

Titel:	Konversationsanalyse af læge-patient-samtaler Status, overblik og muligheder
Forfatter:	Søren Bech Nielsen
Kilde:	<i>NyS – Nydanske Sprogstudier</i> 38, 2010, s. 10-38
Udgivet af:	NyS i samarbejde med Dansk Sprognævn
URL:	<a href="http://www.nys.dk">www.nys.dk</a>



© NyS og artiklens forfatter

## Betingelser for brug af denne artikel

Denne artikel er omfattet af ophavsretsloven, og der må citeres fra den. Følgende betingelser skal dog være opfyldt:

- Citatet skal være i overensstemmelse med „god skik“
- Der må kun citeres „i det omfang, som betinges af formålet“
- Ophavsmanden til teksten skal krediteres, og kilden skal angives, jf. ovenstående bibliografiske oplysninger.

## Søgbarhed

Artiklerne i de ældre NyS-numre (NyS 1-36) er skannet og OCR-behandlet. OCR står for 'optical character recognition' og kan ved tegngenkendelse konvertere et billede til tekst. Dermed kan man søge i teksten. Imidlertid kan der opstå fejl i tegngenkendelsen, og når man søger på fx navne, skal man være forberedt på at søgningen ikke er 100 % pålidelig.

# Konversationsanalyse af læge-patient-samtaler

Status, overblik og muligheder

**SØREN BECK NIELSEN**

Konversationsanalysen (CA) blev grundlagt i Amerika i 1960'erne og rodfastet i 1970'erne. Siden har CA som akademisk metode ekspanderet støt, også på det europæiske kontinent. CA bliver brugt til at undersøge hvordan mennesker benytter sprog og gestik til at handle og skabe fælles forståelse med i interaktion med hinanden. Analyseobjektet er sprog og gestik som det udfolder sig sekventielt, dvs. i rækkefølge:

The basic idea of CA is so simple that it is difficult to grasp: CA studies what an utterance does in relation to the preceding one(s) and what implications an utterance poses for the next one(s). (Arminen 2005: 2)

Mange studier har efterhånden dokumenteret at samtaledeltagere igennem hvert eneste verbale bidrag viser deres partnere hvordan de har opfattet disse øvrige samtaledeltageres forudgående bidrag. Sekventielle analyser kan derfor vise hvordan folk forstår hinanden, eller i det mindste hvordan de viser at de forstår hinanden. Undersøgelserne bygger stort set altid på optagelser (lyd eller video) af interaktioner som finder sted "naturligt", dvs. at deltagerne ikke bliver bedt om at møde op specifikt til optagelse og især ikke bliver instrueret i at opføre sig på en bestemt måde. I de første par årtier af konversationsanalysens historie, dvs. 1970'erne og 1980'erne, studerede grundlæggerne og deres elever især (men ikke udelukkende) optagelser af såkaldt hverdags samtale mellem venner, familie eller bekendte i private omgivelser. Sigtet var at finde meget generelle tendenser, blandt andet for hvordan folk skiftes til at tale (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974), hvordan man retter sine egne eller andres ytringer (Schegloff, Jefferson &

Sacks 1977), eller hvordan man responderer når andre foretager en vurdering af noget (Pomerantz 1984). I de seneste par årtier, dvs. 1990'erne og 00'erne, er der sket et skifte i retning af at langt flere udøvere nu især (men ikke udelukkende) studerer optagelser af såkaldte institutionelle interaktioner. Det skal dog pointeres at dette skifte i datamaterialet tilsyneladende overvejende har konsekvenser for konklusionerne, ikke for metoden som sådan. Hvis man sammenligner med diskursanalyse, der i dag nærmest er en paraplybetegnelse for et væld af meget forskellige måder at lave socialvidenskab på, hedder det sig at konversationsanalyse fremstår forbløffende ensartet (Have 2006a).

Interaktioner er institutionelle når de finder sted i arbejdsrelaterede situationer, og navnlig når deltagerne er optagede af at udføre arbejdsrelaterede opgaver. Deltagere kan enten bestå af udelukkende professionelle eller af professionelle og lægfolk. Et mønstereksempel på en institutionel interaktionsform er læge-patient-samtalen. Den er et varmt emne, formodentlig den institutionelle interaktionsform som i størst omfang er blevet undersøgt med brug af CA. Toneangivende forskere tæller bl.a. Christian Heath, John Heritage, Tanya Stivers, Douglas W. Maynard, Anssi Peräkylä, Jeffrey D. Robinson, David Greatbatch, Elisabeth Boyd, Candace West, Richard Frankel, Paul ten Have, Virginia Teas Gill og Paul Drew. To foreløbige milepæle er udgivelsen af dobbeltnummeret af tidsskriftet *Text* 21 (1/2) i 2001 og i 2006 udgivelsen af antologien *Communication in Medical Care* (Heritage & Maynard 2006). Der kan derfor være god grund til 1) at danne sig et overblik over tendenser i disse undersøgelser og 2) at gøre status over hvad de samlet set kan og ikke kan fortælle om læge-patient-samtaler. Det er disse to ting som er hensigten med denne oversigtsartikel. Som oversigtsartikel indeholder den en masse referencer og den heldigste bivirkning artiklen kunne tænkes at medføre, er at give læseren lyst til selv at læse nogle af primærteksterne. En temmelig udførlig supplerende liste kan findes på denne adresse: <http://www.paultenhave.nl/medbib.htm>. Den allerheldigste bivirkning ville være at give læsere lyst til selv at prøve kræfter med at lave konversationsanalyse.

Artiklen skal læses med det forbehold at de fleste af de resultater som beskrives og diskuteres, stammer fra amerikanske eller britiske undersøgelser (nogle dog også fra hollandske og finske undersøgelser). Det er således ingen selvfølge at fænomenerne også optræder i danske sammenhænge og navnlig ikke i samme omfang. Men det skal dog siges at der til denne artikel er brugt et korpus bestående af 53 videooptagelser (cirka 11 timers optagelser) af almindelige praksis-konsultationer i en større lægeklinik i hovedstadsområdet. I denne artikel bruges korpusset til at illustrere de diskuterede fænomener. Og det viste sig uproblematisk at finde sådanne eksempler. Optagelserne er foretaget af forfatteren med alle deltageres skriftlige samtykke. De er transskriberet af forfatteren i overensstemmelse med de almindeligvis brugte CA-notationsprincipper (se fx Femø Nielsen, Steensig & Wagner 2006). Derudover benytter jeg mig af omkransende smileys til at betegne smilende stemme uden direkte latterudråb.

#### **FORSKELLIGE TILGANGE TIL AT UNDERSØGE LÆGE-PATIENT-SAMTALER**

Forskere fra mange forskellige traditioner, såvel humanistiske, samfundsvidenskabelige som medicinske, deler en interesse for at undersøge hvordan læge-patient-samtaler forløber. Det første spørgsmål som adskiller flere af dem, er: Hvad udgør datamaterialet? Hvis man ser bort fra bl.a. kulturanalytiske og didaktisk rettede studier som typisk tager udgangspunkt i henholdsvis historiske kilder og rollespil, melder tre muligheder sig:

- Deltagernes udtalelser om samtalerne
- Observationer af samtalerne og indblik i diverse dokumenter
- Optagelser af samtalerne.

