

Forord

Da søknaden om doktorgradsstipend omsider ble innvilget, var min første reaksjon: for et privilegium! Tenk å få muligheten til kompromissløs fordypning og faglig fråtsing i tre år. Stipendiatperioden har vært en flott periode. Takk til Høgskolen i Nord Trøndelag (HiNT), Avdeling for sykepleier-, ingeniør- og lærerutdanning for at dere gjorde prosjektet mulig gjennom finansiering og serviceorientert tilrettelegging.

Etter mitt syn har jeg vært 'velsignet' med en utrolig interessant empiri. Takk til pasienter og studenter ved begge utdanningene for at dere stilte opp i dette prosjektet. Takk også til helsepersonell som hjalp meg med rekruttering av pasienter og med praktisk tilrettelegging. De ansvarlige for kommunikasjonstreningen ved de to studieprogrammene har spilt en nøkkelrolle underveis, som stabile, bevisstgjørende, inspirerende og ikke minst nødvendige dialogpartnere. Takk spesielt til Jørgen, Hildfrid, Hilde, Are, Gertrud, Kjell og Nina!

Førsteamanuensis Julie Feilberg har vært veileder i hele perioden. Jeg er takknemlig for all den hjelp, støtte og oppmuntring hun har gitt meg. Jeg vil takke Julie for at hun har hatt tillit til meg hele veien og for hennes klare blikk og evne til å trekke store linjer. Professor Per Linell kom inn som veileder siste året og har gitt konstruktiv og grundig respons på alle nivå av teksten. Gjennom sin veilederstil, faglige tyngde og varme har han bidratt til fokusert jobbing, arbeidslyst og økt faglig selvtillit. Jeg vil takke Per for at han bidro sterkt til at jeg gjennomførte på normert tid. Professor Jan Svennevig leste og kommenterte empirikapitlene midtveis. Jeg vil takke Jan for generøse og innsiktsfulle kommentarer i en viktig fase av arbeidet.

Takk til Kristin Halvorsen for vel utførte transkripsjoner, for givende og interessante analysediskusjoner i startfasen av prosjektet og ikke minst for et godt vennskap. Takk til medstipendiat Sissel Rolness Lysklett for entusiastiske og konstruktive fagdiskusjoner, gode spørsmål og evne til å spre arbeidsglede. Takk for at du er min gode venninne. Takk også til mine venninner Heidi Gilstad og Janne Bromseth for perspektivgivende diskusjoner, støttende innspill og inspirasjon i faglige og sosiale sammenhenger.

Anvendt språkvitenskap rommer et inspirerende faglig og sosialt inkluderende miljø. En stor takk til samtlige ansatte og studenter ved instituttet og i særdeleshet til Gunhild Åm Vatn, Lars Evensen, Ellen Andenæs, Margit Hermundsgård, Marit Husby, Nancy Lea Eik-Nes og Eli Raanes for nyttige og oppmuntrende kommentarer. Takk til Janne Olden og Ellen Andenæs for effektiv og stødig korrekturhjelp.

Takk til mine kjære på hjemmebane: Kristoffer og Tale. Kristoffer har med sin ro, sin evne til å gi rom, sin nysgjerrighet, sin klokskap og sin omsorgsfulle væremåte bidratt til at dette har vært en berikende fase i livet mitt. Tale har med sin humor, sitt milde vesen og sin skarpe replikk vært en kilde til energi. Takk til dere begge for godt samarbeid, kjærlighet, tålmodighet og befriende humor. Takk også til mine foreldre, som har vært trofaste barnevakter i hektiske ferieuken og som med sine hyppige 'Lofotengaver' har forsynt oss med fisk, bær og annet godt. Dere har sørget for økt trivsel og vitamintilførsel i slitne perioder. Takk også til øvrig familie og alle gode venner for sunne avbrekk.

Trondheim, 2005

Gøril Thomassen

Innhold

Den flerbunnete treningsamtalen: En studie av samtaler mellom pasient og student fra sykepleier- og medisinerutdanning

1	Innledning.....	5
1.1	Mål.....	7
1.2	Bakgrunn.....	7
1.2.1	Dialogisme og samspillsperspektiv.....	9
1.3	Feltet.....	10
1.3.1	Trender innenfor feltet.....	13
1.4	Treningsamtaler som institusjonelle og interaksjonelle virksomhetstyper.....	15
1.4.1	Kommunikasjonsundervisning: Hvilke anbefalinger får sykepleierstudentene?.....	16
1.4.2	Kommunikasjonsundervisning: Hvilke anbefalinger får medisinerstudentene?.....	18
1.5	Problemstillinger.....	20

Del 1 Teori og metode

2	Perspektiv på språk, dialog og makt.....	23
2.1	Samfunnskontekst og kommunikativ virksomhetstype.....	23
2.2	Syn på språk.....	25
2.3	Syn på dialog.....	26
2.3.1	Analyser av diskurs.....	27
2.4	Samtaleanalyse.....	28
2.5	Perspektiv på makt.....	29
3	Kommunikativ virksomhetstype.....	33
3.1	Virksomhetens ytre: Framing og footing.....	34
3.1.1	Keying.....	37
3.1.2	Kontekstualiseringssignaler.....	39

3.1.3 Layering.....	39
3.2 Virksomhetens indre: fokus på faser.....	41
3.2.1 Initiativ - Respons Analyse.....	41
3.3 Sidesekvenser.....	42
3.4 Bruk av ”oppsummeringer” i avslutningssekvenser.....	44
3.5 Spørsmål-svar-format i ulike funksjoner.....	45
4 Metode.....	47
4.1 Sykepleierutdanningen.....	48
4.1.1 Materialinnsamling ved sykepleierutdanningen: metodiske overveielser.....	49
4.2 Medisinerutdanningen.....	50
4.2.1 Materialinnsamling ved medisinerutdanningen: metodiske overveielser.....	52
4.3 Samtalemateriale.....	53
4.3.1 Intervju.....	55
4.4 Rekruttering av pasienter og studenter.....	55
4.5 Ethiske dilemmaer med prosjektet.....	56
4.6 Transkripsjon.....	57
4.6.1 Tekniske overveielser med hensyn til innspilling og transkripsjon.....	57
4.7 Samtalen som kommunikative virksomhetstyper: forventninger og premisser.....	60
4.7.1 Treningssamtaler fra medisinerutdanningen.....	60
4.7.2 Treningssamtaler fra sykepleierutdanningen.....	61
4.8 Metodekritikk.....	62

Del 2 Analyse

5 Innramming og kontekstualisering i to ulike typer treningssamtaler: analyse.....	65
5.1 Innledningsfaser.....	66
5.1.1 Innramming av kommunikativ virksomhetstype.....	66
5.2 Metoder for å forhandle om virksomhetstype og sette dagsorden: treningssamtaler mellom medisinerstudent og pasient.....	67
5.3 Medisinerstudentenes introduksjoner: oppsummering.....	79
5.4 Kontekstualisering av virksomhetstype i innledningssekvenser: treningssamtaler mellom pasient og sykepleierstudent.....	82
5.5 Sykepleierstudentenes introduksjon: Oppsummering.....	91

6	Forhandling om virksomhetstype i avslutningssekvenser.....	95
6.1	Avslutningsfaser.....	96
6.2	Forhandling om virksomhetstype i avslutningssekvenser: treningssamtaler mellom medisinstudent og pasient.....	97
6.4	Avslutningsfasen i medisinerstudent-pasientsamtalen: oppsummering.....	107
6.5	Kontekstualisering av virksomhetstype i avslutningssekvenser: Treningsamtaler mellom sykepleierstudent og pasient.....	108
6.6	Avslutningsfasen i sykepleierstudent-pasientsamtalen: Oppsummering.....	117
7	Analyse av hovedaktiviteten: Treningsamtaler mellom medisinerstudent og pasient.....	119
7.1	Hybridisering og rammetvetydighet.....	119
7.2	Funn fra hovedaktiviteten.....	130
8	Analyse av hovedaktiviteten: treningssamtaler mellom sykepleierstudent og pasient.....	133
8.1	Rammeveksling mellom institusjonell og hverdagslig samtale.....	133
8.2	Funn fra hovedaktiviteten.....	145

Del 3 Drøfting

9	Treningsamtalen som kompleks kommunikativ virksomhetstype.....	147
9.1	Begrensninger ved studiens generaliseringsmuligheter.....	147
9.2	Systematisering av virksomhetens ytre og interaksjonsforløpet.....	148
9.2.1	Autentiske legekonsultasjoner respektive treningssamtaler.....	149
9.2.2	Autentiske innkomstsamtaler respektive treningssamtaler.....	150
9.3	Kommunikativ virksomhet og multiple rammer.....	153
9.4	Hybridisert kommunikativ virksomhetstype.....	155
9.4.1	Hybridisering og produktiv makt.....	156
9.5	Konversasjonalisert kommunikativ virksomhetstype.....	157
9.5.1	Konversasjonalisering og produktiv makt.....	159
9.6	Hverdagsamtalens hegemoniske posisjon – en maktfri diskurs?.....	161
9.7	Pasientsentrert respektive dialogsentrert interaksjon.....	163
10.	Helsepedagogiske funksjoner og studiens praktiske implikasjoner.....	165
10.1	Hvordan oppøve kontekstsensitivitet?.....	165
10.2	Kommunikativ mentalitet og klinisk mentalitet.....	168

10.2.1	Hva kan diskursforskning bidra med for å gi ny kunnskap til praktikerne?.....	168
10.3	Praktiske implikasjoner: videobasert samtaletrening og autensitet.....	168
10.4	Forslag til praksisforbedrende tiltak.....	169

Kapittel 1

Den flerbunnete treningsamtalen: En studie av samtaler mellom pasient og student fra sykepleier- og medisinerutdanning

1 Innledning

Mitt utgangspunkt for denne studien er en spesiell interesse for profesjonell kommunikasjon og for kommunikasjonstrening i helsefag. Interessen har ført til et samarbeid med de ansvarlige for kommunikasjonstreningen ved en sykepleier- og en medisinerutdanning i Norge. Bakgrunnen for samarbeidet har vært et ønske fra utdanningsinstitusjonenes side om å trekke kommunikasjonsforskning eksplisitt inn i undervisningsopplegget. De ansvarlige for kommunikasjonstreningen ved disse institusjonene er særlig opptatt av å systematisere den praktiske samtaletreningen og den teoretiske undervisningen. Ønsket er å gjøre opplegget mindre personavhengig og mer metodisk orientert.

