dette «viktige» ved at den fremstår som en betydningsfull del av HUNT3s virksomhet. Ordet «*viktig*» er gjentakende benyttet i HUNT-materialet (se for eksempel 4.1.1, 4.2.1, 4.2.2 og 4.2.3), som kan ha en retorisk effekt (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011).

«HUNT 3 er i gang!»

En av de første tekstene i nyhetsarkivet har overskriften «*HUNT 3 er i gang!*» og markerer starten på den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Teksten er interessant fordi den bygger videre på den tematiske tråden rekruttering og er en av flere tekster i nyhetsarkivet som illustrerer en intensivering med tanke på å skaffe deltakere til helseundersøkelsen.

HUNT 3 er i gang!

3. oktober startet HUNT 3 på Snåsa. Prosjektleder Steinar Krokstad målte blodtrykket til ordfører Vigdis Hjulstad Belbo, og sanitetskvinnene serverte kake. Dermed var det hele i gang!

Ordfører Vigdis Hjulstad Belbo ønsket HUNT 3 velkommen til Snåsa, og erklærte at kommunen skal sørge for det beste oppmøtet. – I det minste skal vi slå Grong! lovte hun. Stig Slørdahl, dekanus ved Det medisinske fakultet, NTNU, takket for velkomsten.

Flere kjente snåsninger kom til åpningen for å gi sin støtte til HUNT. Rektor Bjørn Aasum på Snåsa ungdomsskole, kommunelege Olgeir Haug og Joralf Gjerstad, som er godt kjent i lokal[14] for sine spesielle evner, var tilstede og stilte villig opp for pressen. Prosjektlederne Steinar Krokstad og Turid Lingaas Holmen var selvfølgelig også tilstede. De første deltakerne kom for å delta i undersøkelsen, og hvis deltakelsen fortsetter å være like høy, blir HUNT 3 en stor suksess!

«*HUNT 3 er i gang!*» og «*Dermed var det hele i gang!*» gir, særlig gjennom bruk av utropstegn, assosiasjoner til en begivenhet. Å skape slike assosiasjoner forstås som en retorisk strategi med tanke på å skape engasjement og oppslutning om HUNT3. HUNT erfarte som tidligere nevnt at færre deltakere møtte til HUNT2 enn i HUNT1, og det er nærliggende å forstå det kommunikative prosjektet som et svar på en latent rekrutteringsutfordring i HUNT3. Dette leser jeg som tekstens bakgrunn, og det finnes flere ytringer i teksten som løfter frem rekruttering som et underliggende tema i en tekst hvor forgrunnen er markeringen av HUNT3s åpning. «*I det minste skal vi slå Grong!*» er uttrykk for konkurranse, hvor den siste setningen knytter an til leserens antatte kjennskap til en lokal konkurranseånd mellom kommuner og tettsteder. Dette er det rimelig å anta at kan skape en appell, som jeg tolker som ledd i å skaffe høy deltakelse blant innbyggerne i Nord-Trøndelag.

I tillegg til ytringer som assosierer til en begivenhet og til konkurranse, refereres det til flere lokalt kjente personer som var til stede under åpningen av HUNT3 («*prosjektleder Steinar Krokstad*», «*ordfører Vigdis Hjulstad Belbo», «sanitetskvinnene*», «*rektor Bjørn Aasum, kommunelege Olgeir Haug og Joralf Gjerstad, som er godt kjent i lokal* [sic] *for*

[14] Her skulle det trolig stå «lokalmiljøet» i originalteksten.

sine spesielle evner»), i tillegg til dekanus ved Det medisinske fakultet på NTNU. Her vises det til en bred allianse av folkevalgte, lokalt betydningsfulle aktører og personer som slutter opp om HUNT3, og som sender en beskjed til leserne om at HUNT3 er et prosjekt som mange slutter opp om, har eierskap i, og som forener ulike deler av lokalsamfunnet. Igjen spilles det på det lokalt kjente, men i tillegg kan denne fremvisningen av kjente og entusiastiske deltakere på åpningen av HUNT3 leses som en retorisk strategi. Denne retoriske strategien kan ses i lys av tidligere tekster hvor HUNT3 har vært presentert som «viktig». I teksten under «HUNT 3 er i gang!» fylles denne forståelsesrammen ytterligere med innhold ved at «sannhetsvitner» bringes frem for å understreke en slik forståelse av HUNT3.

I siste setning skriver HUNT «(…) *og hvis deltakelsen fortsetter å være like høy, blir HUNT 3 en stor suksess!*». I relasjon til den etablerte rammen hvor HUNT3 forstås som betydningsfull og viktig, leser jeg her en appell til *leseren* om å ta medansvar for HUNT3s suksess. De fleste leserne vil enda ikke ha deltatt i HUNT3 og er derfor i målgruppen for det kommunikative prosjektet å rekruttere deltakere.

«Hard kamp mellom nabobyer»

Det finnes mange tekster i nettsidenes nyhetsarkiv hvor det kommunikative prosjektet er å rekruttere deltakere, blant annet ved å minne om hvor HUNT3 er i kommunen, foreslå løsninger for skyss, minne om utsendt invitasjon og hva man gjør hvis man ikke har fått invitasjonen, med mere. Mange av tekstene tar i bruk idrettssjargong og uttrykk som gir assosiasjoner til konkurranse, for eksempel gjennom overskrifter som «*Tett i teten*», «*Innspurt i Steinkjer*», «*Klart til start i Verdal*», «*Grong på startstreken*» og «*Ny deltakerrekord i Leksvik*». En spesielt interessant tekst i så måte er «*Hard kamp mellom nabobyer*», hvor språkbruken skaper en forståelsesramme (Goffman 1986, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) basert på antatt felles kulturell bakgrunnskunnskap.

Hard kamp mellom nabobyer

Bedre oppmøte i HUNT 3 de siste ukene har ført til en hard kamp mellom Verdal og Levanger. Skogn holder fortet for Levanger, og der har godt oppmøte ført til at Levanger kommune nå har en samlet oppmøteprosent på 48,7 fram til i dag. Verdal ligger hårfint foran med 51,7 prosent, men dette kan snu fort.

Vi er nå i gang med siste uke for HUNT-bussen i Skogn, den stenger dørene fredag 26. november for å flytte til Mosvik. Stasjonen i Verdal har enda en uke, først 30. november stenges dørene der. Både verdalingene og levangerbyggen har tatt utfordringen, og de siste ukene har det blitt stadig mer travelt for helsepersonellet på stasjonen, men det tar de imot med smil – godt oppmøte er topp!

Hard kamp mellom naboer i Innherred har kanskje funnet sted tidligere også?

Levanger-folket har fortsatt mulighet til å slå nabokommunen. De kan ta opp konkurransen på fiendens hjemmebane og møte fram i Verdal, eller når stasjonen i Stjørdal åpnes 5. desember. Den sistnevnte muligheten har også verdalingene, hvis de kommer for seint.

Steinkjer har holder fortsatt teten av bykommunene, der har 55,7 prosent av de voksne innbyggerne deltatt i HUNT.

Allerede i tekstens overskrift henspilles det på en lokal kultur for rivalisering mellom kommuner/steder i Nord-Trøndelag. I denne sammenhengen handler «kampen» om hvilken kommune av Levanger og Verdal som har høyest oppmøte i HUNT3, men i samspill med bildet som ledsager teksten, ser vi at kampen også henspiller på vikingslaget ved Stiklestad, et av de mest kjente slag i Norges historie. Kamp- og konkurransemetaforen, som understrekes av bildebruken, går igjen i hele teksten: «*Skogn holder fortet*», «*Verdal ligger hårfint foran*», «*har tatt utfordringen*», «*fortsatt*

mulighet til å slå nabokommunen», «*ta opp konkurransen på fiendens hjemmebane*» og «*holder fortsatt teten*» gir alle uttrykk for konkurranse, og enkelte formuleringer er rene krigsmetaforer («*holder fortet*» og «*fiendens hjemmebane*»). Selv om denne formen for lokal konkurranse er et kjent fenomen i Norge, er det likevel interessant å merke seg at det tas i bruk krigsmetaforer i teksten. Det er rimelig å anta at på grunn av Nord-Trøndelags spesielle historie har denne typen språkbruk en ekstra appell nettopp til disse innbyggerne. Igjen leser jeg teksten inn i det kommunikative prosjektet å rekruttere deltakere. På tidspunktet teksten ble publisert, var HUNT3 for lengst i gang, og det kan tenkes at man så en trend i oppmøtetallene som bidro til en intensivering av rekrutteringsretorikken.

«Får tidlig varsel om sykdom»

En tekst i nyhetsarkivet med en klar peker mot neste ledd i HUNTs kommunikasjonskjede, den skriftlige tilbakemeldingen man får etter å ha deltatt i HUNT3, har tittelen «*Får tidlig varsel om sykdom*», en tittel som lanserer temaet sykdomsrisiko. Teksten informerer om hva som skjer dersom målingene og prøvene som tas av deltakerne i HUNT3, viser at oppfølging av helsepersonell er nødvendig eller anbefalt.

Får tidlig varsel om sykdom

HUNT forskningssenter sender hver måned ut 2 500 svarbrev til deltakere i HUNT 3. Åtte prosent av dem får råd om å oppsøke lege for en grundigere kontroll.

Det blir tatt en blodprøve av alle voksne deltakere i HUNT 3. En andel av blodet sendes til Sykehuset Levanger for analyse, og resten sendes til HUNT biobank. Svarene fra analysen sendes til deltakerne pr. brev. Hvis prøvene viser verdier som krever rask behandling, vil en lege tilknyttet HUNT 3 ringe deltakeren så raskt som mulig. Hvis analyseresultatene avviker fra det som er ønskelig, men ikke krever akutt behandling, får deltakerne et brev med råd om å oppsøke lege innen en viss tid.

- Av de 2 500 deltakerne som får svarbrev hver måned, er det ca 75 personer som har forhøyet blodsukker. De kan ha diabetes eller forstadier til sykdommen, og bør snakke med sin fastlege. Omkring 70 personer får beskjed om at de har en stoffskiftesykdom eller høy risiko for å utvikle en slik sykdom. I gjennomsnitt 10 personer har for høyt blodtrykk, forteller lege og prosjektleder Steinar Krokstad.

Alle disse tilstandene kan behandles av fastlegen din, og det er en fordel om sykdommene oppdages tidlig.

- Stoffskiftesykdommer og diabetes er helseproblemer som mange går med over tid, uten at de er klar over at de er syke. Symptomene kommer gradvis, og det er ikke alle som tenker på at de bør gå til legekontroll, sier Krokstad.

Her kan du lese mer om hva som står i svarbrevet, og hva det betyr.[15]

Teksten ble lagt ut under «*Siste nytt*» da HUNT3 var godt i gang, og mange deltakere hadde gitt sine bidrag allerede. Her tematiseres sykdom og risiko for sykdom mer

[15] Lenken leder videre til teksten «Hva betyr det som står i svarbrevet», se side 152.

eksplisitt enn i tidligere tekster jeg har analysert. Teksten har en tematisk forbindelse til den delen av rekrutteringsbrosjyren som heter «*Slik foregår helseundersøkelsen*», hvor det blant annet ble informert om blodprøver og undersøkelser. I informasjonsbrosjyren var disse opplysningene på et mer hypotetisk nivå, mens teksten «*Får tidlig varsel om sykdom*» er skrevet i en kontekst hvor mange deltakere har fått svar om prøvene, og hvor noen får vite at resultatene indikerer sykdom eller risiko for sykdom. Selv om tekstens forgrunn er faktabasert informasjon om hva som skjer med prøvene, og hvor mange som får svar om avvik ved helsa, leser jeg tekstens bakgrunn som en appell om å ta helseundersøkelsens resultater på alvor og følge de anvisningene HUNT gir. En annen bakgrunnstolkning er at deltakelse i HUNT gir egennytte, ved at noen deltakere oppdager sykdom eller risiko for sykdom som de ikke kjente til før HUNT3. Dette kan samtidig forstås som en implisitt appell til å delta i HUNT3, til de som enda ikke har gjort det.

Temaet sykdomsrisiko og ansvar for oppfølging kommer til uttrykk både eksplisitt og implisitt. Setningen «*Hvis prøvene viser verdier som krever rask behandling, vil en lege tilknyttet HUNT 3 ringe deltakeren så raskt som mulig*» uttrykker at HUNT som forskningsinstitusjon tar ansvar for deltakerens helse og forsikrer om rask handling fra deres side dersom et prøveresultat viser noe akutt. Deltakerne gis også ansvar for å følge opp undersøkelsens resultater, for eksempel i setningen «*Hvis analyseresultatene avviker fra det som er ønskelig, men ikke krever akutt behandling, får deltakerne et brev med råd om å oppsøke lege innen en viss tid*». Siste del av setningen («*å oppsøke lege innen en viss tid*») er en anmodning om selv å ta ansvar for videre oppfølging. Det såkalte tilbakemeldingsbrevet lanseres som kanal for informasjon om resultatene og deltakerne som ansvarlige for handling. Som skissert i innledningen av denne avhandlingen (kapittel 1.2.2) berører dette en diskurs om risiko og ansvar, og hvor HUNT3 skiller seg fra HUNT1 og 2 ved at ansvaret for hva som skjer etter at resultatene fra undersøkelsen gjøres kjent, overdras til deltakerne. I teksten finner vi en anmodning til deltakerne om å ta

ansvar ved at HUNT uttrykker hva de som institusjon *tar* ansvar for, og implisitt hva de *ikke* tar ansvar for.

I neste avsnitt skisseres det, gjennom et direkte sitat av prosjektleder Steinar Krokstad, hvor mange som får beskjed om ulike avvik etter deltakelse. «*Alle disse tilstandene kan behandles av fastlegen din, og det er en fordel om sykdommene oppdages tidlig*», avsluttes det. Setningen har et implisitt fokus på sykdomsrisiko gjennom ordvalg som «*tilstandene*» og «*oppdages tidlig*». I dette leser jeg en implisitt anmodning til leseren (deltakeren) om å kontakte fastlegen for oppfølging. Ved å trekke inn et tidsaspekt, «*det er en fordel om sykdommene oppdages* tidlig», legges det et press på leseren om å ta HUNT-resultatene på alvor. Ved å tilskrive ansvaret for oppfølging til deltakerne selv fraskriver HUNT seg kontrollen på hva som skjer videre med den gruppen som har fått påvist avvik. Teksten fungerer således oppdragende overfor leserne når det gjelder å ta ansvar for egen helse.

Deltakernes ansvar forsterkes av avsnittets to siste setninger: «*– Stoffskiftesykdommer og diabetes er helseproblemer som mange går med over tid, uten at de er klar over at de er syke. Symptomene kommer gradvis, og det er ikke alle som tenker på at de bør gå til legekontroll, sier Krokstad.*» Uttalelsen er en rekontekstualisering (Linell 1998b) av den skriftlige tilbakemeldingen som sendes HUNT-deltakerne, og det gjøres en jobb med hensyn til å skape årvåkenhet i befolkningen når de får resultatene fra HUNT3. En uttalelse fra prosjektlederen i HUNT3 benyttes som et retorisk ledd i å få leseren til å forstå verdien av å kontakte fastlegen når resultatene fra HUNT3 er gjort kjent. Når man bruker noens uttalelse for å forsterke et poeng, benevnes fenomenet som «constructed dialogue» (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 75). Hvem som står bak ytringen, har selvsagt også en retorisk funksjon, og når det i dette tilfellet er prosjektlederen av HUNT3, som også er utdannet lege (slik teksten opplyser om), er det sannsynlig at ytringen får en ekstra retorisk appell. Sitatet bærer preg av å være opplærende og er indirekte en handlingsanvisning til HUNT-deltakerne om å ta ansvar for egen helse.

«Hva betyr det det som står i svarbrevet?»

Teksten «*Får tidlig varsel om sykdom*» inneholder en lenke til en annen tekst i nyhetsarkivet med tittelen «*Hva betyr det som står i svarbrevet?*», som jeg leser som en indirekte handlingsanvisning om å sette seg inn i tilbakemeldingen fra HUNT. Som vi skal se i kapittel 5, har også tilbakemeldingsbrevet en seksjon for utdypning av resultatene, men som tekst har nettsider helt andre muligheter for utdypning enn et brev, i kraft av å kunne lenke til et stort antall andre tekster. Teksten «*Hva betyr det som står i svarbrevet?*» tilbyr forklaringer om målingene høyde og vekt, blodsukker, kolesterol og blodtrykk, og i tillegg lenkes det videre til *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Sosial- og helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og *Helsenytt* for de som ønsker mer informasjon under hver prøve/måling. I det følgende har jeg valgt et utsnitt av teksten og vil analysere ingressen i tillegg til teksten som står under overskriften «*Høyde og vekt*». For leservennlighetens skyld har jeg delt opp teksten i to bolker.

> Hva betyr det som står i svarbrevet?
>
> Når du har deltatt i HUNT 3, vil du etter noen uker få et brev med resultater fra noen av undersøkelsene du deltok i. Her kan du lese litt mer om hvordan resultatene blir forstått, og hva prøvene betyr for din helse. I brevet får du melding om høyde og vekt, blodtrykk, kolesterol, stoffskifte og blodsukker.

Ved å stille spørsmålet «*Hva betyr det som står i svarbrevet?*» tilskriver HUNT leseren posisjonen som interessert og kompetent, i den forstand at hun både ønsker å vite mer

og er i stand til å tilegne seg informasjon om de målingene og prøvene HUNT har tatt. HUNT lanserer her en pasientrolle hvor deltakeren presenteres som ansvarlig (Carlsen 2008). Denne pasientrollen er spesielt aktuell i HUNT3 hvor deltakerne selv er ansvarlige for å kontakte fastlege dersom resultatene tilsier dette. Uavhengig av et besøk hos fastlegen er det deltakerne som er «førstelinje» for resultatene, for å tolke og forstå dem og eventuelt å følge opp. HUNT inntar til en viss grad en posisjon som medansvarlige ved å tilby bakgrunnsstoff som gjør det mulig for deltakerne å forstå innholdet i tilbakemeldingsbrevet, men ansvaret for både å lese, tolke, forstå og handle på bakgrunn av brevets innhold er i første rekke gitt til deltakerne.

Overskriften følges av en kort ingress og et bilde som viser en middelaldrende dame iført treningstøy, boksehansker og med en stor medalje rundt halsen. Hun inntar en kroppslig posisjon som gir inntrykk av at hun har seiret i en konkurranse, med hendene i siden og hodet hevet. Bruken av bildet skiller seg fra de øvrige på denne siden, hvor vi blant annet ser to føtter på en badevekt, en tegnet illustrasjon av kroppens hjerte og av en blodtrykksmåling. Bildet av den seirende damen leser jeg som en illustrasjon på HUNTs forståelse av «den gode» HUNT-deltakeren, som blant annet er en person som tar ansvar for egen helse, altså i tråd med pasientrollen som er lansert i teksten ovenfor, den ansvarlige pasienten (Carlsen 2008). I overført betydning kan personen på bildet forstås som en som tar kontroll og mestrer utfordringer, som ikke gir seg, og som lykkes i sine bestrebelser. Dersom *folkehelse*prosjektet til HUNT skal lykkes «her og nå» med de som faktisk deltar, krever det at hver og en tar sine resultater på alvor, gjør bevisste valg og tar ansvar for sin livsstil. I samspill med teksten forstår jeg bildet som en retorisk appell til å ta utfordringen HUNT3 har gitt dem, følge opp de resultatene som kommer, og ta ansvar for egen helse.

Teksten som følger, er et avsnitt med overskriften «*Høyde og vekt*», som forklarer hvordan målingene i svarbrevet kan forstås. Fordi konsultasjonene som vi skal se

nærmere på i kapittel 5, inneholder en del snakk om vekt og kosthold, velger jeg å ta med den HUNT-teksten som omhandler temaet, for å kunne se datamaterialet i forhold til hverandre:

Høyde og vekt

I svarbrevet fra HUNT 3 angis den høyde og vekt som ble målt ved undersøkelsen. Vekten er målt med klær, og det utgjør i gjennomsnitt ett kilo i tillegg til din eksakte vekt. I analyser av data vil dette bli tatt hensyn til.

Ved hjelp av høyde og vekt kan du regne ut din kroppsmasseindex (KMI).
Formelen for din KMI er: (Vekt i kg) delt på (Høyde x Høyde (i meter))
Eksempel: Du veier 72 kilo og er 1,70 meter høy.
Din KMI blir da: (72): (1,70 x 1,70) = 72: 2,89 = 24,9.

KMI brukes til å definere vektklasser:

- Undervektig: KMI lavere enn 18,5
- Normal vekt: KMI mellom 18,5 og 24,9
- Overvekt: KMI høyere enn 25
- Fedme: KMI høyere enn 30

Verdens Helseorganisasjon (WHO) bruker KMI (på engelsk *body mass index* eller BMI) for å definere undervekt, normalvekt, overvekt eller fedme. Denne målemetoden brukes over hele verden. Men det er feilkilder ved tolkning av KMI som mål for fedme. Hvis du har mye muskler, kan din KMI bli høy selv om du ikke har for mye fett. Vi skulle ideelt sett hatt et mål for selve fettmassen i kroppen, og ville da hatt et bedre mål for å definere overvekt. Dette krever imidlertid mer kostbar teknologi, og er ikke egnet for bruk ved store befolkningsundersøkelser.
Mer informasjon på Helsenytt

Hvordan tallene i teksten «*Høyde og vekt*» forstås av den som leser både nettsiden og svarbrevet, er individuelt, og forståelsen kan være ganske ulik fra den profesjonelles

tolkning og forståelse (Adelswärd & Sachs 1996; 1998). Tall og verdier som brukes i beregninger av risiko, er sjelden selvforklarende for den som ikke har slikt som del av sitt yrke, og de krever forklaring og rekontekstualisering (Adelswärd & Sachs 1998, Sarangi et al. 2003) for at de skal forstås fullt ut. Teksten ovenfor tilbyr tall og regneoperasjoner (KMI) som vil kunne hjelpe HUNT-deltakerne med å forstå hvordan vekt- og høydemålingene kan tolkes med hensyn til undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. HUNTs presiseringer av hvilke tall som betyr hva, gir leseren viktig informasjon når det gjelder de kommende resultatene fra helseundersøkelsen og hvordan disse skal forstås. HUNT bedriver en slags deltakeropplæring, som jeg leser inn i en diskurs om risiko og ansvar, altså som et ledd i å ansvarliggjøre deltakerne i HUNT3 (Carlsen 2008).

Til slutt i teksten står et lengre avsnitt som nyanserer KMI-regnestykket: «*Men det er feilkilder ved tolkning av KMI som mål for fedme. Hvis du har mye muskler, kan din KMI bli høy selv om du ikke har for mye fett.*» Gjennom dempende ord som «*men*», «*hvis*», «*kan*» og «*selv om*» nyanseres informasjonen som først er gitt om KMI. Når HUNT gjør dette, leser jeg det inn i en diskurs om risiko og tall, og hvor de språklige demperne har som funksjon å redusere unødig bekymring for tall og verdier som kanskje ikke gir et riktig bilde av deltakerens helse. De siste to ytringene om beregning av overvekt leser jeg som at HUNT garderer seg med hensyn til feiltolkninger av målingene, og som en rettferdiggjøring av at et mer nøyaktig måleinstrument ikke tas i bruk.

Teksten tilbyr ingen forklaringer på hva over- eller undervekt er symptomer på, eller hva dette kan føre til av helseproblemer. I intervju med Steinar Krokstad (10.11.2008) forteller han at kunnskap om sammenhengen mellom overvekt og sykdomsrisiko er noe de anså som kjent og allmennkunnskap for de aller fleste da HUNT3 ble gjennomført, og de valgte derfor å ikke informere inngående om dette. Dette står i motsetning til hva som var praksis i HUNT2, hvor HUNT regnet ut KMI på vegne av deltakeren. I intervjuet sier Krokstad også at de som er overvektige, som oftest vet dette godt fra før. Min

tolkning er at når HUNT velger å utelate informasjon om sammenhenger mellom overvekt og sykdom, handler dette også om et lokalt kommunikativt prosjekt om å ikke bli oppfattet som moraliserende i tilknytning til en tematikk som av mange oppleves som sensitiv.

«Sjekk om du har normalt stoffskifte»

Gjennom enkelte artikler på nettsiden kan et av HUNTs lokale kommunikative prosjekt se ut til å være å overbevise deltakerne om å ta visse valg med hensyn til helsa, på bakgrunn av de individuelle resultatene fra HUNT3. Mens tekstene fra rekrutteringsbrosjyren i stor grad var rettet mot den kollektive fordelen ved å delta i HUNT3, nemlig økt kunnskap om folkehelse på sikt, finner vi på nettsidene flere tekster som er rettet mot folks individuelle helsetilstand. På dette tidspunktet i kommunikasjonskjeden er det mange som har fått resultatene sine tilbake fra HUNT, noe som gir seg utslag i at fokuset på folkehelsedugnaden oftere er plassert i bakgrunnen til fordel for et mer individuelt fokus på helse. Et eksempel på en slik tekst er «*Sjekk om du har normalt stoffskifte*»:

> **Sjekk om du har normalt stoffskifte**
>
> Når du deltar i HUNT 3, blir det sjekket om du har normalt stoffskifte. Det er trolig mange som har stoffskifteproblemer uten å få de effektive medisinene som finnes, fordi symptomene kan være vanskelige å forstå. Blodprøven som voksne deltakere blir bedt om å gi, stiller en sikker diagnose på sykdommene hypotyreose og hypertyreose, som er for lavt eller for høyt stoffskifte.
>
> – Vi vet at mange går rundt med disse sykdommene uten å være klar over det. Symptomer som trøtthet, motløshet, mageplager og tørr hud blir ikke alltid tatt på alvor. Når diagnosen er stilt, har vi gode og effektive medisiner, sier lege og prosjektleder Steinar Krokstad.
>
> [Teksten fortsetter med opplærende informasjon om henholdsvis lavt og høyt stoffskifte.]

Overskriften «*Sjekk om du har normalt stoffskifte*» kan leses som en handlingsanvisning fra HUNT til deltakerne om å følge opp prøveresultatet fra HUNT3 hvor det er gjort

måling av stoffskiftet. Teksten fortsetter blant annet med et utsagn fra prosjektlederen for HUNT3, for å overbevise leseren om å sjekke stoffskiftet: «– *Vi vet at mange går rundt med disse sykdommene uten å være klar over det. Symptomer som trøtthet, motløshet, mageplager og tørr hud blir ikke alltid tatt på alvor. Når diagnosen er stilt, har vi gode og effektive medisiner, sier lege og prosjektleder Steinar Krokstad*», skriver HUNT. Utsagnet er et eksempel på «constructed dialogue», som bidrar til å forsterke argumentasjonen (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 75). Teksten er en appell til leseren om å selv ta ansvar for symptomer som tyder på høyt eller lavt stoffskifte, og sykdom og risiko står i tekstens forgrunn, til forskjell fra mange av de andre tekstene jeg har analysert så langt. Det er få tekster på nettsidene som henvender seg til leseren med såpass sterke handlingsanvisninger som her når det gjelder å ta ansvar for egen helse. I andre av HUNT sine tekster gjøres dette i så fall mer implisitt (for eksempel gjennom bildebruken i 4.1 og 4.2), og ikke i tilknytning til en spesifikk diagnose. Som sagt tolker jeg dette i sammenheng med når teksten ble publisert, og at HUNTs behov for å appellere til deltakelse på dette tidspunktet ikke er like relevant, mens appellen om ansvar for egen helse har blitt et mer aktuelt kommunikativt prosjekt for HUNT.

«Vil du forandre på noe?»

Teksten nedenfor peker fremover til tilbakemeldingsbrevet – og, som vi skal se, til konsultasjonen hos fastlege. Den skiller seg ut fra mange av HUNTs tekster fordi den på et *individuelt* nivå tematiserer leserens livsstil og helse og spør eksplisitt om det er noe leseren ønsker å forandre på med hensyn til denne tematikken. Dette skiller seg fra en mer kollektiv orientering mot tilsvarende tema og antyder at pasienten har et moralsk ansvar for egen helse (Lupton 1993, Adelswärd & Sachs 1998).

Vil du forandre på noe?

Mange ønsker å forandre på livsstilen sin, slutte å røyke, trimme mer eller spise sunnere. Nytt år og helseundersøkelse kan være et godt tidspunkt. Vi viser deg hvor du kan finne god informasjon.

Råd om kosthold, røykeslutt og mosjon finnes overalt – på internett, i aviser og ukeblader, og på tv. Det er ikke alltid enkelt å vite hvor man skal begynne. Her er noen nettsteder som gir kvalitetssikret informasjon basert på forskning.

Sosial- og helsedirektoratet informerer om røykeslutt, kosthold og fysisk aktivitet.
Folkehelseinstituttet har informative sider om alkohol.

Fysisk aktivitet har god effekt på helsa. Det anbefales at vi beveger oss minst en halv time hver dag.

Spørsmålet som danner overskriften for teksten, etablerer en direkte dialog mellom HUNT og den enkelte deltaker, og påkaller en diskurs om ansvar for egen helse og appellerer til handling. I første linje tematiseres noen av de vanligste helseutfordringene vi har i hverdagen, nemlig røyking, manglende mosjon og kosthold. Dette er tema som også blir tatt opp i tilbakemeldingsteksten (se kapittel 4.4), og som generelt anses å være både et privat anliggende og potensielt sensitivt. Dette handler om at slike helseproblemer som regel anses for å være et resultat av egne valg og ikke noe som oppstår uforskyldt (Adelswärd & Sachs 1998). «*Mange ønsker*» er en generalisering som har som funksjon å normalisere ønsket om endring av livsstil, og som overlater det til leseren selv å vurdere om hun eller han er en del av «*mange*». Generaliseringen demper det potensielt ansiktstruende (Goffman 1967) i å insinuere at leseren har behov for å endre livsstil.

«*Vi viser deg hvor du kan finne god informasjon*» impliserer at det også finnes dårlig informasjon om forandring av livsstil, og HUNT inntar med dette posisjonen som troverdige og kunnskapsrike på området. Samtidig tilskrives leseren posisjonen som mindre erfaren og kunnskapsrik og som en som trenger HUNTs hjelp i informasjonsjungelen på den ene siden og med livvstilsforandringer på den andre. Ytringen henger sammen med HUNTs valg om å ikke sende tilbakemeldingsbrevet til deltakernes fastlege, men kun til deltakerne, og at ansvaret for å følge opp HUNT-resultatene dermed overlates til deltakerne selv. For de aller fleste vil ikke HUNT-resultatene indikere at det er noe i veien med helsa, men de samme deltakerne vil likevel ha fordel av å forebygge fremtidige helseproblemer ved å trimme mer, spise sunnere og eventuelt stumpe røyken. Teksten skriver seg inn i en diskurs om helse og ansvar, hvor HUNT benytter nettsidene som et av få medium de har til å appellere til deltakernes ansvar for egen helse.

Teksten ledsages av et bilde hvor vi ser mennesker som deltar i et konkurranseløp, indikert av startnumre utenpå yttertøy. Det ser imidlertid ikke ut til å være et profesjonelt løp, da menneskene på bildet både er i ulike aldre og har på seg vanlig tøy som olabukser. Foran i bildet ser vi en dame som smiler mens hun går, og lenger bak ser vi flere personer som både prater og står stille. Med dette setter HUNT fysisk aktivitet inn i en sosial ramme som impliserer at mosjon er for alle. Her trer folkehelseaktøren HUNT frem i forgrunnen av teksten, og forskningsprosjektet settes i bakgrunnen (Evensen 2005).

4.3.6 Oppsummering av analysen av HUNT3s nettsider

Nettsidene til HUNT3 var en sentral kilde til informasjon og oppdateringer fra HUNT til befolkningen i perioden den tredje helseundersøkelsen ble gjennomført. I dette analysekapitlet har jeg tatt for meg utvalgte tekster fra nettsidene slik de fremstod da de var virksomme i 2006 til og med 2008, med den hensikt å undersøke hvilke retoriske ressurser HUNT tar i bruk for å informere deltakere om HUNT3, med rammeverket fra

en retorisk diskursanalyse (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Utvalgskriteriet for tekstene jeg har analysert, har vært at tekstens tema har en tråd tilbake til rekrutteringsbrosjyren, frem mot den skriftlige formidlingen av HUNT-resultatene som deltakerne mottar etter å ha møtt frem til helseundersøkelse, eller frem mot konsultasjonene med fastlegen.

Nettsidene til HUNT3 inneholder hyppig bruk av redegjørelser (Buttny 1993, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011), i form av forsikringer og normaliseringer (Bredmar & Linell 1999). Gjennom disse redegjørelsene, som ofte kan kategoriseres som rettferdiggjøringer, inntar HUNT en posisjon som ansvarlige. Samtidig imøtegår HUNT mulig kritikk, skepsis og spørsmål om omdiskuterte tema i tilknytning til helseforskning, som for eksempel datalagring, personvern og HUNT biobank. Redegjørelsene bygger opp under HUNTs kommunikative prosjekt om å fremstå troverdige, tillitvekkende og som en forskningsinstitusjon i det godes tjeneste.

HUNT støtter seg på antatt kjente forståelsesrammer hos nordtrønderne for å opprettholde en tilfredsstillende deltakerprosent i forskningsprosjektet. Konkurranse mellom nabokommuner er et kjent fenomen i Distrikts-Norge, og dette benyttes retorisk av HUNT – sammen med assosiasjoner til en stor begivenhet. Som i invitasjonsbrosjyren brukes bilder som gir konnotasjoner til Nord-Trøndelags natur, kultur, til samhold og god helse. Flere av bildene er dessuten de samme som har blitt brukt i tidligere HUNT-materiell, og gir dermed gjenkjennelse på flere måter. En samling bilder som ligger øverst på nettsiden, ligger fast uansett hvilken side man klikker deg inn på, og er dermed en konsekvent forgrunnsmarkering av en preferert forståelse av HUNT og helse. Bildene illustrerer som tidligere gjort rede for hvilket helseperspektiv HUNT ønsker å sette i forgrunnen, nemlig et bredt perspektiv som trekker veksler på langt mer enn det som typisk anses som medisinskfaglig.

I tillegg til helseperspektivet har forgrunnsmarkeringene på HUNT3s nettsider en sentral funksjon med hensyn til å skape tillit mellom HUNT og befolkningen/deltakerne. HUNT har lagt vekt på å informere om personvern, etiske forholdsregler, betydningen av HUNT biobank og viktigheten av den forskningen HUNT3 gjør, og som deltakerne bidrar til. Tillit, ansvarlighet og troverdighet settes i forgrunnen, mens potensiell kritikk og skepsis står i bakgrunnen.

Til forskjell fra rekrutteringstekstene vier HUNT mer tekst til temaet sykdom og risiko for sykdom. Etter hvert som mange av nettsidens lesere hadde deltatt og bidratt til HUNT3, ble det mer maktpåliggende for HUNT å flytte fokus fra et kommunikativt prosjekt om rekruttering til et kommunikativt prosjekt om folkehelse. Resultatene fra helseundersøkelsen er tema for flere av tekstene, hvor HUNT spesielt setter ansvar for egen helse i forgrunnen.

4.4 Tilbakemeldingsteksten i HUNT3

Det siste leddet jeg vil ta for meg i HUNTs skriftlige kommunikasjonskjede med deltakerne, er den såkalte *tilbakemeldingsteksten*, som er brevet (se vedlegg 6) alle deltakerne mottar når de har vært inne til helseundersøkelse. Å videreformidle resultatene fra den medisinske undersøkelsen til deltakerne er en sentral del av HUNTs virksomhet – og et globalt kommunikativt prosjekt i tilbakemeldingsteksten (Linell 2011). Sammen med resultatene fra helseundersøkelsen gis det også beskjed dersom resultatene gir grunn til å tro at deltakeren vil ha nytte av å oppsøke fastlege for videre oppfølging. Åtte prosent av de som deltok i HUNT3, ble anmodet om å kontakte fastlegen for videre oppfølging. Dette er deltakernes eget ansvar i HUNT3, i motsetning til den første helseundersøkelsen hvor legen hadde ansvaret for å kalle inn, og den andre helseundersøkelsen hvor legen også fikk tilbakemelding om resultatene direkte fra HUNT. Med overføring av ansvar for helse til deltakerne selv er det interessant å se nærmere på hvordan HUNT kommuniserer dette ansvaret, og jeg vil fortsatt benytte fremgangsmåten i en retorisk diskursanalyse (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) for å studere dette. Brevene inneholder potensielt urovekkende informasjon som det følgelig kan være vanskelig å formidle på en god eller riktig måte til den det gjelder, spesielt når teksten er standardisert. HUNT-organisasjonen er opptatt av at deltakelse i helseundersøkelsen ikke skaper unødig frykt i befolkningen når det gjelder risiko for å utvikle sykdom. I dette analysekapittelet vil jeg se nærmere på tilbakemeldingsteksten med utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: **Hvilke retoriske ressurser tar HUNT i bruk i tilbakemelding av resultatene fra HUNT3?** Sentrale analytiske kategorier vil være forgrunn/bakgrunn (Evensen 2005), bruk av retorisk pronomen (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) og innramming (Goffman 1986, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011).

4.4.1 «Her er dine resultater»

Som nevnt i avhandlingens innledningskapittel fremstår HUNT3 som en tvetydig helseundersøkelse, ved at den både er en *befolkningsundersøkelse* med fokus på forskning og forebygging, og en *individuell helseundersøkelse* av de som deltar, som

resulterer i en tilbakemelding basert på tester og målinger. Tilbakemeldingsteksten, altså brevet deltakerne mottar i etterkant av undersøkelsen, er en representant for denne tvetydigheten. Brevet er på to sider og består av helseinformasjon rettet til den enkelte og helseinformasjon som kan sies å argumentere for relevansen av HUNT på et mer generelt nivå. Jeg vil i det følgende trekke frem noen eksempler på dette og se på hvordan risiko for sykdom rammes inn i tilbakemeldingsteksten som går ut til alle HUNT-deltakerne.

Brevets overskrift lyder: «*Tusen takk for at du deltok i HUNT 3. Her er dine resultater.*» Overskriften setter slik deltakernes resultater i forgrunnen, men relieffet (Evensen 2005) skifter i det påfølgende første avsnittet i brevet, som lyder slik:

> Ved å delta i HUNT 3 har du bidratt til gjennomføringen av en av verdens største helseundersøkelser. Det gjør at vi kan forske på årsaker til sykdom og hva som kan gi bedre folkehelse.

I dette avsnittet er det bidraget til «*en av verdens største helseundersøkelser*» som settes i forgrunnen, sammen med *forskningen* som bidraget fører til: «*bedre folkehelse*». Overskriften og det påfølgende avsnittet illustrerer HUNTs tvetydighet med hensyn til formålet med undersøkelsen. Når HUNT løfter frem folkehelseperspektivet og det kollektive formålet med helseundersøkelsen i tilbakemeldingstekstens første avsnitt, blir brevets formål slik det beskrives i overskriften, nemlig å formidle helseinformasjon hvor risiko for sykdom er et aktuelt tema, satt (midlertidig) i bakgrunnen. Kanskje handler dette om hva som er HUNTs overordnede interesse i gjennomføringen av HUNT3, altså forskning, men å løfte frem det kollektive nivået (forskning for «*bedre folkehelse*») kan også være en måte å ramme inn deltakernes resultater på slik at temaet sykdomsrisiko tones ned. Ytringen «(…) *har du bidratt til gjennomføringen av verdens største helseundersøkelser*» fremhever det kollektive nivået ytterligere gjennom formuleringen «*verdens største*», og ytringen skaper en retorisk kontrast (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) mellom individet på den ene siden og folkehelsa på den

andre. Det er interessant å merke seg at når HUNT benyttet formuleringen «verdens største» i informasjonsbrosjyren som fulgte invitasjonsbrevet (kap. 4.1), benyttes formuleringen «en av verdens største» i omtalen av helseundersøkelsen i brevet som sendes ut etter deltakelsen. Det brukes altså en mer moderert beskrivelse av helseundersøkelsen i tilbakemeldingsbrevet, som kan forstås som at behovet for store ord ikke er like relevant når rekruttering ikke lenger er tekstens kommunikative formål. Videre uttrykkes kausaliteten mellom den enkeltes bidrag, forskning, og bedre folkehelse gjennom ordene «*det gjør at* (…)». Det overordnede godet presenteres som et resultat av leserens bidrag. Når ytringen «*det gjør at vi kan forske på årsaker til sykdom og hva som kan gi bedre folkehelse*» står som siste setning i avsnittet, markeres den også som det viktigste du skal huske fra denne delen av teksten. Forskning og folkehelse omtales som et viktig resultat av mange små bidrag, og får slik en forgrunnsposisjon i teksten (Evensen 2005).

I ytringen «*det gjør at vi kan forske på årsaker til sykdom og hva som kan gi bedre folkehelse*» benyttes pronomenet «vi», som kan ha et tvetydig innhold og opptre både inkluderende og ekskluderende (Linell & Norén 2004, Theodossia-Soula 2014), og kan således være retorisk motivert (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). Det er derfor relevant å se nærmere på hvilket meningspotensial som ligger i vi-et og hvordan dette meningspotensialet støtter opp under tilbakemeldingstekstens kommunikative prosjekt, som på den ene siden er å informere om resultater fra den individuelle helseundersøkelsen, og på den andre å appellere til handling. Hvem «vi» refererer til, kan være både forskerne i HUNT og «vi som samfunn». I det siste tilfellet er vi-et med på å skape en forståelsesramme (Goffman 1986, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) der HUNT3 er et felles prosjekt og hvor leseren er en del av det store folkehelseprosjektet. En slik forståelsesramme setter folkehelseperspektivet i forgrunnen og den individuelle deltakeren i bakgrunnen, et relieff som går igjen i det tekstlige materialet i HUNT. Å forgrunnsposisjonere samfunnsperspektivet setter samtidig det individuelle aspektet ved deltakelse i HUNT3 i bakgrunnen. Relieffet danner

en ramme for hvordan deltakelsen kan forstås, som et samfunnsoppdrag kontra en individuell sjekk av helsa. Å sette bidraget til forskning og folkehelse i forgrunnen kan tjene formålet å minne deltakerne om det overordnede *godet* med HUNT3, bedre folkehelse, når de nå skal få et svar på hvordan det står til med helsa. Uavhengig av den enkelte deltakers resultat har de bidratt til et kollektivt gode, og brevets første avsnitt kan dermed tjene formålet å tone ned de personlige aspektene ved deltakelsen som for noen kan skape uro og bekymring.

I neste avsnitt, som er avsnittet før de individuelle prøveresultatene gjøres kjent, står det:

> På baksiden av dette arket kan du lese om prøvene vi har tatt av deg og hva vi alle kan gjøre for å forebygge sykdom og fremme helse. Prøveresultatene dine vil være av interesse for deg, men erstatter ikke undersøkelse hos lege. Hvis du på grunnlag av prøveresultatene blir bedt om å ta kontakt med fastlegen din for en mer utfyllende helsesjekk, er det anført nederst på denne siden. Uansett kan resultatene være av interesse for din fastlege. Ta med brevet ved neste legebesøk.