Den formodentlig hyppigst anvendte metode er at forsøge at elicitere læger og patienters oplevelser af forløbene gennem enten spørgeskema, interview eller fokusgruppesamtale. Det er den foretrukne metode blandt medicinere. Især blandt samfundsvidenskaberne finder man endvidere etnografiske undersøgelser hvor analyserne bygger på ob-

servationsnoter og indblik i journaler og andre dokumenter. Endelig findes der en række traditioner som optager samtalerne på bånd eller video. Her kan man skelne mellem dem som bruger optagelserne til at udfylde kodningsskemaer med diskrete kategorier, og dem som transskriberer dem. Blandt førstnævnte finder man RIAS som står for *Roter Interaction Analysis System* (se fx Roter & Larson 2001, 2002). Her gælder det at de udfyldte skemaer som viser mønstre for hvordan samtalerne er forløbet, er datamaterialet. Selve optagelserne kan kasseres når kodningen er foretaget. Og der foreligger ingen udskrift. Det er en eksplicit pointe at analytikeren ikke skal bruge unødigt lang tid på omstændelig transskribering (Roter & Larson 2002: 244). Derved adskiller disse traditioner sig fra bl.a. kritisk diskursanalyse (CDA efter *critical discourse analysis*) og især fra CA, hvis udøvere bruger særlig lang tid på at transskribere optagelserne detaljeret.

Som antydnet skal man være forsigtig med at generalisere over diskursanalyse, men i hvert fald inden for den mere kritiske del af slagsen er der tradition for at bruge læge-patient-samtaler som et mønstereksempel på magtfulde møder (se fx Fairclough 1989: 2 og 44-47) og for at undersøge på hvilke måder læger udøver deres magt til at styre samtalerne. Mishler (1984) viser at det medicinske perspektiv dominerer over det personlige i kraft af stram styring: Lægen stiller spørgsmål, patienten svarer, lægen responderer på svaret og stiller et nyt spørgsmål. Fairclough (1992: 144-149) viser endvidere at selv når konsultation ikke er båret så meget af spørgsmål-svar, så styrer lægen alligevel forløbet ved at trække på ressourcer fra andre og mere hverdagsprægede samtalegenrer. Wodak (1997) viser at den kaotiske hverdag på visse hospitalsafdelinger får lægerne til at behandle patienter som passive genstande uden mulighed for selv at give udtryk for deres perspektiver.

Konversationsanalytikere har også til dels været optaget af at belyse sådanne magtrelationer. Men det har snarere været med henblik på at gøre op med antagelsen som blandt andet CDA beskyldes for, nemlig at magtrelationerne altid er til stede og altid er aktuelle. I stedet argumenteres der for at de er noget som deltagerne aktivt opretholder ved at orientere sig imod og periodevis aktualisere (Maynard 1991; Have 1991). Desuden har det været med henblik på

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 patienternes ønsker eller forventninger (Heritage 2005). Men spørgsmålet om magt er dog ikke det som har fyldt mest. De fleste konversationsanalytiske undersøgelser har beskæftiget sig med at kortlægge hvilke interaktionelle metoder deltagerne benytter sig af til at skabe fælles forståelse med, og hvordan disse metoder tages i brug. Det kunne eksempelvis være patienternes sygdomsbeskrivelser som blandt andet kan antage narrative (Halkowski 2006), symptom-beskrivende vs. forklarende (Gill & Maynard 2006) eller selv-diagnostiske (Frankel 2001) former. Disse og beslægtede studier viser at handlingerne som parterne foretager under læge-patient-samtaler, samkonstrueres ned i meget fine detaljer. Parterne afstemmer handlingerne med hinanden. Herved når vi frem til sagens kerne for denne artikel. 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. En del af dem vil blive illustreret her i artiklen, systematiseret i fem spor som man kan finde i konversationsanalytiske undersøgelser af læge-patient-samtaler: sekventielle analyser af henholdsvis den lokale og den overordnede samtaleorganisering, multimodale analyser, komparative studier og kvantitative analyser. Sporene er ikke gensidigt udelukkende, faktisk forudsætter det første spor, i hvert fald i en CA-forståelse, kvalificerede studier af de resterende fire. CA startede som et rent induktivt forehavende hvis formål det var at finde ud af hvordan samtaler er organiserede. I tråd med dette stadig udbredte ideal er et spor som eksempelvis det femte, kvantitative analyser af læge-patient-samtaler, betinget af opdagelser gjort inden for spor et: Kvantificering forudsætter grundig afdækning af hvilke elementer samtalerne er opbygget af.

De fem spor vil i det følgende blive diskuteret enkeltvis.

## **SPOR 1: SEKVENTIELLE ANALYSER AF DEN LOKALE SAMTALE-ORGANISERING**

Ifølge diskursanalytikeren Elliot Mishler (1984) kan den typiske læge-patient-samtale beskrives med den generiske struktur spørgsmål-svar-respons. Derved minder samtaleformen strukturelt om undervisningssammenhænge: Læger og lærere stiller spørgsmål og forholder sig efterfølgende til patienter og elevers svar. Et tydeligt (og forventeligt) spor i konversationsanalytiske studier af læge-patient-samtaler har været at undersøge hvordan parterne løbende udformer deres taleture, og hvordan taleturene fordeles. Fokus er på hvordan parterne gennem disse taleture forsøger at opnå fælles forståelse omkring lidelserne. Ofte er der fokus på de udfordringer som deltagerne må forholde sig til igennem deres adfærd. Det kan være når parterne ikke begge har visuel adgang til hinanden og sygdomstegnene, som når patienter ringer til lægevagten (Drew 2006). Eller det kan være når en legitimering af lægebesøget kan opleves som nødvendig at foretage af patienten (Heritage & Robinson 2006). Nogle studier viser også hvordan og hvornår parterne direkte misforstår hinanden (West & Frankel 1991).

Der er dog blandt konversationsanalytikere ringe tilslutning til antagelsen om en generisk struktur som kan indfange essensen af læge-patient-samtalerne. Undersøgelserne lægger i stedet vægt på det kontekstsensitive ved hvert eneste bidrag til samtalerne. Rigtig meget af samtalerne forløber ganske rigtigt som spørgsmål, svar, respons og nye spørgsmål (se Heritage 2010 for diskussion af omfanget og betydningen af det). Men strukturen er ikke mere fastlåst end at patienter kan omgå den og ofte gør det når de ønsker at gøre andet og mere end bare at besvare spørgsmålet (Robinson 2001; Stivers & Heritage 2001). Endvidere sker der også rigtig mange andre ting. Og det kan give et mere præcist billede af situationen hvis man forholder sig til de ting som deltagerne påviseligt forholder sig til når de udformer deres tale. En række undersøgelser dokumenterer hvordan lægen igennem spørgsmålsdesign forholder sig til patientens journal, historie og generelle situation. I Danmark beder læger patienter forklare hvad de lider af med spørgsmål som ”hvad kan jeg gøre for dig?”, ”hvad kan jeg hjælpe dig med?” og ”hvad siger du?” etc. I henholdsvis Amerika (Robinson 2006a) og England (Gafaranga & Britten 2005) er der på-

vist en sammenhæng mellem spørgsmålets ordlyd og konsultations karakter: ”What can I do for you?” formuleres når en patient møder op akut med en ny lidelse, ”how are you feeling?” bruges under opfølgningssamtaler og ”what’s new?” bruges i forbindelse med kroniske lidelser. Så langt, så godt. Men behøver man virkelig hele konversationsanalysens tunge apparat for at påvise dette? Næppe, men CA-metoden gør det til gengæld muligt at afdække hvilke umiddelbare konsekvenser spørgsmålsformaterne afstedkommer. Formaterne er nemlig genkendelige for patienterne. Når de bliver stillet det ene eller det andet spørgsmål, opfanger de hvordan lægerne opfatter besøget. Og somme tider forhandler de konsultationens karakter ved at anfægte spørgsmålets udformning, eksempelvis hvis de ønsker tilladelse til at beskrive nye lidelser, eller hvis de ønsker at tidligere diskuterede lidelser tillægges større vægt. Således bliver sproget en ressource til at skabe og forhandle den institutionelle sammenhæng.