Anvendt språkvitenskap, som er det faglige utgangspunktet for arbeidet mitt, er et tverrvitenskapelig fag som tar for seg muntlig og skriftlig kommunikasjon i ulike sammenhenger. Profesjonell kommunikasjon er et av satsningsområdene, og faget utvikler forskningsbasert kunnskap for brukere i helse- og utdanningsinstitusjoner, næringsliv og offentlig forvaltning. Faget har tradisjon som et problemorientert fag med stor samfunnsrelevans og nærhet - til praktikere (Evensen, 1986). Et av målene med min studie er å bidra til å forbedre kommunikasjonstreningen i nært samarbeid med de to utdanningene.¹

¹ Som et ledd i dette samarbeidet ble jeg invitert av redaktør og ansvarlig for kommunikasjonsundervisningen ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) til å skrive et kapittel i en innføringsbok i kommunikasjon rettet mot ulike helsefaglige utdanninger (Brataas & Steen Olsen, 2003). I boka argumenterer vi for systematisk kommunikasjonsundervisning gjennom hele den helsefaglige profesjonsutdanningen, og for formaliserte læresituasjoner på arbeidstedene.

1.1 Mål

Objektet for doktorgradsarbeidet er opplæringen i pasientkommunikasjon ved sykepleier- og medisinerutdanning – det vil si den delen av opplæringen som omfatter faktisk samtale-trening med pasienter. Arbeidet har som mål å etablere kunnskap som bidrar til å videreutvikle opplæringen i pasientkommunikasjon, og som kan komme pasienten til gode i møte med fremtidige sykepleiere og leger. I tillegg til å møte samfunnets behov for økte kommunikative ferdigheter hos helsepersonell, vil studien bidra til forskningsfeltet profesjonell kommunikasjon gjennom utvikling av teori omkring konkrete samtaler som er empirisk basert. Det empiriske grunnlaget for studien er videoopptak fra fem treningsamtaler (konsultasjoner) mellom medisinerstudent og pasient, og fem videoopptak fra treningsamtaler (innkomstamtaler) mellom sykepleierstudent og pasient. I tillegg har jeg korte intervju med samtlige pasienter og studenter om deres opplevelse av samtalen, og nærvær av kamera. Avhandlingen skal resultere i praksisforbedrende tiltak og gi studenter og undervisningspersonell et grunnlag for å gi kvalifisert tilbakemelding i forbindelse med samtaletrening.

Målet på et mer overordnet nivå er å utforske hva samtaleforskning på feltet profesjonell kommunikasjon kan bidra med i kommunikasjonstrening innafor helsefag, og hvordan kunnskap om samtals struktur kan gi praktikerne et bevisst blikk på samtalen. På bakgrunn av empiriske analyser vil jeg diskutere hvordan diskursforskning kan bidra med analytiske arbeidsredskaper for bruk i praksis (se Roberts et al., 2003).

1.2 Bakgrunn

Både nasjonalt og internasjonalt er det innenfor medisinsk og helsefaglig utdanning en erkjennelse av at kommunikative ferdigheter er av klinisk og helsefaglig betydning (Aspegren, 1999; Aspegren et al., 2000; Brataas, 2001, 2003; Hargie & Dickson, 2004; Gask et al., 1988; Maguire, 1986a, 1986b; 1990; Malterud, 1990; Nessa, 1999; Pendleton et al., 1984; Preven et al., 1986; Roter et al., 1988). En annen erkjennelse er at studenter kan oppøve kommunikative ferdigheter gjennom trening (Crawford, 1995; Festa et al. 2000; Kurtz et al., 2003). Denne treningen tilbys i ulike helsefaglige og medisinske utdanningsinstitusjoner i form av rollespill med medstudenter eller autentisk/simulert/virtuell pasient, og det kan være lyd og/eller bildebasert samtale-trening med påfølgende tilbakemelding fra medstudenter og faglærer.

Kommunikasjonsforskere med fokus på opplæring i helsefaglig kommunikasjon peker også på betydningen av å trene og bevisstgjøre studentene i kommunikative ferdigheter. Den forskningen som er gjort er gjerne empiriske studier i konversasjons- og diskursanalyse. De kunnskapsmessige bidragene er konkretiseringer, og i noen tilfeller problematiseringer av de anbefalingene studentene får i kommunikasjonsundervisningen (Candlin & Candlin, 2003; Laursen, 2003; Roberts et al. 2003; Sarangi & Roberts; 1999, Thomassen, 2003). Felles for disse studiene er at det argumenteres for

nødvendigheten av detaljerte analyser av student-pasient-interaksjon for å i neste omgang kunne forbedre kommunikasjonsundervisningen. Forfatterne peker også på at nitidige analyser kan være nyttige å bruke i vurderingen av studentenes kommunikative kompetanse, og at denne nytteverdien kan formuleres på bakgrunn av en felles refleksjon mellom forsker og praktikere.

Kommunikasjon med pasienten er en sentral utfordring i studentenes praksisperiode men også det aspekt ved yrkesutøvelsen som er mest utsatt for kritikk (Brataas, 2001).

Kommunikasjonstreningen er imidlertid den minst formaliserte delen av yrkesutdannelsen, og jeg mener at en studie av denne treningen er svært viktig for å forbedre praksisstudiet, såvel som helsepersonellens kommunikasjonsferdigheter.² Effekten i form av praksisforberedende tiltak kan imidlertid bare undersøkes etter at tiltak er satt ut i livet.

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter er viktig for god behandling. Kvaliteten på samspillet mellom pasienter og helsepersonell er under stadig debatt og utvikling. Synet på pasienten som en dynamisk bidragsyter i samspillet er et viktig aspekt ved dette. I Norge er nye lover om pasientrettigheter og helsetjenester en konkret manifestasjon av den rådende debatten se for eksempel (Sosial- og helsedepartementet, 1998ab).

Lov om pasientrettigheter trådte i kraft i 2001, og denne loven styrker pasientenes rett til informasjon og medvirkning (Sosial og helsedepartementet 1998a). Parallelt med pasientrettighetsloven kom en revidert utgave av helsepersonelloven (Sosial og helsedepartementet 1998b). Intensjonen bak lovene er å få til god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient for å kunne sikre større pasienttilfredshet og rett behandling. Lovene legger også opp til økt samarbeid mellom de ulike helsefaglige profesjonene. Sykepleier- og medisinerutdanningen står med andre ord overfor forventninger om å utdanne helsepersonell som innfrir nye krav til profesjonell kommunikasjon i helsevesenet. Jeg vil i denne sammenhengen spesielt nevne Hildfrid Brataas' (2001) intervjustudie av sykepleiere og kreftpasienter. På bakgrunn av intervju av kreftpasienter og sykepleiere fant hun at kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere er dels selvlært og dels basert på undervisning som ikke er forskningsbasert (Brataas, 2001).

1.2.1 Dialogisme og samspillsperspektiv

Jeg plasserer dette prosjektet i et teoretisk rammeverk hvor begreper fra dialogisme, interaksjonisme og diskursteori utgjør fundamentet i analysene. Metodisk er prosjektet influert av visse innsikter i konversasjonsanalyse og etnometodologi, noe som har påvirket, men ikke helt bestemt valg og bearbeiding av materiale. Med utgangspunkt i et slik teoretisk og metodisk grunnlag og et samspillsperspektiv på språk har jeg gjort en virksomhetsbasert samtaleanalyse. Det vil si at jeg ser treningssamtalene som kommunikative virksomheter, noe som innebærer et fokus på hvordan interaksjonen faktisk manifesterer seg og hvordan aktørene ser ut til å forstå og definere situasjonen. Deltakerne har gjerne normative ideer om

² Denne påstanden finner jeg støtte for i Brataas (2001).

hva som skjer og kan skje i interaksjonen. Analytikeren vil presisere hva som faktisk foregår (Gumperz, 1982, 1992; Levinson, 1988, 1992; Linell, 1998, 2005 u.a.; Sarangi, 2000). En bredere og dypere omtale av begrepet kommunikativ virksomhetstype kommer jeg tilbake til i kapittel 3.

Epistemologisk og metodologisk har faget anvendt språkvitenskap utviklet seg i sosialkonstruktivistisk retning. Dette betyr at fortolkende metode står sterkt, og at det er tradisjon for å reflektere kritisk rundt kunnskapsproduksjonen. Det sentrale objektet for min forskning er språklig kommunikasjon, og mitt syn på språk betyr at jeg ser på språkbruk som en form for sosial praksis på linje med andre praksiser (Andenæs, 1995, 2005 u. a.). Konkret vil det si at jeg forstår språket som et sentralt redskap for kunnskapsproduksjon, relasjonsskaping og identitetsdanning i ulike sammenhenger (jfr Torlaug Hoel, 1995; Linell, 1998). En av grunntankene i dialogismen er at mening er dialogisk, noe som innebærer at den inngår i sosiokulturelle sammenhenger hvor man har tilegnet seg ressurser for å kommunisere i ulike sammenhenger. Slik jeg forstår det blir ikke mening produsert av individet isolert sett, men i relasjon til dynamiske og intersubjektivt virksomme ressurser i kulturen. Bostad et al. (2004) understreker for øvrig at et dialogisk perspektiv på kultur, språk og meningsskaping med nødvendighet medfører et fokus på intersubjektivitet. Individene kan ha meninger og forståelser som ikke kommer frem i den sosiale interaksjonen, men når man som individ skaper mening gjør man det ut fra sosialt impregnerte ressurser (Linell, 1998). Med utgangspunkt i sosialkonstruktivisme og dialogisme forstår jeg i likhet med Linell (1998), Shotter (1993) og Søndergaard (1996) språket både som reflekterende og produserende. Kjernen i virksomhetsteori er å fange kommunikative virksomheters doble dialogisitet i dens sosiokulturelle situering og situasjonelle manifestering (Linell, 1998).

