



Den [aktive og] [ansvarsfulde] patient

En konversationsanalytisk undersøgelse af
medinddragelse og ansvarliggørelse af
patienter i almen praksis

af Christina Gejel Nielsen
Roskilde Universitet

Integreret speciale, april 2013
Dansk og Kommunikation

Vejledere:
Susanne Kjærbeck
Birgitte Ravn Olesen

Den aktive og ansvarsfulde patient

En konversationsanalytisk undersøgelse af medinddragelse og ansvarliggørelse af patienter i almen praksis

Christina Gejel Nielsen
Integreret speciale, april 2013

Roskilde Universitet

Kommunikation

Institut for Kommunikation, Virksomhed og Informationsteknologier (CBIT)
Vejleder: Birgitte Ravn Olesen

Dansk

Institut for Kultur og Identitet (CUID)
Vejleder: Susanne Kjærbeck

Antal normalsider: 76
Anslag: 182726
Sideantal inkl. bilag: 107

Abstract

This Master Thesis evolves around the problem statement: What role does the ideal of the patient's involvement and responsibility play in primary care encounters, and how can these terms be identified as communicative strategies in the communication between doctor and patient?

The study is based on two selected primary care consultations, which have been observed, audio recorded, transcribed, and analyzed according to the principles of conversation analysis. Theory of how agreements and disagreements are handled in conversation, including theory of epistemic positioning in conversation, is utilized.

Based on this, the study will attempt to build an understanding of what role the doctor and patient's views play in the primary care conversation regarding the evaluations that occur and the decisions that are made. Furthermore, it will be investigated how authority, responsibility, and the right to judge and act upon the patients healthcare is expressed in the consultation.

Aspects such as the following will be illuminated: The patients active involvement, whether or not the patient sets him/herself in a position of being qualified to make decisions on his/her own healthcare, and what significance the doctors professional knowledge and the patients experience-based knowledge are given.

It will be shown that both doctors and patients to a great extent simultaneously orient to the patient's active and responsible role in the consultation, while still maintaining an orientation to the doctor's professional authority.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	9
2. Placering i et forskningsfelt.....	13
2.1. Konversationsanalyse – en introduktion.....	14
2.2. Andre forskningstilgange.....	16
2.3. Eksempler på nyere CA-forskning i læge-patient-samtaler.....	19
3. CA – grundlæggende analytiske begreber.....	22
3.1. Taleture og tur-tagning.....	23
3.2. Minimalresponsen	26
3.3. Tur-par og præference-begrebet.....	27
4. Samtale i institutionelle rammer.....	30
4.1. Institutionelle samtalers karakteristika.....	31
4.2. Identitet og 'face'.....	32
5. Forhandling af epistemiske positioner.....	35
5.1. Enighed og uenighed i samtaler.....	35
5.2. Epistemisk autoritet	37
5.3. Epistemiske markører.....	39
6. Præsentation af datamateriale	44
6.1. Udvælgelsen.....	44
6.2. Analysens opbygning.....	45
7. Samtale 1: Yngre mand med stress-symptomer	46
7.1. Patienten som aktiv deltager i diagnosticeringen.....	46
7.2. Lægen som informationskilde.....	51
7.3. Opretholdelse af 'face' gennem epistemisk positionering.....	55
7.4. Patientens positionering af sig selv som aktiv.....	58
7.5. Den gode læge – den gode patient.....	59
7.6. Generelle observationer.....	61
8. Samtale 2: Ældre kvinde med åndenød.....	63
8.1. Medinddragelse forud for modargumentation.....	63
8.2. At overbevise men samtidig inddrage patienten.....	67
8.3. Patientens viden får status.....	71
8.4. Generelle observationer.....	75
9. Konklusion.....	77
10. Videre refleksioner.....	81
10.1. Andre aspekter ved nutidens læge-patient-forhold.....	81
10.2. En kritisk refleksion.....	84
11. Litteraturliste	86
12. Bilag.....	89
Bilag 1 – Samtale 1.....	91
Bilag 2 – Samtale 2.....	101
Bilag 3 – Transskriptionssymboler.....	107

1. Indledning

Gennem det 20 århundrede er der sket en stor udvikling i opfattelsen af forholdet mellem læge og patient, og inden for de seneste 10-20 år har udviklingen været særlig stor. Den største forandring er muligvis, at man er gået væk fra tidligere tiders paternalistiske syn på læge-patient-relationen, hvor det ansås som naturligt, at lægen i kraft af sin faglige ekspertise og kendskab til patienten traf beslutninger på vegne af denne (Det Ethiske Råd 2003:11). Den paternalistiske relation er i dag afløst af et nyt ideal for det gode læge-patientforhold – et ideal som går ud på, at lægen og patienten skal indgå i et *partnerskab*, at patienten skal *medinddrages* og selv være med til at træffe beslutninger, samt "[...] at patientens selvbestemmelse og livsværdier i videst mulig udstrækning skal respekteres af lægen" (Det Ethiske Råd 2003:11ff). Det betyder altså, at lægen og patienten i dag forventes at indgå i en relation, hvor patientens perspektiver får en væsentlig rolle i forhold til vurderinger og beslutninger vedrørende behandling, og at lægen skal opfattes som patientens rådgiver frem for en professionel autoritet og ekspert, der træffer beslutninger på vegne af patienten. I Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) formulerede visioner for almen praksis står der eksempelvis:

Patienten har ret til selv at bestemme og må tage ansvar for sine beslutninger. Derfor er lægen patientens rådgiver. Rådgivningen sker i respekt og forståelse for patientens egne forudsætninger, holdninger og forståelse. (P.L.O. 2001:6)

Denne ændring har fulgt samfundets udvikling generelt – værdimæssigt og teknologisk. Nutidens samfund er præget af mindre autoritetstro end tidligere, et stærkt individualiseret menneskesyn og "værdimæssig pluralisme", hvor holdninger og livsværdier er mangfoldige (Det Ethiske Råd 2003:12). I velfærdsinstitutionerne er værdier som "effektivitet, selvansvar, frihed, empowerment og selvhjælp" bl.a. herskende (Mik-Meyer & Villadsen 2007:9). Det betyder, at mennesker, "som møder "systemet", anskues som *autonome* og *selvansvarlige* borgere, der er (eller burde være) *eksperter i eget liv*" (Järvinen & Mik-Meyer 2012:13), og at de professionelles – herunder de praktiserende lægers – rolle dermed også er blevet en anden.

Fra at de tidligere var eksperter, som i kraft af deres uddannelse og erfaring vidste, "hvad der er bedst for brugerne", og som derfor var den aktive part i opstillingen af mål og beslutningen om midler i arbejdet, er de ansatte i velfærdsstaten nu blevet "facilitatorer", hvis mål er at sætte brugere i centrum og bidrage til dennes selvudvikling og

risikoforvaltning. En facilitator eller coachs opgave er ikke at løse borgernes problemer, men at skabe de bedst tænkelige rammer for, at borgeren *selv* kan løse sine problemer. (Järvinen & Mik-Meyer 2012:18)

Denne autonomi – dvs. patientens mulighed for at tage aktiv del i og ansvar for sin egen sygdomssituation – understøttes desuden af de muligheder især Internettet har skabt for, at patienter på egen hånd kan søge information om sygdom, sundhed og behandlingsmuligheder, før de konsulterer lægen. I Danmark har patienter gennem sundhedsvæsenets internetportal f.eks. adgang til egne sundhedsdata og troværdig, lægefaglig information (Danske Regioner 2011), som kun lægen før i tiden har haft adgang til eller besiddet. Nutidens patienter er således også oplyste og kan potentielt sidde inde med en masse viden som baggrund for deres besøg hos lægen – og måske målrettet bruge deres viden i forsøget på at få indfriet særlige forventninger hos lægen (Det Ethiske Råd 2003:13).

Samtidig med patientens nye status og muligheder i konsultationssamtalen, samt ideen om at lægen skal fungere som patientens rådgiver, har lægen i kraft af sin institutionelle funktion i velfærdsstaten stadig en kontrollerende funktion over for patienten.

Mødet mellem patient og læge er – stadigvæk – i sit udgangspunkt et ulige og asymmetrisk forhold og vil fortsætte med at være det lige så længe lægen skal varetage henvisninger, skrive recepter og lave attestudstedelser. Lægen er ikke alene ansat til at gøre det bedst mulige for den enkelte, men skal også varetage fællesskabets interesser. (Hvas 2003:29)

I denne myndighedsrolle ligger således en underliggende forståelse af, at lægen – i kraft af sit ansvar over for at forvalte og leve op til sin professionelle opgave – kan blive nødt til at gå imod de ønsker og forventninger, som patienten eventuelt har til behandling. Bredt for velfærdsinstitutionerne kan man sige, "at der (selvfølgelig) er grænser for borgernes selvbestemmelse. Borgernes autonomi er uproblematisk, så længe, og kun så længe, de samtidigt er ansvarsfulde, risikobevidste og samarbejdsvillige – vurderet fra et professionsperspektiv" (Järvinen & Mik-Meyer 2012:23). Patientens mulighed for at bestemme over sin situation og agere "egen ekspert" må således i praksis reelt ses som en ret til at *godkende* eller *afslå* de behandlingstiltag, som lægen foreslår. Patienten kan kun *forsøge* at få sine vurderinger til at vægte i samtalen på en sådan måde, at de kan ses forenelige med lægens perspektiver. Dette står umiddelbart i kontrast til lægens rolle som rådgiver – og at patienten har "ret til selv at bestemme og må tage ansvar for sine beslutninger" (P.L.O. 2001:6).

På den baggrund kan læge-patient-forholdet i dag betragtes som et, "hvor en række beslutninger træffes på baggrund af en forhandling" (Det Ethiske Råd 2003:14). Lægen og patienten skal gennem konsultationssamtalen nå til enighed således, at der er balance mellem på den ene side medinddragelse af patientens perspektiver og meninger, og på den anden side vægtning af lægens fagligt funderede vurderinger. Det er derfor i udgangspunktet heller ikke entydigt, hvem der har størst indflydelse på de beslutninger, der tages, eller hvis bidrag i dialogen, der vejer tungest. Det afhænger af, hvilke positioner lægen og patienten indtager i samtalen og særligt, hvilken status parternes forskellige perspektiver eller *viden* får i dialogen.

Det er netop dette aspekt af læge-patient-samtalen, som dette speciale vil fokusere på. Mere specifikt vil fokus være på, hvordan især patientens medinddragelse og ansvarliggørelse kan identificeres i dialogen. Det er dog vigtigt at pointere, at jeg med min optik ikke anskuer medinddragelse og ansvarliggørelse som noget, lægen skal sørge for *sker* – men at medinddragelse og ansvarliggørelse er forhold, som lægen og patienten sammen opnår eller konstruerer interaktionelt. Min problemformulering lyder:

Hvilken rolle spiller idealet om inddragelse og ansvarliggørelse af patienten i en konsultationssamtale i almen praksis, og hvordan kan disse begreber identificeres som kommunikative strategier i kommunikationen mellem læge og patient?

Til at besvare min problemformulering benytter jeg en konversationsanalytisk tilgang, som er en metode, der bygger på analyse af "autentiske" samtaler. Med udgangspunkt i to udvalgte konsultationer i almen praksis, som jeg har overværet og lyd-optaget, og dernæst transskriberet efter konversationsanalytiske principper, analyserer jeg, hvordan lægen og patienten kommunikerer med hinanden ned i mindste detalje.

Som supplement til mit konversationsanalytiske begrebsapparat benytter jeg teori, der omhandler, hvordan enighed og uenighed administreres i samtaler samt teori om epistemisk positionering i talesprog. Derved forsøger jeg at opnå en forståelse for, hvilken status lægen og patientens perspektiver hver især får i konsultationssamtalen – særligt i forhold til de vurderinger, der finder sted, og de beslutninger som træffes. Jeg vil belyse aspekter så som, om patienten aktivt medinddrages, om patienten selv positionerer sig som kvalificeret til at vurdere og træffe beslutning om sin sygdomstilstand og behandling, samt hvilken rolle lægens professionelle viden såvel som patientens erfaringsbaserede viden får i samtalen. Sagt på en anden måde, så hævder jeg at kunne

sige noget om, hvordan autoritet, ansvar og berettigelse til at handle og vurderer i forhold til patientens sygdomssituation kommer til udtryk i konsultationen.

Dette speciale udgør naturligvis et mindre kvalitativt studium. Jeg er interesseret i at anlægge et *perspektiv* på, hvordan læge-patientsamtaler *kan* se ud i danske lægepraksisser i dag; et perspektiv, som måske kan give inspiration til videre undersøgelser i læge-patient-forholdet i den danske almene praksis.

2. Placering i et forskningsfelt

Samfund er ikke alene bygget op omkring samtaler; samfund er samtaler med alt hvad det indbærer. Derfor kan det med god ret hævdes, at hvis man vil vide noget om menneskers relationer og samfund, må man studere samtaler. (Nielsen & Nielsen 2005:13)

På linje med hvad Nielsen og Nielsen skriver i ovenstående citat, er grundantagelsen i dette speciale, at det giver mening at studere menneskers samtaler, fordi verbal kommunikation er et bærende element i al menneskelig interaktion. Med andre ord; hvis man vil vide noget om menneskelig handlen, normer og betydningsdannelse i forhold til en given kontekst, er det oplagt at analysere menneskers sproglige interaktion.

Dette speciale befinder sig videnskabssteoretisk – måske nok ikke overraskende – inden for socialkonstruktivismen, som hævder at al menneskelig erkendelse er socialt konstrueret, og at erkendelse sker ud fra en forståelsesramme, der er betinget af den kultur og historiske baggrund, som det enkelte menneske er en del af. Den virkelighed vi befinder os i bliver således konstrueret – og reproduceret – gennem social interaktion, samtidig med at identitet og 'selv' forstås som flydende størrelser, som også bliver konstrueret og defineret i den sociale interaktion.

Konversationsanalyse eller blot CA ("Conversation Analysis") kan karakteriseres som en form for socialkonstruktivisme, da metoden netop er baseret på en overbevisning om, at sprog og interaktion, ud over at mediere sociale handlinger, konstruerer og konstituerer menneskers forståelse og sociale organisering af verden (Nielsen & Nielsen 2005:111). Jeg anser således konversationsanalysen som et nyttigt redskab til at forstå de dybereliggende interaktionelle processer, som finder sted i det konkrete møde mellem læge og patient.

Jeg vil i dette afsnit kort give en introduktion til konversationsanalysen og dernæst præsentere nogle af de andre metodiske tilgange, som præger forskningen af læge-patient-forholdet. Slutteligt vil jeg kort redegøre for noget af den nyere forskning inden for læge-patient-forholdet, som har særlig fokus på læge-patient-forholdet som et samarbejde.

2.1. Konversationsanalyse – en introduktion

Konversationsanalysen blev etableret som forskningsfelt i USA i 1970'erne, med bl.a. Harvey Sacks, Emanuel Schegloff og Gail Jefferson som betydelige bidragere. Metoden har rødder i Erving Goffmans symbolske interaktionisme og Harold Garfinkels ethnomethodologi, og kan oprindeligt karakteriseres som en sociologisk metode; den undersøger, hvordan mennesker interaktionelt udfører dagligdags handlinger, og hvilket komplekst samspil, der ligger bag menneskelig interaktion (Hutchby & Wooffitt 2008:12ff). Sidenhen har metoden bredt sig til sprog- og kommunikationsvidenskaberne, hvor den med sit interaktionsnære fokus på kommunikation og talesprog har medført ”dybe indsigter i aspekter ved sproget, som den traditionelle lingvistik, der tager udgangspunkt i skriftsproget, har været blind overfor” (Nielsen & Nielsen 2005:30).

CA is a radical departure of other forms of linguistically oriented analysis in that the production of utterances, and more particularly the sense they obtain, is seen not in terms of the structure of language, but first and foremost as a practical social accomplishment. That is, words used in talk are not studied as semantic units, but as products or objects which are designed and used in terms of the activities being negotiated in the talk: as requests, proposals, accusations, complaints, and so on.
(Hutchby & Wooffitt 2008:12)

Metodens grundlæggende mål er at kortlægge samtalers struktur – dvs. at forstå hvordan samtaler er organiseret, og hvilke systematiske ressourcer samtaleledetagere gør brug af, når de skal opretholde en samtale – og således interagere med hinanden (Hutchby & Wooffitt 2005:41). I dag har feltet dog udvidet sig til at inkludere analyse af langt flere interaktionsformer end det, der blot kan betegnes som 'konversation'¹ – herunder samtaler der foregår inden for institutionelle rammer, som en læge-patientsamtale f.eks. gør. Derfor bliver begrebet ”talk-in-interaction” i stadig stigende grad benyttet af CA-forskere, da dette begreb hævdes mere præcist at beskrive det, som CA gør, nemlig at analysere tale i forskellige interaktionsformer (Hutchby & Wooffitt 2005:12).

Desuden har feltet, på baggrund af CA's grundlæggende erkendelser, udviklet interessen til at inkludere en mere anvendelsesorienteret tilgang. Det betyder, at CA i dag ikke alene handler om at kortlægge samtalers struktur og fordybe sig i talesprogets karakteristika, men lige så meget om at benytte disse erkendelser til at undersøge, hvorledes mening, identitet eller roller forhandles og

1 I Den Store Danske Encyklopædi står der: ”**konversation**, (fr. *conversation*), samtale, især om almindelige, ikke alvorlige emner” (www.denstoredanske.dk).

”gøres” i forskellige interaktioner. Jeg vil til trods for, at jeg befinder mig inden for denne udvidelse af forskningsfeltet, konsekvent benytte mig af betegnelsen konversationsanalyse eller blot CA.

Det der kendetegner konversationsanalyse som bredt felt er, at metoden altid tager udgangspunkt i autentisk datamateriale, forstået på den måde, at analysen altid baseres på optagelser fra ”virkelige samtaler” i ”virkelige omgivelser” – til forskel fra f.eks. empirisk materiale fra konstruerede situationer. For at gøre datamaterialet tilgængeligt for analyse benyttes desuden en helt særlig transskriptionsform, som går tæt på samtalens mindste enheder ved ikke kun at medtage alle udsagte ord og lyde, men også at markere hvordan ordene bliver sagt, f.eks. med høj eller lav intonation eller med et bestemt tryk på ordet osv. Desuden markeres pauser, afbrud og overlap i dialogen, således at interaktionelle dynamikker i samtalen træder frem. Dette gøres med det mål at være så tro mod den oprindelige samtale som muligt. I dette speciale er samtalerne transskriberet efter en transskriptionsnøgle, som er at finde i bilag 3.

Når man gennemfører en konversationsanalyse, spørger man gennemgående: Hvad sker der i samtalen, og hvorfor sker det nu? (Heritage & Clayman 2010:14). CA's grundlæggende antagelse er, at man kun kan forstå en ytring i relation med dens foregående kontekst, og at en ytring samtidig er kontekst-skabende (Drew & Heritage 1993:18). Når jeg analyserer, tager jeg derfor udgangspunkt i de enkelte ytringer og undersøger deres relation til de umiddelbart foregående og de umiddelbart efterfølgende. På den måde forsøger jeg at opnå forståelse af den sekventielle organisering af interaktionen og de interaktionelle dynamikker, som finder sted mellem samtaleparterne.

Konversationsanalyse kan således også betegnes som en meget tidskrævende metode, hvor dataindsamling og et længere transskriptionsarbejde går forud for et meget detaljeret analysearbejde. Dette har også været tilfældet i dette speciale, hvor jeg af tidsmæssige årsager har måtte begrænse mig i forhold til den mængde af empirisk materiale, jeg har valgt at dykke ned i. Til gengæld vil jeg hævde, at konversationsanalysens detaljerede form og nærsproglige fokus, giver et mere dyberegående indblik i de interaktionelle processer, der finder sted mellem læge og patient, end andre metoder eksempelvis ville kunne.

2.2. Andre forskningstilgange

Jeg er langt fra den første, der kaster sig over læge-patient-samtalen med konversationsanalytisk blik. Mange studerende og forskere har med varierende fokus gennem de seneste 20 år haft en stigende interesse i at benytte metoden til undersøgelser af samtaler i institutionelle rammer – herunder læge-patient-samtalen (Beck Nielsen 2010:11f). I Danmark er man desuden for nyligt begyndt at se på fordelene i at anvende konversationsanalysen i undervisningen af medicinstuderende (Laursen 2003:143). Netop blandt medicinere har man ellers – gennem spørgeskema, interview og fokusgruppeinterview – en særlig forkærlighed for at fokusere på lægers og patienters *oplevelser* af konsultationssamtalernes forløb (Beck Nielsen 2010:12). Dette således i stedet for at lade observation af konsultationens autentiske handlingsforløb være kilde til viden. Om konversationsanalysens fordele inden for uddannelse af læger, skriver postdoc ved Syddansk Universitet Lone Laursen f.eks.:

Metoden bygger på empiriske undersøgelser af hvad der rent faktisk foregår i mødet mellem læge og patient. Dette giver de studerende et konkret grundlag for at forstå kommunikation og for at sortere i de anbefalinger, formodninger og teorier som de møder i en stor del af kommunikationsundervisningens lærebøger. Hensigten med undervisningen er at de studerende på baggrund af empiriske undersøgelser bevidstgøres om kommunikative processer og bibringer analytiske arbejdsredskaber som de kan anvende i praksis.
(Laursen 2008:143)

Således bliver konversationsanalysens force i forbindelse med undersøgelse af læge-patient-samtaler betragtet som den, at metoden er i stand til at undersøge den reelle interaktion mellem læge og patient – en kvalitet, som jeg også har været draget af.

CA er dog ikke den eneste metode, som tager udgangspunkt i observationer af konsultationens handlingsforløb. Inden for denne retning kan man helt overordnet opdele forskningen i to grene; dem som bruger optagelserne til at udfylde kodningsskemaer, og dem som transskriberer dem – hvor konversationsanalysen hører til sidstnævnte (Beck Nielsen 2010:13). Heritage and Maynard benytter henholdsvis termerne "process-analysis" og "micro-analysis" som betegnelser for de to retninger (Heritage & Maynard 2006:2f). Jeg vil tillade mig at oversætte disse til *procesanalyse* og *mikroanalyse* i denne gennemgang.

Processanalyser er mere kvantitativt orienterede tilgange, samtidig med at de, ligesom CA, tager udgangspunkt i autentisk datamateriale. I procesanalyser benyttes kodningsskemaer – her særligt det såkaldte RIAS-system – til sy-

stematisk at kategorisere mønstre i, hvordan konsultationssamtaler forløber. I disse metoder er kodningen det essentielle, og man kasserer derfor optagelser, når kodningen er foretaget frem for at transskribere dem (Beck Nielsen 2010:13). Procesanalyse, med RIAS-systemet i spidsen, fordi metoden hurtigt kan give et overblik over mønstrene i interaktionen mellem læge og patient. Metoden har da også resulteret i en omfattende empirisk kortlægning af, hvordan konsultationer i almen praksis generelt foregår (Heritage & Maynard 2006:4). Metoden kritiseres dog samtidig for at være mangelfuld i den forstand, at den overser indhold, kontekst og mening i læge-patient-interaktionen – og for ikke at kunne vise, hvordan den ene part kan have indflydelse på den anden parts opførsel – noget som især konversationsanalyse er god til (Heritage & Maynard 2006:2).

CA kan siges at placere sig inden for det mikroanalytiske felt sammen med forskellige etnometodologiske og diskursanalytiske tilgange med udspring i sociologi og antropologi. Særligt den kritiske diskursanalyse har ud over CA haft læge-patient-samtalen under luppen, hvor samtalen oftest er kilde til undersøgelser af magt-forholdet (Beck Nielsen 2010:13). Her har man bl.a. konkluderet, at det "medicinske perspektiv" er dominerende over for det "personlige", idet lægen styrer samtalen stramt (ibid.). Forskellen på kritisk diskursanalyse og CA er, at hvor den kritiske diskursanalyse er meget optaget af at bruge læge-patient-samtaler som "mønstereksempler på magtfulde møder", så er CA mere optaget af at belyse magtrelationer for at gøre op med antagelsen om, at magtrelationer altid er til stede og aktuelle, som den kritiske diskursanalyse, bl.a. beskyldes for at mene (Beck Nielsen 2010:13). Inden for CA argumenterer man f.eks. i stedet for, at magtrelationer (hvis de er til stede) er nogle, som "deltagerne aktivt opretholder ved at orientere sig imod og periodevis aktualisere" (ibid.). I CA har undersøgelser af magt i læge-patient-samtaler desuden ofte været gennemført for at:

[...] påvise at patienten også besidder en betragtelig og formodentlig historisk stigende magt som læger må søge at omgå hvis de har til hensigt at gennemføre eksempelvis en behandlingsform som strider mod patientens ønsker eller forventninger. (Beck Nielsen 2010:14)

CA, som bl.a. gør brug af en meget detaljeret transskriptionsmetode af datamaterialet, er dog i grove træk mest optaget af, hvorledes parterne gennem interaktionen skaber fælles forståelse, og hvordan handlinger samkonstrueres ned i mindste detaljer (Beck Nielsen 2010:14). Forskellen på de nævnte metoder inden for undersøgelse af læge-patient-samtaler, kan således i korte træk opridse således:

RIAS anlægger et diskret og kvantitativt perspektiv på læge-patient-samtalernes forløb. Og CDA anskuer deres udformninger primært som et resultat af lægens styring. Men hvis man ønsker et indblik i de mere interaktive processer, kan man med fordel vende sig mod CA. (Beck Nielsen 2010:14)

Mikroanalytiske studier kan dog også siges at have sine ulemper. De består ofte af mindre kvalitative studier og kritiseres derfor for, ikke at være i stand til at række ud over enkelt-cases og give gedigne resultater baseret på et bredt empirisk grundlag – f.eks. producere konklusioner, som kan være med til at give brugbare råd til, hvordan læger og patienter bedst handler og opfører sig i forbindelse med en konsultation (Heritage & Maynard 2006:8). Dette forsøger de to professorer i sociologi John Heritage og Douglas W. Maynards dog at imødekomme i deres antologi *Communication in Medical Care* fra 2006, der beskrives som en milepæl inden for forskningen af læge-patient-samtaler (Beck Nielsen 2010:11). Her bringes en række konversationsanalytiske undersøgelser sammen med det formål at give en omfattende karakteristik af de forskellige aspekter – eller faser – i mødet mellem læge og patient i almen praksis ("primary care encounters"). Bogens kapitler kan med Heritage og Maynards egne ord "offer a framework for granular and quantitative, outcome-oriented analyses" (Heritage & Maynard 2006:8). Heritage & Maynard kortlægger, hvad der kendetegner læge-patient-samtalen som institutionel samtale ved at kombinere detaljerede analyser med statistisk indsamling om forskellige mønstre i interaktionen, som er uddraget af de mange konversationsanalyser. Heritage og Maynards arbejde repræsenterer således en retning inden for CA, hvor man kombinerer det kvalitative aspekt med det kvantitative.

Forståelsen af læge-patient-samtalen i faser stammer oprindeligt fra undersøgelser foretaget af sociologerne P. Byrne og B. Long (Beck Nielsen 2010:19). I 1976 kunne de på baggrund af studier af læge-patient-samtaler i deres fulde længde konkludere, at læge-patient-samtaler følger faserne: Åbning, problempræsentation, undersøgelse, snak om diagnose, snak om behandling og afslutning (ibid.). Denne erkendelse er senere bekræftet i adskillige studier og har fra midten af 00'erne vundet generel accept inden for CA (Beck Nielsen 2012:21). Mange konversationsanalytikere har f.eks. ladet en eller flere af faserne være udgangspunkt i specifikke selvstændige undersøgelser – f.eks. problempræsentationsfasen eller diagnostiseringen (Beck Nielsen 2010:19).

At man går ud fra, at læge-patient-samtalen kan opdeles i faser, er dog i sit udgangspunkt i modstrid med den konversationsanalytiske ånd, da man her er forsigtig med at tillægge interaktion en på forhånd defineret kontekst. Heritage og Maynard argumenterer dog for, at strukturen ikke skal opfattes som

fast. Det har vist sig, at konsultationer sagtens kan bevæge sig væk fra en fase for at vende tilbage til den senere, eller at faserne kan foregå i en anden rækkefølge. Faserne tilstedeværelse viser sig ved, at samtaledeltagerne orienterer sig mod dem i interaktionen (Heritage & Maynard 2012:15). Ved at undersøge, hvordan læger og patienter orienterer sig mod disse faser, kan man sige noget om, hvorledes deres roller i den institutionelle samtale konstitueres, eller som Heritage og Maynard skriver: [...] doctors' and patients' conduct can be examined for how they orient and negotiate the boundaries of each of the main activity components (Heritage & Maynard 2012:15).

2.3. Eksempler på nyere CA-forskning i læge-patient-samtaler

En af de studier, som har fået en plads i Heritage og Maynards antologi er professor i sociologi Anssi Peräkyläs undersøgelse af kommunikationen mellem læger og patienter i forbindelse med vurdering af diagnose (Peräkylä 2006:214). Peräkylä pointerer, at der inden for forskningen af læge-patient-samtaler findes to umiddelbart modsatrettede måder at opfatte læge-patient-forholdet på. Den første definerer læge-patient-forholdet ud fra lægens autoritet. Der lægges vægt på, at lægen besidder teknisk og videnskabelig viden, der gør ham eller hende i stand til at stille en diagnose. Her fremhæves autoriteten som værende til stede i den forstand, at lægen gennem sin samfundsmæssige rolle er autoriseret til at stille diagnoser og træffe beslutninger om behandling, medicin etc. (Peräkylä 2006:214). Den anden forståelse bygger på en ide om, at patienten også besidder viden relevant for vurderingen, og at patienten på lige fod med lægen deltager i diagnosticeringen og beslutninger omkring behandling. Her anses konsultationen som en samtale mellem forskellige, men lige så ressourcestærke, parter, som forhandler om diagnose og behandling. Peräkylä mener, at hver af disse perspektiver har en sandhed i sig og kan kombineres i en samlet forståelse af læge-patient-forholdet (Peräkylä 2006:214).