Et andet eksempel på at lægen forholder sig til patientens særlige omstændigheder, ses når de spørger ind til vedkommendes historie. Boyd & Heritage (2006) dokumenterer en tendens til at læger indhenter oplysninger med såkaldte optimerede spørgsmål. Mange spørgsmål i almindelighed, måske de fleste, har det med at indlejre spørgerens bedste gæt på hvad svaret kan være (Pomerantz 1988). Og i optimerede spørgsmål er der sammenfald mellem de syntaktisk markerede bedste bud på et svar og så det svar som socialt set anskues som det bedste for patienten ud fra en række muligheder. Eksempelvis bliver en patient spurgt ”lever din mor stadigvæk?” i stedet for ”er din mor død?”. Som regel vil lægen benytte optimerede spørgsmål til at indhente oplysninger og derved søge at styre samtalen i en ikke-truende retning. Samtidig vil lægen derved blive opfattet som empatisk, indlevende og forstående. Men i nogle tilfælde er optimerede spørgsmål simpelthen så urealistiske at de vil blive betragtet som ligefrem uempatiske. En svært overvægtig kvinde med meget lange arbejdsdage bliver således spurgt ”får du overhovedet motioneret?” i stedet for en mindre empatisk udgave som ”motionerer du meget?”. Og ligesom i det forrige tilfælde med åbningsspørgsmål viser det sig også frugtbart her at se nærmere på deres svar og den efterfølgende tale. Svarene afspejler at patienterne nøje korrigerer eller ratificerer spørgsmålenes antagelser, så de passer



til patienternes foretrukne selvrepræsentation. Eksempelvis bliver den ovenfor omtalte kvinde – med et optimeret spørgsmål – spurgt om hun er gift (se Boyd & Heritage 2006: 172). Da hun meget kontant og lettere usamarbejdsvilligt blot svarer nej, må lægen overveje andre muligheder: Er hun mon enlig, skilt eller separeret? Lægen spørger: ”Er du for tiden skilt?”. Og dette bekræfter patienten. Således udfoldes en på samme tid dækkende og socialt passende beskrivelse af patientens situation over tid som afstemmes mellem begge parter. Det samme ser vi i nedenstående danske eksempel. En ung kvinde ønsker at blive gravid og opsøger lægen for at få en henvisning til en specialist som kan undersøge om der skulle være komplikationer. Et stykke inde i samtalen stiller lægen hende en række spørgsmål for at få indblik i de elementer i hendes livsstil som kan påvirke chancen for befrugtning.

(1) [patient som ønsker at blive gravid]

01. LÆ: og hvad med alkohol?

02. (1.0)

03. PA: ☺jeg kan godt lide at drikke alkohol☺. hh.

04. hh. hh.

05. LÆ: men ikke men- de der (.) fjorten

06. genstande [om ugen der.

07. PA: [ne:j det tror jeg ikke.

Spørgsmålet til patientens alkoholforbrug placerer sig som det tredje i rækken af en serie livsstilsspørgsmål. Først har lægen spurgt om hun tager noget medicin, dernæst om hun ryger og altså endelig om hun drikker alkohol. Der kommunikeres gennem spørgsmålsdesignet ikke antydningen af at det skulle være problematisk hvis hun indtager alkohol. Lægen stiller spørgsmålet venligt og ikke-fordømmende. Alligevel indledes svaret med en lang pause der kunne antyde at den kommende bekræftelse er uheldig. Den smilende stemme og de efterfølgende stille latterudråb i selve bekræftelsen (linje 3-4) er tilsvarende med til at gøre det samme som pausen. Faktisk viser finske undersøgelser at patienter jævnligt griner mens de afviser lægens overpositive bud på patientens livsstil (Haakana 2001). Ved ikke at grine med i det opfølgende spørgsmål (linje 5-6 får lægen dog kommunikeret

at han tager emnet og patientens helbred alvorligt (se Jefferson 1984). Det opfølgende spørgsmål indledes med et ”men” der markerer en modsætning til patientens svar. I resten af turen ændrer lægen sit spørgsmål angående patientens alkoholforbrug til at indeholde et forslag om at patienten ikke indtager mere end de fjorten genstande om ugen som Sundhedsstyrelsen anbefaler som loft for kvinder. Dette kan patienten bekræfte (linje 7). Således ser vi et samarbejde udfoldet om at præsentere patienten i et godt lys. Og en vigtig brik i dette samarbejde er lægens design af spørgsmål.

Som sagt er de fem spor som diskuteres i denne artikel ikke gensidigt udelukkende. Det er dette første spor det bedste eksempel på at de ikke er, for det er mere eller mindre utænkeligt at forestille sig konversationsanalytiske undersøgelser af læge-patient-samtaler som ikke forholder sig til hvordan taleture organiseres på et lokalt niveau. De fleste fagfolk ville formodentlig ikke regne undersøgelsen for konversationsanalytisk hvis den forsømte at gøre det. De følgende fire spor behøver ikke nødvendigvis være til stede i alle konversationsanalytiske undersøgelser af læge-patient-samtaler. Der er dog en tendens til at de stigende grad tages i anvendelse.

## **SPOR 2: SEKVENTIELLE ANALYSER AF DEN OVERORDNEDE SAMTALE-ORGANISERING**

Når en konversationsanalytiker sætter sig for at beskrive en interaktionel tendens, sker det som regel ved at vedkommende på baggrund af et større korpus af optagelser opbygger en samling af forekomster. Denne samling analyseres, og der udledes mønstre og afvigelser fra mønstrene. Sådanne single case-analyser, som studerer hvordan én konsultation forløber fra start og hen imod slutning, forekommer, men de er sjældne (et eksempel kan ses i Gill, Halkowski & Roberts 2001). Det indvendes somme tider fra diskursanalytisk side at den samlingsbaserede analysemetode er begrænset fordi den forsømmer konsultationernes overordnede tidslige udfoldelse (se fx Wetherell 1998: 402). Man kan nok modindvende at udsigelseskraften omkring de interaktionelle tendenser bliver større i kraft af de mange forekomster der analyseres. Men der er selvfølgelig noget om at det store overblik

kan gå tabt hvis øjnene forbliver på detaljen. En udvikling som især i det seneste årti har medvirket til at rette op på forsømmelsen, er sekventielle analyser af den overordnede samtaleorganisering.