Det eksisterer flere empiriske undersøkelser som søker å beskrive trekk ved institusjonaliserte samtaler i medisinske og helsefaglige kontekster (Beach, 1995; Bredmar & Linell, 1999; Coupland et al., 1994; Drew & Heritage, 1992; Gwyn, 2002; Maynard, 2003; Mishler, 1984, 1997; Morris & Chenail 1995; Måseide, 2003; Peräkylä, 1998; ten Have, 1989,1991, 1999). Disse undersøkelsene tar for seg samtaleens organisering og har i større eller mindre grad inkludert dens diskursive kontekst. Interaksjonelle og diskursive trekk som kommer til uttrykk i er for eksempel samtaleens faseinndeling, mønstre ved turtaking, temautvikling, forhandlinger om ulike fortolkningsrammer, hybridisering og rammevekslinger, og strukturer i pasienters narrativer etc. Hensikten med disse tilnæringsmåtene er ikke å vurdere en samtale som god eller dårlig, men å gripe og beskrive det som karakteriserer selve samspillet. Hver for seg fanger ingen av undersøkelsene opp det mangefasetterte ved samtaler i slike sammenhenger. Undersøkelsene representerer et pragmatisk perspektiv på språket hvor vektlegging av gjensidighet i kommunikativt samspill står sentralt.

1.3 Feltet

Det er gjort mye forskning på lege–pasient-samtalen ut fra et samtaleteoretisk perspektiv, og noe på sykepleier–pasient-samtalen. Internasjonal forskning viser at samtalens forløp har store konsekvenser for pasientmedvirkning og for pasientens vurdering av helsepersonellet (Baggens, 2001; Beach, 1995, 2001; Bergstrand, 2000; Candlin, 1997, 2000; Coupland et al, 1994; Davis, 1988; Drew & Sorjonen, 1997; Faulkner, 1998; Fisher & Todd, 1983; Frankel, 2001; Gibb, 1990; Hak, 1994; Leppänen, 1998, 2002; Maynard, 2003; Mishler, 1984, 1997; Pendleton, 1983; Pendleton et al.,1984; Perykylä, 1995; Ruusuvoori, 2000; Silverman, 1987; Stivers & Heritage, 2001; Tan et al 2001; Waitzkin, 1989, 1991).

Det finnes altså en omfattende forskning på lege-pasient-samtalen, mens det derimot er et relativt beskjedent omfang av samtaleforskning i medisinske og helsefaglige utdanningskontekster (Beach, 1995; Candlin, 1992, 2000; Laursen, 2003 ; Roberts & Sarangi, 2003; Thomassen, 2003; Wynn, 1996,1999).³ Hydén & Mishler (1999) peker på at forskning som omhandler kommunikasjonstrening i medisinsk og helsefaglig utdanning, i seg selv representerer en erkjennelse av at det er viktig å ikke begrense forskningen til legekantoret. Studier av ulike typer helseinstitusjoner med ulike typer fagfolk kan i følge forfatterne bidra til en mer rikholdig forståelse av den medisinske diskursen, og motarbeide en tendens til å se forholdet mellom pasient og helsepersonell som adskilt fra sin sosiale og kulturelle kontekst. Atkinson (1995) argumenterer også for at forskningen på den medisinske diskursen også må involvere samtaler mellom lege og annet helsepersonell.

Medisiner og språkforsker Rolf Wynn (1999) har gjort en komparativ studie av lege-pasient og medisinerstudent-pasient-interaksjon og funnet at student og pasient interagerer på andre måter enn leger og pasienter (ibid, 1999: 256). Han fant at samtalene mellom student og pasient kunne karakteriseres som en form for konversasjonalisering – det vil si at prat som typisk er forbundet med den private sfære, får gjennomslag i denne typen offentlige kontekster. Dette illustrerer forfatteren gjennom å vise responsstrategier studentene tar i bruk, hvor de peker på sin studentstatus for eksempel ved å innrømme manglende kunnskap, fraskrive seg ansvaret eller komme med såkalte lekmannsresponser. Forfatteren referer til slike responser som ikke medisinske og hverdagslige svar på medisinske spørsmål. Studien viser at student-ene sjelden håndterer sin mangel på kunnskap ved å ignorere spørsmål initiert av pasientene, men heller anbefaler pasientene å ta kontakt med ”ekspertene” ”legene” eller ”dem” (Wynn 1999:186). Et eksempel på slike responser er når en pasient spør en student om bivirkninger av en hjertemedisin, og studenten svarer følgende: ”[...]]]a det e vel nokka dem må vurder de derre ekspertan skulle æ tru” (Wynn, 1999:180).

Wynn (1999) understreker at det er mange gode grunner til å forske på interaksjon mellom student og pasient. Forskningen kan være av interesse både for utdanningen og for praktiserende leger fordi studentene skal lære seg å fremstå som en lege i interaksjon med pasienter samtidig som de kunnskapsmessig ikke når opp i hierarkiet. Studier av slike

³ For oversikt over litteratur som omhandler trening i kommunikasjonsferdigheter ved helsefaglige utdanninger (primært sykepleie), se Chant et al. (2002).

samtaler kan ifølge forfatteren både kaste nytt lys over interaksjonelle prosesser i lege-pasient samtaler, og bidra til en selvrefleksjonsprosess hos studentene med hensyn til medisinske og interaksjonelle utfordringer de kan støte på i de mange treningssamtalene de skal gjennom i utdanningsløpet. Wynn (1999) har imidlertid ikke problematisert skillet mellom treningssamtaler og autentiske samtaler, og treningssamtalene blir ikke tildelt status som en sjanger i seg selv. I denne studien skal jeg undersøke på hvilken måte treningssamtalen forstått som kommunikativ virksomhetstype er annerledes enn en autentisk innkomstsamtale og legekonsultasjon. Dette vil bli gjort gjennom en systematisk analyse av faktisk interaksjon i relasjon til situasjonstype og samtalens funksjon.

Forskning på undervisning og trening i kommunikasjonsferdigheter ved helsefaglige utdanninger er sparsommelige, og til dels preget av metodiske svakheter og metodisk ensretting. Dette kommer frem i en artikkel som kartlegger kommunikasjonstrening i helsefaglige utdanninger (Chant et al, 2002). På bakgrunn av en bred gjennomgang av studier anbefaler forfatterne en større variasjon av forskningsmetoder (og ikke bare eksperimentelle evalueringsstudier), så som analyse av videobasert interaksjon, observasjon, kvalitative analyser av dialoger og dybdeintervju. Forfatterne anbefaler dessuten longitudinelle studier som fokuserer på kommunikasjonsferdigheter både i utdanning og arbeidsliv, og at pasientenes fortolkning av kommunikasjonstreningen også blir tatt med i de helsefaglige studiene.

I norsk sammenheng har medisinere, sykepleiere og samfunnsvitere stort sett bidratt med forskning på disse arenaene (Annfelt, 1999; Berg, 2004; Brataas, 2001; Eide, 2004; Jacobsen, 1999; Malterud, 1990; Måseide, 2003; Nessa, 1999; Wynn, 1995, 1996, 1999). I internasjonal (nordisk) sammenheng fins det studier innenfor CA (Peräkylä, 1995; Ruusuvuori, 2000; Lindholm, 2003). Det fins dessuten diskursforskning av mer kontekstuell slag (Baggens, 2002, 2004; Johanson, 1994; Kjellgren, 1998; Melander Marttala, 1995; Sandén, 2000; Sätterlund Larsson, 1989). I beskrivelsen av forskningsfeltet finner jeg det naturlig å trekke inn studier fra både arbeidsliv og utdanning, dette er dog ikke forskning på sykepleier- og medisinertidning. Arbeidslivsstudier med fokus på interaksjonen mellom helsepersonell og pasient er vesentlige fordi aspekter ved disse kan være relevante for min undersøkelse, og fordi de fokuserer på en arbeidssituasjon som studentene er på vei inn i (Wynn, 1996). Materialet som danner grunnlaget for dette arbeidet kan gi en utmerket inn-gang til konsultasjonens og innkomstsamtalens metapragmatikk.⁴

Studier av samtaler mellom sykepleier - pasient er betydelig mindre i omfang enn lege - pasientforskning. Gwyn (2002) viser til forskning fra medisinske og helsefaglige kontekster, og peker på at lege-pasient-relasjonen lenge har vært ansett som det sentrale interaksjonelle møtet i behandlingen av sykdom. Annet helsepersonell er ikke blitt oppfattet som like sentral i forskningsammenheng, selv om pasientene tilbringer betraktelig mer tid med å snakke med sykepleiere, fysioterapeuter, hjelpepleiere etc. enn de gjør med leger. Kulturelt sett har

⁴ Daniel Persson Thunqvist (2003) har foretatt en analyse av simulerte jobbintervju, og illustrer på hvilken måte disse som kommunikative virksomhetstyper grenser opp mot reelle jobbintervju.

legen en sterk posisjon i samfunnet, og som en konsekvens av denne posisjonen har det vokst frem litteratur som overveiende tar utgangspunkt i asymmetrien mellom leger og pasienter (Beach, 2001; Jones, 2001; Maynard, 1991; Robinson, 2001; Stivers & Heritage, 2001; ten Have, 1991, 2001a). Felles for disse studiene er at de også kritiserer tidligere tolkning av asymmetri for eksempel ved å peke på samkonstruksjon av asymmetri.

Alternativt kan denne forskningsmessige dominansen bero på at konsultasjoner, i motsetning til samtaler mellom annet helsepersonell og pasienter, gjerne er avgrenset i tid, adskilte som hendelser, foregår på private legekontor og derfor enklere å samle inn som materiale (Candlin 2000; Hak, 1999 jfr. for øvrig pkt. 4.1.1 & 4.2.1). Candlin & Candlin (2003) og Hak (1999) fremhever nødvendigheten av å ta i bruk etnografiske metoder i for eksempel studier av sykepleieres interaksjon med pasienter.⁵ Tony Hak peker for øvrig på at ”den diskursive vendinga” i arbeidslivsstudier innenfor konversasjons- og diskursanalyse har utviklet et ”diskursivt blikk” som i stor grad diskvalifiserer etnografiske metoder, og snarere vektlegger lyd og bildeopptak. Hak (1999) fant på bakgrunn av observasjoner av samtaler mellom pårørende og sykepleiere at lyd og bildeopptak på mange måter ville omfatte nokså påtrengende metoder. Det er imidlertid viktig å understreke at Hak tar utgangspunkt i sine erfaringer med et etnografisk arbeide hvor det er snakk om døende pasienter.

