

# Interaktionens betydning for nedsættelse af antibiotikaforbrug

Et konversationsanalytisk single-case studie af design  
af behandlingsforslag i almen praksis

JOHANNA LINDELL

Overforbrug af antibiotika og medfølgende antibiotisk resistens er et voksende problem både nationalt og globalt (EDCD 2014). Primærsektoren står for 90% af den antibiotika, der gives til mennesker i Danmark, og 2/3 heraf udskrives for øvre luftvejsinfektioner (Bjerrum m.fl. 2014). Men i mange tilfælde er behandlingen unødvendig. Der er mange årsager til overbehandling med antibiotika, men denne artikel koncentrerer sig om én: betydningen af sproget for behandlingsforslaget og hvorvidt det accepteres eller afvises. Artiklen analyserer en enkelt dansk læge-patient-samtale, der bevæger sig fra et forslag om antibiotisk behandling til et forslag om ikke-antibiotisk næsespray, og viser, at behandlingsforslagets format kan have betydning for patientens villighed til at fravælge antibiotisk behandling. Ved hjælp af konversationsanalyse bliver de to behandlingsforslag (et for antibiotika og et efterfølgende for næsespray) analyseret i detaljer og årsagerne til accept af det andet forslag fremfor det første forslag diskuteres. Ved at designe behandlingsforslaget som en mulighed, patienten kan tilvælge, kan ordinering af antibiotika tilbagerulles eller undgås i de tilfælde, hvor det er medicinsk forsvarligt.

Emneord: læge-patient-samtale; konversationsanalyse; antibiotika; behandlingsforslag

## INTERAKTIONENS BETYDNING FOR ANTIBIOTIKA- BRUG

Antibiotikaresistens fører til alvorlige infektioner, komplikationer og øget dødelighed og er et af de alvorligste sundhedsproblemer både på globalt og nationalt plan (Llor og Bjerrum 2014). Selvom Danmark

er et af de lande i verden, der har den laveste forekomst af antibiotikaresistente bakterier, er forbruget af antibiotika steget, og det øger risikoen for udvikling af resistens (Bjerrum m.fl. 2014; ECDC 2014). Praktiserende læger og speciallæger udskriver ca. 90% af den antibiotika, der bliver givet til mennesker i Danmark (ECDC 2014; SSI; Høg m.fl. 2014), og vurderingen af, hvorvidt patienten skal have antibiotika, baserer sig både på objektive fund og på samtalen mellem lægen og patienten. I mange tilfælde bliver der givet unødvendig antibiotika (Bjerrum m.fl. 2014: 1; Jørgensen m.fl. 2013).

Der er derfor god grund til både at begrænse antibiotikaforbruget, hvor det er muligt, og til at undersøge, hvad der hidtil har bidraget til det lave danske forbrug. Årsagerne til resistensudvikling og unødvendig brug af antibiotika er komplekse og for mange til at kunne gennemgås her, hvor kun én af dem skal sættes under lup: måden, hvorpå den sproglige interaktion mellem læge og patient påvirker ordineringen af antibiotika. Den sprogvidenskabelige metode konversationsanalyse har vist sig at være et godt redskab til at analysere netop læge-patient-interaktion og har blandt andet vist, at det har stor betydning for fremsættelsen af behandlingsforslaget - og accepten eller afvisningen af det, hvordan patientens ønsker og problemer italesættes, og hvordan lægens løsninger og viden formidles.

Denne artikel anvender konversationsanalysen til at undersøge en enkelt case fra et korpus bestående af ca. 50 videooptagelser af konsultationer om luftvejsinfektioner i dansk almen praksis. Casen er usædvanlig, fordi behandlingsforslaget ændres fra antibiotika til håndkøbsmedicin (og ikke det modsatte, som oftere er tilfældet, når et behandlingsforslag ændres (Stivers 2005)). Viden om de interaktionelle ressourcer, som patienten og lægen benytter sig af i deres beslutningsproces, kan anvendes som redskab i konsultationer om antibiotika generelt.

### *Konsultationen og recepten*

De fleste luftvejsinfektioner går over af sig selv. Alligevel gives der i Danmark i ca. 50% af tilfældene antibiotika (Bjerrum m.fl. 2014). Årsagerne til, at læger udskriver antibiotika til patienter, der ikke har behov for det, samt hvordan denne tendens kan ændres, har været genstand

for mange især kvalitative studier (se bl.a. Rodrigues m.fl. 2013; Little m.fl. 2004; Mangione-Smith m.fl. 2006; Kumar m.fl. 2003). Studier af amerikanske læge-patient-konsultationer viser, at patienter lægger et betydeligt kommunikativt pres på læger for at få antibiotisk behandling selv for virale, ikke-antibiotikakrævende infektioner (Stivers 2007; Mangione-Smith m.fl. 2006). Sociologen Tanya Stivers har i detaljer belyst, at og hvordan læger og patienter både direkte og – hyppigere - indirekte indgår i forhandlinger om, hvorvidt antibiotisk behandling er påkrævet (Stivers 2007). Et amerikansk studie fandt, at lægers opfattelse af, om deres patienter forventede antibiotisk behandling, var den eneste afgørende faktor for, om der blev ordineret unødvendig antibiotika. I de tilfælde, hvor læger opfatter, at patienten forventer antibiotika, er de betydeligt mere tilbøjelige til at udskrive dette (Heritage 2004: 139; Mangione-Smith m.fl. 2006; Mangione-Smith m.fl. 1999). Men lægens opfattelse af patientens forventninger og patientens faktiske forventninger stemmer ikke altid overens: Flere studier har fundet, at læger i blandt andet USA, Storbritannien og Australien overvurderer patienters forventninger om antibiotisk behandling (Kumar m.fl. 2003; Britten og Ukoumunne 1997; Cockburn og Pit 1997; Mangione-Smith 1999). Antibiotika er altså ikke nødvendigvis patientens førstevalg, selv i de tilfælde, hvor lægen har opfattelse af, at patienten indirekte efterstræber antibiotisk behandling. Patienter kan ønske behandling uden specifikt at ønske *antibiotisk* behandling, og de er ikke nødvendigvis mindre tilfredse, hvis de ikke får antibiotika (Britten 1994; Britten m.fl. 2000; Mangione-Smith m.fl. 2001). Fordi det er gennem samtalen med patienten, at lægen har mulighed for at finde ud af, om patienten egentlig ønsker behandling med antibiotika, er der god grund til at studere denne interaktion nærmere, hvis man vil nedsætte brugen af unødvendig antibiotika.

### *Læge-patient samtalen og konversationsanalysen*

Konversationsanalysen undersøger, hvordan mennesker i naturligt forekommende samtaler<sup>1</sup> skaber fælles, intersubjektiv forståelse gennem sprog og gestik. Konversationsanalytiske forskere har længe været

---

1 Dvs. ikke rollespil og ikke opstillet for kameraets skyld.

interesserede i institutionelle samtaler, herunder læge-patient samtalen, og i de måder, hvorpå disse samtaler både ligner og afviger fra hverdagssamtaler. I den institutionelle samtale er der, i modsætning til i hverdagssamtaler, typisk kontekstspecifikke restriktioner og mål for, hvilke typer af interaktionelle bidrag, man kan komme med, og hvad der infereres (Drew og Heritage 2001; Heritage 2004: 104). Således viser Heritage og Maynard, at læge-patient samtalen består af flere faser med hver deres særlige interaktionelle opbygning og formål, der tilsammen udgør konsultationen (Heritage og Maynard 2006; for en dansk oversigt over forskningsfeltet, se Beck Nielsen 2010). En af disse faser er netop behandlingsforslaget: dets fremsættelse og accept eller afvisning. Et af konversationsanalysens grundlæggende fund er, at ethvert bidrag til en given interaktion er både kontekst-sensitiv og kontekst-fornyende (Heritage 1984) – det bliver forstået som respons på de tidligere taleture, men sætter samtidig en ramme for efterfølgende bidrag. For behandlingsforslaget betyder det, at det både responderer på den samtale, der er gået forud, og at det har indflydelse på den respons, det afstedkommer. Studier af behandlingsforslag har hidtil primært fokuseret på den første del: Hvordan lægers behandlingsforslag formes af patienters pres for at få antibiotika (Heritage og Maynard 2006; Stivers 2005). Jeg vil i denne artikel læne mig op ad tidligere forskning, men rette fokus mod en underbelyst side af interaktionens betydning for antibiotikabrug: lægens sproglige design af behandlingsforslaget og den betydning, det kan have for patientens respons og hans accept (eller afvisning) af antibiotika.