På baggrund af studier af mere end 2000 lydoptagelser foretaget i angelsaksiske lande fandt sociologerne Byrne & Long (1976) at lægepatient-samtaler typisk er organiseret i seks faser: åbning, problempræsentation, undersøgelse, snak om diagnose, snak om behandling og afslutning. Små femten år senere skrev konversationsanalytikeren Paul ten Have (1989) en artikel hvori han argumenterede for at denne inddeling i seks faser formodentlig har noget på sig. Han diskuterer opdelingen som kontroversiel: som noget i udgangspunktet mere Weber'sk end CA'sk på grund af de ret rigtigt opsatte rammer. Men han viser eksempler på at det kan være rigtigt alligevel. Op igennem 90'erne og 00'erne kom der så dels en lang række studier som eksplicit afdækker specifikke træk ved de forskellige faser. Den klart mest undersøgte er problempræsentationsfasen. Det er der formodentlig flere årsager til. Det er den mest "sproglige" fase hvor lidelsen i højest grad italesættes verbalt, hvilket rejser kommunikative udfordringer for begge parter. Det er også den fase som i højest grad "tilhører" patienten: Det er sagt om den at den er den eneste fase hvori patienter har lov til at præsentere deres problemer på deres egne måder og i overensstemmelse med deres egen dagsorden (Robinson & Heritage 2005: 481). Den formodentlig næstmest studerede fase er diagnosen. Undersøgelser har fx vist at patienter sjældent responderer udfoldet på lægernes diagnoser, endsige udfordrende (Heath 1992). Men det betyder ikke at lægerne bare stiller diagnoserne autoritativt. Lægerne gør det nemlig – i hvert fald i Finland – også på en såkaldt accountable måde, dvs. at de gør deres belæg for at nå frem til det pågældende skøn forståeligt for patienten (se Peräkylä 1998). Konkret foregår det ved at ligefremme diagnostiske udtalelser formuleres umiddelbart efter en fysisk undersøgelse således at det fremgår klart for patienten at selve undersøgelsen danner grobund for at kunne udtale sig diagnostisk om lidelsen. Derved viser studiet også at der er en yderst glidende overgang fra undersøgelsesfasen til diagnosefasen. Et eksempel på fænomenet kan ses her:

(2) [patient med forkølelsessår i ansigtet]

01. LÆ: og ikke noget i brystet eller på ryggen?  
02. ((LÆ peger på bryst og ryg))  
03. PA: nej.  
04. LÆ: nej.  
05. ((LÆ læner sig for anden gang frem og  
06. undersøger PA i ansigtet))  
07. (5.8)  
08. ((LÆ læner sig igen tilbage))  
09. LÆ: altså ((?prøv?)) en antibiotisk-  
10. antibiotisk salve [og se om det kan tage det].  
11. PA: [ja.  
12. (0.9)  
13. LÆ: ellers så må du selvfølgelig sige til.

Denne patient opsøger lægen fordi hun mener at hun har fået forkølelsessår. Faktisk indleder hun sin problempresentation med en selv-diagnosticering (se Frankel 2001) om denne lidelse. Lægen spørger derefter ind til oplevelsen af såret og undersøger det ad to omgange. Den anden omgang ser vi i uddrag (2). Umiddelbart efter denne anden undersøgelse bekræfter lægen igennem sit behandlingsforslag vedrørende antibiotisk salve at der formodentlig er tale om et forkølelsessår. Denne diagnostiske udtalelse kan således høres af patienten som noget der henter sit belæg i iagttagelser fra den fysiske undersøgelse. Somme tider præsenteres diagnoser mindre ligefremt, dvs. at lægen beskriver hvad han eller hun får øje på, lugter, mærker etc. af tegn på lidelsen. Men sådanne beskrivelser tages typisk i brug når der under undersøgelsen enten forekommer smalltalk som forskyder muligheden for at lægen kan levere diagnosen umiddelbart efter, eller når diagnosen meget klart modstrider patientens erklærede forventning om en bestemt lidelse (Peräkylä 1998). Ingen af delene er naturligvis på spil i eksempel (2).

Endvidere har der været enkelte studier som har sat sig for at efterprøve om der var konversationsanalytisk belæg for opdelingen. Det der her tæller som belæg, er hvis deltagerne påviseligt koordinerer deres adfærd efter faserne, om deltagerne demonstrerer forventninger om at faserne bør optræde i løbet af samtalen, og om det behandles

som afvigende fra normen hvis de ikke forekommer. Robinson (2003) bekræfter dette ved at vise at når patienter præsenterer et nyt problem hos lægen, så opstår der en forventning hos begge parter om at en række aktiviteter skal gennemføres. Disse aktiviteter svarer omtrent til de seks faser.

Fra midten af 00'erne er der tilsyneladende sket det at forestillingen om de seks faser har vundet generel accept i konversationsanalytiske kredse. Således kan man konstatere at den væsentlige antologi *Communication in Medical Care* (Heritage & Maynard 2006) er organiseret netop efter disse faser: Hver fase får tildelt et par kapitler i bogen. Og Paul ten Have kunne – i en anden tekst også fra 2006 – nu vende tilbage til faseforestillingen med evidens hentet fra en lang række konversationsanalytiske undersøgelser (se Have 2006b).

### **SPOR 3: MULTIMODALE ANALYSER**

Igennem de senere år har konversationsanalysen i stigende grad fået fokus på såkaldte multimodale aspekter ved interaktion. Multimodalitet refererer til brugen af ikke-sproglige ressourcer til at interagere med, bl.a. gestik, blikfang og kropslig bevægelse. Tidlige pionerer inden for dette forskningsfelt tæller bl.a. Erving Goffman, Charles Goodwin, Adam Kendon og Jürgen Streck. Men flere og flere konversationsanalytikere opfatter det som problematisk ikke at forholde sig til disse aspekter hvis man studerer ansigt-til-ansigt-interaktion. Et håndgribeligt udslag af denne tendens kan ses ved at netop multimodalitet er hovedtemaet for afholdelsen af den tredje udgave af *International Conference on Conversation Analysis* i Mannheim i maj 2010. Og gode argumenter for at integrere de to elementer kan findes i netop undersøgelser af læge-patient-samtaler. En bred introduktion til multimodalitet kan ses hos Robinson (2006b). Her skal bare udledes et par centrale pointer.

Man diskuterer somme tider om det sproglige er det mest betydningsbærende i interaktion mellem mennesker, eller om det er det ikke-sproglige, altså det multimodale. I en omfattende undersøgelse af gestik, blikfang og kropslig bevægelse under læge-patient-samtaler viser Christian Heath (1986, især kapitel 3) meget fornemt at spørgsmålet er meningsløst. Når patienterne træder ind ad døren, sidder lægerne i

Heaths optagelser meget ofte og læser i patienternes journaler. Imens dette sker, kan patienternes øjne vandre rundt i lokalet. Når lægerne så er klar til at se op, fanger patienterne hurtigt bevægelsen, og først i det øjeblik deres blikke mødes, begynder parterne at tale. Dette kunne tyde på at det non-verbale er det vigtigste (se Heath 1986: 61). Men blik og kropslig bevægelse bliver også i vidt omfang brugt til at indeksere hvem en given ytring er henvendt til, og hvordan ytringen skal forstås (Heath 1986: 64). Det kunne tyde på det omvendte, altså at det verbale er det vigtigste. De to modaliteter er derfor lige betydningsbærende og udnyttes i integreret samspil af ansigt-til-ansigt-samtaledeeltagere.