Avsnittet gir en rekke (implisitte) anmodninger: Mottakeren av brevet skal lese mer om prøvene på brevets bakside, hun skal orientere seg om tiltak for å fremme (egen) helse, hun anmodes om å kontakte fastlege dersom resultatene tilsier dette, og anmodes også om å ta med brevet til neste legebesøk uavhengig av målingenes resultat. Anmodningene påkaller en diskurs om hvem som bærer ansvaret for helsa vår, og de gir uttrykk for at den enkelte deltaker må gjøre noe aktivt. Implisitt forteller anmodningene samtidig at HUNT *ikke* tar dette ansvaret ut over informasjonen som er gitt i brevet. HUNT har tatt ansvaret for prøvene og tolkningen av disse, mens informasjonen som gis i brevet, skal sette deltakerne i stand til å ta et valg om hva som skal gjøres videre, et mål jeg leser som et lokalt kommunikativt prosjekt i denne teksten (Linell 2011). Den aller første setningen handler både om individets helse og folkehelsa, gjennom formuleringen «*På baksiden av dette arket kan du lese om prøvene vi har tatt av <u>deg</u> og <u>hva vi alle kan gjøre</u> for å <u>forebygge sykdom og fremme helse</u>*.» (mine understrekinger). Ytringen inneholder to «vi», med ulik referanse. I «*prøvene vi har tatt*» refererer «vi»

tilbake til HUNT, mens i «*hva vi alle kan* gjøre» refererer vi-et til alle, altså alle medlemmer av et samfunn. Dette siste vi-et peker på det moralske ansvaret (Lupton 1993, Adelswärd & Sachs 1998) man har for å ta vare på egen helse og ikke bli syk. HUNT som folkehelseambassadør trer frem i teksten («*forebygge sykdom og fremme helse*»), selv om brevet i utgangspunktet har de individuelle målingene som forgrunn. At HUNTs kollektive fokus, folkehelsa, også tematiseres her, kan forstås som en måte å tone ned det individuelle aspektet ved deltakelse i HUNT3 på, og dermed også å tone ned et potensielt ubehag når temaet sykdomsrisiko nå er gjort mer eksplisitt til tema gjennom måleresultatene. I de tidligere tekstene i kommunikasjonskjeden, altså invitasjonsbrev, informasjonsbrosjyren og nettsider, har folkehelsa vært i forgrunnen, mens tilbakemeldingsbrevet er den første teksten hvor den enkelte deltakers helse eksplisitt tematiseres gjennom individuelle målinger og HUNTs tolkning av disse. Temaet *risiko for sykdom* kommer til uttrykk gjennom måleresultatene og anmodningene om å kontakte fastlege og å gjøre legen kjent med HUNT-resultatene, men det sies ellers lite om temaet risiko i tilbakemeldingsteksten. Det er interessant å se at dette er noe som i all hovedsak blir tema først for neste ledd i kommunikasjonskjeden, nemlig konsultasjonen med fastlege. I stedet for å bruke mange ord på å forklare hva måleresultatene kan si noe om, eller ikke si noe om, informerer HUNT om at resultatene må følges opp av en lege: «*Prøveresultatene vil være av interesse for deg, men erstatter ikke undersøkelse hos lege.*» Ytringen får funksjon som en handlingsanvisning gjennom «men», ved at HUNT slik impliserer at det er mer å si om prøveresultatene, og at dette kan gjøres av fastlegen. En muntlig dialog, slik legekonsultasjonen er, gir en umiddelbar mulighet til å oppklare, imøtekomme bekymringer og avverge misforståelser. Å overlate risikotolkninger til mottakeren av et standardbrev kan være risikabelt i seg selv, slik Adelswärd & Sachs peker på i dette sitatet:

> For the patient-to-be the result of the examination or the test must be translated into a practical, all-or-nothing message: am I sick or healthy? Should I use this drug? Do I need an operation? But how to explain or to understand the uncertainties inherent in, say, a 95% confidence interval? If people have an all-or-nothing perspective of harm or contagion, this concept will seem unfamiliar. The idea of safety is zero risk. Anything else is seen as dangerous. (Adelswärd & Sachs 1996: 1180)

Når HUNT sender deltakerne testresultater i form av et standardbrev, overlates langt på vei tolkningene av måleresultatene til den enkelte, noe som trolig utfordrer HUNTs ønske om å skape minst mulig bekymring i befolkningen. Henvisningen til en muntlig konsultasjon kan derfor forstås som en kvalitetssikring av HUNT3, som en måte å bekrefte at HUNT er troverdig (Buttny 1993, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011) i sin praksis på, og å samtidig gjøre både deltakerne og fastlegene ansvarlige for den videre oppfølgingen.

4.4.2 Kontekstualisering av målingene

Målingene er anført i et eget felt (se oppsett nedenfor), hvor hver prøve, til sammen ti, er listet opp og de individuelle resultatene er fylt inn. I en egen tekstboks under resultatene står overskriften «*Kommentarer til resultatene*», og i boksen under denne skriver HUNT inn en standardtekst[16] avhengig av hvilket resultat deltakeren har fått.

Målinger foretatt i HUNT 3	**Dine resultater**
Høyde……	*cm*
Vekt……	*kg*
Blodsukker, ikke fastende……	*mmol/l*
Stoffskifteprøve TSH……	*mIU/L*
Tyroksin, stoffskiftehormon (målt hvis TSH er avvikende) ……	*pmol/l*
Anti-TPO (målt hvis TSH er avvikende)……	*neg/pos*
Kolesterol (totalkolesterol)……	*mmol/l*
HDL-kolesterol (det gode kolesterolet)……	*mmol/l*
Blodtrykk, systolisk……	*mmHg*
Blodtrykk, diastolisk……	*mmHg*

Kommentarer til resultatene:
Hvis det er målt resultater som er unormale eller som er så avvikende at det gir oss grunn til å anbefale kontroll eller oppfølging hos lege, er det anført i feltet under.

[16] Standardtekstene som benyttes, finnes på et eget skjema til internt bruk i HUNT. Her finner man hvilke målinger som utløser hvilken tilbakemelding.

Under overskriften står teksten «*Hvis det er målt resultater som er unormale eller som er så avvikende at det gir oss grunn til å anbefale kontroll eller oppfølging hos lege, er det anført i feltet under.*». Denne teksten er den eneste i brevet hvor risiko og sykdom nevnes eksplisitt og uten dempende innramming. Ord som «*unormal*» og «*avvikende*» gir assosiasjoner til noe potensielt alarmerende, og sammen med måleresultatene i feltet ovenfor er sykdomsrisiko plassert i tekstens forgrunn (Evensen 2005). Teksten forteller oss at dersom det står *noe som helst* i feltet nedenfor, vil det bety at HUNT finner det nødvendig at deltakeren får resultatet sjekket av fastlegen. Teksten rammer inn måleresultatene, med eller uten anført oppfordring til videre handling, som fasiten på hva deltakeren skal gjøre videre. Dersom det står noe anført fra HUNT, kan det tyde på at noe ikke er som det burde. Hvordan dette budskapet vil tolkes av de som mottar teksten, vil variere. Kunnskap om egen helse, helsevesenet, tidligere erfaringer og andre forhold vil spille inn på hvor urovekkende en melding om avvik vil være. Adelswärd & Sachs (1996) stiller det betimelige spørsmålet:

> How are risks that are expressed statistically, or otherwise mathematically, to be interpreted and communicated within the discourse of medicoscience, and how within the discourse of an individuals' everyday life? (Adelswärd & Sachs 1996: 1179)

Hvordan tallmessige risikobudskap eller medisinske målinger oppfattes av mottakeren, er en problemstilling som HUNT håndterer ved å trekke fastlegene inn som et svært sentralt kommunikasjonsledd i HUNT3. Gjennom intervju med lederen i HUNT ble det klart for meg at en avviksmelding fra HUNT ikke trenger å være spesielt alarmerende i det hele tatt. Det handler gjerne om noe som må sjekkes opp av fastlege, for så å vise seg uproblematisk. Dette kommer imidlertid ikke til uttrykk i teksten som står plassert foran HUNTs individuelle tilbakemelding til deltakerne, eller mangel på sådan. Igjen henviser teksten til en muntlig dialog med fastlege, ikke bare eksplisitt, men også som et premiss for at resultatene skal kunne tolkes hensiktsmessig.

Dersom resultatene fra helseundersøkelsen ikke følges av en oppfordring fra HUNT, gir dette grunn til å tro at alt er som det skal med deltakerens helse. Dette behøver naturligvis ikke stemme, en kontroll hos HUNT er ikke en lovnad om evig helse. Med ytringen «*Uansett kan resultatene være av interesse for din fastlege. Ta med brevet ved neste legebesøk*.», som står skrevet umiddelbart før måleresultatene, rammes HUNT inn som troverdig med hensyn til konsekvensene av deltakelsen. Ved å anmode deltakeren om å vise resultatene til fastlegen uavhengig av påvist risiko fraskriver HUNT seg ansvaret for det som måtte skje videre. Også her knytter HUNT an til en muntlig oppfølging som vil kunne bidra til å fylle ut «manglene» i den enkeltes HUNT-undersøkelse, ved at deltakerne får en-til-en-oppfølging hos en som har et bredere grunnlag for å uttale seg om den enkelte deltakers faktiske helsetilstand sett i lys av for eksempel helsehistorikk eller arv. Oppfordringen om å ta med brevet til neste besøk hos fastlegen synliggjør HUNT som en tvetydig helseundersøkelse ved at den implisitt innrømmer at den ikke gir en fullstendig helsesjekk, til tross for at det er sannsynlig at mange deltakere forstår undersøkelsen de har vært gjennom, som nettopp dette.

4.4.3 «Informasjon om prøvene og målingene»

Baksiden av tilbakemeldingsteksten har overskriften «*Informasjon om prøvene og målingene*», og den følges av noe informasjon om de ulike prøvene som deltakeren har fått resultatene av på forsiden. Det er korte forklaringer som sier noe om hva prøvene kan avdekke, for eksempel hva en for høy eller lav verdi av TSH kan indikere. Midt på siden står underoverskriften «*Prøver med betydning for hjerte- og karsykdommer*» og følgende tekst:

> Hjerte- og karsykdom er fortsatt utbredt i Nord-Trøndelag. Med hjerte- og karsykdommer mener vi angina pectoris (hjertekrampe), hjerteinfarkt, dårlig blodsirkulasjon i beina og hjerneslag. De viktigste risikofaktorene er røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, feil kosthold, lav fysisk aktivitet og arvelighet. Faktorene må sees i sammenheng. Det er for eksempel ikke sikkert at høyt blodtrykk alene gir grunn til bekymring hvis du ikke har andre betydelige risikofaktorer. Dette kan fastlegen din vurdere.

Hjerte- og karsykdommer har vært et satsningsområde i HUNT-undersøkelsene helt siden HUNT1 på midten av 1980-tallet, og det utgjør en betydelig del av HUNTs folkehelseprosjekt. Flere av prøvene som tas av deltakerne, brukes for å utvikle kunnskap om denne gruppen sykdommer. Avsnittet ovenfor leser jeg som et ledd i folkehelseopplysning fra HUNT til befolkningen i Nord-Trøndelag, og som en kontekstualisering av prøvesvarene. Det informeres om at hjerte- og karsykdom er utbredt i fylket, hvilke sykdommer dette omfatter, og hva som kan øke risikoen for sykdom: «*De viktigste risikofaktorene er røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, feil kosthold, lav fysisk aktivitet og arvelighet.*». Her beveger HUNT seg fra befolkningsrisiko til individuell risiko. Ordet «risikofaktorer» nevnes eksplisitt, og faktorene som følger, «*røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, feil kosthold, lav fysisk aktivitet og arvelighet*», leser jeg som et ledd i HUNTs opplysningsarbeid om folkehelse. Men selv om ordet «risiko» brukes, og risikofaktorene ramses opp, er dette likevel en relativt indirekte måte å drive opplysningsarbeid overfor den enkelte på, hvis man alternativt tenker seg en mer individuelt tilpasset tilbakemelding på hvilke risikofaktorer deltakeren bør gjøre noe med. Teksten i sitatet ovenfor er standardisert og sendes ut til den enkelte uavhengig av *hvilke* resultater mottakeren av brevet har fått, og det blir derfor opp til hver enkelt deltaker å forstå informasjonen i relasjon til egne prøveresultater, egen medisinsk historikk og egen livsstil. Denne måten å ramme inn helseinformasjon på er ganske typisk for tekstene som går fra HUNT og ut til deltakerne. Risiko for sykdom, sykdom og helseplager står sjelden i forgrunnen og kommuniseres med et mer generalisert budskap hvor leseren selv må gjøre et stykke arbeid for å trekke konklusjonen om hvordan hun skal forholde seg til informasjonen fra HUNT. Gjennom ord som «utbredt», «sykdom», «risikofaktorer» og «bekymring» inviterer HUNT til slutningsprosedyrer som appellerer til å ta ansvar for egen helse.

HUNT lister altså opp en rekke hjerte- og karsykdommer og beskriver disse som «*utbredt i Nord-Trøndelag*». Sykdommene/helseplagene og bruken av ordet «*utbredt*» peker på hva det kan være grunn til å bekymre seg for. Når så risikofaktorene listes opp i neste

linje, presenteres et nytt sett med foruroligende informasjon. Fordi dette er rammet inn som generell info til alle som mottar brevet, blir det opp til den enkelte leser å se informasjonen i sammenheng med eget liv og egen livsstil. Spesielt åpent for tolkning er risikofaktoren «*feil kosthold*». Hva ligger i ordet «*feil*»? Gjennom denne formuleringen antas det felles bakgrunnskunnskap, uten at dette nødvendigvis er tilfellet. Gjennom intervju med HUNT-ledelsen vet jeg, som tidligere nevnt, at HUNT ikke ønsker å belære nordtrønderne om hva som er sunt og usunt, fordi de nettopp antar at den jevne innbygger i 2008 har en relativt god forståelse av hva som gir god helse, og hva som ikke gjør det. Dette skriver seg med andre ord inn i det lokale kommunikative prosjektet om å ikke oppfattes som en moralsk vokter over folks livsstil, og må ses i sammenheng med HUNTs behov for velvilje i befolkningen. Bruken av ordene «*feil kosthold*» kan leses som et uttrykk for dette, men HUNT overlater til leseren å fylle ordene med innhold.

Videre skriver HUNT: «*Faktorene må sees i sammenheng. Det er for eksempel ikke sikkert at høyt blodtrykk alene gir grunn til bekymring hvis du ikke har andre betydelige risikofaktorer. Dette kan fastlegen din vurdere.»* Her påpeker HUNT noe av det komplekse ved helseundersøkelser, nemlig at et tilsynelatende bekymringsverdig prøveresultat ikke nødvendigvis forteller så mye om helsa likevel. Ordet «*bekymring*», som jeg leser i sammenheng med oppramsingen av sykdom og risikofaktorer ovenfor, løfter frem en annen side ved HUNT enn den kollektive rammen som er hyppig brukt i informasjonsmateriellet forut for deltakelsen, og det impliseres at man som leser kan oppleve å bli bekymret av prøveresultatene. Her synliggjøres den mer problematiske siden ved å delta i et kollektivt helseløft, nemlig at de individuelle resultatene kan skape uro hos noen, uten at det nødvendigvis er grunn til det.

Ytringen «*dette kan fastlegen din vurdere*» kan leses som en handlingsanvisning til leseren av brevet, altså en oppfordring om å kontakte fastlegen og overlate tolkningen av resultatene til en profesjonell. Slik gjøres også leseren, den enkelte HUNT-deltaker, ansvarlig for at resultatene fra helseundersøkelsen blir fulgt opp. Fastlegen rammes inn

som et viktig ledd i å kontekstualisere resultatene fra helseundersøkelsen. Dette konstruerer en ramme for konsultasjonen hvor legen gjøres ansvarlig for å tolke resultatene og følge opp og informere deltakerne. «*Dette kan fastlegen din vurdere*» synliggjør en dynamikk mellom flere aktører i HUNT, og ved å ansvarliggjøre fastlegene i tilbakemeldingsbrevet tydeliggjøres noe av det komplekse i en stor befolkningsundersøkelse som HUNT3. Ytringen forteller at HUNT alene ikke kan ivareta det som må antas å være individuelle behov i befolkningen. Til syvende og sist blir HUNT en aktør for innsamling av store mengder data, for forskning og kunnskapsutvikling på et makronivå, mens den enkelte deltaker ikke nødvendigvis får de svarene og oppfølgingen hun trenger, og kanskje hadde forventet, fra HUNT. Utsagnet bidrar til å synliggjøre HUNT som en tvetydig helseundersøkelse, hvor de kollektive og de individuelle aspektene ved undersøkelsen ikke så enkelt lar seg forene.

4.4.4 Livsstilsråd som kommunikativt prosjekt: «Gode vaner for din helse»

Siste del av brevet har overskriften «*Gode vaner for din helse*» og består av to avsnitt. Teksten inneholder hovedsakelig generell informasjon om nordtrønderes helsetilstand og om hva som kan gjøres for å motvirke de største helseutfordringene:

> Daglige vaner betyr mye for helsa. Sunt kosthold og mosjon er viktig, og vi vet at røyking er helseskadelig. En ny utfordring for folkehelsa er at antallet overvektige øker. Overvekt kan føre til både fysiske og psykiske helseproblemer. Kosthold og fysisk aktivitet er for de fleste mennesker avgjørende for hvor mye de veier. Hvis du trenger råd, kan du spørre din fastlege.
>
> Forskning har også vist at god trivsel har betydning for helsa. Deltakelse i lag og foreninger, teater, musikk og annet kulturliv virker positivt. Vi kan hjelpe hverandre ved å skape et godt lokalmiljø, besøke hverandre og bidra til at alle blir en del av fellesskapet. Det har vi lange tradisjoner for i Nord-Trøndelag.

HUNT nevner her en rekke tiltak som fremmer og hemmer helse. «*Daglige vaner*», «*sunt kosthold og mosjon*», «*røyking er helseskadelig*», «*overvekt kan føre til både fysiske og psykiske helseproblemer*», «*deltakelse i lag og foreninger*» «*god trivsel*» og «*godt lokalmiljø*» kan alle leses som indirekte handlingsanvisninger om hvilke valg som bør tas

og følges. Handlingsanvisningene inngår i HUNTs folkehelsearbeid og det kommunikative prosjektet om å oppfordre nordtrønderne til å leve sunt. Utdraget kan ha en opplærende funksjon, men er ikke individuelt tilpasset med bakgrunn i resultatene fra forsiden av brevet. Livsstilsrådene er generaliserte, og leseren må selv trekke ut hva som er relevant for seg. Hva som ligger i «*sunt kosthold*», «*mosjon*» eller for den del «*helseskadelig*», er overlatt til leseren, eller fastlegen, å konkretisere.

Generaliserte råd som de jeg har referert til ovenfor, treffer ikke nødvendigvis alle mottakere av tilbakemeldingsteksten, mange er både aktive mosjonister og ikke-røykere. Når HUNT likevel velger å gi denne informasjonen i generalisert form, er dette trolig fordi det å gi livsstilsråd er potensielt sensitivt og ansiktstruende (Goffman 1967) og kan virke moraliserende eller belærende og i verste fall ikke få den effekten HUNT ønsker, som er bedre folkehelse. Den generaliserte teksten kan leses som at HUNT posisjonerer leseren som kompetent, altså at leseren selv vet best hva som er relevant informasjon for seg. Den generelle tonen og de indirekte handlingsanvisningene kan støtte opp om det kommunikative prosjektet at HUNT ikke vil fremstå som moraliserende eller belærende. Livsstil gjøres slik til et mer individuelt anliggende. Den siste setningen overlater dermed også ansvaret til den enkelte og kan også sies å være en ganske forsiktig handlingsanvisning gjennom å formuleres hypotetisk (jf. «*hvis du trenger råd*»).

«*Hvis du trenger råd, kan du spørre din fastlege*» er en ny handlingsanvisning som igjen peker til en muntlig oppfølging av tilbakemeldingsteksten, og som påkaller en diskurs om risiko og ansvar. Ytringen impliserer at HUNT ikke kan gi et fullstendig informasjonstilbud gjennom anbefalingene som gis i teksten, det kan altså finnes flere råd enn hva brevet inneholder. Rådene som er gitt fra HUNT sin side, er på et allment nivå, mens individuelt tilpassede råd eller tiltak ikke er prioritert i teksten. Ytringen rammer inn leseren som ansvarlig for den videre oppfølgingen i samarbeid med legen,

og implisitt HUNT som ikke ansvarlige. De generelle helserådene sammen med pekeren til fastlegekonsultasjonen viser igjen at HUNT har en utfordring i å være en helseundersøkelse på mer enn et kollektivt nivå. Gjennom pekere til en samtale med fastlegen synliggjør HUNT at de er klar over denne utfordringen, og at de anerkjenner at de ikke nødvendigvis gir svar på alt mottakeren av tilbakemeldingsteksten kan lure på.

Tekstutdraget ovenfor er også interessant å studere i lys av bruk pronomenet «vi». Valg av pronomen kan fortelle oss noe om hvordan skriveren posisjonerer leseren, skriveren og tema, og det kan ha en retorisk funksjon i teksten (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). I setningen «*Sunt kosthold og mosjon er viktig, og vi vet at røyking er helseskadelig*» er vi-et tvetydig. Det kan tolkes «vi i HUNT» og som et allment «vi» ettersom «*røyking er helseskadelig*» må kunne antas å være helsemessig allmennkunnskap. Et allment «vi» skaper en likevekt mellom skriver og leser, særlig når man vet at avsenderen er en helseinstitusjon som man kan regne med har mer kunnskap om hva som er bra for helsa, enn det mottakerne av tilbakemeldingsteksten har. En slik potensiell, og sannsynlig, asymmetri er det rimelig å anta at jevnes ut når HUNT har som utgangspunkt at denne informasjonen allerede er kjent for leseren. Slik rammer HUNT leseren inn som like kunnskapsrik som avsenderen i dette tilfellet. Alternativt kunne det stått «*Sunt kosthold og mosjon er viktig, og røyking er helseskadelig*». En slik ytring kan i større grad oppfattes som belærende, fordi den gir en opplysning som ikke rammes inn som at den allerede kan være kjent for leseren, og leseren kan dermed tolkes som mindre kunnskapsrik enn HUNT. Når HUNT sier at de ikke ønsker å oppfattes som belærende, kan «vi» i eksempelet ovenfor antas å ha en retorisk funksjon som plasserer leseren på linje med skriveren, og inngår i et globalt kommunikativt prosjekt om å redusere den relasjonelle asymmetrien mellom HUNT og deltakerne i HUNT3.

I utdragets siste avsnitt trekker HUNT frem trivsel som betydningsfullt for helsa: «*Forskning har også vist at god trivsel har betydning for helsa*». Å vise til forskning gir

legitimitet for en påstand og kan tolkes som et retorisk grep som rammer inn den videre teksten som noe leseren bør ta på alvor. Ytringen «*Deltakelse i lag og foreninger, teater, musikk og annet kulturliv virker positivt*» representerer et bredere syn på hva som er helsefremmende, enn fraværet av gode livsstilsvaner som kosthold, mosjon og ikke-røyking, og påkaller slik en diskurs om hva som er god helse. Det samme gjelder for den neste ytringen: «*Vi kan alle hjelpe hverandre ved å skape et godt lokalmiljø, besøke hverandre og bidra til at alle blir en del av fellesskapet*». Helse later til å handle om mer enn hva vi spiser og hvor mye vi beveger oss, som er tradisjonelle råd om hvordan en bør leve sunt. I tidligere tekster fra HUNT til befolkningen (invitasjonsbrevet, informasjonsbrosjyrer og nettsider) har HUNT appellert til en kollektiv fellesskapsfølelse hos nordtrønderne for å skaffe oppslutning om HUNT3. Referanser til det typisk nordtrønderske (natur og bygdelandskap, utendørsaktiviteter, familieliv og fellesskap) har visuelt illustrert flere av tekstene. I avsnittet ovenfor settes disse forståelsesrammene ord på, og det påkalles igjen noen rammer som HUNT antar gir gjenklang hos mottakerne av tilbakemeldingsteksten. HUNT lanserer seg selv som en folkehelseaktør med et bredt helseperspektiv gjennom å appellere til kjente og kollektivt orienterte aktiviteter. Samtidig posisjoneres nordtrønderne som folk som ser verdien av sosiale møteplasser, fellesskap og kulturliv.

I ytringen «*vi kan hjelpe hverandre ved å skape et godt lokalmiljø, besøke hverandre og bidra til at alle blir en del av fellesskapet*» benyttes et inkluderende «vi» (Theodossia-Soula 2014), som understøttes av ordene «hverandre», «alle» og «fellesskapet» (Rustad 2009). Ordet «lokalmiljø» rammer inn hvem «vi» er, hvor HUNT og leserne er en del av det samme vi-et. Dette kan ha som retorisk funksjon å gjøre informasjonen innforstått, som verdier vi alle har i kraft av hvor vi kommer fra. Dette underbygges av påstanden i siste setning, «*Det har vi lange tradisjoner for i Nord-Trøndelag*», som kan ha en samlende funksjon ved at «lange tradisjoner» kobles med et allment «vi». Forfatterstemmen bærer mindre preg av en medisinsk ekspertrolle og gir mer inntrykk av å snakke fra et ståsted som inkluderer både avsender og mottaker i et fellesskap.

I sum kan brevets siste avsnitt bidra til å skape en mer symmetrisk relasjon mellom HUNT og undersøkelsens deltakere, ved at deltakelse i HUNT3 forstås som en felles interesse som ikke kun angår de som arbeider med forskningsprosjektet HUNT, eller den enkelte deltaker for seg. Det kommunikativt asymmetriske i teksten, gjennom for eksempel «*Forskning har også vist*» og det kommunikativt symmetriske («*vi*», «*deltakelse*», «*hverandre*», «*lokalmiljø*», «*alle*», «*fellesskapet*», «*lange tradisjoner*») spiller sammen. De asymmetriske trekkene, forstått som HUNTs ekspertrolle, som er tydeligere i brevets øvrige innhold, er mindre synlige i brevets siste avsnitt hvor gjensidigheten mellom skriver og leser får en mer fremtredende plass. En retorisk bruk av pronomenet «vi» blir her en diskursiv ressurs som kan skape nærhet mellom HUNT og deres informanter (Rustad 2009: 185, Linell & Norén 2004).

4.4.5 Oppsummering

For å oppsummere analysen av tilbakemeldingsteksten vil jeg fremheve at teksten gir flere eksempler på en utfordrende balansegang i en befolkningsundersøkelse hvor flere behov skal ivaretas. Resultatene fra den individuelle helseundersøkelsen er deltakernes insentiv for å stille opp for HUNT3, sammen med vissheten om et bidrag til fellesskapet. Men sammen med de individuelle resultatene gis det generelle råd om hvordan målingene kan forstås, og hva som fremmer helse. Samtidig henvises det flere steder i teksten til en samtale med fastlege, vel å merke en samtale som hver deltaker selv må initiere. Dette er med andre ord bare en oppfølging en får dersom en selv tar kontakt med fastlegen. Fastlegene har ingen forpliktelse til å følge opp resultatene fra HUNT3 uten forespørsel fra deltakerne selv, fordi de, til forskjell fra hvordan praksis var i HUNT1 og 2, ikke er mottaker av prøveresultatene. Det anmodes slik om å ta ansvar for egen helse, som henspiller på en diskurs som er mer fremtredende i dag enn da HUNT1 og 2 ble gjennomført. Samtidig rammes deltakerne inn som kompetente nok til å vurdere hvordan generelle råd skal omsettes til nytte for en selv, og som kompetente nok til å ta ansvar for egen helse, om det så er gjennom en avtale hos fastlegen. Dette er også i tråd med en diskurs hvor helse og livsstil i stor grad er et privat anliggende og noe en

forventes å håndtere uten særlig hjelp fra andre. I dag er kunnskap om hva som fremmer og hemmer helse, tilsynelatende allemannseie, og det er kanskje nettopp derfor individuelle tilbakemeldinger hva gjelder røyking eller mosjon, ikke oppleves som et relevant alternativ fra HUNT sin side (jf. tidligere nevnte intervju med Krokstad, omtalt i 3.2.3). Disse risikofaktorene tematiseres imidlertid eksplisitt i konsultasjonene i neste kapittel, som dermed står i kontrast til den skriftlige risikoinformasjonen fra HUNT.

Anmodningene om å kontakte fastlege forteller oss også noe om kompleksiteten i en befolkningsundersøkelse hvor det er flere behov på ulike nivå som kan være utfordrende å ivareta samtidig og fullt ut. Det som loves i rekrutteringen av deltakere til HUNT3, er en undersøkelse av egen helse og at man samtidig gir et viktig bidrag til medisinsk forskning. Hva som ligger i «undersøkelse av din egen helse» (jf. informasjonsbrosjyren i kap. 4.2), kan imidlertid tolkes på flere måter. Hva man ender opp med å få tilbake, er ikke entydig, verken når det gjelder resultatene i seg selv eller hvordan disse rammes inn av HUNT. Enda mer usikkert er det hvordan resultatene og tilbakemeldingen fra HUNT oppleves hos den enkelte mottaker. Den hyppige forekomsten av pekere til en dialog med fastlegen leser jeg som HUNTs måte å ivareta mulige spørsmål, uro og videre faglig oppfølging av resultatene på. At valget likevel ligger hos den enkelte, leser jeg som et innlegg i diskursen om hvem som til syvende og sist har ansvaret for helsa.

HUNT er en aktiv representant for fremming av folkehelsa, både gjennom forskning og gjennom informasjon ut til deltakerne. Sammen med resultatene finner vi informasjon om livsstil og trivsel som kan leses inn i det kommunikative prosjektet å fremme helse. HUNT posisjonerer seg som en aktør med et bredt helseperspektiv og bruker plass i tilbakemeldingsteksten på å appellere til fellesskap, samhold og å holde gode tradisjoner for dette i hevd. Det appelleres på sett og vis til en dugnadsånd når det gjelder å samarbeide om god helse. På den ene siden er HUNT3 et dugnadsprosjekt i det at så mange bidrar for et større gode (Ursin & Solberg 2009), men HUNT løfter også frem

helse som et fellesskapsanliggende når deltakelse i felles aktiviteter og kulturliv, inkludering og samhold nevnes eksplisitt som helsefremmende. Slik er temaet folkehelse forgrunnsposisjonert også i tilbakemeldingsteksten, mens risiko for sykdom ikke har den samme posisjonen i en tekst hvor dette kunne være en vel så fremtredende tematikk.

5. Tematisk orientert diskursanalyse av legekonsultasjoner etter HUNT3

I dette analysekapitlet tar jeg for meg de åtte fastlegekonsultasjonene som utgjør det muntlige materialet i kommunikasjonskjeden i HUNT3. Innledningsvis vil jeg si litt om bakgrunnen for konsultasjonene, hvilket fokus jeg vil ha i analysen av disse, og litt om hva som kjennetegner samtalene. Dernest vil jeg analysere utvalgte samtaleutdrag fra legekonsultasjonene hvor temaet sykdomsrisiko er sentralt, og analysere disse ved hjelp av Roberts og Sarangis (2005) tematisk orienterte diskursanalyse. Denne analytiske metoden kjennetegnes ved kombinasjon av aktuelle tema fra profesjonell praksis («focal themes») med analytikerens verktøy («analytic themes»), med fokus på hvordan språk og sosial praksis henger sammen, og på hvordan mening forhandles frem i interaksjon (Robert & Sarangi 2005) (se kapittel 2.5.2 og 3.4.1). Jeg vil se nærmere på to fokale tema i tilknytning til sykdomsrisiko: forklaringer og vurderinger av HUNT3-resultatene (5.2), og uro og bekymring for HUNT3-resultatene (5.3). I 5.2 vil jeg i hovedsak ta for meg legens forklaringer og vurderinger, mens vekten i 5.3 vil ligge på pasientenes uttrykk for uro/bekymring og hvilke kommunikative ressurser som gjøres relevante i samtalen om dette temaet. Risiko for sykdom er selve rammen for konsultasjonene og en gjennomgående tematikk i samtalen mellom legen og HUNT-deltakerne. Det overordnede fokuset vil være: **Forhandling om sykdomsrisiko i HUNT-initierte legekonsultasjoner i etterkant av deltakelse i HUNT3.** Dette vil jeg undersøke med utgangspunkt i følgende problemstilling: **Hvordan orienterer lege og pasient seg mot risiko i legekonsultasjonene?**

De analytiske kategoriene jeg benytter i analysen av materialet, vil være relativiseringsstrategier (Sarangi et al. 2003), kontrasteringer (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011), perspective display sequence (PDS) (Maynard 1989; 1991), forsikringer og normalisering (Bredmar & Linell 1999). Analysen vil gjøres med fokus på hvordan forklaringer og vurderinger av risiko kommuniseres (5.1), og likeledes hvordan uro og

bekymring for risikobudskapet fra HUNT3 kommer til uttrykk i samtalene mellom pasient og lege (5.2).

5.1 Bakgrunn

Å delta i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag innebærer at deltakerne mottar et tilbakemeldingsbrev fra HUNT med måleresultatene fra undersøkelsen. I HUNT3 var det som tidligere nevnt kun deltakerne, og ikke legen, som mottok dette brevet, og som dermed fikk ansvaret for å formidle eventuelle funn til fastlegen for mulig oppfølging. Dersom noen av resultatene indikerte sykdomsrisiko, fikk deltakerne beskjed om dette i et kommentarfelt. Når man deltar, kan man få kjennskap til sykdom eller risiko for sykdom man ikke kjente til fra før, eller få bekreftet noe man kanskje var urolig for. I tillegg er det tenkbart at man blir mer bevisst egen sykdomsrisiko gjennom å delta i et slikt prosjekt (Skolbekken 2010; 1996). Temaet sykdomsrisiko er med andre ord et tilstedeværende og aktuelt tema i fastlegekonsultasjonene som følger deltakelsen i HUNT3.

Karakteristisk for institusjonelle samtaler er at (minst) den ene parten har en ekspertrolle i samtalen (Linell 1990, Linell & Luckmann 1991), og en legekonsultasjon er et godt eksempel på dette. Risikosnakk kan dermed ses som en del av legens ekspertise (Linell et al. 2002: 198). Risikosnakk er imidlertid en komplisert aktivitet, både når det gjelder å gjøre medisinsk informasjon tilgjengelig og forståelig for pasienten, og med hensyn til temaets sensitive karakter:

> Therefore, talking to patients about risks is a delicate matter. Risk talk may seem necessary for patients to get the kind of knowledge that might motivate them to take measures, such as those of undergoing certain medical treatment or changing their lifestyle. On the other hand, informing patients about risks may induce anxiety and indeed illness. Topics such as certain lifestyle issues are also threatening to personal integrity and therefore interactionally sensitive (Adelswärd & Sachs, 1996; Linell & Bredmar, 1996). Therefore, risk talk must combine knowledge claims with emotional dimensions. (Linell et al. 2002: 197–198)

Det er med andre ord flere hensyn som skal ivaretas i en samtale om sykdomsrisiko. Pasientene som inngår i denne studien, har alle deltatt i HUNT3, mottatt et tilbakemeldingsbrev med sine resultater fra HUNT3 og dernest kontaktet fastlegen sin for å diskutere og vurdere resultatene i samråd med denne, slik HUNT oppfordrer til i sin tilbakemelding. Konsultasjonene skiller seg fra ordinære legekonsultasjoner ved at konsultasjonen skjer i kjølvannet av HUNT3. Fastlegene i Nord- Trøndelag er kjent med at de i en periode vil kunne få mange henvendelser som er utløst av helseundersøkelsen. HUNT blir slik en ikke-fysisk tilstedeværende aktør i konsultasjonene, og dette er et viktig bakteppe for å forstå det som skjer i samtalene. Gjennom tilbakemeldingsbrevet er legen forhåndsposisjonert av HUNT til å vurdere, evaluere og kommunikativt håndtere det potensielt sensitive risikobudskapet i tilbakemeldingsteksten og den mulige bekymringen hos pasientene.

Tilbakemeldingsbrevet fra HUNT gir, som vist i kapittel 4.4, pasientene informasjon om helsa deres, nærmere bestemt tallverdier som resultat av målinger som er gjort av blant annet stoffskifte, blodsukker og kolesterol. Pasientene har derfor allerede en formening om deres helsesituasjon før de kontakter fastlegen. Det kan likevel være vanskelig å vite hva tallverdiene i brevet faktisk sier noe om (Adelswärd & Sachs 1996; 1998). Slike målinger må sees i sammenheng med flere faktorer, slik brevet også opplyser om, så som alder, kjønn og arv. Gitt den kommunikative rammen som HUNT ser ut til å skape for fastlegekonsultasjonene, blir det dermed fastlegens oppgave å gjøre risikovurderinger og bidra til at tallverdiene gir mening for pasientene. Hun må derfor både hente inn og bringe på bane ny informasjon for å vurdere og forklare undersøkelsesresultatet fra HUNT3.

5.1.1 Legekonsultasjonene som virksomhetstype

En legekonsultasjon kan beskrives som en virksomhetstype (Linell 1998a; 2011, Sarangi 2000, Thomassen 2005). En virksomhetstype karakteriseres som nevnt av at den er en rutinisert muntlig/skriftlig interaksjon som er utviklet basert på en virksomhets

definerte mål og behov (se kapittel 2.3.1). Alle samtaler varierer selvsagt noe fra hverandre, men har likevel noen fellestrekk og mønstre som gjør dem gjenkjennelige, blant annet i form av fasestruktur, fokuset på samtalens formål og fordelingen av initiativer og responser. En legekonsultasjon har for eksempel noen bestemte trekk som gjør den gjenkjennelig nettopp som en legekonsultasjon, selv om pasientene og legene ikke er de samme i hver konsultasjon. Dette gjør også at vi går til en legekonsultasjon med noen bestemte forventninger om hva som skal skje, og hva som ikke skal skje i samtalen. Likeledes har legen noen forventninger til hvilken informasjon pasienten vil gi, og hva som ikke er relevant å snakke om (Sarangi & Coulthard 2000).

Et trekk ved virksomhetstyper som inngår i en større kommunikasjonskjede, er hvordan de trekker veksler på og interagerer med ulike skriftlige dokumenter (Karlsson 2009, Linell 2011). I min studie er konsultasjonene et direkte resultat av skriftlig tilbakemelding sendt fra HUNT3 til deltakerne, men det er også relevant å tenke at informasjonsmateriellet som deltakerne har lest og/eller hatt tilgang på, vil være tekster med relevans for konsultasjonenes innhold. Tekstene i HUNT3 er kjedet sammen i et kronologisk forløp. De snakker sammen, både direkte og indirekte, og danner en forståelsesramme for deltakerne. Det er tenkelig at HUNTs innramminger av deltakelsen, av helse, av helseundersøkelsen/screening og av sykdomsrisiko er referanser som deltakerne har med seg i møtet med fastlegen.

5.1.2 Faser i konsultasjonene

Legekonsultasjoner består, slik Linell (1990) redegjør for, av et sett med faser som er nært knyttet sammen med konsultasjonens mål. Faser er avgrenset i tid og kan beskrives som mindre og egne kommunikative prosjekt ved at de har et eget formål, egne tema og deltakermønster (Linell 2011; 1990, Drew & Heritage 1992). Selv om legekonsultasjonene i datamaterialet for denne studien har mye til felles med en vanlig legekonsultasjon, finnes det også noen trekk som er ulike. Pasienten har allerede fått en

del helseinformasjon i forkant av legebesøket og har blitt rådet av HUNT til å kontakte fastlegen for oppfølging innen et visst tidsrom på grunn av en risikoindikator. Helseresultatene er dessuten hentet inn av noen andre enn fastlegen, slik at legen må gjøre en jobb med hensyn til å rekontekstualisere HUNT-resultatene og innholdet i brevet, både for sin egen og pasientens del (Linell 1998b). Generelt for konsultasjonene i denne studiens materiale kan vi tegne opp følgende fasestruktur:

- (Hilse)
- (Legen informerer om lydopptakeren)
- Legen spør etter HUNT-resultatene
- Legen ser på tilbakemeldingsbrevet fra HUNT / pasienten forklarer ærendet
- Oppklaring rundt hva som skal tematiseres (legen introduserer)
- Historietaking
- Forklaring og vurdering av HUNT-resultatene
- «Veien videre»
- Oppsummering (samt at legen spør om samtalen var grei/forståelig)
- Avslutning

Dette er imidlertid ikke en fast struktur; fasene har både glidende overganger og blander seg i hverandre. Rekkefølgen er ikke nøyaktig den samme for hver konsultasjon, men strukturen kan ses som et mønster for hvilke overordnede temaer konsultasjonen dekker. Fasene kan også gi en indikator på at dette er en konsultasjon med noen bestemte særtrekk fordi den er initiert av HUNT3. Risikosnakk er en gjennomgående faktor i hele konsultasjonen og kommer til uttrykk på ulike vis, som det vil vises i den kommende analysen.

5.2 Forklaringer og vurderinger av sykdomsrisiko

I tråd med en tematisk orientert diskursanalyse (Roberts & Sarangi 2005) vil analysen av konsultasjonene organiseres med hensyn til tema, hvor det overordnede temaet er *sykdomsrisiko*. Jeg vil først ta for meg eksempler hvor *forklaringer* og *vurderinger* av risiko er en sentral aktivitet, og analysere hvordan legen og pasientene forhandler om forståelsen av sykdomsrisiko i de HUNT-initierte legekonsultasjonene.

Som nevnt i innledningskapitlet (se kapittel 1.2.3) kan en beskjed fra helsevesenet om at man er i risikosonen for sykdom, for eksempel en hjerte–kar-hendelse, oppleves uklart og forvirrende. En tallmessig angivelse av sykdomsrisiko er ikke nødvendigvis forståelig for en som ikke er vant med å tolke slike tall, eller har den faglige bakgrunnen for å forstå den (Adelswärd & Sachs 1996; 1998). I tillegg er det individuelt hvordan et risikotall, eller en fargekode for den sakens skyld, oppfattes. Er 5 prosent risiko for hjerteinfarkt mye eller lite? Dette kan oppfattes ganske forskjellig. Dette medfører også en ekstra utfordring for den som skal forklare hva en angivelse av risiko innebærer, i vårt tilfelle en fastlege som skal oversette resultatene til HUNT-deltakere som har fått informasjon med flere ulike målinger. I den følgende analysen vil jeg gå nærmere inn på utdrag hvor forklaringer og vurderinger av sykdomsrisiko er temaet, og analysere hvordan risikoangivelser forklares, vurderes og forhandles i lege–pasient-dialogen.

5.2.1 Eksempel 1, Peder: «(…) det her avleiringene i blodårene er det jeg er mest opptatt av»

Da Peder deltok i HUNT3, fikk han i tillegg til den vanlige helseundersøkelsen en utvidet prøve av beintetthet. Resultatene fra HUNT3 viser at Peder har krympet tre centimeter, gått noe ned i vekt, og i tillegg har han litt lite HDL-kolesterol («det gode kolesterolet»). I samtaleutdraget nedenfor har legen allerede fått høre om HUNT-resultatene, og de er i gang med å snakke om arv og sykdom i Peders familie.

1. D: foreldrene dine er friske?
2. Peder: <e> min far han er jo <død nå> da hh,
3. men det va jo en kreft (.) [sak] da.
4. D: [ja]
5. Peder: [som inn]henta han litt for tidlig.
6. D: [akkurat]
7. ja.
8. Peder: men han gikk OG på <blodtrykksmedisin.
9. det> kan [jeg <huske>]
10. D: [mm] blodtrykket ditt er jo KNALLBRA, så DET kan vi se bort fra.
11. Peder: ja .hh <så> det er vel mer om at e (1,5) det her det her (avleiringene) i blodårene.
12. D: ja [det vi kan]
13. Peder: [ER det jeg er] mest opptatt av.
14. D: si da at TOTALkolesterolen din er ikke høy,
15. men du HAR ikke så veldig mye av det SNILLE,
16. og da (.) må vi være litt strengere med totalkolesterolen allikevel.
17. Peder: ja.