Ifølge Peräkylä skal man anskue det sådan, at der i læge-patient-samtalen i praksis sker en ballancering af disse to forhold. Peräkylä viser bl.a., at læger og patienter sammen orienterer sig mod lægens autoritet, samtidig med at de orienterer sig mod at opretholde diagnosticeringen som en fælles opgave. Dette gør lægerne bl.a. ved at være orienterede mod at sikre, at patienterne har forståelse for de vurderinger, lægerne foretager (Peräkylä 2006:221f), og Patienterne gør det ved relativt ofte at gå aktivt ind i dialogen med lægen vedrørende diagnose. Patienterne viser her enten, at lægens vurdering kommer bag på dem, at de er enige eller uenige eller gør opmærksom på symptomer, som er i modstrid med lægens vurdering (Peräkylä 2006:234). Peräkylä pointerer

at disse responser "often incorporate the patient's claim to knowledge concerning the diagnosis" (Peräkylä 2006:235). Når patienter på den anden side responderer på lægens præsentationer af diagnose, finder Peräkylä, at responserne falder på steder, hvor lægen præsenterer beviser for sin vurdering og viser tegn på en invitation til patientens deltagelse.

[...] it appears that by explicating the evidence for the diagnostic conclusions, the doctor proposes a particular relation between the patient and himself or herself – one where the patient's reflections of the diagnosis are relevant and welcome. (Peräkylä 2006:237)

Samtidig ses det også, at lægen i usikre situationer, dvs. i situationer hvor lægens ekspertise udfordres, måske fordi diagnosticeringen er usikker, eller der er tydelige uoverensstemmende synspunkter mellem lægen og patienten, at lægen gennem eksplicitering af årsagerne til vurderingen forsøger at retfærdiggøre vurdering, og således: "By displaying evidence, the doctor earns his or her claim to knowledge" (Peräkylä 2006:229ff). Således orienterer lægen sig stadig efter, at han eller hun bør levere en professionel vurdering. Denne orientering kan fra patientens side ligeledes spores ud fra det faktum, at når patienter indgår i en dialog om diagnosen, så er det ikke ved at diskutere lægens vurderinger, men ved at inddrage egne perspektiver fra hverdagslivet.

The primary way for the patients to express their reservations toward the diagnosis is to offer additional observations discrepant with the diagnosis. These additional observations come from outside the realm of the physical examination or the examination of documents; they are not observations of the things that the doctor has been examining, but they are about something that the patient has direct access to (bodily sensations or reports from everyday life). (Peräkylä 2006:245)

Således konkluderer Peräkylä, at patienten kan "assume a degree of agency and knowledgeability in the relation to their diagnosis" (Peräkylä 2006:245), men at lægen og patientens samtidig begge orienterer sig efter "the doctor's authority in the domain of medical reasoning" (ibid.). Man kan således sige, at der sker et samarbejde i konsultationen og en medinddragelse af patienten, ved at begge parters viden får status i samtalen, men at netop den måde hvorpå denne viden indgår i dialogen også er med til at opretholde et autoritetsforhold i kraft af lægens professionalisme.

Et andet forskningsprojekt som præsenteres i *Communication in Medical Care*, er professor i kommunikation Timothy Halkowskis undersøgelse af, hvordan patienter præsenterer deres symptomer. Halkowski finder, at patienter gennem narrativer om "opdagelsen" af symptomerne prøver at fremstå som præ-

cise og velovervejede og som nogle der kan tage vare på sig selv (Halkowski 2006:88). Dette gør de f.eks. ved at fortælle detaljeret om deres "problem discovery".

[...] though narratives of problem discovery people show that they did not go looking for this problem, but had it thrust upon them, and that they did their best to normalize or handle the (emergent) health problem before they arrived at the doctor's office. (Halkowski 2006:113)

Patienter fremfører desuden ofte opdagelsen gennem hypoteser, gennem markeringer så som "Først troede jeg...", "Så gik det op for mig...", "Jeg opdagede..." og "Det blev værre, så derfor besluttede jeg at søge læge". Dermed fremstiller patienten sig selv som vidne til et forløb, og får præsenteret sine problemer som umotiverede opdagelser, for på den måde ikke at lyde som en, der overdramatiserer eller er overbekymret (Halkowski 2006:102f). Patienten fremstiller sig selv som en "appropriate reporter of bodily sensations and experiences" (Halkowski 2006:102).

Der har selvfølgelig været et væld af andet relevant forskning inden for lægepatient-samtalen, som jeg hverken har intentioner om eller plads til at komme ind på i dette speciale. Min intention med at opridse et par af de nyere forskningsprojekter er at gøre opmærksom på, at lægepatient-samtalen i dag er bevist på forskellige måder at være præget af patientens aktive deltagelse og lægens orientering mod denne. Desuden, at dette har vist sig ikke nødvendigvis at være i modstrid eller uforeneligt med det faktum, at samtalen finder sted mellem to parter med forskellige videnskæssig baggrund for og tilgang til konsultationen.

I det følgende vil jeg nu bevæge mig til en nærmere beskrivelse af konversationsanalyse med henblik på en præsentation af det begrebsapparat, jeg vil benytte gennem min analyse.

3. CA – grundlæggende analytiske begreber

De forskellige forskningstraditioner inden for CA er knyttet til studiet af henholdsvis *hverdagssamtaler* og *institutionelle samtaler*. Der hersker en forståelse af, at hverdagssamtale er den "oprindelige" interaktionsform, som institutionelle samtaler er afledt af (Femø Nielsen 2004:116). Derfor er det også studier af hverdagssamtaler, som man traditionelt har fokuseret på – og som har dannet grundlag for senere forskning i institutionelle samtaler. Når man skal beskæftige sig med analyse af institutionelle samtaler – som læge-patient-samtalen – kan man derfor heller ikke komme uden om at tale om hverdagssamtale.

En definition af begrebet hverdagssamtale er svær at finde, og oftest bliver hverdagssamtale blot karakteriseret som værende forskellig fra ceremonielle og institutionelle samtaler som f.eks. dem, der finder sted i retssammenhænge, hvor der er bestemte regler for, hvad man må sige, og hvornår det skal siges (Heritage & Clayman 2010:15f). Jeg holder mig til den simple definition, at hverdagssamtaler kan siges at udgøre selve fundamentet i social interaktion, eller som Heritage og Clayman forklarer det:

It is the predominant form of human interaction in the social world, and the primary medium of communication to which the child is exposed and through which socialization proceeds. It thus antedates the development of other, more specialized, forms of institutional interaction both in the life of society and in the life of the individual person. (Heritage & Clayman 2010:12)

Studiet af hverdagssamtaler kan således siges at udgøre studiet af grundlæggende verbal kommunikation mellem mennesker og går kort sagt ud på følgende: "[...] identifying particular conversational practices and pinning down their context of occurrence, their meanings and consequences, and their place within larger orders of conversation organization" (Heritage & Clayman 2010:16). Interessen ligger i at beskrive samtalen og dens sekventielle struktur, uden at man ser på samtalen som en opgave inden for nogle specifikke sociale rammer. Man ser samtalen som en institution i sig selv. Det er her vigtigt at pointerer, at der i citatet hentydes til den "lokale kontekst" i selve samtalen sekventielle forløb. Inden for CA opfattes ytringer – som tidligere nævnt – som kontekstafhængige:

Their contributions to an ongoing sequence of actions cannot be adequately understood except by reference to the context in which they participate. The term "context" is here used to refer both to immediately

local configuration of preceding activity in which an utterance occurs, and also to the "larger" environment of activity within which that configuration is recognized to occur. (Drew & Heritage 1993:18)

Konteksten opfattes således, som den der optræder i selve samtalen og dens forløb. Derfor opfattes ytringer ligeledes som kontekstskabende, da en ytring skaber den efterfølgende kontekst for de næstfølgende ytringer. "In this sense, the interactional context is continually being developed with each successive action" (Drew & Heritage 1993:18).

Den traditionelle forskning i hverdagssamtalers struktur, har udmundet i en omfattende kortlægning af samtale i sin mest grundlæggende form. Denne kortlægning består af nogle mere eller mindre universelle og kontekstuaafhængige regler for samtalers basale interaktionelle mekanismer – regler som al samtale bygger på – også dem i institutionelle rammer. I institutionelle samtaler, kan man opfatte det således, at den sociale kontekst lægger sig som en ramme omkring samtalen og afstedkommer visse afvigelser eller ændringer i forhold til hverdagssamtale i den måde, samtalen gennemføres på (Nielsen & Nielsen 2004:52). Jeg skal senere komme nærmere ind på, hvad der kendetegner institutionelle samtaler. Først vil jeg dog gennemgå nogle af de grundlæggende begreber, som beskriver de mekanismer, som er med til at konstituere en samtale og som derfor er relevante som baggrund for en forståelse af min analyse.

3.1. Taleture og tur-tagning

En af CA's grundlæggende fokusområder har været tur-tagning; hvordan tur-tagning er organiseret, og hvordan og med hvilke ressourcer deltagerne administrerer tur-tagning imellem sig (Hutchby & Wooffitt 2008:41). I samtaler skiftes samtaleparter til at tale – dvs. til at have og erhverve sig taleture. En taletur kan beskrives som "det en deltager siger, fra han/hun begynder til han/hun holder op" (Steensig 2001:39). Man har fundet, at samtaledeltagerne automatisk orienterer sig mod på forskellige måder at sikre, at der opretholdes et naturligt 'flow' i samtalen, og at de ikke taler i munden på hinanden. Det er f.eks. bevist, at skiftet fra en samtaledeltager til den næste ofte sker med et minimum af pause og overlap (Hutchby & Wooffitt 2008:49). Samarbejdet sker ved, at samtalepartnere på systematiske måder distribuerer taleturene imellem sig, ved især at orientere sig mod såkaldte *tur-enheder*. Disse kan siges at være grundstenene i enhver taletur, forstået på den måde, at de forskellige tur-enheder tilsammen udgør den samlede taletur.

Tur-enheder kan have forskellig form og længde, f.eks. bestå af kun ét ord – evt. 'nej' eller 'jo' – af en led- eller helsætning, eller af forskellige former for grammatisk ufuldstændige sætninger og vendinger (Hutchby & Wooffitt 2008:50). Formen på tur-enhederne gør det muligt for deltagerne at forudsige, hvilket slags tur-enhed, der er tale om, og hvornår den sandsynligvis slutter. I slutningen af hver tur-enhed er der et overgangsrelevant sted – dvs. en "legitim" mulighed for, at der kan ske et skift i taletur (ibid.). Om der sker et reelt skift, afhænger bl.a. af, om det mulige færdiggørelsespunkt bliver gjort overgangsrelevant af første-taler, dvs. om der gennem det sagte lægges op til, at der skal ske et skift. Et overgangsrelevant sted kan projiceres gennem henholdsvis syntaks, prosodi og pragmatiske forhold i taleturen (Nielsen & Nielsen 2005: 45).

At syntaksen kan spille en rolle skal forstås på den måde, at det f.eks. kan synes mere relevant, at en ny taler får ordet, når en sætning er grammatisk korrekt afsluttet. Ligeså vel kan prosodien – eksempelvis intonation, tryk på ordene og talehastighed – have betydning for, om et skift i taletur opfattes som relevant. En nedadgående intonation i slutningen af en taletur kan f.eks. indikere en færdiggørelse af taleturen, lige såvel som en opadgående intonation, sammen med en spørgsmålskonstruktion, kan fungere som en invitation til næstetaler om at overtage taleturen. Taleren kan omvendt også forsøge at fastholde ordet ved at øge talehastigheden eller med vilje at undlade at trække vejret, før han eller hun er nået forbi et muligt færdiggørelsespunkt – og altså på den måde forsøge at mindske muligheden for at næste-taler overtager ordet (Nielsen & Nielsen 2005:49). Et eksempel på et typisk skift i taletur ses i følgende uddrag:

Eksempel 1 – Samtale 1 – Skift i taletur

2	L	. hhh <u>nå</u> : michael (0.2) du har ringet te:ø::h (.) te' os i går ↑ik' for[di] du har haft
3	P	[>jo<]
4	L	hovedpine (.) [ka' jeg] se i (.) fire fem dage måske; (0.2)[. hh]
5	P	[ja(h)r] [altså] hvis du [ska']
6		[↑ja]
7	P	ha' <u>hele</u> his↓torien=

I linje 2-4 har lægen en taletur, hvortil patienten kommer med et par minimal-responser i form af "jo" og "ja(h)r". Disse små responser er orienteret mod tur-enhedernes afslutninger. I linje 2 kommer lægen tilmed med en opfordring til bekræftelse med "↑ik". I linje 4 afslutter lægen med en svagt opadgående into-

nation, som således, ud over tur-enhedens umiddelbare afslutning, også via prosodien skaber et overgangsrelevant sted, hvilket også bliver udnyttet af patienten, som overtager taleturen.

Inden for CA ser man taleturer som sociale handlinger, ligesom man gør inden for talehandlingsteorien. Men til forskel fra talehandlingsteorien, som er blevet kritiseret for sin formelle og dekontekstualiserende tilgang, ser CA frem for alt ytringer i deres sekventielle kontekst (Drew & Heritage 1993:16). Om taleturen har afsluttet sin sociale handling vurderes således ud fra den foregående og efterfølgende taletur. Selvom der i taleturen umiddelbart fremkommer et overgangsrelevant sted, kan selve overgangen til næstetaler udeblive, hvis pragmatiske forhold i taleturen indikerer, at taleturen som handling ikke er afsluttet. Taleren kan f.eks. forlænge sin taletid ved opremsningsformater, som består af markeringer så som "for det første", der naturligt projicerer et "for det andet" og derfor kan være med til at holde næstetaler hen (Nielsen & Nielsen 2005:51).

Selvfølgelig foregår samtaler ikke altid som et harmonisk samarbejde. Undtagelser fra reglen findes i forbindelse med overlappende tale og regulære afbrydelser. Det viser sig dog, at overlap – dvs. når samtaledeltagerne taler i munden på hinanden – som oftest forekommer kortvarigt i forbindelse med overgangsrelevante steder og efter en særlig orden (Hutchby & Wooffitt 2008:54). Samtaledeltagerne er f.eks. stadig i stand til at respondere på hinandens tale, selvom de kortvarigt taler på samme tid. Desuden kan afbrud blot være et udtryk for, at næste-taler har forudset indholdet af den gældende tur-enhed og det overgangsrelevante sted – og derved blot foregriber sin tale-tur (Hutchby & Wooffitt 2008:56). I CA kalder man kun overlap for en afbrydelse i det tilfælde, hvor første-taler selv gør opmærksom på eller behandler det som dette (ibid.). I følgende uddrag ses et eksempel på overlappende tale. Overlappet er markeret med firkantede klammer.

Eksempel 2 – Samtale 1 - Overlap

112	L	[nej nej] (0.8) og infektion-, (.) feber sagde du, (.) ikke sådan bihulebetændelse
113	L	eller [snottet eller no:geʔ]
114	P	[feber havde ja::r det va:r] det var jo natten mellem tirsdag og onsdag i
115		sss- ja for en uge siden=
116	L	=↓mfm
117		(0.5)
118	P	ellers [s-] har jeg ikke haft noget så'n [feber,]

I uddraget stiller lægen patienten et spørgsmål vedrørende patientens tilstand. Patienten taletur begynder i linje 114, inden lægen har afsluttet sin taletur. Det er dog tydeligt at se, at lægen med den opadgående intonation i slutningen af sin taletur lægger op til, at patienten skal svare. Patientens svar er i overensstemmelse med lægens spørgsmål, idet han svarer på, hvordan han har haft det. Således ser det ud som om, at patienten har forudset taleturens afslutning og derved er i stand til at foregribe sin taletur. Lægen behandler desuden ikke overlappet som et afbrud, men indtager en lyttende position med den lille bekræftende respons "↓m↑m" i linje 116. Han er tydeligt orienteret mod at lade patienten svare.

3.2. Minimalrespons

Som det er set i ovenstående eksempler, så kan den lyttende samtalepart sagtens ytre sig, imens den anden har taleturen. Han eller hun kan komme med små respons, som f.eks. signalerer, at han eller hun f.eks. lytter. Disse bliver på dansk betegnet *minimalrespons* (Nielsen & Nielsen 2005:91). Fælles for minimalrespons kan siges at "Fænomenet gør det muligt at kommentere og påvirker talen uden at optage taleturstid" (Nielsen & Nielsen 2005:93). En stor gruppe af disse responsformer udgøres af såkaldte *fortsættelsesmarkører*, som oftest signalerer, at lytteren ønsker, at taleren fortsætter, og at lytteren således ikke gør krav på taleturen. Det kunne være med udtryk som: 'ja', 'jo', 'nej', 'mm', 'okay' (ibid.). I nedenstående samtaleuddrag ses et eksempel på ivrig brug af fortsættelsesmarkører.

Eksempel 3 – Samtale 1 - Fortsættelsesmarkører

289	P	dar var ik' mange klare [tank]er til[bage] derop'=[å]det v- er der ik' altså det
290	L	[°↓nej] [↓nej°] [°nej°]
291	P	pro[blem] er der ik' [mer',]=
292	L	[ne:j] [°nej°] =°nej°
293		(0.6)
294	P	men [det] var så kroppen der [stod] af på [den] måde
295	L	[.hh] [°ja°] [°ja°]

I sekvensen har patienten taleturen, imens lægen ivrigt kommer med en række fortsættelsesmarkører. Således signalerer lægen, at han lytter og opfordrer patienten til at fortsætte. I linje 291 opstår et muligt færdiggørelsespunkt, som lægen dog ikke udnytter til at overtage taleturen. En pause opstår, hvorefter

patienten fortsætter – igen fulgt af en række fortsættelsesmarkører fra lægen. Man kan således sige, at lægen med fortsættelsesmarkørerne understreger sin lyttende position og giver patienten plads til at ytre sig.

En gruppe, der minder lidt om fortsættelsesmarkører er *besvarere* eller *bekræftere* (Nielsen & Nielsen 2005:102). I stedet for at signalere fortsættelse, bruges disse med en bekræftende funktion til at respondere på det, taleren siger. Studier har vist, at disse bl.a. karakteriseres ved at være godt artikulerede og ofte er placeret et relevant og forudsigeligt sted (Nielsen & Nielsen 2005:102f). I nedenstående uddrag ses et eksempel på brugen af denne form for minimalresponser. Forud for samtaleuddraget har lægen fortalt patienten, at han i forbindelse med en sygdomsmeddelelse skal lave en såkaldt mulighedserklæring. Til det responderer patienten i linje 391:

Eksempel 4 – Samtale 1 – Bekræftere

391	P	dem kender jar ↓godt=			
392	L	=dem kender du ↑ik'(.)	[ja]	nå ja du er jo i °personale[afdel]ingen°	[ja↓a] så så
393	P		[ja]	[ja]	[↑.hja]

I eksemplet kommer patienten med en række bekræftere. Disse falder umiddelbart i forbindelse med afslutningen på tur-enhederne i lægens taletur. Spørgsmålet "dem kender du ↑ik'", er f.eks. en turenhed som lægger op til respons fra patienten, og patienten besvarer således på dette sted med "ja".

En tredje form for minimalresponser er tilstandsskiftemarkører, f.eks. 'aha' eller 'nå', som benyttes til markering af, at lytteren har opnået en eller anden form for forståelse af det fortalte – og således er undergået et mentalt skift (Nielsen & Nielsen 2005:102).

3.3. Tur-par og præference-begrebet

Et andet grundelement i samtalers opbygning er såkaldte *tur-par*. Begrebet dækker over sammenkædningen af ytringer så som 'Tak for mad'/'Velkomme', spørgsmål og svar eller måske en mundtlig invitation og responsen på denne. Det er ytringer, som udsiges af forskellige personer i samtalen, og de består altid af to sammenkædede ytringer (Hutchby & Wooffitt 2008:43). Tur-parret behøver ikke at optræde i umiddelbar forlængelse af hinanden, men kan "brede" sig over en længere sekvens – eventuelt med andre tur-par ind imellem (ibid.). Tur-par er kædet sammen via en naturlig sammenkædnings-

kraft, som er så stærk, at hvis ikke anden del af tur-parret optræder, f.eks. et svar på et spørgsmål, efterlader det et "tomrum" (Hutchby & Wooffitt 2008:43f).

Den første del af et tur-par lægger således op til en respons fra næste-taler, men nogle lægger også op til et bestemt svar, f.eks. 'ja', samtidig med at muligheden for et 'nej' reelt er til stede. Den respons som modtages, kan siges at være enten *præfereret* eller *dispræfereret*. Dvs. at den første del af et tur-par kan lægge op til en bestemt respons, og hvis denne respons ikke svarer til den ønskede respons, så er den dispræfereret (ibid.). Dette inkluderer f.eks. "offers, which can be accepted or refused; assessments, which can be agreed with or disagreed with; and requests, which can be granted or declined (Hutchby & Wooffitt 2008:46). En invitation har f.eks. præference for en accept og dispræference for et afslag, og en vurdering har præference for enighed og dispræference for uenighed.

Forskning har vist, at der er forskel på, hvordan positive – dvs. præfererede svar – leveres i forhold til deres negative alternativ, dvs. det dispræfererede svar (Hutchby & Wooffitt 2008:46). En præfereret respons – f.eks. et positivt svar på en mundtlig invitation – leveres ofte hurtigt og uden tøven. Den dispræfereret respons leveres derimod ofte med begyndende stilhed eller 'øh' og udgøres ofte af lange og lidt mere komplekse ture med selve afslaget placeret sent fulgt af forklaringer, nedtoninger etc. (Hutchby & Wooffitt 2008:47). Forskning har desuden vist, at responsens design – om den er præfereret eller dispræfereret – "can be used as a resource for the maintenance of social solidarity in talk-in-interaction" (Hutchby & Wooffitt 2008:48). De markører som kommer før en dispræfereret respons kan f.eks. give første-taler en chance for at revidere den originale ytring, og derved forsøge at undgå uenighed (ibid.)

I følgende uddrag ses et eksempel på en dispræfereret respons:

Eksempel 5 – Samtale 1 – Dispræfereret respons

324	L	. hhh så lyt til <u>KROPPEN</u> , å å vend tilbage hvis der kommer noget ↑til (0.5) ↑ik'
325		(.) lyt teø:h de gode råd fra: fra psykologen der [å] lad os se hvor det bærer hen,
326	P	[↓mm]
327		(3.0)
328	L	. h dar ingen grund til at gå videre med d- med noget <u>lige nu</u> ,
329		(0.2)
330	P	okay=

I linje 324 lægger lægen gentagende gange op til en respons fra patienten, dels med den opadgående intonation i "hvis der kommer noget ↑til" og den efterfølgende tur-enhed "↑ik". Patienten svarer dog ikke, og efter at tale-turen ender i linje 325 opstår en pause på hele 3 sekunder, hvor lægen reelt afventer et svar fra patienten. Patienten forholder sig dog tavs, hvilket tyder på en dispræfereret respons. Lægen tilføjer derefter endnu en konklusion ". h dar ingen grund til at gå videre med d- med noget lige nu," hvortil patienten endelig svarer "okay".

I denne forbindelse er det relevant at knytte en kommentar til pausers betydning i CA. I CA bliver pauser i tale set som en vigtig del af analysen, da det bl.a. er vist at samtalepartnere orienterer sig mod en norm for, hvornår en pause begynder at blive problematisk. Dette sker typisk ved pauser på cirka 1 sekund (Nielsen & Nielsen 2005:85). En lang pause kobles nemlig ofte sammen med en forståelse af, at en dispræfereret respons følger (Nielsen & Nielsen 2005:86).

Jeg vil bringe disse begreber om præfererede og dispræfererede responser videre kapitel 5, hvor fokus er på, hvordan vurderinger og medvurderinger administreres i dialog. Først vil jeg dog bevæge mig videre til en kort gennemgang af, hvad der med konversationsanalytiske øjne kendetegner en institutionel samtale, og hvilke begreber der knytter sig til analyse af denne samtaleform.

4. Samtale i institutionelle rammer

I første omgang er studier med fokus på institutionelle samtaler fortaget komparativt med studier af hverdagssamtaler med det sigte at kortlægge, hvorledes institutionelle samtaler adskiller sig fra hverdagssamtaler. Derved har man været i stand til at udpege generelle karakteristika ved institutionelle samtaler og desuden lagt kimen til en ide om, at hver institutionel samtaleform har sit eget "fingeraftryk" af samtalekarakteristika (Heritage & Clayman 2004:18).

Forskning med udgangspunkt i institutionelle samtaler har dog, som tidligere nævnt, også udviklet sig til sin helt egen forskningstradition, hvor det ikke så meget handler om at kortlægge talesproget, men i stedet at benytte den konversationsanalytiske metode som middel til at undersøge sociale praksisser i en bredere kontekst. Her er det stadig interaktion, som er i fokus for undersøgelse, men til forskel fra den traditionelle konversationsanalytiske tilgang undersøges det, "how specific practices of talk embody or connect with specific identities and institutional tasks" (Heritage & Clayman 2004:16). Det er denne forskningstradition, jeg bevæger mig inden for. Jeg er nemlig ikke interesseret i at kortlægge, hvad der karakteriserer en læge-patient-samtale over for hverdagssamtale generelt, men i at benytte konversationsanalyse som redskab til at undersøge, hvorledes patient og læge "gøres", dvs. hvordan deres måde at tale sammen, konstituerer deres forskellige roller og institutionelle identiteter og dermed også deres forhold i den institutionelle sammenhæng.

Selvom samtalens kontekst får en større rolle i denne forskningstilgang, er man i CA stadig forsigtig med at tillægge den ydre kontekst betydning. Måden man forholder sig til samtalens institutionelle forankring er ved at se på, hvordan deltagerne selv orienterer sig mod "potentielt relevante, institutionelle faktorer" (Nielsen & Nielsen 2004:117).

Situations do not "contain" actions; rather, situations are created, maintained, or altered through their constituent actions. "Context" is the project and product of the participants' own actions. (Heritage & Claymann 2010:21f)

Interaktionen er altså ikke givet på forhånd, blot fordi den udspiller sig i en specifik institutionel situationen, men bliver formet gennem deltageres interaktion. I min analyse inddrager jeg således også kun den ydre kontekst, som de talende selv gør relevant, og bruger f.eks. ikke patienternes alder, køn eller udseende som forklaringsramme for de handlinger, der finder sted i interaktionen.

Overordnet kan man inddele institutionelle samtaler i *formelle* og *uformelle* institutionelle samtaler, hvoraf læge-patient-samtalen hører til sidstnævnte. Til forskel fra formelle institutionelle samtaler, hvor der ofte er meget fastlagte regler for, hvem der siger hvad og hvornår, som deltagerne orienterer sig mod (Hutchby & Wooffiit 2008:141), er formen i en læge-patient-samtale mere uformel. Her er deltagerne ofte orienteret mod at løse en eller anden form for opgave inden for samfundets institutioner – det kunne f.eks. netop være diagnosticering af patienter i sundhedssystemet.

But typically these official tasks and activities are managed within turn-taking frameworks that allow for considerable variation, improvisation and negotiation in terms of the participation status or 'footing' [...] adopted by lay and professional participants alike (Hutchby & Wooffiit 2008:151).

Jeg vil dog stadig i min analyse referere til den overordnede struktur – de seks faser for læge-patient-samtalen – da forskningen, som før nævnt, har vist, at læger og patienter gennemgående orienterer sig imod dem i en konsultations-sammenhæng (Heritage & Maynard 2006:14f).

4.1. Institutionelle samtalers karakteristika

Fælles for institutionelle samtaler er, at de kan karakteriseres ud fra følgende:

- Samtalen finder sted mellem deltagere der er orienterede mod et særligt mål, opgave og/eller identitet i den specifikke interaktion,
- der er visse begrænsninger for, hvad der af samtaledeltagerne vil blive behandlet som "tilladt" i forhold til opgaven, og
- interaktionen er associeret med visse procedurer, som har at gøre med den specifikke institutionelle kontekst (Drew & Heritage 1993:22).

At deltagerne er orienteret mod at opfylde en særlig målsætning for interaktionen skal forstås således, at en patient f.eks. ikke går til lægen for at hygge-snakke, men fordi han eller hun har et specifikt sygdomsrelateret ærinde hos lægen – og at lægen, i kraft af sin institutionelle funktion, er orienteret efter opgaven at tilse og hjælpe patienten. På samme måde må det formodes, at det ville blive behandlet som problematisk (i hvert fald af patienten), hvis lægen pludselig bragte sine egne personlige problemer på bane. Forståelsen af de handlinger der foregår i en læge-patient-samtale skal således findes ud fra det faktum, at det netop er en læge og en patient, der taler sammen – og at disse roller til en vis grad er knyttet til bestemte handlinger.

The production and understanding of actions is shaped and adjusted by the circumstances and tasks of institutions, and by the fact that the interaction is produced by people who have specific identities, like doctor and patient, attorney and witness, journalist and interviewee, to live up to (Heritage & Claymann 2010:20).

Det vil altså sige, at det faktum at en læge typisk vil skulle leve op til sin rolle som læge, og at visse forpligtelser følger med denne rolle, kan have betydning for lægens handlinger i interaktionen. Samtidig vil patienten ligeledes i sine handlinger i en vis grad orientere sig efter det *at være patient*. At lægen og patienten har forskellige indgangsvinkler og formelle positioner i samtalen gør også, at man anser samtalen som grundlæggende *asymmetrisk* (Drew & Heritage 1993:47). Asymmetrien opstår, fordi der er ulighed mellem samtaleparternes "rettigheder og forpligtelser, viden og organiserende perspektiv" (Nielsen & Nielsen 2004:120).