Multimodalitet udgør endnu et område hvor de forskellige spor som diskuteres i denne artikel, griber ind i hinanden. Undersøgellesfasen er mest oplagt den fase hvor der foregår mest non-verbal interaktion (Have 2006b). Men en række undersøgelser dokumenterer faktisk at læger og patienter i høj grad benytter sig af multimodale ressourcer til at bevæge sig fra aktivitet til aktivitet, dvs. at lade samtalen træde fra den ene til den næste fase. Én af dem er beskrevet ovenfor. Peräkylä (1998) viser at overgangen fra undersøgelse til diagnose kan være kort: Lægen kigger lidt ind i øret, læner sig tilbage i stolen og siger ”du fejler ikke noget”. Alligevel er sammenhængen mellem lægens to handlinger betydningsfuld for hvordan patienter opfatter diagnosen. Ligesom Heath (1986) viser Robinson (1998) at der er stor forskel på hvordan lægen placerer sin krop når patienten træder ind i værelset i forhold til når patienten redegør for sin lidelse, dvs. fra åbningsfasen til problempræsentationsfasen. I den fase kan lægen sagtens være optaget af andre gøremål, men i den anden er det forventet at hun eller han tildeler patienten sin fulde opmærksomhed med bl.a. et fastholdt blikfang. Robinson & Stivers (2001) viser at overgange fra problempresentation til fysisk undersøgelse sker glidende netop pga. brugen af multimodale ressourcer. Der sker nemlig typisk det at parterne ofte næsten stiltiende beslutter sig for at førstnævnte aktivitet er ved at være ved vejs ende: Lægen lægger journalen fra sig, rejser sig, finder stetoskop eller lignende frem, lægger et lagen på briksen etc., mens patienten ændrer stilling, afklæder sig osv. Heath (1988) har påpeget at parterne yderst sjældent bliver pinligt berørte. Situationen er i dobbelt forstand klinisk, og derfor bliver man altså ikke flow som

patient selvom især de fysiske undersøgelser kan indebære blottelse som i mange andre sammenhænge ville føles grænseoverskridende. Men når parterne udviser synlige og hørbare tegn på pinlig berørthed, er det typisk i overgangsfasen fra problempresentation til fysisk undersøgelse. Her kan opstå pinlige situationer når patienten er delvist afklædt og lægen endnu ikke er ”påklædt” i den rette undersøgelsespositur.

Ikke bare griber de forskellige analytiske spor altså ind i hinanden. De ovenfor omtalte undersøgelser af overgange som gennemføres vha. multimodale ressourcer viser at det sprogligt kommunikerede og det kropsligt kommunikerede opererer i sindrigt samspil når læger og patienter interagerer med hinanden. Og bevidstheden om dette hjælper til et dybere indblik i forløbene.

#### **SPOR 4: KOMPARATIVE STUDIER**

Udviklingen fra at studere de mere generiske samtaleformer til at undersøge de mere specielle institutionelle former medførte blandt andet at komparative metoder blev særlig relevante at inddrage: En forståelse af hvordan klasseværelsesinteraktion forløber, kan fx hjælpe til at forstå hvordan en stuegang på et hospital forløber. Og omvendt. Gode eksempler kan findes i antologien *Why do you ask? The Function of Questions in Institutional Discourse* (Freed & Erlich 2010). Her belyses det hvordan spørgsmål bliver designet og anvendt i forskellige institutionelle sammenhænge, bl.a. i rets- og politiforhør, radioprogrammer, alarmcentraler, nyhedsinterview og læge-patient-samtaler. Netop spørgsmål – i al deres mangfoldighed – er selvfølgelig særlig interessante i læge-patient-samtaler. Læge-patient-samtaler omtales på engelsk somme tider som *medical interviews* med henvisning til at lægen med brug af spørgsmål interviewer patienten for at nå frem til at stille en diagnose. Som nævnt ovenfor kan det i nogle tilfælde indebære at patienter må gøre brug af deres interaktionelle ressourcer hvis de ønsker at omgå den rene spørgsmål-svar-struktur. Et eksempel på en særlig styrende spørgeform er ja-nej-spørgsmål hvis brug er blevet diskuteret med komparative henvisninger til en række forskellige institutionelle sammenhænge af Geoffrey Raymond (2003, 2006). Ja-nej-spørgsmål bruges i nogle sammenhænge af professio-

nelle deltagere til at begrænse mulighederne for lægdeltagere. Det mest oplagte eksempel findes i retsafhøringer hvor advokater ofte bruger ja-nej-spørgsmål til at lægge ord i munden på en tiltalt eller et vidne. Her – og i andre sammenhænge – kan det være på samme tid ønskeligt og vanskeligt at undgå at besvare spørgsmålet med enten et ja eller et nej. Skismaet er formodentlig langt mindre udtalt i læge-patient-samtaler hvor læger ofte stiller foromtalt optimerede spørgsmål som tager hensyn til patientens selvfremsættelse og generelle sociale situation (Raymond 2006: 129-130). Men det findes skam også her. Raymond (2003: 953-956) viser at når læger fx spørger ”gør dette ondt?”, så kan det være nødvendigt for patienter at omgå forventningen om at spørgsmålet kan besvares med et kort og godt ja eller nej. En illustration af dette ses også her i nedenstående eksempel fra en konsultation hvor en patient har henvendt sig med hold i nakken. Patienten har fra starten af samtalen anmodet lægen om en henvisning til en fysioterapeut, og her cirka syv minutter inde i samtalen bliver denne anmodning imødekommet.

### (3) [patient med hold i nakken]

01. LÆ: jeg skriver lige denne her hen[visning
02. PA: [°ja ja°.
03. LÆ: °så udskriver den.°
04. (0.5)
05. LÆ: ø:hm (0.6) er det ↑tre uger siden eller
06. hvor længe har du cirka haft det?
07. PA: .h det her har jeg haft en::: uges
08. (0.3) °hva er det° nogle dage=↑fire dage.
09. LÆ: nå okay.
10. (0.8)
11. LÆ: den [((uforst.))
12. PA: [det hv- (0.6) på en dødirriterende måde
13. når man kører bil og man kan ikk sådan
14. LÆ: man kan ikk dreje hovedet?
15. (0.8)
16. PA: rigtig komme rundt nej.



Efter at have forklaret patienten at hun får en henvisning til en fysioterapeut, og at den er på vej, spørger lægen patienten hvor længe hun har døjet med sine smerter: i tre uger eller i en anden varighed (linje 5-6). Det er formuleret som et ja-nej-spørgsmål. Sådanne spørgsmål har det med at indlejre et såkaldt kandidatsvar, dvs. et bedste bud på hvad svaret kan være (Pomerantz 1988). Det gælder også i dette tilfælde, og her er ”tre uger” lægens bedste bud. Man kunne ellers tro at det omvendte gjaldt, dvs. at lægen her først gætter på tre uger, men umiddelbart efter retter sig selv og efterspørger en anden varighed. Men prosodisk er taleturen tydeligt udformet så den lyder som ét spørgsmål. Det har den virkning at ”tre uger” bliver lægens kandidatsvar, mens ”eller hvor længe har du cirka haft det?” tager højde for at svaret alligevel kan være noget andet. Det viser det sig også at være. Vi ser i linje 7-8 at patienten tilsyneladende undlader at forholde sig til gættet på tre uger (skønt tøven, reformuleringer og vejrtrækning kunne høres som tegn på at hun netop viser bevidsthed om at afvise det forudgående spørgsmåls antagelse (jf. Thøgersen & Beck Nielsen 2009). Og måske skyldes det derefter lægens manglende anerkendelse af forløbets varighed i hendes respons i linje 9 at patienten i linje 12-13 besvarer mere end det lægelige spørgsmål (jf. Stivers & Heritage 2001) og yderligere redegør for lidelsens omfattende indgriben i hendes dagligdag som kompensation for ikke bare at kunne besvare det oprindelige spørgsmål med et bekræftende ja.

Et andet komparativt undersøgelsesobjekt bør også nævnes her i denne sammenhæng. Douglas W. Maynard har igennem en lang årrække og med en stribe artikler (fx 1996, 1997) og en stor monografi (2003) til følge undersøgt hvordan nyheder overbringes. Studiet er komparativt i dobbelt forstand: Han fokuserer på hvordan henholdsvis gode og dårlige nyheder leveres i henholdsvis medicinske og private sammenhænge. Hvad er så de grundlæggende forskelle på måderne hvorpå læger leverer henholdsvis gode og dårlige nyheder? Maynard & Frankel (2006) udleder således omkring førstnævnte:

- lægerne opretholder øjenkontakt med patienterne
- nyhedsoverdragelsen har et positivt uptake med hyggesnak og uskyldige spørgsmål
- dårlige muligheder udelukkes ofte ("du lider hverken af x, y eller z")
- nyheden produceres hurtigt
- der benyttes ofte ikke medicinsk terminologi.