Sykepleiere snakker gjerne med pasienter kontinuerlig, det vil si i flere sekvenser og over tidsløp som kan være på flere dager og eventuelt uker. Konsekvensen av dette er at samtalen som regel ikke har en definert begynnelse og slutt. I tillegg foregår disse samtalen i større offentlighet. Måten den praktiske hverdagen organiseres, enten det er i utdanningskontekst eller arbeidsliv, har med andre ord betydning for hva slags type data som er lettest tilgjengelig for forskning (Candlin, 2000:231). I forbindelse med min studie krevde datainnsamlingen på sykepleierstudiet større grad av praktisk tilrettelegging og etiske overveielser fra min side enn hva tilfellet var med datainnsamlingen jeg foretok på medisinerstudiet (se for øvrig metodekapitlet). Hvorvidt innkomstsamtaler er en sentral del av sykepleierens virke og kommunikasjon med pasienter kan nok diskuteres, men innenfor et prosjekt med fokus på lyd og bildeopptak var slike samtaler lettest tilgjengelige og minst påtrengende.

På tross av Hak (1999) sine innsigelser mot deler av samtaleforskningen som for opptatt av samtalsens struktur og for lite opptatt av samtalsens kontekst, legger jeg til grunn nettopp forskning som vektlegger samtalsens struktur, forløp og formål. Grunnen til det er at samtalen i primærhelsetjenesten er en interaksjonssituasjon der samtalen spiller en sentral rolle. Samtalene er dessuten ikke rykket ut av den helsefaglige og medisinske verden men vil snarere bli forstått i relasjon til dens institusjonelle og profesjonelle sammenheng. Studiene jeg vil referere til i dette arbeidet, er med andre ord konkrete beskrivelser av samtaler som fungerer og ikke fungerer med hensyn til hvem som kommer til orde, grad av felles forståelse og opplevelse av kvaliteten på samspillet. Slike dimensjoner ved den profesjonelle interaksjonen har relevans på tvers av helsefaglige kontekster. Det er i pasientens interesse

⁵ Hak (1999) sin forskningsinteresse dreier seg om hvordan helsepersonell overleverer dårlige nyheter til pårørende. På bakgrunn av observerende feltarbeid fant han at det er sykepleierne som er nøkkelpersonene i denne sammenhengen, og ikke legene.

at disse samtalene bærer preg av et begrepsapparat som er tuftet på samarbeid og kommunikasjon på tvers av disse yrkesgruppene. Derfor mener jeg det er fruktbart å se kommunikasjonstreningen for medisiner- og sykepleierstudenter i sammenheng med hverandre, fordi empirien med lege-pasient-interaksjon også er relevant for sykepleiere og annet helsepersonell.

1.3.1 Trender innenfor feltet

Etnometodologen og sosiologen Paul ten Have (2001a) beskriver to trender i forskningen på medisinsk interaksjon. Den ene trenden er å gjøre analyse av hele møtet som en kommunikativ virksomhetstype eller sjanger. Den medisinske interaksjonen blir gjerne forstått som et sett av faser. En annen trend er å analysere begge parters (helsepersonellet og pasienten) kommunikative bidrag og perspektiv, og hvordan asymmetriske strukturer manifesteres i samtalen.⁶

Forfatteren (ibid, 2001a:255) peker på at det å beskrive en institusjonell samtale som en virksomhetstype med en spesifikk fasestruktur åpner for et helhetlig blikk på samtalen og for en mer nyansert måte å forstå asymmetri på. På et mer overordnet nivå er begrepet kommunikativ virksomhetstype et metaperspektiv på språk, som tar høyde for å binde sammen konkret interaksjon med institusjonens sosiokulturelle kontekst – et slags mesonivå (Linell 2005 u. a). Begrepet kommunikativ virksomhetstype kommer jeg tilbake til i kapittel 3. Denne måten å utforske dialogsamspill på gir etter mitt syn *både* en annen måte å forstå asymmetri på, og i neste omgang en annen måte å forstå produksjonen av maktstrukturer på.

Virksomhetstype forstått som et sett av delvirksomheter/faser kan bidra til å skille mellom funksjonell og dysfunksjonell asymmetri, og således kontekstualisere den enkelte ytring med hensyn til en fleksibel måte å forstå samtalens deltakerstruktur på (Thomassen, 2003). Et perspektiv på den institusjonelle samtalen som virksomhetstype åpner opp for å forstå makt og asymmetri som noe begge bidrar til, og en forståelse av makt både som noe produktivt og noe mindre produktivt. En måte å undersøke produktive og mindre produktive sider ved makt kan etter mitt syn være å nyansere forholdet mellom makt, asymmetri og dominans. Linell (1990b) foretar et skille mellom makt som et potensiale til å bestemme over andre (og seg selv) og asymmetri som manifesterer forskjeller i aktiviteter. Makt er med andre ord knyttet til et globalt nivå mens asymmetri relateres til et lokalt nivå.

⁶ Hydén & Mishler presenterer tre teoretiske retninger som tar høyde for å forklare konsekvensen av asymmetri i det medisinske møte: 1) strukturelle, makrososiale faktorer, 2) konflikter mellom pasienters erfaringsbaserte opplevelse av sine problem og medisinske begrep om sykdom, 3) kulturelle forventninger, delt av både medisiner og pasient, om sine respektive roller i en institusjonalisert kontekst (Hydén & Mishler, 1999:177). Forfatterne plasserer Mishler (1984) i den andre kategorien (2), og ten Have (1991) i den sistnevnte kategorien.

Drew (2001) er inne på noe av det samme som ten Have (2001a) når han etterlyser større pasientsentrering i forskningen. Han hevder at det er et paradoks at forskning på samtaler mellom pasient og lege har fokusert lite på hvordan pasienten har bidratt i interaksjonen, samtidig som intensjonen har vært å fremheve pasientens livsverdenstemme. Et fokus på pasient som aktiv bidragsyter i interaksjonen kan avdekke at også pasienten har en agenda i samtalen og at vedkommende kan ha stor innflytelse på forløpet (se også Gwyn, 2002; Wynn, 1995). Innenfor disse interaksjonsstudiene som Drew (2001) adresserer, har fokuset vært på helsepersonellens (legens) måte å dominere interaksjonelt. Et eksempel på en slik studie er Christian Heath (1992) sin undersøkelse av lege-pasient-interaksjon i britisk primærhelsetjeneste, hvor det kom frem at pasientene fremsto som passive i forbindelse med legens presentasjon av diagnoser. Perykylä (1998) sin studie av finsk primær helsetjeneste rokker imidlertid ved disse resultatene. Han fant at pasientene snarere kom med aktive og ekspanderende responser på legens diagnose. Stivers & Heritage (2001) fant for øvrig ut i sin studie av lege-pasient-samtaler i amerikansk helsevesen, at pasientene bidro med mer enn de ble spurt om.

Forskningen på feltet medisinsk interaksjon har imidlertid også vært knyttet til narrativ teori (Atkinson, 1997; Frid, et al, 2000; Gadow, 1995; Gwyn, 2002; Hyden, 1997; Kleinman, 1988; Robinson, 1990), selv om dette er av relativt ny dato (Frid et al, 2000:697). Narrative studier knytter ofte an til psykoanalysen, og fokuserer gjerne på pasientens historie og erfaringer i relasjon til sin helse (Greenhalgh & Hurwitz, 1998:7). Disse studiene er til forskjell fra de interaksjonsrettede studiene først og fremst opptatt av pasientens livsverdenstemme. Slik jeg oppfatter de to utdanningskontekstene som inngår i denne studien, ser den narrative tankegangen ut til å ha fått størst innflytelse i opplæringen. Dette baserer jeg bl.a. på pasientfortellingens vesentlige posisjon i kommunikasjons-
treningen og relevansen av terapeutiske kommunikasjonsmodeller i den forbindelse (se pkt. 1.4.1 og 1.4.2, om utdanningene). I følge Greenhalgh & Hurwitz (1998) kan narrativt-basert-medisin i kontrast til evidens-basert-medisin representere en motvekt til den biomedisinske modellen i kliniske kontekster. Sarangi (2004) viser til at det innenfor medisin og helsefag har vokst frem en erkjennelse av den biomedisinske modellens begrensninger, og at denne erkjennelsen har banet vei for et fokus på sykdomsnarrativer med vekt på subjektive aspekter ved sykdomserfaringer.

Utfordringen er etter mitt syn å fokusere på begge parters bidrag i dialogen og på det disse gjør *intersubjektivt* virksomt i interaksjonen (jfr. pkt 1.2.1). Det vil med andre ord si å fortolke samtalene som kommunikative virksomheter som inngår i sosiokulturelle tradisjoner, og å utforske hvordan disse virksomhetene manifesteres i det kommunikative samspillet i situasjonen.

1.4 Treningssamtaler som institusjonelle og interaksjonelle virksomhetstyper

Jeg skal i mitt arbeid fokusere på forhandling av virksomhetstyper i tre ulike faser av samtalen, nemlig introduksjons- og avslutningsfaser i tillegg til hovedaktiviteten. Forhandlingene vil bli forstått som uttrykk for ulike typer innramming av situasjon og relasjon fra både pasient og student. Videre kommer jeg til å drøfte disse formene for situasjonsdefinisjoner i relasjon til virksomhets- og kontekstbasert teori (se kapittel 2 og 3).

Kommunikasjonstreningen ved de to utdanningsinstitusjonene kan som nevnt være samtale-trening hvor fagansvarlige observerer studenten i samtale med pasient uten at dette blir tatt opp på bånd i særlig stor utstrekning, eller være lyd/bildebasert med ”simulert” eller autentisk pasient. Empirien som ligger til grunn for dette arbeidet består av lyd/bildeopptak hvor medisinerstudenter trener på konsultasjoner med ekte pasienter og sykepleierstudenter trener på inkomstsamtaler med pasienter som skal opereres. Jeg spør: Hvordan løser eller gjennomfører studentene oppgaven?

Innkomstamtalene som sykepleierstudentene foretar, dreier seg om å samle inn generell basisinformasjon om en pasient som skal inn til operasjon. Disse samtalene er ”autentiske” og ikke rollespill i den forstand at de har en konkret helsefaglig funksjon og konkrete konsekvenser for pasienten etter samtals slutt. Innsamlingen av informasjon gjøres ikke en gang til av en sykepleier. Like fullt er også disse samtalene preget av at de foregår i en lærings- og undervisningssituasjon (se pkt 4.7.2).

En annen viktig forskjell i de to utdanningskontekstene har å gjøre med selve nærværet av videokamera. Medisinerstudentene starter med videobasert samtaletrening allerede første studieår, og hadde relativt mye erfaring med å bli tatt opp på bånd på det tidspunktet jeg samlet inn materiale. For sykepleierstudentene var slike lydbildeopptak fremdeles frivillige og ikke regelmessige. I tillegg var opptakene på sykepleierstudiet basert på rollespill med medstudenter og ikke på møter med ekte pasienter, slik det praktiseres på medisinerstudiet.