I vurderingen av Peders helsesituasjon innhenter legen informasjon om Peders genetiske risiko for sykdom ved å spørre om sykdommer i familien. I linje 1 spør legen om Peders foreldre er friske, og Peder svarer i linje 3, 5, 8 og 9, og trekker frem at hans avdøde far gikk på blodtrykksmedisin. Til dette svarer legen «*mm blodtrykket ditt er jo KNALLBRA, så DET kan vi se bort fra*» (linje 10). Et hyppig språklig fenomen i konsultasjonene er legens bruk av forsterkende adverb i sammenheng med adjektiv (Bolinger 1972) når hun gir positive tilbakemeldinger. Dette er et poeng jeg vender tilbake til i analysen av temaet uro og bekymring i kapittel 5.2, men det er interessant å merke seg at disse språklige uttrykkene finner sted side om side med forklaringer og vurderinger av de HUNT-resultatene som peker mot sykdomsrisiko. Det kan se ut som at positive tilbakemeldinger, som for eksempel «*blodtrykket ditt er jo KNALLBRA*» kan bidra til å normalisere og tone ned fokuset på risiko. Legen sier også «*så DET kan vi se bort fra*», som er en eksplisitt beskjed om at Peder ikke har grunn til å uroe seg for blodtrykket.

I linje 11 og 13 ser vi eksempler på hvordan HUNT3 utløser en ramme for risikofokus i legekonsultasjonen. Her presenterer Peder ærendet for legekonsultasjonen ved å gi uttrykk for et behov for oppklaring når han sier «*så det er vel mer om at e det her det*

her avleiringene i blodårene er det jeg er mest opptatt av». Peders ytring knytter an til tilbakemeldingsteksten fra HUNT (jf. 4.4 og se vedlegg 6), hvor han har fått påvist litt lite HDL-kolesterol, og hvor det på baksiden av brevet finnes noen generelle forklaringer av prøvene. Der står det blant annet «*Kolesterol finnes normalt i kroppen. Overskudd kan imidlertid avleires i blodårene og føre til åreforkalking. Åreforkalking kan føre til hjerte- og karsykdommer*». Det er trolig denne forhåndsinnrammingen av sykdomsrisiko fra HUNT som Peder trekker veksler på når han sier at han er opptatt av avleiringer i blodårene, og den intertekstuelle forbindelsen mellom tilbakemeldingsteksten og legekonsultasjonen trer eksplisitt frem.

Legen knytter an til Peders initiativ i linje 11 og 13 når hun i linje 14–16 sier: «*ja det vi kan si da at TOTALkolesterolen din er ikke høy, men du HAR ikke så veldig mye av det SNILLE, og da må vi være litt strengere med totalkolesterolen din allikevel*». Legen rekontekstualiserer (Linell 1998b) her Peders kolesterolmåling fra HUNT3 ved å sammenligne to resultater, totalkolesterol og HDL-kolesterol, og vurdere disse i forhold til hverandre (Adelswärd & Sachs 1998, Linell et al. 2002). Beskrivelser som «*ikke høy*», «*ikke så veldig mye*», «*det snille*» og «*litt strengere*» leser jeg som omformuleringer som graderer Peders sykdomsrisiko (Sarangi et al. 2003). Omformuleringene er eksempler på konversasjonalisering (Linell 2011, Linell, Alemyr & Jönsson 1993) ved at de har mer til felles med en uformell og allmenn språkbruk enn medisinsk fagterminologi. Jeg forstår legens rekontekstualiseringer som en måte å gjøre hennes vurdering lettere tilgjengelig for Peder på, og dermed mer forståelig. Hun bruker også forsterkere og dempere («*ikke så veldig*», «*litt*»), som bidrar til å tone ned risikotematikken som ligger implisitt i samtalen, og slik normalisere HUNT-resultatet.

5.2.2 Eksempel 2, Pernille: «blodtrykket ditt var hundre og tretten, det er jo KNALLbra»

Etter å ha deltatt i HUNT3 har Pernille fått brev med beskjed om at hun blant annet har et forhøyet kolesterol, og i det transkriberte samtaleutdraget nedenfor forklarer fastlegen (D) denne kolesterolmålingen for Pernille (P).

1. D: ja. .hh e så av- >fordi at< når det gjelder sånn RISIKO for hjerte og karsykdom,
2. så må man <legge> sam[men] ALLE ting.
3. Pernille: [mm]
4. D: også se hvor ender man da.
5. Pernille: hja.
6. D: =og da ender vi med at du har et høyt kolesterol,
7. <og en ikke helt god arv>.
8. Pernille: <m[m]>
9. D: [og] kolesterolet har økt på.
10. Pernille: =mm.
11. D: .hh fikk du noe sånn om den em e <gode kolesterolet?
12. husker> du det?
13. har du med <lappen> [kanskje?]
14. Pernille: [ja jeg] har med lappen.
15. ((rasling av papir)) den har [en] komma seks.
16. D: [ja]
17. en komma seks.
18. Pernille: =(HDL.)
19. D: ja.
20. Pernille: mm.
21. D: fordi da har vi en ting TIL nemlig.
22. <e> altså de som har LITE av det gode kolesterolet, ((rasling av papir)) de ligger jo
23. enda dårligere an.
24. og <lite> da mener vi UNDER EN KOMMA NULL.
25. Pernille: ja vel.
26. D: <e> og en komma seks er jo MYE,
27. men allikevel så er jo åtte komma seks en del.
28. (2) det jeg bruker å gjøre, det er å vise folk et sånt <skjema> som <legger> sammen
29. alle faktorer.
30. også kan vi regne ut din risiko.
31. Pernille: [°hja.°]
32. D: [.hh] <e> det eneste som ikke er med på det skjemaet, som vi må <skjele til>,
33. det er jo dette med arv da.
34. Pernille: mm.
35. D: =men det vi vet om deg,
36. du er en <kvinne> uten diabetes, ikke-<røyker og i> femtiårene,
37. <også> blodtrykket ditt var hundre og tretten, det er jo KNALLBRA.
38. det er jo liksom lavere enn det laveste man har med her,
39. og du ligger altså i den kolonnen.
40. men så var det kolesterolet ditt da.
41. Pernille: °mm°

I utdraget går legen nærmere inn på Pernilles resultater fra HUNT og forklarer hva disse resultatene innebærer. I linje 1–4 bringes risiko eksplisitt på banen når legen sier: «*fordi*

at når det gjelder sånn RISIKO for hjerte og karsykdom så må man legge sammen ALLE ting, også se hvor man ender da». Relevansen av å se på sammenhengen mellom flere faktorer for å kunne vurdere pasientenes risiko for sykdom er et perspektiv legen hyppig orienterer seg mot i konsultasjonene. Ytringen illustrerer samspillet mellom HUNTs skriftlige tilbakemelding og den muntlige konsultasjonen ved at legen rekontekstualiserer resultatene fra HUNT (Linell 1998b, Sarangi et al. 2003, Adelswärd & Sachs 1998). Her peker legen på selve poenget med det siste leddet i HUNTs kommunikasjonskjede, nemlig legekonsultasjonens betydning med hensyn til å kontekstualisere resultatene fra HUNT. En kort helsesjekk og en i hovedsak standardisert skriftlig tilbakemelding rammer inn konsultasjonen som det leddet i HUNT3-kjeden hvor deltakerne får en individuelt tilpasset og mer nyansert vurdering av helsesituasjonen. Tilbakemeldingsteksten problematiserer at det er flere faktorer som må ses i sammenheng for å kunne fastslå deltakernes sykdomsrisiko, og uttrykker eksplisitt «*Dette kan fastlegen din vurdere*». Det er derfor rimelig å anta at både legen og HUNT-deltakerne har en forventning om at forklaringer og vurderinger av måleresultatene er en av konsultasjonenes overordnede kommunikative prosjekt. HUNTs skriftlige peker til legekonsultasjonen i tilbakemeldingsbrevet er en ramme for risikoforklaringen som legen tilbyr i de neste ytringene i utdraget.

I linje 10–13 etterspør legen informasjon fra HUNT om det gode kolesterolet og spør om Pernille har med seg «lappen». Ytringen illustrerer helt eksplisitt HUNTs tilstedeværelse i konsultasjonen, og «lappen» og HUNT blir en aktør i konsultasjonen. I de neste ytringene (15 og 18) er det Pernille som refererer fra HUNTs tilbakemelding når hun sier «*den har en komma seks*» og «*HDL*», som implisitt etterspør legens vurdering av risikotallene. I disse ytringene skiller konsultasjonen seg fra en normal legekonsultasjon hvor det er fastlegen som initierer målinger. I de HUNT-initierte konsultasjonene er legen imidlertid den siste som får innsikt i måleresultatene.

Måleverdien for HDL-kolesterol har betydning for hvordan man skal forstå den første kolesterolmålingen. En høy verdi av HDL-kolesterol har en beskyttende effekt mot hjerte-karsykdommer, noe det også gjøres rede for på baksiden av tilbakemeldingsbrevet. I linjene 21–27 gjør legen delvis rede for dette når hun setter de to resultatene opp mot hverandre: «*fordi da har vi en ting TIL nemlig. e altså de som har LITE av det gode kolesterolet, de ligger jo enda dårligere an, og lite da mener vi UNDER EN KOMMA NULL*.» (linje 21–24). Gjennom å benytte seg av en kontrastering (Sarangi & Clarke 2002, Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke2011: 74) forklarer legen hvordan en kolesterolmåling kan forstås, og når hun i tillegg benytter seg av en forsterkning («enda dårligere»), kan dette forstås som en omformulering for å tydeliggjøre for Pernille hvordan hennes kolesterolverdi fra HUNT3 kan tolkes (Sarangi et al. 2003). Omformuleringer er en såkalt relativiseringsstrategi, og Sarangi et al. (2003: 160) beskriver omformuleringens funksjon slik: «(…) this strategy type is often applied to explain and put emphasis on the personal, numerical (probabilistic) risk information». Den kan derfor forstås som en diskursstrategi som bidrar til å gjøre forståelsen av risiko mer spesifikk for den enkelte pasient. Legens relativisering av måleresultatet bidrar til å tone ned Pernilles sykdomsrisiko ved å vise at det finnes verre tilfeller enn Pernilles. Videre i linje 26–27 omformulerer legen på nytt HUNT-resultatet når hun sier «*e og en komma seks er jo MYE, men allikevel er jo åtte komma seks en del*», ved bruk av «*MYE*» og «*en del*». Her refererer tallet 1,6 til Pernilles kolesterolmåling og 8,6 til HDL-målingen, og disse settes i kontrast til hverandre i legens ytring. Legen gir innhold til måleverdiene gjennom å omformulere og kontrastere, og på den måten tones kolesterolmålingen på 1,6 noe ned. Legen bruker også ordet «*mye*» om den første målingen, og oppgraderer på den måten Pernilles risiko, men demper utsagnet ved å vise til Pernilles oppløftende HDL-måling på 8,6 som hun beskriver som «*en del*». Dette forstår jeg som forsøk på å fylle tallene fra HUNT med forståelig innhold for Pernille, og det viser legens rolle som oversetter eller tolk for det som står i tilbakemeldingsteksten fra HUNT (Adelswärd & Sachs 1998).

I linje 28–30 sier legen «*det jeg bruker å gjøre, det er å vise folk et sånt skjema som legger sammen alle faktorer, også kan vi regne ut din risiko*». Her introduserer legen en ny tekstlig aktør i samtalen, nemlig et skjema for beregning av risiko som hjelper legen i å kontekstualisere Pernilles risiko på bakgrunn av det HUNT har notert. Skjemaet, som er utarbeidet av Helsedirektoratet, tar høyde for kjønn og alder og brukes for å beregne sannsynlighet for at sykdom inntreffer. Skjemaet gir legen anledning til å presentere noen tilsynelatende nøytrale vurderinger av Pernilles risiko på bakgrunn av HUNT-resultatene og får funksjon som et sannhetsvitne i forklaringen og vurderingen av Pernilles målinger. Sarangi et al. (2003) benevner bruken av visuelle hjelpemidler i formuleringen av en pasients risikostatus som et eksempel på relativiseringsstrategien omformulering (Sarangi et al. 2003: 160). Legen kan i sin forklaring av HUNTs målinger støtte seg på skjemaet offisielle risikovurderinger og bruke det som utgangspunkt og grunnlag for sin egen vurdering. Legen legger til i linje 32 og 33: «*det eneste som ikke er med på det skjemaet, som vi må skjele til, det er jo dette med arv da*». Her introduserer legen en faktor som hverken HUNT eller skjemaet tar høyde for i sin risikovurdering, og som aktualiserer legekonsultasjonens betydning i kommunikasjonskjeden. Fastlegen kan bidra med en viktig nyansering av både HUNTs risikovurdering og den skjematiske fremstillingen av Pernilles sykdomsrisiko, og på den måten gi Pernille en mer individuelt tilpasset vurdering.

I linje 35–37 begynner legen å oppsummere den relevante informasjonen de allerede har om Pernilles helse når hun sier: «*men det vi vet om deg, du er en kvinne uten diabetes, ikke-røyker, og i femtiårene. Også blodtrykket ditt var hundreogtretten, det er jo KNALLBRA, det er liksom lavere enn det laveste man har med her.*» Forsterkeren «*knallbra*» understreker legens vurdering av måleresultatet, nemlig at Pernilles blodtrykksmåling var god. I lys av den overgripende konteksten er det relevant å tolke forsterkeren som et forsøk på å dempe mulig uro hos Pernille, og forsikre om at blodtrykket er normalt (jf. Bredmar & Linell 1999). Ytringene i 37 og 38 berører temaet uro og bekymring, et tema jeg vil komme tilbake til i 5.3. Både med bruk av skjemaet og

uttrykk som «*KNALLBRA*» og «*lavere enn det laveste*» omformulerer legen tallene i HUNT-brevet (Sarangi et al. 2003). Ytringene gjør en jobb med hensyn til å tone ned risikobudskapet fra HUNT og kan forstås som et uttrykk for den risikokonteksten konsultasjonen er en del av. Ved bruk av skjemaet settes individuell risiko inn i en ramme av befolkningsrisiko som toner ned individet og setter befolkning i forgrunnen. På denne måten normaliseres HUNTs måling av Pernilles blodtrykk, noe som synes å være en sentral kommunikativ aktivitet i lege–pasient-samtaler hvor måleresultater skal rekontekstualiseres (Adelswärd & Sachs 1996; 1998, Bredmar & Linell 1999).

5.2.3 Eksempel 3, Pernille: «… så de sier for eksempel at de betaler ikke kolesterolmedisiner på blå resept»

Utdraget nedenfor er fortsettelsen av det forrige eksemplet fra Pernilles konsultasjon. I linje 40 legger legen til «*men så var det kolesterolet ditt da*» og rammer kolesterol inn som et tema som det er viktig å si noe mer om. Her tematiseres den egentlige grunnen til Pernilles legebesøk, nemlig antydningen om sykdomsrisiko på bakgrunn av et forhøyet kolesterolnivå, som danner en ramme (Goffman 1986) for den videre samtalen. I det følgende utdraget skal vi se hvordan legen fortsetter sin forklaring av Pernilles sykdomsrisiko, og utdraget fortsetter der det forrige slapp.

40. D: men så var det kolesterolet ditt da.
41. Pernille: °mm°
42. D: åtte komma seks, og det er det [h]
43. Pernille: [åtte] komma fire [ja men det]
44. D: [åtte åtte komma ja] @[@]
45. Pernille: [°ja°]
46. D: .hh og det betyr at du ligger DER,
47. <men vi har ikke da tatt med den arvelige belastningen [din.]>
48. Pernille: [mh]m
49. D: de som ligger der de ligger da altså i <øverkant av> og her er det litt forvirrende
50. for det er TO GULOMRÅDER.
51. Pernille: mhm.
52. D: =du ser .hh en mann med diabetes som er søtti år.
53. han har KJEMPEHØY risiko.
54. og det er den gulfargen.
55. men du er den gulfargen som er FEM til TI prosent risiko.
56. Pernille: <mm.>
57. D: e <for at det i de neste ti årene, skal skje en hjerte-kar hendelse (.) hos deg.
58. Pernille: ja

59. D: på bakgrunn av den.
60. og så er jo det store spørsmålet .hh hva betyr DET?
61. hva er fem til ti prosent risiko?
62. Pernille: [mm.]
63. D: [.hh] det er sånn at staten betrakter ikke det som en (.) kjempestor (.) risiko.
64. Pernille: hnei.
65. D: <e> så de sier for <eksempel at> de betaler ikke kolesterolmedisiner på blå resept.
66. Pernille: °hnei.°
67. D: DU kan jo tenke med deg SELV at e du har <lyst> til å redusere risikoen
68. ytterligere og bruke kolesterolsenkende tabletter.
69. Pernille: =mm.

I linje 42 refererer legen til Pernilles kolesterolmåling, og Pernille reparerer legens ytring ved å påpeke at målingen ikke viste 8,6, men 8,4 (linje 43). Denne reparasjonen kan ses i sammenheng med at Pernille har like god oversikt over sine måleresultater som legen, ettersom hun har fått HUNT-resultatene først og har sett på dem i forkant av legebesøket. Legen responderer på Pernilles kommentar med latter, muligens som svar på egen feillesing. I lys av myndighetenes kategorisering av risiko som legen benytter (skjemaet), kan hun på bakgrunn av kolesterolmålingen oppgradere og nedgradere risiko ved hjelp av evidens (Thomassen & Sarangi 2012). Ved hjelp av skjemaet kategoriserer legen Pernilles sykdomsrisiko («*og det betyr at du ligger DER*», linje 46), men legger til «*men vi har ikke da tatt med den arvelige belastningen din*» i linje 47, som igjen peker på at resultatet skal nyanseres for å gi fullstendig mening. Bruken av «*vi*» kan forstås på to måter. Enten omfatter vi-et legen og myndighetene, hvor legen er myndighetenes representant og stemme i konsultasjonen, eller så kan «vi» forstås inkluderende, hvor Pernille trekkes inn som en som er kapabel til å gjøre risikovurderingene sammen med legen.

Legen sier videre «*de som ligger der de ligger da altså i øverkant av og her er det litt forvirrende for det er TO GULOMRÅDER*» (linje 49–50). Legen viser Pernille hvor på skjemaet hun «hører hjemme», og jeg tolker ytringen og den påfølgende sekvensen som en opplæring i risikoforståelse. Legen viser hvordan gulfargene på risikoskjemaet skal tolkes, og hvor den ene fargen viser en person med en annen risikoprofil enn Pernille. Pernille bidrar her med små tilbakekoblingssignaler som «*mhm*» og «*ja*», som gir legen

signal om å fortsette. Legen fortsetter med «*du ser en mann med diabetes som er søtti år, han har KJEMPEHØY risiko, og det er den gulfargen, men du er den gulfargen som er FEM til TI prosent risiko e for at det i de neste ti årene skal skje en hjerte–kar-hendelse hos deg*» (linje 52–57). Legens formulering kan forstås både som det Sarangi et al. (2003: 159) beskriver som abstraksjon og som en omformulering. Abstraksjon er en diskursstrategi som hyppig forekommer i genetiske veiledningssamtaler, og som kan ha som funksjon å forsterke eller dempe pasientens risikostatus: «Putting the client's specific genetic risk in the context of risk(s) for the general population or for a condition-spesific sub-population can be used for both escalating or de-escalating their at-risk status.» (Sarangi et al. 2003: 160). Ifølge Edwards, Elwyn og Mulley (2002) er det for mange pasienter lettere å forstå risiko ved hjelp av visuelle hjelpemidler. Å benytte et statlig formulert risikoskjema, slik legen gjør i konsultasjonsutdraget ovenfor, kan forstås som en omformulering (Sarangi et al. 2003: 160), som innebærer å forsøke å gi et mer kontekstspesifikt innhold til pasientens risikoforståelse gjennom å tilby en annen forklaringsmåte. Når legen forklarer forskjellen på de to gulfargene, tegner hun et bilde av Pernilles sykdomsrisiko i kontrast til en profil som har en høyere risiko enn henne selv. Samtidig bruker hun forsterkeren «*kjempehøy*», som bidrar til å gjøre kontrasten ekstra tydelig. Ordet «*men*» i linje 55 markerer kontrasten og indikerer dermed at «*FEM til TI prosent*» risiko er mindre, kanskje også betydelig mindre, enn hos mannen på sytti. Legen gjør her en kommunikativ jobb med hensyn til å relativisere Pernilles risikostatus og å fylle risikotallene med innhold slik at de skal bli begripelige for Pernille.

I linje 60 og 61 stiller legen et spørsmål som jeg tolker som det Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke (2011: 75) benevner som «constructed dialogue», som blant annet kan innebære å gi uttrykk for en annen persons perspektiv. Hun legger tilsynelatende ord i munnen på Pernille når hun sier: «*og så er jo det store spørsmålet .hh hva betyr DET? Hva er fem til ti prosent risiko?*». Legen fortsetter her sitt arbeid når det gjelder å skape mening i risikotallene, og tar med sitt hypotetiske spørsmål høyde for at tallet i HUNT-brevet er vanskelig å forstå og forholde seg til for den som ikke har en medisinsk-faglig bakgrunn

(Adelswärd & Sachs 1996; 1998, Linell et al. 2002). I linje 63 rammer legen inn risikotallene fra HUNT som et statlig anliggende ved å trekke inn et økonomisk aspekt: «*em det er sånn at staten betrakter ikke det som en kjempestor risiko*», og videre i linje 65: «*e så de sier for eksempel at de betaler ikke kolesterolmedisiner på blå resept*». Pernille gir her tilbakekoblingssignaler i form av «*°hnei.°*» etter hver tur, som signaliserer at hun lytter og forstår slik at legen kan fortsette. Når legen knytter an til statens grenser for når man gir medisin på blå resept, så kan dette ses som et nytt forsøk på å omformulere risikotallene (Sarangi et al. 2003) og relatere dem til en kjent referanse hos Pernille. Legen bruker også ordene «*ikke kjempestor*» når hun illustrerer statens syn på Pernilles risiko for sykdom. Hun lener seg her både på en statlig bestemt grense som kan gi en indikasjon på risikoen og hva som kan forstås som normalt, og også på et mer uformelt og dagligdags språk, blant annet ved bruk av en forsterker («*kjempestor*»), for å kunne tilby Pernille flere knagger å henge sin forståelse av 5 til 10 prosent risiko på.

5.2.4 Eksempel 4, Petra: «… jeg spiser jo så sunt og jeg mosjonerer mer, og da skjønner jeg IKKE noe av det»

Etter å ha deltatt i HUNT3 har Petra fått et tilbakemeldingsbrev som viser at hun har et forhøyet kolesterolnivå, og dessuten at hun har høyt blodtrykk. Blodtrykket er under medisinering fra før. Resultatene viser at hun er i risikosonen for å utvikle diabetes. Følgende samtaleutdrag er hentet fra konsultasjonens begynnelse hvor legen går gjennom alle resultatene i brevet fra HUNT:

1.	D:	>ja< .hh skal vi <se> der står kolesterol seks komma seks,
2.		ja, i <syvognitti> og <nå har> kolesterolen steget til åtte komma sju.
3.	Petra:	ja.
4.	D:	=ja. og fra <syv>ognitti så har du blitt fra seksti til søtti,
5.		for det bruker å stige etter overgangsalderen,
6.		så det er kanskje derfor det har steget.
7.	Petra:	men jeg- asså jeg spiser jo så sunt og jeg [mos]jonerer
8.	D:	[ja]
9.	Petra:	mer
10.	D:	hja
11.	Petra:	og da skjønner jeg IKKE noe av det.
12.	D:	nei, MOSJON spiller INGEN rolle for kolesterol,
13.		men det spiller en stor rolle for hjertet.
14.	Petra:	ja.

15. D: =du skal fortsette å mosjonere,
16. men vi må jo finne ut <av> det HER.
17. Petra: ja.
18. D: i syvognitti hadde du sluttet å røyke?
19. Petra: ja.
20. D: og det gjelder fremdeles?
21. Petra: ja, det gjør det fremdeles.
22. D: >da< tror jeg vi (.) tar hele regla ned,
23. også skriver jeg det på skjermen samtidig,
24. sånn at vi <har> em ((begynner å skrive))
25. <har> (.) vært <på hunt> (0,5)
26. og vekt åtti<seks>,
27. lengde orker jeg ikke å skrive. (.)
28. blodsukker fire komma <ni>,
29. stoffskiftet ditt var fint, to komma åttitre. (1,5)
30. <e> også var det den kolesterolen som vi skal snakke om,
31. åtte komma <sju> og hdl, som er det <gode>,
32. det hadde du (.) AKKURAT innenfor det vi syns man bør ha,
33. så du hakke noe sånn VELDIG mye av det, men du har heller ikke for lite.
34. Petra: nehei.
35. D: men totalkolesterolen din er høy.
36. Petra: ja den er høy.
37. D: =ja. .hh DA er det sånn,
38. at hvis vi skal si noe fornuftig om det, så må vi (.) se på HELHETEN.
39. hele dama under ett.
40. Petra: jaha?
41. D: hh og det vi må se på da.
42. <du> røyker ikke.
43. Petra: nei.
44. D: du har ikke diabetes.
45. Petra: nei.
46. D: du har (.) et HØYT blodtrykk, som vi behandler med tabletter ikke sant?
47. Petra: ja.
48. D: ja. .hh så (.) asså blodtrykket er fint,
49. men det er noe i kroppen din som gjør at blodtrykket er høyt uten tabletter.
50. Petra: =ja.
51. D: ja så det er jo ikke FULLT så gunstig som de som har fint blodtrykk uten tabletter.
52. Petra: nei, det er det ikke.
53. D: =men <men> blodtrykket her er jo fint sånn at e blodtrykksbehandlinga er vi fornøyd
54. med
55. Petra: ja den °er jeg fornø[yd med°]
56. D: [men] du har liksom en liten <risikofaktor> i (.) kolesterolet ditt. (.)
57. [OG] i blodtrykket.
58. Petra: [hja]
59. ja.
60. D: men (.) hvorledes er det i familien DIN,
61. er det mye blodpropp der?
62. Petra: ha ikke hørt om noen jeg.
63. D: nei.
64. (.) foreldrene dine ble jo (.) VELDIG gamle.

Utdraget begynner med at legen sammenligner resultatene fra HUNT3 med resultatene fra HUNT2 i 1997, og leser fra HUNT-brevet om kolesterolmålingen. I linje 1 til 2 bemerker legen at kolesterolet til Petra har steget fra 6,6 til 8,7 fra HUNT2 til HUNT3, og i linje 4 til 6 sier hun «*og fra syvognitti har du blitt fra seksti til søtti, for det bruker å stige*

etter overgangsalderen, så det er kanskje derfor det har steget». Ytringen kan forstås som en relativiseringsstrategi som Sarangi omtaler som «eksternalisering» (Sarangi et al. 2003), og som innebærer å forklare sykdomsrisiko på bakgrunn av generelle mønstre. «*Det bruker å stige etter overgangsalderen*» er et slikt eksempel, og jeg leser ytringen som en måte å normalisere Petras kolesterolmåling fra HUNT3 på (Bredmar & Linell 1999). Relativiserings- og normaliseringsstrategier later til å være hyppig brukt fra legens side, og jeg forstår dette i direkte sammenheng med pasientens deltakelse i HUNT3. Slik både Shickle og Chadwick (1994) og Skolbekken (2001) peker på, kan en følge av screening være at det skapes flere pasienter. Eksempelet ovenfor viser at legen får en tilleggsoppgave med hensyn til å tone ned risikobudskapet fra tilbakemeldingsteksten overfor noen av pasientene de får på legekontoret.

I linje 7–11 svarer Petra: «*men jeg asså jeg spiser jo så sunt og jeg mosjonerer mer, og da skjønner jeg IKKE noe av det*». Jeg leser Petras ytring som uttrykk for bekymring for HUNT-resultatet, og en orientering mot egen sykdomsrisiko og risikoreduksjon. Hun gir uttrykk for forvirring med hensyn til kolesterolresultatet, ettersom mosjon og sunn mat er noe hun har vært spesielt bevisst på etter kolesterolmålingen fra hun deltok i HUNT2. Ytringen illustrerer hvordan HUNTs inntreden i folks liv påvirker bevissthet om helse og livsstil, og den illustrerer samtidig behovet for legekonsultasjonen som leddet i HUNTs kommunikasjonskjede hvor det er rom for spørsmål og utdypning av resultatene fra HUNT3. Petra har tatt noen aktive grep for å håndtere potensielle konsekvenser av kolesterolresultatet fra HUNT2, men har ikke oppnådd ønsket effekt, snarere tvert imot. Når hun i ytringen ovenfor gir uttrykk for at hun ikke forstår hvorfor, er dette også en implisitt invitasjon til at legen skal ytre seg som profesjonell, og som en utvidet del av HUNT3. Et lignende eksempel finnes i Skolbekken, Østerlie og Forsmo (2012), hvor en kvinne som har deltatt i benmassemåling under HUNT2 i et fokusgruppeintervju, gir uttrykk for forvirring og skuffelse for at hennes bevisste, sunne valg ikke har bidratt til et tilfredsstillende måleresultat. Skolbekken, Østerlie og Forsmo (2012: 199) skriver:

> Her comment illustrates the limitation of the health promotion line, and of the process of governmentality which underpins it, that conforming to recommendations can only, at best, reduce the aggregate probability of experiencing health problems.

Begge eksemplene forteller oss at den helsefremmende linjen HUNT legger seg på, som i mitt materiale kommer til uttrykk både på nettsidene (jf. kapittel 4.3.5 «Vil du forandre på noe?») og i tilbakemeldingsteksten (jf. kapittel 4.4.4), ikke nødvendigvis gir resultater på individnivå.

Til Petras ytring i linje 7–11 forklarer legen at mosjon ikke har noe å si for kolesterol, men fordi det er risikoreduserende for hjertesykdommer, anbefaler hun likevel Petra å fortsette med det hun allerede gjør (linje 12, 13 og 15). Legens oppfordring om å fortsette med mosjon viser at et sentralt kommunikativt prosjekt i samtalen er vurdering av sykdomsrisiko. Dette gjøres gjennom en *forklaring* hvor legen begrunner en påstand (mosjon er bra for hjertet) for å få Petra til å ta et preferert valg (å fortsette å mosjonere).

I linje 16 sier legen «*men vi må jo finne ut av det HER*», som gjennom «*må*» og «*finne ut av*» signaliserer at legen tar ansvar for at det forvirrende HUNT-resultatet skal gås nærmere etter i sømmene, og ytringene er en eksplisitt markør for at den videre samtalen vil dreie seg om årsaksforklaring av Petras kolesterol. Bruken av pronomenet «vi» tolker jeg som en måte å inkludere Petra på. Pasienten posisjoneres som en aktiv part i konsultasjonen, og vurderinger og avgjørelser posisjoneres som noe som gjøres *i fellesskap*. Ytringen kan leses som et uttrykk for hvordan synet på pasienten har utviklet seg fra HUNT1 til HUNT3, altså fra en tid hvor legen tok ansvaret for HUNT-resultatene i HUNT1, til deltakernes eget ansvar for oppfølging i HUNT3.

Legen fortsetter å lete etter forklaringer i Petras helsehistorikk, og i ytring 18 og 20 spør hun om røyking, som jeg leser som en tydelig orientering mot risiko. Dette er dessuten noe som HUNT ikke har tematisert i resultatoversikten i tilbakemeldingsbrevet, men

ettersom røyking er en kjent risikofaktor i flere sykdomsbilder, er det plausibelt at dette er noe som overlates til nettopp konsultasjonsleddet i HUNTs kommunikasjonskjede. Petra bekrefter at hun ikke har røyket siden 1997. Dette innleder en sekvens hvor legen vender tilbake til HUNT-brevet for å se nærmere på det som jeg tolker som helheten i Petras helsesituasjon når legen sier «*da tror jeg vi (.) tar hele regla ned, også skriver jeg det på skjermen samtidig*» (ytring 22–23). Ytringen rammer inn den kommende sekvensen som ledd i en forklaring av HUNT-resultatet. Opplysningene i brevet trekkes aktivt inn i forklaringsfasen i samtalen, og legens kommunikative oppgave blir å skape mening i det som står.

I linje 22–33 går legen gjennom resultatene, og fra linje 27 går hun gjennom det som har med kolesterolet å gjøre. I brevet fra HUNT er det to punkter hvor kolesterolmålinger er markert, en for totalkolesterol og en for HDL-kolesterol, som er det som benevnes som «det gode kolesterolet». Legen tar for seg begge og veier dem opp mot hverandre i linje 31 til 33 og konkluderer med at totalkolesterolet er høyt (linje 35). I linje 37 starter legen en sekvens hvor hun gjør en vurdering av hvordan kolesterolet kan forstås, når hun sier «*DA er det sånn, at hvis vi skal si noe fornuftig om det, så må vi se på HELHETEN. Hele dama under ett*». Legens ytring impliserer at HUNT-resultatet og Petras sykdomsrisiko er mer sammensatt enn man kan lese ut fra tallene i brevet fra HUNT alene, og er illustrerende for konsultasjonens betydning i HUNT-sammenheng. Legen impliserer at hun kan tilby et annet bilde av Petras risikostatus enn tilbakemeldingen fra HUNT, og at svaret fra HUNT har noen begrensninger. I konsultasjonen kan HUNT-deltakerne få noe annet og noe mer enn hva som kan tilbys skriftlig fra HUNT. At HUNT så eksplisitt anmoder deltakerne sine om å ta med resultatene til legen, enten de har fått svar om det ene eller det andre, viser at en måling er sammensatt og må forstås i en større sammenheng. En slik vurdering kan legen tilby, og dette kommer til uttrykk i linje 37 til 39.

Vi ser at Petra svarer «*jaha?*» i linje 40, og spørreintonasjonen kan indikere at introduksjonen av helhetsperspektivet er nytt for Petra. Legen fortsetter med å eliminere ut risikofaktorer som røyking (linje 42) og diabetes (linje 44), og går over til å snakke om Petras blodtrykk (linje 46) som allerede er under behandling. Dette er informasjon legen har fra tidligere møter med Petra: «*du har (.) et HØYT blodtrykk, som vi behandler med tabletter ikke sant?*». Også denne ytringen illustrerer relevansen til konsultasjonen som det leddet som kan forklare og vurdere resultatene fra HUNT, særlig sett i lys av at konsultasjonene gjøres hos deltakernes fastlege. På denne måten kan helseinformasjon om Petra, ut over det som oppdages hos HUNT, trekkes inn i vurderingene og forklaringene av den enkelte deltakers helsesituasjon.

Legen lanserer Petras høye blodtrykk som en mulig forklaringsfaktor for HUNT-resultatet i ytring 46, selv om medisinene Petra bruker, har gitt et godt blodtrykk på HUNT-målingen (linje 49 og 51). Samtidig lanserer legen en grunn til å være fornøyd med HUNT-resultatet, da målingen av blodtrykket viser at tablettene Petra bruker, gjør den jobben de skal (linje 53), og Petra bekrefter i neste linje at hun er fornøyd med blodtrykksbehandlingen. I linje 56–57 sier legen: «*men du har liksom en liten risikofaktor i kolesterolet ditt, og i blodtrykket*». Ytringen er en eksplisitt orientering mot Petras sykdomsrisiko ved bruken av ordet «*risikofaktor*» (Linell et al. 2002), men ytringen inneholder også en *demper* («*liksom en liten*»), som kan forstås som en måte å avdramatisere og normalisere HUNT-resultatet og risikoen for hjerte- og karsykdom på. Gjennom å ordlegge seg slik tegner ikke legen et bilde av at Petra har noen spesielt høy eller sannsynlig risiko for sykdom. I linje 60 og 61 ser vi at legen fortsetter å gjøre en helhetsvurdering av Petras helse og spør om arvelig blodpropp. Å forstå individuell risiko i relasjon til familiær risiko er trekk som minner om genetiske veiledningssamtaler (Sarangi et al. 2003, Thomassen & Sarangi 2012), og er en måte å gradere risiko ned eller opp på ved bruk av ulike typer evidens. Dette fellestrekket forteller oss at HUNT-konsultasjonene på forhånd er rammet inn som en samtale om risiko.

5.2.5 Eksempel 5, Petra: «hvis vi tar HUNDRE kvinner, som er akkurat i din situasjon, så vil ti til tyve av dem ha fått en blodpropp fra søtti til åtti»

Transkripsjonsutdraget som følger, er fra samme konsultasjon som foregående utdrag (se 5.2.4), og finner sted ca. fire minutter ut i samtalen. I forkant av utdraget har Petra og legen gått gjennom HUNT-resultatene, kartlagt forekomsten av blodpropp i Petras familie (god arv) og snakket om faktorer som kan spille inn på kolesterol. I samtaleutdraget nedenfor tar legen i bruk et mangfold av rammer og ressurser i kontekstualiseringen av tallverdiene, som vi skal se nærmere på.

1.	D:	nå skal du se. (.)
2.		her har jeg et skjema.
3.	Petra:	ja.
4.	D:	kvinne,
5.	Petra:	ja
6.	D:	ikke-røyk uten diabetes
7.		(.) det betyr at du ER i den kolonnen her,
8.	Petra:	hja.
9.	D:	også er du (.) søtti,
10.	Petra:	ja.
11.	D:	og det betyr at du er i den firkanten her,
12.	Petra:	ja.
13.	D:	<og så> har du altså siden blodtrykket er behandlet, så har du et fint blodtrykk
14.		mellom hundreogtyve og hundreogførti,
15.		(0,5) også var det det kolesterolet som er (.) helt borterst (.) på åttetallet.
16.	Petra:	hja.
17.	D:	og det betyr at du ligger (0,5) >DER.<
18.		(1) i DEN ruta ligger <du> som er midt i det GRØNNE feltet,
19.		(.) .hh og det GRØNNE feltet forteller oss at du har ti til tyve prosent risiko (0,5) FOR
20.		at du skal FÅ en blodpropp <i løpet av> (.) de neste TI årene.
21.	Petra:	(1) jaha.
22.	D:	asså <a> hvis vi tar (.) HUNDRE kvinner, som er akkurat i din situasjon,
23.		så vil (.) ti til tyve av dem ha fått en blodpropp fra søtti til åtti.
24.	Petra:	hja.
25.	D:	ikke mer og ikke mindre.
26.	Petra:	mei.
27.	D:	.hh det som ikke er med på det skjema, det er jo arven din,
28.		men arven er GOD så den går i (.) tiltaltes (.) favør. og d[a får (vi) si]
29.	Petra:	[ja det får vi si ja]
30.	D:	@@[.hh]
31.	Petra:	[ja] blodpropp har jeg nå ikke tenkt på,
32.		men hjerteinfarkt og sånt, da te[nker jeg på kolesterol)]
33.	D:	[ja me- men med] med blodpropp så mener jeg
34.		hjerteinfarkt OG da.
35.	Petra:	åja.
36.	D:	asså for (.) hjerteinfarkt ER blodpropp <i> blodårene i HJERTA [HJERTET.]
37.	Petra:	[jaha.]
38.	D:	men så kan man blodåre- blodpropp i <hjernen> også.
39.		[det er] DE to blodpropptypene vi ser mest av da.
40.	Petra:	[°åja.°]
41.		ja.

42. D: =så jeg mener hjerteinfarkt og hjerneslag egentlig.
43. Petra: ja
44. D: =når jeg sier blodp[ropp.]
45. Petra: [°(som skjer] ta) blodpropp. [hja.°]
46. D: [ja.]
47. Petra: [greit.]
48. D: [.hh] og DA er det sånn. at (.) staten har sagt det at (.) DET syns de er SÅPASS
49. mye risiko at hvis du ØNSKER, så kan du FÅ kolesterolsenkende medisin på blå
50. resept
51. Petra: ja.
52. D: .hh i DET (.) bildet må vi også legge til at (.) du hadde ikke ALTfor mye av det gode,
53. sånn at (0,5) profilen er ikke altfor god.
54. Petra: nei.
55. D: (2) det er i grunn det jeg har å si om ditt kolesterol.
56. Petra: hja.

I dette samtaleutdraget ser vi et nytt eksempel der legen tar i bruk skjemaet med statens vurdering av sykdomsrisiko, som et hjelpemiddel for å beregne sykdomsrisikoen til HUNT3-deltakere og for å relativisere risiko (Sarangi et al. 2003). I linjene 1 til 14 ser vi at legen viser Petra hvor i skjemaet hun befinner seg ut ifra hennes profil, og i linje 15 trekker legen inn Petras kolesterol når hun sier «*også var det det kolesterolet som er (.) helt borterst (.) på åttetallet*», som altså refererer til den måleverdien Petra har fått i tilbakemeldingsteksten fra HUNT3. Det er denne verdien som gjør at Petra har fått en kommentar fra HUNT3, og som dermed indikerer sykdomsrisiko. Legen fortsetter i linje 17–20 med «*og det betyr at du ligger (0,5) DER. I DEN ruta ligger du som er midt i det GRØNNE feltet. (.) hh og det GRØNNE feltet forteller oss at du har ti til tyve prosent risiko (0,5) FOR at du skal FÅ en blodpropp i løpet av (.) de neste TI årene*». Legen veksler mellom individuell risiko (ytring 15) og befolkningsrisiko (ytring 17–20), og forsøker gjennom denne vekslingen å omformulere for Petra (Sarangi et al. 2003) det legen kan utlede med bakgrunn i skjemaet. Ord som «*DER*» og «*i DEN ruta*» tyder på at legen peker og viser mens hun forklarer. Visuelle hjelpemidler og bruken av andre ord kan bidra til å gjøre risikotall mer forståelige, som medvirker i eventuelle beslutninger som pasienten må ta (Edwards, Elwyn & Mulley 2002, Sarangi et al. 2003: 160). Bruken av det statlig utformede risikoskjemaet kan også være en måte for legen å gjøre egne vurderinger etterrettelige på, ved at risikovurderingen er i tråd med statens retningslinjer.

Legen sier også «*det forteller oss at* (…)», som jeg, på bakgrunn av ordet «oss», tolker som en nærhetsstrategi fra legen sin side for å trekke Petra ytterligere inn i aktiviteten. «Oss» i denne konteksten, en legekonsultasjon som i utgangspunktet kjennetegnes av asymmetri, kan signalisere symmetri i relasjonen mellom Petra og legen. Ytringen kommuniserer at legen og Petra skal finne ut av HUNT-resultatet sammen, og kan redusere avstanden mellom ekspert og lekmann og slik gi Petra større rom til å involvere seg i den kommunikative aktiviteten der HUNTs måleresultater skal tolkes og vurderes.

Adelswärd og Sachs (1998) viser at pasienter har problemer med å forholde seg til dekontekstualiserte tall og prosenter. I legens forklaring er det både snakk om tall («*ti til tyve prosent*») og om farger («*det grønne feltet*»), som er indikatorer for risiko som ikke nødvendigvis gir mening for den enkelte pasient (Adelswärd & Sachs 1996). Petra gir en rekke tilbakekoblingssignaler (linje 3, 5, 8, 10, 12, 16, 21, 24, 26, 35, 37, 39, 41 og 43) og svarer riktignok «*jaha*» i linje 21, men dette kan like gjerne være et signal om at hun trenger mer forklaring og/eller at legen skal fortsette, enn at Petra faktisk forstår legens forklaring. Utdraget er preget av en tydelig asymmetri med hensyn til hvem som initierer tema og ytringenes lengde og innhold, som er i tråd med et generelt bilde av en legekonsultasjon (Maynard 1991). I linje 22–23 sier legen «*asså a hvis vi tar (.) HUNDRE kvinner, som er akkurat i din situasjon, så vil (.) ti til tyve av dem ha fått en blodpropp fra søtti til åtti*» og legger til «*ikke mer og ikke mindre*» i linje 25. Denne ytringen forstår jeg som en måte å rekontekstualisere risikoskjemaets tall og farger på, for slik å danne et tydeligere bilde av Petras risiko. Ved å trekke inn statistikk om befolkningsrisiko relativiserer legen tallene fra HUNT ved hjelp av *abstraksjon* (Sarangi et al. 2003), som vil si at hun gjør en epidemiologisk innramming av Petras individuelle risiko ved hjelp av generelle befolkningstall. Legen er også tydelig på at høyt kolesterol og blodpropp henger sammen, og gir slik uttrykk for at det er risiko for blodpropp hos Petra. Ytringene kan forstås som forklaringsstrategier for å gjøre HUNT-resultatene mer tilgjengelige for Petra ved å sette dem inn i en ny og muligens mer forståelig ramme. Hollnagel (1999: 3) skriver: «The great challenge facing the general practitioner (GP) is to combine the

group-based knowledge with the knowledge about individual patients and to consider this combination in the context of patients' lives and their wider social and cultural milieu.» Hollnagel fremholder at særlig når det gjelder informasjon om risikofaktorer, er det komplisert å ivareta både pasientens og legens perspektiv, og at det ene behovet ofte skaper problemer for det andre.