[...] institutional interactions may be characterized by role-structured, institutionalized, and omnirelevant asymmetries between participants in terms of such matters as differential distributions of knowledge, rights to knowledge, access to conversational resources, and to participation in the interaction (Drew & Heritage 1993:49).

I forhold til asymmetri i læge-patient-forholdet har jeg allerede i indledningen pointeret nogle af de forhold, der gør, at forholdet i sit udgangspunkt er asymmetrisk. Dette har især at gøre med det faktum, at lægen har et ansvar for at patienten får den rette behandling – og at der bliver truffet de rigtige medicinske beslutninger. Desuden kan asymmetrien findes i det faktum, at lægen er en professionel på det medicinske område, hvorimod patienten er lægmand. Det er som sagt disse grundlæggende forhold, der gør det interessant at se på, hvordan idealet om medinddragelse og ansvarliggørelse af patienten administreres i dialogen; hvordan opnår man et partnerskab, når dialogen i udgangspunktet kan anses som asymmetrisk i sin form?

4.2. Identitet og 'face'

Jeg har allerede nævnt begrebet *identitet*, og jeg vil derfor kort redegøre for, hvad jeg forstår ved dette begreb. Identitet er et centralt begreb inden for især konversationsanalyse af institutionelle samtaler. En forståelse af begrebet hænger nøje sammen med den måde, man forstår interaktion mellem mennesker. Med afsæt i Goffman går man inden for CA ud fra, "[...] that proper study of interaction is not the individual and his psychology, but rather the syntactical relations among the acts of different persons mutually present to one an-

other (Goffman 1962, citeret i Heritage & Clayman 2010:9). Goffman går ud fra, at al interaktion har en underliggende "syntaks" – en form for strukturel organisering mellem deltagerne, hvilket hjælper deltagerne til at opretholde en sekventiel orden i interaktionen. Ved at se på, hvilke valg personer træffer inden for denne struktur, kan man sige noget om personlig motivation og identitet (Heritage & Clayman 2010:9).

The syntax of interaction, Goffman argued, is a core part of the moral order. It is the place where face, self, and identity are expressed, and where they are also ratified or undermined by the conduct of others (Heritage & Clayman 2010:9).

Når jeg henviser til begrebet identitet, gør jeg det således ud fra en forståelse af, at identitet konstrueres i interaktionen og således er en dynamisk størrelse, som hele tiden er til forhandling. Det betyder dog ikke, at jeg mener, at mennesker ikke *har* en identitet. Det er blot først, når aspekter ved menneskets identitet tillægges konstruerende betydning i interaktionen, at identitet kommer i spil – og således får en mening. Med andre ord, "for a person to 'have an identity' – whether he or she is the person speaking, being spoken to, or being spoken about – is to be cast into a category with associated characteristics or features" (Antaki & Widdicombe 1998:3). Jeg anser således ikke identitet som en fast kerne i individet, som kan bruges som forklaringsramme for individets handlinger i interaktionen. For mig er det kun interessant at se på, hvilke aspekter i forhold til identitet, som lægen og patienten selv gør relevant, fordi det kan hjælpe mig med at forstå, hvorledes læge-rolle og patient-rolle konstitueres i mødet, og hvilken mening der tillægges disse roller.

Til at forklare, hvordan interaktion foregår, og hvilken rolle identitet spiller, bruger Goffman en teatermetafor. Han anskuer sociale handlinger i hverdagsinteraktion som værende et form for skuespil, forstået på den måde, at samtaleledere – ligesom skuespillere – opfører karaktertræk. Disse selvrepræsentationer afhænger af, og former sig efter, den interaktion, der foregår mellem taler og samtalepartner – eller publikum (Nielsen & Nielsen 2004:130). De karaktertræk, som hver deltager bidrager med, kalder Goffman for individets *face*.

The term *face* may be defined as the positive social value a person effectively claims for himself by the line others assume he has taken during a particular contact. Face is an image of self delineated in terms of approved social attributes – albeit an image that others may share, as when a person makes a good showing for his profession or religion by making a good showing for himself. (Goffman 1955/1972:319)

Individet handler og taler således i overensstemmelse med sit face og hjælper andre med at opretholde deres face. På den måde får parterne skabt en fælles mening og forståelse i interaktionen. Man kan således også være "in wrong face", hvis informationer bringes frem, som ikke stemmer overens med det face, som ellers konstrueres omkring personen. En person kan også være "out of face", hvis hans eller hendes opførsel ikke stemmer overens med det, der forventes i situationen (Goffman 1955/1972:320f).

Da jeg beskæftiger mig med interaktion i den institutionelle ramme *en konsultationssamtale*, går jeg således ud fra, at deltagernes interaktionen er præget af en orientering mod det faktum, at det netop er en læge og en patient, der taler sammen. Ved at se på, hvilke identitetskonstruerende elementer, de selv bringer frem i dialogen, og ved at se på, hvilket face de forsøger at opretholde, kan jeg sige noget om deres positioner i samtalen – og hvilke normer og karakteristika der generelt knyttes til læge- og patientrollen.

Gennem forskning har man fundet, at denne orientering mod opretholdelse af face bl.a. kan spores i den måde, samtalepartnere administrerer enighed og uenighed i samtaler (Heritage & Maynard 2005:16). Dette vil jeg komme nærmere ind på i næste kapitel.

5. Forhandling af epistemiske positioner

I dette kapitel vil jeg fokusere på, hvorledes samtalepartnere på forskellige måder kan positionere sig epistemisk over for hinanden, og hvordan autoritet, ansvar og berettigelse til at vurdere en given sag kommer til udtryk. Jeg vil gennemgå, hvorledes enighed og uenighed administreres, og hvordan epistemisk autoritet kan skabes gennem tale-ture og brug af såkaldte epistemiske markører.

5.1. Enighed og uenighed i samtaler

I social interaktion foretager personer hele tiden vurderinger. Dette sker også i læge-patient-samtalen, hvor flere aspekter løbende skal vurderes, særligt når det gælder patientens diagnose og behandlingstiltag. Professor i sociologi Anita Pomerantz pointerer: "Assessments are produced as *products* of participation; with an assessment, a speaker claims knowledge of that which he or she is assessing" (Pomerantz 1984:57). Vurderinger er således sociale handlinger, som kun opstår i kraft af flere personers deltagelse. Ved at komme med en vurdering gør en person sin egen viden gældende (Pomerantz 1984:57f).

Pomerantz skelner mellem to former for vurderinger – "initial assessments", som jeg vil kalde *indledende vurderinger* og "second assessments", som jeg vil kalde vurderinger i anden-position, eller *medvurderinger*. Forholdet mellem disse er at en indledende vurdering skaber relevansen af medvurderingen. Desuden kan der gennem den indledende vurdering lægges op til en bestemt respons, f.eks. enighed.

The proffering of an initial assessment, though it provides for the relevance of a recipient's agreement *or* disagreement, may be so structured that it invites one next action over its alternative. A next action that is oriented to as invited will be called a preferred *next action*; its alternative, a *dispreferred next action*. (Pomerantz 1984:63)

Studier viser, at samtaledeltagere, som kommer med vurderinger i anden position – efter at der fra første-taler er blevet lagt op til enighed – ofte vælger at erklære sig enig, og desuden ofte vælger at udtrykke sig med stærkere positive vendinger omkring det givne emne. Dette anses for at være udtryk for en stærk enighed, og ofte følger flere efterfølgende forstærkede vurderinger efter (Pomerantz 1984:65f). I nedenstående uddrag ses et eksempel på en forstærket vurdering i anden position.

Eksempel 6 – Samtale 1 – Enighed

183	L	=ja (0.2) . hh men der er en sandsynli::g sammenhæng,
184		(1.5)
185	P	den er,=
186	L	=↑ik=
187	P	=overordentlig sandsynlig ja

Lægen kommer i linje 183 med en indledende vurdering med udtrykket "der er en sandsynli::g sammenhæng". Denne vurdering forstærker patienten i linje 187 med udtrykket "overordentlig sandsynlig ja", og viser således en stærk enighed. Omvendt kommer en svag enighed ofte til udtryk med en "downgraded agreement", dvs. at medvurderingen udtrykkes med et svagere udtryk (ibid.), som hvis patienten i ovenstående havde svaret "Der er muligvis en sammenhæng".

Fælles for de fleste præfererede responser er, at de forekommer hurtigt efter den indledende vurdering, hvilket ikke er tilfældet med de fleste udtryk for uenighed, som jeg også tidligere har nævnt i afsnittet om præfereret/dispræfereret respons (Pomerantz 1993:70). Tegn på uenighed eller kritik af den indledende vurdering kan således ofte genkendes gennem den måde, responsen er formuleret på. Ofte optræder der en tøven eller forsinkelse i responsen, modtageren forholder sig tavs, eller responsen indledes med udtryk som "øh" eller "altså". Desuden kan uenighed bl.a. vise sig ved, at næste-taler beder om en uddybning af den indledende vurdering (Pomerantz 1984:75). Det har vist sig, at disse markeringer har den særlige funktion, at de giver første-taler mulighed for at modificere sin første vurdering.

The combination of conversants' delaying or withholding their disagreement together with fellow conversants' modifying their positions permits stated disagreements to be minimized and stated agreements to be maximized. It is not only that what would be a disagreement might not get said, but that what comes to be said may be said as an agreement (Pomenrantz 1984:77).

De forskellige tur-konstruktioner som findes i forbindelse med uenighed har altså den funktion, at de netop gør chancen for åbenlys uenighed mindre. Disse handlinger har at gøre med det forhold, at samtaleparter generelt altid orienterer sig mod enighed som "comfortable, supportive, reinforcing, perhaps as being sociable as showing that they are like-minded" (Pomerantz 1984:77).

Et eksempel på formodet uenighed kan ses i følgende uddrag:

Eksempel 7 – Samtale 1 – Uenighed gennem dispræfereret respons

66	L	det er hva:: hva' lungemedicinerne egentlig ka' <↑bjidrage> ↓med (1.0) . h fordi
67		vi ve' jo <u>ud</u> [mærket] godt at du <u>har</u> den h (.) altså [den] (.)
68		[hh] [hh]
69	L	§lungefunktionsnedsættelse§ som du nu [↓har.]
70	P	[h] °ja:::(h)r° h [æ]
71	L	[ø:h] å >ku' man
72		måsk' sig-< der får du: ø: i hvert fald den be <u>hand</u> ling som (.) <u>svarer</u>
73		der↑ <u>til</u>

I linje 66-69 kommer lægen med en vurdering, hvortil patienten meget tøven-
de og med "°ja:::(h)r° h [æ]" svarer ham i linje 70. Dette opfattes grangiveligt af
lægen som et tegn på en dispræfereret respons, og at en kritik eller tegn på ue-
nighed er ved at vise sig. Det bevirker, at lægen i linje 71-73 går ind og tilpas-
ser sin vurdering. Hvis man ser tilbage på på forrige eksempel (6) om enighed,
er det desuden vigtigt at pointerer, at den enighed der viser sig i linje 187 ikke
udelukkende kan opfattes som en stærk enighed, da vurderingen falder efter
en pause på 1.5 sekunder. Der kan således spores en lille kritik af lægens første
vurdering – en kritik som formentlig har at gøre med det faktum, at patienten
anser vurderingen for "svag" i forhold til sit eget perspektiv. Derved bliver den
forstærkede enighed en form for korrektion.

5.2. Epistemisk autoritet

Heritage og Raymond (2005) beskæftiger sig ligeledes med vurderinger, men
med fokus på, hvordan samtaledeltagere bærer sig ad med at positionere sig
med størst mulig videnskæssig autoritet i en dialog. Denne form for positio-
nering kalder de "epistemic authority" – eller på dansk *epistemisk autoritet*.
Deres fokus er på, hvordan samtaledeltageres rettigheder til at vurdere et gi-
vent synspunkt kommer til udtryk (Heritage & Raymond 2005). De foreslår:

[...] that rights to evaluate states of affairs are indeed "ordinarily"
patrolled and defended" by individuals in routine conversational
practices through which these rights are ranked by speakers relative to
one another. (Heritage & Raymond 2005:34)

Deres forskning er stærkt forankret i Goffmans face-work-teori, dvs. individers
orientering mod at undgå tab af face. Et væsentligt aspekt af dette face-work
har nemlig at gøre med håndteringen af bl.a. enighed eller uenighed i samtaler.
Som Pomerantz også påpeger, vil samtaledeltagere altid i udgangspunktet for-
søge at maksimere chancen for at opnå samhörighed og enighed. Desuden på-

peger Heritage & Raymond: "participants' concerns with face can be found in the management of rights and responsibilities related to knowledge and information" (Heritage & Raymond 2005:16).

Heritage og Raymond undersøger, med udgangspunkt i en stor samling autentisk datamateriale, hvordan disse rettigheder bliver forvaltet i samtaler, og med hvilke midler det sker. Det gør de, ligesom Pomerantz, ved at se på, hvordan samtaler forløber rent sekventielt, dvs. hvordan ytringerne konstrueres interaktionelt. De skelner ligeledes mellem indledende vurderinger og vurderinger i anden position og påpeger, at måden en indledende vurdering udtrykkes, har betydning for næste-talers handlemuligheder i dialogen og omvendt. Dvs. at den samtalepart, der fremfører et oprindeligt synspunkt, på forskellige måder kan lægge op til, at næste-taler kan positionere sig som enig, uenighed eller eventuelt tilpasse synspunktet.

Heritage og Raymond taler om, at første-positions-vurderinger kan *fremhæves*, *nedtones* eller *forblive umarkerede*. Med sidstnævnte menes, at en samtaledele-tager kan udforme en vurdering som en simpel konstatering, og på den måde markere at han har direkte videnskæssig adgang til de fakta, som ligger til grund for vurderingen (Heritage & Raymond 2005:19). En vurdering kan ned-tones, bl.a. når første-taler inviterer anden-taler til at vurdere sagen, f.eks. ved at stille et efterstillet spørgsmål, som på dansk kunne lyde "- synes du ikke?", eller "'-ik?". På den måde markerer første-taler, at anden taler (også) har ret-tighed, forpligtelse eller ansvar til at vurdere sagen. Med udgangspunkt i samme uddrag som i eksempel 6, ses også et eksempel på en nedtonet første vur-dering gennem et efterstillet spørgsmål:

Eksempel 8 – Samtale 1 – Efterstillet spørgsmål

183	L	=ja (0.2) . hh men der er en sandsynli::g sammenhæng,
184		(1.5)
185	P	den er,=
186	L	=↑ik=
187	P	=overordentlig sand[synlig ja]

I linje 183 leverer lægen sin vurdering, men en pause på 1.5 sekunder opstår, før patienten responderer. Dette medfører øjensynligt, at lægen tilføjer "↑ik", og derved markerer, at han anser patientens vurdering som velkommen, og så-ledes frasiger sin ret til at være den eneste, der "må" vurdere sagen.

Når næste-taler til et fremført synspunkt skal respondere, kan dette svar ligeledes nedtones eller forstærkes på forskellige måder, selvom svaret også på en hvis måde skal tilpasse den først fremførte vurdering. Om det skriver Heritage og Raymond:

Using these resources, producers of second positioned assessments may assert the socioepistemic rights associated with particular social identities: they may “match” the claims of downgraded first position assessments or, alternatively, may compete with epistemic priorities that may be suggested by unmarked first position assessments. (Heritage & Raymond 2005:23)

Et svar i anden-position kan selvfølgelig formuleres som en simpel konstatering, og dermed indikere, at parterne på lige fod har adgang til information, som giver dem ret til at vurdere den givne sag. Næste-taler kan også formulere sit svar på en måde, så han eller hun forstærker sin epistemiske adgang eller ret til at vurdere en sag, f.eks. ved at udnytte, at første-taler gennem et efterstillet spørgsmål nedtoner sin ret til at evaluere en sag (Heritage & Raymond 2005:20f). Generelt finder Heritage og Raymond, at nedtonede indledende vurderinger produceres af personer, som har lavere socioepistemisk ret til at vurdere dem, og derudover at forstærkede vurderinger i anden positionen generelt produceres af personer, som umiddelbart har større socioepistemisk ret til at vurdere dem (Heritage & Raymond 2005:34).

Ved at se på hvordan vurderinger administreres i dialogen mellem læge og patient, kan jeg således spore, hvor parterne er uenige eller enige og, hvorledes de positionerer sig epistemiske over for hinanden. I tillæg til dette er det interessant at se nærmere på begrebet *epistemiske markører*, hvilket jeg vil begive mig kast med i følgende.

5.3. Epistemiske markører

I de seneste årtier, er der i forskningen kommet et stigende fokus på at undersøge, hvilken rolle “evidential markers” – eller på dansk *epistemiske markører* – spiller i konstruktionen af autoritet, ansvar og berettigelse mellem samtaleparterne i bestemte interaktionelle rammer (Fox 2001). En af disse studier er gennemført af professor i lingvistik Barbara A. Fox, som konkluderer, at:

[...] evidential marking in English conversation is a resource for creating social realities and that individual cases of evidential marking in English conversation index the speaker's claim to authority, responsibility, and entitlement for a statement. (Fox 2001:187)

Fox' studie er baseret på en stor dataindsamling af engelske samtaler, med en forankring i en konversationsanalytisk fremgangsmåde. En grundlæggende antagelse i hendes studie er, at brugen af epistemiske markører i talesprog skal forstås ud fra den sekventielle placering – og den sociale interaktion – de opstår i (Fox 2001:171). Mere konkret undersøger Fox, dels hvor og hvordan "overt-evidential markers" benyttes af deltagerne i samtalesekvenserne, og dels hvor og hvordan, det hun kalder "zero-markings" optræder. Førstnævnte gruppe af markører – de åbenlyse – inkluderer: 'hear', 'see', 'look', 'sound', 'say', 'must', 'seem', 'look like', 'sound like', 'seem like', 'apparently', 'evidently' og 'according to'. Som begrebet også antyder, er "zero-markings" en betegnelse for de steder, hvor der ikke er nogle åbenlyse epistemiske markeringer, og hvor ytringen kan tolkes som værende en ren konstatering (f.eks. "The soup is good") (Fox 2001:171f).

Fox har fundet ud af, at samtaledeltageres valg af åbenlyse markører afhænger af det sociale forhold mellem samtaledeltagerne og desuden manifesterer, i hvilken grad deltagerne påtager sig autoritet og ansvar i en samtale. Derudover observerer Fox i sin analyse, at brugen af "zero-markings" har at gøre med en større "claim to authority, responsibility and entitlement" i samtalen end brugen af de åbenlyse markeringer (Fox 2001:182). Dette kan sammenlignes med Heritage og Raymonds pointering af, at en simpel konstatering i anden position indikerer, at næste-taler erklærer sig på samme videnskæssige niveau som første-taler.

Jeg vil i det følgende ikke gå nærmere ind i, hvordan epistemiske markører bruges i engelsk talesprog, men vende blikket mod brugen af epistemiske markører i en dansk kontekst, som bl.a. Ph.D Janus Morten har beskæftiget sig med (Mortensen 2012). Mortensen pointerer, at sprogbrugere benytter epistemiske markører til at vise, hvor sikre de er, på det de siger. Det kan de dels gøre ved at angive, hvilken videnskæssig styrke der ligger bag et givent udsagn og dels ved at fremhæve, hvilken videnskæssig kilde, der ligger til grund, for det de siger. Mortensen inkluderer følgende som epistemiske markører:

- Epistemiske sætningsadverbialer (f.eks. han er *muligvis* forkølet)
 - Epistemisk brug af modalverber (f.eks. han *kunne* være blevet syg)
 - Eialogiske adverbialer (f.eks. han er *jo* forkølet)
 - Kombinationer af kognitionsverber som tro og mene og førstepersonspronomener, typisk i ental (f.els. jeg *tror* han er blevet forkølet)
- (Skrevet med inspiration fra Mortensen 2012:62)

Mortensen ser, ligesom Heritage og Maynard, på, hvordan ytringer kan *nedtones* eller *forstærkes* – dette dog med fokus på, hvordan de epistemiske markører hjælper til dette. En nedtoning kan f.eks. ske med brugen af 'kunne' og 'måske' i en ytring, som ellers ville fremstå som en ordre: ”Du kunne måske handle ind for mig”. En sådan nedtoning kan fungere som en høflighedsmarkering og beskytte en modtagers negative face (Mortensen 2012:65). Derudover kan en nedtoning benyttes til at levne rum til modargumenter. Når en læge f.eks. siger ”Jeg synes måske, vi skal se tiden lidt an”, levner han med sit 'måske' plads til, at patienten kan komme med et modargument. Derved får lægen sin ytring til at fremstå som et forslag frem for et ultimatum, samtidig med at han får givet udtryk for sin holdning. I følgende uddrag ses et eksempel på en nedtoning af epistemisk autoritet med brugen af epistemiske markører:

Eksempel 9 – Samtale 1 – Epistemiske markører

66	L	det er hva:: hva' lungemedicinerne egentlig ka' <↑jbidrage> ↓med (1.0) . h fordi
67		vi ve' jo ud[mærket] godt at du har den h (.) altså [den] (.)
68		[hh] [hh]
69	L	§lungefunktionsnedsættelse§ som du nu [↓har]
70	P	[h] °ja::(h)r° h [æ]
71	L	[ø:h] å >ku' man
72		måsk' sig-< der får du: ø: i hvert fald den behandling som (.) svarer
73		der↑til

I line 66 optræder først den epistemiske markør 'egentlig', som bruges til at forstærke vurderingen, men i linje 72 tilføjes ligeledes den epistemiske markør "måske", som bidrager til, at lægen nedtoner sin vurdering. Dette skift kan skyldes den dispræfererede respons, som patienten kommer med i linje 70, og som jeg tidligere har behandlet i eksempel 7.

Når en epistemisk markør bruges til at forstærke et udsagn, sker det omvendt ofte i forbindelse med, at en taler gerne vil overtale den anden samtalepart, og således undgå at den anden part byder ind med en modstridende vurdering eller *synspunkt*, som Mortensen kalder det. Det kunne f.eks. være med en markør som 'uden tvivl' (Mortensen 2012:65), som – dog i en lille variant – optræder i følgende:

Eksempel 10 – Samtale 1 – "Uden tvivl" som epistemisk markør

166	L	°↓nej° (1.0) . hhhh (.) ø:h så det et SPØRGSMÅLET OM DER ER NOGET ME'H OM
167		DET KAN VÆRE ARBEJDSRELATERET ↑ik' hh (0.5) hva' tænker du selv¿ (1.0)
168	Tid:	04:00
169	L	[om det=om detø:h om det er, (utydeligt)]

170 P [ø::h men altså grunden] til jeg fik det på den måde det er jeg ik' i tvivl om er
171 arbejdsrela[teret]
172 L [det] var det=var det der udløste det °↑ja°

I linje 170 kan patienten siges at indtage en stærk epistemisk position over for lægen. At han forstærker sin vurdering med "ikke i tvivl" kan således ses som et forsøg på at undgå, at lægen modsiger sig dette.

Mortensen påpeger, at epistemiske markører – ud over at have pragmatiske funktioner, som beskrevet i ovenstående – kan ses i et dialogisk perspektiv, idet de kan bruges til at organisere eller forhandle et såkaldt *dialogisk rum* (Mortensen 2012:67). Når en samtalepart angiver hvilken videnskæssig styrke eller kilde, der ligger til grund for det udsagn, der fremføres, medvirker det "til at åbne eller lukke det dialogiske rum som omgiver det emne eller de synspunkter som samtalen omhandler eller på anden vis relaterer til" (Mortensen 2012:69). Det sker ved, at de epistemiske markører "forudsætter, tildeler plads til eller blankt afviser relevansen af andre synspunkter end det der fremsættes" (ibid.). En samtalepart kan eksempelvis markere en svag videnskæssig støtte til et fremført synspunkt og derved gøre det muligt for taleren at revidere dette synspunkt senere i samtalen.

At et 'måske' tilføjes en ytring kan således, ud over at have en pragmatisk funktion, ses som en form for styring af det dialogiske rum, i det der gøres plads til, at andre samtaleparter kan fremføre deres synspunkter. Men sådanne handlinger er også med til at forme forholdet og positionerne mellem samtaleparterne. Mortensen benytter begrebet *epistemisk positionering* som overordnet betegnelse for den rolle, epistemiske markører spiller i talesprog. Han forklarer det således:

"I og med at sprogbrugere angiver graden eller typen af støtte for deres synspunkter, positionerer de sig også, både i relation til de synspunkter de selv fremsætter, og i relation til andre deltagere i interaktionen og deres synspunkter" (Mortensen 2012:62).

Når en taler angiver grader af videnskæssig styrke eller kilde, markerer han altså samtidig, hvor han står i forhold til det fremsatte synspunkt – dvs. indtager en position i forhold til synspunktet og viser, hvordan han positionerer sig i forhold til de andre samtaledeltagere i interaktionen.

En række sætningsadverbialer, f.eks. 'faktisk' og 'egentlig' samt partikellignende sætningsadverbialer, f.eks. 'jo', 'da' og 'altså' kan siges at have en særlig rolle i organiseringen af det dialogiske rum. Disse betragtes normalvis ikke som epistemiske markører, men jeg inkluderer dem ligesom Mortensen ud fra hans argument om, at de er relevante at medtage, idet disse markører har en funktion, der gør, at forskellige synspunkter kan fremhæves på bekostning af andre (Mortensen 2012:69). Jeg ser en hyppig brug af markøren "jo" i mit datamateriale, f.eks. i følgende:

Eksempel 11 – Samtale 1 – "Jo" som epistemisk markør

380	P	°↓ø:::hm° (0.5) det (0.5) ~s-s-ska jar jo så se~ å få implementeret nu her,
381		(.)
382	L	ja=
383	P	=på et eller andet °tidspunkt°

I linje 380 giver patienten udtryk for sin vurdering af sin situation fremover. Han henviser til nogle råd om arbejdsrutiner, han har fået af psykologen på sit arbejde. Ved at indskyde "jo" får han markeret over for lægen, at han opfatter denne vurdering som indforstået, dvs. at lægen er af samme holdning, og patienten lægger således ikke op til lægens medvurdering.

Således har jeg ud fra et bredt perspektiv forsøgt at danne et overblik over, hvordan enighed/uenighed samt vidensbaseret autoritet og epistemicitet analyseres frem i samtaler. Overordnet kan man sige, at samtaleparter på forskellig måde kan forstærke eller nedtone deres position i forhold til et givent synspunkt eller vurdering – og at de derigennem positionerer sig over for den anden samtaledeltager. Dette kan ske ved, at taleturen formes eller formuleres, så der lægges op til, at næste-taler har mulighed for eller forhindres i at bidrage med sin vurdering. Ved at se på, hvordan læge og patient håndterer og forvalter rettigheder til at vurdere forskellige forhold i en konsultation, kan jeg således sige noget om, hvordan læge og patient-forholdet kommer til udtryk, hvilken status deres viden får i dialogen, og i hvilken grad patienten får en aktiv rolle i forhold til håndteringen af sin egen sygdomssituation.

Med dette vil jeg bevæge mig til en introduktion af mit datamateriale og dernæst til selve analysen.

6. Præsentation af datamateriale

Mit fulde datamateriale består af lydoptagelser fra 29 konsultationssamtaler i almen praksis, samt af mine egne notater om konsultationernes fysiske handlingsforløb. Jeg har besøgt to almenpraktiserende læger – en fra Københavnsområdet og en fra en større sjællandsk provinsby. Lægerne var begge mænd i alderen 45-55 år.

Begge læger imødekom mit ønske om, at lydoptage og være fysisk med på sidelinjen ved de konsultationer, hvor patienterne indvilgede i det. Kun to patienter ud af de 29 foretrak, at jeg ikke sad med til konsultationen, men kun optog samtalerne. Det blev selvfølgelig forinden gjort klart over for patienterne – og også over for lægerne – at alt ville blive fuldt anonymiseret. Således at rigtige personnavne og stednavne i mine transskriptioner naturligvis udskiftet med fiktive.

Iblandt mine optagelser har jeg ud fra begrænsningens kunst udvalgt to konsultationer, som min analyse er foretaget på baggrund af. Disse er i deres fulde længde transskriberet efter CA-principper. En liste over mine anvendte transskriptionssymboler findes i bilag 3, og samtalerne – kaldet samtale 1 og 2 – findes vedlagte som bilag 1 og 2.

6.1. Udvalgelsen

De to samtaler er dels udvalgt ud fra et ønske om, at konsultationens handlingsforløb skulle dreje sig om en nyopstået – eller rimelig nyopstået – sygdomsrelateret problemstilling, således at udredning af diagnose og/eller videre behandlingsforløb i en eller anden grad optrådte i samtalen. Jeg havde en ide om, at det netop var i sådanne situationer, at det var særligt relevant at undersøge, hvorledes viden kom i spil, frem for i de konsultationer, hvor patienterne blot kom for at få tjekket op på en kronisk sygdom, fik målt blodtryk, modtog et testsvar eller fik en vaccination foretaget. Derudover sorterede jeg konsultationer fra, hvor patienterne var småbørn eller teenagere, fordi kommunikationen oftest – især naturligvis med småbørnene – ikke foregik mellem lægen og patienten, men mellem forælderen og lægen. Jeg oplevede desuden, at de større børn var temmelig generte, og at der her kom en anden faktor i spil i forholdet mellem læge og patient, nemlig den, at der her sad et barn over for en voksen.

Ud af de 29 konsultationer kunne 14 af dem, ud fra mine indledende udvælgelseskriterier, være relevante. Af dem har jeg yderligere sorteret de stykker fra, hvor jeg ikke har været til stede i lokalet, da jeg – nu hvor jeg har siddet med til de fleste – anser det som en vigtig del af min oplevelse af konsultationerne, selvom mit hovedfokus ikke er på det non-verbale. At være vidne til de fysiske handlingsforløb, har hjulpet mig til at forstå, hvad der sker rent fysisk til konsultationerne, så som hvilke undersøgelser der bliver foretaget. Jeg har desuden haft mulighed for at notere, hvorledes parterne generelt agerer kropsligt over for hinanden, når de taler sammen.