For overdragelsen af dårlige nyheder gælder næsten det modsatte:

- lægerne undgår øjenkontakt med patienterne
- den har et neutralt uptake (dog ikke negativt)
- den dårlige nyhed tilbageholdes i længere tid end den gode
- der ses ofte bestræbelser på at få patienten til selv at producere dem
- der benyttes som regel medicinsk terminologi.

Det som gør dette resultatet særlig interessant i et komparativt lys, er at gode og dårlige nyheder ikke bare leveres i medicinske, men i alle mulige andre sammenhænge. Og det er de samme træk man finder når private personer (dvs. familiemedlemmer, venner, bekendte etc.) overbringer hinanden henholdsvis gode og dårlige nyheder i private sammenhænge. Således giver studierne af nyhedslevering et indblik i et ikke bare centralt socialt fænomen, men formodentlig også et med en temmelig generisk form som mennesker bruger til at skabe mening med.

#### **SPOR 5: KVANTITATIVE ANALYSER**

I nogle udlægninger fremstår CA næsten som en anti-kvantitativ videnskab hvis hovedærinde er at beskrive sociale fænomener som er for komplicerede at optælle (se fx Schegloff 1993). Men igennem især det seneste årti er der sket store fremskridt i retning af at integrere det kvantitative perspektiv med konversationsanalysens ellers traditionelt kvalitative og mere hypotesegenererende tilgang. Det gælder inden for området politisk kommunikation (se Clayman & Heritage 2002), men i nok så høj grad også studiet af læge-patient-samtaler. Et enkelt eksempel på det er studiet af den kvantitative fordeling af henholdsvis

åbne og mere eller mindre lukkede åbningsspørgsmål under læge-patient-samtaler: Hvilke typer tages i brug, og hvilke samtalemæssige konsekvenser får det (se Heritage & Robinson 2005)? Men spørgsmålet om ordinering af antibiotika kan tjene som eksempel på en samlet fortælling som produkt af ovennævnte integration.

Antibiotika ordineres generelt i alt for mange tilfælde hvor der ikke er tale om bakterielle infektioner, og hvor det derfor er overflødigt. Dette er et alvorligt problem som over tid vil føre til resistens. Hvorfor fejlordineres antibiotika så i så mange tilfælde? Stivers et al. (2003) viser i en undersøgelse fra Los Angeles-området at mange forældre der tager deres barn til lægen, forud for konsultationen har stærke forventninger til at deres barn skal modtage penicillin: 43 % af forældrene i en større undersøgelse mente at deres børn absolut burde ordineres antibiotika. Og af disse forældre var 30 % til 45 % procent mere tilbøjelige til at gå hjem fra konsultationen med en recept end forældre som ikke nærede forventninger i den retning. Størst var forventningerne blandt forældre af sydamerikansk eller asiatisk afstamning hvor sundhedskampagner med oplysning om brugen af antibiotika muligvis ikke er slået så kraftigt igennem som i europæisk-amerikanske miljøer. I alt for mange tilfælde ordinerer læger således antibiotika fordi de oplever et pres fra forældrenes side. Det er dog meget sjældent at forældre direkte forlanger eller beder om penicillin, og det viser sig at læger bygger deres opfattelser af forældrenes forventninger på mindre direkte kommunikativ adfærd (Mangione-Smith, Elliott, Stivers, McDonald, Heritage & McGlynn 2004). Tanya Stivers har gennem konversationsanalyse beskrevet to af disse former for adfærd. Den første er når en forælder selv stiller en *candidate diagnosis* (2002a). Hvis forældre går til lægen med deres børn, kan de redegøre for barnets problemer på to måder: ved at præsentere symptomerne ("mit barn har udslæt over hele kroppen"). I hendes datamateriale forekom dette i 52 % af tilfældene. Den anden måde er at præsentere en mulig diagnose ("jeg tror mit barn har en øreinfektion"). Det forekom kun i 16 % af tilfældene. Den første metode høres af lægen som at forældrene primært søger medicinsk vurdering, den anden som at de søger bekræftelse af deres egen og en særlig behandling for denne lidelse. Ikke overraskende er det denne metode der gør lægen særlig tilbøjelig

til at antage at forældrene forventer antibiotisk behandling. Men her viser Stivers at lægerne i 52 % af tilfældene undlader at respondere, i kun 19 % bekræfter eller afkræfter og i 29 % undersøger den mulige diagnose. Således viser de kvantitative analyser at der i meget stort omfang foregår en uartikuleret forhandling af behovet for antibiotisk behandling.

I andre situationer tydeliggøres forventningen om antibiotisk behandling i højere grad. Stivers (2002b) viser også at hvis lægen har stillet en dit-barn-fejler-ingen-ting-diagnose, kan forældrene forsigtigt anfægte den ved 1) alligevel at anmode om antibiotika (sker meget sjældent), 2) nævne et muligt behov for antibiotika (sker meget sjældent), 3) spørge til antibiotika (sker hyppigt), 4) nævne tidligere erfaringer med antibiotika (sker hyppigt). Forskellene i hyppighed understreger således at parterne, især forældrene, typisk søger at undgå en direkte konfrontation på trods af uopfyldte forventninger.

Hvordan bærer læger sig så ad med at modstå presset fra forældrenes side? Stivers (2005) viser i en undersøgelse af optagelser af 309 konsultationer hvor lægerne anbefalede en ikke-antibiotisk behandlingsform, at der findes to overordnede måder at gøre dette på: Enten anbefaler lægerne en anden behandlingsform (det fandt hun 252 tilfælde af), eller også fraråder de specifikt antibiotiske behandling (det fandt hun kun 29 tilfælde af). Den første metode minimerer sandsynligheden for at forældrene protesterer, i højere grad end den anden. Således viser disse tal at det især for lægerne kan betale sig at stræbe mod at undgå konfrontationen ved at diskutere andre muligheder end eksplicit at nævne antibiotika.

Slutteligt bør et enkelt kvalitativt studie – som bestemt kunne gøres til et kvantitativt – nævnes her. Læger har også den mulighed tidligere at forsøge at forebygge at forældrene insisterer på antibiotisk behandling. Det kan de fx gøre gennem *on line commentary* (Heritage & Stivers 1999). Det vil sige at de kommenterer hvad de observerer imens de fysisk undersøger patienten. Sådanne kommentarer bruges primært til at berolige patienten. De beskriver typisk enten tegn som er nærværende men milde ("that's a little red"), eller tegn som er helt fraværende ("I don't see/smell/feel any X"). Og lægerne kan bruge to formater: rapportering af observationer ("I don't see any fluid") eller

vurderinger af det observerede ("your ear looks good"). Når læger stiller du-fejler-ikke-noget-diagnoser, står de over for to udfordringer: De skal overbevise patienten om at diagnosen er forsvarligt stillet, men samtidig skal de demonstrere at lægebesøget var berettiget. On line commentary er en fleksibel ressource til at foregribe sådanne vanskeligheder fordi lægerne med den beroliger patienterne, tager dem alvorligt og samtidig gør det vanskeligere at modsige diagnosen når den endelig præsenteres.

Undersøgelserne af omstændigheder for mere eller mindre artikuleret forhandling af antibiotisk behandling viser at det ikke bare er muligt at integrere CA med kvantitative studier, men også at gøre det med henblik på at opnå et større indblik i et stort samfundsmæssigt problem.