Videre i linje 27 og 28 sier legen «*.hh det som ikke er med på det skjema, det er jo arven din, men arven er GOD så den går i (.) tiltaltes favør. og da får vi si*», og ler kort i linje 30. Som i eksempelet med Pernille (5.2.2) trekker legen inn en ekstra risiko- og forklaringsfaktor som skjemaet ikke tar høyde for, nemlig Petras arv. Latteren og den antakelig humoristisk konnoterte formuleringen («*tiltaltes favør*») kan bidra til å dempe alvor og mulig bekymring i tilknytning til risikosnakket forut. I linje 31 og 32 knytter Petra an til legens snakk om sykdomsrisiko når hun sier «*ja blodpropp har jeg nå ikke tenkt på, men hjerteinfarkt og sånt, da tenker jeg kolesterol*». Her kommenterer Petra både legens ytring om blodpropp og legger til hva hun selv har tenkt om sammenhengen mellom hjerteinfarkt og kolesterol. Petras ytring «*men hjerteinfarkt og sånt, da tenker jeg på kolesterol*» tolker jeg som et implisitt uttrykk for bekymring fordi hun selv gjør en kobling mellom egen kolesterolmåling og fremtidig sykdom. Legen oppgraderer risikobildet (33, 34 og 36) når hun sier at blodpropp også innebærer hjerteinfarkt, noe som kan se ut til å være ny informasjon for Petra. Legen driver en form for pasientopplæring når hun informerer om sammenhengen mellom kolesterol, blodpropp og hjerteinfarkt, og jeg forstår dette som en av flere sentrale aktiviteter i legekonsultasjonen. Sekvensen illustrerer også at legekonsultasjonen har en utfyllende funksjon med hensyn til HUNTs tilbakemeldingstekst, ved at deltakerne kan gi uttrykk for egne tanker om HUNT-resultatene og sykdomsrisiko og få umiddelbar tilbakemelding på disse av fastlegen.

Etter en oppklaring om sammenhengen mellom blodpropp og hjerteinfarkt introduserer legen i linje 48–50 staten som et ledd i vurderingen og forklaringen av Petras

sykdomsrisiko, på samme måte som i konsultasjonen med Pernille (5.2.3). Hun sier: «*og DA er det sånn. At (.) staten har sagt det at (.) DET syns de er SÅPASS mye risiko at hvis du ØNSKER, så kan du FÅ kolesterolsenkende medisin på blå resept.*». Staten får her funksjon som et sannhetsvitne og kan forstås som en støtte for legens forklaring og vurdering av Petras sykdomsrisiko, ettersom dette er en retningsgivende instans for Helse-Norge. Å trekke inn staten kan derfor gi legen en inngang til å snakke om sykdomsrisiko uten å måtte gi sin egen vurdering av Petras helse. En slik innføring i statens syn på Petras kolesterolverdi kan fortelle oss at snakk om risiko er sensitivt også for den som har en profesjonell rolle i samtalen, og at referansen til staten kan være en støtte for legen i så måte, kanskje særlig med hensyn til at Petra må fatte en beslutning om medisinering. Den økonomiske støtten som staten gir, kan forstås som sentralt for dette valget. Statens råd underbygges og gjøres relevant for Petra når legen i linje 52 og 53 legger til: «*.hh i DET (.) bildet må vi også legge til at (.) du hadde ikke ALTfor mye av det gode. Sånn at (0,5) profilen er ikke altfor god*». Her trekker legen inn supplerende informasjon fra HUNT-resultatene som aktuelle for tolkningen av Petras risikobilde. Ytringene inneholder samtidig to dempere («*ikke ALTfor mye*» og «*ikke altfor god*») som graderer risikobildet opp. Petra bekrefter legens ytring med et «*nei*» i linje 54, og etter en kort pause konkluderer legen i linje 55 med «*(2) det er i grunn det jeg har å si om ditt kolesterol.*» Vurderingen av Petras risiko ser med denne ytringen ut til å være avsluttet, og det er interessant å se at forklaringen og vurderingen av Petras sykdomsrisiko har blitt gjort med utgangspunkt i først et skjema basert på nasjonale retningslinjer og dernest statens retningslinjer for blå resept. Legen har ikke introdusert så mye annet utover hva skjemaet og det staten kan fortelle, foruten å trekke inn Petras arv og HDL-målingen fra HUNT3. Her gjøres med andre ord en veksling mellom befolkningsrisiko og individuell risiko. Petra stiller riktignok ingen spørsmål, og kanskje nettopp derfor blir denne forklaringssekvensen en ganske kort og konsis affære, der staten og skjemaet gis størst betydning i forklaringen av Petras sykdomsrisiko, i kraft av evidens.

5.2.6 Eksempel 6, Pål: «vi må si at det sannsynligvis er mye GENER ute og går»

Pål har deltatt i HUNT3, men han har også fått oppfølging hos fastlegen på grunn av hjertet tidligere. Etter deltakelsen i helseundersøkelsen har Pål fått brev om at han har et litt forhøyet kolesterolnivå og dessuten litt lite av det gode kolesterolet (HDL). I forkant av utdraget nedenfor har Pål og legen snakket om at Pål tidligere har vært hos en kardiolog ved sykehuset, og samtalen bærer preg av at legen allerede kjenner noe til Påls helsesituasjon.

1. D: vi kan ta en <e> runde på det i hvert fall,
2. det ER altså slik at når man- fem komma åtte ikke er et høyt tall,
3. men null komma seks er et relativt LAVT tall.
4. så du har (.) LITE av det snille.
5. Pål: [mm.]
6. D: [det be]<tyr>at (.) e vi må på en <måte> e oppfatte DEN ko- totalkoles- kolesterolen som
7. (.) holdt på å si litt høyere enn det den egentlig er, fordi .hh [det er]
8. Pål: [mm.]
9. D: mye av det slemme da, når det er lite av det snille.
10. Pål: mm.
11. D: .hh <e> og du HADDE en del hjerte-karsykdom i familien, hadde du ikke det?
12. Pål: mm.
13. D: <e> faren din?
14. var det det?
15. Pål: ja både han far min og moren hadde det. (.) [ja.]
16. D: [asså] <BEGGE har> hjerte-
17. e vi legger veldig vekt på ARV her da,
18. for dette er jo ikke (.) DU som lever så forferdelig usunt, nødvendigvis.
19. Pål: nei.
20. D: <e> vi kan ikke si at det er DERFOR det er sånn,
21. vi må si at (.) det er sannsynligvis mye GENER ute og [går.]
22. Pål: [°m°]
23. m[m.]
24. D: [så d]u har ARVET da fra (.) BEGGE. (.) [den]
25. Pål: [>m<]
26. D: RISIKOEN. [.hh]
27. Pål: [>ja.<]
28. D: e og da <tror> vi jo, asså (.) hvis klarer å le- redusere TOTALkolesterol,
29. (.) så reduserer vi det SLEMME,
30. men vi får egentlig ikke det snille til å STIGE,
31. men det stiger relativt. (1) for da [blir]
32. Pål: [ja.]
33. D: det MER IGJEN av det snille, når vi tar bort det slemme. (.) [m det]
34. Pål: [m.]
35. D: er sånn vi tenker da.
36. Pål: mm. [mm.]

37. D: [så da] TROR vi det er nyttig.
38. Pål: mm.

I linje 1 til 4 graderer legen opp risikoen knyttet til Pål's kolesterolresultat fra HUNT3. Hun peker på at selv om Pål ikke har et spesielt høyt kolesterol, har han lite av det gode kolesterolet, her benevnt med metaforen «*det snille*» kolesterolet, som er en omformulering (Sarangi et al. 2003). Legen bruker også omformuleringer som «*ikke* (…) *et høyt tall*» (2) og «*relativt LAVT tall*» (3) og rekontekstualiserer på denne måten målingene i brevet fra HUNT (Adelswärd & Sachs 1998, Linell et al. 2002, Hoffmann et al. 2003, Sarangi et al. 2003). I linjene 6, 7 og 9 forklarer legen hva HUNT-resultatene innebærer, når hun sier «*det betyr at e vi må på en måte e oppfatte DEN ko- totalkoles-kolesterolen som (.) holdt på å si litt høyere enn det den egentlig er, fordi .hh det er mye av det slemme da, når det er lite av det snille*». Ytringen tolker jeg som en ny omformulering ved at legen bruker andre ord for å gjøre HUNT-resultatet forståelig for Pål. Her peker legen på at kolesterolet ikke er så godt som det ut fra en isolert måling kanskje kan virke som, ettersom det lave måleresultatet av HDL, det «snille» kolesterolet, gir Pål et ugunstig totalkolesterol. Legen foretar slik en omformulering av HUNTs måleresultat og konklusjon om at Pål bør kontakte legen sin. Hun bruker ord som «*snill*» og «*slem*», som ikke er uvanlige benevnelser i kolesterolsammenheng, men som også er metaforer som kan sies å være en mer pasientvennlig uttrykksmåte enn den medisinske termen «*HDL*». Slik både involveres og inkluderes Pål i aktiviteten å forklare og vurdere HUNT-resultatene, som jeg forstår som det kommunikative prosjektet i dette utdraget av konsultasjonen. Pål bekrefter med korte tilbakekoblingssignaler at han følger legens ytringer, og signaliserer slik at legen kan fortsette.

I linje 11 trekker legen inn Pål's arv når hun sier «*.hh <e> og du HADDE en del hjerte-karsykdom i familien, hadde du ikke det?*», noe Pål bekrefter i linje 12. Å trekke inn arv har en parallell til genetiske veiledningssamtaler, hvor kartlegging av familiens medisinske historie er vesentlig for å kunne vurdere pasientens sykdomsrisiko (Thomassen & Sarangi 2012, Thomassen & Bjørnevoll 2012, Arribas-Ayllon, Sarangi &

Clarke 2011). Arv er en del av det medisinske bildet som HUNT ikke gav tilbakemelding på i sin risikovurdering, men som de i tilbakemeldingsbrevet skriver kan ha en betydning for totalvurderingen av for eksempel kolesterol. Legens ytring viser dessuten at hun har kjennskap til Pål og hans helsehistorikk fra før, noe som peker på konsultasjonenes sentrale funksjon ved at deltakerne får en oppfølging hos fastlegen som HUNT ikke gav i sin tilbakemelding til deltakerne i HUNT3. Snakk om arv som risikofaktor er altså et kjennetegn ved de HUNT-initierte konsultasjonene. Adelswärd og Sachs (1998) viser at det er en forskjell i oppfatningen av sykdomsrisiko som følge av egne livsstilsvalg og som følge av faktorer utenfor pasientens kontroll: «(…) risks are talked about and interpreted in different ways according to whether they are regarded as externally imposed or self-inflicted» (Adelswärd & Sachs 1998: 207). I linje 17 sier legen at det legges veldig vekt på arv som forklaringsfaktor for Påls sykdomsrisiko, og legger til i linje 18 «*for dette er jo ikke DU som lever så forferdelig usunt nødvendigvis*». Her gir legen eksplisitt uttrykk for at det ikke er Påls egne valg som har ført til kolesterolresultatet i HUNT3. Hun understreker dette i linje 20 og 21 når hun sier «*vi kan ikke si at det er DERFOR det er sånn, vi må si at det er sannsynligvis mye GENER ute og går*». Ved å peke på arv som sannsynlig forklaring på Påls kolesterol kan legens vurdering redusere usikkerhet om bakgrunnen for HUNT-resultatet og frita Pål for det moralske ansvaret (Adelswärd & Sachs 1998, Lupton 1993, se også 5.3.1) for kolesterolet. Arv som forklaringsfaktor ser ut til å ha en funksjon som en sensitivitetsstrategi (Linell & Bredmar 1996) ved at det fritar pasienten for ansvar for HUNT-resultatet, slik som her. Bruken av denne sensitivitetsstrategien kan bevare pasientens positive ansikt (Goffman 1967) ved at det ikke er Påls egne valg og livsstil som får skylden for kolesterolet.

5.2.7 Eksempel 7, Paula: «MEN at du LIGGER i løypa for å kunne FÅ det»

Etter å ha deltatt i HUNT3 har Paula fått tilbakemelding om at hun er i risikosonen for å utvikle lavt stoffskifte. I samtaleutdraget nedenfor, som er hentet fra ca. 3 minutter ut i samtalen, har Paula og legen i forkant gått gjennom resultatene slik de står i tilbakemeldingsbrevet fra HUNT. De har snakket om at lavt stoffskifte er typisk for

kvinner i Paulas alder, og legen har et ønske om å sammenligne med tidligere verdier som ligger lagret i Paulas journal, for å få et riktigere inntrykk av situasjonen. Rett i forkant av utdraget trekker legen inn arv som en årsak til stoffskiftesykdom, og Paula opplyser om at søsteren hennes har lavt stoffskifte.

1. Paula: NEI. (0,5) hun har <ikke> (1,5) som jeg kan e har registrert asså.
2. D: ((kremter)) nei.
3. Paula: hatt no problem nei.
4. D: det har hun ikke.
5. SKAL vi <se>.
6. .hh JAMMENMEG <har man ALDRI målt det på DEG>
7. Paula: nehei?
8. D: det var i grunnen rart, for det (.) trodde jeg NESTEN @ de gjorde ALLE,
9. jeg må BLA EN gang til, så jeg er sikker på det. (1,5) for DET er sånn som
10. Paula: vet du hva s-
11. (.) at asså nå KOMMER jeg også på at det ha må ha vært TATT en sånn prøve asså.
12. D: det er NEST[EN rart at det IK]KE
13. Paula: [men <e>]
14. D: er <gjort> men em (1)
15. for det er som sagt VELDIG nyttig med gamle prøver å SE om det er noe slags
16. UTVIKLING da.
17. Paula: hja.
18. D: i det. (1) <men e> (1) DET er det altså IKKE.
19. Paula: nei.
20. D: så da VET vi ikke fra FØR og da skal vi GJØRE som HUNT sier.
21. asså (.) DE verdiene du nå har (0,5) DE (.) sier ikke at du HAR lavt stoffskifte,
22. MEN at du LIGGER i løypa [for å kunne F]Å det.
23. Paula: [mm. ja.]
24. mm.
25. D: <e> og de [<sier> det]
26. Paula: [((kremter))]
27. D: sier jo OGSÅ noe at du har en SØSTER, for dette [ER] familiært.
28. Paula: [mm.]
29. mm.
30. D: <e> det er slik at e i noen familier så ER det sånn.
31. .hh VERDEN går ikke under av DEN grunn,
32. men (.) HAR <DU> merket noe ENDRING i kroppen DIN?
33. du har jo asså, da faktisk gått ned ti kilo FORDI du har slanka deg, du da.

I forkant av dette utdraget har altså legen og Paula sett på tilbakemeldingen Paula fikk etter HUNT3-deltakelsen, som sier at hun har anlegg for lavt stoffskifte. I linjene 5–18 snakker legen om nytten av å se på tidligere målte verdier av stoffskiftet, men det viser seg at en slik måling ikke er gjort, og dette er bakgrunnen for legens ytring i linje 20–22: «*så da VET vi ikke fra FØR og da skal vi GJØRE som HUNT sier. asså (.) DE verdiene du nå*

har (0,5) DE (.) sier ikke at du HAR lavt stoffskifte, MEN at du LIGGER i løypa for å kunne få det». Ytringen «*da skal vi gjøre som HUNT sier*» i linje 20 forteller noe om legens vurdering av Paulas risiko for sykdom. HUNT-resultatet alene ser ikke ut til å overbevise legen om at det er grunn til bekymring, og legen ser derfor et behov for å rekontekstualisere målingen og sammenligne med tidligere målinger. HUNT3-målingen gir kun en indikasjon på at stoffskiftet kan innebære en risiko på sikt, og er ikke en fasit, noe legen implisitt formidler her. Legen orienterer seg implisitt (Linell et al. 2002) mot Paulas sykdomsrisiko ved å tone ned HUNT-målingens betydning for Paulas situasjon her og nå. Ytringen i linje 20 tolker jeg som en nyansering av HUNT-resultatet, ved at en tidligere måling kunne bekreftet eller avkreftet om HUNT har rett i at Paula bør holde et øye med stoffskiftet.

Legen nyanserer imidlertid tilbakemeldingen fra HUNT når det gjelder forholdet mellom risiko og sykdom, når hun i linje 21 og 22 sier at verdiene ikke betyr at Paula har lavt stoffskifte «*men ligger i løypa for å kunne få det*». Her rekontekstualiserer legen HUNT-resultatet ved å gi uttrykk for et sannsynlig scenario frem i tid, såkalt *temporalisering* som handler om å relativisere risiko ved å påkalle en tidsakse (Sarangi et al. 2003: 163). «*At du ligger i løypa for å kunne få det*» er et uttrykk for legens vurdering av sannsynligheten for at Paula får høyt stoffskifte i fremtiden, og sammen med ordet «*kunne*» gir legens ytring uttrykk for at dette er hypotetisk på nåværende tidspunkt. På denne måten normaliseres HUNT-resultatet ved at Paulas sykdomsrisiko graderes ned.

Ytringen antyder også at Paula er en type pasient som ikke ville vært på legekontoret hvis det ikke var for HUNT3, da de fleste av oss først besøker legen ved symptomer på at noe er i gjære. Slik er samtalen med Paula et eksempel på en av konsekvensene av screening, som er flere besøkende på legekontoret uavhengig av helsetilstand (Roksund et al. 2016, Skolbekken 2008). Mange av de som kontakter fastlegen i etterkant av HUNT3-deltakelsen, har ikke fått noen diagnose, det kan til og med hende at de ikke har

noen symptomer som tilsier at et helseproblem er i emning. Likevel har legen fått en «pasient» på kontoret, en person som slett ikke trenger å føle seg som en pasient, men som like fullt har blitt bevisst et potensielt helseproblem som hun ikke kjente til før hun deltok i HUNT3. Denne typen pasient er hva Gjernes og Måseide (2008) benevner som «risikopasienter» og «forebyggingspasienter». Benevnelsen omfatter mennesker som forstås som pasienter i kraft av sannsynligheten for at sykdom inntreffer, og man får et ekstra ansvar for å ikke bli syk. Deltakere i HUNT3, og screening for øvrig, er et godt eksempel på denne gruppen. Ytringen fra legen i linje 21–22 trekker veksler på denne pasientrollen, og i lys av denne ytringen kan konsultasjonen minne mer om en genetisk veiledningssamtale (Thomassen & Sarangi 2012) enn en konsultasjon på fastlegekontoret, fordi legens jobb handler mer om å vurdere en risiko for sykdom i fremtiden enn et reelt helseproblem her og nå. Når legen trekker frem det arvelige aspektet i linje 27, peker dette også i retning av aktiviteten i en genetisk veiledningssamtale, hvor temaet risiko relatert til den medisinske familiehistorien er av høy relevans (Thomassen & Sarangi 2012).

5.2.8 Eksempel 8, Pia: «hva er HØYT da?»

Pia har fått en kommentar om at prøven som ble tatt av stoffskiftet hennes da hun deltok i HUNT3, indikerer risiko for lavt stoffskifte. Dersom stoffskifteprøven TSH var avvikende fra det som ble ansett som normalverdier, tok HUNT en ekstra prøve av stoffskiftehormonet tyroksin, og dette er anført i Pias tilbakemeldingsbrev. Transkripsjonsutdraget er hentet fra konsultasjonens begynnelse, og i forkant av utdraget nedenfor har legen sagt at hun synes det er greit å notere ned alle HUNT-resultatene i Pias journal.

1. D: (1) så det er liksom stoffskiftet egentlig de snakker om, når det gjelder DEG.
2. Pia: (1) ja.
3. D: og [da]
4. Pia: [(X)] sto nederst der ja.
5. D: når det gjelder stoffskiftet, så er det som sagt ALLTID lurt å gå TILBAKE på GAMLE verdier,
6. og det HAR vi på (.) nesten ALLE.
7. i totusenogSEKS målte jeg det hos deg.
8. i mai to år siden.

9. Pia: mm?
10. D: og da hadde du hh tolv komma seks og nå har du tretten komma fem av .hh MENGDE <e> (.)
11. <m> mengde stoffskiftehormon.
12. Pia: hva er HØYT da?
13. D: n HØYT ER, asså det er ikke HØYT vi <egentlig> de snakker om her.
14. [det er LAVT. (.) ja.]
15. Pia: [det er lavt. (.) det er la]vt ja.
16. D: LA[VT]
17. Pia: [m.]
18. D: er faktisk UNDER <NI>, så du- du har ikke SÅ lavt,
19. men det er alltid interessant å se om du har lavere enn det du hadde FØR.
20. om du er på tur opp eller ned, eller hvor du er på tur hen.
21. Pia: mm.
22. D: men (.) du har egentlig ganske stabil,
23. en verdi på tolvtallet for to år siden og trettentallet nå. .hh
24. Pia: mm.
25. D: mens (.) den derre (.) TSH DET er HJERNENS OPPFATTELSE AV (1) situasjonen.
26. (1) e det er slik at hvis HJERNEN tenker, eller ikke tenker, men OPPFATTER at OJ,
27. her ser det ikke helt bra ut, det er noe på GANG. .
28. hh så (.) reagerer den med å stige,
29. og den har steget (.) LITT fra (.) tre komma tolv, til (.) nesten fem.
30. Pia: m.
31. D: det KAN tyde på (.) at det er ting i- på gang som (.) er i FERD med å gi deg et lavt stoffskifte.
32. Pia: m[m.]
33. D: [selv] om det ikke har GJORT det enda.
34. Pia: ja vel.
35. D: =for det er INNENFOR normalområdet,
36. hh og (.) når de har oppdaget dette, så har de (.) målt (.) HAR du (.) ANTISTOFFER i kroppen din.
37. asså er det slik at KROPPEN din (.) driver og ANGRIPER skjoldbruskkjertelen
38. og SVEKKER dens evne til å lage det (.) hormonet. .
39. hh og de antistoffene HAR du. .
40. hh og DA <er> det det neste spørsmålet. (.)
41. er det mye stoffskiftesykdom i familien?
42. Pia: (1) ja mamma har vært på sånn undersøkelse og HUN og har fått brev da.
43. D: ja.
44. Pia: .hh om det samme,
45. <også> (.) har jeg ei søster <som har> gått på tabletter ei stund.
46. D: FOR lavt stoffskifte.
47. Pia: ja.
48. D: ja. .hh så det BETYR at e DERE i DIN familie, så har dere en egenskap med at dere .hh
49. sannsynligvis, hvert fall kvinnene, utvikler <e> noe som GÅR i retning av lavt stoffskifte
50. gjennom livet.
51. Pia: mm.

I forkant av utdraget gjør legen en jobb med å rydde enkelte HUNT-resultater til siden, ved å slå fast hvilke resultater som er gode. Dette forstår jeg som en måte skape et felles tematisk fokus på, samtidig som orienteringen mot normalitet skaper en ramme for den videre samtalen. Denne «ryddesekvensen» ser ut til å være en fast post i konsultasjonene i mitt materiale, noe som kan tyde på at legen rutinemessig rekontekstualiserer HUNT-resultatene. I ytringene i forkant av transkripsjonsutdraget

har legen slått fast at både blodsukker, kolesterol og blodtrykk var bra, og konkluderer så med «*så det er liksom stoffskiftet egentlig de snakker om, når det gjelder DEG*» (linje 1). Dermed danner Pias sykdomsrisiko ramme for den videre samtalen, samtidig som ordet «*liksom*» kan leses som en demper og dermed et uttrykk for å gradere ned risikotematikken. Pia bekrefter legens konklusjon i linje 4 når hun sier «*sto nederst der ja*», som jeg leser som at hun henviser til kommentarfeltet i tilbakemeldingsbrevet som står nederst på brevets første side. Både legen og Pia trekker inn HUNT-resultatet i samtalen, som retningsgivende for samtalens tema.

Legen peker på nytten av å se på gamle verdier (linje 5 og 19) når hun vurderer Pias stoffskifte. Ytringene er beskrivende for fastlegens betydning som ledd i HUNT3, ettersom dette er informasjon som HUNT ikke trekker inn i sin vurdering av hver enkelt deltaker. Når legen sammenligner stoffskiftehormonet fra to år tilbake med resultatet fra HUNT (linje 7, 8 og 10), responderer Pia med ytringen «*hva er HØYT da?*» (linje 12). Ytringen illustrerer en kjent problematikk når det gjelder risikoformidling fra profesjonelle til lekmenn, nemlig utfordringen med å forstå hva numeriske verdier faktisk betyr med hensyn til helsa (Adelswärd & Sachs 1996; 1998). Pia introduserer med spørsmålet en sekvens i samtalen hvor legen forklarer hva HUNT-resultatet betyr, gjennom å omformulere (Sarangi et al. 2003) den numeriske verdien. Dette gjør hun blant annet gjennom å reparere Pias ytring, når hun sier at det ikke er høye verdier som indikerer risiko, men lave (linje 13–14 og 16), og Pia bekrefter at hun forstår det legen sier, i linje 15 («*det er lavt det er lavt ja*»). I linje 18–20 graderer legen Pias risiko for lavt stoffskifte ned når hun sier at Pia ikke har «*SÅ lavt*», ettersom Pias måleverdi ikke er innenfor området for lavt stoffskiftehormon, men presiserer samtidig igjen nytten av å sammenligne med gamle verdier for å se «*om du er på tur opp eller ned*» (linje 20). Igjen graderer legen Pias sykdomsrisiko ned i linje 22–23 når hun sier «*men (.) du har egentlig ganske stabil, en verdi på tolvtallet for to år siden og trettentallet nå*». Ytringen kan leses som en forsikring der ordet «stabil» indikerer normalitet (Bredmar & Linell 1999).

I linje 25–27 forklarer legen bakgrunnen for HUNTs kommentar om risiko ved å omformulere resultatet om stoffskiftet: «mens (.) den derre (.) TSH DET er HJERNENS OPPFATTELSE AV (1) situasjonen. (1) e det er slik at hvis HJERNEN tenker, eller ikke tenker, men OPPFATTER at OJ, her ser det ikke helt bra ut, det er noe på GANG». Hun tar utgangspunkt i hjernens oppfattelse og reaksjon og bruker dempere som «LITT», «nesten» (29) og «KAN tyde på» (31), som graderer risikoen ned. Dette er en omformulering av HUNTs tall og målinger og viser et forsøk på å tydeliggjøre at selv om den ene stoffskifteprøven indikerer risiko, behøver det likevel ikke å være risiko for sykdom i Pias tilfelle. Det kan se ut som at denne situasjonen er et tilfelle hvor en befolkningsundersøkelse, på samme måte som screening (Shickle & Chadwick 1994), fører til et risikofokus som ikke nødvendigvis er reelt, og som dermed gir legen en ekstra oppgave med hensyn til å rekontekstualisere og gradere ned den risikoen som HUNT3 tilsynelatende har påvist.

I linje 35 forsikrer legen eksplisitt om at Pias måleresultat er normalt når hun sier «for det er INNENFOR normalområdet" (med trykk på «innenfor»). I sekvensen som følger i linje 36–39 fortsetter legen sin forklaring av hvordan HUNT har gått frem når de har endt opp med å konkludere med at Pia har risiko for lavt stoffskifte. Dette er et eksempel på forklaringsstrategien «constructed dialogue» (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011: 75–76), hvor legen tar stemmen til HUNT når hun sier «*HAR du ANTISTOFFER i kroppen din*», som et eksempel på hvordan HUNT har tenkt når de har tatt tyroksinprøven. I linje 40 trekker legen samme konklusjon som HUNT («*og de antistoffene HAR du*»), men følger opp med et spørsmål som det bare er dette leddet i kommunikasjonskjeden i HUNT som tar aktivt inn i vurderingen: «*er det mye stoffskiftesykdom i familien?*». Igjen er arv et sentralt tema i vurderingen av sykdomsrisiko, som jeg forstår som et sentralt ledd i å redusere usikkerhet om HUNT-resultatet. I linje 43 bekrefter Pia at lavt stoffskifte ligger i familien, fordi moren har fått beskjed fra HUNT om samme resultat. I tillegg har søsteren gått på tabletter en stund for lavt stoffskifte (linje 46). Denne informasjonen er med på å validere HUNT-resultatet, slik legen også konkluderer med i linje 49–51. Hun

relativiserer Pias risiko gjennom formuleringer som «*sannsynligvis*» og «*går i retning av*», som graderer Pias risikobilde opp, men samtidig har en dempende funksjon på den måten at Pias situasjon ikke er akutt. Gjennom å trekke inn arv som ressurs for evidens reduserer legen usikkerhet og kan heller snakke om sannsynlighet for at sykdom kan inntreffe.

5.3 Uro og bekymring for sykdomsrisiko

En viktig del av legens kommunikative oppgave kan synes å være det å dempe (potensiell) uro og bekymring hos deltakere som har fått påvist en eller annen grad av sykdomsrisiko. En uttalt konsekvens av screeningundersøkelser, slik som HUNT3, er at de kan resultere i mer uro og bekymring knyttet til sykdomsrisiko enn hvis man ikke deltar i slike helseprogram (Skolbekken 1996; 2010). En «diagnose» som resultat av økt fokus på sykdomsrisiko er de såkalte «worried well» (Shickle & Chadwick 1994), som omfatter mennesker som til tross for fravær av sykdom er bekymret og urolige for helsa si. Det er derfor plausibelt at en stor helseundersøkelse som HUNT3 kan medføre en økning av mennesker i befolkningen som faller inn i denne kategorien. I de følgende utdragene ønsker jeg å gå i dybden på sekvenser hvor pasientene som har deltatt i HUNT3, på ulike måter gir uttrykk for det jeg tolker som uro og bekymring for HUNT-resultatet. Jeg vil se nærmere på hvordan dette fokale temaet utspiller seg og håndteres kommunikativt.

5.3.1 Eksempel 1, Pernille: «ja nei asså jeg tenker jo på risikoen om å ha høyt kolesterol»

Transkripsjonsutdraget nedenfor er hentet fra Pernilles konsultasjon hos fastlegen. Etter å ha deltatt i HUNT3 har Pernille, som nevnt i 5.2.1, fått et tilbakemeldingsbrev som sier at det ble påvist høyt kolesterol i helseundersøkelsen. Hun har derfor tatt kontakt med fastlegen, og utdraget nedenfor er hentet fra konsultasjonens begynnelse, etter noen innledende ytringer.

```
1.  D:         og du har jo vært i overgangsalder i
2.             mellomtiden,
3.             så [det er nok] forklaringen [på at det] har
4.  Pernille:     [<ja>]                    [åja.]
5.  D:                 steget, for det ser jo ikke ut som du har endret livsstil så veldig
6.  Pernille:  <nei>. °<jeg>° egentlig ikke [har ikke]
7.  D:                                      [nei du holder] deg slank [@@]
8.  Pernille:                                                         [°mm°]
9.  D:         DA er det <sånn> med høyt <kolesterol>.
10.            det er jo interessant å vite hva du tenker. (1) om det.
```

11. Pernille: <ja> nei asså jeg tenker jo <på> risikoen om å <°ha> høyt kolesterol.
12. vi [kan vel]
13. D: [ja.]
14. Pernille: tenke hjerte <kar> og°
15. D: =ja.
16. Pernille: også er vi e <er> i fra en familie som er arvelig belasta med hjertesykdom.
17. så det gjør jo også at det [X].
18. D: [<det>] akkur[at. HVEM] i familien din HAR det?
19. Pernille: [m hja] ja det <er asså> på farssida.
20. ikke far min har hatt noe hjerteinfarkt eller [sånn men] e søsken og [(.)] søskenbarn.
21. D: [<nei>] [ja.]
22. Pernille: [og farfar]en min.
23. D: [på far] så MANGE i hans famili[e, m]en
24. Pernille: [ja]
25. D: IKKE faren din.
26. Pernille: n[ei.]
27. D: [hja.] enn på morssida?
28. Pernille: nei ikke så mye der.

I forkant av utdraget har legen blant annet introdusert en «perspective-display sequence» (PDS) (Maynard 1989), forstått som et spørsmål hvor legen i dette tilfellet inviterer pasientens perspektiv og forståelse knyttet til kolesterolresultatet. Den forståelsen som kommer til uttrykk, vil i neste omgang legen kunne knytte an til. Pernille har fortalt at hun ikke har målt kolesterolet siden hun deltok i HUNT2, men at det nå har steget siden den gang. I linje 1 til 3 sier legen «*og du har jo vært i overgangsalder i mellomtiden, så det er nok forklaringen på at det har steget, for du ser jo ikke ut som du har endret livsstil så veldig*». Legens ytring kan forstås som siste ledd i den introduserte sekvensen fra samtalens innledning, ved at den bygger på Pernilles svar om forrige HUNT-måling. Legens forklaring om overgangsalderen kan ses i sammenheng med det moralske ansvaret som kan forstås som en latent tematikk som lanseres gjennom deltakelse i HUNT3. Basert på Douglas (1990) skisserer Lupton (1993) to tilnærminger til sykdomsrisiko. På den ene siden står risiko på bakgrunn av eksterne faktorer, som for eksempel luftforurensning. Denne tilnærmingen fritar individet for ansvar for sykdomsrisiko, da faktorene ligger utenfor individets kontroll. På den andre siden setter hun risiko på bakgrunn av egne livsstilsvalg, som understreker et moralsk ansvar, og hvordan livsstilsvalg er potensielt sykdomsfremkallende:

> (…) the dominant theme of lifestyle risk discourse is the responsibility of the individual to avoid health risks for the sake of his or her own health as well as the greater good of society. According to this discourse, if individuals choose to ignore health risks they are placing themselves in danger of illness, disability, and disease, which removes them from a useful role in society and incurs costs upon the public purse. (Lupton 1993: 429)

Legen orienterer seg mot Pernilles sykdomsrisiko ved at hun oppgraderer risikoen i sin forklaring når hun refererer til indirekte evidens for risiko signalisert med et forbehold («*nok*») (Thomassen & Sarangi 2012), men fritar samtidig Pernille for det moralske ansvaret for kolesterolresultatet. Legen forklarer hvorfor Pernilles kolesterol har steget, en forklaring som orienterer seg mot risiko ved å normalisere resultatet med en opplysning om hvordan overgangsalderen kan ha betydning for økt kolesterol. Legen forklarer HUNT-resultatet med at det ligger utenfor Pernilles kontroll, nemlig overgangsalderen. Slik holdes Pernille selv ikke ansvarlig for det økte kolesterolet, da overgangsalderen er en faktor man ikke råder over. Forklaringen kan også få det økte kolesterolet til å fremstå mindre urovekkende, spesielt når legen legger til at det ikke ser ut som Pernille har endret livsstil (linje 5), som impliserer at det fritar Pernille for ansvar. Pernille sier seg enig (linje 6), og ytringen «*Nei du holder deg slank*» (linje 7) tyder på at legen mener at Pernilles livsstil ikke er årsaken til HUNT-resultatet. Legen tegner et bilde av Pernilles helsetilstand som lite oppsiktsvekkende, økt kolesterol etter overgangsalder er følgelig å anse som normalt. Bredmar og Linell (1999) beskriver «normality talk» som en diskursiv ressurs (se 2.5.4) for å gi støtte og vise solidaritet med pasienten, og for tolkning av variasjoner, avvik og forandringer i en lege–pasient-samtale (Bredmar & Linell 1999: 257). Normalitet blir en kommunikativ ressurs å orientere seg mot, både for å rekontekstualisere HUNT-resultatet og for å dempe mulig uro og bekymring hos pasienten.

I linje 9 og 10 sier legen «*DA er det sånn med høyt kolesterol. Det er jo interessant å vite hva du tenker (1) om det*». Det kan se ut som at legen avbryter seg selv i linje 9, som jeg tolker som begynnelsen på en forklaring om kolesterol. I stedet munner turen ut i en ytring som kan forstås som en introduksjon til en PDS ved at den inviterer til at Pernille

sier noe om sin forståelse av høyt kolesterol. Det kan forstås som en inngang til å knytte an til uttalt bekymring eller til misoppfattelser av hva det vil si å ha forhøyet kolesterol, for å kunne ta dette med inn i den videre vurderingen og forklaringen av HUNT-resultatet.

I linje 11 til 17 ser vi neste ledd i den innledede sekvensen (PDS) når Pernille svarer på legens spørsmål: «*ja nei asså jeg tenker jo på risikoen om å ha høyt kolesterol, vi kan vel tenke hjerte kar og, også er vi e er i fra en familie som er arvelig belasta med hjertesykdom, så det gjør jo også at det X*». Legen ytrer små tilbakekoblingssignaler underveis («ja»), som fungerer som godkjennende interaksjonsmarkører som gir signal om at legen forstår, og at Pernille skal fortsette å snakke. Pernille gir i ytringen eksplisitt uttrykk for at hun tenker på risikoen det medfører for hjertesykdommer ved å ha høyt kolesterol. Her ser vi at legens spørsmål skaper rom for at Pernille kan gi uttrykk for bekymring når det gjelder HUNT-resultatet, en bekymring som legen kan ta hensyn til i den videre samtalen. Pernille trekker også inn temaet arv, som legen knytter an til i linje 18. Når legen spør om hvem i familien som har hatt hjertesykdom, viser dette at hun forstår individuell risiko i relasjon til familiær risiko, som igjen er basert på befolkningsrisiko. Dette ligner trekk ved genetiske veiledningssamtaler (Thomassen & Sarangi 2012). Å knytte an til arv blir en metode for å gradere Pernilles sykdomsrisiko opp eller ned og for å ramme inn risiko som genetisk betinget og ikke i relasjon til Pernilles livsstil.

5.3.2 Eksempel 2, Per: «det er jo det blodtrykket som har forfulgt meg i flere år det nå da»

I tilbakemeldingsteksten deltakerne får fra HUNT3, anmodes alle som har deltatt i undersøkelsen, om å ta med brevet med resultater neste gang de oppsøker fastlegen, selv om de ikke har fått noen kommentar fra HUNT om noe som bør følges opp spesielt. I det neste samtaleutdraget har pasienten Per tatt med tilbakemeldingsteksten fra

HUNT3 til fastlegen sin selv om han ikke har fått noen slik kommentar, og han har heller ikke noe annet ærend enn resultatene fra HUNT3. I forkant av utdraget nedenfor har legen sett over resultatene og konstatert at HUNT ikke har kommentert «*noe som helst*». Hun foreslår likevel at de skal gå gjennom resultatene sammen, slik at Per får innsikt i hva HUNT har gjort:

1. D: .hh totalkolesterol fire komma fem, er (.) VOLDSOMT bra.
2. (1) .hh e (.) det SNILLE kolesterolet-
3. (.) det er slik at (.) man kan jo ha en fin (.) totalkolesterol,
4. men allikevel LITE av det snille, sånn at v [i bl]ir (.) bekymra
5. Per: [°m.°]
6. D: men du har (.) over en komma null,
7. og det skal man ha (.) hvis vi skal si at det er bra.
8. Per: mm.
9. D: .hh og blodtrykket hundreogførtisju over nittifire
10. (0,5) der kan man jo si at (.) HADDE du ligget under nitti, så hadde det vært (1) ENDA bedre.
11. Per: °m.°
12. D: så (.) hvis vi skal kommentere noe som helst, så .hh (1) KANSKJE vi skulle si at det
13. blodtrykket kan vi kanskje følge litt [med.(.) men]
14. Per: [m. det er jo det] blodtrykket som har forfulgt meg (.) i
15. flere år det nå da.
16. D: =>ja.< .hh men (.) det er liksom det ENESTE som de har funnet <e>
17. [de har- de har egent]lig
18. Per: [((kremter to ganger))]
19. D: ikke kommentert det for det er ikke SÅ høyt at [det]
20. Per: [nei.]
21. D: er noe <sånn> himmelropende.
22. Per: jeg diskuterte det jo nedpå der
23. <og> sa det at det var godt innenfor det hh som var akseptabelt da.
24. D: ja. og BEDRE enn det du hadde i februar, når du var HER.

Legen har i forkant av utdraget benyttet forsterkende og normaliserende uttrykk for å understreke at Pers blodsukker- og stoffskifteresultat fra HUNT3 var gode, blant annet «*knallnormalt*» og «*normalt, ferdig med det*». Disse språklige forsikringene om normalitet benytter hun videre i linje 1–7, hvor hun går gjennom Pers kolesterolmåling: «*.hh totalkolesterol fire komma fem, er (.) VOLDSOMT bra. (1) .hh e (.) det SNILLE kolesterolet- (.) det er slik at (.) man kan jo ha en fin (.) totalkolesterol, men allikevel LITE av det snille, sånn at vi blir (.) bekymra, men du har (.) over en komma null, og det skal*

man ha (.) hvis vi skal si at det er bra.». Legens vurdering «VOLDSOMT bra» består igjen av en forsterkning («voldsomt» med trykk), som er nok en normaliserende ytring som kan ha som funksjon å forsikre Per om at han ikke har noe å uroe seg for. Hun rekontekstualiserer også måleresultatet ved hjelp av omformuleringer (Sarangi et al. 2003) som «*det snille*», «*fin*» og «*og det skal man ha hvis vi skal si at det er bra*», som kan være en måte å gjøre måleresultatene mer forståelige for Per på, samtidig som han får en ny forsikring om at også kolesterolet er bra. Legen bruker også en abstraksjon (Sarangi et al. 2003: 159) når hun sier «*det er slik at (.) man kan jo ha en fin (.) totalkolesterol, men likevel LITE av det snille, sånn at vi blir (.) bekymra*» (linje 4), hvor pronomenet «man» antyder at det er en generalisering som ikke dreier seg om Per. Dette understrekes av ytringen i linje 6–7: «*men du har (.) over en komma null, og det skal man ha (.) hvis vi skal si at det er bra*» hvor «men» markerer kontrasten til den generaliserende vurderingen, og pronomenet «du» eksplisitt kommuniserer at Pers resultat står i kontrast til det som gjør at «*vi blir bekymra*». Per gir jevnlig små tilbakekoblingssignaler («*mm*») i linjene 5, 8, 11 og 20, som gir legen tegn til å fortsette.

I linjene 9 og 10 sier legen «*.hh og blodtrykket hundreogførtisju over nittifire (0,5) der kan man jo si at (.) HADDE du ligget under nitti, så hadde det vært (1) ENDA bedre*», en ytring jeg tolker som nok en forsikring om at Pers helse er god, men som også sier at det er forbedringspotensial der. Dette er det eneste måleresultatet som peker i retning av mulig sykdomsrisiko, noe den neste ytringen fra legen også peker på: «*så (.) hvis vi skal kommentere noe som helst, så .hh (1) KANSKJE vi skulle si at det blodtrykket kan vi kanskje følge litt med. (.) men*» (12–13). I denne ytringen bruker legen flere dempere («*noe som helst*», «*KANSKJE*» med markert trykk, «*kanskje*» igjen og «*litt*»), som kan tyde på at legen vil tone ned antydningen om sykdomsrisiko og tydeliggjøre det hypotetiske i denne. Gjennom denne innrammingen signaliserer legen at Pers helse først og fremst er god, og antydningen til sykdomsrisiko settes i bakgrunnen. I linje 14 og 15 uttrykker Per at han er innforstått med den mulige sykdomsrisikoen ved blodtrykket hans når han sier «*m. det er jo det blodtrykket som har forfulgt meg (.) i flere*

år det nå da.». Verbet «forfulgt» er et billedlig uttrykk som blir en ressurs i en problemformulering og uttrykker at blodtrykket er problematisk og urovekkende. Dette uttrykket for vedvarende uro kan være en bakenforliggende faktor for at Per har bestilt time for oppfølging fra fastlegen, til tross for manglende kommentar fra HUNT om sykdomsrisiko. Legen orienterer seg mot pasienten sitt utsagn som uttrykk for uro når hun i linje 16 til 21 sier: «*=>ja.< .hh men (.) det er liksom det ENESTE som de har funnet <e> de har- de har egentlig ikke kommentert det for det er ikke SÅ høyt at det er noe <sånn> himmelropende*», en ytring som nok en gang bidrar til å normalisere Pers helse gjennom dempende uttrykk som «*liksom det ENESTE*», «*egentlig ikke*», «*ikke SÅ høyt*» og til slutt uttrykket «himmelropende», som kan betegnes som en overdrivelse for å gjøre poenget tydelig. Per svarer i linje 22 «*jeg diskuterte det jo nedpå der <og> sa det at det var godt innenfor det hh som var akseptabelt da*». «*Nedpå der*» refererer mest sannsynlig til oppmøtestedet for helseundersøkelsen, og ytringen forteller oss at Per allerede har brakt temaet blodtrykk på bane da han deltok i HUNT3, og fått bekreftelse av helsepersonellet han snakket med der, om at blodtrykket var innenfor normalen. Dette bekrefter legen igjen i neste linje (24) når hun sier «*ja. og BEDRE enn det du hadde i februar, når du var HER*» som blir en ekstra forsikring om at blodtrykket er normalt – og dessuten på rett vei (jf. «*og BEDRE enn*») i et forbedringsperspektiv.