De to udvalgte samtaler er i sidste ende valgt, da de begge, allerede da jeg sad med til konsultationerne, vakte en særlig interesse hos mig. Min interesse blev kun bekræftet, da jeg efterfølgende lyttede alle mine optagelser igennem. Jeg havde en klar fornemmelse af, at der i begge samtaler skete en tydelig forhandling af positioner. Samtalerne finder sted i hver sin lægepraksis. I samtale 1 er patienten en mand i midten af 30'erne, som kommer til lægen pga. stress-symptomer. I samtale 2 er patienten en kvinde på 87 år, som lider af åndenød pga. en diagnostiseret lungelidelse. I forbindelse med analyserne findes nærmere introduktioner til samtalerne.

6.2. Analysens opbygning

Analysen er bygget op således, at hver samtale har sit eget kapitel, som igen er delt op i mindre afsnit. Jeg analyserer ikke konsekvent samtalerne fra start til slut, hvilket vil sige, at jeg udelader visse sekvenser i samtalerne. Overordnet er analyserne dog opbygget kronologisk. Jeg har valgt at holde hver samtale adskilt, da jeg gerne vil skabe overblik over de enkelte samtalers forløb og udvikling.

I analysen tager jeg udgangspunkt i eksempler, som er direkte uddrag af de vedlagte transskriptioner. Derved kan læseren altid, ud fra linjeangivelserne, finde uddragets bredere kontekst i bilagene.

7. Samtale 1: Yngre mand med stress-symptomer

I denne samtale er patienten en mand i midten af 30'erne. Han er højtuddannet og arbejder som jurist i en privat virksomhed, er almindelig af bygning, har kort hår, bærer smarte, moderne briller, ternet skjorte, gummisko og cowboybukser. Han sætter sig ned på stolen med benene lagt over kors, og med anklen hvilende på det andet bens knæ – og nulrer desuden ofte med skjortærm, når han taler.

7.1. Patienten som aktiv deltager i diagnosticeringen

Forinden nedenstående sekvens har patienten berettet om sit sygdomsforløb. Gennem mange detaljer har han skitseret, hvorledes han for nogle dage siden efter arbejde oplevede at føle sig helt ”blæst i hovedet” og dernæst meldte sig syg, og hvordan han i dagene efter oplevede træthed, feber og hovedpine – bl.a. meget kraftig hovedpine i forbindelse med en løbetur. Efter beretningen har lægen stillet ham nogle uddybende spørgsmål, som har drejet sig om patientens arbejdssituation; hvilket job han har, og om der er for meget at lave på arbejdspladsen. Patienten har til det svaret, at der *har* været for meget at lave på det tidspunkt, hvor han fik sit første ”anfald” (se evt. bilag 1). I følgende sekvens sker et skift i dialogens handlingsforløb:

Uddrag 1 – Samtale 1

166	L	°↓nej° (1.0) . hhhh (.) ø:h så det et SPØRGSMÅLET OM DER ER NOGET ME'H OM
167		DET KAN VÆRE ARBEJDSRELATERET ↑ik' hh (0.5) hva' tænker du selvç (1.0)
168		Tid: 04:00
169	L	[om det=om detø:h om det er, (utydeligt)]
170	P	[ø::h men altså <u>grunden</u>] til jeg fik det på den måde det er jeg ik' i <u>tvivl</u> om er
171		arbejdsrela[teret]
172	L	[det] var det=var det der udløste det °↑ja°
173	P	=JA'R altså vi har via mit arbejde der- så'n enøh så'n en [ordning] med så'n et
174	L	[m↓m]
175	P	. hhhh ja (.) et firma som: som stiller [så'd'n] nogle stresspsykologer til
176	L	[°m↓m°]
177	P	rådig[hed=dar] har jeg været et par gange [nu her]
178	L	[↑jahr ↑ja-a] [nå, (.)] nå du er startet opç
179		(.)
180	P	>↑ja< (0.6) ja fs- hos [den der psykolog der ja (.) det] eneste: a- a:rbejde jeg har
181	L	[har h- har du været hos=til samtale]
182	P	startet op på det va:r (.) for en uge siden (0.4) en dag=
183	L	=ja (0.2) . hh men der er en sandsynli::g sammenhæng,
184		(1.5)
185	P	den er;=
186	L	=↑ik=

187	P	=overordentlig sand[synlig ja]
188	L	[næsten] ↑ja↓ næsten [hundrede] procent [sikker:] (0.6) at
189	P	[(. h)ja] [ja]
190	L	det kan være noget <u>stressudløst</u> >eller hva' ved jeg=[eller]< (0.2) hmrr det:
191	P	[ja]

Skiftet i handlingsforløbet sker på lægens initiativ og udtrykkes første gang med ytringen "nej" i linje 166, som udsiges med en stærkt nedadgående intonation og derved kommer til at markere en afslutning på det foregående. Skiftet bliver derudover markeret gennem den efterfølgende ytring: "så det er SPØRGSMÅLET OM DER ER NOGET ME' H OM DET KAN VÆRE ARBEJDSRELATERET ↑ik". Overgangen er tydelig i kraft af, at ytringen udsiges med høj volumen, og fordi dens konstative udformning står i kontrast til den foregående dialog, hvor spørgsmål-svar-konstruktioner har været dominerende (se evt. bilag 1). Med ytringen fornemmes et forsøg fra lægens side på at konkludere, hvor han og patienten nu er nået til i konsultationens forløb, og hvad konsultationen videre skal handle om.

Lægens forsøger dog at medinddrage patienten i dialogen. Det sker dels med det efterstillede spørgsmål "↑ik", som jeg tolker som af betydningen "ikke også?". Med tur-enheden søger lægen en bekræftelse i sin antagelse om, hvad konsultationssamtalen nu skal dreje sig om og nedtoner derved sin egen epistemiske position i forhold til vurderingen. Hvis lægen havde undladt at tilføje "↑ik", kunne han have indtaget en position, hvor han *alene* definerede handlingsforløbet.

Lægens orientering mod at inddrage patienten ses ligeledes med den efterfølgende ytring "hva' tænker du selv?"; med hvilken lægen tydeligt lægger op til, at den næste taletur skal overtages af patienten. Med spørgsmålet inviterer lægen således patienten til at bidrage med sin vurdering. Dette kommer også til udtryk med lægens leksikale valg – han vil gerne vide hvad patienten *tænker*. Noget kan dog tyde på, at lægens forventning til svarhastighed ikke opfyldes, idet han efter den efterfølgende 1-sekunds pause i linje 167 forlænger sin taletur: "om det=om detø:h om det er". Først da lægen begynder på denne korrektion, svarer patienten med et kort overlap på hans spørgsmål.

Forsinkelsen i svarhastighed kan skyldes, at patienten ikke forventer lægens oplæg, men faktisk forventer at lægen fortsætter med at føre ordet. På et sted som dette i konsultationen, ville det nemlig – ifølge den generelle struktur for et konsultationsforløb – være forventeligt, at lægen efter sin verbale undersøgelse af patienten – i form af de mange spørgsmål – udlagde sin vurdering af

patientens tilstand, eller kom med en konklusion vedrørende diagnosen. Dette sker ikke. I stedet lægger lægen op til, at patienten skal komme med *sin* vurdering.

At patienten ikke har forventet spørgsmålet "hva' tænker du selv?", eller at det bliver stillet på dette tidspunkt i samtalen, viser sig desuden i den måde, han formulerer sit svar på i linje 170. Med indledningen "men altså" og patientens meget slagkraftige proklamerende af, at han ikke er i tvivl, står patientens vurdering i opposition til lægens indledende vurdering. Patienten får indirekte gjort opmærksom på, at det for ham på nuværende tidspunkt ikke handler om at indgå i en dialog om at finde ud af, om hans "anfald" er arbejdsrelateret, som lægen ellers lægger op til. For patienten er der nemlig ingen tvivl om, at det er det, der er årsagen. Til det skal det tillige bemærkes, at patienten i linje 167 ikke leverer en bekræftelse på lægens "↑ik", selvom lægen efterfølgende gør plads til det. Tavsheden kan være et tegn på, at patienten simpelthen ikke er enig. Ligeledes leverer patienten sin respons i linje 170 med en hvis forsinkelse – med et "øh" og et "men altså" – hvilket tyder på en dispræfereret respons.

Patienten lægger således ikke op til at indgå i en videre dialog om, hvad hans anfald skyldes. Hvis patienten i stedet havde udtrykt sin mening med ordene: "Jeg tror måske det er arbejdsrelateret", kunne han med den epistemiske markør 'måske' have nedtonet sin vurdering, åbnet det dialogiske rum og levnet plads til, at lægen kunne komme med sin. I stedet forstærker patienten sit udsagn med den epistemiske markør "ikke i tvivl", som kommer til at virke som en indskrænkning af en videre dialog. Tilmed udtales "tvivl" med en væsentlig emfase, hvilket yderligere er med til at markere, *hvor* sikker patienten er.

I modsætning til patienten har lægen gennem sin indledning udtrykt, at han på nuværende tidspunkt *ikke* anser det som helt afgjort, hvad patienten fejler. Han anser det som et spørgsmål, der skal besvares og har benyttet modalverbet 'kan' som epistemisk markør, hvilket i ytringen efterlader 'arbejdspress', som en ud af flere muligheder. Patienten fremstår i modsætning til lægen meget sikker i sin sag – så sikker, at han ikke efterlader plads til, at lægen kan komme med sin professionelle vurdering. Således indtager patienten en position, hvor han definerer situationen, og det virker ligefrem som om, at han kunne undvære lægens hjælp til diagnosticeringen. Dette underbygges endvidere, da patienten i linje 173-182 fortæller, at han allerede har søgt "behandling" for sin tilstand – en stress-coach, som han har været til nogle gange. Med denne information er patienten den første, der nævner ordet "stress", som indtil nu – også i den tidligere dialog (bilag 1) – kun er blevet omtalt underforstået med bemærkninger som *noget arbejdsrelateret*. Patienten får således præci-

seret, hvad han mener at fejle – nemlig *stress*. Det faktum, at patienten italesætter diagnosen og fortæller, at han allerede har søgt ”behandling” uden for konsultationen, er med til at underbygge en position, hvor han agerer en aktiv og ansvarsfuld patient.

I linje 173-181 vedbliver lægen med at være i en lyttende position. I linje 172 indskyder han dog bemærkningen ”det var det=var det der udløste det °↑ja°”. Den svagt opadgående intonation i slutningen, som indikerer et spørgsmål, samt den svage volumen, tyder dog på, at lægen ikke forsøger at erobre ordet, men at ytringen i stedet blot fungerer som en bekræftelse over for patienten i, at han lytter og accepterer patientens udlægning. Det lille ”°↑ja°” kan nemlig ses som en fortsættelsesmarkør. Lægens lyttende position kommer endvidere til udtryk gennem en række andre fortsættelsesmarkører i linje 174, 176 og 178. I linje 178 følger desuden en tilstandsskiftemarkør – ”nå” – som bliver til en egentlig taletur fra lægens side: ”nå du er startet op”. Lægen overraskes øjensynligt af informationen om, at patienten allerede har søgt hjælp. Igen forsøger lægen dog ikke at forlænge denne taletur, men lægger med spørgsmålet endnu engang op til, at patienten skal tage den næste taletur og således fortsætte sin forklaring.

I linje 183 erhverver lægen sig igen en taletur ved hurtigt at indskyde en ytring i forlængelse af patientens. Patientens ytring ”det va:r (.) for en uge siden (0.4) en dag” tyder på, at patienten ikke anser sin taletur for afsluttet – og tur-enheden opfattes muligvis af lægen som oplægget til en videre forklaring, som han ikke anser for relevant. Lægens indskydelse kan derfor umiddelbart ses som et afbrud af den taletur, patienten er i gang med. Jeg vil dog af et par enkle årsager ikke klassificere lægens overtagelse af taletur som et egentlig afbrud. Dels falder den umiddelbart efter et overgangsrelevant sted, nemlig efter ”for en uge siden” og en efterfølgende pause på 0.4 sekunder. Desuden behandler patienten ikke lægens overtagelse af taletur som et afbrud. Han accepterer, at lægen overtager ordet, hvilket ses ved, at han ikke fortsætter sin taletur og desuden ikke forsøger at generhverve sin taletur i forbindelse med den lange pause i linje 184. Her kunne patienten teoretisk have genvundet sin taletur, hvis han ønskede. Pausens længde kan ydermere være et tegn på en forventning fra patientens side om, at lægen går videre med sin vurdering, og måske går skridtet videre mod næste fase i konsultationen, nemlig en vurdering af handlingsplanen. Ved at benytte vendingen ”ja (0.2) . hh men der er en sandsynli::g sammenhæng,” kommer lægen endelig med en egentlig professionel vurdering. Ytringen fremføres som en faglig og velovervejet konklusion, som hentyder til, at lægen har sammenholdt de fakta, han har modtaget.

Lægen går dog ikke videre i sin vurdering, og patienten går efter pausen endnu engang ind i dialogen og leverer en medvurdering – en medvurdering som umiddelbart behandles som relevant af lægen. Omtrent på samme tid, som patienten går ind i dialogen, følger lægen op på sin taletur med "↑ik". Han søger tydeligvis, at patienten igen deltager i vurderingen, men denne forventning får han ikke opfyldt i første omgang, hvilket resulterer i en problematisk pause på 1.5 sekunder. Lægen må derfor komme med en direkte opfordring.

Selvom lægen umiddelbart indtager en professionel position med sin vurdering, nedtoner han samtidig sin epistemiske position i forhold til vurderingen. At der er en *sandsynlig sammenhæng*, levner en åbning for, at det ikke er helt sikkert, at der *er* en sammenhæng. Da patienten i linje 185 og videre i 186 bekræftende kommenterer: "overordentligt sandsynligt, ja.", leverer han en opgraderet medvurdering. Dette sker, idet patienten benytter adjektivet 'overordentligt' og dermed forstærker den vurdering, som lægen er kommet med. Denne opgradering kan samtidig forstås som en kritik af lægens vurdering, som rent faktisk er en nedgradering af patienten tidligere vurdering af sin egen tilstand. I linje 170 udtrykker patienten som bekendt, at han ikke er "i tvivl om, at det er arbejdsrelateret", altså at han er ramt af stress. I linje 185 forsøger patienten således endnu engang at slå fast, at det *er* stress, han lider af, og fremskynder så at sige konklusionen ved at forstærke lægens vurdering.

Patientens medvurdering afstedkommer denne gang, at lægen forstærker sin vurdering – og endda med en endnu større epistemicitet. Nu beskriver han det som "næsten hundrede procent sikkert, at det kan være noget stressudløst". Lægen ender dog med at tilføje "eller hva' ved jeg", som på den ene side kan opfattes som en simpel talemåde, men som dog i sammenhængen også kan forstås som en nedtoning af lægens vurdering og hans epistemiske autoritet. Han leverer således et forbehold for den opgradering, han lige er kommet med. Skarpt stillet op kan man sige, at lægen gennem udtrykket stiller spørgsmål ved sin egen evne til at vurdere.

Afrunding

I ovenstående sekvens medinddrages patienten tydeligvis i konsultationssamtalen. Det sker dels ved, at lægen stiller direkte spørgsmål, som opfordrer patienten til at deltage med sine vurderinger. Desuden nedtoner lægen gentagende gange sin epistemiske autoritet og gør plads til, at patientens viden og perspektiver får en central rolle. Patienten positionerer sig samtidig meget aktivt i forhold til sin sygdomssituation, og gennem forstærkende epistemiske markører fremhæver han sine synspunkter, så de står stærkt i dialogen. Der

fornemmes dog også en uenighed mellem parterne, som formentlig har at gøre med deres forskellige forventninger i samtalen. Patienten søger tydeligvis ikke, at lægen skal vurdere, hvad han fejler, men søger gentagende gange at samtalen bevæger sig videre, idet han slår fast, at det er afgjort, hvad han fejler. Flere gange viser patienten en orientering mod, at lægen viderefører samtalen. Denne forventning opfyldes dog ikke, samtidig med at lægen er orienteret mod, at patienten gentagende gange skal deltage i den vurdering, som patienten umiddelbart anser som overflødig. Patienten foretager dog ikke selv dette skift men er orienteret mod, at det er lægens opgave.

7.2. Lægen som informationskilde

At patienten spiller en så stor rolle i diagnosticeringen som i ovenstående gør, at autoritetsforholdet mellem læge og patient – professionel og lægmand – ikke står tydeligt frem. Professionel viden viser sig umiddelbart at spille en mindre rolle i forhold til konsultationens forløb og resultat, idet lægen nedtoner sin epistemiske autoritet, samtidig med at patienten positionerer sig som kapabel i forhold til vurderingen af sin egen sygdomssituation. Lægen forholder sig blot bekræftende over for patientens vurderinger. Det skal dog vise sig, at lægens professionelle viden efterspørges meget specifikt af patienten.

Uddrag 2 – Samtale 1

- 298 L . hh men jar tænker a vi vi:: ser tiden lidt an ø:hh hvordan du ve (.) >i forhold til
299 dit arbejde<, (0.2) >hmrr hmrr< det styrer du jo bedre selv end jar gør ik' os',=
300 P =m↓m=
301 L =jar vil ikke si:ge ubetinget at du skal være sygemeldt som sådan det kommer
302 lidt an på (.) symptomerne øh=v- hvis der kommer andre sympt_omer te-,
303 stresssymptomer å:: hovedpinen varer ved=
304 P =hva' er det jeg skal holde øje med så?
305 (.)
306 L ja men de:ø:h igen ø::h altså de klassiske er jo (.) det ka' være mange ting ik'
307 ø::h de fleste mærker jo på kroppen om den er stresset eller ej ik', men å:: men
308 for nogen kommer det bag på (*knipser*) en så'n (*knipser*) der ka' komme
309 nogle pludselige reaktioner som du har oplevet der, (0.8) . h på påø:h stor
310 arbejdsbelastning, (.) hmrr hmrr eller længere tids belastning, (0.5) . h ø::hm
311 det ka' være akut å det ka' være=det ka' komme sni:gende det ka' komme akut
312 ik' da::r dar er forskellige variationer, (0.5) øh i det, (0.2) . hh menø:h men men
313 ellers handler det jo om om selvfølgelig psykiske: symptomer, (0.8) ø::h
314 depressionssymptomer, (.) ø:hm (0.2) hjertebankken svimmelhed, hovedpine,
315 mavesmerter, (0.5) appetitløshed, ø:h å å andre, (0.8) såd'n lidt mere (.)
316 difuse: symptome:rø::h å træthed >selvfølgelig træthed klassiske
317 sympto_omer< . h på: på stress, (.) hmrr manglende energi å så vi ovre i det
318 depressive måske ik',=hvor (.) . hh hvor det ka' være svært at skelne mellem en
319 depression å:: å (.) å en stresstilstand ik, [som] har varet i et styk' tid,
320 P [mm]

- 321 (.)
322 P ↓mm
323 (0.2)
324 L . hhh så lyt til KROPPEN, å å vend tilbage hvis der kommer noget ↑til (0.5) ↑ik'
325 (.) lyt teø:h de gode råd fra: fra psykologen der [å] lad os se hvor det bærer hen,
326 P [↓mm]
327 (3.0)
328 L . h dar ingen grund til at gå videre med d- med noget lige nu,
329 (0.2)
330 P okay=
331 L =når det er sådan rela[tivt] øh kort(h) øh forløb ik' ø::hm å du er jo motiveret
332 P [na↓aj]
333 L for (0.3) å du ka' li' dit arbejde å så videre så der er en masse positivt os',=
334 P =mm (0.3) er der noget jeg ik' må gøre?
335 (0.8)
336 L ja men du må gern' Ø::H dit blodtryk er ik' tårnhøjt, du må gern' komme ud å
337 løbetræne [å å] lave noget fy[sisk ik' å,]
338 P [okay] [HVORD-] hvorfor tror du det kommer lige efter
339 såd'n en løbetur der?
340 (1.5)
341 Tid: 09:05
342 L ø:::h pjahhh ja: det phø:h godt spørgs↓mål (.) det ved jeg ik' a-=der fik du
343 lig'som en genoplussen af det eller hvad?

I sekvensen er konsultationen nået til et punkt, hvor det skal konkluderes, hvad der skal ske med patienten fremadrettet. Med ordene "men jar tænker a vi vi:: ser tiden lidt an ø:hh hvordan du ve (.) >i forhold til dit arbejde<, (0.2) >hmrr hmrr< det styrer du jo bedre selv end jar gør ik' os", lægger lægen op til en afslutning på konsultationen – en afslutning, hvor han får gjort det klart, at det nu er op til patienten at handle. Lægen er orienteret mod at være den, der skal formidle handlingsplanen. Det kommer til udtryk, idet skiftet i linje 298 sker på lægens initiativ, markeret ved en hørlig indånding, og gennem vendingerne "jeg tænker" (linje 298) og "jar vil ikke si:ge" (linje 301). Brugen af den epistemiske markør 'jo' i linje 299 markerer desuden, at lægen har en forventning om enighed fra patienten. Dette er dog tilsyneladende ikke en acceptabel afslutning på konsultationen ifølge patienten. I linje 304 erhverver patienten sig en taletur i direkte forlængelse af lægens, og uden at lægen har lagt op til dette skift. Patienten spørger: "hva' er det jeg skal holde øje med så?". Med spørgsmålet overtager patienten styringen af samtalen, idet spørgsmålet kræver et svar. Patienten søger pludselig specifik viden hos lægen, og får gjort klart, at lægens forklaring i linje 301-303 er utilstrækkelig. Patienten vil gerne have af vide, hvad han konkret skal holde øje med. Patienten positionerer sig derfor pludselig også som mindre vidende i forhold til lægen, hvilket er en positionering, som ellers generelt ikke har været til stede i den foregående interaktion. At patienten forholder sig så aktivt lige netop på dette tidspunkt i sam-

talen, kan desuden være et udtryk for, at han er interesseret i at vide, hvad der fører til en officiel sygemelding, som lægen i linje 301 har bragt på bane i dialogen.

Patientens spørgsmål er naturligvis første del af et turpar, hvilket selvfølgelig kalder på et svar, men man må også formode, at lægen føler sig forpligtet til at svare for at undgå tab af face i forhold til sin professionelle integritet. Flere forhold i taleturens udformning indikerer dog, at lægen ikke har forventet patientens spørgsmål, bl.a. idet han indleder "ja men de:ø:h igen ø:::h altså". Ved at tilføje "igen" får han gjort klart, at han mener allerede at have fortalt dette og således anser spørgsmålet som overflødigt. Derudover er lægens respons præget af utallige 'ø:h-lyde', stammelyde og indholdsmæssige gentagelser, som jeg vil mene får lægen til at fremstå usikker og uorganiseret i sin forklaring. Taleturen består af hele 11 'ø:h'-turenheder, som bl.a. præger starten af taleturen. Lægen leder tydeligvis efter ord.

Lægens svar strækker sig over hele 14 linjer, uden nogle former for minimalrespons fra patienten. Lægens forsøger dog flere gange at opnå patientens bekræftelse, idet det efterstillede spørgsmål "ik" optræder adskillige gange i lægens taletur (linje 306, 307, 312, 318 og 319). Patientens tavshed kan ses som et udtryk for, at han ikke accepterer lægens svar og løbende venter på et fuldendt – dvs. et konkret – svar, til forskel fra det generelle svar som lægen rent faktisk leverer. Gentagende gange benytter lægen de epistemiske markører 'jo' (linje 306, 307 og 313) og 'selvfølgelig' (linje 313 og 316) og præsenterer således informationerne som indforståede – som noget patienten bør vide i forvejen. På den måde får lægen på flere måder udtrykt en forventning til, at patienten allerede kender til disse informationer. Samtidig kan formuleringen ses som lægens forsøg på at berettigg, at han i første omgang udtrykte sig så kortfattet om stresssymptomerne, som han gjorde.

I linje 320 kommer den første respons fra patienten – en bekræfter "mm", som gentages med nedadgående intonation. Med denne udtrykker patienten, at han har hørt og forstået lægens forklaring, dog uden at gøre krav på en taletur. Patientens bekræftelse resulterer øjensynligt i, at lægen endnu engang gør et forsøg på at runde konsultationen af med en konkluderende ytring i linje 324-325. Med imperativerne "lyt til kroppen", "vend tilbage" og "lyt te:ø:h de gode råd" formulerer lægen tydeligt en handlingsplan, hvor han atter overdrager ansvaret for det videre forløb til patienten.

I linje 324 søger lægen igen patientens bekræftelse med et 'ik', som falder efter et halvt sekunds pause, dog uden at modtage denne bekræftelse. Først efter at han nævner "lyt teø:h de gode råd fra psykologen der" i linje 326 kommer patienten med en bekræfter "↓mm", men undlader igen at levere en bekræftelse efter færdiggørelsen af lægens næste turenhed "lad os se hvor det bærer hen". I stedet opstår en problematisk pause på 3 sekunder, hvilket kan være et tegn på, at patienten ikke fuldt ud accepterer denne konklusion. Lægen fortsætter derpå og leverer i linje 328 endnu en konklusion: "h dar ingen grund til at gå videre med d- med noget lige nu", som dog også kommer til at fungere som en genoptagelse af vurderingen.

Efter en mindre pause bekræfter patienten "okay", dog igen uden at levere en medvurdering. Responsen virker øjensynligt ikke tilfredsstillende på lægen, som i linje 331 uddyber: "når det er sådan relativt øh kort(h) øh forløb ik' ø:::hm å du er jo motiveret for (0.3) å du ka' li' dit arbejde å så videre så der er en masse positivt os". Lægen er umiddelbart orienteret mod patientens manglende respons som et dispræfereret svar og forsøger at nærme sig muligheden for en erklæring af enighed fra patienten. Ytringen fungerer som en begrundelse eller udbygning af lægens indledende vurdering. Begrundelsen knytter sig til patientens identitet som ansvarfuld. Lægen bringer frem "du er jo motiveret", "du ka' li' dit arbejde" og konkluderer, at disse egenskaber er en del af "en masse positivt". Lægen lader således egenskaber ved patienten være årsag til, at der ikke er "grund til at gå videre med d- med noget lige nu", dvs. grund til at bringe handlingsplanen mod en lægeerklæring og sygemelding. Man kan sige, at lægen derved sætter patientens i en situation, hvor han skal gå imod denne vurdering af sig selv som motiveret, hvis han vil forholde sig kritisk til lægens vurdering.

Undervejs kommer patienten med bekræfteren "naaj", og tilføjer desuden i linje 333 blot et lille "mm" – dog igen uden at gå yderligere ind i vurderingen. I stedet stiller han igen et konkret spørgsmål "er der noget jeg ik' må gøre?". Det viser sig således, at patienten endnu ikke anser samtalen for afsluttet. Der opstår næsten et sekunds pause, før lægen svarer, at han gerne må løbetræne. Til det svarer patienten bekræftende med minimalresponsen "okay" og indleder med et kort overlap endnu et spørgsmål "HVORD- hvorfor tror du det kommer lige efter såd'n en løbetur der?". Spørgsmålet refererer til patientens tidligere sygdomsberetning, hvor han har klaget over hovedpine, og fortalt, at han efter en kort løbetur fik "knaldende ondt i hovedet" (se bilag 1, l. 65), som han aldrig har fået nogen decideret forklaring på.

Afrunding

Med en række konkrete spørgsmål søger patienten information om, hvordan han skal handle og forholde sig til sin tilstand – og hvordan han skal forstå sin krops reaktioner – og viser sig således som aktiv og ansvarsfuld. Gennem spørgsmålene markerer patienten at han, på trods af lægens forsøg på at afrunde, ikke anser konsultationen for afsluttet og ikke accepterer lægens styring. Patienten har nogle særlige forventninger, som lægen tydeligvis ikke har opfyldt, og patienten tager derfor sagen i egen hånd. At det sidste spørgsmål stilles ivrigt, kan være et udtryk for, at patienten længe har tænkt over dette spørgsmål, og at lægen således har været for lidt orienteret mod at benytte sin professionelle viden i konsultationen, i forhold til patientens forventning. Det har den konsekvens, at lægen mister styringen på et sted, hvor han ellers tager initiativ til en afslutning på konsultationen. Gennem sekvensen ses dog også, at lægen gentagende gange er orienteret mod, at patienten skal bekræfte de vurderinger, som han kommer med.

Selvom patienten forholder sig aktivt omkring sin egen situation og i høj grad forsøges medinddraget af lægen, tyder handlingsforløbet også på, at der i konsultationen – i hvert fald fra patientens side – er en forventning om, at lægepatientforholdet trods alt er baseret på en hvis ulighed i vidensniveau og forpligtelser. Han orienterer sig imod, at der i forbindelse med lægens rolle ligger en forpligtelse til at gøre brug af professionel viden i forhold til vurderingen af patientens tilstand og de fremadrettede handlingsplaner.