Som jeg vil vise i denne case, er patienters foretrukne behandling ikke nødvendigvis antibiotika. Hvis lægen orienterer sig sprogligt mod denne mulighed i løbet af konsultationen – også i de tilfælde, hvor patienten ikke selv bringer det på bane eller aktivt modsætter sig antibiotika – kan lægen være med til at ”fange” nogle af de patienter, der er tilfredse med ikke-antibiotisk behandling. Dermed kan brugen af unødvendig antibiotika nedsættes.

#### *Fra antibiotika til håndkøbsmedicin – det usædvanlige eksempel*

I denne artikel vil jeg se nærmere på et tilfælde, hvor behandlingsforslaget ændres *fra* antibiotika *til* ikke-antibiotika, vel at mærke efter at

patienten har accepteret det første behandlingsforslag uden modstand. Denne bevægelse forekommer meget sjældent – i mine data findes der kun dette enkelte tilfælde, og et lignende er ikke tidligere beskrevet i litteraturen (Heritage og Stivers, personlig kommunikation). Så meget desto mere er der grund til at se nærmere på dette særlige tilfælde, fordi det måske kan give et indblik i én af de måder, hvorpå kommunikative redskaber kan bruges i begrænsningen af unødvendig antibiotikabrug: at lægen undgår at antage, at patienten som udgangspunkt betragter antibiotika som den mest ønskelige behandlingsform – og altså ikke (kun) ved at lægen skal modstå pres fra patienten om behandling med antibiotika. Den case, der analyseres i denne artikel, kan muligvis give et praj om, hvordan en sådan strategi kan udmøntes turmæssigt.

På trods af, at de fleste luftvejsinfektioner kan gå over uden behandling, tegner de sig for ca. 1/3 af al antibiotikaforbruget i almen praksis (Bjerrum m.fl. 2014). Kun en meget lille procentdel af bihulebetændelser – som patienten i denne case lider af - er bakterielle, og diagnosen kan være vanskelig at stille. Derfor bør ikke-antibiotisk behandling være førstevalg som tilbud til de fleste patienter (Jørgensen m.fl. 2013: 102). Men ifølge Jørgensen m.fl. (2013) bliver der muligvis overbehandlet i så mange som 60 procent af tilfældene i Danmark (Jørgensen m.fl. 2013: 103), og problemet er større på globalt plan. Nogle udenlandske studier har vist, at en ”vent-og-se”-recept (hvor patienten får en recept, men instrueres i at vente nogle dage med at indløse den) har succes med at nedsætte brugen af antibiotika, bl.a. fordi patienten oplever øget medinddragelse og kontrol og får mere information om et naturligt sygdomsforløb (Little m.fl. 2014). Men der kan være en anden mulighed i disse tvivlstilfælde, allerede inden vent-og-se-recepten gives: Hvis lægen holder muligheden for, at patienten ikke nødvendigvis har antibiotika som ønsket førstevalg, åben og i stedet italesætter sandsynligheden for, at infektionen kan gå over af sig selv, og lader patienten beslutte, om han eller hun ønsker antibiotika (evt. i kombination med at tilbyde at ordinere det senere, hvis der ikke er bedring), kan samme effekt måske opnås uden recepten.

## BEHANDLINGSFORSLAGET

Behandlingsforslag er beskrevet grundigt i konversationsanalysen (se bl.a. Greatbatch 2006; Koenig 2011; Stivers 2005). Det er som regel en af de sidste sekvenser i konsultationen, følgende efter åbning, problempræsentation, undersøgelse (anamnese og fysisk undersøgelse) samt diagnose (Heritage og Maynard 2006: 14).

Behandlingsforslag i læge-patient-samtalen er oftest (men ikke altid) adskilt fra diagnosen og kan inddeles i to trin: forslag om, at der skal behandles, og med hvilken medicinklasse (her antibiotika eller noget andet) og selve ordineringen af det specifikke præparat, eventuelt efterfulgt af instrukser om behandlingens varighed (Stivers 2006; Greatbatch 2006).

Behandlingsforslag (og i øvrigt også diagnoser) *for* antibiotika tager oftest form af det, Stivers kalder *affirmative announcements*: bekræftelse af fund (f.eks. tegn på infektion) og forslag om en bestemt (be)handling. Behandlingsforslag for ikke-antibiotisk behandling kan også tage denne form, og gør de det, accepteres de langt oftere af patienten, fordi lægen herved bl.a. bekræfter legitimiteten af patientens besøg (Stivers 2007: 165-166). Formuleres de derimod som fravær af specifikke handlingsanvisninger, møder de ofte modstand. Den måde, hvorpå et forslag om ikke-antibiotisk behandling designes sprogligt, har altså betydning for, om det bliver mødet accept eller modstand.

### *Læger og patienters orientering mod behandlingsforslag som fælles ansvar*

I modsætning til diagnoser, der af både patient og læge bliver behandlet som lægens domæne og sjældent diskuteres eller møder modstand fra patienterne, bliver behandlingsforslag behandlet som et område, hvor både læge og patient har noget at skulle have sagt. Begge parter orienterer sig sprogligt mod dette som et delt ansvarsområde med delte epistemiske rettigheder (Stivers 2007: 108-129; Heritage og Maynard 2006: 16). At lægen fremsætter et behandlingsforslag, gør accept fra patienten relevant og præfereret som den næste handling i samtalen. Accepten af behandlingsforslaget kan have forskelligt design, men er oftest formuleret som acknowledgement tokens som "Okay", "Det er fint" (Stivers 2007: 108; Heritage og Sefi 1992), eller som fuldt formuleret enighed, "Det gør vi". Giver en sådan accept, behandles sekven-

sen som afsluttet, og lægen bevæger sig som regel videre, typisk mod afslutning af konsultationen (Stivers 2006, Stivers 2007: 106, 108).

Møder forslaget modstand, lukker lægerne ikke sekvensen, men efterstræber i stedet patientens accept, og først derefter bevæger konsultationen sig frem mod afslutning. Modstand mod et behandlingsforslag kan både tage passiv og aktiv form. Aktiv modstand er udtalt uenighed eller utilfredshed med forslaget og ønske om et alternativ (i konsultationer om luftvejsinfektion stort set altid antibiotika). Den aktive modstand er dog sjælden. De fleste patienter orienterer sig mod medicinske beslutninger om behandlinger som et domæne, hvor lægen har størst autoritet, og derfor er modstand her et ”følsomt” emne (Stivers 2007: 153). Langt den hyppigste form for modstand er derfor den passive, f.eks. at tilbageholde accept. Udebliver accept fra patienten, er dette et ”mærkbart fravær”, og lægerne behandler det oftest som udtryk for, at patienten ønsker at få antibiotisk behandling (Stivers 2007: 114, 116, 120). Lægerne gør et betydeligt interaktionelt arbejde for at sikre sig patientens accept, og det kan i nogle tilfælde endda resultere i, at lægen ændrer en anbefaling om ikke-antibiotisk behandling til antibiotisk behandling for at opnå denne.