Utdraget ovenfor forteller oss at Per i bunn og grunn har lite å bekymre seg for helsemessig med bakgrunn i de målingene som ble tatt da han deltok i HUNT3. Når Per likevel har valgt å kontakte fastlegen sin på bakgrunn av tilbakemeldingen fra HUNT, kan dette leses som et behov for en forsikring ansikt til ansikt fra en profesjonell som kjenner hans medisinske historie og kan sette måleresultatene inn i en kontekst som gir mening for ham. Per kan sies å være en representant for den gruppen som benevnes som «the worried well» (Shickle & Chadwick 1994), en gruppe det er tenkbart at får flere «medlemmer» gjennom en masseundersøkelse som HUNT3 (Forssén et al. 2011) (se kapittel 1).

5.3.3 Eksempel 3, Peder: «hadde ikke tenkt over det her nei»

I det følgende samtaleutdraget, som er hentet fra samtalens innledning, er det Peder som har kontaktet fastlegen sin etter at en beintetthetsmåling gjort i HUNT3 viser at høyden hans er noe redusert, samt at kolesterolmålingen viser at han har litt lite HDL-kolesterol:

1. D: =ja. da kommer du med hunt-svarene dine vet [du].
2. Peder: [ja]
3. D: =<hva> har du funnet ut der?
4. Peder: <e> jo. (.) det er første gangen jeg har vært med på hunt.
5. D: ja.
6. Peder: for det at jeg har liksom ikke tenkt videre på det her frisk og rask gutt.
7. <han er> [(XX)]
8. D: [tåler det meste]
9. Peder: em e klarer det meste.
10. også kanskje jeg har vært LITT <e> re- spekulativ opp <imot e> personvern og ting
11. og tang.
12. D: ja.
13. Peder: men med med årene så har <jo> hodet begynt å fungere littegrann.
14. D: ja. @[@@@]
15. Peder: [er kanskje i]kke så dumt allikevel å få undersøkt kroppen.
16. D: ja.
17. Peder: og i og med at en passerer førti år også tror jeg (.) dærsken og, sånne ting er litt XX
18. også (.) tenker man LITT på hvordan det ser ut INNI kroppen.
19. D: ja.
20. og hva slags svar fikk du?
21. Peder: m jo. det var liksom <e>.
22. hadde ikke tenkt over det her nei.
23. D: nei.
24. Peder: jeg har krympa.
25. D: <i> centimeter?
26. Peder: i centimeter og bein- ramma har blitt mindre.
27. D: ja du har vært på <beintetthetsmåling> [du ja].
28. Peder: [jeg fikk] full pakke heldigvis.
29. D: ja.
30. [det gjorde du vet du]
31. Peder: [<jeg>] det VAR jeg (.) VELDIG glad for egentlig.
32. D: <mm.>
33. Peder: fordi at <e> med blodprøve og ting og tang, man kan jo finne <mye> der og men
34. D: du har ikke med dem?
35. Peder: <jeg> [har noe annet]
36. D: [du fikk et sånt <grønt>] skjema [med sånn kolesterol og]
37. Peder: [ja det ligger <i]> >hæ<?
38. D: det har du <der> ja.
39. Peder: =så (.) det var <veldig> positivt med <den> utvida prøven.
40. D: det var det vet du.
41. da skal vi <s[e> hva den- skal vi ta]

42. Peder: [(X) <den e>]
43. D: den først? (.) for det er den jeg er <lik[som>]
44. Peder: [ja]
45. D: vi begynner med den, for det [er liksom] det jeg ser MEST av.

I linje 1 og 3 rammer legen inn konsultasjonen som en HUNT-initiert legekonsultasjon når hun sier «*ja. Da kommer du med HUNT-svarene dine vet du. Hva har du funnet ut der?*». Ytringen leser jeg som første ledd i en «perspective-display sequence» (PDS) (Maynard 1989). Gjennom å spørre Peder hva «han» har funnet ut, gir legen plass til at Peder kan fortelle om HUNT-resultatet med egne ord. Peders svar gir legen innblikk i hvordan Peder forstår HUNT-resultatet, og om det er noe ved hans forståelse som legen skal ta spesielt hensyn til i den videre konsultasjonen, for eksempel om det er noe han ikke forstår, eller om han uttrykker bekymring for resultatet.

Ved å forme spørsmålet som hva *Peder* («du» i linje 3) har funnet ut, orienterer legen seg mot Peders fortolkning av resultatene, snarere enn å spørre om hva HUNT har skrevet i brevet. I linjene 4 til 11 får vi vite at Peder ikke har deltatt i HUNT tidligere, og jeg tolker det han sier, som at han frem til HUNT3 har vært kritisk til HUNT med hensyn til personvernet i undersøkelsen («*også kanskje jeg har vært LITT <e> re- spekulativ opp <imot e> personvern og ting og tang*», linje 10 og 11).

I linje 4–11 gjøres noen av temaene vi kjenner igjen fra HUNTs rekrutteringstekster og nettsidene sentrale (se kapittel 4.2.6, 4.2.7, 4.3.2 og 4.3.4). Peder trekker veksler på flere aktualiserte tema knyttet til HUNT sin virksomhet, nemlig problemstillinger om personvernet, som jeg tolker som uttrykk for bekymring for eget personvern. I linjene 13, 15, 17 og 18 sier han imidlertid at «*men med årene har jo hodet begynt å fungere littegrann*», «*er kanskje ikke så dumt allikevel å få undersøkt kroppen*» og «*i og med at en passerer førti år også tror jeg dærsken og, sånne ting er litt XX også tenker man litt på hvordan det ser ut INNI kroppen*». Peder kommenterer riktignok ikke resultatet sitt med en gang, men det han sier, kan likevel gi legen relevant informasjon gjennom at det får frem at det er første gangen han har fått denne typen helsesjekk, og hvorfor. Peders

tidligere bekymring for personvernet i HUNT ser ut til å ha blitt erstattet med en latent bekymring for egen helse. At Peder går en liten «omvei» med hensyn til å svare på spørsmålet om HUNT-resultatet, er sannsynligvis årsaken til at legen på nytt spør i linje 20 «*og hva slags svar fikk du?*», en mer direkte måte å be om resultatene fra HUNT på enn spørsmålet i linje 3.

I linje 22–26 forteller Peder at resultatet fra HUNT3 viser at han har blitt mindre («*jeg har krympa*» og «*i centimeter og beinramma har blitt mindre*»). I linje 22 føyer han til «*hadde ikke tenkt over det her nei*», som tyder på at HUNT-resultatet var nytt – og potensielt urovekkende – for Peder. Legen svarer bekreftende med et «*nei*» i linje 23, som lar temaet henge litt i luften og kan forstås som en invitasjon til Peder om å fortsette å snakke. I linje 28 gir Peder uttrykk for at han er glad for at han fikk «*full pakke*» hos HUNT, som tyder på at han fikk en utvidet prøve hvor beintettheten hans ble målt. En ny bekreftelse som inviterer Peder til å fortsette ser vi i linje 29 og 30 («*ja det gjorde du vet du*»), og Peder følger opp med «*det VAR jeg VELDIG glad for egentlig*» (31), som forteller at han er fornøyd med tilbudet om en tilleggsprøve av beintetthet, og at det er bra at de har oppdaget noe som standardblodprøvene i HUNT3 ikke nødvendigvis avdekker (linje 33). Ytringer som «*heldigvis*» (28), «*VELDIG glad for egentlig*» (31) og «*så det var veldig positivt med den utvida prøven*» (39) indikerer at bekymring for at han har blitt lavere, kan ligge latent i samtalen med fastlegen. Ved siden av uttrykk for bekymring leser jeg ytringene til Peder som at han etterspør legens vurderinger for å få den oppfølgingen han trenger.

5.3.4 Eksempel 4, Petra: «men er det ikke farlig å ha så høyt kolesterol dess eldre en blir da?»

I det neste transkripsjonsutdraget snakker Petra og fastlegen om at det ble påvist forhøyet kolesterol på målingen som ble gjort da hun deltok i HUNT3. I forkant av utdraget har legen sett på tilbakemeldingsbrevet fra HUNT3 og skrevet alle resultatene inn på PC-en sin. Samtalen har gått over fra innledningsfasen til en kartleggingsfase hvor

legen stiller mange spørsmål for å få mer innsikt i Petras helsetilstand ut over det HUNT-brevet kan fortelle.

1.	D:	=så dårlig ARV <har> du i hvert fall ikke på BLODPROPP,
2.		men kanskje du har dårlig arv på KOLESTEROL.
3.	Petra:	det går an ja, men [dem]
4.	D:	[siden]
5.	Petra:	MÅLTE da ikke det på moren og faren min?
6.		gjorde dere det da?
7.	D:	.hh jo <vi> [kanskje] på <faren din>.
8.	Petra:	[°nei°]
9.	D:	det husker [jeg ikke.]
10.	Petra:	[°(XX)] nei.°
11.	D:	men det var ikke noe sånn at vi la vekt på det i hve[rt fall.]
12.	Petra:	[<ne]i> nei.
13.	D:	.hh også har det steget litt fra syvog<nitti>.
14.		og det tror jeg på en måte <vi> e sier at det SKYLDES nok rett og slett alder.
15.	Petra:	men er ikke det farlig å <ha> så høyt kolesterol dess eldre en blir da?
16.	D:	vi skal se nå,
17.		har jeg et SKJEMA jeg skal vise deg på,
18.		men jeg skal bare si EN ting.
19.		har du lagt om KOSTEN mye fra sjuognitti?
20.		har du blitt SLAPPERE i (.) kosten?
21.	Petra:	=NEI. (.) så menn.
22.		jeg ha vært mye flinkere til det altså.
23.	D:	du har blitt mye flin[kere. (.) dyre]
24.	Petra:	[<hja> (.) (ja visst)]
25.	D:	dyrefett unngår du.
26.	Petra:	=ja.
27.	D:	>ja.< (.) så der- du har- synes du er flink.
28.	Petra:	veldig flink, s[å det]
29.	D:	[ja.]
30.	Petra:	kom som en bombe.
31.	D:	@@@ [.hh]
32.	Petra:	[°@°]
33.	D:	ja men da [ka-]
34.	Petra:	[@]
35.	D:	@er det vel kanskje arven [da vet du. @@@@ vi får skylde på arven]
36.	Petra:	[@@ ja vi får skyld på den. @@] @ [.hh]
37.	D:	[nå] skal du se. (.)
38.		her har jeg et skjema.

I samtaleutdraget ovenfor er helsehistorikken i Petras familie et tema. Legen har i forkant av utdraget stilt flere spørsmål om Petras arv med tanke på å finne mulige forklaringer på hvorfor kolesterolet har økt siden forrige måling. Petra har gitt uttrykk

for at hun er overrasket over HUNT-resultatet, og konsultasjonen dreier seg i store trekk om å finne årsaken til måleresultatet.

Legen konkluderer i linje 1 med at Petras arv ikke gir grunn til bekymring med hensyn til blodpropp, men legger til at arv kan være årsaken til kolesterolet (linje 2). Petra følger opp temaet om arv i linje 5–6 og etterspør målinger etter foreldrene hennes. Ytringen illustrerer en av fastlegekonsultasjonens styrker som kommunikasjonsledd i HUNT3 ved at opplysninger om arv gjennom tidligere målinger i mange tilfeller kan være en tilgjengelig kilde til relevant informasjon.

Arv ser ikke ut til å gi Petra og legen de nødvendige svarene de leter etter, og i linje 13–14 konkluderer legen med at stigningen i kolesterolet siden HUNT2 «*skyldes nok rett og slett alder*». Dette er en konklusjon som fritar Petra for ansvar for egen sykdomsrisiko ved at det ikke er livsstil, men den uunngåelige alderen som er årsaken til HUNT3-resultatet (Adelswärd & Sachs 1998, Lupton 1993). Petra ser imidlertid ikke ut til å slå seg til ro med det, når hun i linje 15 spør: «*men er det ikke farlig å ha så høyt kolesterol dess elder en blir da?*». Jeg tolker dette spørsmålet som et uttrykk for Petras bekymring for HUNT3-resultatet, og at hun etterspør det Thomassen og Sarangi (2012) omtaler som en evidensbasert forklaring.

I linje 16 følger legen opp Petras spørsmål og bekymring når hun sier «*vi skal se nå*», som indikerer at de skal gå grundigere til verks når det gjelder å følge opp Petras kolesterol. Legen introduserer, slik vi har sett i tidligere eksempler, evidens i form av et skjema med nasjonale retningslinjer for risikovurdering (linje 17), men har først noen oppfølgingsspørsmål angående Petras kosthold. Her introduseres livsstil som tema, gjennom spørsmålet «*har du lagt om KOSTEN mye fra sjuognitti? Har du blitt SLAPPERE i kosten?*» (19–20). Spørsmål om livsstil som årsak for sykdomsrisiko antyder at pasienten selv har et ansvar for HUNT-resultatet (Lupton 1993). Douglas hevder at det

å være utsatt for sykdomsrisiko kan tilsvare å synde eller å bli utsatt for synd (Douglas 1990: 7): «To be 'at risk' is equivalent to being sinned against, being vulnerable to the events caused by others, whereas being 'in sin' means being the cause of harm». For pasienten utgjør det med andre ord en forskjell om påvist sykdomsrisiko forstås som konsekvens av utenforliggende faktorer man ikke rår over, så som alder og kjønn, og risiko forstått som konsekvens av mer kontrollerbare faktorer som kosthold, mosjon, røyk og alkohol. Dette er kanskje også bakgrunnen for Petras kontante svar i linje 21–22: «*NEI så menn. Jeg har vært mye flinkere til det altså*», hvor hun tilbakeviser at det er hennes eget valgte kosthold som er «synderen». Legen gjentar Petras svar i linje 23, hvorpå Petra understreker manglende ansvar med «*hja ja visst*» (24). Legen forfølger imidlertid temaet kosthold, når hun stiller et oppfølgingsspørsmål om Petra unngår dyrefett (linje 23 og 25), hvilket Petra bekrefter (26). Igjen følger legen opp med å be om ytterligere bekreftelse på at kostholdet ikke er årsaken til Petras stigende kolesterol, når hun sier «*så der- du har- synes du er flink*» som kan forstås som et spørsmål etter Petras egen vurdering. Petra bekrefter dette igjen ved å si «*veldig flink, så det kom som en bombe*» (28 og 30). Ytringen antyder både bekymring og et behov for å tydeliggjøre at HUNT-resultatet ikke er hennes ansvar, med hensyn til egen livsstil. Legen reagerer på Petras ytring med en latter (31), og Petra ler også kort. Det kan tenkes at begges latter er en reaksjon på Petras litt overdrevne formulering. I linje 35 konkluderer legen med *«@er det vel kanskje arven [da vet du. @@@@ vi får skylde på arven]*», en ytring som også inneholder latter. Her er legen tydelig orientert mot hvem som har ansvaret for det stigende kolesterolet, nemlig den eksterne faktoren arv, gjennom bruken av ordet ytringen «*skylde på*», som lattermildt bekreftes av Petra i linje 36. Latteren tolker jeg som en ufarliggjøring av det sensitive temaet om ansvar og livsstil, og som en måte å bevare Petras ansikt på som den som ikke har gjort noe klanderverdig. Latteren kan også forstås som bevarende for legens ansikt, som har stilt gjentatte spørsmål med tanke på å avdekke årsaken til kolesterolet. Sekvensen forteller oss både noe om den helsemessige bekymringen som deltakelsen i HUNT3 utløser, og det moralske ansvaret (Lupton 1993) en slik helseundersøkelse lanserer overfor de som deltar.

5.3.5 Eksempel 5, Petra: «jeg går ikke rundt og tenker på det akkurat, jeg gjør ikke det, men jeg ville hatt ned kolesterolet da»

Som nevnt i forrige eksempel (5.3.4) og i 5.2.5 har Petra fått tilbakemelding fra HUNT3 om et forhøyet kolesterolnivå i forhold til i HUNT2, og i tillegg er hun under behandling for høyt blodtrykk. Det følgende samtaleutdraget mellom legen og Petra er en fortsettelse av samtalen i 5.2.5:

1.	D:	<men> så må jo du tenke deg <om> (.) om du er INTERESSERT.
2.		syns du- altså det er jo vanskelig å forholde seg til TI til tyve prosent risiko.
3.	Petra:	<jada> jeg går ikke og tenker på det akkurat, jeg gjør ikke det,
4.		men jeg ville hatt ned kolesterolet da.
5.		<jeg[>]kan ikke tenke meg å gå med åtte komma sju og.
6.	D:	[ja.]
7.		nei.
8.	Petra:	nhei.
9.	D:	og det er hvis du mener selv at du unngår ALT dyrefett.
10.	Petra:	JA. jeg kan i- jeg kan ikke skjønne.
11.		det ENESTE jeg <kan> ta det på, det er kaffen da.
12.	D:	.hh
13.	Petra:	den har jeg ikke slutta med.
14.	D:	e asså kokekaffe?
15.	Petra:	ja.
16.	D:	ja. (.) em (.) det KAN hende at du kommer ned fra åttetallet til sjutallet, bare med DET.
17.	Petra:	hja. jeg koker ikke kaffen,
18.		jeg koker opp vannet også tar jeg den av plata også har jeg kaffe på. (.)
19.		[ALDRI gjo]rt
20.	D:	[ja så du har]
21.	Petra:	noe mer.
22.	D:	nei, men [når vi- det er ikke TRAKT (.) nei]
23.	Petra:	[men e kokekaffe så nei]
24.	D:	e (.) kunne du GÅTT over på traktekaffe da?
25.	Petra:	ja. jeg må nå (.) jeg må nå prøve da.
26.	D:	ja .hh asså d drikker du mye kaffe?
27.	Petra:	nei.
28.	D:	nei.

I forløpet for utdraget ovenfor har Petra og legen snakket om Petras sykdomsrisiko ved hjelp av et skjema som illustrerer befolkningsrisiko basert på faktorer som blant annet alder og kjønn. I linje 1 skjer en dreining i tema og samtalefase når legen spør Petra «*men så må jo du tenke deg om (.) du er INTERESSERT. Syns du- altså det er jo vanskelig å forholde seg til TI til tyve prosent risiko*». Her går konsultasjonen over fra legens

forklaring og vurdering til *Petras* vurdering på bakgrunn av den informasjonen legen tilbød i forrige fase. Ytringen, som kan forstås som innledningen i en PDS (Maynard 1989), tolker jeg slik at legen først spør Petra om hun er interessert i å følge statens råd om medisinering, og dernest tematiserer det faktum at det er vanskelig å vite hva man vil gjøre med en uttalt sykdomsrisiko. Her bringes et av de store dilemmaene ved befolkningsundersøkelser og screening opp, ved at Petra må ta et valg om hun vil gå på medisiner eller ikke (Skolbekken 2001, Lian 2012). På den ene siden ønsker HUNT å forbedre folkehelsa, på den andre siden er det mulig at flere går på medisiner etter å ha deltatt i HUNT3 enn de ville gjort om de lot være å delta. Legen lanserer imidlertid ikke bare dette paradokset, hun introduserer også et valg. Det er Petra som må velge om medisiner er den rette veien å gå for henne, og ikke legen. Gjennom å gi Petra et valg gis det en ytterligere nyanse til forståelsen av Petras sykdomsrisiko. Dersom kolesterolet var enda høyere, kan det hende at spørsmålet om medisinering var mindre, kanskje ville legen gitt Petra et mer eksplisitt råd om å følge statens vurdering. Legens spørsmål reder grunnen for et svar som kan bli utgangspunktet for den fasen i samtalen hvor Petra og legen snakker om hva som skal gjøre videre.

Petra svarer i linje 3–5: «*<jada> jeg går ikke og tenker på det akkurat, jeg gjør ikke det, men jeg ville hatt ned kolesterolet da. <jeg[>]kan ikke tenke meg å gå med åtte komma sju og.*» Her gir Petra både uttrykk for at risikoen medført av det høye kolesterolet ikke er noe hun plages veldig med, og at hun har et tydelig ønske om å redusere kolesterolet fra den verdien hun har målt hos HUNT3. Ytringen leser jeg som nært knyttet til HUNT- og screeningkonteksten, ved at den illustrerer at deltakelsen i HUNT avleder opplysninger om egen helse som ikke nødvendigvis ville vært kjent ellers. Den illustrerer implisitt også tankekorset med en sykdomsforebyggende screeningundersøkelse, ved at risiko for sykdom blir en uttalt del av vissheten om egen helse, som kan generere en problematikk knyttet til de såkalte «worried well» (Shickle & Chadwick 1994, Linell et al. 2002). Selv om Petra ikke «går og tenker på det», så gir hun likevel uttrykk for at 8,7 ikke er et ønskelig kolesterolnivå. Med andre ord ser hun kolesterolnivået i sammenheng

med sykdomsrisiko, og det jeg leser som et uttrykk for en viss bekymring for hva kolesterolnivået kan bety på sikt.

Svaret til Petra i linje 3–5 innleder en sekvens hvor legen og Petra snakker om hvilke tiltak Petra selv kan gjøre for å senke kolesterolet, altså tiltak foruten medisinering, og legen sier i 9 «*og det er hvis du mener selv at du unngår ALT dyrefett*». Inntak av dyrefett, altså animalsk fett, henger sammen med kolesterolnivå og er derfor en mulig kilde til å redusere Petras kolesterol. Legen trekker her inn tiltak som kan gjøre medisinering mindre relevant for Petra, men ytringen bygger på en tidligere del av samtalen hvor Petra har uttalt at hun har blitt flinkere med kostholdet (se 5.3.4), og derfor er dette sannsynligvis ikke en relevant kilde til reduksjon av kolesterolet for Petra, noe som bekreftes i linje 10–11 når hun svarer «*JA. jeg kan i- jeg kan ikke skjønne. det ENESTE jeg <kan> ta det på, det er kaffen da.*» og legger til «*den har jeg ikke slutta med.*» i linje 13. Petra tilbyr med dette evidens for hvorfor kolesterolet kan ha steget, og uttrykker samtidig en undring over HUNT-resultatet. Petras undring forstår jeg som at hun er overrasket over resultatet, og hun ser ikke ut til å forstå hvordan det kan henge sammen med hennes ellers sunne livsstil. Årsaksforklaringer som dette ser ut til å være en fremtredende del av legens jobb i konsultasjonene, i tett samarbeid med pasienten. Dette peker etter mitt syn på konsultasjonenes egenart, som et nødvendig ledd i en masseundersøkelse, og som et svar på tidligere kommunikasjon mellom HUNT og deltakerne.

Legen forfølger Petras initiativ til forklaring i linje 14 når hun sier «*e asså kokekaffe?*», hvor hun ber om en presisering og får en bekreftelse fra Petra i linje 15. Legen sier videre i linje 16 at «*det KAN hende du kommer ned fra åttetallet til sjutallet, bare med DET*», og bekrefter dermed også at Petras forslag er en mulig kilde til det høye kolesterolet. I linje 17–21 forklarer Petra hvordan hun pleier å lage kaffen, og det foregår en forhandling mellom legen og pasienten med hensyn til å vurdere om kaffen er årsaken til HUNT-

resultatet. Forhandlingen mellom Petra og legen, og Petras initiativer til å komme med årsaksforklaringer, viser behovet for å forklare det uventede HUNT-resultatet.

I utdragets siste linjer ser vi at legen og Petra forhandler om bakgrunnen for Petras forhøyede kolesterol og påviste sykdomsrisiko, gjennom å gå Petras kaffevaner nærmere etter i sømmene. I tillegg til at utvekslingen handler om å lete etter årsakene til HUNT-resultatet, leser jeg den også som et uttrykk for en forhandling om hvorvidt kolesterolet skal behandles med medisiner, eller om det finnes tiltak Petra selv kan gjøre for å redusere kolesterolet. Ettersom økt medikalisering er en uttalt konsekvens og utfordring ved befolkningsundersøkelser og screening (Skolbekken, Østerlie & Forsmo 2012), er det grunn til å anta at denne typen forhandlinger kanskje hyppigere forekommer i legekonsultasjoner som følger HUNT-deltakelse, enn konsultasjoner som ikke har denne bakgrunnen.

5.3.6 Eksempel 6, Petrine: «hja, du det stemmer ikke det her»

Petrine har fått svar fra HUNT3 om at hun har litt lavt stoffskifte, og har fått time hos fastlegen sin for konsultasjon. Utdraget nedenfor begynner etter noen få innledende ytringer om opptaksutstyret.

1.	D:	@@@ .hh gjør
2.		vi det SÅNN (.) at jeg [SKRI]VER
3.	Petrine:	[ja.]
4.	D:	ned de huntsvarene e først,
5.		også s- tar vi det e holdt på si etter hvert,
6.		(.) hva vi kommer fram til ((begynner å taste inn)).
7.		e <hunt (.) svar>. høyde (.)
8.		overrasket det deg?
9.	Petrine:	hja, du det stemmer ikke det her (.)
10.	D:	ne[i?]
11.	Petrine:	[(vekt)]ingene her asså.
12.		det er ikke mer (XX) seksti. seksti nå da. va enogseksti da.
13.	D:	me[i.]
14.	Petrine:	[el]les så blir det firogseksti [vekt.]
15.	D:	[>ja.<] men BEGGE deler er jo en (.) FIN vekt da.

16. Petrine: ja men også høyden her er s- er mer enn <e>
17. søsteren min hun er enfemogfemti og hun jeg e hun er- s- større enn henne. (.)
18. (@[@@]
19. D: [men] ER du det FREMDELES da?
20. du har ikke krympa da?
21. Petrine: ikke SÅ mye tror jeg, på en bare på et års tid. (.)
22. [men]
23. D: [<mne]i> du vet, du er i en <al[der> du]
24. Petrine: [ensekst]i, var en seksti det (X[X hh) ja.]
25. D: [ja.] .hh du ER jo i en
26. alder hvor man (.) <krym[per> for]di
27. Petrine: [javel] ja.
28. D: =skjelettet taper seg, så
29. (.) men VEKTA er jo ofte sånn at det er FORSKJELL fra vekt [til vekt.]
30. Petrine: [ja.]
31. jeg har aldri vært så mye som (fireogseksti) @kilo
32. (.) enogseksti meste jeg har veid [før.]
33. D: [ja.]
34. Petrine: ja.
35. D: men det som er SIKKERT er at du <er> (.) har en FIN vekt.
36. ENTEN du er sånn eller sånn.
37. Petrine: ja [det er det jaha.]
38. D: [så er det em] BRA. (0,5) <e>
39. (.) nå (.) SETTER jeg <inn> alt her, også tar vi det <etterpå>
40. Petrine: mm.

Legen forklarer i linje 2 og 4 at hun skal skrive ned svarene fra HUNT først, og sier videre i linje 5 og 6 «*også tar vi det holdt på å si etter hvert, hva vi kommer fram til*». Bruken av pronomenet «vi» rammer inn det kommunikative ærendet og beslutningsprosessen om hva som skal skje videre, som et felles anliggende. Vi-et inviterer Petrines tanker og synspunkter om resultatet fra HUNT3 inn i samtalen og kan forstås som en måte å orientere seg mot konsultasjonens risikotematikk på. Hvordan pasienter forholder seg til risiko, varierer fra person til person, og en invitasjon til pasienten, slik vi-et ovenfor kan tolkes, kan få relevant informasjon om risikoforståelse på bordet og samtidig få pasienten til å kjenne at egne oppfatninger tas på alvor.

I linje 7 og 8 ser legen på HUNTs måling av Petrines høyde og spør overrasket «*overrasket det deg?».* Dette er igjen et eksempel på et første ledd i en PDS der legen inviterer Petrine til å dele egne tanker om HUNT-målingen før hun kommer med sin vurdering, og dessuten et spørsmål legen har stilt i flere konsultasjoner. Denne gangen får hun

svaret «*hja, du det stemmer ikke det her*» (linje 9), som kan forstås som et indirekte uttrykk for bekymring for HUNT-resultatet. Legen sier «*nei?*» med spørreintonasjon i linje 10 som signaliserer at Petrine skal utdype, og Petrine forklarer fra linje 11 at hun mener den målte vekten er feil, og argumenterer for det (linje 17 og 18). Her ser vi at legens spørsmål i linje 8 får den funksjonen at Petrine kan komme med utfyllende informasjon som legen kan forholde seg til videre. Petrines perspektiv trekkes inn i vurderingen av HUNT-resultatet, som har betydning både med tanke på den faglige oppfølgingen av HUNT-resultatet og Petrines mulige bekymring.

I linje 15 sier legen «*ja men BEGGE deler er jo en FIN vekt da*» som viser til at både den tidligere vekten og den som HUNT har notert, vurderes som normal. Orienteringen mot normalitet kan ha som funksjon å berolige Petrine med hensyn til HUNT-resultatet (Bredmar & Linell 1999). Petrine mener imidlertid at også høydemålingen fra HUNT3 ikke stemmer (linje 16), ved å vise til søsteren sin og sammenligne med henne (17). Legen spør «*men ER du det FREMDELES da? Du har ikke krympa da?*» (linje 19–20) som svar på hvor høy Petrine mener hun er. Legen foreslår en alternativ forklaring på resultatet, som jeg tolker som et forsøk på å normalisere det som Petrine ikke forstår, og som kan skape bekymring. Legen fortsetter i linje 23 til 29 å ytterligere forklare og normalisere måleresultatet når hun sier «(…) *du ER jo i en alder hvor man krymper fordi skjelettet taper seg, så men VEKTA er jo ofte sånn at det er FORSKJELL fra vekt til vekt*». Legen tilbyr alternative forklaringer på Petrines måleresultater, og bidrar på den måten til å ufarliggjøre HUNT-resultatet som Petrine gir uttrykk for at hun ikke er innforstått med. Forklaringene kan også forstås som at de fritar Petrine for det moralske ansvaret for HUNT3-resultatet, ved at det ikke er Petrines livsstil og eventuelle vektoppgang som er årsaken, men faktorer Petrine ikke rår over. Dette minner om det tidligere nevnte skillet mellom risiko som følge av henholdsvis eksterne faktorer og egne valg (Lupton 1993), hvor eksterne faktorer forstås som noe man er offer for, mens man selv har ansvaret for egne livsstilsvalg. Det samme ser vi i linje 35 og 36 hvor legen sier «*men det som er SIKKERT er at du er har en FIN vekt ENTEN du er sånn eller sånn*», som på nytt

kan forstås som en beroligende ytring som trekker veksler på en forståelse av hva som er normalt og hvem som er ansvarlig. Legen kommer også med den evaluerende ytringen «*så er det em BRA*» (38), som understreker at Petrine ikke har noe å uroe seg for med hensyn til vekten. Denne typen normaliserende og positivt evaluerende ytringer ser ut til å ha en fremtredende plass i legens kommunikative prosjekt med å dempe uro og tone ned risiko.

5.4 Oppsummering av konsultasjonsanalysene

Legens kommunikative oppgave er å håndtere evalueringen og oppfølgingen av HUNT-resultatet og den eventuelle uroen pasienten har kjent på etter at svaret fra HUNT kom i posten. HUNT utløser en ramme for risikofokus, og legen er forhåndsposisjonert som den som skal håndtere risikoinformasjon gitt fra denne tredje aktøren i konsultasjonen. Innledningssekvensene i HUNT-materialet skiller seg således fra innledningssekvenser i vanlige konsultasjoner ved at det allerede foreligger prøveresultater, og legen må bruke noe tid på å sette seg inn i noe som pasienten allerede er til dels kjent med. Alle innledningssekvensene i materialet inneholder språklige uttrykk som kan bidra til å ramme inn konsultasjonen på en slik måte at risiko settes i bakgrunnen og normalisering av tallverdiene fra HUNT3s tilbakemeldingstekst i forgrunnen.

Eksemplene fra legekonsultasjonene i delkapittel 5.2 viser at forklaringer og vurderinger av resultatene fra HUNT3 er en sentral aktivitet i legekonsultasjonen som følger tilbakemeldingsteksten deltakerne får. Dette henger sammen med konsultasjonens plass i HUNT3, som en HUNT-initiert oppfølgingssamtale mellom HUNT-deltaker og deres fastlege. Forklaringene og vurderingene er orientert mot temaet sykdomsrisiko, og det tas i bruk ulike diskursive ressurser for å håndtere denne kommunikative aktiviteten. Ved hjelp av normalisering (se 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.7 og 5.2.8), blant annet ved bruk av forsterkende og dempende ytringer, kontrasteringer (se 5.2.2 og 5.2.3), og ulike typer relativisering av risiko (se 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8

og 5.3.2) rekontekstualiseres HUNT-resultatene slik at de blir bedre forstått av de pasientene legen samtaler med, og det gjøres en vurdering av hvor alvorlig risikoen for sykdom er for den enkelte pasient. Et vesentlig ledd i forklaringene er å rekontekstualisere tallverdiene fra tilbakemeldingsteksten, blant annet ved bruk av ulike omformuleringer (se 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.8 og 5.3.2). Staten trekkes hyppig inn som sannhetsvitne om sykdomsrisiko, gjennom et statlig utformet skjema for risikovurdering som brukes som ressurs for å rekontekstualisere HUNT3-resultatene (se 5.2.3 og 5.2.5), og som bygger bro mellom HUNT og staten. Forklaringene og vurderingene gjøres i en kommunikativ forhandling mellom lege og pasient, og vi ser at konsultasjonen er et viktig ledd i HUNTs kommunikasjonskjede med hensyn til deltakernes forståelse av egen sykdomsrisiko.

Materialet bekrefter at deltakelse i befolkningsundersøkelser og screening for noen kan gi økt bevissthet om egen sykdomsrisiko. De analyserte eksemplene i 5.3 viser at tilbakemeldingen i form av måleresultatet etter deltakelsen i HUNT3 kan skape spørsmål, bekymringer og undring hos deltakerne. Risikotematikken som lanseres gjennom å delta i HUNT3, ser ut til å være et latent tema som både pasientene og legen orienterer seg aktivt mot. Pasientene gir uttrykk for bekymring på ulike måter ved å spørre om HUNT-resultatets alvorlighetsgrad, tematisere risiko og sykdom på bakgrunn av resultatene blant annet i relasjon til arv, og å betvile HUNT-resultatet. Pasientenes egne oppfatninger om sykdomsrisiko og eventuelle bekymringer i tilknytning til dette kommer gjerne til uttrykk der hvor legen introduserer det Maynard (1989) kaller «perspective-display-sequences» (5.3.1, 5.3.3, 5.3.5 og 5.3.6) som gir pasientene rom for å selv sette ord på egne oppfatninger, undringer og uro. En sentral kommunikativ aktivitet i legekonsultasjonene ser ut til å være å stadfeste og forsikre om hva som er normalt (5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.7, 5.2.8, 5.3.1, 5.3.2 og 5.3.6). Legen benytter seg av forsterkere og dempere og eksplisitt positive vurderinger for å tydeliggjøre hva som er normale HUNT-resultater (se 5.3.2) og hva pasientene kan slå seg til ro med. Alternative forklaringer er også en måte å orientere seg mot normalitet på (se 5.2.6 og

5.3.6), ved at legen foreslår andre årsaker til HUNT-resultatet enn det pasienten selv later til å sitte med. Et sentralt trekk i konsultasjonene ser ut til å være moralsk ansvar som diskursiv ressurs med hensyn til å berolige pasientene (se 5.2.6, 5.3.1, 5.3.4 og 5.3.5). Å frita pasienten for det moralske ansvaret for HUNT-resultatet kan bidra til å berolige pasienten med hensyn til egne livsstilsvalg og det å måtte stå til rette for slike valg. Dette gjøres blant annet ved å trekke frem hva som er normalt med hensyn til alder, men også på hvilken måte arv spiller inn som risikofaktor i et befolkningsperspektiv (se 5.3.1 og 5.3.4).

6. Diskusjon

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, i dag Helseundersøkelsen i Trøndelag, er en av verdens største befolkningsstudier av helse. Siden midten av 1980-tallet har HUNT samlet inn helsedata fra frivillige nordtrøndere som har stilt seg til rådighet for forskning på et bredt spekter av helserelaterte tema. HUNT har dermed vært, og er fortsatt, et betydningsfullt forskningsprosjekt som omfatter en stor samling data fra et stort antall mennesker. I dette doktorgradsprosjektet har jeg analysert den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) basert på et virksomhetsperspektiv (Linell 1998a; 2011). Formålet har vært å undersøke hvordan temaet *risiko for sykdom* kommer til uttrykk i skriftlige tekster fra HUNT til befolkningen og i muntlige legekonsultasjoner mellom deltakere i HUNT3 og fastlegen deres i etterkant av HUNT-deltakelse.

I dette kapitlet vil jeg drøfte det jeg anser som de viktigste trekkene ved materialet, og oppsummere sentrale funn fra denne studien. Først vil jeg diskutere hvordan HUNT3 kan forstås i lys av et virksomhetsperspektiv (6.1). Dernest vil jeg løfte frem noen sentrale trekk ved risikokommunikasjon i HUNT3, med vekt på utviklingslinjer og deltaker- og pasientdiskurser som lanseres gjennom HUNT (6.2). Til slutt vil jeg redegjøre for hvordan samspillet mellom skriftlig og muntlig kommunikasjon er et vesentlig trekk ved HUNT3, med vekt på intertekstualitet og multimodalitet (6.3).»

6.1. HUNT3 i et kommunikativt virksomhetsperspektiv

Risikokommunikasjon og risikoformidling er to sentrale aspekter ved HUNT3 sin kontakt med befolkningen i Nord-Trøndelag. I denne avhandlingen har jeg studert HUNT3 som case og tatt for meg sentrale kommunikative ledd i helseundersøkelsen: Den innledende kontakten med HUNTs potensielle deltakere, HUNT3s nettsider som opplysningskanal for de som deltar, tilbakemeldingsbrevet etter endt helseundersøkelse og konsultasjoner på legekontoret med deltakere som har fått svar fra HUNT3. I denne

delen av diskusjonskapitlet vil jeg ta for meg to sider av HUNT i et dialogisk virksomhetsperspektiv, henholdsvis HUNT3 som *kommunikativ virksomhet* og HUNT3 som *kommunikativt prosjekt* (Linell 2011). Med kommunikative virksomheter menes altså institusjonelle virksomheter som har språklig kommunikasjon som et av sine primære arbeidsredskaper (se kapittel 2.3), og kommunikative prosjekter forstås som globale og lokale formål i en tekst eller en samtale (se 2.3.2).

6.1.1 HUNT3 som kommunikativ virksomhet

Med kommunikative virksomheter menes institusjoner og organisasjoner som har språklig kommunikasjon som et av sine primære arbeidsredskaper, og den språklige kommunikasjonen forstås i lys av den sosiale situasjonen den inngår i (Linell 2011). Skriftlig og muntlig kommunikasjon er en sentral del av virksomheten til HUNT, og i HUNT3 benyttes mange kanaler for å informere og rekruttere deltakere. Nettsidene var for eksempel en ny kommunikasjonskanal i HUNT3, hvor HUNT kunne legge ut oppdatert informasjon fortløpende for deltakere, forskere, media, politikere og andre interesserte. Et kjennetegn ved HUNT3 er hvordan de ulike tekstene henger sammen, peker til hverandre og snakker sammen. Denne intertekstualiteten i HUNT skal jeg komme tilbake til i 6.3.1.

Kommunikasjonen fra HUNT til nordtrønderne/deltakerne rettes mot en stor, heterogen gruppe mennesker. Nettsidene og rekrutteringstekstene orienterer seg mot allment antatte nordtrønderske verdier om blant annet mellommenneskelig fellesskap og nærhet til naturen. Brevet med de individuelle resultatene fra helseundersøkelsen er standardisert, ved at målinger og eventuelle antydninger om risiko for sykdom er ført maskinelt. Dette trekket ved HUNT3, altså standardisert skriftlig kommunikasjon, gjør fastlegekonsultasjonene viktige. I konsultasjonene bruker lege og pasient tid på å ramme inn, vurdere og forstå temaer som aktiveres av de standardiserte brevene fra HUNT. Legekonsultasjonene kan forstås som en kommunikativ virksomhetstype i HUNT,

jf. Linell (2009: 178): «A communicative activity type can be seen as type of comprehensive, overall communicative project tied to a social situation type». Kommunikative virksomhetstyper som legekonsultasjonene er målrettede og til en viss grad konvensjonelle. Konsultasjonene er i tillegg et viktig ledd i HUNT3 som kommunikativ virksomhet, i den forstand at spørsmål og bekymring om helsa som vekkes av å delta i helseundersøkelsen, kan vies oppmerksomhet i samtalen med fastlegene. Legekonsultasjonene er et særlig interessant kommunikativt ledd i HUNT3 fordi et sentralt dilemma i HUNT kommer til uttrykk nettopp i dette leddet i kommunikasjonsskjeden; et viktig mål med HUNT3 er å skaffe data til bruk i forskning på sykdom og helse i et folkehelseperspektiv, men den økte innsikten i helsa kan også bidra til bekymring, uro, usikkerhet og behov for oppfølging på individnivå. Jeg vil gå nærmere inn på vesentlige trekk ved legekonsultasjonene i det følgende.

Legekonsultasjonene som kommunikativ virksomhetstype

Som tidligere nevnt mottok ca. ti prosent av deltakerne i HUNT3 et tilbakemeldingsbrev med resultater og beskjed om at de ligger i risikogruppen for å utvikle sykdom, for eksempel på bakgrunn av et forhøyet kolesterolnivå. Legekonsultasjonene i etterkant av HUNT3-deltakelsen skiller seg fra ordinære legekonsultasjoner ved at «pasienten» på forhånd har fått en helseundersøkelse, resultater med beskjed om risiko for sykdom, og en anmodning om å kontakte egen fastlege innen et bestemt tidsrom og bringe resultatene med dit. Pasienten er altså allerede undersøkt, men oppsøker fastlegen for oppfølging av undersøkelsen. Vedkommende behøver ikke kjenne symptomer på sykdom, slik man i mange tilfeller gjør når man kontakter fastlegen, men har på grunn av deltakelsen fått vite noe som kan være potensielt foruroligende. Hva gjør dette handlingsforløpet med samtalen på legekontoret?