Den profesjonelle eller institusjonelle samtalen mellom student og pasient kan beskrives som en samtale som krever en form for samtaleledelse fra den kommende profesjonelle. Studenten står i posisjon til å introdusere tema, veksler mellom tema og avrunde temaer. Samtalelederen, dvs. studenten, står også i posisjon til å avbryte den som snakker, og til både å stille og ignorere spørsmål. Samtalens struktur og prosess *skapes og opprettholdes* imidlertid fortløpende ved at begge deltakerne navigerer i forhold til spesielle samtalemessige forpliktelser og rettigheter som er knyttet til posisjonene som student og pasient. Spørsmålet er hva som er rimelig å forvente seg av den kommende profesjonelle når vedkommende har andre dilemmaer å forholde seg til enn i en vanlig konsultasjon og inkomstamtale. *Treningssamtalene* skiller seg fra reelle konsultasjoner og inkomstamtaler i den forstand at det er en kompleks virksomhet, som er situert i en utdanningskontekst, hvor aktørene tilstreber å etterligne vanlige lege-pasient og sykepleier-pasientsamtaler.

Jeg vil bruke begrepet innramming (framing) som analytisk grep for å beskrive og tolke hvordan aktørene forhandler om virksomhetstype og relasjonsstruktur (se kap. 3).

1.4.1 Kommunikasjonsundervisning: Hvilke anbefalinger får sykepleierstudentene?

I litteratur om kommunikasjon og samhandling innenfor sykepleieutdanningen vektlegges det at det er: ”[V]iktig at sykepleieren bruker ord og uttrykk som er forståelige og akseptable for pasienten. Fremmede medisinske uttrykk kan virke hemmende på kommunikasjonen” (Hanssen, 1995:81). Pasientmedvirkning er et viktig stikkord, og hverdagssamtalen ser ut til å være et ideal for den gode samtalen. Dette idealet ser ut til å hvile på en forutsetning om at det eksisterer en spenning mellom såkalt ekspertkunnskap og hverdagskunnskap.

Kommunikative ferdigheter som blir vektlagt spesielt for å kunne nå målet med pasientmedvirkning er at studenten velger lukkede, åpne, ledende eller sonderende spørsmål alt etter hvilken retning han eller hun ønsker at interaksjonen skal ta (Eide & Eide, 1996).

Candlin (2000) peker på at denne vektleggingen av pasientmedvirkning har ført til et skifte i den profesjonelle diskursen om hvordan sykepleier–pasient-forholdet bør være utformet. Sykepleiefaget hadde tidligere en oppgavebasert tilnærming til utøving av profesjonen med hovedfokus på fysisk pleie. Nå vektlegger disiplinen en holistisk tilnærming til pleie, noe som betyr at fokuset både ligger på pasientens psykososiale så vel som fysiske behov. Candlin (2000) karakteriserer dette skiftet på feltet som en utvikling av ”a therapeutic relationship” mellom sykepleier og pasient. Fokuset på relasjonen som terapeutisk kan sikkert forklare hvorfor kommunikasjonsundervisningen bl.a. ved den utvalgte sykepleieutdanningen er inspirert av psykologiske teorier og begreper.

Studentene blir trent i å forstå samspillet med pasienten som et sett av psykologiske faser eller steg. Disse fasene dreier seg om hvordan sykepleier og pasient gradvis utvikler en god relasjon gjennom kommunikativt samspill (Travelbee, 1971). Fastestrukturen slik den står beskrevet hos Travelbee (1971), består av fem steg: Den innledende fasen består i å etablere kontakt mellom partene. Deretter følger en fase hvor sykepleier og pasient danner seg en oppfatning av hverandre. Etter disse to bli-kjent-fasene har pasient og sykepleier lagt grunnlaget for de to neste fasene. Fase tre innebærer at den profesjonelle viser at han eller hun har empati overfor pasienten, ut fra et ønske om å fatte og forutsi den andres handlinger. Travelbee (ibid) karakteriserer denne fasen som følelsesmessig nøytral, og av typen intellektuell prosess hvor partene kan relatere til like erfaringer.

Den fjerde utviklingsfasen består i at den profesjonelle demonstrerer sympati og forståelse i forhold til pasienten, og denne fasen er i motsetning til den forrige forbundet med følelser. I dette ligger et genuint ønske om å hjelpe den syke ut fra en følelse av nærhet. Disse to fasene handler om at pasient og fagperson evner å få til en felles problemløsning basert på felles kunnskap og erfaring (empati), og nærhet (sympati). Denne utviklingen fra å bli kjent til å oppnå felles problemløsning skal i neste omgang munne ut i den femte fasen, som

dreier seg om å oppnå gjensidig forståelse og kontakt mellom to personer. Grunnlaget for denne gjensidige forståelsen og kontakten skal være bygd opp i de forutgående fasene. Dette er faser basert på en psykologisk forståelse og skiller seg fra faser slik det er beskrevet i konversasjonsanalysen av for eksempel ten Have (2001a). Dette står for øvrig nærmere beskrevet i innledningen til analysene. I samtalene som inngår i dette arbeidet, er det flere av sykepleierstudentene som innledningsvis eksplisiterer denne fasestrukturen ved å si at formålet med samtalen er å bli kjent med hverandre for å kunne yte best mulig pleie (se kap. 5).

Et viktig ledd i å kunne veilede, undervise, støtte, oppmuntre og vise forståelse og empati overfor pasienten, er å oppøve evnen til å kommunisere (Hanssen, 1995:80). Hanssen sier at kommunikasjon og samhandling er viktig i forhold til å skape kontakt, samle data og i forbindelse med informasjon og undervisning. Hun vektlegger betydningen av å bruke kommunikasjon som et målrettet og terapeutisk ”verktøy”, og skisserer ulike faktorer som kan være trygghetsskapende og terapeutiske. Hanssen vier særlig plass til aspekter ved nonverbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk, stemme, blick, hode- og armbevegelser, fysisk berøring etc. Forfatteren mener at nonverbal kommunikasjon er mer universelt og stabilt i sin betydning i motsetning til verbal kommunikasjon som har en mer skiftende betydning (Hanssen, 1995:78). Hun karakteriserer videre distinksjonen mellom verbal og nonverbal kommunikasjon gjennom følgende utsagn: ”[G]rensene mellom verbale og nonverbale kommunikasjonsformer er ofte flytende” og sier videre: ”[F]or at verbale og nonverbale uttrykk skal kunne utfylle hverandre, må det være samsvar mellom det som blir sagt og det som formidles nonverbalt” (ibid,1995:80).

Jeg er kritisk til en slik måte å forstå relasjonen mellom verbal og ikke verbal kommunikasjon. Først og fremst fordi det forutsetter at ikke-verbale faktorer har en gitt mening i utgangspunktet, og fordi samspillet mellom det verbale og ikke-verbale ikke gis tilstrekkelig oppmerksomhet. I analyser med fokus på initiativ og respons i det verbale kan man inkludere kroppspråk som for eksempel stemmekvalitet og blikkretning (Feilberg, 1991). Hydén & Baggens (2004) fant i sin studie av triader bestående av sykepleier, barn og foreldre at en fintfølelse balanse mellom det verbale og ikke-verbale spiller en avgjørende rolle i interaksjonen når den profesjonelle søker å inkludere barnet. På bakgrunn av dette argumenterer forskerne for nødvendigheten av å benytte videoopptak og ikke bare lydopptak i denne typen interaksjonsanalyser.

Samtaleforskeren Christian Heath (1986,1988) viser blant annet hvordan kroppsbevegelser kan være ”skjulte initiativer” i lege-pasient konsultasjonen. Ved hjelp av videoopptak av lege-pasient-samtaler illustrerer han hvordan pasienter takler forlegenhet ved hjelp av kroppspråk. Et vanlig kontekstualiseringssignal er at lyttere *ser* på talere. Heath beskriver hvordan pasienten blant annet flytter blikket i mellomposisjon, det vil si litt vekk fra legen men uten at det oppfattes som en avvisning, når legen prater uformelt under den fysiske undersøkelsen. Samtidigheten av uformelt snakk og nakenhet ser ut til å skape ubehag for pasienten. Blikkretningen kan tolkes som et initiativ som er med på å gjøre situasjonen

mindre intim. Dette eksemplet viser etter min mening hvordan helsepersonellet må fremvise en fintfølelse for eksempel i forhold til når det passer seg å opptre hverdagslig og uformelt overfor pasienten. I tillegg er det etter min mening viktig å inkludere en varhet for denne type nonverbale initiativer når studenter innenfor helsefag skal øve seg i aktiv lytting.

1.4.2 Kommunikasjonsundervisning: Hvilke anbefalinger får medisinerstudentene?

Kommunikasjonstreningen på lege- pasientkurset ved den utvalgte medisinstudiet baserer seg primært på Pendleton et al. sin konsultasjonsanalyse (1984). Det er verdt å merke seg at Pendleton (1983) som er medisinere var tidlig ute med å forstå lege-pasient-interaksjonen som sekvensielt organisert (Pendleton, 1983; jfr Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Studentene lærer å strukturere samtalen i henhold til en modifisert variant av Pendleton et al. (1984) sitt konsultasjonskart. Dette kartet er under stadig revidering, og jeg tar utgangspunkt i den utgaven som forelå på det tidspunktet materialet ble samlet, og som var utviklet av de ansvarlige for kommunikasjonsundervisningen (se pkt 4.2).

En psykoterapeut ved den aktuelle medisinstudiet har utviklet det teoretiske rundt kommunikasjonsundervisningen, men allmennmedisinere står for det teoretiske knyttet til konsultasjonsoppbygging og den praktiske organiseringen ellers.⁷ I opplæringen får studentene skissert ulike terapeutiske innfallsvinkler til lege-pasient-kommunikasjon, nærmere bestemt et såkalt avgrenset modus og et prosessmodus. Hovedregelen her er at studentene lærer å ta i bruk prosessmodus når det gjelder emosjonelle temaer, og avgrenset modus i forhold til faktaopplysninger. Konkret vil det si at studentene får opplæring i ulike samtaleteknikker/utsagnstyper som er emosjonelt vinklet, og samtaleteknikker som er ment å være faktafrembringende. Eksempel på avgrenset modus er spørsmål av typen: Er du plaget med utslett også? Hvor mye veier du? Dette vil altså si spørsmål som inviterer til svar som er begrenset og lukket i sin grammatiske form. Eksempel på prosessmodus er spørsmål av typen: Hvordan opplever du det å være kronisk syk? Hvor ellers i livet har du vært like redd? Eller kognitivt vinklet: Hva tenker du om det å ha denne diagnosen? Innenfor prosessmodus vektlegges spørsmål som er åpne og inviterer til lengre responser.