#### *Modstand mod behandlingsforslag – lægers opfattelse og patienters ønsker*

At opfatte modstand mod et ikke-antibiotisk behandlingsforslag som et ønske om antibiotika er problematisk og kan føre til overbehandling. For selv om læger møder modstand mod et ikke-antibiotisk behandlingsforslag, betyder dette ikke nødvendigvis, at patienten *faktisk* har en forventning om antibiotisk behandling (Mangione-Smith m.fl. 2006; Stivers m.fl. 2003).

I stedet kan patienterne være orienterede mod selve det at få en håndterbar løsning på deres problem. Dermed kan deres modstand være rettet ikke så meget mod ikke-*antibiotika* som mod ikke-*behandling* (eller handling) i det hele taget. Modstanden kan også skyldes, at et vagt og uspecifikt behandlingsforslag truer legitimiteten af deres lægebesøg, således at det er tabet af legitimitet og ikke selve manglen på antibiotisk behandling (men snarere, hvad den symboliserer, nemlig at man havde god grund til at søge læge), de orienterer sig mod. Som nævnt tidligere er det bekræftende opbyggede behandlingsforslag en

måde, hvorpå læger kan komme modstandsfrit igennem med en ikke-antibiotisk anbefaling.

### *Modsat fortegn – dette studie*

Man kan også forestille sig det modsatte: at nogle patienter, der accepterer en antibiotisk behandling, måske ikke nødvendigvis accepterer netop *antibiotisk* behandling, men snarere behandling i det hele taget. Det er muligt, at selv de patienter, der ikke specifikt modsætter sig et forslag *for* antibiotika, gerne havde undgået antibiotisk behandling i de tilfælde, hvor det er et forsvarligt alternativ – hvis de blev gjort bekendt med det. Det er altså ikke givet, at man, når man som patient accepterer et behandlingsforslag, nødvendigvis godtager det, fordi man mener, at antibiotisk behandling er det mest ønskelige, men simpelthen fordi man ønsker behandling generelt og ikke kender til andre alternativer end det, lægen fremsætter som en mulighed. Men det kan være kompliceret at modsætte sig lægens behandlingsforslag. Selve det, at der stilles et forslag, præfererer – tilsyneladende uanset hvilken social kontekst - en accept (Davidson 1984), og denne præference kan yderligere forstærkes af, hvor ”sikkert” forslaget fremsættes (om det bliver epistemisk op- eller nedgraderet). Og ligesom det kan være følsomt at modsætte sig en læges anbefaling *mod* antibiotika (Stivers 2007: 153), fordi man dermed bevæger sig ind på lægens domæne og muligvis sætter spørgsmålstegn ved hans/hendes faglige autoritet, kan det være vanskeligt at modsætte sig en anbefaling for antibiotika, særligt hvis man ikke er ressourcestærk patient med høj grad af sundheds- og sygdomsforståelse.

Som det vil blive vist i analysen, accepterer patienten i denne case forslaget om antibiotisk behandling uden modstand. Alligevel vælger han senere i konsultationen en ikke-antibiotisk behandling frem for det forslag, han først accepterede. Set i lyset af den sundheds- og samfundsmæssige problematik, der knytter sig til antibiotikabrug, må ikke-antibiotisk behandling, hvor den er forsvarlig, siges at være det foretrukne valg (Llor og Bjerrum 2014). Og sammenholdt med, at studier som nævnt viser, at læger overvurderer patienters ønske om antibiotika, er denne case interessant som en illustration af, hvordan en



sådan antagelse af patientens ønske om antibiotika som det foretrukne førstevalg kan se ud.

## ANALYSE

Casen er udvalgt, fordi den, i sin første del, ligner en ”almindelig” konsultation om luftvejsinfektion – den følger det format, der beskrives i litteraturen, og leder frem til et behandlingsforslag for antibiotika (behandlingsforslag 1). Men derefter tager den en overraskende drejning og ender med en ikke-antibiotisk behandling (behandlingsforslag 2). Konsultationen gennemløber følgende sekvenser forud for de viste uddrag: åbning, problempresentation inkl. anamneseoptag, fysisk undersøgelse, diagnose (data ikke vist). Men behandlingsforslag 2 har et andet design end det, der normalt ses i konsultationer om antibiotika: Ikke alene er det konstrueret på en anden måde, hvilket jeg vil vise i analysen, men i kraft af dets sekventielle placering gør det som nævnt også det usædvanlige, at det ændrer en beslutning for *antibiotika* til en beslutning for *ikke-antibiotisk* håndkøbsmedicin. For at kunne vise præcis, hvad det er, lægen gør, når han konstruerer dette andet, må vi først se på behandlingsforslag 1, som derved bliver den baggrund, på hvilket særegenheden ved det andet behandlingsforslags format og interaktive funktioner kan udledes.

### *Behandlingsforslag 1*

Behandlingsforslag 1 kommer, efter at lægen har afsluttet anamnesen. Pilen i linje 8 markerer selve forslaget.

Behandlingsforslag 1: antibiotika

06:09 minutter inde i samtalen

- 1 LÆ: mt ja: (.)
- 2 altså ud fra det her (.)
- 3 når du har sådan et ↓(lidt) forhøjet infektionsparameter.
- 4 (0.5).hh æ: og du har så meget pus deroppe,
- 5 PA: ja
- 6 LÆ: ja
- 7 (0.8)

- 8 >LÆ: æ: °s:å synes jeg vi skal behandle dig°  
 9 (0.3 )  
 10 PA: >okay. < (. )  
 11 LÆ: °°ja°°  
 12 (0.4)

Lægen indleder med at give en *account* (Peräkylä 1998), dvs. en begrundelse, for sit forslag i de fund, han har gjort både klinisk og objektivt ”lidt forhøjet infektionsparameter” og ”så meget pus”<sup>2</sup>. Det er værd at bemærke, at det alene er disse to fund, han refererer til som årsag til behandlingsbeslutningen, og ikke nogle af de symptomer, patienten har nævnt, eller sygdomsforløb eller længde. Dette stemmer overens med, at han allerede tidligere i konsultationen har indvarslet en bakteriel diagnose både ved at referere til et forhøjet infektionstal og ved at komme med kommentarer i løbet af undersøgelsen, der bekræfter infektion. Lægen har også tre gange nævnt, at patienten lyder tæt i næsen (noget, patienten har bekræftet). Dette har han gjort som modsætning til en nedgraderet problempresentation. I det hele taget har patienten i de forudgående sekvenser ikke givet indtryk af at presse på for antibiotika.