Om man mener at undersøgelserne lever op til metodens forpligtelse på kontekstsensitivitet eller ej, må være en vurderingssag. Det skal da bestemt indrømmes at mange af de hernævnte studier ikke forholder sig indgående til hvad de optalte bidrag foranlediges af. Det er svært at integrere en dybdegående kontekstsensitiv analyse med et kvantitativt perspektiv. Men måske er det i orden her at slække på metodens traditionelle forpligtelse i den højere sags tjeneste. Og i alle tilfælde er det en meget spændende og lovende begyndelse.

## KONKLUSION

Der findes heldigvis både stor interesse for at opnå indblik i hvordan læger og patienter kommunikerer med hinanden, og mange måder at prøve at opnå det på. Denne artikel har søgt at skabe sammenhæng mellem nogle af de mange konversationsanalytiske bud på at opnå indblik i læge-patient-samtaler. Sådanne bud er der mange af, og artiklen har derved vist at emnet har været og er varmt inden for CA. Det har dog bestemt ikke været denne artikels hensigt at fremhæve CA som den ideelle måde at opnå indblik i læge-patient-samtaler. Det er en kendt sag at oplevelsesbaseret læring er særlig effektiv, og derfor er der sikkert god grund til at medicinstuderende primært tilegner sig viden om læge-patient-kommunikation gennem aktiv deltagelse i rollespil. Hvis man ønsker indblik i de mange ikke-italesatte og måske

ligefrem ikke-bevidste rutiner, som i høj grad strukturerer læge-patient-kommunikation, er etnografiske feltstudier formodentlig den mest velegnede. Men ønsker man indblik i hvordan læge-patient-samtaler udfoldes interaktivt som produkt af deltagernes opmærksomt og gensidigt koordinerede adfærd, er CA sandsynligvis den mest velegnede metode. Den har dog stadig huller, de mest åbenlyse af dem er af enten psykologisk eller makrosociologisk karakter. Blandt de psykologiske er der både nogle som retter sig mod det personlighedspsykologiske, og nogle som retter sig mod det socialpsykologiske. Er der eksempelvis ikke nogle personlighedspsykologiske elementer der gør nogle patienter mere tilbøjelige til at skulle legitimere deres lægebesøg end andre? Og hvad med den gruppe der somme tider stemples som hypokondere – hvad karakteriserer deres lægebesøg? Endvidere må man formode at der opstår særegne gruppedynamiske processer når læger og patienter mødes, afhængig af bl.a. om lægen er yngre/kvinde/sprogtilegner etc., og patienten er ældre/mand/indfødt sprogbruger etc. Eller omvendt.

Blandt de makrosociologiske huller hører systematiske afdækninger af betydningen af køn, klasse, alder og uddannelse for fænomener som eksempelvis sygdomsbeskrivelser. Kunne der mon være en sammenhæng mellem disse variabler og hvor teknisk, præcist, ufarligt eller ekstremt man beskriver sine symptomer? Det er næsten svært at forestille sig at det ikke er tilfældet. Men for begge udfordringer, psykologiske og makrosociologiske, gælder det at det er uhyre vanskeligt at undersøge sådanne forhold hvis man samtidig forpligter sig på fuld opmærksomhed på interaktive og kontekstsensitive forhold. Én ting er at det kræver enten held eller mere sandsynligt store datamængder at finde sammenlignelige forhold omkring den samme patienttype med den samme lidelse, eksempelvis. En endnu større udfordring opstår hvis man i bestræbelsen på sammenlignelighed også tager højde for de interaktive aspekter: Er fremførelsen af den pågældende sygdomsbeskrivelse mon foranlediget af lægens indledende spørgsmål som igen er foranlediget af forståelsen af patientens tilstand og besøgets karakter?

Men for nu afslutningsvist at nærme sig en prognose for konversationsanalyse af læge-patient-samtaler så skal det siges at spor 5, dvs. integrationen med det kvantitative aspekt, rummer forudsætningerne

for at kunne løfte nogle af de omtalte udfordringer. Når man i det hele taget sammenfatter og vurderer konversationsanalytiske undersøgelser af læge-patient-samtaler er der grund til at antage at det ser lovende ud for både indblikket i emnet og for udviklingen af metoden i sig selv. Akkumuleret giver de mange undersøgelser efterhånden en grundlæggende dyb indsigt i de interaktive processer der udspiller sig under læge-patient-samtaler. Med kendskab til disse mange undersøgelser kan det være helt svært på vilkårlige steder i vilkårlige udskrifter af optagelser af læge-patient-samtaler ikke at genkende allerede beskrevne mønstre.

Denne artikel har skitseret fem ikke gensidigt udelukkende spor som sådanne undersøgelser bevæger sig i. Blandt disse er kun det første spor ”traditionel” konversationsanalyse (jf. artiklens indledende citat af Ilkka Arminen). De øvrige fire er nyudviklinger. Eksistensen af disse spor udfordrer forestillingen om at CA er så ensartet som det somme tider hedder. Og nok så interessant fremstår læge-patient-samtalen endvidere som en genstand hvis undersøgelse kan være med til at føre konversationsanalysen i nye og perspektivrige retninger.

Søren Beck Nielsen

Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab

Københavns Universitet

sbn Nielsen@hum.ku.dk

## LITTERATUR

- Arminen, Ilkka (2005) *Institutional Interaction – Studies of Talk at Work*. Aldershot: Ashgate.
- Boyd, Elisabeth & John Heritage (2006) “Taking the Patient’s Medical History: Questioning During Comprehensive History Taking”. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge UK: Cambridge University Press. 151-184.
- Byrne, Patrick S. & Barrie E.L. Long (1976) *Doctors talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation*. London: HMSO.
- Clayman, Steven & John Heritage (2002) “Questioning Presidents: Journalistic deference and adversarialness in the press conferences of Eisenhower and Reagan”. *Journal of Communication* 52(4). 749-77.
- Drew, Paul (2006) “Misalignments in After-hours calls to a british GP’s practice: a study in telephone medicine”. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 416-444.
- Fairclough, Norman (1989) *Language and Power*. London: Longman.
- Fairclough, Norman (1992) *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Femø Nielsen, Mie, Jakob Steensig & Johannes Wagner (2006) ”Konversationsanalyse i Danmark”. *NyS* 34-35. 182-216.
- Frankel, Richard M. (2001) ”Clinical care, and conversational contingencies: The role of patients’ self-diagnosis in medical encounters”. *Text* 21 (1/2). 83-111.
- Freed, Alice F. & Susan Ehrlich (2010) ”Why Do You Ask?”. *The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Gafaranga, Joseph & Britten, Nicky (2005) “Talking an Institution into Being: the Opening Sequence in General Practice Consultations”. Keith Richards & Paul Seedhouse (red.) *Applying Conversation Analysis*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 75-90.