7.3. Opretholdelse af 'face' gennem epistemisk positionering

Jeg vil vende tilbage til patientens spørgsmål i linje 338 og den efterfølgende dialog:

Uddrag 3 – Samtale 1

- 336 L ja men du må gern' Ø::H dit blodtryk er ik' tårnhøjt, du må gern' komme ud å
337 løbetræne [å å] lave noget fy[sisk ik' å,]
338 P [okay] [HVORD-] hvorfor tror du det kommer lige efter
339 såd'n en løbetur der?
340 (1.5)
341 Tid: 09:05
342 L ø::::h pjahhh ja: det phø:h godt spørgs↓mål (.) det ved jeg ik' a-=der fik du
343 lig'som en genopblussen af det eller hvad?
344 (1.0)
345 P altså så voldsom hovedpine [har jeg] ik' haft tidligere [i forløbet] vil jeg [sig'
346 L [°ja ja°] [°nej nej°] [nej
347 P altså [så::]

- 348 L [altså] du (ska' jo)=ska' ik' løbe mens du har hovedpine eller er der bare
 349 snerten [af hovedpine, nej]
 350 P [DET VAR DER HELLER IK'] inden (.) ø:h å jeg syn's sgu [ik'] jar løb
 351 L [nej]
 352 P [sær]lig hurtigt [altså]
 353 L [nej] [jeg] ved ikke ø:hm mmmv jeg ved ik' hvor det har jeg ik' nogen
 354 fornuftig forklaring på,
 355 (0.3)
 356 P °okay°=
 357 L =men hvis du har hovedpine sk' du selvfølgelig ik' løbø:h det klart (.) ø:hm (.) .
 358 hh å hvis du har=>altså nu havde du< feber os' ik', der har været noget feber
 359 [infek]tion, >man skal heller ik' løbe når man er inficeret< [eller] har en (.)
 360 P [°mm°] [°nej°]
 361 L infektion med feber [så] sk' man os' holde sig i ro ↑ik' . hh
 362 P [mm]
 363 (1.5)
 364 L godt med væske,=husk at få: få drukket noget vand i løbet af dagen ik' å å få
 365 slappet af [å] hehehø .h (0.5) ~↑ik'~ [å] så må vi se å så bestemmer du jo selv
 366 P [°mm°] [ja]
 367 L hvornår du, (0.5) vil tilbage °på°,

Da patienten stiller spørgsmålet i linje 338, opstår en pause på 1.5 sekunder, før lægen svarer. Hans svar indledes i linje 342 famlende med en masse øh-lyde og lydforlængelser, hvorefter lægen erkender, at han ikke kan svare på spørgsmålet. Hans svar er tydeligvis dispræfereret i forhold til det svar, patienten har lagt op til. Lægen reagerer med at spille bolden tilbage til patienten "der fik du lig'som en genopblussen af det eller hvad?", hvorved lægen efterspørger mere information. Patientens svar indledes med det dialogiske adverbial 'altså', som med en nærmest insisterende tone er med til at understrege tingenes tilstand. Ved at forstærke sin ytring får patienten understreget, at indholdet er relevant og får retfærdiggjort, at han stillede spørgsmålet i linje 338. Det kan dog ikke udelukkes, at 'altså' også har en anden funktion. At lægen overhovedet stiller spørgsmålet "der fik du lig'som en genopblussen af det eller hvad?" tyder på, at han ikke har bidt mærke i patientens tidligere sygdomsberetning. Der kan således ligge en snert af protest til grund for ytringens udformning og adverbiallets placering.

I linje 347 tilføjer patienten yderligere "altså så:~" og lægger umiddelbart op til en yderligere forklaring, måske en sammenfatning. Lægen overtager dog med et kort overlapp taleturen og bevarer dermed styringen: "altså du (ska' jo)=ska' ik' løbe mens du har hovedpine eller er der bare snerten af hovedpine". Lægen svarer dermed ikke på patientens oprindelige spørgsmål, men ændrer fokus i samtalen på en måde, så han nu kan positionere sig med fornyet epistemisk autoritet. Interessant er det, at lægen også benytter 'altså'. Med adverbiallet understreger han, at han skal til at forklare patienten, hvordan tingene hænger

sammen, og med brugen af 'altså' matcher han så at sige patientens retorik. Med modalverbet 'skal' udtrykker lægen sig derudover med en stærk epistemisk autoritet, idet ytringen udtrykkes som et påbud. Med det dialogiske adverbial 'jo' får lægen desuden en nærmest belærende tone over for patienten. Han får sagt til patienten, at han da bør vide, at han ikke må løbe, når han har hovedpine.

Dette udløser en forholdsvis voldsom reaktion fra patienten, som med et kort overlap udnytter og foregriber et overgangsrelevant sted: "DET VAR DER HELLER IK' inden (.) ø:h å jeg syn's sgu ik' jar løb særlig hurtigt altså". Patienten reagerer i protest, og ytringens følelsesmæssige karakter tyder på, at han føler sig anklaget for at have handlet forkert; at hans face som ansvarlig patient er truet. Med høj volumen afbryder han lægen og bruger tilmed bandeordet 'sgu' – som kommer til at fungere som et dialogisk adverbial, der fremhæver tyngden i protestens indhold. I slutningen tilføjer han igen 'altså', som nærmest manifesterer hans indignation og følelse af at blive uretfærdigt beskyldt. Patienten får således med relativt stærke vendinger udtrykt, at lægens indirekte anklage ikke har hold i sandheden og ikke er relevant; patientens hovedpineanfald kan ikke forklares med, at han har handlet "uansvarligt", og patienten viser således, at hans undren er reel og kvalificeret.

Patientens reaktion får umiddelbart den konsekvens, at lægen atter indrømmer, at han ikke har nogen "fornuftig forklaring" på, hvorfor patienten fik kraftig hovedpine efter løbeturen. Patienten svarer "okay" med lav volumen. Han er tilsyneladende ikke helt tilfreds med lægens svar. Lægen tager dog ordet i direkte forlængelse og fastholder det ved at tale hurtigt. Han gentager, at patienten ikke må løbe, når han har hovedpine – det samme når han har feber – og igen præsenterer han informationerne som noget, patienten bør vide. Han benytter dels den epistemiske markør "selvfølgelig" og vendingen "det klart". Derudover skifter han undervejs fra at bruge det personlige pronomen 'du' i sin henvendelse til at bruge det indefinitte pronomen 'man', som understreger indholdets universelle gyldighed.

Patienten forholder sig lyttende og indskyder et par minimalrespons, som udtales med lav volumen. Patienten har tilsyneladende mistet engagementet i samtalen og accepterer, at lægen fører ordet. Da lægen søger patientens bekræftelse i linje 361, kommer den ikke, og efter 1.5 sekunders pause fortsætter lægen med sine konkrete anvisninger. Disse anvisninger kan ses som en opfølgning på eller fortsættelse af det, han var i gang med, før patienten brød ind

med sit første spørgsmål i linje 334. Patienten accepterer øjensynligt dette, og deres samspil kan tyde på en fælles orientering mod en afslutning af konsultationssamtalen.

Afrunding

Parterne strides således om at definere samtaleens indhold. Patienten viser sig aktivt interesseret i sin sygdomstilstand og søger svar hos lægen. Lægen kan dog ikke give det ønskede svar, og en orientering mod at undgå et tab af face kan fornemmes. Lægen forsøger f.eks. at ændre samtaleens indhold og derved genvinde epistemisk autoritet. Dette forsøg virker dog ikke succesfuldt, idet patienten står stærkt i samtalen, og argumenterer for sin sag. Da lægen forsøger at forstærke sin epistemiske position i forsøget på at opretholde sit face, truer han nemlig også patientens face som ansvarsfuld, vidende og aktiv patient – hvilket får patienten til at styrke sin epistemiske autoritet på bekostning af lægens.

Det ses således, at forholdet mellem læge og patient stadig fra begge parter er baseret på en forventning om, at lægen skal vide mere end patienten, også selvom patienten agerer aktiv og vidende omkring sin situation. Overordnet kan man sige, at lægen og patienten gennem dialogen forhandler om, hvor specifikt et svar lægen skal give, og hvor meget der skal lægges over på patienten selv.

7.4. Patientens positionering af sig selv som aktiv

Gennem ovenstående eksempler har vi allerede set, at patientens på flere måder positionerer sig som aktiv omkring sin egen situation. Dette sker f.eks. ved at han går aktivt ind i diagnosticeringen og viser, at han allerede har taget initiativ til behandling, og dels ved at han stiller lægen konkrete spørgsmål og derved forsøger at få opfyldt et bestemt mål med sit konsultationsbesøg – nemlig at få svar på disse spørgsmål. Patientens aktive status manifesteres desuden i følgende:

Uddrag 4 – Samtale 1

364	L	godt med væske,=husk at få: få drukket noget vand i løbet af dagen ik' å å få
365		slappet af [å] hehehø .h (0.5) ~↑ik'~ [å] så må vi se å så bestemmer du jo selv
366	P	[°mm°] [ja]
367	L	hvornår du, (0.5) vil tilbage °på°,
368		(0.5)
369	P	jaJa (.) [den er altså den øh] de go'e råd jeg har fået=
370	L	[på jobbet ↑ik' hmrr] =↓m[m]

371 P [ø:h] (0.8) ve- den her
 372 stresspsykolog ja det e::r (0.2) at ø:h (0.5) >fastsætte på forhånd hvor mange
 373 timer jar er der de enkelte [dage,]
 374 L [↓m↑m]
 375 (0.2)
 376 L ja=
 377 P =å så holde den aftale, (0.2) [os'] (0.2) . hhja=
 378 L [ja] =ja
 379 (0.2)
 380 P °↓ø:::hm° (0.5) det (0.5) ~s-s-ska jar jo så se~ å få implementeret nu her,
 381 (.)
 382 L ja=
 383 P =på et eller andet °tidspunkt°

Lægen forsøger at runde samtalen af, men patienten overtager taleturen i linje 369, og kommer til at dominere den efterfølgende dialog. Han fortæller om "de go'e råd" han har modtaget hos stress-psykologen og fortæller "°↓ø:::hm° (0.5) det (0.5) ~s-s-ska jar jo så se~ å få implementeret nu her". Med brug af modalverbet 'skal' i "s-s-ska jar" får patienten markeret den grad af forpligtelse, han lægger i handlingen. Patienten benytter desuden den lille epistemiske markør 'jo', hvorved han markerer en forventning om indforståethed fra lægen om, at det er dette, der er planen.

Afrunding

Patienten får således konkluderet, hvad næste skridt i hans "behandling" skal bestå i og viser således atter aktivt, at han tager ansvar for sin situation og vurdering af, hvad der fremadrettet skal ske. Patienten accepterer således også den forventning, som lægen gennem samtalen har udtrykt; nemlig at han skal påtage sig ansvaret for det videre forløb.

7.5. Den gode læge – den gode patient

Den egentlig afrunding af konsultationen sker i følgende uddrag. Kort forinden dette sted i samtalen har lægen nævnt, at der fremadrettet er mulighed for at lave en lægeerklæring – og dermed en såkaldt mulighedserklæring med patientens arbejdsplads, hvis patienten skulle få brug for det (se bilag 1, l. 386-402).

Uddrag 5 – Samtale 1

404 L . h så (0.5) men du velkommen tilfbage (0.3) [michael] hvis det er=nu har vi jo
 405 P [(det i orden)]
 406 L lig'som hørt (1.0) jar syn- det lyder ik' alvorligt ø::h men man ska' pas' på sig
 407 selv, (1.0) å å at tingene ik' udvikler sig,=

- 408 P =mm=
409 L =å å fint a reagere (.) som du gør,
410 (0.2)
411 P °f. hja° (0.7) o↓kay
412 (0.2)
413 L å så håbe at det (*pifter sagte og laver håndbevægelse for at signalere "ro på"*)
414 (0.8)
415 P . hh >↓fint< JAR [JO] EG'NTLIG GLAD NOK [FOR DET] MED BLOTTRYKKET [DER
416 L [↑ik'] [hmrr hmrr] [JA
417 FOR JAR TÆNK'T] FAKTISK OM DET VAR DEN om det var den der TRYKkede
418 l ↑JA↓A ↑JO↓JO]
419 P såd'n lidt så [man:,]
420 L [det] ska' man altid tænke[ø::h] ja↓jarh=
421 P [ja] =ku' det udvi- altså ka' det
422 udvis' sig i (.) hoved↑pine eller [↑hvad]
423 L [↑ja↓a] sagtens=jar har da folk der kommer
424 (0.2) å debuterer me- hovedpine å så viser det sig et tårnhøjt blodtryk ↑ik'=
425 P =ja
426 (0.3)
427 L måske ik' så mang' lige i din alder menø:h det starter jo deromkring °↑ik'°=

Lægen og patienten forsøger tydeligvis at ende samtalen på god fod. Det sker bl.a. med lægens ytring i linje 404: ". h så (0.5) men du velkommen til↑bage (0.3) michael hvis det er [...]". At lægen indleder ytringen med 'så' indikerer, at ytringen fungerer som en konklusion på det, han forinden har sagt; lægen slår fast, at patienten er velkommen tilbage, hvis han skulle få brug for en sygemelding. Således får lægen vist, at han er orienteret mod at hjælpe patienten, og at han står til rådighed for ham. Efterfølgende roser lægen desuden patienten for hans handlinger. Det sker dels i linje 406-407 med ytringen "jar syndet lyder ik' alvorligt ø::h men man ska' pas' på sig selv, (1.0) å å at tingene ik' udvikler sig," og i linje 409: "å å fint a reagere (.) som du gør". Med ytringerne får lægen dels rost patientens handlekraft og dels retfærdiggjort patientens besøg, hvorved han anerkender patientens evne til at handle som en god og ansvarsfuld patient.

Patienten følger op på dette i linje 415 og 417: JAR JO EG'NTLIG GLAD NOK FOR DET MED BLOTTRYKKET DER FOR JAR TÆNK'T FAKTISK OM DET VAR DEN om det var den der TRYKkede". Med ytringen får patienten dels demonstreret, at han er velovervejet og derigennem retfærdiggjort sit besøg, og får dels udtrykt, at han føler sig hjulpet af lægen. Lægen fortsætter derpå sin "ros" i linje 420. Her bekræfter han patienten i sin formodning om, at for højt blodtryk og hovedpine kan hænge sammen: "det ska' man altid tænkeø::h ja↓jarh".

I direkte forlængelse stiller patienten spørgsmålet "ku' det udvi- altså ka' det udvis' sig i (.) hovedpine eller hvad". Med spørgsmålet modarbejder patienten igen en afslutning på konsultationen. Med det efterstillede spørgsmål "eller hvad" lægger han på til, at lægen skal svare. Jeg mener dog i dette tilfælde ikke, at spørgsmålet er tænkt ud fra et egentligt ønske om at modtage svaret. Spørgsmålet stilles, selvom lægen lige har bekræftet, at patientens formodning er kvalificeret og derved mister spørgsmålets indhold sin umiddelbare relevans. Derfor mener jeg snarere, at det bruges i forsøget på at manifestere forholdet mellem lægen og patienten. Med spørgsmålet nedtoner patienten sin epistemiske autoritet i dialogen og får positioneret lægen som den professionelle ved at give ham rum til at konkludere på de fakta, som patienten allerede har bragt frem. Patienten er således orienteret mod, at lægen skal præsentere den afsluttende vurdering.

I linjerne 406-424 får lægen desuden selv demonstreret sin professionelle rolle. Dette sker særligt gennem linjerne 406-407, hvor han giver udtryk for, at han ikke synes patientens tilstand lyder alvorligt. Med den epistemiske markør "jar syn-", kommer lægen med en sidste vurdering, som understøtter hans professionelle rolle i interaktionen.

Afrunding

Lægen og patienten er således orienterede mod at afslutte samtalen på en måde, hvor begge parter handlinger og identiteter i det institutionelle møde anerkendes. Dette gøres ved gensidig påskønnelse af den andens handlinger og en retfærdiggørelse af mødet i det hele taget. Meningen med besøget italesættes, omend en smule indirekte. Målet beskrives som værende opnået på en måde, så begge parter er tilfredse. Desuden sker afslutningen på en sådan måde, at begge parter face opretholdes. Patienten positionerer sig selv – og positioneres af lægen – som velovervejet og ansvarsfuld, og lægen positionerer sig selv – og positioneres af patienten – som den professionelle i forholdet.

7.6. Generelle observationer

Jeg har nu analyseret fem uddrag af samtale 1, og er i stand til fremhæve nogle generelle observationer vedrørende lægen og patientens interaktion. Overordnet viser det sig, at lægen ofte indtager rollen som ordstyrer. Det er ham som indikerer – og også forventes at indikere – skiftende fra en fase til den næste. Det vil sige, at samtalen kan genkendes som en typisk institutionel samtale. Undervejs kan patienten dog godt gå ind og udfordre lægens styring. Dette gør

han f.eks., da han forsøger at vise, at det for ham ikke handler om at finde ud af, hvad han fejler, og da han aktivt stiller lægen konkrete spørgsmål. Samtidig ses, at patienten trods alt er orienteret mod, at det er lægen, der skal styre de store skift – han går f.eks. ikke selv ind og foretager skiftet til den fase, dvs. vurderingen af hvad der skal ske fremadrettet. Så snart lægen har markeret skiftet i linje 298 (uddrag 2), forholder patienten sig dog meget aktivt og søger svar på de specifikke spørgsmål han har; hvordan han skal forholde sig fremadrettet, hvad han "må" og ikke må.

Gennem hele samtalen sker også en gennemgående medinddragelse. Dette sker dels fra lægen side gennem konkrete kommunikative strategier: direkte spørgsmål, gentagende forsøg på at opnå bekræftelse gennem "ik?", lyttende positioner, orientering mod medvurderinger og løbende ros af patientens aktive og motiverede personlighed. Inddragelsen af patienten sker dog også gennem patientens handlinger, f.eks. hans vurdering af egen sygdomstilstand og hans beskrivelse af sin aktive handling inden konsultationen.

Sidst men ikke mindst ses en orientering mod, at visse identiteter knyttes til læge-rollen såvel som til patient-rollen. Dette fornemmes tydeligt gennem parternes behandling af visse aspekter i dialogen som et muligt tab af face.

8. Samtale 2: Ældre kvinde med åndenød

I denne samtale er patienten en kvinde på 87 år, almindelig pænt klædt og forsigtigt gående. Hun har åndenød, som hun selv mener er blevet værre inden for den seneste tid. Hun taler derfor besværet, hvilket er tydeligt fra det øjeblik, hun træder ind ad døren. Med sig har hun en midaldrende, kvindelig ledsager – måske en veninde eller datter – som sætter sig ved siden af hende og et par gange deltager i samtalen ved at henvende sig til patienten. Inden konsultationen har patienten været til hjertespecialist, hvilket en anden læge i praksisfællesskabet har henvist hende til. Resultatet af dette besøg har været, at hjertespecialisten, som ikke har kunnet finde noget i vejen med kvindens hjerte, har forslået, at hun kommer til en lungespecialist. Det står i den journal, som lægen har modtaget og gransket inden konsultationen.

8.1. Medinddragelse forud for modargumentation

Følgende sekvens udspiller sig i begyndelsen af konsultationen. Fra starten bliver patientens besøg hos hjertespecialisten fokus i samtalen:

Uddrag 6 – Samtale 2

8	L	du har været oppe på Christianskli[↓nikken]
9	P	[↑ja (0.2)] det har ↓jeg (.) åh: (.) I har fået
10		besked ↑ik' =
11	L	=↓yes (.) [men] fortæl med egne ord hva' (.) . h (.) hva' der skete å . h hva'
12	P	[ja]
13	L	da(h)r=hva' du har fået af besked,
14		(4.5)
15	P	. hh faktisk ikke fået andet end hva' der står (.) på sedlen,
16		(0.5)
17	L	nej↓
18		(0.7)
19	P	jahr har fået en pf- hh (0.7) en kopi . h hhh
20		(1.5)
21	P	hhh
22		(2.0)
23	P	hh[h]
24	L	[å] det der sto' h (.) det va:r at umiddelbart var der ikke n[ogen
25	P	[nej]
26	L	forklaring=
27	P	=nej=
28	L	=(.) på . h på hva' det he:dde::r (.) p-på din dit åndenød via ↓hertet
29		(.)
30	P	nej
31		(1.0)
32	L	<de:t e:r rigtigt forstået?>

- 33 (.)
34 P ja(h)r
35 (.)
36 L ↓jarh (0.4) . hhh,
37 (1.0)
38 P å sag' den der udvidelse der var . h at (.) aorta det sku: jeg ikke tage noget af
39 for det var ik' noget der beftød noget °[i for]hold til°,
40 L [nej]
41 (1.0)
42 L niks.
43 (0.3)
44 P °↑'ing°
45 (1.5)
46 L . h (slår smut med tungen) (2.0) o::g=h så nævnte han noget om noget
47 ↑lungemedi↓cin
48 (.)
49 P ↑ja(h)r
50 (2.0)
51 L <°hva' sagde han til dig de:r:°>
52 (1.5)
53 P <ikke ud over at> (0.5) . h at han ville anbefale det (1.0) °å a jeg kom te: en
54 lunge(h)mediciner° . h [å] fik kigget >på ↑det< h hrrrr hrr (1.5) °°f'di°°
55 L [↑jahr]
56 P hmrrr=fordi han kunne ik' se (.) noget °i forbindelse me:°
57 (0.6)
58 L °na:j°=
59 P =altså de:t den undersøgelse han (0.4) foretog=der var ikke [noget,
60 L [°na:j°
61 (0.5)
62 P . hh [hh]
63 L [>nej] det jar f- de- det jeg bliver såd'n lidt forundret over,<=
64 P =°ja°
65 (.)
66 L det er hva:: hva' lungemedicinerne egentlig ka' <↑jbidrage> ↓med (1.0) . h fordi
67 vi ve' jo ud[mærket] godt at du har den h (.) altså [den] (.)
68 [hh] [hh]
69 L §lungefunktionsnedsættelse§ som du nu [↓har.]

I linje 8 indleder lægen konsultationen med at konstatere: "du har været oppe på Christiansklinikken". Patienten bekræfter, at informationen er korrekt, og spørger om de har "fået besked". Det bekræfter lægen, at de har, og man må formode, at der refereres til overlevering af information om patientens besøg på Christiansklinikken. Lægen indikerer derved på flere måder, at han kender til patientens besøg på Christiansklinikken og udfaldet af dette besøg. Alligevel opfordrer han i linje 11 patienten til "med egne ord" at fortælle, hvad hun har fået af besked på klinikken. Umiddelbart anser lægen altså patientens forståelse af situationen og videnskæssige udgangspunkt som potentielt anderledes end hans.

Forsøget på at få patienten til at genfortælle, hvad der er sket hos hjertespecialisten virker dog ikke vellykket. Selvom opfordringen formuleres som et imperativ, hvilket indikerer en stærk styring af samtalen fra lægens side, tager patienten ikke imod opfordringen, men henviser til de overleverede fakta som både hun og lægen er i besiddelse af. Patienten fortæller, at hun har modtaget en kopi af journalen og markerer dermed over for lægen, at hun er orienteret i sagen på lige fod med ham – og at hun ikke anser det for nødvendigt at uddybe nærmere. Patientens korte svar og umiddelbare modvilje over for at påbegynde lange forklaringer kan naturligvis skyldes hendes vejrtrækningsproblemer, som gør det besværligt for hende at tale. Disse vejrtrækningsproblemer er meget hørlige gennem hele konsultationen, hvilket gør, at patientens fysiske dårlige tilstand er til stede som et mærkbart aspekt af samtalen.

Lægen ender med selv at opridse, hvad der står i overleveringen, men han opgiver ikke forsøget på at medinddrage patienten i dialogen. I stedet for at opnå patientens deltagelse ved at stille hende åbne spørgsmål, søger han hendes bekræftelse med spørgsmålet i linje 32: "de:t e:r rigtigt forstået?". At lægen er så vedholdende i sit forsøg på at medinddrage patienten i dialogen virker en smule forceret set i lyset af, at patienten allerede har henvist til de overleverede fakta. Man kan undre sig over, hvorfor lægen insisterer på at styre dialogen i den retning, i stedet for blot at gå til sagens kerne. En forklaring kan være, at lægen ikke umiddelbart kan få det til at give mening, at patienten skal henvises til en lungespecialist. Med dette in mente kan lægens forsøg på at medinddrage patienten ses som et forsøg på at bringe alle informationer på bane, før han fremhæver det problematiske i hjertespecialistens anbefaling. Ved at høre patientens udlægning af historien, kan lægen få indsigt i, hvordan hun forholder sig til situationen, hvilket viden hun sidder inde med, og hvad hun forventer af ham. Han er således åben over for anden information, end den der er fremlagt i overleveringen.

Efter sammen at have opridset, at hjerteproblemer ikke er medårsag til patientens tilstand, opstår en længere pause, hvorefter lægen i linje 46 slår smut med tungen og tager en dyb vejrtrækning. Endnu 2 sekunders pause opstår, før lægen endelig siger: "o::g=h så nævnte han noget om noget ↑lungemedi|cin". Lægen ytrer sig ikke særligt præcist om sagen, idet han omtaler det som "noget lungemedicin", og lægger derved stadig op til, at det ikke er ham der skal komme med en forklaring, men patienten; hun skal med egne ord fortælle, hvad hun har fået af vide. I linje 49 svarer patienten bekræftende, men forholder sig stadig afventende uden at uddybe, hvad hun forstår ved "noget lungemedicin". Lægen forventer tydeligvis, at hun fortsætter. En 2-sekunders pause opstår, hvorefter lægen meget forsigtigt spørger: "<°hva' sagde

han til dig de:ri>". Ytringens prosodi tyder på, at lægen ikke er særlig ivrig efter at stille spørgsmålet. Ordene udtales langsomt, med lav volumen, og det sidste ord trækkes en smule ud, hvilket signalerer en tøven. Gennem ytringerne i linje 46 og 51 "fisker" lægen således efter patientens egen forklaring, uden selv at ville sige for meget. Der er tydeligvis noget på spil for lægen i henhold til spørgsmålet i linje 51. Gennem hans spørgsmål får han således oparbejdet en viden forud for den modargumentation, som kommer senere i dialogen.

Efter 1,5 sekunders pause i linje 52 svarer patienten besværet, men selvom hun har svært ved at få ordene frem pga. sine vejrtrækningsproblemer, får hun i linje 54 alligevel lagt vægt på ordene "kigget >på ↑det<". Ordene siges hurtigt og med opadgående intonation, og de får således en vigtig plads i patientens ytring. Gennem bemærkningen får patienten udtrykt sin holdning til anbefalingen. Med vendingen får hun udtrykt, at hun anser et besøg hos lungemedicineren som noget, der hurtigt og nemt kan sættes i værk. Hun anser det som et umiddelbar aspekt ved konsultationen, at hun skal sendes videre til lungemedicineren og er indstillet på, at der skal handles på anbefalingen. Således har lægen endelig fået et indtryk af, hvad patienten ved, og hvordan hun forholder sig til situationen, og der sker et vendepunkt i dialogen.

I linje 63 siger lægen: "det jeg bliver sådan lidt forundret over". Ytringen kan siges at fungere som en indirekte forklaring af, hvorfor lægen har grebet konsultationen an, som han har. Det fornemmes, at lægen har været forundret forud for dette sted i konsultationssamtalen og altså blot har ventet på at nå hertil. "Det" refererer tilbage til "noget", som ikke er blevet nævnt specifikt endnu. Skiftet er med til at underbygge, at lægens forsøg på at medinddrage patienten har haft det formål at bygge op til dette specifikke sted i samtalen.

Afrunding

I dialogen forsøger lægens at medinddrage patienten, men medinddragelsen har også et særligt formål, nemlig at give lægen et udvidet videnskabsmæssigt grundlag for sin vurdering af hjertespecialistens anbefaling. Det er interessant, at lægen griber konsultationen an på denne måde. Jeg mener, det illustrerer, at lægen er orienteret mod konsultationen som en forhandlingssituation, hvor patientens forståelse for situationen og viden spiller en rolle for de vurderinger der foretages. Man kan også tolke det således, at lægen gennem sine spørgsmål forsøger at danne grundlag for en kvalificeret modargumentation.

Patienten har tydeligvis en anden opfattelse end lægen i forhold til, om hun skal henvises eller ej. Hun er orienteret mod at få sine forventninger opfyldt og at gøre brug af lægens institutionelle funktion; hun ønsker og forventer en henvisning. Dette forsøger patienten i første omgang at opnå ved fysisk at medbringe og henviser til de samme data, som lægen er i besiddelse af. Papiret fungerer som bevis på den anbefaling, en anden sundhedsprofessionel har givet hende og er således en fysisk manifestation af patientens vidensniveau og forventninger. Hun har det sort på hvidt, at hun anbefales at komme til lunge-mediciner, og ved at fremhæve, at både hun og lægen har adgang til disse informationer, positionerer hun sig videnskabsmæssigt på samme niveau som lægen.

8.2. At overbevise men samtidig inddrage patienten

I den videre dialog fortsætter lægens styring, men nu er dialogen bl.a. præget af hans forsøg på at fastholde sin taletur, og derved at mindske patientens deltagelse i dialogen. En modargumentation bygges op:

Uddrag 7 – Samtale 2

- 63 L >nej] det jar f- de- det jeg bliver såd'n lidt forundret over;<=
 64 P =°ja°
 65 (.)
 66 L det er hva:: hva' lungemedicinerne egentlig ka' <↑jbidrage> ↓med (1.0) . h fordi
 67 vi ve' jo ud[mærket] godt at du har den h (.) altså [den] (.)
 68 [hh] [hh]
 69 L §lungefunktionsnedsættelse§ som du nu [↓har.]
 70 P [h] °ja::(h)r° h [æ]
 71 L [ø:h] å >ku' man
 72 måsk' sig-< der får du: ø: i hvert fald den behandling som (.) svarer
 73 der↑til
 74 (0.5)
 75 P .h ja=
 76 L =ik? å >det jeg kunne forstå nu k-°altså det mest=det[jo] mest Flemming
 77 P [hh]
 78 L Hansen der har vær't involveret [der] . h men det ve' sig'< okay vi ve
 79 P [↑ja(h)r]
 80 L gerne ha' (0.7) en (.) hjerterspecialists vurdering af at det ik' er noget med
 81 hje:rtet=
 82 P =ja
 83 (0.8)
 84 L 'ingç (0.7) (*smæld med tungen*) å >så har han så sagt fint nok< det er det ik',
 85 (.)
 86 P ja(h)r (2.0) [hh]
 87 L [og]=ø:h (0.5) >nu var det så fordi<=[ø:h] (0.7) ↓jarh (0.5) . h >for
 88 P [h]
 89 (*P ser på L med et opgivende ansigtsudtryk*)
 90 min skyld må du gern' k- kom til en lungemediciner det de::t det [det]

- 91 P [h]
92 L slet ik' det, (.) altså men< det ser ud som om at der er fuldstændig hold på din,
93 (.)
94 P . h [hh]
95 L <[°på] din lungelidelse°,>

I linje 63 forklarer lægen, at det han bliver forundret over, "det er hva:: hva' lungemedicinerne egentlig ka' <↑bidrage> ↓med". Med ytringen gør lægen opmærksom på, at han ikke er enig i hjertespecialistens anbefaling og proklamerer, at der nu kommer en redegørelse for, hvorfor han ikke synes det. Lægen optager derfor også meget af taletiden gennem den følgende dialog, hvor han desuden gennemgående taler meget hurtigt (ses særlig i linje 63, 76, 84 og 87), hvilket kommer til at stå i kontrast til patientens generelt langsomme og besværede stemmeføring.