I linje 8 fremsætter lægen behandlingsforslaget ”så synes jeg vi skal behandle dig”. Forslaget er designet som en *udsigelse*. Det er let epistemisk nedgraderet (”synes”) (Heritage 2012: 16; Stivers 2007: 165), og sammen med brugen af det fælles<sup>3</sup> ”vi” viser lægen, at han orienterer sig mod beslutningsfasen som i nogen grad fælles (Heritage 2004: 135; Quirk m.fl. 2012). ”Behandle” bliver af mine øvrige læger brugt som synonym for behandling med receptpligtig medicin, noget, der også gør sig gældende for de amerikanske lægers brug af ”treat” (Stivers 2007: 169). At også patienten opfatter det sådan, understøttes af, at han

2 I litteraturen ses sådanne *accounts* ofte givet som begrundelse for ikke-antibiotisk behandling (Stivers 2007) eller som begrundelser for diagnoser (Stivers 2007; Peräkylä 1998). Det er langt sjældnere, at de i internationale data bliver beskrevet forud for et behandlingsforslag for antibiotika. Det er dog ikke usædvanligt i mine data; yderligere analyser af fænomenet vil kunne afdække, om dette er et af de elementer, der er eller kan være medvirkende til det lave danske antibiotikaforbrug (Heritage & Stivers, personlig kommunikation, 03.02.2015).

3 ”Vi” kan også anvendes som et institutionelt ”vi”, og det kan ikke udelukkes, at det er tilfældet her. Men da lægen er i egen praksis, er det mere sandsynligt, at ”vi” her er et fælles ”du og jeg”.

selv behandler dette første forslag som et andet end det efterfølgende forslag om ikke-antibiotisk behandling (se denne artikel side 22). Sammenholdt med den bakterielle diagnose, og at lægen under den fysiske undersøgelse fortæller patienten, at han har infektion, betragtes dette behandlingsforslag derfor som et forslag om antibiotisk behandling og ikke et forslag om anden, ikke receptpligtig medicin<sup>4</sup>. Det har betydning for, hvordan det næste behandlingsforslag forstås.

Patienten accepterer i linje 10 forslaget med et ”okay”, der som nævnt er en gængs måde at acceptere behandlingsforslag på. Lægen forfølger ikke yderligere accept fra patienten og viser derved, at han har opfattet patientens respons som netop accept af (og ikke modstand mod) behandlingsforslaget. Lægens efterfølgende ”ja” accepterer patientens ”okay” som tilstrækkeligt og lukker dermed sekvensen.

### *Genåbning*

Som det ovenfor er blevet vist, er behandlingsforslaget blevet accepteret uden modstand fra patienten og kræver derfor ikke ekstra arbejde fra lægen. Herefter kunne lægen, som det ofte sker, være fortsat med et specifikt behandlingsforslag (medikament, dosis, behandlingens længde) (Stivers 2007; Heritage og Maynard 2006). I stedet påbegynder lægen en ny sekvens, en genåbning af anamnesen, der (med en lang, indskudt narrativ) leder frem til behandlingsforslag 2:

### Genåbning af anamnesen

06:20 minutter inde i samtalen

13 LÆ: har du haft bihulebetændelse før? =

14 PA: = jeg tror det sgu ikke(0.2) ↑altså,

15 LÆ: ↓(°nej°)

16 (0.6)

17 PA: never (.) det tror jeg ikke,

18 LÆ: °never.°

19 PA: nm

20 LÆ: ^nej^

---

4 Stivers finder i få tilfælde at ”behandle” bliver brugt om ikke-receptpligtig medicin, men kun hvor diagnosen allerede har peget på ikke-antibiotikkrævende behandling, og kun hvor lægen fremsætter sit behandlingsforslag som ”affirmative” (se Stivers, 2007:188).

21 PA: jeg ved faktisk hva- hva:- (0.2)  
 22 hvordan kommer det,  
 23 (1.6)  
 24 for det var [spøjst jeg havde jo lige været inde  
 25 [j:a ( )  
 26 o:g gi mig selv =  
 27 PA: = hundrede procent inde i et træningscenter  
 28 og kom hjem (0.5)  
 29 og havde lige fået (0.5)  
 30 ja (0.4)fik noget ↑yoghurt og fik noget frugt  
 31 >og sådan noget< (0.4)  
 32 og så skulle vi igang med nogle så'n nogle  
 33 sengeprojekter og sådan noget  
 34 og så gik der en tre timer  
 35 og så begyndte det bare at komme  
 36 og jeg kunne bare mærke nu kommer (det)  
 37 (0.3)  
 38 du ved hvor jeg tænkte  
 39 (1.2)  
 40 LÆ: °j[a°  
 41 PA: [skal jeg have en influenza eller hvad skal jeg  
 42 LÆ: ↑ja: ja  
 43 (1.4)  
 44 PA: og så i går der =  
 45 LÆ: =ja,  
 46 PA: [der sad jeg bare sådan her =  
 47 LÆ: [.hhh  
 48 PA: =[på stolen)  
 49 LÆ: =[> altså der er det ved de bihulebetændelser =

Det er ikke usædvanligt at genåbne sekvenser (Heritage 2004: 122; Nielsen 2010: 24), og da bihulebetændelser kan være både akutte og kroniske, og der er risiko for kronisk bihulebetændelse, hvis man har gentagne akutte bihulebetændelser (Nielsen m.fl. 2014; Happy Audit 2008), er det muligt – men ikke sikkert – at det er dette, lægen forsøger at afklare. Det er dog ikke ekspliciteret for patienten, hvorfor

lægen vender tilbage til et spørgsmål, han ikke fik klart svar på tidligere (nemlig hvorvidt patienten plejer at "have det sådan", når han er forkolet), hvilket muligvis er medvirkende til, at patienten påbegynder en narrativ. Lægens spørgsmål er et ja/nej-spørgsmål med et indbygget kandidatsvar, hvormed han bringer endnu et godt argument i spil for at behandle med antibiotika (Pomerantz 1988). Det er formuleret på en måde, der afslører lægens antagelser om patientens niveau af krops- og sygdomsindsigt, nemlig at patienten ved, hvad diagnosen bihulebetændelse er, kan genkalde, om han tidligere er blevet diagnosticeret med det eller alternativt kender nok til symptombilledet til at vurdere, om han har haft det tidligere<sup>5</sup>. Det, viser det sig, er ikke tilfældet. Efter flere benægtende svar (linje 14, 17 og 19), der dog viser, at patienten er usikker på, om han har haft bihulebetændelse før (selv det kontante "never" bliver nedgraderet af udvidelsen "det tror jeg ikke"), og efter hvad der ligner en ufuldendt konstatering af, at han ikke ved, hvad en bihulebetændelse er (linje 21), stiller patienten spørgsmålet "hvordan kommer det". I den pause på 1.6 sekund, der derefter følger, fravælger lægen den tur, der i kraft af spørgsmålet sekventielt er "hans", og patienten får ikke den forklaring, han har efterspurgt. I stedet tager patienten igen selv turen i linje 24. Lægens "ja: ( )" i linje 25 er muligvis en start på et svar, men patienten orienterer sig ikke mod det, og det bliver ikke færdiggjort. Hans narrativ (linje 24-48) er en meget let modificeret gentagelse af problempresentationen først i konsultationen og fungerer her som en forklaring på hans undren ("for det var spøjst") og som et kandidatsvar på, hvordan bihulebetændelsen er kommet. Derved bevæges samtalen væk fra det stramme spørgsmål-svar-format, der ellers kendetegner anamneseoptagelsen (Halkowski 2006; Stivers og Heritage 2001: 155, 167). Først da narrativen når et sted, hvor overgangsrelevans kan projiceres (patientens "og så i går der" efterfølges af en rysten på hovedet, der kan forstås som en afslutning), starter lægens indånding, der indvarsler mere tale uden officielt at begynde en tur (Schegloff 1996: 93). Patienten fortsætter dog lidt endnu, mens han læner sig tilbage i stolen i en illustration af, hvordan

---

5 Det første spørgsmål "Plejer du at have det sådan når du er forkolet" (data ikke vist) havde ikke samme indbyggede antagelser.

han sad, og netop her, hvor fortællingen for anden gang kan projiceres at være færdig, tager lægen, med et kort overlap, igen turen.