- Gill, Virginia Teas, Timothy Halkowski & Felicia Roberts (2001) "Accomplishing a request without making one: A single case analysis of a primary care visit". *Text* 21 (1/2). 55-81.
- Gill, Virginia Teas & Maynard, Douglas W. (2006) "Explaining illness: patients' proposals and physicians responses". John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 115-150.
- Haakana, Markku (2001) "Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction". *Text* 21 (1/2). 187-219.
- Halkowski, Timothy (2006) "Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery". John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 86-114.
- Have, Paul ten (1989) "The consultation as a genre". B. Torode (red.) *Text and Talk as Social Practice*. Dordrecht/Providence, R.I.: Foris Publications. 115-35
- Have, Paul ten (1991) "A Reconsideration of the "asymmetry" of Doctor-patient Interaction". Deidre Boden & Don H. Zimmerman (red.) *Talk & Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Cambridge, UK: Polity Press. 138-163.
- Have, Paul ten (2006a) "Conversation Analysis Versus Other Approaches to Discourse". *Forum Qualitative Social Research* 7(2).
- Have, Paul ten (2006b) "On the Interactive Constitution of Medical Encounters". Lorenza Mondada (red.) "Interactions en situations d'apprentissage, de soin et de travail: de l'analyse détaillée aux retombées pratiques." *Revue Française de Linguistique Appliquée* Vol. XI.
- Heath, Christian (1986) *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Heath, Christian (1988) "Embarrassment and Interactional Organization". Paul Drew & Anthony Wooton (red.) *Erving Goffman: Exploring the Interaction Order*. Cambridge: Polity Press. 136-160.

- Heath, Christian (1992) "The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation". Paul Drew & John Heritage (red.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. 235- 267.
- Heritage, John (2005) "Revisiting authority in physician-patient interaction". J. Duchan & D. Kovarsky (red.) *Diagnosis as Cultural Practice*. New York: Mouton De Gruyter. 83-102.
- Heritage, John (2010) "Questioning in Medicine". Alice F. Freed & Susan Ehrlich (red.) "*Why Do You Ask?*" *The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford: Oxford University Press. 42-68.
- Heritage, J. & Stivers T. (1999) "Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations". *Social Science and Medicine* 49(11). 1501-1517.
- Heritage, John & Jeffrey D. Robinson (2005) "The Structure of Patients' Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions". *Health Communication* 19(2). 89-102.
- Heritage, John & Douglas W. Maynard (2006) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Heritage, John & Jeffrey Robinson (2006) "Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care". John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press. 48-85.
- Jefferson, Gail (1984) "On the organization of laughter in talk about troubles". J. Maxwell Atkinson & John Heritage (red.) *Structures of social action: Studies in conversation analysis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 346-369.
- Mangione-Smith, R., M. Elliott, T. Stivers, L. McDonald, J. Heritage & E.A. McGlynn (2004) "Racial/Ethnic Variation in Parent Expectations for Antibiotics: Implications for Public Health Campaigns". *Pediatrics* 113(5). 385-394.
- Maynard, Douglas W. (1991) "Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse". *American Journal of Sociology* 97. 448-95.

- Maynard, Douglas W. (1996) "On 'Realization' in Everyday Life: The Forecasting of Bad News as a Social Relation". *American Sociological Review* 61. 109-131.
- Maynard, Douglas W. (1997) "The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction". *Research on Language and Social Interaction* 30. 93-130.
- Maynard, Douglas W. (2003) *Bad News Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maynard, Douglas W. & Richard M. Frankel (2006) "On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue". John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 248-278.
- Mishler, Elliot G. (1984) *The Discourse of Medicine*. Norwood, NJ: Ablex.
- Peräkylä, Anssi (1998) "Authority and accountability. The delivery of diagnosis in primary health care". *Social Psychology Quarterly* 61(4). 301-320.
- Pomerantz, Anita (1984) "Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes". J. Maxwell Atkinson, & John Heritage (red.) *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. 57-101.
- Pomerantz, Anita (1988) "Offering a candidate answer: An information seeking strategy". *Communication Monographs* 55. 360-373.
- Raymond, Geoffrey (2003) "Grammar and Social Organization: Yes/No type Interrogatives and the Structure of Responding". *American Sociological Review* 68 (DEC). 939-967.
- Raymond, Geoffrey (2006) "Questions at Work: Yes/No Type Interrogatives in Institutional Contexts". Paul Drew, Geoffrey Raymond & Darin Weinberg (red) *Talk and Interaction in Social Research Methods*. London: Sage. 115-134.
- Robinson, Jeffrey D. (1998) "Getting Down to Business: Talk, Gaze, and Body Orientation During Openings of Doctor-Patient Consultations". *Human Communication Research* 25. 97-123.

- Robinson, Jeffrey D. (2001) "Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request". *Text* 21 (1/2). 19-54.
- Robinson, Jeffrey D. (2003) "An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation". *Health Communication* 15(1). 27-59.
- Robinson, Jeffrey D. (2006a) "Soliciting patients' presenting concerns". John Heritage & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 22-47.
- Robinson, Jeffrey D. (2006b) "Nonverbal communication and physician-patient interaction: Review and new directions". V. Manusov & M.L. Patterson (red.) *The Sage handbook of nonverbal communication*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. 437-459.
- Robinson, Jeffrey D. & Tanya Stivers (2001) "Achieving activity transitions in primary-care consultations: From history taking to physical examination". *Human Communication Research* 27. 253-298.
- Robinson, Jeffrey D. & John Heritage, J. (2005) "The structure of patients' presenting concerns: The completion relevance of current symptoms". *Social Science and Medicine* 61. 481-493.
- Roter, Debra & Susan Larson (2001) "The Relationship Between Residents' and Attending Physicians' Communication During Primary Care Visits: An Illustrative Use of the Roter Interaction Analysis System". *Health Communication* 13(1). 33-48.
- Roter, Debra & Susan Larson (2002) "The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions". *Patient Education and Counseling* 46. 243-251.
- Sacks, Harvey, Emmanuel A. Schegloff & Gail Jefferson (1974) "A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation". *Language* 50(4). 696-735.
- Schegloff, Emmanuel A. (1993) "Reflections on Quantification in the Study of Conversation". *Research on Language and Social Interaction* 26(1). 99-128.
- Schegloff, Emanuel A., Gail Jefferson & Harvey Sacks (1977) "The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation". *Language* 53(2). 361-382.

- Stivers, Tanya (2002a) “‘Symptoms only’ and ‘Candidate diagnoses’: Presenting the problem in pediatric encounters”. *Health Communication* 14(3). 299-338.
- Stivers, Tanya (2002b) “Participating in decisions about treatment: Overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters”. *Social Science & Medicine* 54(7). 1111- 1130.
- Stivers, Tanya (2005) “Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance”. *Social Science & Medicine* 60. 949-964.
- Stivers, Tanya & John Heritage (2001) “Breaking the sequential mold: answering ‘more than the question’ during comprehensive history taking”. *Text* 21(1/2). 151-185.
- Stivers, Tanya, Rita Mangione-Smith, M. Elliott, L. McDonald & John Heritage (2003) “Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe”. *Journal of Family Practice* 52(2). 140-148.
- Thøgersen, Jacob & Søren Beck Nielsen (2009) “Ja men nej og nej men ja. Når man hverken be- eller afkræfter ja/nej-spørgsmålets antagelser. Eller: Det fuldt udfoldede “nja””. Henrik Hovmark, Iben Stampe Sletten & Asgerd Gudiksen (red.) *I mund og bog. 25 artikler om sprog tilegnet Inge Lise Pedersen på 70-årsdagen d. 5. juni 2009*. København: Afdeling for Dialektforskning, NFI, KU.
- West, Candace & Richard M. Frankel (1991) “Miscommunication in medicine”. Nicolas Coupland, Howard Giles & J.M. Wiemann (red.): *Miscommunication and Problematic Talk*. Newbury Park, CA: Sage. 166-94.
- Wetherell, Margaret (1998) “Positioning and interpretative repertoires: conversation analysis and post-structuralism in dialogue”. *Discourse & Society* 9(3). 387-412.
- Wodak, Ruth (1997) “Critical discourse analysis and the study of doctor-patient interaction”. Gunnarson, B-L., Per Linell & Bengt Nordberg (red.). *The Construction of Professional Discourse*. London: Longman. 173-200.