Med indledningen benytter lægen flere markører til at forstærke sin epistemiske autoritet. Med det dialogiske adverbial 'egentlig', forstærker han sit udtryk og lægger derudover særlig vægt på verbet 'bidrage', som udtales med særlig emfase og langsommere end de andre ord. Lægen afslutter derudover turenheden med en nedadgående intonation, og slår derved fast, hvad han anser for problematisk. Lægen tilføjer ". h fordi vi ve' jo udmærket godt at du har den h (.) altså den (.) §lungefunktionsnedsættelse§ som du nu ↓har" og konstruerer herigennem en epistemisk autoritet. Dels gør han meget ud af at præsentere det som et faktum, at patienten allerede har fået stillet en diagnose – lungefunktionsnedsættelse – og at der er styr på monitoreringen af denne sygdom. Når lægen benytter den epistemiske markør "vi ved", tolker jeg "vi'et" som inkluderende de to læger i lægehuset, som har været involveret i patientens lungelidelse. En anden tolkning kan selvfølgelig være den, at lægen med 'vi' inkluderer patienten, men jeg hælder til første tolkning af den grund, at lægen senere refererer til den anden læge. Dermed får han ballast i sin vurdering, fordi han får markeret, at han ikke står alene med sin opfattelse. Desuden benytter lægen de to dialogiske adverbialer 'udmærket' og 'jo'. Med 'udmærket' får han lagt særlig vægt på sin og den anden læges ekspertise i sagen, og med 'jo' får han indirekte sagt til patienten: "Det ved du også godt" – og får derved lukket det dialogiske rum.

Prosodien er ligeledes med til at underbygge lægens epistemiske autoritet. I linje 66 og 69 afslutter lægen turenhederne med en stærk nedadgående intonation. Særligt i linje 69 får det en betydning, da det er med til at underbygge, at der her er tale om en konklusion. Ordet "§lungefunktionsnedsættelse§" udtales desuden meget velartikuleret med to tydelige tryk på stavelser. Dette er

med til at fremhæve ordet som det vigtigste i lægens ytring. Således udtrykker lægen gennem brug af epistemiske markører samt prosodi, at en udredning hos en lungespecialist er overflødig, da lægerne – og patienten – allerede er bevidste om, at patienten har en diagnosticeret lungelidelse.

Samtidig med denne positionering, søger lægen gennem dialogen gentagende gange patientens bekræftelse, og hendes reaktioner viser sig at få betydning for udviklingen i hans videre forklaring. I linje 73 afslutter lægen med en opadgående intonation tur-enheden "der får du: ø: i hvert fald den behandling som (.) svarer der↑til", hvorefter en pause på 0.5 sekunder opstår. Der efterlades således plads til, at patienten kan komme med en medvurdering. Efter forsinkelsen responderer patienten bekræftende, men lægen finder tydeligvis ikke denne bekræftelse tilstrækkelig, idet han indskyder et ekstra "'ik?", hvortil patienten dog slet ikke svarer. Patienten giver tilsyneladende ikke udtryk for sin fulde accept af lægens vurdering. Det samme mønster gentager sig i linje 81, hvor patienten dog denne gang hurtigt bekræfter med et "ja". Pausen på 0.8 sekunder, som følger efter dette "ja", efterlader plads til at patienten kan uddybe, men dette sker ikke, og lægen tilføjer "'ing¿", hvortil kun stilhed følger. Gentagende gange virker det således som om, at patienten ikke helt accepterer lægens vurderinger.

Der er flere indikationer på, at lægen orienterer sig mod patientens reaktioner som et tegn på modstand. I linje 70 tager patienten tilløb til en taletur med "°ja:::(h)r° h æ". Selvom ytringen ikke kommer særligt slagkraftigt til udtryk på grund af patientens hørlige besvær med at få luft, får den alligevel betydning for lægens videre ytringer. Lægen følger i linje 72 op med en korrektion af sin tidligere forklaring: "ø:h å >ku' man måsk' sig-< der får du: ø: i hvert fald den behandling som (.) svarer der↑til". Med turenheden "ku' man måsk' sig", nedtoner han sit tidligere synspunkt, og med ytringen "der får du: ø: i hvert fald den behandling som (.) svarer der↑til" flytter lægen fokus i argumentationen. Som et modsvar til den usikkerhed, han viser i linje 72, proklamerer lægen, at patienten i hvert fald får den *behandling*, som svarer til den diagnose, hun har fået stillet. Lidt groft sagt, så siger lægen på den ene side, at han er sikker på, hvilken diagnose patienten har, og på den anden side at han ikke er helt sikker på rigtigheden i denne ytring. Derved får lægen sagt, at diagnose og behandling harmonerer, men man kan være tilbøjelig til at mene, at det også indirekte – omend måske utilsigtet – rejser spørgsmålet: Harmonerer diagnosen så med patientens egentlige tilstand?

Tilføjelsen af "måske" i linje 72 har desuden den funktion, at den åbner det dialogiske rum og inviterer patienten til at deltage med sin vurdering. Som jeg tidligere har været inde på, kommer der dog et forsinket svar fra patienten, som ikke lever op til lægens forventning til respons, hvortil lægen tilføjer "ik?", uden at modtage en respons. Dette bevirker, at han i linje 76-78 forklarer: "å >det jeg kunne forstå nu k-=altså det mest=det jo mest Flemming Hansen der har vær't involveret der . h men det ve' sig' < okay vi ve gerne ha' (0.7) en (.) hjertespecialists vurdering af at det ik' er noget med hje:rtet=". Lægen gør det således meget klart, at det er en anden læges tanker, han prøver at forstå og gengive, når han forklarer, hvorfor patienten i første omgang er blevet sendt til en hjertespecialist, og således får lægen placeret et forbehold for sin vurdering.

Noget lignende sker i linje 86, hvor patienten ligeledes responderer med et "ja(h)r", hvorefter 2 sekunders pause opstår, uden at lægen overtager taleturen. Han starter ud med "og=ø:h", hvortil patienten samtidig kigger på ham med et opgivende udtryk. Dette medfører øjensynligt, at lægen efter en pause på 0.5 sekunder indskyder ". h>for min skyld må du gern' k- kom til en lunge- mediciner det de::t det det slet ik' det", før han fortsætter: "altså men< det ser ud som om at der er fuldstændig hold på din, <[°på] din lungelidelse°>". I stedet for blot at sige "der er fuldstændig hold på din lungelidelse" indskyder lægen i linje 92 "ser ud som om", hvilket igen kommer til at fungere som et forbehold for hans vurdering. Lægen får derved gjort det klart, at han blot forholder sig til medicinske fakta og de informationer, som han – formentlig via en overlevering – sidder inde med om patienten. Lægen lægger således ansvaret for sin argumentation over på medicinsk fakta generelt, når han fortæller, at diagnose og behandling harmonerer, og undgår dermed at positionere sig direkte, som den der står til ansvar for vurderingen.

Afrunding

Således bruger lægen sin professionelle viden i forsøget på at overbevise patienten. Samtidig er lægen dog orienteret mod, at patienten skal bekræfte og acceptere de vurderinger, han kommer med. Som et forsøg på at nå til enighed og mindske den uoverensstemmelse, der opstår mellem dem, forsøger lægen dels at positionere sig på patientens side, samtidig med at han fremhæver, at medicinske fakta taler imod, at hun skal henvises til lungemedicineren. Lægen viser således, at han har gode intentioner om at hjælpe patienten, men at medicinske fakta taler imod hans ellers gode intentioner. Således får han positioneret sig således, at lægelige fakta ikke bliver lig med hans person, men noget han må forholde sig til uafhængigt af, hvad han ellers ønsker for patienten.

Lægen er således orienteret mod at undgå at skuffe patienten. Han vil gerne vise sig som hendes hjælper, samtidig med at sikre at henvisningen bliver foretaget på det rette grundlag. Noget kan tyde på, at det at være læge således – i hvert fald fra lægens side – forbindes med en identitet, hvor man er patientens hjælper, men også professionel. Gennem lægens måde at gribe situationen an på, undgår han at anlægge en hård og konsekvent tone over for patienten og lader vurderingen være åben for yderligere input fra patienten. Dette kommer dog på flere måder til at stå i modsætning til lægens professionelle vurdering, som mister relevans gennem dialogen. I det følgende får patientens viden en endnu mere fremtrædende rolle.

8.3. Patientens viden får status

Efter lægens argumentation tager patienten ordet efter en kort pause og følgende sekvens udspiller sig:

Uddrag 8 – Samtale 2

98	P	.h °jeg ved ik' hv- ska' sig' for jeg har ik'° (1.0) h (1.0) mang' gang' må j- sid' op,
99		(.) i en [stol,] (0.6) .h å (0.7) i mange nætter (0.3) sid'r=jeg har en
100	L	[hm]
101	P	en elevationsseng °der så'n° ka' =
102	L	=hm↑m
103	P	(.) .h (0.7) å den er altså næsten oppe på højeste ↑trin
104		(.)
105	L	↑hm
106		(0.7)
107	P	å det=såd'n sidder jeg om nat↑ten (.) .hh h (P hoster) °ja(h)r ved ik'°
108		(0.7)
109	L	°hm↑m° =
110	P	=°nu ska du se her°° (P tager papir frem fra tasken) (2.0) har skrevet lidt op
111		[over] såd'n hvor TIT jeg ta'r den =
112	L	[↑jarh] =hm[↑m]
113	P	[det] her berodual=å nu har jeg jo
114		°°begyndt på den sp-°° (P prøver at få få luft) °spiriva°
115		(.)
116	L	↑jarh
117		(1.8)

Patienten argumenterer for, at hun skal sendes til lungemediciner. Denne argumentation – eller forsøg på overtalelse af lægen – udtrykkes dog ikke direkte, men ved at patienten positionerer sig selv som en patient, som er virkelig dårlig og behøver behandling. Med hendes forklaring fortæller hun sin side af historien, uafhængigt af medicinske fakta, og bringer derved sin egen erfarings-

baserede viden ind i samtalen. Patientens oplevelse er, at hun har fået det værre, og hun virker opgivende omkring sin situation. Den opgivende tone ses allerede i linje 98-99: "°jeg ved ik' hv- ska' sig' for jeg har ik'°". Med meget lav volumen og vejtrækningsbesvær giver hun udtryk for, at hun står uden ord over for den vurdering, lægen er kommet med – og altså ikke godtager den.

Det skal dog vise sig, at patienten kommer til at stå stærkt i dialogen ved at bringe sin egen oplevelse ind som kilde til viden. Hun forklarer, at hun sidder oppe det meste af natten, og belyser hvor slemt det er ved at henvise til sin elevationsseng: "den er altså næsten oppe på højeste trin". Patienten forstærker sit synspunkt med det lille dialogiske adverbial 'altså', hvormed en lille protest kommer til syne. Bag den opadgående intonation i slutningen af denne turenhed fornemmes spørgsmålet "kan det være rigtigt?". Hun vurderer således, at dette ikke er i orden og søger lægens bekræftelse, som da også kommer i linje 105 i form af "°hm". Lægen undlader dog at deltage i vurderingen, og en pause på 0.7 sekunder opstår, før patienten gentager sin pointe: "å det=så'd'n sidder jeg om nat'ten (.) .hh h (P hoster) °ja(h)r ved ik'°. Med tilføjelsen "°ja(h)r ved ik'°" positionerer patienten sig igen som afmægtig, samtidig med at hun markerer, at hun ikke kan følge lægens vurdering. En pause på 0.7 sekunder opstår, før lægen igen blot responderer med et "°hm°".

Lægens forsinkede responser tyder på en lille modvilje, hvilket det fornemmes, at patienten forsøger at imødekomme med sin næste taletur i linje 110: "°°nu ska du se her°°". Patienten finder et stykke papir frem, hvor hun har noteret sit medicinforbrug. Således tager patienten en vis styring over konsultationens handlingsforløb og bringer ny viden til samtalen, men denne viden er en anden end hendes erfaringsbaserede viden; nu bringer hun medicinske fakta i spil. Patienten viser handlekraft, at hun er ansvarsfuld og velforberedt, og at hun kan deltage med anden viden, end blot den hun har gennem sin personlige oplevelse.

Efter at patienten har fortalt om sit medicinforbrug, fortsætter dialogen således:

Uddrag 9 – Samtale 2

118	P	.hh hhhh (0.5) °°jeg ved ik' . hh om det har gjort meget forskel°°
119		(0.5)
120	L	det syn's du ik'¿=
121	P	=°°nej°°. h=
122	L	=°hm°
123		(.)
124	P	°syn's jeg ik'°

125		(0.5)
126	L	°°hm°°
127		(0.3)
128	P	°for jeg har i hvert fald ikke fået det bedre,°
129		(0.2)
130	L	↓ne:j
131		(1.0)
132	P	.hh (smæld med tungen) det er lige som om at det ta'r <u>til</u> (1.0) med den
133		ånde↓nød
134		(0.3)
135	L	↓mm
136		(1.0)
137	P	så: (0.8) °°derfor syn's jeg de:t °° (0.8) ja <u>jar</u> ved ik' (.) jar kan jo ik' f-
138		(1.0)
139	L	°↓nej °

Sekvensen er præget af patientens taletid suppleret med mindre responser fra lægen. Patienten bygger en argumentation op. Hun starter med at fortælle, at hun ikke mener, medicinen har hjulpet og forklarer: "°for jeg har i hvert fald ikke fået det bedre°". Hun uddyber: "det er lige som om at det ta'r til (1.0) med den ånde↓nød" og afslutter derefter i linje 137: "så: (0.8) °°derfor syn's jeg de:t°° (0.8) ja jar ved ik' (.) jar kan jo ik' f-". I linje 137 tager patienten tilløb til en konklusion på sin egen vurdering. Hun fuldfører dog ikke denne, men indtager igen den afmægtige rolle med ytringen "ja jar ved ik' (.) jar kan jo ik' f-".

Hvad det er, patienten ikke ved og ikke kan stå ikke tydeligt frem, men ytringen er med til at positionere patienten som afmægtig i forhold til sin sygdomssituation, men også over for lægen, som jo er den, der *ved* og *kan*, forstået på den måde, at han er den professionelle og den med myndighed til at sende hende til lungespecialist. Patienten positionerer sig på den måde som et "offer" for sygdommen og gør klart, at hun som patient føler sig uden handlemuligheder – underforstået, at det kun er lægen der kan træffe beslutningen. Samtidig har hun gjort det klart, at den behandling hun ellers har fået ikke virker – dette slås særligt fast med ytringen i linje 128: "°for jeg har i hvert fald ikke fået det bedre°". Dermed får patienten indirekte givet udtryk for en vurdering af, at den lægeordnede behandling, hun har modtaget tidligere, er slået fejl. Det skal vise sig, at denne forklaring får indflydelse på det videre handlingsforløb:

Uddrag 10 – Samtale 2

142	P	he sss- (P griner lidt) [hmf]
143	L	[men] altså [så:] er det fint nok [altså] så bli'r du: så bli'r
144	P	[(mm)] [hhh]

- 145 L du henvist fordi >så ka' man sig'< så er du blevet set af specialister både
146 inden for [lung]e og inden for for hjerte å det er [det] der ka' ka' gi' ø:h
147 P [ja] [ja]
148 L (0.3) k- kan man sige ka' s-=de de to (*P hoster*) (0.6) specialer ka' ha'
149 noget me [med] åndenød å gøre=sådan så vi er sikker på at der ikke
150 P [ja:r]
151 L blir [overset °noget°]
152 P [ja fordi: h] (0.5) øh: (0.8) jeg ka' ik' husk' om det var hos dig jeg var
153 nede .h jeg havde lungebetændelse der første °°januar°° [h] hmrr hmr hmr
154 L [↑jahr]
155 P å det kom jeg vel sådan set (1.5) °°over eller°°=
156 L =jarh
157 (0.5)
158 P men det har ik- været godt siden
159 (0.2)
160 L det har [det ik'ç]
161 P [der har] jeg haft såd'n en åndenød å . hh så besvær med at få luft,=
162 L =↑jarh
163 (1.5)
164 P (*slår smæld med tungen*) så: hhh (1.5) . hh °så jeg vil sig' hvis der ku' gør's noget
165 L = ja det [↑klart]
166 P [at DET] KU- let' lidt for det her ↑de(h)t (.) det næsten=

Lægen indleder med "men altså så::: er det fint nok altså", og hans respons virker således som et direkte svar på den argumentation, som patienten er kommet med. Med indledningen "men altså" indviljer lægen i at følge patientens ønske; han har ændret synspunkt på baggrund af hendes forklaring. Brugen af 'altså' tyder dog også på en lille modvilje.

Lægen forklarer årsagen til sin beslutning med, at patienten derved vil blive set af de specialister, som kan have noget med åndenød at gøre. Han tilføjer: "sådan så vi er sikker på at der ikke blir overset °noget°". Med denne ytring får lægen udtrykt, at han – og den anden læge, som jeg stadig formoder der henvises til – varetager patientens bedste og får samtidig udtrykt en enighed med patienten ud fra en lægelig vurdering. Med sin forklaring går lægen dog også direkte imod de synspunkter, han i linje 67 og 92 tidligere er kommet med. Dette kan være grunden til, at han forholder sig med en vis afstand til sin begrundelse af, hvorfor han indviljer i at sende patienten til lungemediciner. Det sker med bemærkningerne "så ka' man sig'" i linje 145 og den stort set enslydende "k- kan man sige" i linje 148. Med disse formuleringer lyder det som om, at lægen konstruerer sin forklaring og frasiger sig en smule "ejerskab" over ytringen.

Til lægens vurdering responderer patienten med en medvurdering i linje 152 – endda ivrigt; hun foregriber sin taletur med et kort overlap. Patientens medvurdering harmonerer med lægens, hvilket særligt ses illustreret med hendes

positive bekræftelse "ja fordi:", og derved kan det se ud som om, at en enighed endelig er opnået. I sin medvurdering hentyder patienten til en lungebetændelse, hun tidligere har haft og fortæller "å det kom jeg vel sådan set (1.5) °over eller°" og i linje 158: "men det har ik- været godt siden". Patienten viser således, at hun er velovervejende og vurderer, at lungebetændelsen eventuelt kan hænge sammen med den forværring, hun har mærket. Til det spørger lægen "det har det ik'ç", og han behandler således patientens information som ny viden. Patienten uddyber i linje 161, hvortil lægen svarer "↑jarh", og således lægger op til at patienten skal fortsætte sin forklaring. Patientens endelige vurdering falder i linje 164: "så: hhh (1.5) . hh °så jeg vil sig' hvis der ku' gør's noget", hvilket bekræftes af læge "ja det ↑klart".

Afrunding

I de ovenstående uddrag bringer patienten således erfaringsbaseret viden med ind i samtalen. Denne viden kommer til at stå i kontrast til lægens argumentation, som gøres på baggrund af lægefaglige vurderinger. Patientens vurdering kommer til at få en væsentlig betydning for den endelige afgørelse; nemlig at hun sendes til lungespecialist. Gennem sekvensen er patienten dog også orienteret mod, at det er lægen, der har bemyndigelsen til at gøre dette. Gentagende gange positionerer hun sig som afmægtig og gør klart, at det er lægen, der har handlemulighederne. Det er desuden først, da lægen har ændret stilling, at patienten kommer med en egentlig konklusion på sin vurdering. Således går hun heller ikke direkte ind og stiller spørgsmålstegn ved lægens ekspertise.

8.4. Generelle observationer

Det interessante ved samtale 2 er, at lægen og patienten som udgangspunkt ikke er enige om, hvordan patientens tilstand skal vurderes, og om hvad der giver mening i forhold til videre undersøgelser. Patienten får dog en del medindflydelse. Dels er lægen gennem sin medicinske argumentation løbende orienteret mod at opnå hendes accept, og da dette ikke sker, forsøger han at modificere sine vurderinger, så de går i retning mod større enighed og større velvilje fra patienten. Lægen positionerer sig som værende på patientens side og lader de medicinske fakta stå som observationer, han gør sig uafhængigt af sin personlige "goodwill" over for patientens ønske. Patientens medindflydelse finder dog også sted, idet lægen er lydhør over for hendes inddragelse af egen viden. Lægen håndterer disse som kvalificerede og relevante informationer til grund

for den endelige beslutning. Det virker dog også som om, at lægen er orienteret mod at skulle komme med en tilsvarende professionel vurdering, som svarer til den, patienten er kommet med ud fra sine erfaringer.

Patienten indtager ligeledes en aktiv position. Dels medbringer hun skriftlig materiale, som viser at hun er velforberedt og handlekraftig, og dels bringer hun egne vurderinger ind i samtalen. Patienten positionerer dog også tydeligt lægen som autoritet.

9. Konklusion

I mine data, ser jeg, at patienterne i høj grad er inddragede i konsultationerne i forhold til aspekter vedrørende vurdering af diagnose og behandling/videre undersøgelse. Både lægerne og patienterne er på forskellige måder orienterede mod patienten som aktiv deltager. Dette sker fra lægernes side gennem kommunikative strategier, som kan opsummeres til følgende:

- Direkte spørgsmål eller opfordringer gennem imperativer
- Efterstillede spørgsmål, især i form af "Ik?"
- Generel orientering mod patientens accept ift. vurderinger
- Nedtoning af epistemisk autoritet, således at patientens viden og vurderinger får en plads
- Mundtlig ros og påskønnelse af patientens handlekraft og ansvarsbevidsthed
- Behandling af patientens viden og perspektiver som berettigede og kvalificerede som baggrund for beslutninger.

En direkte opfordring til patientens deltagelse sker f.eks. i samtale 1 med det åbne spørgsmål "Hva' tænker du selv?" og i samtale 2 gennem imperativet "Fortæl med egne ord". Bag ved opfordringerne ligger en forståelse af, at lægerne anser patienternes perspektiver som potentielt anderledes end deres, men også at disse perspektiver er velkomne i dialogen. I samtale 1 falder lægens opfordring endda på et sted i konsultationen, hvor det ellers ville være naturligt, at lægen foretog vurderingen, hvilket gør det særligt tydeligt, at patienten inviteres til at deltage i vurderingen af sin egen sygdomssituation.

Et anden form for spørgsmål, som bidrager til en tydelig opfordring til deltagelse, er det efterstillede spørgsmål "Ik?" eller "Ikke også?", som af lægerne løbende bruges til at søge bekræftelse for de vurderinger, de foretager. Det er omvendt sjældent, at lægerne benytter simple konstateringer. I stedet søger de patienternes accept, bekræftelse eller "inviterer" til en medvurdering. Denne orientering kan desuden spores gennem den måde, samtalesekvenserne udspiller sig. Hvis der ikke kommer en tilfredsstillende respons fra patienten, kan dette medføre, at lægerne modificerer deres vurderinger, således at de går i retning af en større enighed. Overordnet kan man sige, at lægerne gennem spørgsmålene nedtoner deres epistemiske autoritet, dvs. nedtoner deres position som de eneste kvalificerede til at vurdere de givne forhold.

Jeg har også – især i samtale 1 – sporet en tendens til, at lægen løbende påskønner og roser patientens initiativer og på den måde konstruerer en identitet omkring patienten som ansvarsfuld og kvalificeret til at tage vare på sig selv. Dette sker f.eks. med bemærkninger som "det styrer du jo bedre selv end jeg gør" (l. 299), "du er jo motiveret" (l. 331) og "fint at reagerer som du gør" (l. 409). I samtale 1 sker der også en meget tydelig overdragelse af ansvar til patienten, hver gang lægen gør et forsøg på at runde konsultationen af.

Derudover spiller patienternes meninger og perspektiver i begge konsultationer en rolle i forhold til det endelige udfald af samtalerne. I samtale 1 er det patienten, som italesætter "diagnosen" og gør klart, at han allerede har taget initiativ i forhold til "behandling". I samtale 2 har patientens vurderinger en direkte indflydelse på, hvilke beslutning der bliver truffet til slut, selvom lægen starter ud med at være uenig med patienten. Patientens erfaringsbaserede viden får således en afgørende betydning.

Jeg har kunnet spore patienten orientering mod aktiv og ansvarsfuld deltagelse gennem følgende kommunikative strategier:

- Fremstilling af sig selv som handlekraftig og ansvarsfuld
- Markering af epistemisk autoritet med brug af bl.a. epistemiske markører
- Levering af medvurderinger
- Konkrete målrettede spørgsmål.

Når det gælder ansvarliggørelse, så er det meget tydeligt i begge samtaler, at patienterne gerne selv vil fremstå ansvarlige og velovervejede i forhold til deres situation. Dette sker i samtale 1, ved at patienten fremhæver, hvilke initiativer han har sat i værk inden konsultationen, og hvilke han har i sinde at sætte i værk efterfølgende. I samtale 2 sker det mere indirekte ved, at patienten medbringer udprint af journalen og noter vedrørende medicinforbrug, som hun aktivt benytter og refererer til gennem samtalen.

Ligeledes deltager begge patienter i vurderingen af deres sygdomssituationer. I samtale 1 sker det f.eks. ved, at patienten gentagende gange indtager en position, hvor han fremstår med større epistemisk autoritet end lægen i forhold til vurderingen af sin egen tilstand, f.eks. i linje 187 hvor han opgraderer lægens vurdering "ja (0.2) . hh men der er en sandsynlig sammenhæng" til "den er [...] overordentlig sandsynlig ja". I samtale 2 får patienten flere gange gennem dispræfererede responser gjort klart, at hun ikke er tilfreds med lægens vurdering, og kommer med sine egne vurderinger, f.eks. i linje 103, hvor hun for-

tæller, at hun sidder op i sin elevationsseng hele natten og: "den er altså næsten oppe på højeste trin". I begge tilfælde benytter patienterne epistemiske markører til at forstærke deres vurderinger; i samtale 1 i form af "overordentlig sandsynlig" og i samtale 2 med tilføjelsen af "altså".

I tillæg til dette har jeg observeret, at der hos begge patienter kan spores en målrettethed i forhold til at få opfyldt specifikke forventninger. I samtale 1 giver det sig til kende ved, at patienten stiller lægen direkte og konkrete spørgsmål, om hvordan han skal forholde sig til sin sygdomssituation fremadrettet og det på et sted, hvor lægen selv lægger op til en afslutning på konsultationen. På den måde indtager patienten en særdeles aktiv rolle, hvilket supplerer observationen af, at han fremstiller sig selv som handlekraftig og ansvarsfuld. I samtale 2 kommer denne målrettethed til udtryk gennem patientens vedholdenhed i forhold til at få opfyldt sit ønske om at komme til lungemediciner trods lægens umiddelbare modstand.

Samtidig med, at der fra begge parter er en orientering mod, at patienten får en aktiv rolle i konsultationen, oplever jeg også, at der stadig er en generel orientering mod, at parterne har forskellige forpligtelser – særligt at der er særlige forventninger til lægen. Lægen forventes dels at gøre brug af sin professionalisme, dels at han styrer "slagets gang", og desuden at han leverer de endelige konklusioner. Gennemgående for de to samtaler er, at det er lægerne der gennemgående er "ordstyrer", og det ses i begge samtaler, at patienterne er orienterede mod, at det er lægen, der skal konkludere og indikere skiftende i dialogernes indhold. I samtale 1 forsøger patienten f.eks. flere gange at slå fast, at han anser sin diagnose for "udredt", selvom lægen bliver ved med at behandle det som et spørgsmål til stadig opklaring. Trods dette tager patienten ikke direkte initiativ til at påbegynde en ny fase. Det er først efter, at lægen markerer et skift til næste fase, dvs. vurderingen af hvad der skal ske for patienten fremadrettet, at patienten aktivt går ind og forsøger at få sine forventninger opfyldt.

At der er en forventning om, at lægen skal gøre brug af sin ekspertise og professionalisme ses f.eks. ved, at patienten i samtale 1 stiller lægen konkrete lægefaglige spørgsmål "hva' er det jeg skal holde øje med så?" (l. 304) og "er der noget jeg ik' må gøre?" (l. 334). Gennem spørgsmålene viser patienten en tydelig orientering mod, dels at lægen skal gøre brug af sin faglige ekspertise og dels at lægen skal give retningslinjer for, hvordan han skal forholde sig til sin tilstand fremadrettet. At patienten benytter modalverbet "må" slår det særligt tydeligt fast; han efterspørger lægens autoritet.

I samtale 2 har patienten en lidt anden måde at vise sin orientering mod lægens autoritet på. Dette sker ved, at hun i forbindelse med sine vurderinger positionerer sig som afmægtig f.eks. med bemærkningen "jeg ved ik' hv- ska' sig'" (l.98) og "ja jar ved ik' (.) jar kan jo ik'" (l. 137). På den måde, får hun gjort opmærksom på, at hun reelt er uden handlemuligheder i forhold til at få sin forventning om at komme til lungespecialist opfyldt. Samtidig er det også først efter, at lægen har konkluderet, at patienten kommer til lungespecialist, at patienten kommer med sin egentlige konklusion: "så jeg vil sig' hvis der ku' gør's noget"(uddrag 10, l. 164).