### *Behandlingsforslag 2*

I det næste uddrag, der begynder ved dette overlap, starter en ny behandlingsbeslutningsproces. Denne proces ender med at annullere resultatet af den foregående (antibiotika) og fører til, at konsultationen i stedet afsluttes med en beslutning om håndkøbsmedicin. Det er denne ændring, der er så særlig for denne case.

### Behandlingsforslag 2: næsespray

06:52 minutter inde i samtalen

44 PA: og så i går der =

45 LÆ: =ja,

46 PA: [der sad jeg bare sådan her =

47 LÆ: [.hhh

48 PA: =[ (på stolen)

49 LÆ: =<sub>l</sub> > altså der er det ved de bihulebetændelser =

50 = nogle af dem < (0.3) kan gå væk uden man giver antibiotika,

51 PA: ja.

52 (0.4)

53 LÆ: hy: is man bare tager en næsespray,

54 (1.0)

55 PA: ja: sådan <sub>l</sub>noget Otrivin el<sub>l</sub>ler (sådan noget)

56 LÆ: <sub>l</sub>Otriv- <sub>l</sub>ja

57 så åbner det kanalerne og så kan det selv løbe ud.

58 PA: ↓okay

59 (0.6)

60 PA: jamen er det det vi skal (køre efter) så

61 (0.3)

62 LÆ: > det kan du godt prøve i første omgang,

63 = så kan du give det en chance < ↓her til hen på ugen,

64 og hvis ikke det er bleven bedre her hen til > torsdag

65 fredag <, (.)

66 PA: ja

67 LÆ: > så ringer du < så kan vi klare noget penicillin

68 per telefon.  
 69 (.)  
 70 PA: ja  
 71 (0.9)  
 72 så tror jeg godt jeg vil det først ja  
 73 LÆ: °ja°  
 74 PA: °uden penicillin ʔi°  
 75 LÆ: ʔfint  
 76 PA: ja  
 77 LÆ: > så gør vi det <  
 78 PA: ja  
 79 (0.4)  
 80 LÆ: °yes°  
 81 (0.8)  
 82 °.hh ʔfint°  
 83 (0.4)  
 84 PA: ja  
 ((patienten rejser sig, lægen slukker kameraet))

Lægens overlap i linje 49 giver indtryk af, at emnet er udtømt med hensyn til, hvad der var relevant som svar på hans tidligere spørgsmål ”har du haft en bihulebetændelse før”. Det kan tyde på, at det, lægen siger i turen, hvor han afbryder patienten, egentlig kunne være sagt tidligere, hvis patienten bare havde svaret ”nej” (eller ja) til lægens spørgsmål i linje 13. Hele patientens gentagne problempresentation (linje 24-48) bliver sekventielt ”slettet” af, at lægen ikke forholder sig til den i sin tur (Heritage 2012: 16). Derved får lægen samtalen tilbage til den kurs, den var på før problempresentationen.

Taleturen åbnes i linje 49 med ”altså der er det ved”. Ifølge Heinemann og Steensig (Heinemann og Steensig (under udgivelse)) bruges det tur-initiale ”altså”, til at vise, at en afvigelse fra samtaleprogression (som her, hvor lægen ikke kommenterer på patientens narrativ, men i stedet byder ind med sin medicinske viden om bihulebetændelser) er berettiget og gøres med god grund. I dette tilfælde er grunden, at lægen tilføjer information, der er afgørende for, at samtalen kan vende tilbage til den aktivitet, der var i gang: at træffe beslutning om behand-

ling. Brugen af det tur-initiale ”altså” viser, at fremsættelsen af det andet forslag er interaktionelt følsomt, uden at årsagen til afvigelsen tilskrives hverken lægen eller patienten (Heinemann og Steensig (under udgivelse)). I modsætning til det første behandlingsforslag fremsættes det andet forslag som noget, der kun indirekte implicerer patienten. Udsagnet eller påstanden er designet sådan, at den fremsættes som en faktisk generalisering (”der er det ved bihulebetændelser”) (Heritage og Sefi 1992: 369),<sup>6</sup> og hverken lægen eller patienten nævnes. Ved at gentage ”bihulebetændelse” fastholder lægen diagnosen, den nedtones ikke (og dermed er legitimiteten af patientens besøg hos lægen ikke truet (Stivers 2007: 17-20)). Flertalsformerne ”de bihulebetændelser” og ”dem”, samt ”nogle” understreger (i modsætning til f.eks. bestemt form ental) det generelle i udsagnet: Det er ikke alle bihulebetændelser, dette gælder for, formodentlig heller ikke engang de fleste af dem, og det er ikke sikkert, at det gælder for netop *denne* bihulebetændelse, men det er en mulighed, som patienten skal informeres om. Dette indbyggede forbehold for, at bihulebetændelser kan gå væk uden antibiotika (hvilket brugen af modalverbet ”kan” også understreger) lægger op til, at det er patientens eget (informerede) valg, om han på denne baggrund foretrækker ikke at tage antibiotika.

Patienten responderer med et minimalt ”ja”, der ikke røber, hvordan han forholder sig til det sagte ud over, at han godtager det som information. Det er først, da lægen i linje 53 fremsætter et specifikt behandlingsforslag, at patienten byder ind med mere<sup>7</sup>. Patienten (”man” i linje 53) kan tage en næsespray. Ved at bruge ”bare” nedgraderes dette til noget mindre end brugen af antibiotika. Det stemmer overens med, at lægen i løbet af konsultationen har orienteret sig mod antibiotisk behandling som førstevalg. Det skal i øvrigt bemærkes, at hvor en nedgradering som ”bare” i andre konsultationer kan være nok

6 I form af behandlingsforslag kaldes dette design for ”assertion” (Heritage, personlig kommunikation 24.02.2015).

7 Som nævnt behandles generelle, uspecifikke behandlingsforslag ofte som utilstrækkelige af patienterne og møder ofte modstand eller manglende optag fra patienterne, mens forslag, der specificerer det næste handlingsskridt, behandles som et helt og legitimt forslag, der derved også behandler patientens problem som legitimt (Stivers, 2007: 165, 174-77). Det synes også at gøre sig gældende her, hvor patienten først efter det specifikke forslag (”Otrivin”) (og yderligere information om, hvordan den virker) giver accept.



til, at et ikke-antibiotika behandlingsforslag afvises, accepterer denne patient det uden modstand (Stivers, 2007: 178). Det synes at bekræfte, at denne patient ikke fisker efter antibiotisk behandling per se, men måske snarere blot behandling i en eller anden form.

Patienten samarbejder i sin tur ved at komme med et indbygget kandidatforslag til typen af næsespray ("ja: sådan [noget Otrivin el]ler (sådan noget)"). Dette ses ofte i "åbne" beslutningstagningsprocesser (Quirk m.fl. 2012: 107, 110), som dette andet behandlingsforslag lægger op til.

I lægens næste tur i linje 57, der er en forlængelse af "hvis man bare tager en næsespray", forklarer han, hvad "det" (der her knytter an til behandling med næsespray) gør: at "det [pus] selv kan løbe ud". Den grammatiske brug af "løbe" i aktiv form samt "det" (pus) som subjekt (sammen med "selv") gør, at denne behandling fremstilles som noget, kroppen "selv" klarer. Dermed er det en mere "naturlig" løsning end antibiotisk behandling, hvilket kan ses som en fordel ud fra princippet om ikke at overbehandle. Først herefter kvitterer patienten i sin tur for informationen og accepterer den med et "okay", der signalerer, at patienten nu er klar til at gå videre til næste del af samtalen (Beach 1995: 269).