2.årsstudentene blir oppfordret til å vektlegge prosessmodus med emosjonelt orienterte spørsmål i samtaler med pasienter – både fordi dette er mest krevende og fordi det er viktig i forhold til avsluttende eksamen i kommunikasjon. Dette er for øvrig i tråd med Byrne & Long (1976) sin terapeutiske kommunikasjonsmodell.⁸ Forfatterne beskriver konsultasjonens psykologiske fasestruktur (i form av seks oppgaver eller faser) og ulike kommunikative stilarter som følger med en henholdsvis doktor- versus pasientsentrert tilnæringsmåte i lege-pasient-kommunikasjon. Den største utfordringen ligger ifølge forfatterne i å opprettholde en pasientsentrering med bruk av ”reflecting” eller speiling (som for eksempel å referere til pasientens egne utsagn).

⁷ På den internasjonale konferansen COMET (*Communication, Medicine and Ethics*) 2004 kom det frem at psykoterapeuter har ansvaret for å utvikle kommunikasjonstreningen ved en rekke medisinstudier.

⁸ For en kritikk av tilnæringsmåten se Mishler (1984). Mishler (1984) blir nærmere omtalt i kapittel 9.

Utsagn hvor legen “speiler” pasientens ideer er vanskelige: “[P]atient’s ideas is [...] difficult if only because many of the ideas produced may well not accord with desirable medical objectives” (Byrne & Long, 1976: 158). Sentrale mål med kommunikasjonsundervisningen fra det aktuelle medisinstudiet er å lære seg å strukturere samtalen uten å bli dirigerende, og å kultivere en terapeutisk holdning i forbindelse med lege-pasient-kommunikasjon. Medisinstudiet vektlegger i likhet med sykepleierstudiet at studentene skal oppøve en forståelse og ferdighet i å kommunisere terapeutisk.

Pendleton et al. (1984) skisserer konsultasjonen som en prosess som skal ivareta sju oppgaver. Konsultasjonskartet er å oppfatte som et kart over et terreng der legen skal ta seg frem. Pendleton et al. (ibid) gir få eller ingen anvisninger om hvordan man skal ta seg frem i dette terrenget, altså på hvilke måter legen skal gå frem for å oppfylle disse oppgavene. Med sitt konsultasjonskart presenterer forfatteren en kvalitativ vurdering av om konsultasjonsoppbyggingen er bra eller dårlig uten å beskrive hva som fungerer eller ikke fungerer. Han skisserer med andre ord opp hvilke sekvenser eller oppgaver som opptrer som regel, men presenterer ikke konkrete redskap til bruk *innenfor* den enkelte oppgaven.

Den psykodynamiske modellen for konsultasjonsoppbygging og tilhørende kommunikasjons teknikker baserer seg primært, slik jeg oppfatter det, på det som foregår inne i den enkelte pasient. Fokus er med andre ord ikke på selve kommunikasjonssituasjonen hvor både pasient og student er deltakere i samtalen, men snarere på pasientens ”indre”. Det kan se ut som om pasientens, og for den saks skyld medisinerstudentens, språkbruk oppfattes som tegn på deres subjektive tilstand og at språkbruken ikke sier noe om det som foregår/blir skapt intersubjektivt mellom legen og pasienten i dialogspillet (se teorikapittel om syn på språk).⁹ Dette kan med andre ord ses som en subjektorientert tilnærming til kommunikasjonen, snarere enn basert på intersubjektivitet. Individets opplevelse av samtalen blir vektlagt i større grad enn deltakernes felles, kollektive opplevelse av samtaleklimaet.

Medisinerstudentene blir i allmennpraksis trent i å innta pasientens perspektiv, og å tenke helhetlig i forbindelse med pasientens sykdom. Pendleton et al. (1984) har følgende kommentar til en slik holistisk tankegang:

It is essential for doctors to distinguish between the recognition that all their patient’s problems have psychological and social components and the decision to assume responsibility for these components. Helping patients to solve their own problems must be a fundamental therapeutic activity (Pendleton et al., 1984:3).

⁹ Perykylä (1997) hevder at konversasjonsanalyse på feltet medisinske interaksjon slik den har utviklet seg fra tidlig 90-tall, imotekommer utfordringen Pendleton (1983) peker på, dvs. å forstå konsultasjonen som en aktivitet som er organisert sekvensielt. Kjernen i sekvensanalyse, som har blomstret frem i denne perioden, er å situere ytringer som noe som har betydning for neste ytring - derav benevnelsen ”talk-in-interaction” i stedet for ”conversation” (se også Hester & Francis, 2000).

I kartlegging av psykologiske og sosiale aspekter ved pasienten sykdom kan 2. årsstudenter støte på kommunikative dilemmaer og utfordringer. Studentene blir oppmuntret til å få frem pasienten sitt perspektiv på psykososiale så vel som fysiske behov i forhold til sin sykdomshistorie, samtidig er de ikke i posisjon til å følge opp pasientens perspektiv på disse behovene i form av kvalifiserte råd/spørsmål og diagnoser.

Pendleton et al. (1984) sitt normative konsultasjonskart er utviklet med tanke på reelle konsultasjoner. Medisinerutdanningen som inngår i dette forskningsprosjektet har som sagt revidert dette kartet og tilpasset det en læringsituasjon. Fra faglærerne dreier innsigelsene mot kartet seg om at det er for komplekst i en utdanningssituasjon og at det ikke er konkret nok bl.a. med hensyn til rolleavklaring innledningsvis, eller fokuserer på overgangene fra fase til fase, og at det å avslutte samtalen ikke er diskutert tilstrekkelig.

Medisiner og språkforsker Rolf Wynn (1995) har gjort en komparativ studie av ulike forskningsmetoder i tilnærmingen til lege-pasient-kommunikasjon. Wynn trekker et skille mellom etnometodologisk konversasjonsanalyse og psykologiske forskningsmetoder, hvorav sistnevnte har inspirert medisinerutdanningen. For det første tar han utgangspunkt i studier innafor etnometodologisk konversasjonsanalyse (dsv. CA), og for det andre illustrerer han psykologiske forskningsmetoder på bakgrunn av Bales' Interaction Process Analysis (BIPA) og Byrne & Long sitt system. På bakgrunn av kontrastering av disse to forskningsmetodene, peker han på at BIPA og Byrne & Long fokuserer på individuelle interaksjonsprofiler i motsetning til CA, hvor samtaledeltakernes bruk av språk blir tolket som et sosialt redskap i ulike settinger. Det vil si at de psykologiske forskningsmetodene er utviklet for å kunne vurdere *individenes* kommunikasjon og kommunikasjonsevner. Innenfor etnometodologisk konversasjonsanalyse er derimot relasjonelle kategorier som intersubjektivitet og "accountability" sentrale med tilhørende samspillskategorier som turtaking, nærhetspar, avbrytelser og lignende. Disse kategoriene legger til rette for en kombinasjon av kvalitative og kvantitative innfallsvinkler, slik at man kan generalisere og ta høyde for kontekstens betydning i lege-pasient-kommunikasjon (Wynn, 1995).

1.5 Problemstillinger

Fokus for dette prosjektet er altså dialogen som prosess og produkt. Jeg har som nevnt et grunnleggende dialogisk og sosialkonstruktivistisk samspillsperspektiv og i forhold til samtale i materialet mitt vil jeg reise spørsmål av typen: Hva er det som karakteriserer treningsamtalene? Hvordan former samspillet mellom aktørene meningen og resultatet? Har partene samme eller ulike forventninger til samtalen? Hvis det foreligger diskrepanser, hvordan påvirker i så fall slike den faktiske iscenesettelsen?

I arbeidet mitt vil jeg basere meg på samtaleteoretiske perspektiver på helsefaglig kommunikasjon og diskutere hvilken rolle språklig interaksjon spiller i bestrebelsene på å skape en god og fruktbar relasjon med pasienten. Relasjonsbygging er et samspill der begge parter bidrar både til prosessen og produktet. Denne gjensidige utviklingen av relasjonen vil

jeg beskrive gjennom etablerte teorier for dialogspill og analyser av autentiske treningsamtaler. Samtalene foregår i en utdanningskontekst og arbeidslivspraksis.

Hvilke interaksjonelle og diskursive egenskaper har treningssamtalen?

Kan studenten i treningssamtalene egentlig trene virkelige lege- og sykepleiersamtaler? Kan studenten trene legens og sykepleierens virksomheter? Er pasienten egentlig pasient i dette ”spillet”? For å studere treningssamtalene mellom student og pasient i henholdsvis trening på legekonsultasjoner og trening på innkomstsamtaler skal jeg ha et spesielt blikk på:

- Forhandling om kommunikativ virksomhetstype i innlednings- og avslutningsfaser
- Hvordan påvirkes kjernevirksomheten av rammene for samtalen

I mitt materiale er det fem videoopptak av treningssamtaler (innkomstsamtaler) mellom sykepleierstudenter og pasienter. Opptakene er av 2. årsstudenter som er ute i sykehuspraksis. Innkomstsamtaler blir foretatt med pasienter som skal opereres, og sykepleierne samler inn basisinformasjon om pasienten med utgangspunkt i en sykepleierjournal. Det er ikke vanlig fremgangsmåte at samtaler blir tatt opp på video.

Jeg har også videoopptak av fem treningssamtaler (simulerte konsultasjoner) mellom medisinerstudenter og reelle pasienter. Opptakene er av 2.årsstudenter som er ute i allmennpraksis. Disse samtaler blir tatt opp regelmessig, og er gjenstand for kommentarer fra faglærer og medstudenter. Medisinerstudentene har to kamera tilstede i rommet, og dermed to typer publikum å forholde seg til: faglærer og medstudenter på den ene siden, og forsker på den andre siden.