Materialet viser at legen relativiserer risiko (Sarangi et al. 2003) i forklaringen og vurderingen av HUNT-resultatet. Hun benytter seg særlig av såkalte omformuleringer,

ofte ved bruk av et skjema for beregning av individuell risiko basert på befolkningsrisiko (se 5.2.2, 5.2.3 og 5.2.5) eller ved å benytte andre ord for å forklare resultatene (5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.6 og 5.2.8). Slike rekontekstualiseringer av HUNT-resultatene ser ut til å være en sentral kommunikativ oppgave for fastlegen. Vi ser også at legen gjør ulike kommunikative grep for å berolige pasienten, ved å normalisere resultatene fra HUNT3. Generaliserende ytringer (5.2.4) og ytringer som blant annet «*ikke himmelropende*», «*knallnormalt*» (5.2.3), «*knallbra*» (5.2.1) og «*voldsomt bra*» (5.3.2) kan bidra til å ramme inn HUNT3-resultatene som mindre foruroligende. Legens bruk av det som av Maynard (1989) benevner som *perspective-display sequence* er en annen måte å håndtere pasientens potensielle bekymring for HUNT-resultatene på (5.3.1, 5.3.3, 5.3.5). Denne «omveien» i kommunikasjonen, som handler om å få tilgang til pasientens egen forståelse av HUNT-resultatet, forteller oss at deltakelsen i HUNT3 avstedkommer oppfatninger om sykdomsrisiko hos noen av de som deltar, oppfatninger som legen bidrar til å nyansere, forklare og på ulike vis ramme inn i konsultasjonen.

Konsultasjonene er en betydningsfull del av kommunikasjonskjeden i HUNT3 av flere grunner. Vi ser blant annet eksempler på at fastlegens kjennskap til deltakernes historikk, gjennom tidligere møter og journalen, bidrar til å nyansere HUNT3-resultatene. Den muntlige kommunikasjonen tilbyr noe som HUNT3 gjennom skriftlige, standardiserte tekster ikke kan tilby, nemlig individuelt tilpasset informasjon om risiko, og det som deltakerne ellers er opptatt av eller har spørsmål om. Legen i mitt materiale tematiserer i flere tilfeller kosthold, mosjon, vekt og røyking som en del av konsultasjonen. Dette er temaer som i mindre grad omtales i det skriftlige materialet fra HUNT3. I intervju som ble gjort med legen i materialet (jf. kapittel 3.2.3), opplyser hun at hun synes HUNT har vært overraskende liberale med BMI, og at flere burde få beskjed om å gjøre noe med det hvis BMI måles som for høy. Fra HUNT sin side handler dette om at de går ut fra at folk flest er godt kjent med hva som er sunt og ikke sunt, og dermed vet at røyk og lite mosjon har innvirkning på helsa (jf. kapittel 3.2.3). HUNT velger på sin side å formidle objektive måleverdier i form av tall som må fortolkes for at de skal kunne

fortelle noe om livsførsel. Her ser vi altså en variasjon i hvordan HUNT på den ene siden og fastlegen på den andre vektlegger og omtaler noen faktorer ved deltakernes risikobilde. Det er interessant å merke seg at disse helsemessige faktorene ofte er gjenstand for normative oppfatninger om hva som er riktig og feil livsførsel. Dette kan fortelle oss at HUNT tar et valg om å ikke skape unødig motvilje i befolkningen ved å for eksempel fremstå formanende. Dette samsvarer med hva Carlsen (2008) fant da han blant annet sammenlignet informasjonsmateriell fra HUNT1 og 2, hvor han viser at HUNT er forsiktige med å eksplisitt formane sine deltakere om vekt:

> (…) ved å vise til testresultater som kolesterolnivåer, slipper HUNT-legen å fortelle pasienten at han er feit og stygg. Kolesterolverdiene blir en tredje helseagent som taler om deltakerens usunne livsførsel på en «objektiv» måte (Adelswärd og Sachs, 1996). Samtidig er det nettopp det HUNT sier, at man har spist feil og man har avvikende kroppsvekt. (Carlsen 2008: 221)

Variasjonen i formidlingen av livsstilsrelaterte valg kan også henge sammen med de ulike mulighetene som muntlig versus skriftlig kommunikasjon innebærer. En samtale ansikt-til-ansikt gir legen en umiddelbar anledning til å tilpasse, sjekke ut og på ulike måter håndtere reaksjoner og spørsmål underveis i samtaleforløpet (5.2.1, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8, 5.3.1, 5.3.3, 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6), og likeledes gir det pasienten umiddelbar anledning til å spørre, gi uttrykk for usikkerhet og be om forklaringer (5.2.1, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.8, 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6). Et brev eller en brosjyre gir ikke samme handlingsrom, og til forskjell fra ansikt-til-ansikt-samtaler må risiko uttrykkes tekstlig og billedmessig uten støtte i de samme ressursene som muntlig kommunikasjon tilbyr.

Å delta i en helseundersøkelse som HUNT3 innebærer for mange deltakere å bli konfrontert med opplysninger som skaper usikkerhet knyttet til testresultatenes betydning og konsekvenser for fremtiden (Forsmo & Hetlevik 2008). Sentralt i dette finner vi håndtering av usikkerhet, både hos pasienten og hos legen. Fastlegen benytter seg av offisielle retningslinjer og helsedokumenter for å vurdere pasientenes sykdomsrisiko, blant annet ved å vise til statens vurdering av risiko. Dette gjør hun både

gjennom å benytte et skjema for å regne ut risiko (5.2.2, 5.2.3 og 5.2.5) og ved å eksplisitt henvise til statens vurdering av når det er hensiktsmessig å få resept på medisiner, som for eksempel når hun sier «*og DA er det sånn. at (.) staten har sagt det at (.) DET syns de er SÅPASS mye risiko at hvis du ØNSKER, så kan du FÅ kolesterolsenkende medisin på blå resept*» (5.2.5). Pasientene på sin side gir uttrykk for usikkerhet når det gjelder forståelse av måleverdiene (5.2.4, 5.2.8, 5.3.4 og 5.3.6) og hva som er årsaken til HUNT-resultatet, for eksempel Pia som spør «*hva er HØYT da?*» (5.2.8), eller Petra som sier «*men jeg asså jeg spiser jo så sunt og jeg mosjonerer mer, og da skjønner jeg IKKE noe av det*» (5.2.4). Noen av pasientene gir også uttrykk for bekymring for helsa med bakgrunn i HUNT-resultatene (5.3.1, 5.3.4 og 5.3.5), for eksempel når Pernille sier «*ja nei asså jeg tenker jo på risikoen om å ha høyt kolesterol*» (5.3.1). Slik ser vi at deltakelsen i HUNT3 gir grobunn for oppfatninger, spørsmål og uro knyttet til risiko, og dette blir sentrale temaer i samtalene.

Legekonsultasjonene som hybrid kommunikativ virksomhetstype

Konsultasjonene er en viktig arena for å fatte beslutninger om videre oppfølging, for eksempel gjennom medisinering, videre prøvetaking, behandling eller lignende. Deltakerne i HUNT3 kan i samspill og samråd med fastlegen overveie hva som vil være en hensiktsmessig måte å forholde seg til HUNT-resultatet på. I forlengelsen av dette finner jeg at konsultasjonen som virksomhetstype kan karakteriseres som hybridisert, det vil si at den trekker veksler på andre virksomhetstyper og diskurstyper (for eksempel å informere) som kan være typiske for en annen virksomhetstype (Sarangi 2000, ten Have 1989). Et kjennetegn ved fastlegekonsultasjonene i mitt materiale er likhetene de har med genetiske veiledningssamtaler (Thomassen & Bjørnevoll 2012). Formålet med genetiske veiledningssamtaler er at den som oppsøker genetisk veiledning, får informasjon og forståelse for problemstillinger forbundet med enten forekomst eller risiko for forekomst av en arvelig sykdom i en familie (Thomassen & Bjørnevoll 2012: 455), for på denne måten å kunne ta valg om hva man skal foreta seg videre. Legekonsultasjonene på bakgrunn av HUNT3 har likhetstrekk med denne typen

veiledningssamtale fordi legen blant annet har som oppgave å informere og skape forståelse hos HUNT-deltakeren for den sykdomsrisikoen som fortrinnsvis gjennom tall antydes fra HUNT sin side.

Risiko for sykdom er altså en tematisk sentral fellesnevner her, og fastlegen bruker blant annet tid på å kartlegge pasientens familiehistorikk som er et klart likhetstrekk med genetisk veiledning (Thomassen & Bjørnevoll 2012). Familiær og arvelig risiko blir en sentral del av anamnesen med hensyn til sykdom og helseproblemer (se 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8, 5.3.1 og 5.3.4). Snakk om arv i forbindelse med risiko er også et kjennetegn ved genetiske veiledningssamtaler, hvor arvelighet spiller en vesentlig rolle med hensyn til å vurdere hvor stor risiko pasientene har for å utvikle en sykdom. Tilbakemeldingsbrevet informerer helt kort om at arvelighet er en av flere faktorer som må ses i sammenheng for å kunne si noe om risiko for hjerte- og karsykdommer. Temaet arv gjøres særlig relevant i møtet med fastlegen. Dette legger også HUNT opp til, ved å skrive at fastlegen kan vurdere risikofaktorene i sammenheng (se 4.4.3). Informasjonen om arv bidrar til å nyansere risikoforståelsen hos deltakerne, med hensyn til både å oppskalere og å nedskalere risikobildet. Legekonsultasjonene inneholder alle en fase hvor informasjon om arv og andre risikofaktorer etterspørres fra legens side, og hvor informasjonen som pasientene deler, blir gjenstand for en risikovurdering. Vi ser altså at legen får en bestemt posisjon med hensyn til å individuelt vurdere HUNT-deltakernes reelle sykdomsrisiko.

6.1.2 HUNT3 som kommunikativt prosjekt

De ulike tekstene fra HUNT3 til befolkningen i Nord-Trøndelag tjener forskjellige, og noen ganger overlappende, institusjonelle oppgaver. Disse oppgavene kan bestå av flere kommunikative prosjekt, forstått som dynamiske kommunikative formål (Linell 1998a; 2009; 2011). Tekstene fra HUNT til befolkningen i Nord-Trøndelag kan som nevnt karakteriseres som brukstekster, det vil si tekster som tjener et praktisk formål for

eksempel i en arbeidslivskontekst (Vatn 2007). Hver av HUNTs tekster tjener ulike formål, globalt og lokalt (Linell 1998a: 213; 2011, Rustad 2009: 178). De lokale, kommunikative prosjektene forteller oss at HUNT søker å gjøre flere jobber i én tekst. Eksempler på slike prosjekter er å overbevise, å skape tillit, å informere (i tråd med prinsipper for medisinsk forskning) og å redegjøre for potensielt problematiske sider ved å delta i HUNT3 (se 4.2.8, 4.3.6 og 4.4.5).

At HUNTs tekster består av mange kommunikative prosjekt, som til dels er overlappende og tvetydige, kan påvirke i hvor stor grad tekstene er forståelige for de som skal lese dem. Selv om språket som brukes i HUNTs tekster, både er forståelig og tilgjengelig for de aller fleste, samt ivaretar prinsipper for klarspråk, er det et paradoks at tekstene likevel tjener formål som kan være utydelige, og noen ganger usynlige, for leseren. Analysen av tekstene viser hvordan noen temaer og diskurser gjøres mer fremtredende enn andre. Et eksempel er ordet «helseundersøkelse». I HUNT3-konteksten konnoterer ordet minst to betydninger: En helseundersøkelse av den enkelte deltaker, hvor man ved å delta får vite mer om egen helse. Samtidig er også forskningsprosjektet HUNT3 en helseundersøkelse, i betydningen forskningsundersøkelse av folkehelsa, med mål om å utvikle kunnskap om hva som fremmer og hemmer helse i en befolkning. Når man som mulig deltaker blir lovet en undersøkelse av egen helse (se 4.1.1), er det rimelig å anta at det er den første tolkningen som står i forgrunnen for deltakeren.

Hensynet til individet versus befolkningen er et gjennomgående dilemma i HUNT3, slik det også er i screeningundersøkelser (Juth & Munthe 2012, Solbjør 2012). Dilemmaet reflekteres også i materialet for denne avhandlingen, både det skriftlige og det muntlige. Vi ser at invitasjonsbrevet/brosjyren og nettsiden har et globalt kommunikativt prosjekt om å rekruttere deltakere til HUNT3, og i dette benyttes ulike retoriske ressurser, som for eksempel forgrunn/bakgrunn, posisjon/footing, og kontrastering (Arribas-Ayllon, Sarangi & Clarke 2011). De retoriske ressursene handler blant annet om å appellere til

leserens kollektive ansvarsfølelse (se 4.1.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 og 4.2.5) og å ramme inn informasjonen på en måte som antas å appellere til gjenkjennelse og samhørighet (se for eksempel 4.1.1 og 4.2.3). Flere eksempler viser også hvordan de retoriske ressursene som tas i bruk kan dempe, redegjøre for eller ufarliggjøre et budskap som potensielt kan skape uro eller bekymring hos leseren, knyttet til sykdom, tillit til HUNT som organisasjon, behandling av sensitive helseopplysninger eller økonomisk vinning (se for eksempel 4.2.2, 4.2.4, 4.2.6, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.5).

6.2 Risikokommunikasjon i HUNT3

Kommunikasjon om risiko er et trekk ved HUNT som institusjon, og gjennom årene som helseundersøkelsen har pågått, har HUNT fått mange erfaringer knyttet til denne tematikken, som har ført til noen kommunikative valg. Disse gjenspeiles i HUNT3, og jeg vil i det følgende gjøre rede for noen sentrale aspekter ved HUNTs utvikling på bakgrunn av hva som kjennetegner HUNT3.

6.2.1 Utviklingslinjer i HUNT

Mye har utviklet seg fra HUNT1 på midten av 1980-tallet til HUNT3 i 2006–2008, også når det gjelder risikokommunikasjon. I innledningskapitlet skisserte jeg to risikodiskurser som har vært aktive gjennom HUNT1, 2 og 3, henholdsvis *ansvar for helse* og *medikalisering* (se 1.2.2), og som materialet i denne avhandlingen er med å på å illustrere utviklingen av. Jeg vil vende tilbake til disse her og løfte frem hvordan materialet i dette doktorgradsprosjektet kan bidra til å kaste lys over temaene.

Risiko og ansvar

Hvem som har ansvaret for helsa vår, er et spørsmål hvis svar har endret seg i løpet av perioden HUNT har pågått. Dette inngår i en større samfunnsdebatt, hvor HUNT er et eksempel på hvordan debatten har utviklet seg, blant annet gjennom hvem som mottar

tilbakemeldingsbrevet med resultatene fra den individuelle helseundersøkelsen. I HUNT1 ble dette sendt til deltakernes lege, i HUNT2 ble brevet sendt til både lege og deltaker, mens i HUNT3 ble det kun sendt til deltakerne.

Tilbakemeldingsbrevet som ble sendt til deltakerne i HUNT3, inneholdt flere ytringer som posisjonerer deltakeren som ansvarlig for helsa. Eksempler på dette er ytringer som «*På baksiden av dette arket kan du lese om prøvene vi har tatt av deg og hva vi alle kan gjøre for å forebygge sykdom og fremme helse*» (4.4.1), som gjør deltakeren selv ansvarlig for å forebygge sykdom og fremme helse, både ved å tilegne seg informasjonen i brevet fra HUNT og gjennom handling. Resultatene fra HUNT er kun en indikasjon på hvordan helsesituasjonen er, men HUNT fraskriver seg ansvaret for hva som skjer etter endt undersøkelse. Andre eksempler på dette er ytringen «*Ta med brevet ved neste legebesøk*» (4.4.1) og «*Hvis du trenger råd, kan du spørre din fastlege*» (4.4.4), hvor deltakeren gjøres ansvarlig for å innhente nødvendig informasjon for å redusere risiko for sykdom.

Deltakerne posisjoneres ikke bare som ansvarlige for sin egen helse, men også for andres. «*Vi kan hjelpe hverandre ved å skape et godt lokalmiljø, besøke hverandre og bidra til at alle blir en del av fellesskapet*» (4.4.4) er en ytring i tilbakemeldingsbrevet som illustrerer dette. I alle de skriftlige leddene i HUNT3 som jeg har analysert i denne avhandlingen, er det en gjennomgående retorisk appell til andreorientering og et kollektivt ansvar for helsa. «*En time for bedre folkehelse*» (4.2.1) kan leses som et individuelt tiltak for et solidarisk prosjekt for fremtidige generasjoner. Et altruistisk budskap står sterkt i HUNTs kommunikasjon ut til (de potensielle) deltakerne.

Også i legekonsultasjonene finner vi ytringer som tematiserer håndtering av risiko for sykdom og ansvar for helse. Som tidligere nevnt er kosthold, vekt, røyking og mosjon tema i konsultasjonene. Dette står i kontrast til informasjonen fra HUNT, som ikke

bringer opp disse temaene i direkte tilknytning til hver deltakers resultater, men heller i svært generelle ordelag (jf. «*Sunt kosthold og mosjon er viktig, og vi vet at røyking er helseskadelig*» i 4.4). Legen tar med andre ord på seg et ansvar for å følge opp temaer knyttet til sykdomsrisiko som HUNT har valgt å gå bort i fra, og uttalelser fra legen i intervjuet vi gjorde, forteller at hun mener disse temaene trenger mer oppmerksomhet enn det som vies fra HUNTs side.

Et latent tema i både HUNT3-tekstene og fastlegekonsultasjonene er moralsk ansvar, et tema som har fått oppmerksomhet i språkvitenskapelige (Adelswärd & Sachs 1998) og samfunnsvitenskapelige studier (Lupton 1993). På nettsidene (4.3.5 under «*Vil du forandre på noe?*») finner vi en appell til leseren om å ta vare på egen helse gjennom mosjon, kosthold og røykeslutt. Det samme finner vi i tilbakemeldingsteksten fra HUNT til deltakerne i helseundersøkelsen (se 4.4.4, «*Gode vaner for din helse*»). En sentral del av legekonsultasjonene handler om HUNT-deltakernes familiehistorie når det gjelder sykdom. I noen tilfeller brukes arv som en ressurs for å frita HUNT-deltakerne for ansvar for sykdomsrisiko (5.2.6, 5.3.1 og 5.3.4). Eksempler på dette er når legen sier «*for dette er jo ikke DU som lever så forferdelig usunt, nødvendigvis*» og «*vi må si at det sannsynligvis er mye GENER ute og går*» når det er snakk om Påls forhøyede kolesterol i 5.2.6, og *«@@@@ vi får skylde på arven*» når det er snakk om årsaken til Petras forhøyede kolesterol i 5.3.4.

Risiko og medikalisering

Felles for HUNT1, 2 og 3 er et fokus på forebygging av sykdom fremfor å gi medikamenter som behandling (Carlsen 2009). Med andre ord har HUNT hatt mål om å motarbeide det som av mange omtales som en medikaliseringstrend (Tjora 2008, Skolbekken 2012, Skolbekken & Lian 2003, Lian 2012, Isaksen 2012). Dette er et paradoks, all den tid screening og helseundersøkelser er en av årsakene til økt medikalisering (Skolbekken 2001, Tjora 2008, Forsmo & Hetlevik 2008). Økt kunnskap

om risiko skaper flere pasienter gjennom forebyggende tiltak, som for eksempel kolesterolsenkende tabletter:

> Tradisjonelt oppfattes kategoriene syk og frisk som gjensidig utelukkende, men risikobegrepet bidrar til en forståelse av kategoriene som å være ytterpunktene på et kontinuum. Grensene mellom de syke og de friske blir derfor mindre absolutte, med den konsekvens at langt de fleste av oss verken er helt friske eller helt syke. Dette gir et stort rom for forhandlinger om hvordan man skal definere dem som ikke har en manifest sykdom i tradisjonell forstand, men som har en symptomfri risikotilstand. (Skolbekken 2001: 189)

Hva det vil si å være frisk eller syk, utfordres med andre ord av et økt fokus på risiko, og dette er et av dilemmaene i HUNT. Mange nordtrøndere som har forstått seg selv som friske, kan ende opp i en mer udefinerbar kategori som risikopasient (Gjernes & Måseide 2008). Denne kategorien reiser spørsmål om veien videre, hvor behandling med medisiner er et spørsmål som dukker opp i flere av legekonsultasjonene (5.2.3, 5.2.5 og 5.3.5). I tillegg blir videre oppfølging et tema i flere konsultasjoner, hvor lege og pasient blir enige om å følge med og fortsette å måle der hvor HUNT har gitt sin merknad. Et eksempel på dette er 5.3.2 hvor legen sier «*så (.) hvis vi skal kommentere noe som helst, så .hh (1) KANSKJE vi skulle si at det blodtrykket kan vi kanskje følge litt [med.(.) men]*». Det skapes en usikkerhet om fremtiden som det kan se ut som at legen blir forpliktet til å ta på alvor, og hvor løsningen blir å fortsette å følge med i tilfelle noe utvikler seg i negativ retning. På den måten (re)etableres statusen som risikopasient, og man forholder seg aktivt til den risikoen som HUNT har gjort deltaker og lege oppmerksom på.

I noen samtaler omtales bruk av medisiner som en løsning, enten med det samme eller frem i tid, alt ettersom hvordan risikobildet ser ut (se for eksempel 5.2.3 og 5.2.5). Men vel så sentralt i samtalene er snakk om forebyggende og livsstilendrende tiltak, så som kosthold, mosjon og røykeslutt (se for eksempel 5.2.4 og 5.3.5). Medisiner er med andre ord bare ett av flere tiltak som legen aktualiserer, og hun har et tydelig fokus på de tiltakene som pasientene selv kan iverksette ved å endre vaner. Relevant å merke seg er

at i noen tilfeller blir medikamentell behandling et tiltak som legen legger opp til at pasienten selv må avgjøre (5.2.3 og 5.2.5), mens tiltak knyttet til kosthold, mosjon og røykeslutt i mindre grad kommuniseres som valgfritt (5.2.4 og 5.3.5). Her er legen i større grad normativ i sin veiledning, for eksempel når hun sier «du skal fortsette å mosjonere» (5.2.4).

Det er også interessant å merke seg at legen i noen tilfeller eksplisitt henviser til statens vurdering av hva som forstås som sykdomsrisiko, og til statens vurdering av når man kan få medisin på blå resept (5.2.3, 5.2.5 og 5.3.5). Ved å trekke inn statens vurderinger legges det et evidensbasert grunnlag for beslutningstaking med hensyn til veien videre. I faktisk risikokommunikasjon hvor det skal fattes en beslutning, vil det med andre ord være relevant å trekke inn ulike evidensbaserte forklaringer (jf. Thomassen & Sarangi 2012), og disse bygger gjerne på direkte eller indirekte evidens.

6.2.2 HUNTs lansering av deltaker- og pasientdiskurser

På samme måte som grensene mellom frisk og syk er diffuse i HUNT, er det også diffust når man går fra å være en vanlig HUNT-deltaker til å bli en pasient. Er man per definisjon en pasient når man trer inn på legekontoret med HUNT-resultatene i hånden? Eller er man kun i risikosonen for å bli pasient? Denne vage overgangen fra ikke-pasient til pasient tematiseres også av Tjora (2008):

> Men også fastlegereformen bidrar til å gjøre skillet mellom en pasient og ikke-pasient diffust, ved at man strengt tatt har gjort alle norske statsborgere til pasienter ved at de står på listen til en primærlege. Primærlegen vil med rette kunne si at samtlige personer på hans liste er hans pasienter, også dem han aldri har hatt inne til konsultasjon, og som dermed aldri har inntatt en konkret pasientrolle i forhold til legen. Utviklingen av helserelaterte tjenester på internett og et stadig større fokus på helse i media kan føre til at vi aktivt forholder oss mer til helsespørsmål, uavhengig av om vi formelt sett har en pasientrolle til en behandler. Om et slikt mediestøttet individuelt helsefokus gjør den enkelte til pasient er vanskelig å gi et klart svar på. (Tjora 2008: 12)

I forlengelsen av Tjoras argumentasjon ovenfor er det betimelig å rette samme undring mot screeningundersøkelser og helseundersøkelser som HUNT. Er det når måleresultatene foreligger, at noen HUNT-deltakere trer over i pasientrollen? Og er det forskjell på de deltakerne som gjennom HUNT får vite at de trenger rask oppfølging, og de som er i en mer udefinert risikogruppe? Materialet fra HUNT lanserer og aktualiserer flere deltaker- og pasientroller, og jeg vil i det følgende ta for meg disse.

Den altruistiske deltakeren

I rekrutteringsmateriellet til HUNT3 rammes deltakelsen inn som et kollektivt gode, gjennom ulike appeller til den felleskapsorienterte, altruistiske nordtrønderen (se for eksempel 4.1.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.5). Retorikken i HUNT handler om å slutte opp om en helsedugnad (Ursin & Berge 2009). Det trekkes klare veksler på kjennetegn ved den nordtrønderske kulturen, som forsterkes av visuelle virkemidler (se for eksempel 4.2.3). Natur- og kulturlandskap, sunne fritidsaktiviteter og hverdagsliv og trygge relasjoner går igjen i bildebruken. Den visuelle innrammingen av HUNT3 gir inntrykk av en grundig utarbeidet retorikk som tydelig henvender seg til befolkningen i Nord-Trøndelag. I Norge er det en relativt eksplisitt samfunnskontrakt at man bidrar til det helsevesenet vi har, gjennom å betale skatt, og at helsevesenet forstås som et felles gode for alle. Den kollektivistiske tankegangen som ligger til grunn for HUNT, er altså en etablert mentalitet i det norske, som blir et retorisk virkemiddel i HUNTs rekrutteringsmateriell.

«Risikopasienten» og «forebyggingspasienten»

Deltakelse i en helseundersøkelse, med det resultat at man som deltaker ender opp med en risikodiagnose, har noen implikasjoner for deltakeren og for samfunnet. Økt fokus på sykdom og risiko skaper flere pasienter. Denne pasientgruppen omtales som *risikopasienter* (Gjernes & Måseide 2008). Disse er pasienter i kraft av *sannsynligheten* for at sykdom inntreffer, og som medlem av denne kategorien posisjoneres man som ansvarlig for å ikke bli syk. Endring i levevaner, eventuelt inntak av medisiner, bidrar til

å bevare helsa, og man forventes å gjøre tiltak for å forebygge sykdom. Dette skaper igjen en ny pasientgruppe, som Gjernes og Måseide omtaler som *forebyggingspasienten* (Gjernes & Måseide 2008: 205):

> Forebyggingspasienten har stort sett ingen karakteristiske sykdommer. De fleste blir regnet som friske. Som pasienter har de få om noen rettigheter, men en rekke plikter. Det dreier seg om plikten til å legge om sin individuelle livsstil i tråd med de retningslinjer for sunn livsførsel som først og fremst epidemiologien og samfunnsmedisinen har produsert.

Denne karakteristikken er beskrivende for mange av dem som deltar i HUNT3. Både tilbakemeldingsbrevet (se 4.4.1 og 4.4.4) og fastlegekonsultasjonene (se 5.2.7, 5.3.4 og 5.3.5) lanserer denne pasientrollen. Som konsekvens av ny og bred kunnskap om hvilke faktorer som fører til sykdom, er vi alle posisjonert som forebyggingspasienter, men som risikopasient er man mer eksplisitt forventet å gjøre nødvendige tiltak for helsa. Som deltaker i HUNT3 er det plausibelt å anta at bevissthet om helse og sykdom fremmes, og slik sett omfatter forebyggingspasienten langt flere enn de deltakerne som får påvist sykdomsrisiko gjennom helseundersøkelsen.

«Den ansvarlige pasienten»

Carlsen (2008), som blant annet har studert skriftlig materiell fra HUNT1 og HUNT2, peker på hvordan HUNT kan leses som et «oppdragelsesprosjekt» (Carlsen 2008: 227) med hensyn til hvilke valg man bør gjøre for å ta ansvar for egen helse. Selv om tonen i det skriftlige materialet har forandret seg på de 20 årene mellom HUNT1 og HUNT3, er HUNT3 også omkranset av noen normative perspektiver på hva som fremmer og hemmer god helse, som igjen kommer til uttrykk i mitt materiale.

Sentralt i tilbakemeldingsbrevet fra HUNT er både en eksplisitt og en implisitt anmodning om å ta ansvar for egen helse. Dette handler om å ta kontakt med egen fastlege dersom risiko for sykdom er påvist, videreformidle resultatene fra HUNT3 neste gang man besøker legen (uavhengig av sykdomsrisiko), og følge de generelle rådene om

helse og livsstil som HUNT informerer om (se også 6.2.1). Latent i HUNTs skriftlige materiell ligger noen handlingsanvisninger knyttet til livsstil og hva som fremmer god helse (se «Hva betyr det som står i svarbrevet?», «Høyde og vekt» og «Vil du forandre på noe?» i 4.3.5 og «Gode vaner for din helse» i 4.4.4), ikke minst ved utstrakt bruk av bilder som illustrerer sunne mennesker med sunne fritidsinteresser. Disse moralske handlingsanvisningene forteller oss at det er individet selv som må ta ansvar for egen helse.

Nå kan man også spørre seg om ikke slike handlingsanvisninger ligger latent i HUNT som virksomhet, all den tid dette er en helseaktør som har fokus på forebygging av sykdom. Å delta i HUNT innebærer at man stiller seg til rådighet, med de eventuelle feil og mangler man har når det gjelder å ta vare på egen helse. Måling av for eksempel vekt og kolesterol forteller oss at det kan avdekkes at man, foruten der arvelig belastning spiller en vesentlig rolle, har gjort «feil» valg og dermed selv må stå ansvarlig for sin dårlige helse. HUNT kan med andre ord forstås som bærer av en moralsk diskurs om helse, hvor deltakerne posisjoneres som ansvarlige for å iverksette helsefremmende tiltak (Adelswärd & Sachs 1998, Lupton 1993).

6.3 Samspillet mellom skriftlig og muntlig kommunikasjon i HUNT3

Et kjennetegn ved mange kommunikative virksomheter er samspillet mellom det skriftlige og det muntlige, og også samspillet med ulike artefakter (Karlsson 2009). Dette kjennetegner også HUNT3, hvor skriftlige tekster og muntlige møter tjener viktige funksjoner i prosjektet. I det følgende vil jeg utdype hvordan fenomenene *intertekstualitet* og *multimodalitet* karakteriserer HUNT3 som kommunikativ virksomhet.

6.3.1 Intertekstualitet i HUNT3

De ulike kommunikative prosjektene og virksomhetene i HUNT3 kjennetegnes av *intertekstuelle koblinger* (Kristeva 1980), altså at elementer fra et kommunikasjonsledd i helseundersøkelsen hentes opp i et annet ledd, og på denne måten snakker disse leddene sammen. Disse koblingene skjer på tvers av muntlige og skriftlige sjangre/virksomhetstyper og er et kjennetegn ved kommunikative virksomheter (Linell 2011, Karlsson 2007b, Karlsson & Strand 2012).

> En dialogisk och verksamhetsteoretisk approach analyserar således skriftliga (och elektroniskt burna) texter kontextuellt och interaktionellt. Man utgår från situationer, verksamheter och möten där texter och andra artefakter produceras, används, konsumeras och omvandlas. Man kan också se på texter som länkar mellan olika kommunikationssituationer, och på hur de bär spår av olika perspektiv, olika verksamhetssammanhang och andra texter (intertextualitet). (Linell 2011: 413 med referanse til Karlsson 2007b)

Svært mange kommunikative virksomheter benytter et mangfold av skriftlige og muntlige kanaler som trekker veksler på hverandre og virker sammen. Legekonsultasjonene er et eksempel på en virksomhetstype som knytter an til mange ulike tekster. Det er spor av HUNT3-tekstene i samtalene, og vi ser at legen eksplisitt benytter seg av et skjema for å regne ut pasientens sykdomsrisiko (se 5.2.2, 5.2.3 og 5.2.5). En tydelig intertekstuell peker er til tilbakemeldingsbrevet som både henvises til direkte av både lege og pasient og som ligger til grunn for samtalen. HUNT har en tilstedeværelse i samtalen gjennom tilbakemeldingsbrevet (se for eksempel 5.2.1, 5.2.2 og 5.2.7), men også gjennom pasientens tidligere «møter» med HUNT, både tekstlige og fysiske (se for eksempel 5.2.4 hvor pasientens tidligere deltakelse i HUNT2 og resultatene fra den gang gjøres gjeldende).

Et annet eksempel på intertekstuelle koblinger er legens forklaring av måleresultatene. Disse er oppgitt i brevet som numeriske sannsynligheter for risiko, en fremstilling som flere studier viser at skaper et gap mellom ekspertens og lekmannens forståelse av risiko (Adelswärd & Sachs 1998; 1996). Dette gapet er også synlig i legekonsultasjonene som

følger HUNT3. Risiko som tall og objektive fakta kan tolkes som et uttrykk for HUNT sin innramming av konsultasjonene. I samtlige konsultasjoner bidrar legen til å rekontekstualisere måleverdiene. Hun bruker ofte et skjema som utgangspunkt, som hun forklarer underveis, men hun trekker også inn ny informasjon om pasienten som ikke står anført i brevet, så som arv, tidligere kunnskap om pasienten, for eksempel at Paula har gått ned i vekt siden HUNT2 (5.2.7), eller at Pål har vært til utredning på sykehuset for et annet helseproblem (5.2.6). Legen tar også i bruk ulike kommunikative ressurser, så som forsterkninger (5.2.1, 5.2.2, 5.2.3 og 5.3.2), konversasjonalisering (5.2.1) og relativisering (5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8 og 5.3.2), og gjør slik kommunikative grep for å normalisere pasientens risiko. På denne måten er legen og pasienten i dialog med, og forhandler med, HUNTs forståelse av risiko slik det står anført i tilbakemeldingsbrevet.

Det skriftlige HUNT-materialet (kapittel 4) inneholder også pekere til andre tekster. Rekrutteringsbrosjyren inneholder for eksempel peker til HUNT3s nettsider, et spørreskjema, et samtykkeskjema, kommende informasjonstekster og medieoppslag. Nettsidene peker til en rekke andre tekster gjennom hyperlenker, men også til rekrutteringsbrosjyren, tilbakemeldingsbrevet og også til konsultasjonene (se 4.3.5 «Får tidlig varsel om sykdom»).

Det skriftlige materialet som jeg har analysert, tjener ulike formål, men produserer og skaper også mening i sammenheng med noen felles globale kommunikative prosjekt. Fellestrekkene handler først og fremst om den retorikken HUNT kommuniserer i tekstene, både skriftlig og visuelt. Når det samme budskapet knyttet til perspektivet på helse kommer til uttrykk i alle tekstene, for eksempel gjennom bildebruken, spiller de sammen og forsterker HUNTs retorikk. Denne retorikken blir også et bakgrunnsteppe for konsultasjonene. Det skriftlige materialet har også noen felles globale kommunikative prosjekt som de orienterer seg mot, og som retorikken støtter oppunder. Rekruttering av deltakere er et felles prosjekt for invitasjonsbrevet, brosjyren

og nettsidene i HUNT3, og et overordnet prosjekt vi finner igjen i alle tekstene, er redegjørelsen av HUNT som en ansvarlig, pålitelig og troverdig helseaktør og forskningsprosjekt.

6.3.2 Multimodalitet i HUNT3

Multimodalitet innebærer at ulike språklige uttrykk og virkemidler bidrar til å skape mening i et samspill (Kress & van Leeuwen 2001). Multimodale tekster er blitt svært vanlige i vår moderne kultur, og de senere årene er det gjort mye skriveforskning innen dette feltet. Men også samspillet mellom skrift og tale (og andre artefakter) kan karakteriseres som multimodalitet (jf. Karlsson 2009). I likhet med andre virksomheter har HUNT3 en indre virksomhetslogikk som tilsier at ulike modaliteter er særlig egnet for ulike steg (rekruttere – informere – følge opp). HUNT3 kan karakteriseres som en multimodal kommunikativ virksomhet hvor skrevne tekster (inkludert visuelle virkemidler) og muntlige møter i stor grad trekker veksler på hverandre, henviser til hverandre og skaper mening i kraft av sitt samspill. Dette ser jeg tydeligst i legekonsultasjonene, hvor både tilbakemeldingsbrevet fra HUNT3, et skjema for risikovurdering, og legens digitale pasientjournal er tekstlige modaliteter i samtalen, og blir sentrale artefakter for å skape felles mening mellom lege og pasient.

Gunther Kress (2003: 46) omtaler multimodale samspill hvor de ulike modalitetene har bestemte funksjoner, som *funksjonell spesialisering*:

> The distinct representational and communicational affordances of modes lead to their *functional specialisation*, either over time, by repeated uses in a culture, or by the interested use of the individual sign-maker/designer. That is, if writing is better for representing events in sequence, and image is better for representing the relation of elements in space, then it is likely that each will be chosen according to what it is best for.

HUNT benytter seg av ulike modaliteter for å skape mening og forståelse for sitt folkehelseprosjekt. Modalitetene tjener spesifikke oppgaver i HUNT3, ut fra muligheter

og begrensninger. For eksempel ser vi at legekonsultasjonene har en spesiell funksjon i det å følge opp det HUNT3 har satt i gang for den enkelte pasient, både når det gjelder de spesifikke helseresultatene, og håndtering av pasientenes bekymring for sykdom og forståelse av sykdomsrisiko. Konsultasjonene virker i stor grad sammen med tilbakemeldingsbrevet, men trekker også veksler på annet skriftlig HUNT-materiell, spesielt i kraft av det som *ikke* står om sykdomsrisiko i de skriftlige tekstene fra HUNT til befolkningen.

En multimodal tekst drar nytte av ulike ressurser for kommunikasjon, så som bilder, hyperlenker, filmer og lignende, for å skape mening. Dette kjennetegner også tekstene fra HUNT til befolkningen i alle de skriftlige kommunikasjonsleddene som jeg har studert. Både informasjonsbrosjyren og nettsidene benytter seg av mange bilder sammen med verbalteksten. Bildene illustrerer som tidligere nevnt nordtrøndere i alle aldre, livsfaser og ulike miljø. Det er fokus på fritidsaktiviteter, kultur, natur og fellesskap. Bildene brukt i invitasjonsbrevet, invitasjonsbrosjyren og nettsidene ligner hverandre, noen av de samme bildene går dessuten igjen, og dette er med på å forsterke HUNTs retorikk med hensyn til deltakelse, forståelse av helse og den kollektive mentaliteten som ligger til grunn for HUNT3.

Nettsidene til HUNT3 inneholder dessuten hyperlenker til relevant informasjon for de som ønsker å lese mer om enkelte tema, blant annet til «Helsenytt» om mer informasjon om kroppsmasseindeks (se 4.3.5 «Hva betyr det som står i svarbrevet?»), Sosial- og helsedirektoratet for informasjon om røykeslutt, kosthold og fysisk aktivitet (se 4.3.5 «Vil du forandre på noe?»), eller Folkehelseinstituttet for informasjon om alkohol (se 4.3.5 «Vil du forandre på noe?»). Lenkene til andre helseaktører fungerer retorisk ved at HUNT kan støtte seg på informasjon fra offentlig godkjente kanaler og på den måten fremvise at HUNTs forståelse av helse og livsstil har bred støtte. Bruken av bilder og lenker til andre nettsteder har altså en retorisk funksjon. Min påstand er at disse

tekstlige ressursene bidrar til å skape en virkelighet/forståelsesramme som HUNT ønsker at deres lesere og deltakere skal slutte seg til. Dette gjelder både med hensyn til å ta ansvar for egen helse og folks oppfatning av HUNT3 som en betydningsfull og tillitvekkende helseaktør.

7. Konklusjon og veien videre

Å undersøke en befolkning med mål om å avdekke sammenhenger mellom livsstil, helse og sykdom har implikasjoner både på kollektivt og individuelt plan. Gjennom å kartlegge sentrale trekk ved HUNT3s kommunikasjon rundt helseundersøkelsen har jeg studert hvordan kommunikative utfordringer har blitt håndtert i muntlige og skriftlige kommunikasjonskanaler som invitasjonsbrev, informasjonsbrosjyre, nettsider, tilbakemeldingsbrev og fastlegekonsultasjoner. I avhandlingens avsluttende del vil jeg først gi en oppsummering av de viktigste funnene og på bakgrunn av dette trekke en konklusjon. Videre vil jeg peke på muligheter og begrensninger med hensyn til generalisering av studien, før jeg går videre til hvilke sider ved min studie som kan ha relevans og nytte for praktikere i helsesektoren og for eget fagfelt. Til slutt vil jeg legge frem noen initiativer til videre forskning.

7.1 Oppsummering og konklusjon

Med bakgrunn i et perspektiv på HUNT som kommunikativ virksomhet har den overordnede problemstillingen for dette doktorgradsprosjektet vært: ***Hvordan håndteres kommunikative utfordringer i HUNT3, med særlig henblikk på sykdomsrisiko?*** Problemstillingen har vært fundert på en antakelse om at ulike kommunikative hensyn i HUNT3 kunne skape noen kommunikative dilemma som kunne spores i det skriftlige og det muntlige materialet jeg har hatt til rådighet. Helsekommunikasjon er krevende av flere grunner, der ulike behov, lovgivning og sensitivitet er noen av dem. HUNT3 er ikke noe unntak i så måte, det skriftlige materialet og legekonsultasjonene viser at det er mange hensyn, til dels motstridende, som forsøkes løst kommunikativt av både HUNT og av fastlegene i Nord-Trøndelag. Det gjøres noen kommunikative valg når HUNT går ut og reklamerer for deltakelse i HUNT3. Gjennom å belyse hvilke temaer som settes i forgrunnen, og dertil hvilke som står i bakgrunnen, i HUNTs rekrutteringsmateriell, gir jeg innsikt i det potensielt problematiske i HUNTs valg. Det samme gjelder valg av retoriske ressurser på HUNT3s

nettsider. Med HUNTs forgrunnsplassering av helseundersøkelsens gunstige følger på et kollektivt nivå, fokus på konkurranse mellom nabokommuner, og fremstillingen av HUNT som en begivenhet i Nord-Trøndelag, blir temaer som er relevante på et mer individuelt plan, satt i bakgrunnen. Hyppig bruk av redegjørelser for potensielt problematiske sider ved HUNT gjør at individuelt orienterte temaer ikke kommer tydelig til syne før i tilbakemeldingsbrevet som hver deltaker på et tidspunkt må forholde seg til. Brevet tematiserer deltakerens individuelle helse og risiko for sykdom, men trekker fortsatt veksler på det kollektive nivået i innrammingen av helse og risiko. Brevet blir en peker både tilbake til den tidligere skriftlige kommunikasjonen fra HUNT og frem til fastlegekonsultasjonene. I legekonsultasjonene som følger, dreier fokuset seg vekk fra HUNT som begivenhet, dugnad for folkehelse og over til deltakernes, eller pasientenes, risiko for sykdom. HUNT rammer inn helseundersøkelsen som et prosjekt med mange helsefordeler, men de retoriske føringene i den skriftlige kommunikasjonen tilslører de individuelle aspektene. Disse kommer imidlertid til uttrykk på ulike måter i fastlegekonsultasjonene, hvor bekymringer, spørsmål, forklaringer, vurderinger, videre oppfølging og beslutninger i tilknytning til HUNT-resultatene står i forgrunnen.

I artikkelen «På jakt etter uoppdaget sykdom» kritiserer Forsmo og Hetlevik (2008) den økende tendensen til å lete etter risiko for sykdom hos friske mennesker. Et av deres argumenter mot denne typen intervensjon er: «Kunnskapen om hvordan risiko best kan formidles og hvordan individet reagerer på å få en risikodiagnose, er også sparsom.» (Forsmo & Hetlevik 2008: 446) Jeg har ingen ambisjoner om å tilby noen fasit på dette omfattende spørsmålet, men tror likevel at min studie tilbyr innsikt i problematikken Forsmo og Hetlevik belyser. Jeg vil komme nærmere inn på dette i 7.3 og 7.3.1.