Lægen, der sekventielt og epistemisk har ret til at følge op med et behandlingsforslag, tager ikke turen. I stedet bliver det patienten, der (efter en pause) "oversætter" lægens forudgående ture med spørgsmålet: "jamen er det dét vi skal (køre efter) så". Brugen af "dét" specificerer næsespray som anderledes end det forrige forslag (jf. denne artikel s. 17). Dermed viser patienten, at han orienterer sig mod det foregående som et implicit alternativt behandlingsforslag, som nu bliver ekspliciteret og relevansgjort af patienten selv. Han orienterer sig dog mod beslutningen som et fælles projekt: Ved at designe turen med interrogativ syntaks snarere end som en proklamerende "Så gør vi det" og ved at bruge tredjeperson flertals-formen "vi", kaster han beslutningsbolden tilbage på lægens banchalvdel og gør et svar (og accept) fra lægen relevant (Quirk m.fl. 2012: 106).

Men lægen påtager sig ikke umiddelbart dette fælles ansvar. Selvom patientens spørgsmål er et ja/nej-spørgsmål, der søger et bekræftende svar, vælger lægen i sin tur igen at lægge ansvaret for og ejerskabet

over beslutningen tilbage hos patienten: Med ”det kan du godt prøve” bliver beslutningen ”skubbet” tilbage til patienten. Yderligere modaliserer ”kan” det sagte og gør det klart, at dette er en mulighed, men ikke tvang – det står patienten frit for at vælge ikke at prøve det. På denne måde får lægen formuleret sit svar på en sådan måde, at det støtter op om et forslag, *patienten* er kommet med, og som lægen ikke har ansvar for. Dette er modsat udsigelsen i behandlingsforslag 1 (og i de fleste behandlingsforslag, se Stivers 2007), hvor lægen italesatte sig selv som beslutningstager ”jeg synes” og orienterede sig mod det fælles ved brug af ”vi”. Hvorfor dette behandlingsforslag har en så anderledes orientering, vil jeg vende tilbage til – her skal det blot bemærkes, at lægen som demonstreret gør en del arbejde ”i kulissen” for at patienten selv skal formulere det alternative behandlingsforslag.

Lægens hurtige taletempo i linje 62-63 gør, at hans ”det kan du godt prøve i første omgang (...)” bliver *rushed through* (Schegloff 1982), så der ikke er mulighed for, at patienten kan tage sin tur ved det overgangsrelevante sted. Ordene ”i første omgang” projicerer derudover, at lægen ikke er færdig med at tale, og ved at slette den lille tavshed, der normalt kommer mellem turkonstruktionsenheder (Schegloff 1987: 104), holder han på sin tur ved at ”overtage” det mulige relevante turtagingssted for patienten, der således reelt ikke levnes mange muligheder for at respondere på dette tidspunkt. (Selvom der kommer et ja fra patienten i linje 66, er det et ”fortsætter-ja”, for tonefaldet og ordene i lægens foregående tur ”her indtil torsdag fredag” gør det klart, at lægen ikke er færdig med at tale.)

Lægen når altså på denne måde både at svare på spørgsmålet (”jamen er det det vi skal (køre efter) så”) i linje 62 og at inkludere en ekstra udvidelse af sin tur selv i linje 63-68, en ”plan B”, hvis det viser sig, at næsespray alligevel ikke var tilstrækkeligt.<sup>8</sup> Denne plan, der nu indeholder næsespray ”i første omgang” og penicillin ”hvis ikke det er blevet bedre”, er langt mindre radikal end valget mellem *enten* antibio-

---

8 Jf. Stivers om *contingency plan*, at udskrivelsen af antibiotika afhænger af, at symptomerne ikke er blevet bedre af sig selv eller med håndkøbsmedicin (Stivers 2007: 75). I hendes data bruges denne form dog, hvor patienten presser på for at få antibiotika og lægen ikke ønsker at give det. Contingency-planen bliver dermed en måde at nå til foreløbig enighed, så konsultationen kan afsluttes. Det er ikke tilfældet i denne case.

tika og næsespray: Ved ikke at udelukke antibiotika (og ved at nedtone det endelige i valget ("prøve", "give en chance", "i første omgang")) imødegår – og neutraliserer - lægen risikoen for, at patienten i et valg mellem antibiotika "nu eller aldrig" vælger antibiotika for en sikkerheds skyld. Den åbne beslutningsform (Quirk m.fl. 2012: 110) gør, at behandlingen konstrueres som en, der er let at ændre, såfremt den viser sig at give patienten vanskeligheder eller ikke at virke. Først når planen i linje 68 er præsenteret i sin helhed, er lægen færdig med sin tur, og patienten får mulighed for at besvare. Patienten, der hverken nu eller før har vist modstand mod forslaget, formulerer i linje 72 og igen, mere specifikt, i linje 74, at han gerne vil prøve dette, altså uden penicillin. Først herefter vender lægen tilbage med en bekræftelse, der inddrager ham selv i beslutningsprocessen ("så gør vi det"). I turen herefter er der rig mulighed for, at patienten kan trække beslutningen tilbage (de mange runder med "ja" fra linje 73 til 84) (Stevanovic 2013: 20, Quirk m.fl. 2012: 108). Dette er igen modsat behandlingsforslag 1, hvor minimal accept behandles som tilstrækkelig til at lukke sekvensen (se i øvrigt Stivers 2007: 108, 200) – og i hele denne sekvens ses lægen således gøre et interaktionelt arbejde for at cementere accepten af det nye behandlingsforslag. Patienten vælger at fastholde beslutningen om ikke-antibiotisk behandling, og konsultationen lukkes ved, at patienten rejser sig og begynder at tage sin jakke på, hvorefter lægen slukker kameraet.

### *Hvorfor dette nu?*

En af årsagerne til, at behandlingsforslag 2 overhovedet fremsættes, synes således at være, at overgangssekvensen (genåbningen af anamnesen og patientens narrativ, linje 13-48) har givet lægen adgang til at producere turen i linje 49. Det efterfølgende behandlingsforslag har et andet design end behandlingsforslag 1. Man kunne tro, at dette skyldes, at det er et forslag for ikke-antibiotisk behandling. Men ser man på de eksempler, der er beskrevet af Stivers i *Prescribing under Pressure* (Stivers 2007, se bl.a. side 168-169, 175-176)<sup>9</sup>, som for eksempel dette: "I'll give her another coughing formula" (Stivers 2007: 168), synes dette dog ikke at være det udslagsgivende. De forslag, Stivers gengiver *for*

---

9 Hvilket bekræftes af mine andre data.

ikke-antibiotisk medicin, er stort set alle designet som en direkte ud-sigelse ("I'll give her", "I think you should have" o.l.), der har lægen og/eller "vi" som agent. En anden årsag til det anderledes format kan være, at forslaget er det *andet* og dermed en ændring af det første. Dette synes at have noget på sig: Ser man på nedenstående eksempel (Robinson, 2001: 29-30, et uddrag, som Robinson ikke selv analyserer), der også er et nyt behandlingsforslag, bliver det også gjort på en sådan måde, at patienten selv formulerer det. Jeg skal ikke her analysere segmentet i detaljer, men blot vise, at også lægen i Robinsons konsultation (som lægen i det viste datasegment om antibiotika) forklarer, hvilke fordele dette valg vil have (at "det" selv kan løbe ud i det vores tilfælde, og at der ikke er "an addiction potential" i Robinsons tilfælde). Også Robinsons læge gør et kommunikativt arbejde for, at patienten selv træffer beslutningen (og får mulighed for at trække den tilbage), ligesom forslaget bliver gjort til noget, der kommer fra *patienten*, og som *lægen* bekræfter.