Jeg vil som nevnt betrakte materialet fra sykepleier- og medisinerutdanning i sammenheng med hverandre, uten at det dermed vil bli foretatt en systematisk komparativ analyse av de to kommunikative virksomhetstypene. Analysene vil imidlertid bli organisert på en slik måte at man kan danne seg et helhetinntrykk av to ulike typer treningssamtaler, og hvordan disse skiller seg fra hverandre mht. funksjon i den medisinske og utdanningsmessige konteksten. Treningssamtalene mellom medisinerstudent og pasient (konsultasjonene) har et *pedagogisk* og *læringsmessig arend* som studenten skal tjene på. Treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient (innkomstsamtalene) har både et *pedagogisk* og et *konkret helsefaglig arend* som skal dekke både studentens behov for kommunikasjonstrening og pasientens behov for adekvat pleie på sykehuset.

Kapittel 2

2 Perspektiv på språk, dialog og makt

Jeg vil i dette kapitlet peke på verdien av å ha et bredt perspektiv på språk i analyser av kommunikative virksomhetstyper. Dette vil jeg gjøre ved å integrere innslag fra diskursteori og dialogisme. Jeg vil i det følgende kort skissere det som omtales som den språklige vendingen i samfunnsvitenskap og humanoria for å kontekstualisere fremveksten av diskursbegrepet. Deretter vil jeg komme inn på dialogismen slik den står skissert hos Linell (1998). I likhet med flere diskursteoretikere (Cameron, 1990, 2001; Sarangi, 2004; Pennycook, 2001, 2002) argumenterer Linell (1998) for et bredt perspektiv på språk, hvilket etter mitt syn gjør diskursteori og dialogisme kompatibelt. En annen årsak til at dialogismen står sentralt i min teoretiske innfallsvinkel er at den lar seg kombinere med konversasjonsanalysens metodologi (Linell 1998, Linell & Persson Thunqvist, 2003). Et sentralt begrep i forbindelse med kombinasjon av dialogisme og CA er kommunikativ virksomhetstype (Linell & Persson Thunqvist, 2003). Dette begrepet kommer jeg imidlertid tilbake til i neste kapittel. I dette kapitlet vil jeg nå starte med å gi et kort historisk riss av hvordan samfunnsmessige endringer har bidratt til å endre medisinerne og annet helsepersonell sin kulturelle posisjon, og hvordan disse endringene har påvirket fortolkningen av helsepersonell-pasient-samtalen innenfor forskningsfeltet.

2.1 Samfunnskontekst og kommunikativ virksomhetstype

[...] it is common for sociological commentary to portray the medical encounter as an arena for the play of class inequalities, gender differences, professional dominance and manipulative control (Atkinson, 1995:38).

Konsultasjonen mellom lege og pasient har vært flittig undersøkt innenfor sosiologi og språkvitenskap. Mye av denne forskningen har vært konsentrert rundt asymmetrier, som ulikheter i klasse, kjønnsforskjeller og utøvelse av profesjonell dominans og manipulasjon.¹⁰ Disse undersøkelsene er i følge Perykylä (1998) i tråd med klassiske teoretiske formuleringer knyttet til medisinsk autoritet. Autoriteten forklares med referanse til legens kunnskapsnivå og tekniske kompetanse (Parsons, 1951), i tillegg til at samfunnet er strukturert på en slik måte at den medisinske profesjonen får en viktig kulturell posisjon (Freidson, 1970).

¹⁰Se: Clark & Mishler, 1992; Heath, 1992; Fisher, 1995; Frankel, 1983; Maynard, 1991; Mishler 1984; Paget, 1983; Silverman, 1987; Treichler et al, 1984; West & Frankel, 1991

Denne overlegne autoriteten viser seg bl.a. i diagnostisering hvor legens resonnement omkring diagnosen er basert på spesialkunnskap som den profesjonelle besitter og kontrollerer.

Byrne & Long (1976) sin klassiske studie av lege-pasient-interaksjon i britisk primærhelsetjeneste dreier seg om nettopp legers presentasjon av diagnoser, og hvordan disse posisjonerer seg autoritært i denne sammenhengen (se mer om Byrne & Long under pkt. 1.4.2). Perykylä (1998, 2002) har foretatt empiriske analyser av konsultasjoner fra den finske primærhelsetjenesten med fokus på legers diagnoser. Han fant at leger på ulike vis balanserer autoritet med ansvarlighet ("accountability") for å kunne forsvare og motivere sine resonnement når de presenterer diagnoser. Legene i denne undersøkelsen forutsetter med andre ord ikke en uforbeholden autoritet i relasjon til pasienten. Forfatteren forklarer denne diskrepansen med klassiske studier av samme fenomen med at lege-pasient-relasjonen har endret seg i takt med samfunnet, og at leger ikke lenger kan hvile på en autoritet som er tatt for gitt, men at både autoritet og legitimitet er uløselig knyttet til utøvelsen av legeyrket.

Det fins også studier innenfor feltet som peker på det motsatte av det f eks Byrne & Long fant i sin studie fra 70-tallet, nemlig at pasienten krever makt og innflytelse i samtaler med helsepersonellet (Ainsworth-Vaughn, 1998). Ainsworth-Vaughn peker i sine studier fra private klinikker i USA på at pasienten fortrinnsvis oppnådde makt blant annet gjennom å ta i bruk følgende strategier: å velge tema, å presentere alternative diagnoser, å foreslå behandling, å fremsette potensielt fornærmende eller kritiske kommentarer, å forme det medisinske møtet som vennskapelig og å presentere seg selv i et gunstig lys. Beach et al. (2001) består av en rekke empiriske undersøkelser fra offentlige klinikker med fokus på nettopp pasientens aktive bidrag. Undersøkelsene viser altså at pasientene kan være aktive og oppnå innflytelse også i offentlige klinikker.

Med utgangspunkt i forskning på samtalen mellom helsepersonell og pasient har det hersket ulike paradigmer innenfor forskningsfeltet fra 70-tallet og frem til i dag. Med referanse til Gwyn (2002) vil jeg kort skissere hvordan han peker på den historiske utviklingen av forskningsfeltet med fokus på ulike perspektiver på makt og asymmetri i relasjon til pasienten. Denne utviklingen kan ifølge Gwyn (ibid) skisseres i tre ulike forståelser av den såkalte ekspert-lekmann-relasjonen, slik den har blitt presentert og fortolket innenfor forskningslitteraturen. For det første tok man som forsker på feltet utgangspunkt i at pasienten ble utsatt for profesjonell maktutøvelse gjennom et premiss om at den profesjonelle vet best; samtalen ble forstått som asymmetrisk og undertrykkende.

Dette fokuset ble endret i takt med at det i samfunnet vokste frem et perspektiv på pasienten som forbruker og som deltaker i en felles beslutningsprosess. Et slikt syn på pasienten hadde konsekvenser for synet på makt, nemlig som en type dominans som manifesteres fra minutt til minutt gjennom stadig skiftende posisjoner hos henholdsvis ekspert og lekmann. Innenfor dette paradigmet forsto man samtalen som symmetrisk, og deltakerne som likeverdige. Gjennom en rekke studier kom det frem at både helsepersonell og pasient gjorde motstand mot en såkalt felles beslutningsprosess, og at profesjonell dominans ble

oppretholdt og legitimert gjennom konsensus (Charles et al., 1997; Gwyn, 2002; Parsons & Atkinson, 1992; Silverman, 1987). Et slikt perspektiv på samtalen innebærer at asymmetri er noe begge parter bidrar til. Samtidig er det viktig å understreke at såkalt felles beslutningsprosess kan være sterkt styrt av profesjonelle (Candlin, 2000; Gwyn & Elwyn, 1999).

Ulike kommunikative strategier er relevante og gjeldende underveis i konsultasjonen om man som pasient trekker på posisjonen som kunde eller som mottaker av et velferdstilbud. Disse samfunnskontekstene endrer seg imidlertid over tid gjennom lovendringer og påtrykk fra interesseorganisasjoner for pasienter. I Norge understrekes pasientens rett til informasjon og medbestemmelse gjennom den nye loven om pasientrettigheter fra og med 2001.

2.2 Syn på språk

Saussure regnes som den moderne lingvistikkenes far (Pennycook, 2002: 14) og jeg vil kort si noe om hvordan hans syn på språk har vært fremstilt, og hvordan dette synet er utilstrekkelig med tanke på å fange essensen i språklige samspill, som for eksempel lege-pasient og sykepleier-pasient-samtaler, eller for den saks skyld student-pasient-samtaler. Før jeg gjør dette vil jeg imidlertid presisere at Saussure ikke publiserte noe av dette selv men at hans muntlige presentasjoner ble skriftlig fremstilt av flere av hans studenter (Thibault, 1997). I tillegg er det viktig å presisere at på den tiden Saussure virket, var studier av muntlig språk ennå ikke et etablert forskningsfelt. Dette er en nødvendig situering å ha med seg med tanke på hvilken posisjon han tilskrev muntlig språk. Jeg skal ikke ta stilling til hvilket syn Saussure egentlig hadde på språk i bruk, men konsentrere meg om hvordan han har vært fortolket og brukt innenfor språkvitenskap og samfunnsvitenskap.

Saussure (1983) gjorde to ting som bør nevnes her: For det første argumenterte han for en spesifikk utforming av lingvistikken, hvor han foretok et skille mellom språkssystem (langue) og språkbruk (parole). Språkssystemet kunne ifølge Saussure studeres som objektivt fenomen ut fra de samme vitenskapelige prinsipper som andre domener ved virkeligheten. Språkbruken ble ikke tilskrevet den samme vitenskapelige status, og kunne vanskelig studeres på denne måten på grunn av sin trivielle, individuelle og tilfeldige karakter. Hans lingvistikk kom derfor til å ignorere språklige praksiser i bruk. Dette har lenge vært den rådende ideologien innenfor lingvistikk.

På den andre siden fokuserte Saussure på at ord ikke var en blek refleksjon av virkeligheten, men derimot en del av virkeligheten ved at også språket (delvis) strukturerer og konstruerer virkelighetsoppfatninger. Denne oppfatningen av forholdet språk og virkelighet har hatt stor betydning for den poststrukturalistiske vendinga i humaniora og samfunnsvitenskap. Saussure anerkjente med andre ord språket som kontekstuell, men på et abstrakt nivå. Hans anliggende var nasjonalspråket (la langue). Et alternativt er at språkssystemet ikke er så

abstrakt og nøytralt, men at det derimot kan ses som et antall delvis overlappende virksomhet- eller sosiale språk (Wertsch, 1991; Linell, 1998). Dette får i neste omgang konsekvenser for relasjonen språk og virkelighet ved at ulike virksomhetsspråk konstruerer delvis ulike virkelighetsoppfatninger. Etter mitt syn mangler Saussures lingvistikk begrep som kommunikativ virksomhet, diskurs etc. Det vil si begreper som knytter an til ulike språkvariasjoner. Hva disse begrepene kan bidra med i analyser av institusjonelle samtaler skal jeg utdype i fortsettelsen av kapitlet.