7.2 Generalisering av studien: Muligheter og begrensninger

Materialet for dette doktorgradsprosjektet er generert med utgangspunkt i HUNT3 som case og representerer en kommunikasjonskjede i HUNT3. Materialet består av et invitasjonsbrev med tilhørende informasjonsbrosjyre, nettsider med informasjon om

HUNT3, et brev til deltakerne med tilbakemelding om resultatene fra den enkeltes helseundersøkelse, og til sist legekonsultasjoner hvor pasienter som har deltatt i HUNT3, kommer med resultatene fra helseundersøkelsen for å få videre oppfølging. Alle forskningsprosjekt har sine begrensninger, og noen av valgene man tar som forsker, stenger for noen muligheter til innsikt, men åpner for andre. Min studie er kvalitativ, noe som innebærer at jeg har gått i dybden på et mindre utvalg materiale. Kommunikasjonskjeden i HUNT3 består naturligvis av langt flere ledd enn jeg har hatt tilgang til i mitt prosjekt, for eksempel møtet mellom HUNT3 og deltakerne når helseopplysningene samles inn, pressemeldinger og skriftlig og muntlig informasjon til fastlegene. Flere trekk ved HUNT3 som kommunikativ virksomhet ville kunne vært belyst om jeg hadde inkorporert flere ledd, og de trekkene jeg har belyst, ville kunne nyanseres ytterligere. HUNT3 består av en stor mengde skrevne tekster og muntlige møter som kunne vært gjenstand for forskning. I studien har jeg analysert sentrale ledd i HUNTs kommunikasjonskjede og dermed fått innsikt i vesentlige trekk ved HUNT som kommunikativ virksomhet. I prosjektet fremtrer helsekommunikasjon i ulike modaliteter, og det er kjeden av kommunikasjon jeg anser som prosjektets styrke. Materialet må forstås i lys av en befolkningsundersøkelse hvor samspillet mellom leddene gjør analysen mer interessant enn en analyse av hvert enkelt ledd.

Den muntlige delen av datamaterialet består av konsultasjoner mellom én lege og åtte pasienter. Med flere pasienter ville jeg fått flere eksempler på hvordan resultatene forstås og hva pasientene er opptatt av når de oppsøker fastlegen. Hvordan deltakerne i HUNT forholder seg til temaet risiko for sykdom, varierer naturligvis fra person til person, og flere pasienter ville frembrakt enda mer av hva deltakerne lurer på, hvordan de forstår resultatene og hvordan dette kommer til uttrykk. Likeledes ville jeg fått flere eksempler på legens kommunikative håndtering av hva pasientene tar opp og spør om, og jeg ville fått flere eksempler på hvordan legen og pasienten forhandler om felles mening i konsultasjonene.

7.3 Prosjektets nytteverdi

Felles for studier innenfor feltet helsekommunikasjon er at de blant annet har som siktemål å frembringe kunnskap om språk i bruk i en del av samfunnet som omfatter de fleste av oss. Dess mer et forskningsprosjekt legitimeres ut fra nytteverdi og samfunnsrelevans, dess mer kan prosjektet fortone seg som normativt, skriver Thomassen (2005: 56). Studiene innenfor helsekommunikasjon i anvendt språkvitenskap er ikke først og fremst normative. De har med andre ord ikke som hovedformål å si noe om hvordan diskurspraktikerne *bør* eller *skal* kommunisere med for eksempel sine pasienter, slik Evensen (2013: 127) understreker: «We do not, however, want to prescribe, even less to determine practice on behalf of practitioners». Dette har heller ikke vært mitt anliggende i denne avhandlingen. Prosjektet ble utviklet med ønske om å bidra til kunnskap om kommunikative problemstillinger knyttet til helseundersøkelser og screening av en stor befolkning. Å studere språklig materiale fra Norges største helseundersøkelse gir innsikt i hvilke utfordringer som er sentrale, og materialet speiler diskursive tendenser og brytninger. Det har ikke vært mitt ønske å være normativ med hensyn til hvordan man bør formulere seg i kommunikasjon med deltakere i store helseundersøkelser eller hvordan helsepraktikere bør kommunisere med pasienter som har deltatt i screeningprogram. Ut fra en nysgjerrighet om hvilke hensyn som tas i de komplekse kommunikasjonssituasjonene i forkant, underveis og i kjølvannet av HUNT3, har mitt ønske vært å belyse hvordan temaet sykdomsrisiko håndteres kommunikativt, hva som ser ut til å være sentrale kommunikative grep, og hvorfor. Mitt håp er at kunnskapen som studien frembringer, vil være av nytte for HUNT spesielt, og mer generelt for screeningprogram og medisinsk forskning som involverer deltakere som får innsikt i egen helse som de normalt ikke ville fått. Ved å gjøre potensiell uro og bekymring i befolkningen til analytisk tyngdepunkt håper jeg å ha belyst relevante kommunikative sider ved datamaterialet, og at dette kan være av interesse for både helsepraktikere og kommunikasjonsforskere. Slik sett er målet at avhandlingen kan få konsekvenser for gjeldende praksis.

7.3.1 Relevans for praksisfeltet

Denne studien tilbyr innsikt i både et skriftlig og et muntlig materiale fra en stor helseundersøkelse av en befolkning og hvordan de kommunikative leddene i HUNT spiller sammen for å håndtere kommunikative utfordringer i tilknytning til temaet sykdomsrisiko. Det muntlige materialet gir en unik innsikt i hvordan pasientene og legen orienterer seg mot risiko, og hvordan risiko forstås og forhandles om. Prosjektet kan ha relevans for praktikere hvor helsekommunikasjon med særlig med fokus på sykdomsrisiko er en sentral del av arbeidet. Gjennom pasientenes oppfatninger om målerverdier, spørsmål de stiller, og gjennom deres uttrykk for bekymring, kan studien gi innhold til diskusjonen om hvordan risikobudskap kan formuleres og tydeliggjøres for å unngå unødig bekymring eller misoppfatninger (Adelswärd & Sachs 1996; 1998).

Analysen av fastlegekonsultasjonene illustrerer hvordan konsultasjonen er forankret i helseundersøkelsen HUNT3. Innsikt i slike samtaler kan benyttes som grunnlag for å forberede fastlegene på denne typen konsultasjoner i fremtiden. Er det tematikk knyttet til oppfølging av sykdomsrisiko fastlegene ønsker mer støtte for i møtet med sine pasienter? Er det behov for mer samarbeid mellom de ulike aktørene som omfattes av en slik helseundersøkelse med hensyn til risikokommunikasjon?

Det skriftlige materialet løfter frem hvordan informasjon om helseundersøkelsen kommuniseres i ulike ledd, både før, under og etter deltakelse. Mine funn kan brukes til å evaluere om det er ønskelig med både mer, mindre eller også annen informasjon om det å delta i en undersøkelse som HUNT3, og hvordan temaet risiko for sykdom kommuniseres om i de ulike leddene. Mine analyser viser at HUNT i liten grad er eksplisitt om de potensielle ulempene ved å delta i helseundersøkelsen. Er dette et perspektiv som i større grad bør ivaretas i de ulike leddene i informasjonskjeden?

Det er relevant for praksisfeltet å få innblikk i hvordan tilbakemeldingsbrevet og resultatene fra undersøkelsen tematiseres i legekonsultasjonene. Samspillet mellom den skriftlige og den muntlige informasjonen i etterkant av deltakelse gir grunnlag for evaluering av alle ledd i kommunikasjonskjeden, men kanskje spesielt i det leddet hvor de individuelle resultatene presenteres for den enkelte deltakeren.

7.3.2 Relevans for fagfeltet

«Normally, texts are studied by text analysts and interaction by interaction analysts, and both sides tend to focus on their particular perspective» skriver Anna-Malin Karlsson (2009: 417). Fordi materialet for mitt doktorgradsprosjekt både er skriftlig og muntlig, frigjør studien seg fra et tradisjonelt skille mellom skrive- og samtaleforskning. Med et dialogisk virksomhetsperspektiv i bunn, hvor kommunikasjon forstås ut fra de sosiale sammenhengene den er en del av, åpnes det dessuten for å studere virksomheter i kraft av de kommunikasjonsformer som kjennetegner dem, i motsetning til å ha skrive- eller samtaleforskning som utgangspunkt for undersøkelsen, slik også Linell påpeker:

> Verksamhetsanalysen implicerar att också produktionen och konsumtionen av texter måste analyseras dynamiskt, som enskilda texthändelser och som generaliserbara textpraktiker. Hur produceras olika texttyper för olika syften, exempelvis i samband med samtal? Hur läses texterna för olika syften i olika situationer? Hur användes de inom ramen för mer omfattande – kommunikativa eller andra – verksamheter? (Linell 2011: 413)

Studien er også et bidrag til forskningen på kommunikative virksomheters multimodale kjennetegn. Casen HUNT3 viser hvordan tekster og samtaler skaper mening i samspill, ikke bare hver for seg. Innsikt i kjennetegn ved sentrale tekster fra HUNT til befolkningen i Nord-Trøndelag (kapittel 4) gir et bakteppe for å forstå de kommunikative forhandlingene som kommer til uttrykk i legekonsultasjonene (kapittel 5). Disse kommunikative forhandlingene gir også et perspektiv på de skrevne HUNT-tekstene ved at de synliggjør en diskrepans mellom HUNTs og HUNT-deltakernes behov. Den nevnte tvetydigheten i ordet «helseundersøkelse» (kapittel 1) viser seg i kontrasten mellom de kommunikative prosjektene i hvert enkelt kommunikasjonsledd (for eksempel å

overbevise om å delta i en helsedugnad kontra å normalisere en deltakers kolesterol-resultat for å dempe bekymring). HUNT er i bunn og grunn et stort forskningsprosjekt, men fordi prosjektet angår en befolkning, og fordi deltakernes bidrag til prosjektet er deres egen helse, blir HUNT en kompleks kommunikativ virksomhet hvor de ulike aktørenes kommunikative behov og forskjellene mellom dem speiles i de ulike leddene i den kommunikative kjeden. Denne intertekstualiteten som jeg har funnet mellom tekstene og konsultasjonene, viser at det er fruktbart å studere tekster og samtaler både i lys av den kommunikative virksomhetens kontekster og som ledd i en kommunikasjonskjede – fremfor å granske dem som isolerte tekster. Et eksempel på dette er hvordan invitasjonsmateriellet (brev og brosjyre, jf. kapittel 4.1 og 4.2) og nettsidene (jf. kapittel 4.3) setter forskning, folkehelse og dugnadsånd i tekstens forgrunn. Denne forgrunnen står i kontrast til forklaringer, tolkninger og vurderinger av resultatene fra den individuelle helseundersøkelsen, for øvrig formidlet i et standardisert brev der folkehelseperspektivet vies mye plass sammenlignet med informasjon tilpasset den enkelte deltaker (jf. kapittel 4.4).

Analysene av de ulike kommunikative leddene i HUNT3 bidrar også inn i forståelsen av skrevne teksters status. Karlsson og Strand (2012) skisserer to ytterligheter på en skala for hva slags status tekster har i en virksomhet. På den ene siden kan teksten spille en sentral rolle for virksomheten, en såkalt *tekstbåren* virksomhet, eller den kan ha en marginal rolle i virksomheten, såkalte *praktiske* virksomheter (Karlsson & Strand 2012: 113). Slik jeg ser det, kan HUNT karakteriseres som en tekstbåren virksomhet, der tekstene spiller større eller mindre roller for de ulike aktørene som er involvert, og ut fra tekstens kommunikative prosjekt(er). Ved siden av juridiske forpliktelser er tekstene viktige for HUNT i kraft av hvordan de blir lest og forstått, og i hvilken grad innbyggerne i Nord-Trøndelag handler på bakgrunn av dem, for eksempel ved å delta i HUNT3 eller oppsøke fastlegen. For deltakerne i HUNT3 er tekstene først og fremst viktige i lys av den individuelt orienterte eller den praktiske informasjonen de gir, men mye av innholdet i HUNT3-tekstene handler om mer enn individuelt orientert eller praktisk

informasjon. Der HUNT3 setter forskning på folkehelsa i forgrunnen, vil mange deltakere likevel være særlig opptatt av hva det som står i teksten, betyr for *dem*, for deres egen helse og hverdag. For HUNT-deltakerne er det trolig resultatet av helseundersøkelsen og oppfølgingen av disse hos fastlegen som står i forgrunnen. Denne kompleksiteten i HUNT-tekstene tydeliggjøres gjennom å studere tekstenes retoriske karakter og samspillet mellom kommunikasjonsleddene. Behovet for slike analyser er ikke begrenset til konteksten for denne studien. Innsikt i teksters status og den sammensatte konteksten de inngår i, utfordrer kommunikasjonsforskerens analytiske fremgangsmåter.

7.4 Videre forskning

Avslutningsvis vil jeg trekke frem hva som kan være interessant å bygge videre på fra denne avhandlingen, med tanke på videre forskning. Som allerede nevnt i 7.2 kunne kommunikasjonskjeden i HUNT3 vært fylt ut med flere ledd. Dette kunne jeg ønsket å gå videre med om jeg skulle gjort et lignende prosjekt med utgangspunkt i HUNT4. Å trekke inn flere muntlige og skriftlige ledd, som det fysiske møtet mellom HUNT og deltakerne, eller skriftlig og muntlig informasjon fra HUNT til fastlegene, vil kunne gi ytterligere innsikt i virksomheten HUNT (eller en lignende virksomhet). Det ville også vært spennende å gjøre intervjuer med deltakere i helseundersøkelsen for å få ytterligere tilgang til deres oppfatninger og forståelse av deltakelsen i HUNT. For eksempel ville det kunne tilby ny innsikt å gjøre intervjuer med fokus på tekstforståelse (jf. Sand 2012 som studerte hvorvidt de mange kravene til informasjonsskriv til pasienter som skulle delta i medisinsk forskning, stod i veien for leservennligheten, og som viste at tekstene ikke var tilpasset det pasientene var mest opptatt av), for å få vite mer om hvordan HUNT-tekstene leses og oppfattes, med særlig henblikk på risikoforståelse.

I denne studien har jeg konsentrert meg om den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Det ville være en interessant videreutvikling å sammenholde et bredere

spekter av skrevne tekster fra alle helseundersøkelsene som har vært, for å kunne studere utviklingen fra HUNT1 og frem til i dag mer systematisk. En slik studie ville gitt en dypere innsikt i diskursive tendenser og bevegelser innen sentrale temaer som risiko, medikalisering, ansvar og livsstil over tid.

Mitt ønske var i utgangspunktet å få tilgang til flere fastlegekonsultasjoner i etterkant av HUNT3, hvor flere leger var involvert. Da kunne man sammenlignet hvordan disse konsultasjonene varierer, også med hensyn til legene og deres kommunikative strategier for håndtering av forklaringer av sykdomsrisiko og håndtering av pasientenes bekymring. Variasjon med hensyn til legenes utøvelse av risikokommunikasjon kunne med andre ord vært noe å gå videre med i et eventuelt fremtidig prosjekt.

Å studere språklig kommunikasjon i lys av brukskonteksten, i dette tilfellet en stor helseundersøkelse, gir en mer praksisnær tilnærming til materialet. Koblingen av ulike typer av materiale og analysen av en kommunikasjonskjede setter virksomheten i fokus, snarere enn hver enkel skriftlige tekst eller samtale, og gjør studien i større grad anvendbar utenfor eget fagfelt. Å forstå en virksomhet i lys av både skriftlige og muntlige praksiser med multimodale egenskaper har gitt meg en innsikt i HUNT3 som jeg ikke ville fått dersom jeg konsentrerte meg om kun den ene typen materiale. Jeg ønsker og håper derfor at flere praksisnære studier med kobling av skriftlig og muntlig materiale vil se dagens lys, fordi jeg tror at dette vil gi en dypere innsikt i både virksomhetenes egenart og kommunikasjonsforskning forstått som overordnet skrive- og samtaleforskning.

Litteraturliste

Adelswärd, Viveka & Lisbeth Sachs. 2002. *Framtida skuggor: Samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*. Lund: Arkiv Förlag.

Adelswärd, Viveka & Lisbeth Sachs. 1998. «Risk discourse: Recontextualization of numerical values in clinical practice.» *Text*, 18 (2): 191–210. doi: 10.1515/text.1.1998.18.2.191.

Adelswärd, Viveka & Lisbeth Sachs. 1996. «The meaning of 6,8: Numeracy and normality in health information talks.» *Social science and medicine*, 43: 1179–1187. doi: 10.1016/02779536(95)00366-5.

Anderssen, Jorid. 2000. «"Men du har jo den angsten i dæ…" Om å leve med risiko som diagnose.» I *Diagnose: Risiko*, redigert av Elisabeth Swensen, 86–97. Oslo: Universitetsforlaget.

Arribas-Ayllon, Michael, Srikant Sarangi & Angus Clarke. 2011. *Genetic Testing. Accounts of autonomy, responsibility and blame*. London: Routledge.

Atkinson, Paul. 1995. *Medical Talk and Medical Work*. *The Liturgy of the Clinic*. London: Sage.

Aursnes, Ivar. 2006. «Om sannsynlighet og risiko.» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 24: 3282.

BAAL The British Association for Applied Linguistics. 2006. *Recommendations on good practice in applied linguistics*. Hentet 23. februar 2022. https://www.baal.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/goodpractice_full.pdf.

Barsky, Arthur J. 1988. «The Paradox of Health.» *The New England Journal of Medicine*, 318 (7): 414 418. doi: 10.1056/NEJM198802183180705.

Beck, Ulrich. 1992. *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.

Bellander, Theres. 2021. «Fleeing as an activity of waiting: Visual representations of the world's refugee situation on Médecins Sans Frontière Sweden's website.» *Journal of Refugee Studies*, 2021, feab048, doi: 10.1093/jrs/feab048.

Bellander, Theres. 2016. «Bloggens roll för hälsolitteracitet och kunskapsbyggande i informationssamhället: En genreanalys av strukturella och språkliga mönster i bloggar om barn med hjärtfelsdiagnos.» *Hälsolitteracitet och kunskapsbyggande i informationssamhället*, no. 44 (2016): 129–159.

Bellander, Theres, Anna-Malin Karlsson & Zoe Nikolaidou. 2018. «Blogging as a Health Literacy Practice. Identity construction and knowledge-building in the writing of parents of children with heart defect.» I *Explorations in Ethnography, Language and Communication: Capturing Linguistic and Cultural Diversities. Text- och samtalsstudier från Södertörns högskola 7*, redigert av Stina Hållsten & Zoe Nikolaidou, 127–152. Huddinge: Södertörns högskola.

Bellander, Theres & Mats Landqvist. 2018. «Becoming the expert: Constructing health knowledge in epistemic communities online.» *Information, Communication & Society*, 23 (4): 507–522. doi: 10.1080/1369118X.2018.1518474.

Bellander, Theres & Zoe Nikolaidou. 2017. «Building health knowledge online: Parents' online information searching on congenital heart defects.» *Literacy & Numeracy Studies*, 25 (1): 4–19. doi:10.5130/lns.v25i1.5358.

Bergh Nestlog, Ewa. 2012. *Var är meningen? Elevtexter och undervisningspraktiker*. (Doktorgradsavhandling.) Växjö: Linnaeus University Press.

Bolinger, Dwight. 1972. *Degree Words*. The Hague: Mouton de Gruyter.

Braut, Geir Sverre & Øivind Larsen (2018): «Forebyggende medisin.» I *Store medisinske leksikon*. Hentet 25. mai 2021. https://sml.snl.no/forebyggende_medisin.

Bredmar, Margareta & Per Linell. 1999. «Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers.» I *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, redigert av Srikant Sarangi & Celia Roberts, 237–270. Berlin: Mouton de Gruyter.

Buttny, Richard. 1993. *Social Accountability in Communication.* London: Sage.

Cameron, Deborah. 2001. *Working with spoken discourse.* London: Sage Publications.

Candlin, Christopher N. 1997. «General editor's preface.» I *The Construction of Professional Discourse*, redigert av Britt-Louise Gunnarsson, Per Linell & Bengt Nordberg, viii–xiv. London: Longman.

Candlin, Christopher N. & Srikant Sarangi. 2011. *Handbook of Communication in Organisations and Professions*. Berlin: Mouton de Gruyter.

Carlsen, Terje. 2009. «HUNT – 25 år for folkehelsen.» *Universitetsavisa.no*, 03. august. Hentet 23. juni 2013. http://gamle.universitetsavisa.no/dok_4a76cd648dbd71.32093150.html.

Carlsen, Terje. 2008. «Den ansvarlige pasienten.» I *Den moderne pasienten*, redigert av Aksel Tjora, 214–230. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Carlsen, Terje. 2005. «*...men ikke bare for din egen skyld. Om risiko og skjebne i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*.» Masteroppgave, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Chadwick, Ruth F., Mairi Levitt & Darren Shickle. 2014. *The right to know and the right not to know: genetic privacy and responsibility*. Cambridge: Cambridge University Press.

Christie, Werner. 2000. «Forord. Føre var – risiko og helsevesen.» I *Diagnose: Risiko*, redigert av Elisabeth Swensen, 11-13, Oslo: Universitetsforlaget.

Cicourel, Aaron V. 1981. «Language and Medicine.» I *Language in the USA*, redigert av Charles Ferguson & Shirley Brice Heath, 347-367. Cambridge: Cambridge University Press.

Clerehan Rosemary, Di Hirsch & Rachelle Buchbinder. 2009. «Medication information leaflets for patients: The further validation of an analytic linguistic framework.» *Communication & Medicine*, 6(2): 117–27. doi: 10.1558/cam.v6i2.117.

Clerehan, Rosemary & Rachelle Buchbinder. 2006. «Toward a more valid account of functional text quality: the case of the patient information leaflet.» *Text & Talk*, 26(1): 39–68. doi: 10.1515/TEXT.2006.003.

Cordella, Marisa. 2004. *The dynamic consultation: a discourse analytical study of doctor patient communication*. Philadelphia: John Benjamins Pub.

Dean, Mitchell. 2010. *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.

Douglas, Mary. 1990. «Risk as a Forensic Resource.» *Daedalus (Cambridge, Mass.)*, 119(4): 1–16. Hentet 13. mars 2022. https://www.jstor.org/stable/pdf/20025335.pdf.

Drew, Paul & John Heritage. 1992. *Talk at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.

Drew, Paul & Marja-Leena Sorjonen. 1997. «Institutional dialogue.» I *Discourse as Social Interaction*. *Discourse studies: A Multidisciplinary Introduction. Volume 2*, redigert av Teun A. van Dijk, 92–118. London: Sage.

Edwards, Adrian, Glyn Elwyn & Al Mulley. 2002. «Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures.» *BMJ*, 324(7341): 827–830. doi: 10.1136/bmj.324.7341.827.

Evensen, Lars Sigfred. 2013. *Applied Linguistics. Towards a New Integration?* Sheffield: Equinox.

Evensen, Lars Sigfred. 2005. «Perspektiv på innhold? Relieff i ungdomsskoleelevers eksamensskriving.» I *Ungdommers skrivekompetanse, bind II*, redigert av Kjell Lars Berge, Lars Sigfred Evensen, Frøydis Hertzberg & Wenche Vagle, 191–236. Oslo: Universitetsforlaget.

Evensen, Lars Sigfred. 2004. «From dialogue to dialogism: the confessions of a writing researcher.» I *Bakhtinian Perspectives on Language and Culture. Meaning in language, art and new media*, redigert av Finn Bostad, Craig Brandist, Lars Sigfred Evensen & Hege Charlotte Faber, 147–164. London: Palgrave Macmillan.

Fage-Butler, Antoinette Mary. 2017. «Risk resistance: Constructing home birth as morally responsible on an online discussion group.» *Health, Risk & Society*, 19(3–4): 130–144. doi: 10.1080/13698575.2017.1327038.

Fage-Butler, Antoinette Mary. 2011. «The Discursive Construction of Risk and Trust in Patient Information Leaflets.» *Hermes: Journal of Language and Communication Studies*, 46: 61–73. doi: 10.7146/hjlcb.v24i46.97368.

Forsmo, Siri & Irene Hetlevik. 2008. «På jakt etter uoppdaget sykdom.» I *Samfunnsmedisin*, redigert av Øivind Larsen, Anne Alvik, Kristian Hagestad & Magne Nylenna, 434–447. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Forssén, Annika, Eivind Meland, Irene Hetlevik & Roger Strand. 2011. «Rethinking scientific responsibility.» *Journal of Medical Ethics*, 37(5): 299–302. doi: 10.1136/jme.2010.038828.

Fosket, Jennifer. 2004. «Constructing “High-Risk Women”: The Development and Standardization of a Breast Cancer Risk Assessment Tool.» *Science, Technology & Human Values*, 29 (3): 291–313. doi: 10.1177/0162243904264960.

Getz, Linn. 2006. *Sustainable and responsible preventive medicine: conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology*. (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Getz, Linn, Anna Luise Kirkengen, Irene Hetlevik, Solfrid Romundstad & Johann A. Sigurdsson. 2004. «Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.» *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(4): 202–208. doi: 10.1080/02813430410006693.

Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.

Gilstad, Heidi, Kari Sand & Berit Brattheim. 2017. «Online Patient Information about Breast Cancer. A Discourse Analysis.» *CEUR Workshop Proceedings* 2017, vol. 2001: 93–105.

Gjernes, Trude & Per Måseide. 2008. «Forebyggingspasienten.» I *Den moderne pasienten*, redigert av Aksel Tjora, 194–213. Oslo: Gyldendal Forlag.

Goffman, Erving. 1986. *Frame analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press.

Goffman, Erving. 1979. «Footing.» *Semiotica*, 25 (1/2), 1–29.

Goffman, Erving. 1967. *Interaction Ritual. Essays on face-to-face behaviour*. New York: Pantheon Books.

Gulbrandsen, Pål & Arnstein Finset. 2019. *Skreddersydde samtaler - en veileder i medisinsk kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gwyn, Richard. 2002. *Communicating Health and Illness*. London: Sage.

Hall, Christopher, Stef Slembrouck & Srikant Sarangi. 2006. *Language Practices in Social Work. Categorisation and accountability in child welfare.* London: Routledge.

Hamilton, Heidi & Wen-ying Sylvia Chou. 2014. *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. New York: Routledge.

Hedlund, Marianne. 2008. «Den selvforvaltende pasienten.» I *Den moderne pasienten*, redigert av Aksel Tjora, 231–251. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Helseforskningsloven. 2008. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2008-06-20-44 (Hentet: 14.02.2022)

Heritage, John & Douglas W. Maynard. 2006. *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hetlevik, Irene. 2000. «Tilbake til de syke – forebygging på legekontoret i krise.» *Diagnose: Risiko*, redigert av Elisabeth Swensen, 52–72. Oslo: Universitetsforlaget.

Hoel, Torlaug Løkensgard. 2001. «“Samtalar” på e-post og kommunikative vilkår for læring.» *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 2(3): 172–183.

Hoffmann, Mikael, Per Linell, Lotta Lindh-Åstrand & Karin I. Kjellgren. 2003. «Risk talk: rhetorical strategies in consultations on hormone replacement therapy.» *Health, Risk & Society*, 5(2): 139–153. doi: 10.1080/1369857031000123920.

Hofmann, Bjørn. 2008. *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hollnagel, Hanne. 1999. «Explaining risk factors to patients during a general practice consultation.» *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17(1): 3–5. doi: 10.1080/028134399750002809.

Holmen, Jostein, May Britt Kjelsaas, Øystein Krüger, Hanne Ellekjær, Grete Bratberg, Turid Lingaas Holmen, Kristian Midthjell, Per Arne Stavnås og Steinar Krokstad. 2004. «Befolkningens holdninger til genetisk epidemiologi illustrert ved spørsmål om fornyet samtykke til 61.426 personer – Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).» *Norsk Epidemiologi*, 14(1): 27–31.

Isaksen, Joachim Vogt. 2012. «Medikalisering i lys av mediene.» I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, redigert av Aksel Tjora, 100–116. Oslo: Gyldendal forlag.

Jefferson, Gail. 1989. «Preliminary notes on a possible metric which provides for 'a standard maximum' silence of approximately one second in conversation.» I *Conversation: An interdisciplinary perspective*, redigert av Derek Roger & Peter Bull, 166–199. Clevedon: Multilingual Matters Ltd.

Joakimsen Ragnar M. & Vinjar Fønnebø. 2001. «Bør det innføres screening for osteoporose i Norge?» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(5): 615–618.

Jones, Rodney H. 2013. *Health and risk communication. An Applied Linguistics Perspective*. London: Routledge.

Jor, Finn Eivind. 2003. *Ordenes herre – en innføring i praktisk retorikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Juth, Niklas & Christian Munthe. 2012. *The Ethics of Screening in Health Care and Medicine. Serving Society or Serving the Patient?* Dordrecht: Springer.

Jørgensen, Marianne Winther & Louise Phillips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode.* Frederiksberg C: Samfundslitteratur/Roskilde Universitetsforlag.

Karlsson, Anne-Malin. 2009. «Fixing meaning: on the semiotic and interactional role of written texts in a risk analysis meeting.» *Text & Talk*, 29(4): 415–438. doi: 10.1515/TEXT.2009.022.

Karlsson, Anna-Malin. 2007a. «Deixis och kontextualisering i tal om skrift.» I *Språkets roll och räckvidd. Festskrift till Staffan Hellberg den 18 februari 2007*, redigert av Karin Milles & Anna Vogel, 159–168. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Karlsson, Anna-Malin. 2007b. «Text, situation, praktik. Om ramar och resurser för tolkning av texter i arbetsrelaterade skrifthändelser.» I *Ett vidgat textbegrepp*, redigert av Britt-Louise Gunnarsson & Anna-Malin Karlsson, 27–40. Uppsala: Universitetstryckeriet.

Karlsson, Anna-Malin. 2006. *En arbetsdag i skriftsamhället. Ett etnografisk perspektiv på skriftanvändning i vanliga yrken*. Stockholm: Språkrådet og Norstedts Akademiska Förlag.

Karlsson, Anna-Malin & Zoe Nikolaidou. 2013. «Writing about caring: Discourses, genres and remediation in elder care.» *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*, vol. 8(2): 123–143. doi: 10.1558/japl.v8i2.123.

Karlsson, Anna-Malin & Hans Strand. 2012. «Text i verksamhet: mot en samlad förståelse.» *Språk & stil*, NF 22(1): 10–134.

Kjeldsen, Jens E. 2012. «At argumentere med billeder.» *Rhetorica Scandinavia*, 60: 27–49.

Kjeldsen, Jens E. 2006. *Retorikk i vår tid. En innføring i moderne retorisk teori*. Oslo: Spartacus.

Klemp, Torunn. 2012. *Med praksisloggen som vandrestav? En kvalitativ studie av Lærerstudenters læringsprosess*. (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Knoppers, Bartha Maria. 2014. «From the Right to Know to the Right Not to Know.» *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 42(1): 6–10.

Koester, Almut. 2006. *Investigating Workplace Discourse*. London: Routledge.

Kress, Gunther. 2003. *Literacy in the New Media Age*. London: Routledge.

Kress, Gunther & Theo van Leeuwen. 2021. *Reading Images. The Grammar of Visual Design*. 3.utg. London: Routledge.

Kress, Gunther & Theo van Leeuwen. 2001. *Multimodal Discourse. The Modes and Media of Contemporary Communication*. London: Arnold Hodder.

Kristeva, Julia. 1980. *Desire in Language. A semiotic Approach to Literature and Art*. New York: Colombia U.P.

Krokstad, Steinar, Arnulf Langhammer, Kristian Hveem, Turid Lingaas Holmen, Kristian Midthjell, Turid Rygg Stene, Grete Bratberg, Jon Heggland & Jostein Holmen. 2013. «Cohort Profile: The HUNT Study, Norway.» *International Journal of Epidemiology*, 42(4): 968–977. doi: 10.1093/ije/dys095

Krokstad, Steinar, Turid Lingaas Holmen, Kristian Hveem, Reidun Mangrud, Arnulf Langhammer, Anne-Brit Skjetne, Turid Rygg Stene & Jostein Holmen. 2009. *HUNT Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag-Lokalt, nasjonalt og internasjonalt fremragende. HUNT og NTNU mot 2020. Status og muligheter*. Verdal: HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hentet 08. mai 2017. https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=c3db159c-dafc-4d16-b626-e7bc3a65586e&groupId=10304.

Labov, William. 1972. *Sociolinguistic Patterns*. Philadelphia: Pennsylvania University Press.

Landqvist, Mats. 2016. «Sense and sensibility – online forums as epistemic arenas.» *Discourse, Context & Media*, 13(Part B): 98–105. doi: 10.1016/j.dcm.2016.05.007.

Landqvist, Mats & Zoe Nikolaidou. 2020. «Drawing the Line between Sick and Healthy: Normality Constructions in Health Communication Contexts.» *Health Communication*, 35(12): 1545–1555. doi: 10.1080/10410236.2019.1652389.

Levinson, Stephen C. 1979. «Activity types and language.» *Linguistics*, 17: 365–399.

Lian, Olaug S. 2012. «Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner.» I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, redigert av Aksel Tjora, 38–61. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Linell, Per. 2011. *Samtalskulturer. Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för kultur och kommunikation.

Linell, Per. 2009. *Rethinking language, mind and world dialogically. Interactional and contextual theories of human sense-making*. Charlotte, N.C.: Information Age Publishing.

Linell, Per. 1998a. *Approaching Dialogue. Talk, interaction and contexts i dialogical perspectives.* Amsterdam: John Benjamins.

Linell, Per. 1998b. «Discourse across boundaries: On recontextualizations and the blending of voices in professional discourse.» *Text*, 18(2): 143–157. doi: 10.1515/text.1.1998.18.2.143.

Linell, Per. 1990. «De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan profesionella och lekmän.» *Forskning om utbildning*, 17: 18–35.

Linell, Per & Kerstin Norén. 2004. «Vad man kan göra – om den dialogiska bestämningen av Pronomens användningsbetydelser.» I *Text i arbete/Text at work. Festskrift till Britt Louise Gunnarsson den 12 januari 2005*, redigert av Ingegerd Bäcklund, Ulla Börestam, Ulla Melander Marttala & Harry Näslund, 115–124. Uppsala: ASLA/Institutionen för nordiska språk.

Linell, Per, Viveka Adelswärd, Lisbeth Sachs, Margareta Bredmar & Ulla Lindstedt. 2002. «Expert Talk in Medical Contexts: Explicit and Implicit Orientation to Risks.» *Research on Language and Social Interaction*, 35(2): 195–218. doi: 10.1207/S15327973RLSI3502_4.

Linell, Per & Margaretha Bredmar. 1996. «Reconstructing topical sensitivity: Aspects of face work in talks between midwives and pregnant women.» *Research on Language and Social Interaction* 29(4): 347–379. doi: 10.1207/s15327973rlsi2904_3.

Linell, Per, Lotta Alemyr & Linda Jönsson. 1993. «Admission of guilt as a communicative project in judicial settings.» *Journal of Pragmatics*, 19(2): 153–176. doi: 10.1016/0378-2166(93)90086-5.

Linell, Per & Thomas Luckmann. 1991. «Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries.» I *Asymmetries in dialogue*, redigert av Ivana Markova & Klaus Foppa, 1–20. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Lund, Anne Katrine. 2004. *Den forsømte kommunikation. Brevet i organisationskommunikationen*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Lupton, Deborah. 2013. Risk. 2. utg. London: Routledge

Lupton, Deborah. 1993. «Risk as moral danger: The social and political functions of risk discourse in public health.» *International Journal of Health Services*, 23(3): 425–435. doi: 10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2.

Maynard, Douglas W. 2003. *Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.

Maynard, Douglas W. 1991. «Interaction and Asymmetri in Clinical Discourse.» *The American Journal of Sociology*, 97(2): 448–95. doi: 10.1086/229785.

Maynard, Douglas W. 1989. «Perspective-Display Sequences in Conversation.» *Western Journal of Speech Communication*, 53(2): 91–113.

Mishler, Elliot G. 1984. *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

Mjell, Johnny, Bård Natvig, Olav Thorsen & Odd Winge. 1994. *Risiko og motivasjon. Den forebyggende helsesamtalen*. Otta: Tano.

NESH De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 17. august 2017. https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi-2006.pdf.

Nessa, John. 2000. «Si scientia, unde malum? Eit essay om risiko.» I *Diagnose: Risiko*, redigert av Elisabeth Swensen, 17–26. Oslo: Universitetsforlaget.

Nikolaidou, Zoe & Theres Bellander. 2020. «Health literacy as knowledge construction: Learning about health by expanding objects and crossing boundaries in networked activities.» *Learning, Culture and Social Interaction*, 24, 100256. doi: 10.1016/j.lcsi.2018.11.003

Nikolaidou, Zoe & Anna-Malin Karlsson (2012): «Aktivitetsteori och textanalys.» I *Med språket som arbetsredskap. Sju studier av kommunikation i vården*, redigert av Anna-Malin Karlsson, Mats Landqvist & Hanna Sofia Rehnberg, 35–48. Huddinge: Södertörns högskola.

Normannsen, Sølve Waterloo. 2015. «Etter ni års forsøk er det slutt for biobankselskapet Lifandis.» *Universitetsavisa*. Hentet 13. september 2019. https://www.universitetsavisa.no/forskning/etter-ni-ars-forsok-er-det-slutt-for-biobankselskapet-lifandis/166969.

NTNU HUNT. (u.å.a). *HUNT1 (1984–1986)*. Hentet 05. juli 2017. https://www.ntnu.no/hunt/hunt1.

NTNU HUNT. (u.å.b). *HUNT2 (1995–1997)*. Hentet 05. juli 2017. https://www.ntnu.no/hunt/hunt2.

Nystrand, Martin. 1989. «A social-interactive model of writing.» *Written Communication*, 6(1): 66–85.

Nystrand, Martin. 1986. *The Structure of Written Communication. Studies in Reciprocity between Writers and Readers*. Orlando: Academic Press.

Ochs, Elinor. 1979. «Transcription as theory.» I *Developmental Pragmatics*, redigert av Elinor Ochs & Bambi B. Schieffelin, 43–72. New York: Academic Press.

Pennycook, Alastair. 1994. «Incommensurable Discourses?» *Applied Linguistics*, 15(2): 115–138.

Porter, Roy. 1999. *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*. New York: W.W. Norton & Company.

Riis-Johansen, Marit. 2016. *Balanseganger. En samtaleanalytisk studie av politiavhør av voksne fornærmede*. (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Roberts, Celia & Srikant Sarangi. 2005. «Theme-oriented discourse analysis of medical encounters.» *Medical Education*, 39(6): 632–640. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02171.x.

Roberts, Celia & Srikant Sarangi. 2003. «Uptake of discourse research in interprofessional settings: reporting from medical consultancy.» *Applied linguistics*, 24(3): 338–359. doi: 10.1093/applin/24.3.338.

Rustad, Hanne. 2009. «Helse- og risikoinformasjon forstått som kommunikative prosjekter. Tilbakemeldingstekster fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.» I *Skriving i kunnskapssamfunnet*, redigert av Gunhild Åm Vatn, Ingvild Folkvord og Jon Smidt, 175–187. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Roksund, Gisle, John Brodersen, Georg Espolin Johnson, Stefán Hjörleifsson, Morten Laudal & Elisabeth Swensen. 2016. «Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei.» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(22): 1903-1905. doi: 10.4045/tidsskr.16.0572.

Rommetveit, Ragnar. 1974. *On message structure. A framework for the study of language and communication*, London: John Wiley & Sons.

Rørtveit, Guri & Roger Strand. 2001. «Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen.» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(11): 1382–1386.

Sachs, Lisbeth. 1999. «Knowledge of no return: Getting and Giving Information About Genetic Risk.» *Acta Oncologica*, 38(6): 735–740. doi: 10.1080/028418699432888.

Sand, Kari. 2012. *Informed consent documents for cancer research. Textual and contextual factors of relevance and understanding*. (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Sarangi, Srikant. 2016. «Owning responsible actions/selves: Role-relation trajectories in counselling for childhood genetic testing.» I *Discourse and Responsibility in Professional Settings*, redigert av Anna Solin & Jan-Ola Östman, 37–63. Sheffield, UK: Equinox.

Sarangi, Srikant. 2010a. «Practising discourse analysis in health care settings.» I *Qualitative Methods in Health Research*, redigert av Robert Dingwall, Raymond De Vries & Ivy Bourgeault, 397–416. London: Sage.

Sarangi, Srikant. 2010b. «Healthcare interaction as an expert communicative system: an activity analysis perspective.» I *New Adventures in Language and Interaction. Pragmatics & Beyond*, redigert av Jürgen Streeck, 168–197. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Sarangi, Srikant. 2002. «The language of likelihood in genetic counseling discourse.» *Journal of Language and Social Psychology*, 21(1): 7–31. doi: 10.1177/0261927X02021001002.

Sarangi, Srikant. 2000. «Activity types, discourse types and interactional hybridity: the case of genetic counselling.» I *Discourse and Social Life*, redigert av Srikant Sarangi & Malcolm Coulthard, 1–27. Harlow: Longman/Pearson Education.

Sarangi, Srikant & Christopher N. Candlin. 2011. *Handbook of Communication in Professions and Organisations*. Berlin: Mouton de Gruyter.

Sarangi, Srikant & Christopher N. Candlin. 2003. «Categorization and explanation of risk: a discourse analytical perspective.» *Health, Risk & Society*, 5(2): 115–124. doi: 10.1080/1369857031000123902.

Sarangi, Srikant, Kristina Bennert, Lucy Howell & Angus Clarke. 2003. «'Relatively speaking': relativisation of genetic risk in counselling for predictive testing.» *Health, Risk & Society*, 5(2): 155–170. doi: 10.1080/1369857031000123939.

Sarangi, Srikant & Angus Clarke. 2002. «Constructing an account by contrast in counselling for childhood genetic testing.» *Social Science & Medicine*, 54(2): 295–308. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00029-6.

Sarangi, Srikant & Malcolm Coulthard. 2000. *Discourse and Social Life*. Harlow: Longman/Pearson Education.

Sarangi, Srikant & Celia Roberts. 1999. *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.

Sarangi, Srikant & Stefaan Slembrouck. 1996. *Language, Bureaucracy & Social Control*. London: Longman.

Schei, Edvin. 2015. *Lytt. Legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Scheuer, Jann. 2005. *Indgange til samtaler*. *Samtaleanalyse som konversationsanalyse, dialogisme og kritisk diskursanalyse*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Scott, Marvin & Stanford Lyman. 1968. «Accounts.» *American Sociological Review*, 31(1): 46–62.

Shickle, Darren & Ruth Chadwick. 1994. «The ethics of screening: Is 'screeningitis' an incurable disease?» *Journal of Medical Ethics*, 20(1): 12–18. doi: 10.1136/jme.20.1.12.

Silverman, David. 1987. *Communication and Medical Practice. Social relations in the clinic*. London: Sage.

Skolbekken, John-Arne. 2012. *For better, for worse. Critical reflections on risk, medicalization and osteoporosis.* (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Skolbekken, John-Arne. 2010. «Risikoepidemien – to tiår etter.» Michael Quarterly, 7(suppl.9): 79–87.

Skolbekken, John-Arne. 2008. «Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality.» I *Health, Risk and Vulnerability*, redigert av Alan Peterson & Iain Wilkinson, 16–29. London: Routledge.

Skolbekken, John-Arne. 2001. «Risikoreduksjon på blå resept.» I *På den usikre siden. Risiko som forestilling, atferd og rettesnor*, redigert av Dag S. Thelle, Gunnar Breivik, Vidar Enebakk, John-Arne Skolbekken & Karl Halvor Teigen, 181–216. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Skolbekken, John-Arne. 1996. «Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet.» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 116(2): 2673–6.

Skolbekken, John-Arne. 1995. «The risk epidemic in medical journals.» *Social Science & Medicine*, 40(3): 291–305. doi: 10.1016/0277-9536(94)00262-R.

Skolbekken, John-Arne, Wenche Østerlie & Siri Forsmo. 2012. «Risk categorization through standard deviations – the challenge of bone density measurements: A focus group study among women attending The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT).» *Health, Risk & Society*, 14(2): 191–206. doi: 10.1080/13698575.2012.661408.

Skolbekken, John-Arne, Lars Øystein Ursin, Berge Solberg, Erik Christensen & Borgunn Ytterhus. 2005. «Not worth the paper it's written on? Informed consent and biobank research in a Norwegian context.» *Critical Public Health*, 15(4): 335–347. doi: 10.1080/09581590500523319.