#### Behandlingsforslag 2: smertestillende

- 68 DOC: .hhh Okay. (.) I';ll uh- I'll write you another prescription,  
 69 PAT: Well (i-) (deh-) you know if you'd rather I didn't > take  
 70 it < I c'n: I can live withou:t  
 71 DOC: No f:rankly I don't know whatcha gunna do. .h I want- (.) I  
 72 wantcha to be comfortable.  
 73 PAT: [I took that (tyle)no:l=  
 74 DOC: [ .hh It's the- ]  
 75 DOC: = The only other w- option would be dar:vace:t. = h  
 76 (0.2)  
 77 PAT: hhhh °I don't know what that is°  
 78 (0.2)  
 79 DOC: It's another pai:n killer, it doesn't have the  
 80 <addiction> .hh <poten[tial> ]  
 81 PAT: [Oh (al)right]  
 82 l[et's try] ^that [then^]  
 83 DOC: [as- ] [as ] co:deine.  
 84 PAT: Let's try ^that^ the[n. ]  
 85 DOC: [A':] right.

86 DOC: 'Cuz there wouldn't be a pro:blem .hh the red fla:gs  
 87 wouldn't keep wa:ving.  
 88 [O:kay.]  
 89 [.hh If ] it was dar:vac[et. ]  
 90 PAT: [Al ]right.

(Robinson 2001: 29-30)

Disse to cases kan tyde på, at formatet (i hvert fald til dels) kan skyldes den situation, lægen befinder sig i, hvor han muligvis kan opleve en konflikt mellem på den ene side at fremsætte det, der nu har vist sig at være det optimale behandlingsforslag, og på den anden side at risikere at undergrave sin egen autoritet (og patientens tillid til denne autoritet) netop ved at fremsætte et alternativt forslag *efter*, at et andet forslag allerede er blevet accepteret. Formatet bliver dermed en måde at mindske denne konflikt på: Ved at overlade formuleringen af behandlingsforslaget til patienten (jf. Schegloff om at overbringe en dårlig nyhed med et sådant format, at modtageren selv ender med at formulere den (Schegloff 1988)) undgår lægen at give to direkte og modsatrettede anbefalinger (som det ville være, hvis han sagde ”jeg synes vi skal prøve næsespray i stedet”), og dermed er der mindre risiko for at blive konfronteret med og muligvis afkrævet svar på, hvorfor ændringen er gjort. I stedet bliver det et forslag, patienten selv har fremsat efter – på baggrund af den tilgængelige information om alternativet (se linjerne 60 i mit eksempel og 79-80 i Robinsons) – at have vurderet dette til at være det foretrukne.

Det kan også skyldes en orientering mod behandling nummer to som nok samfundsmæssigt præfereret (det er, jf. problemerne med antibiotikaresistens, som blev beskrevet i indledningen, at foretrække ikke at give antibiotika, hvor det ikke er strengt nødvendigt – og det er at foretrække ikke at gøre flere patienter afhængige af smertestillende end de, der ikke kan udholde deres smerter uden), men ikke nødvendigvis individuelt foretrukket af patienten. Her kommer lægens formodning om patienternes ønske ind. Selvom ”vores” patient ikke har presset på for antibiotika, men snarere har forholdt sig agnostisk<sup>10</sup>, har

10 Dette bekræftes af et interview med ham, hvor han fortalte, at han kom til lægen for enten at få at vide, at der ikke kunne gøres noget, eller for at få behandling, og af, at lægen ikke identificerede ham som en, der pressede på for at få antibiotika.

lægen alligevel orienteret sig mod antibiotika som førstevalg (og har i øvrigt selv nedgraderet næsespray med et "bare" i forhold til antibiotika). Først da det bliver klart, at patienten sandsynligvis ikke har haft bihulebetændelser før og ikke ved, hvordan de kommer, dvs. formentlig ikke kender til forskellige behandlingsmuligheder, foreslår lægen en alternativ behandling.

I Robinsons case har patienten gennem hele forløbet tydeligt presset på for at få netop denne bestemte type smertestillende (med afhængighedspotentiale), som lægen til sidst går med til at give. Og det er først efter, at patienten har givet en åbning (om end den ikke nødvendigvis er oprigtig), at lægen tilbyder et alternativ. Her viser det sig, at patienten ikke ved, at alternativet findes (noget lignende kan man forestille sig er tilfældet for "vores" patient), og gerne tager i mod det uden at skulle overtales. Havde denne "hale" på konsultationen ikke været med, havde det været fristende at betragte patienten som en, der ønskede en bestemt behandling og den behandling alene.

### *En mulig strategi*

Det er naturligvis ikke til at sige, om patienterne i begge tilfælde ville have accepteret alternativet uanset designet af behandlingsforslaget, men i hvert fald illustrerer disse cases, at patienter ikke nødvendigvis har antibiotika eller en anden bestemt behandling som egentligt førstevalg (selv hvis de synes at have presset på for den), men at de også kan være optaget af at blive behandlet i det hele taget, det vil sige at få det bedre, og at de stoler på, at det behandlingsforslag, lægen stiller, er det optimale. Forholder det sig sådan, er der god grund til, at læger oftere, end det nu er tilfældet, forhører sig om patienternes ønsker og tilbyder alternativer, hvor sådanne er lægefagligt forsvarlige.

Stivers har vist, at forhandlinger og delt beslutningstagen mellem læge og patient allerede foregår, og at patienter gennem (oftest indirekte) kommunikativt pres kan formå lægerne til i nogle tilfælde at give mere antibiotika (Stivers 2007: 11-13). Men i de tilfælde, hvor patienten ikke nødvendigvis ønsker antibiotika som førstevalg, er faren ved ikke at italesætte denne forhandling, at flere får antibiotika end de, der egentlig vil og bør have det. Hvis en læge kan tilbyde dem alternative

løsninger, er de måske villige til at prøve dette, selv hvis de ikke selv direkte har efterspurgt det (eller ved, at det er en mulighed).

Ved at designe forslaget om ikke-antibiotisk behandling som et generelt, ikke-autoritativt udsagn, der overlader beslutningen til patienten, og ved samtidigt at tilbyde en konkret handlingsplan som alternativ til antibiotika (i denne case at bruge næsespray), bliver det noget, patienten selv kan vælge til, og ikke et spørgsmål om, at lægen trækker sit første forslag tilbage. Det behøver formodentlig ikke at ske som andet behandlingsforslag (der er eksempler på, at dette format bruges allerede i første behandlingssekvens), men har man som læge allerede givet tilsagn til en behandling, man er i tvivl om, er der altså stadig chance for, at den kan ”reddes” i andet forsøg.

Selv hvis det ikke lykkes i alle, men blot i nogle tilfælde, kan man dermed nedbringe brugen af unødvendig medicin og sandsynligvis også få patienter, der føler større handlekraft og medejerskab over deres sundhed og behandling (Brody m.fl. 1989; Légaré m.fl. 2012). Ved at være lydhør overfor konsultationen, som den udfolder sig, men samtidig italesætte forskellige behandlingsmuligheder kan lægen inddrage patienten mere i beslutningsprocessen om, hvorvidt der skal gives antibiotika, og i højere grad lægge beslutningskraften over til patienten; resultatet kan vise sig at være overraskende.

Johanna Lindell

Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab og UC-CARE

Københavns Universitet

dbm661@hum.ku.dk

Tak til den anonyme fagfællebedømmer for præcise og brugbare kommentarer.