Lægerne er ligeledes orienterede mod forventningen om, at de er de professionelle i forholdet. Det kan f.eks. fornemmes, at de flere gange orienterer sig mod at undgå tab af face. Det sker dels i situationer, hvor deres læge-faglige vurderinger ikke kan leveres på en en tilfredsstillende måde over for patienten, dels hvis patientens viden eller epistemiske position kommer til at "overtrumfe" deres vurderinger, eller desuden hvis deres rolle som hjælper trues. Det bliver således tydeligt, at lægens identitet – i et samspil mellem lægen og patienten – forbindes med, at det både er ham, der er den professionelle i forholdet og patientens hjælper.

Jeg ser også, at der konstrueres en identitet omkring patienterne. I samtale 1 skaber både lægen og patienten en identitet af patienten som ansvarsfuld, motiveret og kvalificeret til at indgå i vurderinger. I samtale 2 kan dette siges at ske mere indirekte, ved at patienten forholder sig meget aktivt og velovervejet til sin situation, og ved at lægen medinddrager patientens perspektiver og vurderinger og derved anser hendes deltagelse som kvalificeret.

Man kan således sige, at både lægerne og patienterne i dialogerne er orienterede mod, at patienterne skal have en aktiv og ansvarsfuld rolle i forhold til vurderinger i konsultationssamtalerne. Dette kommer til udtryk gennem en række kommunikative strategier. Denne medindflydelse ses dog også balanceret med det faktum, at lægen trods alt er den professionelle i forholdet.

10. Videre refleksioner

I det følgende vil jeg præsentere en række videre refleksioner, som jeg har gjort mig om nutidens læge-patient-forhold. Derudover vil jeg til slut præsentere nogle kritiske refleksioner over min metodetilgang.

10.1. Andre aspekter ved nutidens læge-patient-forhold

Idealet om medinddragelse og ansvarliggørelse kan i dag siges at følges af en forbrugerorienteret opfattelse af læge-patient-forholdet, forstået på den måde, at lægen forventes at yde service over for patienten, som desuden med det fri lægevalg er i sin sin ret til, og nemt kan, "shoppe" efter en ny læge, hvis forventningerne ikke bliver indfriet (Det Etisk Råd 2003:13). I Danske Regioners vision for fremtidens almene praksis er det f.eks. pointeret, at lægen skal yde service på højt niveau, skabe tillid og en oplevelse af kvalitet i behandlingen – og hvorvidt det lykkes, monitoreres gennem systematiske landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser (Danske Regioner 2007:19).

Begrebet "Den krævende patient" har ligeledes i de seneste 10 år sneget sig ind i debatten om nutidens og fremtidens forbrugerorienterede patient (f.eks. Haubert 2003, Day Poulsen 2011, Jyllands-Posten 1999). Patienterne bliver fremstillede som krævende "kunder", som selv opsøger viden om sygdom og kræver den bedste behandling og kvalitet (Haubert 2003:42) – eller patienterne bliver fremstillede, som krævende, fordi de ikke kan finde rundt i junglen af informationer på Internettet og derfor bringer misforståede ideer med til konsultationen (Politiken 1999).

Med patientens stigende medindflydelse og mulighed for at klage, nævnes tillige en bekymring for, at læger kommer til at yde *defensiv medicin*, dvs. træffer beslutninger om patienternes forløb ud fra frygten for at modtage klager, at overse en sygelig tilstand eller blive anklaget for manglende handlekraft (Det Etisk Råd 2003:14). Denne tendens skyldes, at lægen er i en udsat position, fordi han eller hun skal jonglere i grænselandet mellem at indfri patientens forventninger, medinddrage patienten i beslutningsprocesserne – og samtidig skulle bruge sin lægefaglige ekspertise til at træffe de rigtige beslutninger (Det Etiske Råd 2003:11ff). Erik Riiskjær et al formulerer dilemmaet således:

I det omfang konsultationen udvikler sig til en snæver forhandling om medicin og behandling, tvinges lægen ud i et pres mod bestemte behandlinger. Afhængigt af de institutionelle rammer kan resultatet blive,

at patienterne shopper, til de har fundet en læge, der vil levere den ønskede ydelse, eller at patienterne iværksætter behandlinger på eget initiativ [...] (Riiskjær 2011:576)

Jeg er ikke i stand til at vurdere, hvorvidt patienterne i de samtaler, som dette speciale har drejet sig om, er krævende eller ej, eller hvorvidt lægerne træffer de rigtige valg i forhold til behandling og fremadrettede handlingsplaner for patienterne. Man kan selvfølgelig argumentere for, at patienterne netop er "krævende", da de begge er målrettede mod at få særlige forventninger opfyldt. Især kan der argumenteres for, at patienten i samtale 2 går ind under denne kategori, fordi hun så tydeligt ønsker at få "sin vilje" gennemført. Desuden har jeg som bekendt observeret, at lægerne er orienterede mod at holde sig "gode venner" med patienterne, og at patientens perspektiver – især i samtale 2 – får afgørende betydning for den beslutning, der tages til slut.

Jeg mener dog omvendt, at man kan argumentere for, at udfaldet på konsultationen i samtale 2 ikke nødvendigvis skal anskues således, at patienten får *trumfet* sin vilje igennem og at lægen på grund af skrækken for at skuffe patienten, indviljer i at *føje* patientens ønsker. Godt nok forsøger lægen at holde sig på god fod med patienten, men jeg ser f.eks., at denne positionering ikke nødvendigvis betyder, at lægen ikke præsenterer sine læge-faglige argumenter. Han formår at gøre begge dele. Desuden er patienten orienteret mod, at det er lægens vurderinger, som er afgørende i forhold til beslutninger om hendes videre behandlingsforløb.

Ud fra de erkendelser jeg har fået gennem mit datamateriale, holder jeg mig derfor til den tolkning, at patienternes indflydelse på konsultationernes udfald skal ses som resultatet af et samarbejde, hvor patienternes erfaringsbaserede viden, og de vurderinger de præsenterer på baggrund af denne viden, får en væsentlig rolle i overensstemmelse med idealet om medinddragelse. Denne overbevisning bygger jeg på det faktum, at patienterne gennemgående er orienteret mod, at lægen er den professionelle og eksperten i forholdet. Dette kan illustreres ud fra samtale 1. Nok er patienten aktiv, ansvarsbevidst og vidende, men han accepterer den vurdering, som lægen kommer med, nemlig at der ikke er nogen grund til sygemelding. Desuden sker der det, at patienten, trods sin ellers meget ansvarsfulde tilgang, efterspørger handlingsplaner, og at lægen fortæller ham, hvad han "må" og "ikke må". At være en ansvarsfuld og aktiv patient er således ikke det samme som ikke at respektere den rolle som lægen gennem sin professionalisme har i forholdet. Som Peräkylä (2006) også pointerer, sker der en balancering af disse aspekter af læge-patient-forholdet.

Jeg tror en del af bekymringen over udviklingen af læge-patient-forholdet kan bunde i en forvirring over, hvad idealet om medinddragelse og ansvarliggørelse af patienten egentlig indebærer. Idealet kan nemlig let sidestilles med det at indgå i en *ligeværdig dialog* og i et *symmetrisk forhold*, hvilket er betegnelser, som Det Ethiske Råd (2003) bl.a. benytter. For hvad vil det egentlig sige at være ligeværdige? Vil det sige, at man har lige meget magt eller mulighed for indflydelse på dialogen? I Politikens Nudansk Ordbog står der:

ligeværdig [Zli·SYvärOdi] adj. -t, -e: med tilkendelse af lige megen værdi og betydning til alle personer el. parter = JÆVNBYRDIG, LIGE. (Politikens Nudansk Ordbog 2010)

Alene brugen af dette term peger i en vis grad på en udslettelse af lægens autoritet, hvilket naturligvis kan virke foruroligende i en sammenhæng, hvor vigtige aspekter som sygdom og patienters velbefindende varetages, og hvor der netop er en mening med, at professionel ekspertise spiller en rolle.

Jeg kan således godt forstå, hvori bekymringerne om nutidens læge-patient-forhold kan opstå, og jeg udelukker ikke, at der findes patienter, som handler efter at få trumfet egne ønsker igennem og ikke respekterer lægens professionelle vurdering. Jeg mener dog samtidig, at der er grund til at tage disse bekymringer med et gran salt. Jeg mener nemlig at kunne se tegn på, at det er begrænset, i hvor høj grad patienter i det hele taget er interesserede i at tage sagen i egen hånd. Det kan siges at skabe en utryk situation for patienten, hvis patienten skal stole på sine egne vurderinger og ikke en professionals – en situation, som jeg tror de færreste patienter i bund og grund er interesserede i. At patienterne orienterer sig mod lægens professionalisme og autoritet, ser jeg som et udtryk for en søgen efter tryk.

Det der er vigtigt at holde in mente er således, at det er urealistisk at opfatte læge-patient-forholdet som et *ligeværdigt forhold*, forstået på den måde at parterne har samme rettigheder i interaktionen. Det betyder dog ikke, at lægen og patienten ikke kan indgå i et partnerskab. Dette partnerskab skal blot være et, hvor der er respekt for patientens perspektiver og rettigheder såvel som for lægens. Denne balance kommer fint til udtryk i slutningen af samtale 1, hvor lægen og patienten påskønner og roser hinandens initiativer og forskellige forpligtelser i forhold til patientens sygdomssituation: patienten skal gå ud i verden som en ansvarsbevidst patient og vide, at lægen er der for ham, hvis han får brug for det, og lægen bekræftes i sin rolle som professionel rådgiver og hjælper.

10.2. En kritisk refleksion

Som baggrund for dette speciale, har jeg som bekendt indsamlet en meget større mængde datamateriale, end den jeg er endt med at analysere. Dette rejser selvfølgelig spørgsmålet: Kunne jeg have udnyttet mit datamateriale bedre? En mulighed er, at jeg kunne have udvalgt brudstykker fra et langt større antal samtaler og derved have opbygget en samling af forekomster af aspekter i samtalerne relateret til medinddragelse og ansvarliggørelse – en tilgang som desuden er meget yndet og ofte anvendt inden for CA (Beck Nielsen 2010:18). På den måde kunne jeg eventuelt have skabt et større overblik over de interaktionelle tendenser, der opstod i samtalerne, og nogle vil måske mene, at jeg derved havde skabt en større troværdighed i forhold til analysens resultater.

Der er dog nogle helt særlige årsager til, at jeg valgte at beskæftige mig med kun to samtaler og ikke en samling af uddrag fra det brede materiale. Først og fremmest følte jeg det i begyndelsen naturligt at transskribere samtalerne i deres fulde forløb, da jeg ville forholde mig åbent over for den mulighed, at interessante observationer kunne opstå ud fra dette nære blik på samtalerne. Jeg mente ikke, at jeg nødvendigvis, blot ud fra en gennemlytning, ville være i stand til at udpege, hvor det ville være relevant at anlægge et nært fokus i de forskellige samtaler. Da min tidshorisont ikke tillod mig at transskribere alle – eller en større samling af – de optagede samtaler, var jeg således nødt til at holde mig til en begrænset mængde data, hvis jeg ville gå eksplorativt til værks. Hvis jeg ikke havde gjort det, ville jeg netop have været nødt til at udvælge sekvenserne i den store mængde datamateriale ud på baggrund af en "fornemmelse" for, hvor interessante situationer i samtalerne opstod, og på den måde muligvis have overset vigtige analytiske observationer i samtalerne.

Jeg er dog som bekendt ikke endt med at producere en analyse af hver af de to udvalgte samtaler fra start til slut i dette speciale, men at uddrage specifikke sekvenser, som jeg har præsenteret kronologisk. Dette har jeg følt mig i stand til at gøre, da jeg netop, som baggrund for denne udvælgelse, har foretaget indledende analyser af begge samtaler i deres fulde længde. På den måde har jeg været i stand til at træffe kvalificerede beslutninger om, hvilke dele af samtalerne, jeg ville medbringe i specialerapporten.

Man kan selvfølgelig argumentere for, at jeg med mit valg af de to samtaler, ligeledes kan have overset interessante perspektiver i de andre samtaler. Mine udvælgelseskriterier var her netop i sidste ende baseret på en fornemmelse af, at disse samtaler ville indeholde interessante scenarier. At jeg har foretaget denne form for udvælgelse, kan dog forsvares ud fra det simple faktum, at den

ene samtale i princippet kunne være lige så brugbar som analyseobjekt som den anden, da alle samtaler repræsenterer konsultationssamtaler i almen praksis.

En anden årsag til, at det har givet mening for mig kun at dykke ned i to samtaler er, at jeg jo netop har været interesseret i at se på samtalerne som forhandlingssituationer. Ved at analysere samtalerne i deres fulde forløb, håbede jeg på at få en større forståelse af, hvorledes disse forhandlinger tidligt udfoldede sig, og hvordan de udviklede sig gennem samtalerne. Jeg var desuden interesseret i at observere, hvordan medinddragelse og især ansvarliggørelse kom til udtryk i samtalerne fulde forløb, da der i samtalerne forskellige faser ville være forskellige forhold i fokus, f.eks. diagnosticeringen og forhandling om de videre handlingsplaner. Jeg var interesseret i se medinddragelse og ansvarliggørelse som et samlet "produkt" af konsultationen i sit fulde forløb.

Selvom jeg ikke har valgt eksempler fra en større mængde datamateriale, vil jeg således hævde, at jeg har valgt en fremgangsmåde, som understøtter et troværdigt resultat. Selvfølgelig kan man argumentere for, at jeg med udgangspunkt i kun to samtaler ikke har anlagt et bredt perspektiv på de forskellige scenarier, der kunne opstå i møder mellem læger og patienter i almen praksis. Dette er selvfølgelig en konsekvens af min tilgang og begrænsede tidshorisont for specialet, men på den anden side, har jeg ikke haft en intention om at skabe et overblik eller en status over, hvordan læge-patient-samtaler i almen praksis ser ud i dag. Jeg har i stedet haft en ambition om at vise *eksempler* eller *øjebliksbilleder* af, hvordan det *kan* se ud i en dansk lægepraksis. Med dette in mente mener jeg således, at mine analyser, med mine forhåndenværende muligheder, kan siges at udgøre dybdegående, og dermed kvalificerede, fremstillinger af eller eksempler på det givne fænomen.

11. Litteraturliste

Beck Nielsen, Søren (2010): "Konversationsanalyse af læge-patient-samtaler – status, overblik og muligheder". I *NyS 38*. Dansk Sprognævn.

Danske Regioner (2011): "Patient empowerment",
[http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/RSI/Pejlem
%C3%A6rker/Patient+Empowerment.aspx](http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/RSI/Pejlem%C3%A6rker/Patient+Empowerment.aspx). Hentet 29.04.2013

Det Ethiske Råd (2003): "Indledning". I *Læge-patient-forholdet: Refleksioner og visioner*. Det Ethiske Råd.

Drew, Paul & John Heritage (1993): "Analyzing talk at work: an introduction". I *Talk at work – Interaction in Institutional Settings*. Cambridge University Press, UK.

Foged, Lars (2003): "Er der en fremtid for det langvarige, personlige læge-patient-forhold i almen praksis?". I *Læge-patient-forholdet: Refleksioner og visioner*. Det Ethiske Råd.

Fox, Barbara A. (2001): "Evidentiality: Authority, Responsibility, and Entitlement in English Conversation". I *Journal of Linguistic Anthropology*, 11(2).

Goffman, Erving (1955/1972): "On Face-Work: an Analysis of Ritual Elements in Social Interaction in Communication". I *Face to Face Interaction – Selected Readings*. Penguin Books Ltd., UK. Oprindeligt trykt i *Psychiatry*, Vol. 18, 1955.

Halkowski, Timothy (2006): "Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery". I *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.). Cambridge University Press, UK.

Haugberg, Agnes (2003): "Lægerollen og læge-patient-forholdet i det 21. århundrede". I *Læge-patient-forholdet: Refleksioner og visioner*. Det Ethiske Råd.

Heritage, John & Douglas W. Maynard (2006): "Introduction: analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters". I *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.). Cambridge University Press, UK.

- Heritage, John & Geoffrey Raymond (2005):** "The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction". I *Social Psychology Quarterly*, Vol. 68, No. 1, USA.
- Heritage, John & Steven Clayman (2010):** *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*. Wiley-Blackwell, UK.
- Hutchby, Ian & Robin Wooffitt (2008):** *Conversation Analysis*, 2. udgave. Polity Press, UK.
- Hvas, Lotte (2003):** "Lighedens illusion – at gå til læge er ikke det samme som at gå til købmanden". I *Læge-patient-forholdet – Refleksioner og Visioner*. Det Ethiske Råd.
- Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer (2012):** "Indledning: At skabe en professionel". I *At skabe en professionel – Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Margaretha Järvinen & Nanna Mik-Meyer (red.). Hans Reitzels Forlag, Kbh. K.
- Jyllands-Posten (1999):** "Internettet skaber krævende patienter". <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE3262185/internetet-skaber-krævende-patienter?page=1>. Hentet 29.04.13.
- Laursen, Lone (2003):** "Konversationsanalysen i kommunikationsundervisningen for medicinstuderende". I *Samtalen på arbejde – konversationsanalyse og kompetenceudvikling*. Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Maynard W., Maynard & Heritage (2005):** "Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication". I *Medical Education*, no. 39.
- Nielsen, Mie Femø & Søren Beck Nielsen (2005):** *Samtaleanalyse*. Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Mik-Meyer, Nana & Kasper Villadsen (2007):** *Magtens former – sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. Hans Reitzels Forlag, Kbh. K.
- Peräkylä, Anssi (2006):** "Communicating and responding to diagnosis". I *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.). Cambridge University Press, UK.
- P.L.O (2001):** *Den praktiserende læge nu og i fremtiden*. P.L.O.

Pomerantz, Anita (1985): "Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes". I *Structures of Social Action*. J. Maxwell Atkinson og John Heritage (red.). Cambridge University Press, UK.

Poulsen, Henrik Day (2011): "Den krævende patient". I *Ugeskrift for Læger* 173/47.

Riskjær, Erik, Jette Ammentorp, Jørn Flohr Nielsen & Poul-Erik Kofoed (2011): "Internettet påvirker læge-patient-relationen". I *Ugeskrift for Læger*, 173/8.

Steensig, Jakob (2001): *Sprog i virkeligheden: Bidrag til en interaktionel lingvistik*. Aarhus Universitetsforlag, Århus.

12. Bilag

Bilag 1: Samtale 1

Bilag 2: Samtale 2

Bilag 3: Transskriptionssymboler

Bilag på følgende sider:

Bilag 1 – Samtale 1

Mand, midten af 30'erne. Jurist, almindelig af bygning, smarte, moderne briller, kort hår, ternet skjorte, gummisko, cowboybukser. Sætter sig med benene over kors. Nulrer med skjortekant, når han taler.

L=lægen, P=patienten

- 1 Tid: 00:01
 2 L . hhh nå: michael (0.2) du har ringet te:ø:h (.) te' os i går ↑ik' for[di] du har haft
 3 P [>jo<]
 4 L hovedpine (.) [ka' jeg] se i (.) fire fem dage måske (0.2) [. hh]
 5 P [ja(h)r] [altså] hvis du [ska']
 6 [↑ja]
 7 P ha' hele his↓torien=
 8 L =↑ja=
 9 P =så: onsdag inden påske↓ugen hmrr=
 10 L =ja
 11 (0.4)
 12 P da:r had'e jar haft så'n: en: lang: arbejdsdag, (.) >[å da] jar så sku' cykle
 13 L [m↑m]
 14 P hjem inde fra byen< dar [var] det så'n (0.7) da jeg trådte ud derfra at det var
 15 L [↑ja]
 16 P så'n: (0.4) lige pludselig et mylder (.) af tanker [lige pludselig]=det tog ma:r
 17 L [↑a:r ↑a:r]
 18 P (0.2) . hh halvanden time at komme fra:: (.) [(xxx)] til (xx) [å jeg] sad på
 19 L [↑ja] [o↑kay]
 20 P en eller anden cafe i: (0.5) fyrre minutter å bare og gloede lige ud i [luften]
 21 L [↑nå]
 22 P nærmest (0.3) .hh ø::h ø::[hm: øh pfh-]
 23 L [helt blæst,](.) blæst i hove↑det=[eller hvor↑dan ø::h]
 24 P [>]A'R mere såd'n at det]
 25 L
 26 P var såd'n et< virvar af tanker [der såd'n lidt me::get] (1.0) ja'r så'n: (0.5) >hva'
 27 L [hmrr ↑nå ↑nå]
 28 P ska' man sig-< ALLE mulige ting [som] bare kørte [ind] over hin↓an[den
 29 L [↑ja'r] [↑a:'r] [↑a'r]
 30 (0.4)
 31 P ø: å de::ø::h sov jeg så på at nævne for min chef der dagen efter [å ss-] han
 32 L [↓m↑m]
 33 P gjorde så det a han <§sendt mig hjem på> ↓påskeferie§ (.) [såd'n] set der (.) [. h
 34 L [↑ja:'r] [jo
 35 P (.) ø::h hvilket jeg så'n >efterfølgende må sige det var jeg rigtig glad for< (.)
 36 L
 37 P °fak[tisk°] (.) >det var så'n lidt< der var bare lidt for meget på tal[ler]kenen på
 38 [↑ja:'r] [få,]
 39 P det tidspunkt=
 40 L =koblet lidt af

- 41 (.)
42 Tid: 00:57
43 P ↑ja'r (0.6) ø:::hm::: o::g >så var det egentlig meningen jeg sku' starte< tirsdag
44 efter påske,
45 (0.3)
46 L ↓m↑m=
47 P =>hvør jeg var der en hel dag< å de:: (1.0) var rigtig hårdt ↑syn's ↑jeg
48
49 [å kom]me >der igen rent fysisk=altså da jeg kom hjem der var jeg simpelthen
50 L [↑ja]
51 P så ↑træt<
52 (.)
53 L ↓m[↑m]
54 P [å] jeg fik feber så'n omø::h (0.7) om nat↑ten
55 (.)
56 L ↓mm=
57 P =ø:::h å: så'n de næste dage så'n kombineret meø:h ondt i hovedet ondt i
58 ma[ven,
59 L [>ja<
60 (0.7)
61 P ø:::h å da jeg så endeli:g troede ↑her (0.7) fredag|lørdag >at nu sku' jeg til at
62 starte igen på mandag,<
63 (.)
64 L >°mm°<=
65 P =så fik jeg knaldende ondt i hovedet lørdag (0.5) efter at jeg havde løbet [en ik'
66 L [m↓m
67 P særlig lang tur (.) [altså] (.) under fem kilometer [i ik'] særlig højt tempo=
68 L [°mm°] [°ja'r°]
69 =>°ja ja°<
70 (0.7)
71 P å den ø:::h (0.3) jar ha::de (0.8) . hh ja'r, (.) knaldende ondt i hovedet=
72 L =m↓m=
73 P =da jeg gik i seng søndag aften os' [altså](.) hvor jeg havde ta:[get] °panodiler å
74 L [↑ja] [°ja°]
75 P så noget der° (.) [så:] (0.5) . hhh (.) Å DET ER JEG BARE [IKKE] VANT TE: (.) [Å
76 L [°ja°] [hmrr] [ne:j
77 P FÅ PÅ DEN MÅDE [DER,]
78 L [°nej°] (1.5) ø:::h men er der noget=men hva' er det for et job
79 du har; det ka' jeg ik' husk'[ø:h;]
80 P [øhm] ja:r er ju↑rist [u:di: (xxxx's)]
81 L [°du jurist°]
82 P personaleafdeling=
83 L =ja↑a (0.8) trives?
84 (0.5)
85 P >↑ja<=
86 L =er der for meget a lave [eller er det;
87 P [der er for meget at ↓lave=
88 L =↑ja ↑ja=
89 P =eller, (0.3) der er i hvert fald rigtig meget at ↓lave ja
90 (0.5)
91 Tid: 02:01

- 92 L så d- er run på, (0.2) hmrr ø::h (.) hvis du bestemte ville du skrue lidt ned for
93 blusset eller hvad; (.) °ja°
94 (0.8)
- 95 P a- t- det ved jeg ik' helt om jeg ville sig' det på den måde=
96 L =nej=
97 P =ø:::h menø:::h men men lige på det tidspunkt der var (0.4) det var simpelthen
98 bare [for meget] (.) å=
99 L [↓m↑m] =ja=
100 P =den næstø:: >hva ska man sige< (0.7) ende af tunellen hvor >jeg ku' se så'n,<
101 (.)[der] løjede det af=>det var faktisk helt fremme ved< sommerferietid, [fordi]
102 L [ja] [ja(h)r]
103 P det her det er vores travleste tid lige nu her,
104 (.)
105 L ↑ja (.) ↑ja (1.0) . h er du syge↑meldt nu?
106 (.)
107 P ↑ja, [det er jeg]
108 L [hmrr] ↑ja(h)r (0.6) å:r å hvordan med hovedpinen (0.5) er den er den
109 [ø:h (utydeligt xxxxxxxxxxx)]
110 P [den er den er i BEDRING] nu men den er ikø::h den er ikke væk som
111 [sådan]
112 L [nej nej] (0.8) og infektion-, (.) feber sagde du, (.) ikke sådan bihulebetændelse
113 L eller [snottet eller no:get;]
114 P [feber havde ja::r det va:r] det var jo natten mellem tirsdag og onsdag i
115 sss- ja for en uge siden=
116 L =↓m↑m
117 (0.5)
118 P ellers [s-] har jeg ikke haft noget så'n [feber,]
119 L [ja] [det var] bare lige sådan (.) ↑phfyt
120 (markerer noget opadgående) (0.4) [ja]
121 P [men] det m- er ik' så >atypisk for mig det
122 der med feber'n sådan går [meget højt] op å så er [væk< næsten efter en
123 L [nej nej] [. hja hmrr ja
124 P [natte]↓søvn=
125 L [ja] =. h↑ja=
126 P =. h å [det] var jo lig'som no- de- de- ff- tænkt jeg så'n lidt [fint] (.)
127 L [ja] [jahr]
128 P nok nu hø:vedet ikke det der [vir]var af [tank]er længere nu er det bare<
129 L [nej] [nej]
130 kroppen der [strit]ter imod [å] det ka' man lig'som ↓kende=
131 L [ja:↓a] [ja] =yes=
132 P =men jeg kan sgu ik' kende den (.) altså=
133 Tid: 03:04
134 L =nej (0.5) hvor sidder den hovedpine;=er det midt i hovedet; eller i
135 venstrehøjre si::de;, [baghovedet;]=
136 P [hhh] =midt i hovedet (.) [å] såd'n ret langt
137 L [ja]
138 P [fremme] syn's [jeg] ø:h=det var meget såd'n hvis jeg dre:jede hovedet
139 L [hmrr] [↓mm]
140 P [så gjorde] det meget ondt (.) [å::] hvis man så'n (0.4) hvis hvis [man] sku' ha
141 L [>ja ja<] [↓m↑m] [ja]
142 P hovedet [nedaf] eller [så'n bøje] sig [frem] over så [gjorde] det meget ondt

- 143 L [ja] [ja (.) ja] [ja] [ja]
 144 (.)
 145 L ↑(. h)ja
 146 (1.0)
 147 L ø::h er d' nogen ledsagesymptomer_ζ=kvalme, opkastninger,
 148 lysfølsomhed=ø:h lydfølsomhed=ø:hm (0.2) andre ting_ζ [dar dar,
 149 P [ø::h ikke] kvalme
 150 ik'[ø::h >det] andet der du sig'r der [men] menø:h< (0.6) altså m:: (0.5)
 151 L [nej (.) nej] [nej]
 152 P både lørdag å søndag aften da jeg gik i [seng]der=dar var det bare såd'n lidt t-
 153 L [mm]
 154 P (1.0) det va:r altså ~du h(h)avde bare lyst~ til at trække [dynen] op [over]
 155 L [↓mm] [↓mm]
 156 P hovedet [for] bare ikke at se noget lys, .hh=
 157 L [↓m↑m]
 158 L =>ja ja<=
 159 P =lyd[følsomhed ø::h] (0.5) ik' and't end jeg bare ik' gider skrig og skrå [lige
 160 L [hmrr ↓mm] [ja↓a
 161 P ved [siden af] vil jeg sig men ellers [ik'] øh=
 162 L [præcis] [°ja°] =°ja°
 163 (.)
 164 P noget andet
 165 (.)
 166 L °↓nej° (1.0) . hhhh (.) ø:h så det et SPØRGSMÅLET OM DER ER NOGET ME'H OM
 167 DET KAN VÆRE ARBEJDSRELATERET ↑ik' hh (0.5) hva' tænker du selv_ζ (1.0)
 168 Tid: 04:00
 169 L [om det=om detø:h om det er, (utydeligt)]
 170 P [ø::h men altså grunden] til jeg fik det på den måde det er jeg ik' i tvivl om er
 171 arbejdsrela[teret]
 172 L [det] var det=var det der udløste det °↑ja°
 173 P =JA'R altså vi har via mit arbejde der- så'n enøh så'n en [ordning] med så'n et
 174 L [m↓m]
 175 P . hhhh ja (.) et firma som: som stiller [såd'n] nogle stresspsykologer til
 176 L [°m↓m°]
 177 P rådig[hed=dar] har jeg været et par gange [nu her]
 178 L [↑jahr ↑ja-a] [nå, (.)] nå du er startet op_ζ
 179 (.)
 180 P >↑ja< (0.6) ja fs- hos [den der psykolog der ja (.) det] eneste: a- a:rbejde jeg har
 181 L [har h- har du været hos=til samtale]
 182 P startet op på det va:r (.) for en uge siden (0.4) en dag=
 183 L =ja (0.2) . hh men der er en sandsynli::g sammenhæng,
 184 (1.5)
 185 P den er;=
 186 L =↑ik=
 187 P =overordentlig sand[synlig ja]
 188 L [næsten] ↑ja↓a næsten [hundrede] procent [sikker,] (0.6) at
 189 P [(.) h)ja] [ja]
 190 L det kan være noget stressudløst >eller hva' ved jeg=[eller]< (0.2) hmrr de:t
 191 P [ja]
 192 L øhm, (0.5) nu nu ku' jeg se i papirerne (klik med mus)=eller i journalen=du
 193 havde jo det der (tast på tastetur) påkørsel for,=