Skolbekken, John-Arne & Olaug Lian. 2003. «Hva er drivkreftene bak etterspørselen etter ny teknologi?» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(5): 653–656.

Skolbekken, John-Arne & Jorid Anderssen. 1999. «Genetisk screening – noen refleksjoner.» *Utposten*, 28(4): 24–28.

Solbjør, Marit. 2012. «Informasjon, valg og posisjoner ved mammografiscreening.» I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, redigert av Aksel Tjora, 194–208. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Solbjør, Marit, John-Arne Skolbekken, Ann Rudinow Sætnan, Anne Irene Hagen & Siri Forsmo. 2012a. «Could screening participation bias symptom interpretation? An interview study on women's interpretations of and responses to cancer symptoms between mammography screening rounds.» *BMJ Open*, 2(6): 1–7. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001508.

Solbjør, Marit, John-Arne Skolbekken, Ann Rudinow Sætnan, Anne Irene Hagen & Siri Forsmo. 2012b. «Mammography screening and trust: The case of interval breast cancer.» *Social Science and Medicine*, 75(10): 1746–1752. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.029.

Steinsbekk, Kristin Solum, Bjørn Myskja & Berge Solberg. 2013. «Broad consent versus dynamic consent in biobank research: Is passive participation an ethical problem?» *European Journal of Human Genetics*, 21(9): 897–902. doi: 10.1038/ejhg.2012.282.

Steinsbekk, Kristin Solum, Lars Øystein Ursin, John-Arne Skolbekken & Berge Solberg. 2011. «We're not in it for the money – lay people's moral intuitions on commercial use of 'their' biobank.» *Medicine, Health care and Philosophy*, 16(2): 151–162. doi: 10.1007/s11019-011-9353-9.

Steinsbekk, Kristin Solum, Berge Solberg & Bjørn Kåre Myskja. 2009. «From idealism to realism: Commercial ventures in publicly funded biobanks.» I *New challenges for biobanks: ethics, law and governance*, redigert av Kris Dierickx & Pascal Borry, 137–151. Antwerpen: Intersentia.

Stoltenberg, Camilla. 2012. «Fra forskningsfronten: På skinner.» *Morgenbladet*. 04.mai. Hentet 09.februar 2015. http://morgenbladet.no/ideer/2012/fra_forskningsfronten_pa_skinner#.VNizj3uLiJ8.

Sundar, Tom. 2001. «Allmennmedisinens modige maur.» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 26(121): 3122–3123.

Svensson, Staffan, Per Linell & Karin I. Kjellgren. 2008. «Making sense of blood pressure values in follow-up appointments for hypertension.» *International Journal of Cardiology*, 123(2): 108–116. doi: 10.1016/j.ijcard.2006.11.172.

Swensen, Elisabeth. 2000. *Diagnose: Risiko.* Oslo: Universitetsforlaget.

Teigen, Karl Halvor. 2001. «Hvordan bedømmes risiko og sjanser i hverdagen?» I *På den usikre siden. Risiko som forestilling, atferd og rettesnor*, redigert av Dag S. Thelle, Gunnar Breivik, Vidar Enebakk, John-Arne Skolbekken & Karl Halvor Teigen, 73–132. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

ten Have, Paul. 1999. *Doing Conversation Analysis*. *A practical guide*. London: Sage.

ten Have, Paul. 1989. «The consultation as a genre.» I *Text and Talk as Social Practice*, redigert av Bran Torode, 115–135. Dordrecht/Providence, R.I.: Foris Publications.

Thelle, Dag S., Gunnar Breivik, Vidar Enebakk, John-Arne Skolbekken & Karl Halvor Teigen. 2001. *På den usikre siden. Risiko som forestilling, atferd og rettesnor.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Theodossia-Soula, Pavlidou. 2014. *Constructing Collectivity: 'We' across languages and contexts*. Amsterdam: John Benjamins.

Thomassen, Gøril. 2005. *Den flerbunnete treningssamtalen: En studie av samtaler mellom pasient og student fra sykepleier- og medisinerutdanning.* (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Thomassen, Gøril, Srikant Sarangi & John-Arne Skolbekken. 2016. «Negotiating parental/familial responsibility in genetic counselling.» I *Discourse and Responsibility in Professional Settings*, redigert av Anna Solin & Jan-Ola Östman, 67–95. Sheffield, UK: Equinox.

Thomassen, Gøril & Srikant Sarangi. 2012. «Evidence-based familial risk explanations in cancer genetic counselling.» *Health, Risk and Society*, 14(7–8): 607–626. doi: 10.1080/13698575.2012.711813.

Thomassen, Gøril & Inga Bjørnevoll. 2012. «Risikovurdering i genetisk veiledning.» I *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, redigert av Aksel Tjora, 455–475. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Thornborrow, Joanna. 2002. *Power Talk: Language and Interaction in Institutional Discourse*. London: Longman.

Thunqvist, Daniel Persson. 2003. *Samtal för arbete. Kommunikativa verksamheter i kommunala ungdomsprosjekt.* Tema kommunikation: Linköpings Universitet.

Tjora, Aksel. 2008. *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ursin, Lars Øystein & Berge Solberg. 2009. «The Health Dugnad: Biobank Participation as the Solidarity Pursuit of the Common Good.» I *The Ethics of Research Biobanking*, redigert av Jan Helge Solbakk, Søren Holm & Bjørn Hofmann, 219–236. Boston, MA: Springer US.

Ursin, Lars Øystein & Berge Solberg. 2008. «When is normative recruitment legitimate?» I *Etikk i praksis*, 2(2): 93–114. doi: 10.5324/eip.v2i2.1697.

Vatn, Gunhild Åm. 2007. «Et møte mellom forskningsbasert og erfaringsbasert tekstkompetanse.» I *Skrive for nåtid og framtid. Skriving i arbeidsliv og skole*, redigert av Synnøve Matre og Torlaug Løkensgard Hoel, 91–106. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Vatn, Gunhild Åm. 1998. *Forståingsrom og relieff. Forhandling om mening i arbeidsbeskrivelser*. (Doktorgradsavhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Waters, Erika A., Amy McQueen & Linda D. Cameron. 2014. «Perceived risk and health risk communication.» I *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*, redigert av Heidi Hamilton & Wen-ying Sylvia Chou, 47–60. New York: Routledge.

Wergeland, Atle Jørstad. 2010. «Landsforeningen for overvektige opprørt over Jaquesson.» *VG.no*, 11. oktober. Hentet 24.02.2022. http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=10025421.

WHO. 1997. *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Genève: World Health Organization.

Wilson, James Maxwell Glover & Gunnar Jungner. 1968. *Principles and practice of screening for disease.* Public Health Papers Vol. 34. Geneva: WHO. Hentet 25. februar 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf.

Wynn, Rolf. 1999. *Provider-Patient Interaction. A Corpus-Based Study of Doctor-Patient and Student Patient Interaction*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Zellermayer, Michal. 1991. «Intensifiers in Hebrew and in English.» *Journal of Pragmatics*, 15(1): 43–85. doi: 10.1016/0378-2166(91)90025-S.

Vedlegg

Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt-Norge

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Transkripsjonsnøkkel

Vedlegg 4: Invitasjon HUNT3

Vedlegg 5: Informasjonsbrosjyre HUNT3

Vedlegg 6: Tilbakemeldingstekst HUNT3

Vedlegg 1: Godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt-Norge

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
Universitet

Det medisinske fakultet
Regional komite for medisinsk og
helsefaglig forskningsetikk
Helseregion Midt-Norge

Førsteamanuensis John-Arne Skolbekken

Saksbehandler
Seniorkonsulent Jacob Hølen
Telefon 73 86 72 72
Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
rek-4@medisin.ntnu.no
Postadresse: Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk forskningssenter
7489 Trondheim
Besøksadr: ISM, Rode Kors 3 etg.
St.Olavs Hospital

Vår dato:	Vår ref.:	Deres dato:	Deres ref.:
07.03.2008	4.2007.112		

Eksepsjonell risiko?

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 22. februar 2008 med følgende vilkår og vurdering:

Prosjektet tar sikte på å svare på følgende spørsmål:

1. Hva karakteriserer risikokommunikasjon i henholdsvis allmennpraksis og ved genetisk veiledning, slik dette kommer til uttrykk i medisinske forståelsesmodeller og interaksjon?
2. Hvordan oppfattes risikoen av asymptomatiske individer forut for konsultasjoner i henholdsvis allmennpraksis og genetisk veiledning?
3. Hvordan kommuniseres risiko i henholdsvis allmennpraksis og genetisk veiledning?
4. Hvordan oppfattes risikoen etter slike konsultasjoner?

Studien av risikokommunikasjon innenfor de to kontekstene tenkes gjennomført ved lydopptak av reelle pasientkonsultasjoner. I tillegg legges det opp til semistrukturerte intervjuer med leger/veiledere og deres pasienter. Dette både i forkant av, og etter konsultasjonene. Allmennlegene som deltar i undersøkelsen vil innledningsvis delta i fokusgruppe intervjuer. Gjennom intervjuene søker en å innhente informasjon om hvilke forventninger, erfaringer og refleksjoner som gjøres av den enkelte i forbindelse med konsultasjonene. Disse intervjuene vil også bli tatt opp på lydbånd.

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

- Komiteen viser til prosjektprotokollen og til tilsvar til komiteens merknader og revidert intervjuguide. Komiteen mener dette er avklarende og har ingen øvrige merknader til målsetting eller plan for gjennomføring, men likevel med et spørsmål om hvor de siste 15 deltakere kommer fra, hvordan de blir rekruttert.
- Komiteen viser til de to informasjonsskrivene, ett for deltaker fra allmennpraksis og ett fra deltakere som får genetisk veiledning. Det er lagt opp til kommunikasjon med e-

post. Komiteen vil peke på at dette er et sårbart kommunikasjonsmiddel, at sensitiv informasjon ikke må formidles i e-post, og ber derfor om at e-spotadresser fjernes og at man isteden benytter telefon.

- I overskriften på informasjonsskrivet må stå tittel på prosjektet.
- Riktig navn på komiteen er Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder får fullmakt til å vurdere det reviderte skrivet, og denne godkjenning må være klar før prosjektet settes i gang.

Komiteen ber om å få tilsendt artikkel/rapport når studien er fullført.

Vedtak:
"Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres med de merknader som er gitt."

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen

Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen

Jacob C Hølen
Seniorkonsulent

Side 2 av 2
4.2007.112

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Psykologisk institutt

Førsteamanuensis
John-Arne Skolbekken
Telefon +47 7355 0643
E-post johnas@svt.ntnu.no

Vår dato: Poststemplets dato | Vår ref.: | Deres dato: | Deres ref.:

FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET "EKSEPSJONELL RISIKO?"

Kunnskap om risikofaktorer for sykdom har fått en sentral plass innenfor moderne medisin. Kommunikasjon om slik kunnskap er viktig i medisinsk allmennpraksis og den kan ha stor betydning for de valg enkeltpersoner gjør mht. egen helse. Økt innsikt i kommunikasjon om risiko vil derfor være et viktig grunnlag for praksisforbedrende tiltak. Som et bidrag til dette gjennomfører vi derfor et forskningsprosjekt om risikokommunikasjon i allmennpraksis.

Grunnen til at du mottar denne henvendelsen er at du som deltaker i HUNT har fått en skriftlig tilbakemelding om din egen helserisiko og nå henvender deg til din fastlege i den anledning. Utsendelsen av dette brevet er gjort på fastlegens kontor. Dette er gjort fordi vi som gjør denne undersøkelsen ikke skal kjenne din identitet før du gir oss tillatelse til det, hvilket du kan gjøre ved å sende inn den vedlagte svarslippen. Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge, samt innrapportert til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Prosjektet er også godkjent av HUNT-forskningssenter.

Data til undersøkelsen vil bli samlet inn i form av lydopptak av samtalen du har med fastlegen din med utgangspunkt i den skriftlige tilbakemeldingen du har fått fra HUNT. Det vil deretter bli gjort anonymiserte utskrifter av lydopptakene. Selve opptakene slettes så snart utskrift er foretatt. Funnene fra undersøkelsen vil bli publisert i form av artikler i vitenskapelige tidsskrift. Prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Alle persondata behandles konfidensielt og lagres i en database slik at informantene kun er registrert med et løpenummer. Undersøkelsesresultater samt navneliste, hvor slike eksisterer, oppbevares forskriftsmessig.

Deltakelse i prosjektet er helt frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å måtte forklare hvorfor du gjør det. Det blir ikke registrert noe sted om du velger å ikke delta.

Dersom du ønsker å delta ber vi deg returnere den vedlagte svarslippen til din fastlege *så snart som mulig*. Har spørsmål vedrørende denne henvendelsen, kan John-Arne Skolbekken kontaktes på telefon 73 55 06 43.

Med vennlig hilsen

John-Arne Skolbekken
Førsteamanuensis/psykolog

Gøril Thomassen
Førsteamanuensis/språkviter

Postadresse
N-7491 Trondheim

Besøksadresse
Bygg 12, nivå 5
Dragvoll

Telefon +47 73 59 19 60
Telefaks +47 73 59 19 20
Org. nr. 974 767 880

SVARSLIPP

Navn : _____

Adresse: _____

Postnummer/sted: _____

Telefon: _____

Vedlegg 3: Transkripsjonsnøkkel

Transkripsjonsnøkkel	
Symbol	**Forklaring**
[ord]	Indikerer samtidig/overlappende snakk. Tall utenfor klammen viser flere tilfeller av nærliggende, samtidig snakk.
.	Fallende intonasjon
,	Fortsettende intonasjon
@@	Latter
-	Taler avbryter seg selv innenfor en tur
=	Ikke mellomrom i overgangen fra en taler til neste
Ord	Indikerer at ordet blir uttalt med trykk
STOR	Versaler indikerer at ordet uttales sterkere enn omkringliggende ord
(( ))	Forskerens beskrivelser og kommentarer av konteksten
Hh	Utpust
.hh	Innpust
>ja<	Raskere enn omkringliggende snakk
<ja>	Langsommere enn omkringliggende snakk
(X)	Uforståelig ikke hørbar transkripsjon
(ord)	Usikker transkripsjon
(2)	Tallet i parentes indikerer lengde på pause, innenfor eller mellom ytringer
(.)	Pause mindre enn 0.5 sekund
ºOrdº	Lav stemmestyrke

Vedlegg 4: Invitasjon HUNT3

Invitasjon til HUNT 3

Viktig
Enkelt
Gratis

Du inviteres herved til å delta i den tredje store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet, og ta det med når du møter til undersøkelse.

Undersøkelsen tar vanligvis ca 1/2 time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.

Du kan lese mer om HUNT 3 i den vedlagte brosjyren eller på www.hunt.ntnu.no. Har du spørsmål, kan du også ringe til HUNT forskningssenter, tlf 74075180.

Vel møtt til undersøkelsen!

Vennlig hilsen

Steinar Krokstad	Jostein Holmen	Stig A. Slørdahl
Førsteamanuensis	*Professor, daglig leder*	*Professor, dekanus*
Prosjektleder HUNT 3	*HUNT forskningssenter*	*Det medisinske fakultet, NTNU*

Tid og sted for oppmøte

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg, behøver du ikke bestille ny time. Du kan møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan også møte i en annen kommune, hvis det skulle passe bedre. Takk for at du deltar!

Åpningstida:

92400677579

hunt 3
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

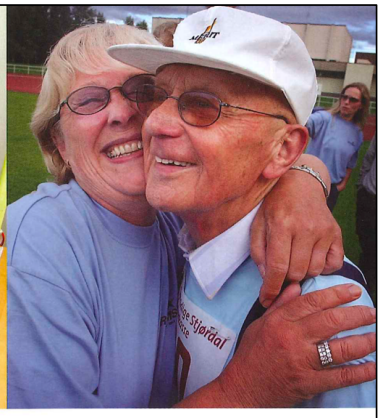
NTNU
HUNT forskningssenter

En time for bedre folkehelse

VESTVIK REKLAME AS. FOTO: HARALD SÆTERØY OG JOHAN ARNT NESGÅRD.

Vedlegg 5: Informasjonsbrosjyre HUNT3

Forside HUNT3-brosjyre



Hva er HUNT 3?

HUNT 3 er en folkehelseundersøkelse.
Når du deltar får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir et viktig bidrag til forskning.

HUNT 3 gjennomføres først og fremst for å øke vår kunnskap om store folkehelseproblemer som:

- Hjerte- og karsykdommer
- Lungesykdommer, andre luftveisplager og allergi
- Diabetes
- Muskel- og skjelettplager
- Hodepine
- Stoffskiftesykdommer
- Kreftsykdommer
- Psykiske plager
- Rusmiddelbruk
- Tannhelse
- Vektutvikling i befolkningen

Opplysninger, blod- og urinprøver som samles inn vil også bli benyttet til forskning om kvinnesykdommer, sykdommer i fordøyelsesorganer, urinveier, nervesystemet, sanseorganer og hud. Noen prosjekter vil undersøke hvordan livsstil, samfunn, levekår og miljø påvirker helse og trivsel. Det vil også bli forsket på arbeidsuførhet som følge av disse sykdommene eller tilstandene. Sammenhenger mellom arv, miljø og sykdom vil også være aktuelle tema. Til slike prosjekter vil det bli hentet ut DNA (arvestoff) fra blodprøvene.

Forskning

Det er allerede planlagt over 130 studier som skal benytte data fra HUNT 3. En liste over disse finnes på internett: www.hunt.ntnu.no. Hvis du ønsker å få listen tilsendt, kan du henvende deg til HUNT forskningssenter.

Samarbeidsprosjekt

HUNT 3 er et samarbeidsprosjekt mellom

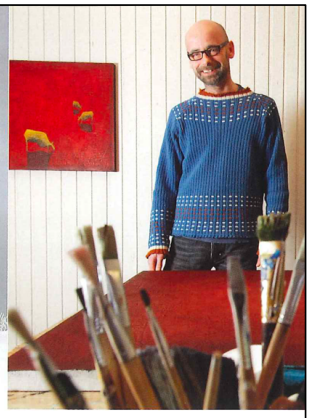
- NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet)
- Helse Midt-Norge RHF
- Nord-Trøndelag fylkeskommune
- Kommunene i Nord-Trøndelag
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Helse- og omsorgsdepartementet

HUNT 3 blir også støttet av

- NTE (Nord-Trøndelag Elektrisitetsverk)
- Sparebank 1 Midt-Norge
- Statoil

Noen delprosjekter støttes av næringsliv og ideelle organisasjoner. Bidragsyterne har ingen innflytelse på forskningen.

Side 2 HUNT3-brosjyre



Vil du delta?

Du er invitert til å gi et viktig bidrag til forskning om hvordan sykdom kan forebygges og behandles.

Alle innbyggere i Nord-Trøndelag som er 13 år eller eldre, blir invitert til å være med i HUNT 3. Det er frivillig å delta. Du gir ditt bidrag ved å fylle ut det vedlagte spørreskjemaet og møte fram til en helseundersøkelse et sentralt sted i din kommune. Noen deltakere vil i ettertid bli invitert til videre undersøkelser. Hvis det gjelder deg, vil du få en ny invitasjon i posten. Du er ikke forpliktet til å delta selv om du er med i den første undersøkelsen.

Du er viktig!

Hver deltaker er like viktig, enten du er gammel eller ung, frisk eller syk. For å få gode forskningsdata er det viktig at alle er med. Hvis du har deltatt i HUNT tidligere, håper vi at du vil møte opp igjen.

Din helse

Etter undersøkelsen får du et brev med resultatene fra noen av dine prøver. Det gjelder blodtrykk, kolesterol, blodsukker og stoffskifte. Du vil bli anbefalt å kontakte din fastlege hvis noen av prøvene er unormale. Hvis du ikke ønsker å vite resultatene, kan du si fra om dette når du signerer samtykket. Hvis et prøveresultat er slik at det er nødvendig med rask legebehandling, vil du uansett bli kontaktet.

Verdens største

HUNT er verdens største folkehelseundersøkelse. To ganger tidligere har nord-trønderne møtt fram, første gang i 1984. Opplysninger fra HUNT 1 og HUNT 2 er benyttet i mer enn 300 vitenskapelige arbeider, og har gitt oss ny kunnskap om blant annet hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, diabetes, kreft og mental helse. Resultatene er publisert både nasjonalt og internasjonalt. Disse dataene er fortsatt verdifulle, og vil bli brukt i flere arbeider i framtiden. Forskning fører til ny kunnskap om forebygging og behandling av sykdom. Uten en innsats fra hver enkelt, hadde dette ikke vært mulig.

Side 3 HUNT3-brosjyre

Slik foregår helseundersøkelsen

På forsiden av spørreskjemaet som du har fått, står det hvor du skal møte fram. Det er også foreslått et tidspunkt, men hvis dette ikke passer kan du selv velge når du vil møte. Den første delen av undersøkelsen tar omtrent en halv time.

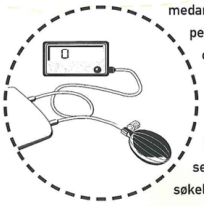
Påkledning

For at det skal gå raskt å måle blodtrykk, er det fint om du har på deg et kortermet plagg innerst. Når du skal veies må du ta av deg skoene, men ellers behøver du ikke å kle av deg.

Spørreskjema

Sammen med denne brosjyren har du fått et spørreskjema som du skal fylle ut og ta med til helseundersøkelsen. Der vil du få ett eller flere nye skjemaer. Disse er ulike for menn og kvinner og ulike aldersgrupper. Du kan fylle ut på stedet eller ta dem med hjem og returnere med post. Porto er betalt.

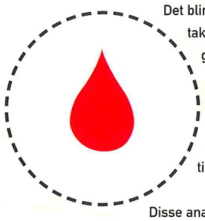
Undersøkelser



Du blir tatt i mot og registrert av HUNT 3-medarbeiderne, som alle er kvalifisert helsepersonell. Det blir målt høyde, vekt og omkrets av liv og hofter. Så gjennomføres et kort intervju og blodtrykket blir målt.

De fleste vil bli spurt om de kan tenke seg å delta i ytterligere én eller to undersøkelser. Hvilke undersøkelser det blir avhenger av kommunen du bor i, kjønn, alder og tilfeldig uttrekning.

Blodprøver



Det blir tatt blodprøve av alle deltakerne. Blodet fordeles på fem glass, men til sammen utgjør det ikke mer enn 40 milliliter, som er mindre enn en tidel av det en blodgiver gir. For de aller fleste vil det være tilstrekkelig med ett stikk.

Disse analysene blir gjort:

- Vanlige blodprøveanalyser som kolesterol, blodsukker og stoffskifteprøver.
- Det blir hentet ut DNA (arvestoff) som brukes i forskningsprosjekter som kartlegger sammenhengen mellom arv og miljø i sykdomsutvikling.
- Studier av hvite blodlegemer som deltar i kroppens forsvarsmekanisme mot sykdommer.
- Miljøanalyser, blant annet sporstoffer og spormetaller som bly og kvikksølv. Forekomsten i blodprøvene kan sammenliknes med mengden metaller som finnes i drikkevann og ellers i miljøet, for å finne ut mer om hvilke effekter det har på mennesker.
- Andre analyser vil også være aktuelle avhenging av forskningsprosjektene som blir satt i gang.

Side 4 HUNT3-brosjyre

Kan vi be deg om litt til?

Etter at den første delen er gjennomført, kan du bli invitert til å delta i en eller to av følgende undersøkelser:

Pusteprøve

Pusteprøven er en enkel undersøkelse av lungefunksjonen. Du skal puste ut så kraftig som du klarer gjennom et munnstykke. Undersøkelsen er viktig for å studere mulige årsaker til lungesykdommer som astma og KOLS og forbedre behandling av disse. Det er viktig for resultatene at flest mulig av de inviterte, både med og uten lungesykdom, deltar. Tid: ca 5 minutter.

Beinmassemåling

Norge ligger på verdenstoppen i antall brudd, noe som trolig har sammenheng med lav beintetthet. Forskere ønsker å undersøke forskjeller i beintetthet avhengig av blant annet kjønn, alder, kosthold, fysisk aktivitet, sykdom og behandling av sykdom. Beintettheten vil enten bli målt i en underarm eller ved en mer omfattende måling i korsrygg, hofte og underarm. Stråledosen er svært lav, og målingen innebærer ingen risiko. Tid: ca 5 -10 minutter.

Ultralyd av hjerte

Personer som ikke har kjent hjertesykdom, kan delta i denne undersøkelsen. Hensikten er å kartlegge hvordan friske hjerter arbeider, noe som blant annet vil hjelpe leger og forskere til å skille mellom normale forskjeller og det som kan være tegn på sykdom. Du ligger på en benk mens undersøkelsen pågår. Du må være avkledd på overkroppen, men kan beholde bh. Gjennomføres for dem som bor i Steinkjer og Namsos. Tid: ca 20 minutter.

Ultralyd av lever og fettfordeling på kroppen

Det er stor variasjon mellom mennesker når det gjelder forekomsten av fett i leveren. Fordelingen av kroppsfett er også veldig ulik. Hensikten med undersøkelsen er å se på sammenhengen mellom fettavleiring i leveren og fettfordeling ellers på kroppen, blant annet for å undersøke om dette kan si noe om risikoen for hjerte- og karsykdom. Du ligger på en benk mens undersøkelsen pågår. Gjennomføres for dem som bor i Steinkjer, Namdalseid og Flatanger. Tid: ca 5 minutter.

Kondisjonstest

Fysisk aktivitet er viktig for god helse. Vi ønsker å finne ut mer om sammenhengen mellom kondisjon og helse, og hva som er årsaken til dårlig kondisjon. Derfor inviteres det til en test av blodårefunksjonen ved hjelp av ultralyd og en kondisjonstest på tredemølle. I kondisjonstesten skal du gå eller løpe til du føler at du anstrenger deg så hardt du kan. Testen avbrytes når du ikke klarer å yte mer, eller når du ønsker å stoppe.

Hvis du vil delta i denne undersøkelsen, må du være i stand til å gå eller løpe, ha på deg lette klær når du kommer til undersøkelse, og ha med deg joggesko eller andre sko som er gode å gå eller løpe i. Alder er ingen hindring for å delta, men hvis du har hjertesykdom skal du ikke være med. Gjennomføres for dem som bor i Stjørdal, Levanger, Verdal og Namsos. Tid: ca 20 minutter.

Urinprøve

Noen deltakere blir bedt om å avgi urinprøve når de møter til undersøkelse, eller hjemme etter undersøkelsen. Nødvendig utstyr blir delt ut.

Side 5 HUNT3-brosjyre

Samtykke

Det er frivillig å delta i HUNT 3 og i andre folkehelseundersøkelser. Hver deltaker må gi sitt skriftlige samtykke for at opplysningene skal kunne brukes til forskning. Du blir bedt om å signere et samtykke når du møter fram. Opplysninger og prøver som du gir, blir oppbevart på ubestemt tid. I framtida kan de bli brukt i prosjekter som ennå ikke er planlagt, forutsatt at det er i samsvar med lover og forskrifter.

I framtida skal du få informasjon om nye forskningsprosjekter som bruker data fra HUNT. Slik informasjon finner du på internett www.hunt.ntnu.no. En gang i året vil det bli gitt ut skriftlig informasjon til befolkningen. Det vil også være omtaler av en del forsknings-prosjekter i mediene.

Du kan når som helst etter undersøkelsen trekke tilbake ditt samtykke og be om at data om deg slettes eller at blod- og urinprøven blir ødelagt. Hvis du ønsker å trekke tilbake samtykket, kan du henvende deg til HUNT forskningssenter, Neptunveien 1, 7650 Verdal, telefon 74 07 51 80, faks 74 07 51 81 eller e-post: hunt@medisin.ntnu.no. Hvis det er et bestemt forskningsprosjekt du ikke ønsker at opplysninger om deg skal brukes til, vil det bli tatt hensyn til dette.

Nytt samtykke

Hvis det i framtida blir aktuelt å bruke opplysninger til å forske på nye spørsmål som ikke er beskrevet i denne brosjyren, kan det bli nødvendig å be om et nytt samtykke. Vi vil da sende deg et brev.

Du kan også bli spurt om et nytt samtykke hvis det blir aktuelt å samarbeide med private aktører om genetisk forskning. Slikt samarbeid vil være underlagt offentlig regulering og kontroll. Det vil ikke i noen tilfeller være aktuelt å selge blodprøver eller annet biologisk materiale.

Personvern og sikkerhet

Du kan være trygg på at informasjonen som du gir til HUNT 3 vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter. Så snart opplysninger, blodprøver og eventuelt urinprøver er samlet inn, blir de lagret uten å være merket med deltakerens identitet. Forskere som senere skal bruke opplysningene, har ikke tilgang til navn, fødselsdato eller personnummer. Alle medarbeidere i helseundersøkelsen har taushetsplikt.

Datatilsynet fører tilsyn med at lover og forskrifter om oppbevaring og bruk av helseopplysninger blir fulgt. HUNT 3 har konsesjon fra Datatilsynet.

Etisk godkjenning

Alle forskningsprosjektene skal godkjennes av en etisk komité. Komitéen er et frittstående organ som sikrer at de etiske sidene ved forskningsprosjekter blir vurdert. HUNT 3 er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge. Alle framtidige forskningsprosjekter som benytter data fra HUNT, skal også god-kjennes.

HUNT databank

HUNT databank består av opplysninger som er samlet inn gjennom HUNT 1, 2 og 3 gjennom spørreskjema, undersøkelser og analyser fra blod- og urinprøver. Hvis du deltok i HUNT 1 eller HUNT 2, vil dine data bli sammenstilt med opplysningene fra HUNT 3.

Genetisk materiale samles i HUNT biobank. Formålet med biobanken er at det i framtida skal være mulig å ta ut prøver, gjøre ulike analyser og sammenstille resultatene med øvrige data fra HUNT databank. På den måten vil det stadig komme nye data som legges til databanken.

Når forskerne får data fra HUNT databank er navn, fødselsnummer og andre kjennetegn fjernet, slik at de ikke kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Sammenstilling med andre registre

For spesielle forskningsprosjekter kan det være aktuelt å sammen-stille data fra HUNT med andre offentlige registre, for eksempel Reseptregisteret, Medisinsk fødselsregistrer, Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. HUNT-data kan også bli sammenstilt med andre registre ved Statistisk sentralbyrå (SSB), for eksempel om miljø, befolkning, utdanning, inntekt, offentlige ytelser, yrkesdeltakelse og andre forhold som kan ha betydning for helsa.

I tillegg kan det være aktuelt å hente diagnoseopplysninger som for eksempel lårhalsbrudd, hjerteinfarkt, hjerneslag eller lunge-sykdommer hos primærhelsetjenesten, sykehusene i Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. For enkelte prosjekter kan det også være aktuelt å sammenstille opplysninger fra foreldre med opplysninger fra barn, søsken, foreldre og besteforeldre hvis disse også har deltatt i HUNT.

Alle slike sammenstillinger krever samtykke og/eller forhånds-godkjenning av de offentlige instanser loven krever, for eksempel Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Datatilsynet, Sosial- og helsedirektoratet eller Rikstrygdeverket. All informasjon vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter. Ingen av forskerne kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Skadeerstatning

Det er svært liten risiko for at deltakere skal komme til skade som følge av undersøkelsen. Hvis det likevel skulle skje, kan man søke om skadeerstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). NPE behandler erstatningskrav for pasienter som er blitt påført skade innen det offentlige helsevesenet.

Ung-HUNT

Alle ungdommer i alderen 13-19 år i Nord-Trøndelag inviteres til å delta i Ung-HUNT. Prosjektet blir gjennomført på skolene, med utfylling av spørreskjema og kliniske undersøkelser i skoletiden. Ungdommer og foreldre vil få egen informasjon om Ung-HUNT via skolen.

Side 6 HUNT3-brosjyre

Vil du delta?

Hvis du vil delta i HUNT 3, må du gi ditt skriftlige samtykke. Her er en kopi av dokumentet som du blir bedt om å signere når du møter fram til helse-undersøkelsen.

Samtykke til bruk av helseopplysninger i forskning

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-08 (HUNT 3)

I brosjyren jeg har fått tilsendt har jeg lest om helse-undersøkelsens innhold og formål, og jeg har hatt mulighet til å stille spørsmål.

Jeg samtykker i å delta i undersøkelsen.

Dato _____

Signatur *Marianne Olsen*

Deltok du i HUNT 2?

I etterkant av HUNT 2 (1995-97) ble det gjennomført flere undersøkelser der en mindre del av befolkningen deltok. Disse prosjektene hadde opprinnelig tidsbegrensede konsesjoner fra Datatilsynet, og avtalen var at opplysningene skulle slettes etter en bestemt dato.

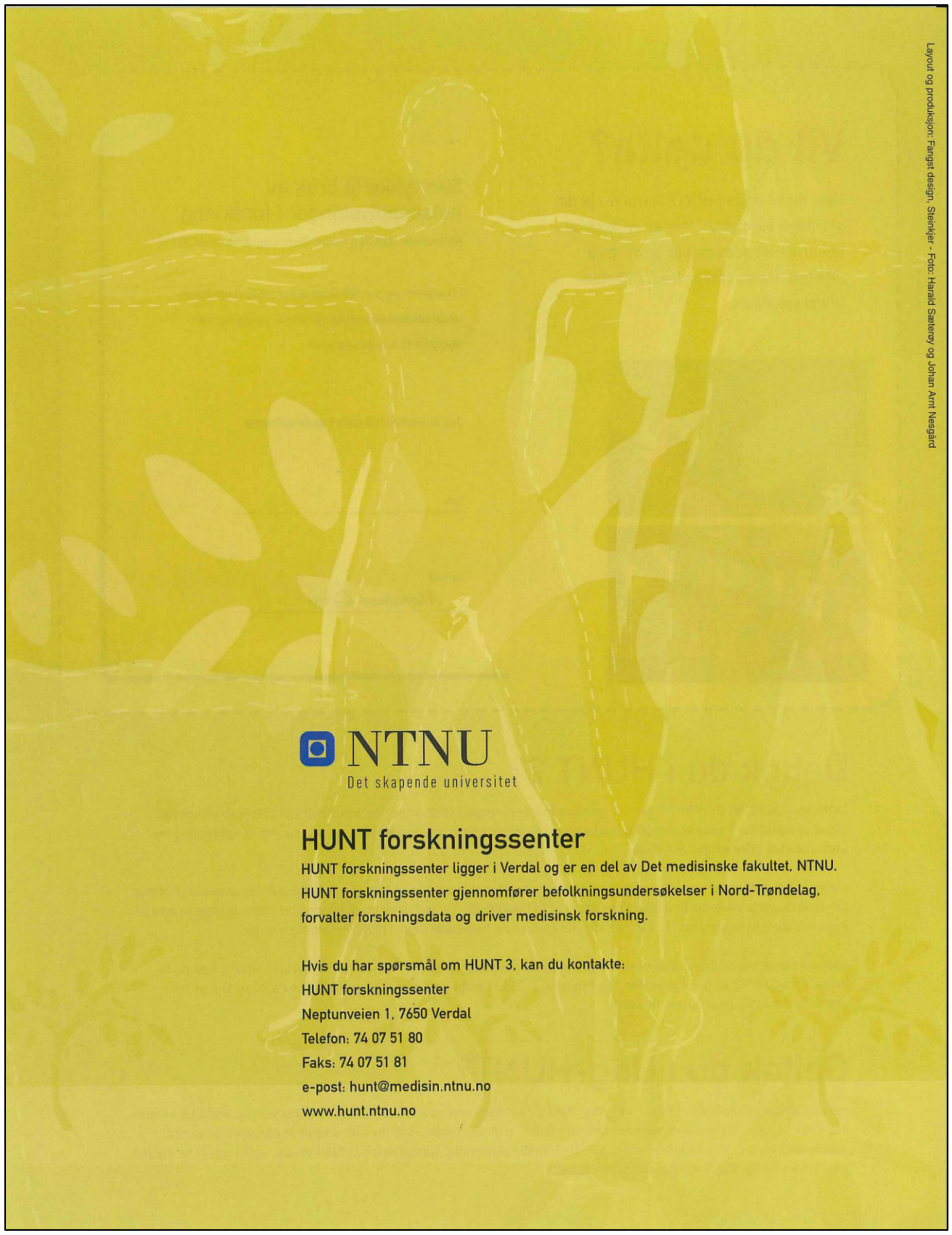
I ettertid har det vist seg at opplysningene har stor verdi for framtidig forskning, og HUNT forskningssenter har derfor fått Datatilsynets tillatelse til å inkludere dem i HUNT databank. En liste over prosjektene som dette gjelder, finnes på internett www.hunt.ntnu.no. Du kan få listen tilsendt ved å henvende deg til HUNT forskningssenter.

Hvis du deltok i et av disse prosjektene og ikke ønsker at opplysninger om deg skal oppbevares videre, kan du ta kontakt med HUNT forskningssenter, Neptunveien 1, 7650 Verdal, og be om at opplysningene slettes. Det er ikke nødvendig å oppgi noen grunn til dette.

Deltok du i Ung-HUNT?

Hvis du deltok i Ung-HUNT i 1995-1997 eller 2000-01 vil disse opplysningene fra deg bli oppbevart og brukt på samme måte som opplysninger fra de voksne i tidligere HUNT-undersøkelser. Hvis du ikke ønsker at opplysningene skal oppbevares videre, kan du ta kontakt med HUNT forskningssenter, Neptunveien 1, 7650 Verdal, og be om at de slettes. Det er ikke nødvendig å oppgi noen grunn til dette.

Side 7 HUNT3-brosjyre



Layout og produksjon: Fangst design, Steinkjer - Foto: Harald Sæterøy og Johan Arnt Nesgård

NTNU
Det skapende universitet

HUNT forskningssenter

HUNT forskningssenter ligger i Verdal og er en del av Det medisinske fakultet, NTNU. HUNT forskningssenter gjennomfører befolkningsundersøkelser i Nord-Trøndelag, forvalter forskningsdata og driver medisinsk forskning.

Hvis du har spørsmål om HUNT 3, kan du kontakte:
HUNT forskningssenter
Neptunveien 1, 7650 Verdal
Telefon: 74 07 51 80
Faks: 74 07 51 81
e-post: hunt@medisin.ntnu.no
www.hunt.ntnu.no

Side 8 HUNT3-brosjyre

Vedlegg 6: Tilbakemeldingstekst HUNT3

hunt 3
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

HUNT forskningssenter
Neptunveien 1
7650 Verdal
Tel: 74 07 51 00.
Fax: 74 07 51 81
e-post: hunt@medisin.ntnu.no
www.hunt3.no

Til:

Tusen takk for at du deltok i HUNT 3. Her er dine resultater

Ved å delta i HUNT 3 har du bidratt til gjennomføringen av en av verdens største helseundersøkelser. Det gjør at vi kan forske på årsaker til sykdom og hva som kan gi bedre folkehelse.

På baksiden av dette arket kan du lese om prøvene vi har tatt av deg og hva vi alle kan gjøre for å forebygge sykdom og fremme helse. Prøveresultatene dine vil være av interesse for deg, men erstatter ikke undersøkelse hos lege. Hvis du på grunnlag av prøveresultatene blir bedt om å ta kontakt med fastlegen din for en mer utfyllende helsesjekk, er det anført nederst på denne siden. Uansett kan resultatene være av interesse for din fastlege. Ta med brevet ved neste legebesøk.

Dine resultater

Målinger foretatt i HUNT 3	Dine resultater
Høyde	*cm*
Vekt	*kg*
Blodsukker, ikke fastende	*mmol/l*
Stoffskifteprøve TSH	*mIU/L*
Tyroksin, stoffskiftehormon (målt hvis TSH er avvikende)	*pmol/l*
Anti-TPO (målt hvis TSH er avvikende)	*neg/pos*
Kolesterol (totalkolesterol)	*mmol/l*
HDL-kolesterol (det gode kolesterolet)	*mmol/l*
Blodtrykk, systolisk	*mmHg*
Blodtrykk,diastolisk	*mmHg*

Kommentarer til resultatene:
Hvis det er målt resultater som er unormale eller som er så avvikende at det gir oss grunn til å anbefale kontroll eller oppfølging hos lege, er det anført i feltet under.

Hvis du allerede ikke har gjort det, husk å fylle ut og sende oss spørreskjemaene du fikk utdelt på helseundersøkelsen. Det er svært viktig for oss.
Tusen takk for hjelpa!

Side 1 Tilbakemeldingstekst HUNT3

Informasjon om prøvene og målingene

Prøver som kan tyde på diabetes (sukkersyke) eller stoffskiftesykdom

Blodsukker, ikke fastende (blodglukose) måles av alle	Blodsukkeret er til vanlig fint regulert i kroppen. Ved diabetes (sukkersyke) svikter denne reguleringen slik at blodsukkeret blir for høyt.
Stoffskifteprøven TSH (thyroidea stimulerende hormon) måles av alle	TSH kan måles for å undersøke stoffskiftet. For høy verdi av TSH tyder på for lavt stoffskifte, for lav verdi tyder (som oftest) på for høyt stoffskifte.
Tyroksin, stoffskiftehormon måles av utvalgte som har unormalt nivå av TSH	Stoffskiftet i kroppen reguleres av hormonet tyroksin. Ved stoffskiftesykdom kan skjoldbruskkjertelen lage for mye eller for lite tyroksin.
Anti-TPO måles av utvalgte som har unormalt nivå av TSH	Anti-TPO er antistoffer mot et protein i skjoldbruskkjertelen. Tilstedeværelse av anti-TPO kan føre til lavt stoffskifte.

Prøver med betydning for hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdom er fortsatt utbredt i Nord-Trøndelag. Med hjerte- og karsykdommer mener vi angina pectoris (hjertekrampe), hjerteinfarkt, dårlig blodsirkulasjon i beina og hjerneslag. De viktigste risikofaktorene er røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, feil kosthold, lav fysisk aktivitet og arvelighet. Faktorene må sees i sammenheng. Det er for eksempel ikke sikkert at høyt kolesterol alene gir grunn til bekymring hvis du ikke har andre betydelige risikofaktorer. Dette kan fastlegen din vurdere.

Kolesterol (totalkolesterol, fettstoff) måles av alle	Kolesterol finnes normalt i kroppen. Overskudd kan imidlertid avleires i blodårene og føre til åreforkalking. Åreforkalkning kan føre til hjerte- og karsykdommer.
HDL-kolesterol (det gode kolesterolet) måles av alle	Høye verdier av HDL (det gode kolesterolet) har en beskyttende effekt mot hjerte- og karsykdommer.
Blodtrykk. Systolisk (høyeste) og diastolisk (laveste) blodtrykk måles av alle	Blodtrykket varierer fra minutt til minutt avhengig av hva vi gjør og tenker. Det stiger vanligvis gradvis med alderen. Hvis blodtrykket er høyere enn normalt kan det føre til hjerte- og karsykdommer.

Gode vaner for din helse

Daglige vaner betyr mye for helsa. Sunt kosthold og mosjon er viktig, og vi vet at røyking er helseskadelig. En ny utfordring for folkehelsa er at antallet overvektige øker. Overvekt kan føre til både fysiske og psykiske helseproblemer. Kosthold og fysisk aktivitet er for de fleste mennesker avgjørende for hvor mye de veier. Hvis du trenger råd, kan du spørre din fastlege.

Forskning har også vist at god trivsel har betydning for helsa. Deltakelse i lag og foreninger, teater, musikk og annet kulturliv virker positivt. Vi kan hjelpe hverandre ved å skape et godt lokalmiljø, besøke hverandre og bidra til at alle blir en del av fellesskapet. Det har vi lange tradisjoner for i Nord-Trøndelag.

Side 2 Tilbakemeldingstekst HUNT3

ISBN 978-82-326-6572-3 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-6782-6 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181 (trykt utg.)
ISSN 2703-8084 (online ver.)

NTNU
Kunnskap for en bedre verden