## LITTERATUR

- Beach, Wayne A. 1995. Preserving and constraining options: "Okays" and 'official' priorities in medical interviews. G.H. Morris & Ron J. Cheneil (red.), *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse*. 259-289. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Beck Nielsen, Søren. 2010. Konversationsanalyse af læge-patient-samtaler. Status, overblik og muligheder *NyS – Nydanske Sprogstudier* 38. 10-38.
- Bjerrum, Lars m.fl. 2014. *Luftvejsinfektioner – diagnose og behandling*. [Klinisk vejledning for almen praksis]. Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Britten, Nicky. 1994. Patient demand for prescriptions: A view from the other side. *Family Practice* 11. 62-66.
- Britten, Nicky & Obioha Ukoumunne. 1997. The influence of patients' hope of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: A questionnaire study. *British Medical Journal* 315. 1506-1510.
- Britten, Nicky m.fl. 2000. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal* 320. 484-88.
- Brody, David m.fl. 1989. Patient perception of involvement in medical care. *Journal of General Internal Medicine* 4(6). 506-511.
- Cockburn, Jill & Sabrina Pit. 1997. Prescribing behavior in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perception of patients' expectations – A questionnaire study. *British Medical Journal* 315. 520-523.
- Davidson, Judy. 1984. Subsequent versions of invitations, offers, requests, and proposals dealing with potential or actual rejection. J. Maxwell Atkinson (red.), *Structures of social action: Studies in conversation analysis* 102-128. Cambridge: Cambridge University Press.
- Drew, Paul & John Heritage (red.). 2001 (1992). *Talk at Work, Interaction in Institutional Settings*. (Studies in Interactional Sociolinguistics 8). Cambridge: Cambridge University Press.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2014. *Antimicrobial resistance surveillance in Europe. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)*. ECDC.
- Femø Nielsen, Mie, Jakob Steensig & Johannes Wagner. 2006. Konversationsanalyse i Danmark. *NyS – Nydanske Sprogstudier* 34-35. 182-216
- Greatbatch, David. 2006. Prescriptions and prescribing: coordinating talk and text-based activities. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.), *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. 313-339. New York: Cambridge University Press.



- Happy Audit projekt. 2008. *Vejledning i diagnostik og behandling af luftvejsinfektioner i almen praksis*. Odense: HAPPY AUDIT, WP 5: Research Unit of General Practice and Audit Project Odense.
- 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*. 86-114. New York: Cambridge University Press.
- Heinemann, Trine & Jakob Steensig. (Under udgivelse). Justifying departures from progressivity: The Danish turn-initial particle *altså*. John Heritage & Marja-Lee-na Sorjonen (red.), *Turn-initial particles across languages*. Amsterdam: Benjamins.
- Heritage, John. 1984. *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, John & Sue Sefi. 1992. Dilemmas of Advice: Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interactions between Health Visitors and First Time Mothers. Paul Drew & John Heritage (red.), *Talk at Work*. 359-419. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, John & Tanya Stivers. 1999. Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science and Medicine* 49(11). 1501-17.
- Heritage, John. 2004. Conversation Analysis and Institutional Talk. Robert Sanders & Kristine Fitch (red.), *Handbook of Language and Social Interaction*. 103-146. Mahwah NJ: Erlbaum.
- Heritage, John & Douglas W. Maynard. 2006. *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. New York: Cambridge University Press.
- Heritage, John. 2012. Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45(1). 1-29.
- Høg, Birgitte Borck m.fl. (red.). 2014. *DANMAP 2013. Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark*. SSI, DTU Vet, DTU Food.
- Jensen, Torben Juul. 2009. Generic Variation? Developments in Use of Generic Pronouns in Late 20th Century Spoken Danish. *Acta Linguistica Hafniensia* 41(1). 83-115.
- Jørgensen, Lars Christian m.fl. 2013. Antibiotic prescribing in patients with acute rhinosinusitis is not in agreement with European recommendations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 31. 101-103.

- Koenig, Christopher J. 2011. Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science & Medicine* 72. 1105-1114.
- Kumar, S., Paul Little & Nicky Britten. 2003. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *British Medical Journal* 328. 138-141.
- Légaré, France m.fl. 2012. Training Family Physicians in Shared Decision-making to Reduce the Overuse of Antibiotics in Acute Respiratory Infections: A Cluster Randomized Trial. *CMAJ* 184(13). 726-734.
- Little, Paul m.fl. 2004. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *British Medical Journal* 328. 444-446.
- Little, Paul m.fl. 2014. Antibiotic prescription strategies for acute sore throat: a prospective observational cohort study. *Lancet Infect Dis* 14. 213-219.
- Llor, Carl & Lars Bjerrum 2014. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Therapeutic Advances in Drug Safety* 5(6). 229-241.
- Mangione-Smith, Rita m.fl. 1999. The Relationship between Perceived Parental Expectations and Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior. *Pediatrics* 103(4 I). 711-718.
- Mangione-Smith, Rita m.fl. 2001. Parent Expectations for Antibiotics, Physician-parent Communication, and Satisfaction. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 155(7). 800-806.
- Mangione-Smith, Rita m.fl. 2006. Ruling out the Need for Antibiotics: Are We Sending the Right Message? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 16(9). 945-952.
- Nielsen, Lars Holme, Anders Bilde & Bjarne Lühr Hansen. 2014. Bihulebetændelse, akut. *Lægebåndbogen*, [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)
- Peräkylä, Anssi. 1998. Authority and accountability. The delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly* 61(4). 301-320.
- Pomerantz, Anita. 1988. Offering a candidate answer: an information seeking strategy. *Communication Monographs* 55(4). 360-73.
- Quirk, Alan m.fl. 2012. How Pressure Is Applied in Shared Decisions about Antipsychotic Medication: A Conversation Analytic Study of Psychiatric Outpatient Consultations: CA of Psychiatric Outpatient Consultations. *Sociology of Health & Illness* 34(1). 95-113.

- Robinson, Jeffrey D. 2001. Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text* 21(1-2). 19–54.
- Rodrigues, António Teixeira m.fl. 2013. Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Antimicrobial Agents* 41(3). 203-212.
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff & Gail Jefferson. 1974. A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* 50(4). 696-735.
- Scott, Marvin B. & Stanford M. Lyman. 1968. Accounts. *American Sociological Review* 33. 46-62.
- Schegloff, Emanuel A. 1988. On an actual virtual servo-mechanism for guessing bad news: A single case conjecture. *Social Problems* 35. 442-457.
- Schegloff, Emanuel A. 1996. Turn organization: one intersection of grammar and interaction. Elinor Ochs, Emanuel A. Schegloff & Sandra A. Thompson (red.), *Interaction and Grammar*. (Studies in Interactional Sociolinguistics 13), 52-133. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stevanovic, Melisa. 2013. Constructing a proposal as a thought: A way to manage problems in the initiation of joint decision-making in Finnish workplace interaction. *Pragmatics* 23(3). 519-544.
- Stivers, Tanya. 2006. Treatment decisions: negotiations between doctors and patients in acute care encounters. John Heritage & Douglas W. Maynard (red.), *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, 279-312. New York: Cambridge University Press.
- Stivers, Tanya. 2007. *Prescribing under pressure: parent-physician conversations and antibiotics*. Oxford: Oxford University Press.
- Stivers, Tanya. 2005. Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. *Social Science & Medicine* 60. 949–964.
- Stivers, Tanya, m.fl. 2003. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. *Journal of Family Practice* 52(2). 140–47.
- Stivers, Tanya & John Heritage. 2001. Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking. *Text* 21(1-2). 151-185.