- 194 P =↑ja [det er rigtigt]
 195 L [for nogle må]neder siden men [der] har ik'ø::h der har ikke været nogle
 196 P [°jah°°]
 197 L ef- nogle veer=efterveer af det,=
 198 P =ø:h [↓nej]
 199 L [som] sådan=
 200 P [=↓nej] det er der ik'=
 201 L [nej] =nej (0.3) så det heller ik' sand[syn°ligt°]
 202 P [JEG HAR] løbet å l- lavet
 203 [træning så] der har intet [været] med det [der
 204 L [ja'a lige præcis] [nej] [nej]
 205 (0.6)
 206 L . hh ø::hm blodtryk, ska vi lige tjek' det?
 207 (0.7)
 208 P ↑ja
 209 (0.3)
 210 Tid: 04:58
 211 L o::g (.) ø:hm (.) væskeindtag ok;
 212 (1.0)
 213 L du husker at drikke vand [å: spiser] dine måltider [å,]
 214 P [jar drikker vand] [os'] det ja
 215 (0.6)
 216 L å så videre så der er ik' noget,
 217 P å: [øh]
 218 L [der] der kan forklare,=
 219 P =har ik' [ø::h] >hva' ska' man sig' <ændret alkoholfor[brug] eller noget i den stil
 220 L [ikke,] [nej]
 221 P [der=så det bar-]
 222 L [ikke begyndt] å: ~hmhm misbruge noget [nej~]
 223 P [nej] nej=
 224 L =~hehehe~ (L rejser sig fra kontorstolen) . h ~okay lad os lige se trykket her~=ik'
 225 [fordi] jeg tror der,
 226 P [ja]
 227 (1.5)
 228 L °se her hvis du trækker ærmet op der,° (lyd fra blodtryksmålerens
 229 velcrolukning)
 230 (1.0)
 231 L men det ka' da være det er en time out du har brug for å: å noget noget
 232 coa↑ching=ø:h eller ↑hvad er det ↑det (0.3) du selv,=
 233 P =ja det [hjæl↑per] i hvert fald så'n lidt at snak' me' så'n [en] eller anden der
 234 L [↑synes] [↑ja]
 235 P [ha:r] forstand på det der [syn'n] jeg, (.) ø:hm=
 236 L [↑ja] [↑ja] =å de ve' jo gern' ha' dig hurtigt
 237 tilbage på arbejdet [↑ik'? hehe~ eller hvad? ↓nå (.) du føler dig ik' (utydeligt)]
 238 P [↓nej egentlig ik'=egentlig ik' >jar har selv sagt] at jeg
 239 egentlig godt ku' find' på at [dukke] op her [onsdag] eller torsdag i denne uge
 240 L [o↓kay] [o↓kay]
 241 P men det er jeg ik' så sikker [på, . h]<
 242 L [>nå nå<] o↓kay=
 243 P =>men de har sagt at de så egentlig meget nødigt at jeg kom i denne ↓uge<=
 244 L =↑nå ↓nå

- 245 (0.3)
 246 P s[å:: så dar] ik' øh
 247 L [nå'rm så der],
 248 (.)
 249 P [°øh°]
 250 L [dar] forståelse?
 251 (0.5)
 252 P ja↓a [altså det ik' så'n at jeg tror de] helst ser at jeg holder mig væk=
 253 L [°på på arbejds:(*udtydeligt*)] =hmrr
 254 nej↓nej o↓kay
 255 (1.0) (*L er ved at gøre klar til blodtryksmåling*)
 256 L °o↓kay° (0.5) å hvor læng' har du været der? (0.4) i det firma? [(*uttydeligt*)
 257 P [fire år]
 258 (0.7)
 259 L °↑ja'r°
 260 (1.0)
 261 L ↑. hjarh
 262 (1.5)
 263 Tid: 06:04
 264 L når jeg trykker så taler vi ik' °sammen. (0.5) trykker lige her° (0.7) k'lok (*smæld*
 265 *med tungen*) (*måler blodtrykket med en maskine der brummer*)
 266 (30.0)
 267 L ja m' det ligger fint hundredfiretyve seksoghalvfjerds. (0.7) (*L rejser sig for at*
 268 *fjerne blodtryksmåleren*)
 269 P [å hva' be]tyder det¿=
 270 L [nor↓malt] =det [normalt
 271 P [det meget normalt=
 272 L =helt [normalt]
 273 P [>okay<]. hja(h)r
 274 (1.0) (*Lyd fra velcrolukning*)
 275 L (*rømmer sig*) men du har ø:hm m- du har ik' været på: på jobbet siden (0.5) på
 276 før påske der da du blev sendt hjem=
 277 P =jo jeg var der [TIRSDAG] efter ↓påske=
 278 L [nå] =ja o↓kay=
 279 P =altså for en uge si↓den
 280 (0.5)
 281 L ja(h)r så var det lige tidligt nok så du harhh (.) jarh så det [ka' du godt,]
 282 P [>Å DET UND]rede mig
 283 lidt fordi jeg syn's egentlig hovedet var meget godt me'< altså [det] det var jo
 284 L [m↓m]
 285 P [mm:] >hva' ska' man sig'<=↑inden (.) der var det så'n hovedet der sto' af [me:
 286 L [ja] [hmrr
 287 ↓mm
 288 (.)
 289 P dar var ik' mange klare [tank]er til[bage] derop'=[å]det v- er der ik' altså det
 290 L [°↓nej] [↓nej°] [°nej°]
 291 P pro[blem] er der ik' [mer',]=
 292 L [ne:] [°nej°] =°nej°
 293 (0.6)
 294 P men [det] var så kroppen der [stod] af på [den] måde
 295 L [. hh] [°ja°] [°ja°]

- 296 (1.0)
 297 Tid: 07:12
 298 L . hh men jar tænker a vi vi:: ser tiden lidt an ø:hh hvordan du ve (.) >i forhold til
 299 dit arbejde<, (0.2) >hmrr hmrr< det styrer du jo bedre selv end jar gør ik' os',=
 300 P =m↓m=
 301 L =jar vil ikke si:ge ubetinget at du skal være sygemeldt som sådan det kommer
 302 lidt an på (.) symptomerne øh=v- hvis der kommer andre symptomer te-,
 303 stresssymptomer å:: hovedpinen varer ved=
 304 P =hva' er det jeg skal holde øje med så?
 305 (.)
 306 L ja men de:ø:h igen ø::h altså de klassiske er jo (.) det ka' være mange ting ik'
 307 ø::h de fleste mærker jo på kroppen om den er stresset eller ej ik', men å:: men
 308 for nogen kommer det bag på (*knipses*) en så'n (*knipses*) der ka' komme
 309 nogle pludselige reaktioner som du har oplevet der, (0.8) . h på på:ø:h stor
 310 arbejdsbelastning, (.) hmrr hmrr eller længere tids belastning, (0.5) . h ø::hm
 311 det ka' være akut å det ka' være=det ka' komme sni:gende det ka' komme akut
 312 ik' da::r dar er forskellige variationer, (0.5) øh i det, (0.2) . hh menø:h men men
 313 ellers handler det jo om om selvfølgelig psykiske: symptomer, (0.8) ø::h
 314 depressionssymptomer, (.) ø:hm (0.2) hjerteban↓ken svimmelhed, hovedpine,
 315 mavesmerter, (0.5) appetitløshed, ø:h å å andre, (0.8) såd'n lidt mere (.)
 316 difuse: symptome:rø::h å træthed >selvfølgelig træthed klassiske
 317 sympto↑mer< . h på: på stress, (.) hmrr manglende energi å så vi ovre i det
 318 depressive måske ik',=hvor (.) . hh hvor det ka' være svært at skelne mellem en
 319 depression å:: å (.) å en stresstilstand ik, [som] har varet i et styk' tid,
 320 P [mm]
 321 (.)
 322 P ↓mm
 323 (0.2)
 324 L . hhh så lyt til KROPPEN, å å vend tilbage hvis der kommer noget ↑til (0.5) ↑ik'
 325 (.) lyt teø:h de gode råd fra: fra psykologen der [å] lad os se hvor det bærer hen,
 326 P [↓mm]
 327 (3.0)
 328 L . h dar ingen grund til at gå videre med d- med noget lige nu,
 329 (0.2)
 330 P okay=
 331 L =når det er sådan rela[tivt] øh kort(h) øh forløb ik' ø::hm å du er jo motiveret
 332 P [na↓aj]
 333 L for (0.3) å du ka' li' dit arbejde å så videre så der er en masse positivt os',=
 334 P =mm (0.3) er der noget jeg ik' må gøre?
 335 (0.8)
 336 L ja men du må gern' Ø::H dit blodtryk er ik' tårnhøjt, du må gern' komme ud å
 337 løbetræne [å å] lave noget fy[sisk ik' å,]
 338 P [okay] [HVORD-] hvorfor tror du det kommer lige efter
 339 såd'n en løbetur der?
 340 (1.5)
 341 Tid: 09:05
 342 L ø:::h pjahhh ja: det phø:h godt spørgs↓mål (.) det ved jeg ik' a-=der fik du
 343 lig'som en genopblussen af det eller hvad?
 344 (1.0)
 345 P altså så voldsom hovedpine [har jeg] ik' haft tidligere [i forløbet] vil jeg [sig'
 346 L [°ja ja°] [°nej nej°] [nej]

- 347 P altså [så:]
348 L [altså] du (ska' jo)=ska' ik' løbe mens du har hovedpine eller er der bare
349 snerten [af hovedpine, nej]
350 P [DET VAR DER HELER IK'] inden (.) ø:h å jeg syn's sgu [ik'] jar løb
351 L [nej]
352 P [sær]lig hurtigt [altså]
353 L [nej] [jeg] ved ikke ø:hm mmmv jeg ved ik' hvor det har jeg ik' nogen
354 fornuftig forklaring på,
355 (0.3)
356 P °okay°=
357 L =men hvis du har hovedpine sk' du selvfølgelig ik' løbø:h det klart (.) ø:hm (.) .
358 hh å hvis du har=>altså nu havde du < feber os' ik', der har været noget feber
359 [infek]tion, >man skal heller ik' løbe når man er inficeret< [eller] har en (.)
360 P [°mm°] [°nej°]
361 L infektion med feber [så] sk' man os' holde sig i ro ↑ik' . hh
362 P [mm]
363 (1.5)
364 L godt med væske,=husk at få: få drukket noget vand i løbet af dagen ik' å å få
365 sluppet af [å] hehehø .h (0.5) ↑ik' [å] så må vi se å så bestemmer du jo selv
366 P [°mm°] [ja]
367 L hvornår du, (0.5) vil tilbage °på°,
368 (0.5)
369 P jaJa (.) [den er altså den øh] de go'e råd jeg har fået=
370 L [på jobbet ↑ik' hmrr] =↓m[m]
371 P [ø:h] (0.8) ve- den her
372 stresspsykolog ja det e::r (0.2) at ø:h (0.5) >fastsætte på forhånd hvor mange
373 timer jar er der de enkelte [dage,]
374 L [↓m↑m]
375 (0.2)
376 L ja=
377 P =å så holde den aftale, (0.2) [os'] (0.2) . hhja=
378 L [ja] =ja
379 (0.2)
380 P °↓ø:::hm° (0.5) det (0.5) ~s-s-ska jar jo så se~ å få implementeret nu her,
381 (.)
382 L ja=
383 P =på et eller andet °tidspunkt°
384 (.)
385 Tid: 10:14
386 L . hhhh å det klart hvis dar bli'r mu- ø:h brug for at kig' lidt mer' på på på ø:hm
387 arbejdstilrettelæggelse=måske:: sygemelding på lidt længere sigt, å å ø:h
388 eventuelt redu- sss- ø:h hva' hedder det øhm (.) hmrr en en reduktion af
389 arbejdstid å så videre=så ska' man lave en mulighedserklæring,
390 (0.3)
391 P dem kender jar ↓godt=
392 L =dem kender du ↑ik' (.) [ja] nå ja du er jo i °personale[afdel]ingen° [jaJa] så så
393 P [ja] [ja] [↑. hja]
394 L ~[så] det noget med man må prøve å (.) [. hh] se om man ik' ka' finde en go'
395 P [(jo,)] [ja]
396 L løsnig på [det] ↑ik'~ så får man jo lig'som (0.3) . hh den anden side
397 P [jo]

- 398 L arbejds-giversiden med ↑ik' [ind] i i en °dialog ↑ik'°=
 399 P [jo] =ja . hja=
 400 L =°å det ka' jo være fornuftigt i° nogle til↑fælde
 401 (.)
 402 P ja
 403 (1.0)
 404 L . h så (0.5) men du velkommen til↑bage (0.3) [michael] hvis det er=nu har vi jo
 405 P [(det i orden)]
 406 L lig'som hørt (1.0) jar syn- det lyder ik' alvorligt ø::h men man ska' pas' på sig
 407 selv, (1.0) å å at tingene ik' udvikler sig,=
 408 P =mm=
 409 L =å å fint a reagere (.) som du gør,
 410 (0.2)
 411 P °↑. hja° (0.7) o↓kay
 412 (0.2)
 413 L å så håbe at det (*pifter sagte og laver håndbevægelse for at signalere "ro på"*)
 414 (0.8)
 415 P . hh >↓fint< JAR [JO] EG'NTLIG GLAD NOK [FOR DET] MED BLOTTRYKKET [DER
 416 L [↑ik'] [hmrr hmrr] [JA
 417 FOR JAR TÆNK'T] FAKTISK OM DET VAR DEN om det var den der TRYKkede
 418 l ↑JA↓A ↑JO↓JO]
 419 P såd'n lidt så [man:,]
 420 L [det] ska' man altid tænke[ø::h] ja↓jarh=
 421 P [ja] =ku' det udvi- altså ka' det
 422 udvis' sig i (.) hoved↑pine eller [↑hvad]
 423 L [↑ja↓a] sagtens=jar har da folk der kommer
 424 (0.2) å debuterer me- hovedpine å så viser det sig et tårnhøjt blodtryk ↑ik'=
 425 P =ja
 426 (0.3)
 427 L måske ik' så mang' lige i din alder menø:h det starter jo deromkring °↑ik'°=
 428 P =ja (.) . hja
 429 (0.5)
 430 L °så:°
 431 (1.5)
 432 P okay=
 433 L =fair nok
 434 (0.2)
 435 P ↑JA=
 436 L =↑yes
 437 (0.5)
 438 P okay
 439 (.)
 440 L ~det godt~
 441 Tid: 11:30

Bilag 2 – Samtale 2

Kvinde, 87 år. Har åndenød og taler derfor besværet. Medbringer en ledsager – måske en veninde eller datter. P har forinden været til hjertespecialist, som mener, hun skal sendes til en lungespecialist.

L=lægen, P=patienten, G=gæst/ledsager

- 1 Tid: 0.27
 2 L kom du hen og tag plads.
 3 (2.0)
 4 (*P hoster og bevæger sig hen til stolen hjulpet af sin ledsager*)
 5 (1.0)
 6 (*P hoster*)
 7 (2.0)
 8 L du har været oppe på Christianskli[↓nikken]
 9 P [↑ja (0.2)] det har ↓jeg (.) åh: (.) I har fået
 10 besked ↑ik'=
 11 L =↓yes (.) [men] fortæl med egne ord hva' (.) . h (.) hva' der skete å . h hva'
 12 P [ja]
 13 L da(h)r=hva' du har fået af besked,
 14 (4.5)
 15 P . hh faktisk ikke fået andet end hva' der står (.) på sedlen,
 16 (0.5)
 17 L nej_i
 18 (0.7)
 19 P jahr har fået en pf- hh (0.7) en kopi . h hhh
 20 (1.5)
 21 P hhh
 22 (2.0)
 23 P hh[h]
 24 L [å] det der sto' h (.) det va:r at umiddelbart var der ikke n[ogen
 25 P [nej
 26 L forklar_{ing}=
 27 P =nej=
 28 L =(.) på . h på hva' det he:dde::r (.) p-på din dit åndenød via ↓hjertet
 29 (.)
 30 P nej
 31 (1.0)
 32 L <de:t e:r rigtigt forstået?>
 33 (.)
 34 P ja(h)r
 35 (.)
 36 L ↓jarh (0.4) . hhh,
 37 (1.0)
 38 P å sag' den der udvidelse der var . h at (.) (aorsa) det sku: jeg ikke tage
 39 noget af for det var ik' noget der be↑tød noget °[i for]hold til°,
 40 L [nej]

- 41 (1.0)
42 L niks.
43 (0.3)
44 P °↑'ing °
45 (1.5)
46 L . h (slår smut med tungen) (2.0) o:g=h så nævnte han noget om noget
47 ↑lungemedi↓cin
48 (.)
49 P ↑ja(h)r
50 (2.0)
51 L <°hva' sagde han til dig de:rζ°>
52 (1.5)
53 P <ikke ud over at> (0.5) . h at han ville anbefale det (1.0) °å a jeg kom te: en
54 lunge(h)mediciner° . h [å] fik kigget >på ↑det< h hrrrr hrr (1.5) °°f'di°°
55 L [↑jahr]
56
57 P hmrrr=fordi han kunne ik' se (.) noget °i forbindelse me:°
58 (0.6)
59 L °na:j°=
60 P =altså de:t den undersøgelse han (0.4) foretog=der var ikke [noget,
61 L [°na:j°
62 (0.5)
63 P . hh [hh]
64 L [>nej] det jar f- de- det jeg bliver såd'n lidt forundret over,<=
65 P =°ja°
66 (.)
67 L det er hva:: hva' lungemedicinerne egentlig ka' <↑jhidrage> ↓med (1.0) . h fordi
68 vi ve' jo ud[mærket] godt at du har den h (.) altså [den] (.)
69 [hh] [hh]
70 L §lungefunktionsnedsættelse§ som du nu [↓har]
71 P [h] °ja::(h)r° h [æ]
72 L [ø:h] å >ku' man
73 måsk' sig-< der får du: ø: i hvert fald den behandling som (.) svarer
74 der↑til
75 (0.5)
76 P .h ja=
77 L =ik? å >det jeg kunne forstå nu k-=altså det mest=det[jo] mest Flemming
78 P [hh]
79 L Hansen der har vær't involveret [der] . h men det ve' sig'< okay vi ve
80 P [↑ja(h)r]
81 L gerne ha' (0.7) en (.) hertespecialists vurdering af at det ik' er noget med
82 hje:rtet=
83 P =ja
84 (0.8)
85 L 'ingζ (0.7) (smæld med tungen) å >så har han så sagt fint nok< det er det ik',
86 (.)
87 P ja(h)r (2.0) [hh]
88 L [og]=ø:h (0.5) >nu var det så fordi<=[ø:h] (0.7) ↓jarh (0.5) . h >for
89 P [h]
90 (P ser på L med et opgivende ansigtsudtryk)

- 91 min skyld må du gern' k- kom til en lungemediciner det de::t det [det]
 92 P [h]
 93 L slet ik' det, (.) altså men< det ser ud som om at der er fuldstændig hold på din,
 94 (.)
 95 P .h [hh]
 96 L <[°på] din lungelidelse°,>
 97 Tid: 2:48
 98 (0.2)
 99 P .h °jeg ved ik' hv- ska' sig' for jeg har ik'° (1.0) h (1.0) mang' gang' må j- sid' op,
 100 (.) i en [stol,] (0.6) .h å (0.7) i mange nætter (0.3) sid'r=jeg har en
 101 L [hm]
 102 P en elevationsseng °der så'n° ka'=
 103 L =hm↑m
 104 P (.) .h (0.7) å den er altså næsten oppe på højeste ↑trin
 105 (.)
 106 L ↑hm
 107 (0.7)
 108 P å det=såd'n sidder jeg om nat↑ten (.) .hh h (P *hoster*) °ja(h)r ved ik'°
 109 (0.7)
 110 L °hm↑m°=
 111 P =°°nu ska du se her°° (P *tager papir frem fra tasken*) (2.0) har skrevet lidt op
 112 [over] såd'n hvor TIT jeg ta'r den=
 113 L [↑jarh] =hm[↑m]
 114 P [det] her berodual=å nu har jeg jo
 115 °°begyndt på den sp-°° (P *prøver at få få luft*) °spiriva°
 116 (.)
 117 L ↑jarh
 118 (1.8)
 119 P .hh hhhh (0.5) °°jeg ved ik' .hh om det har gjort meget forskel°°
 120 (0.5)
 121 L det syn's du ik'¿=
 122 P =°°nej°° .h=
 123 L =°hm°
 124 (.)
 125 P °syn's jeg ik'°
 126 (0.5)
 127 L °°hm°°
 128 (0.3)
 129 P °for jeg har i hvert fald ikke fået det bedre,°
 130 (0.2)
 131 L ↓ne:j
 132 (1.0)
 133 P .hh (*smæld med tungen*) det er lige som om at det ta'r til (1.0) med den
 134 ånde↓nød
 135 (0.3)
 136 L ↓mm
 137 (1.0)
 138 P så: (0.8) °°derfor syn's jeg de:t °° (0.8) ja jar ved ik' (.) jar kan jo ik' f-
 139 (1.0)
 140 L °↓nej °

- 141 (0.3)
142 Tid: 3:50
143 P he sss- (*P griner lidt*) [hmf]
144 L [men] altså [så::] er det fint nok [altså] så bli'r du: så bli'r
145 P [(mm)] [hhh]
146 L du henvist fordi >så ka' man sig' < så er du blevet set af specialister både
147 inden for [lung]e og inden for for hjerte å det er [det] der ka' ka' gi' ø:h
148 P [ja] [ja]
149 L (0.3) k- kan man sige ka' s-=de de to (*P hoster*) (0.6) specialer ka' ha'
150 noget me [med] åndenød å gøre=sådan så vi er sikker på at der ikke
151 P [ja:r]
152 L blir [overset °noget°,
153 P [ja fordi: h] (0.5) øh: (0.8) jeg ka' ik' husk' om det var hos dig jeg var
154 nede .h jeg havde lungebetændelse der første °°januar°° [. h] hmrr hmr hmr
155 L [↑jahr]
156 P å det kom jeg vel sådan set (1.5) °°over eller°°=
157 L =jarh
158 (0.5)
159 P men det har ik- været godt siden
160 (0.2)
161 L det har [det ik'¿]
162 P [der har] jeg haft såd'n en åndenød å . hh så besvær med at få
163 luft,=
164 L =↑jarh
165 (1.5)
166 P (*slår smæld med tungen*) så: hhh (1.5) . hh °så jeg vil sig' hvis der ku' gør's
167 noget°=
168 L = ja det [↑klart]
169 P [at DET] KU- let ' lidt for det her ↑de(h)t (.) det næsten=
170 (*L vender sig mod computeren*)
171 L =men ind til duø:h h (*klik med computermusen*) ind til januar var der ik'=ø:h,
172 (0.8)
173 P hhh=
174 L =var der ikke noget såd'n [specie:lt?°nej,]
175 P [>NE] det var ik' alt- t- ts- så har det været som det
176 har som det har været i lange tider< . h [som] han (.) °jeg ved ik'
177 L [↑ja(h)r]
178 P om det h er jer der skriver det eller det (0.5) er hjerte (.) specia[listen°
179 L [hm↑m
180 P at det har været sådan nogenlunde (1.0) det samm' (0.6) .hh men altså siden
181 °°jeg havde den lungeb-°° (.) .h lungebetændelse i januar, (.) så har det jo altså
182 vær't (0.5) °jo syn's helt ↓galt° . hhh hhh
183 Tid: 05:05
184 (2.0) (*L kigger på skærmen og klikker på musen*)
185 P hh[h]
186 G [men] var det ikke nogenlunde sidste år ved samme tid at vi var ved læge osse
187 hvor at (.) a han snakkede om spiriva [og så blev det aldrig] til noget
188 P [jo han talte om spiriva ja]=
189 L =m↑m=
190 P men jeg ved ikke rigtig hvorfor det ik' rigtig kom (0.5) .h deøh hh [det var nok

- 191 G [nej det ved
192 P sku' ventet til] næste gang jeg kom [men det] ved jeg ikke jeg kom ik' i gang
193 G (jeg heller ha ik')] (*utydeligt*) [ja:rh]
194 P med det der,
195 (*L klikker gentagende gange med computermusen, kigger fortsat på skærmen*)
196 (0.5)
197 P .hh hhh °°jarh tog de jo så her (0.5) for for fjorten dag' (.) otte dage siden eller
198 så nog'°°=
199 G =jarh
200 P (.) . h før påske (*P hoster*)
201 (1.0)
202 G men det med at du er nødt til at sidde op om ↓natten=
203 P =[hm]
204 L [↑ja:rh]=
205 G =de:t er kommet efter lungebetændel[sen,
206 P [>jarh<
207 (.)
208 G °ja°
209 (0.5)
210 P . hhh hhh
211 (*L klikker gentagende gange med computermusen*)
212 (3.0)
213 P så der er sket hh en forandring siden,
214 (1.5) (*L klikker videre med computermusen*)
215 til det hh (1.0) ↓dårligere [°altså] hvis du°=
216 L [ja:rh] =men hvornår er det sidst vi har lavet
217 pu:steprøve på dig_i=det da [ik' så længe siden er det] det? [ø:h] syn's jar da
218 P [det ik' så læng siden] [°nej°] (*host*)
219 Tid: 06:00
220 (3.0) (*L klikker videre med computermusen*)
221 P hhh
222 (1.0)
223 L det var her i marts?
224 (1.0)
225 G °°↓ja det er [ik'] særlig længe [siden]°°
226 P [marts?] [ja °det] det ska nok pas'°
227 G . h ↑ja:h
228 (11.0) (*P trækker vejret besværligt med hørlige ud- og indåndinger. L kigger på*
229 *computerskærmen*)
230 L den var da slet ik' så dum,
231 (1.0)
232 P °nej°
233 (1.0)
234 L hhh=men altså det jo:h=det nytter jo ik' noget hvis det er [sådan] at du har
235 P [ja]
236 L be↑svær,
237 (0.7)
238 L . h[h]
239 P [jeg] må sig' jeg har meget be↓svær=[jar ved ik'] HVA' ska' man sig'=nu som
240 L [jar ska' lig',]

- 241 P i ↑dag (.) [så] det=så det rigtig °°°slemt°°° så ka' jeg jo dårligt sige noget,=
242 L [jahr]
243 =↑jarh
244 (P hoster)
245 (1.0)
246 P .hhh men så ka' jar jo så godt ha' en dag hvor jar (0.7) °°hvor det°° °hvor det er
247 såd'n nogenlunde°
248 (0.3)
249 L m↑m (L kigger på computerskærmen)
250 (0.5)
251 P hh men h (1.0) natten=natten å (laver smældende lyd med mundvige) (0.5)
252 °den er ik' ↓go' å så [ind] til middag°,
253 L [mm]
254 (1.0)
255 L .hh jeg ska' li:g=ø:h sikre mig hva' du får af medicin fast=du får (1.0) for
256 lunge=der får du berodual,=
257 P =ja
258 (1.0)
259 Tid: 07:00
260 L du får=ø::h (1.0) spiri↑va
261 (.)
262 P ja(h)r
263 (.)
264 L ↓jah=
265 P =den har jar fået i otte ↑dage
266 (0.3)
267 L ja(h)r (0.5) o↓[kay]
268 P [°eller] ti dage måske°=
269 L =°↓jar° .hh
270 (1.5)
271 G °det må blive lidt mere end ti dage°=
272 L =<å det han ha:r (.) skrevet der det var at> (klikker med computermusen)
273 (8.0) (P hoster og hiver efter vejret)
274 L °at (0.5) funktionen var sådan men° (1.0) (slår smæld med læberne) . hhh YES
275 MEN HVE' DU HVA: (.) JAR LAYER EN HENVISNING TIL LUNGEmedi↑cinerne
276 (.) å det er fra storkevej (.) tre du ska indkaldes,
277 (0.5)
278 P jarh=
279 L =ja=du får et brev derfra,
280 Tid: 07:36

Bilag 3 – Transskriptionssymboler

,	komma	fortsættende global intonation
.	punktum efter ord eller stavelse	final global intonation
?	spørgsmålstegn	stigende global intonation
¿	omvendt spørgsmålstegn	let stigende global intonation
tryk	understregning	markeret tryk
:	kolon	lydforlængelse
↑	lodret opadgående pil	opadgående lokal intonationsbevægelse
↓	lodret nedadgående pil	nedadgående lokal intonationsbevægelse
(.)	punktum i parentes	mikropause i talen
(0.7)	tal i parentes	pause i talen, pausens længde i sekunder
§	paragraftegn	overdreven tydeligt eller korrekt udtale
<langsomt>	indadvendt "krokodillenæb"	udtales langsomt
>hurtigt<	udadvendt "krokodillenæb"	udtales hurtigt
'	apostrof	afsnuppet stavelse
[firkantet venstrestillet klamme	overlap begynder
]	firkantet højrestillet klamme	overlap slutter
~smilende~	omvendt åben halvcirkel	smilende stemme
.h	punktum før h	hørlig indånding
h	h alene	hørlig udånding
(h)	h i parentes	hørlig udånding markeret midt i ord
°svagt°	gradtegn	ytres med svag/lav volumen
°°hvisken°°	dobbelt gradtegn	ytres med meget svag/lav volumen
HØJ VOLUMEN	kapitæler	ytres med høj volumen
=	lighedstegn	en efterfølgende tur (eller turenhedskonstruktion, hvis lighedstegnet optræder turinternt) direkte påhængt den forudgående
(utydeligt)	parentes omkring ord	usikkerhed om indholdet
(klapper)	parentes omkring ord i kursis	fysisk handlingsforløb
hmrr	lydord	hoster eller rømmer sig

Med inspiration i Nielsen & Nielsen (2005)