2.3 Syn på dialog

Abstrakt formalisme av den typen man finner hos Saussure, har også eksistert hele tiden i lingvistikkenes hovedstrømninger, selv om ulike lingvistiske teorier skiller seg fra hverandre. Språkforskere som Linell (1998, 2005a) og Pennycook (2001, 2002) presenterer et alternativt syn på språk innenfor lingvistikken. Disse forstår språk som sosial handling og praksis, snarere enn som system av enheter og regler (Linell, 2005a).

Et dialogisk perspektiv på språk slik det står beskrevet hos Linell (1998) og Bostad et al. (2004) er å undersøke språket i dets kontekstuelle og interaksjonelle sammenhenger. Språket blir dermed forstått som et interaksjonelt fenomen, og i relasjon til ulike kontekster. Kontekst- og virksomhetsteori søker i stor grad å kombinere konversasjonsanalysens metodikk med et teoretisk rammeverk som bringer inn aktørenes sosiale og kulturelle bakgrunnskunnskap (Linell, 1998; Sarangi & Coulthard, 2000). En av grunnpilarene i dialogismen slik den står bekrevet hos Linell (1998), er at dialogsamspill innebærer en dobbel dialogisitet. Dialogens doble dialogisitet beskriver Linell på følgende måte: "It is 'dialogical' both in the contexts of in situ interaction and within the sociocultural practices established over long traditions of indulging in such interactions" (Linell, 1998:54). Den doble dialogisiteten eller kontekstbundetheten om man vil, henspiller på at menneskelig kommunikasjon og språkbruk ikke kan reduseres til kognitive prosesser eller handlinger utført av individuelle talere og lyttere. Dette gjelder uavhengig om man betrakter språkbruken i situasjonen eller i en større sosial sammenheng.

Dialogisme kan forstås som et overordnet syn på språk, handling, kognisjon og kommunikasjon, hvor ytringers dialogiske natur kan fortolkes som et rekontekstualiserende verktøy som opptrer på to nivå samtidig. For det første kan en ytring forstås som en rekontekstualisering som bidrar til et interaksjonelt fokus som forandres fra ytring til ytring (Rommetveits, "temporarily shared social reality", 1974), for det andre kan en ytring forstås som et rekontekstualiserende verktøy for å skape en koherent mening i hele situasjonen sett i relasjon til tradisjoner og forventninger. Et interaksjonistisk, dialogisk perspektiv på språk og meningsskapning innebærer at den eller de funksjoner en ytring gis i en gitt interaksjon, er relasjonell, og dermed et produkt av felles fortolkning, eller av fortolkning i sosial interaksjon. Språkhandlingers funksjon som inngår i mer omfattende sosiokulturelle tradisjoner, kan ikke forklares bare i termer av individuell intensjoner. Konsekvensen av dette er at man med utgangspunkt i dialogisme kan trekke inn abstrakte

kontekstuelle ressurser som har å gjøre med aktørenes orientering mot kommunikative virksomhetstyper eller ulike samtalekulturer. (Linell 1998; Linell & Persson Thunqvist, 2003)

2.3.1 Analyser av diskurs

Diskurs og diskursanalyse er sterkt teoretiserte begrep innenfor flere fag. Begrepene fylles med ulikt innhold i ulike fagtradisjoner. Det er et skille mellom diskursbegrepet slik det har vært brukt i språkfagene – der det ofte brukes i forbindelse med studiet av tekst/samtale som kommunikasjon – og den mer innholds- eller ideologifokuserende betydningen i samfunnsvitenskapene (Pennycook, 1994). Begrepene blir av mange, uavhengig av faglig ståsted, forstått som analytiske og teoretiske begrep med klare metodiske implikasjoner.

En overordnet interesse innenfor de ulike retningene ser ut til å dreie seg om hvordan mening skapes i samfunnet og/eller på mikronivå, og ikke minst, hvordan eventuell endring skjer eller kan skje. Alle deler dessuten det utgangspunkt at ”vores måder at tale på ikke afspejler vores verden, vores identiteter og sociale relationer neutralt, men spiller en aktiv rolle i at skabe og forandre dem” (Jørgensen & Philips, 1999). Med andre ord deler de alle et sosialkonstruktivistisk perspektiv på verden og vitenskapen. Det ikke-nøytrale aspektet ved meningsskapning som forfatterne her refererer til, peker på at vi er situerte i enkelte maktstrukturer og kognitive og materielle strukturer knyttet til kunnskapsinteresser.

Diskursanalyse er både en metode og et perspektiv innenfor en rekke fag, deriblant anvendt språkvitenskap. Diskursforskningen har også røtter fra disse ulike fagene. Diskurs er et vesentlig begrep når man diskuterer ulik *språkbruk*. En vanlig forståelse av diskursanalyse innenfor språkvitenskap er at analysen går utover setningsnivå. Men en rekke diskursteoritikere også innenfor språkvitenskap understreker betydningen av at språkbruk bare er en del av en hvilken som helst sosial interaksjon (Fairclough, 1995; Fairclough & Wodak, 1997; Pennycook, 2002). Et diskursteoretisk syn på språket innebærer at man ser på språket som et sett av meningspotensialer (Mills, 1997; Sarangi, 2004; Potter & Wetherell, 1992) .

Diskursanalyse markerer innenfor språkvitenskap et skifte fra å analysere hvordan språket er strukturert som abstrakt system, til å fokusere på språkbruk i kontekst (Brown & Yule, 1983). Diskurs og diskursanalyse blir også presentert som analyser av tekstens interne organisering, med vekt på koherens og kohesjon (Sinclair & Coulthard, 1975). Diskurs er dessuten definert gjennom den konteksten som ulike ytringer opptrer i for eksempel klasseromsdiskursen (Cazden, 1988). I tillegg kommer ulike etnometodologiske studier med vekt på hvordan aktørene skaper sosial virkelighet gjennom den språklige interaksjonen. Et sentralt anliggende ved etnometodologien er fokus på: ” ’societal members’ methodical and sanctioned ways of sustaining a recognizable and real world” (Turner, 1974:11).

Diskursanalyse, slik det har vært forstått innenfor språkvitenskapen, innebærer i første rekke studier som fokuserer på forholdet mellom språk og konteksten hvor språket brukes. Hensikten med slike analyser kan være å avdekke allmenne prinsipper som organiserer samtale som prosess (for eksempel turveksling), og dermed hva slags underliggende viten aktørene har om dette (CA, se Schegloff, 1987). Målet kan også være å avsløre makt og undertrykking ved å dekonstruere mening/betydning (CDA, se Fairclough, 1995). Det har vært en spenning mellom disse to heterogene retningene.¹¹ Spenningen har i stor grad dreid seg om i hvor stor grad kontekst skal inkluderes i det analytiske rammeverket. Innenfor tradisjonell CA tar man høyde for samtalsens interne kontekst, mens man med en CDA tilnærming tildeler den eksterne samfunnskonteksten betydning i samtalen. En annen forskjell har å gjøre med hvor stor vekt man legger på beskrivelsen av aktørenes ("members", "participants") perspektiv (CA) respektive den kritiske analytikerens (CDA).

Schegloff (1992), som er en av de fremste premissleverandørene innenfor CA, sier *noe* om samtalen som interaksjon. Diskursanalytikere har mer å si om språket og dets globale aspekter. Schegloff (1998) problematiserer kritisk diskursanalyse for ikke å være en passende metode for studiet av detaljerte karakteristika ved samtaler. Fairclough (1992) en av de mest sentrale teoretikerne på feltet kritisk diskursanalyse, kritiserer på sin side CA for å ha et for smalt perspektiv på aktørenes orientering, og en tendens til å unngå sosiologiske begrep som makt og ideologi, og dessuten for å neglisjere intertekstualitet. Kritikken mot CA har vært at denne retningen ikke er vitenskapsfilosofisk fundert, har en rigid formalisme og en for smal forståelse av kontekst (Cicourel, 1992; Billig, 1999a, 1999b). Det er imidlertid gjort noen forsøk på å kombinere de to innfallsvinklene i analyser av språkbruk (Bergvall & Remlinger, 1996; Langer 1999; Langer 2002, Linell, 1998; Wetherell, 1998).

2.4 Samtaleanalyse

Jeg skal ikke foreta en rendyrket CA-analyse, men er inspirert av visse innsikter i CA. For det første støtter jeg meg på metoderesonnementet fra CA, hvor faktisk interaksjon blir vektlagt i studiene. Videre er jeg inspirert av den sentrale tanken om at hva et utsagn betyr i en interaksjon har stor betydning for hvordan det tas opp i dialogens forløp. I tillegg til dette anvender jeg begreper fra sekvensiell analyse i arbeidet.

Når dette er sagt er det viktig å understreke at dette prosjekter skiller seg fra CA i streng forstand på noen punkter. Jeg vil foreta en tostegsanalyse som innebærer mer en bare en teknisk analyse. Dette betyr at jeg på det første steget vil gjøre en datanær analyse med vekt på hva aktørene gjør der og da. På det andre steget skal jeg løfte ut visse aspekter og sette disse i en sammenheng. Analysen som helhet vil være mer tolkende i større sammenheng (Wetherell, 1998:394), og språklige regelmessigheter vil dessuten bli forstått i relasjon til generelle rutiner og virksomhetstyper. Dette innebærer at jeg vil fokusere på regelmessig-

¹¹ *Diskursanalysen hadde sitt utspring fra ulike fag, så som lingvistik, semiotikk, psykologi, antropologi og sosiologi (McCarthy, 1991)*

heter som ikke nødvendigvis viser seg i den datanære analysen. På dette nivået vil analysene også ha innslag av kritisk fortolkning. Underveis på dette andre steget vil jeg foreta jeg en kopling mellom interaksjonen og dens relasjon til institusjonelle kontekster.

Spørsmålet er om virksomhetbasert analyse er å regne som CA-orientert samtaleanalyse? Svaret på det er etter mitt syn ja. For det første kan det nevnes som et apropos at en hyppig referert bok på feltet institusjonell kommunikasjon i CA er Drew & Heritage samleverk "Talk at Work" (1992). I denne boka har Levinsons artikkel om "activity type" en sentral plass. Sarangi (2000) har dessuten med utgangspunkt i "activity type" vist hvordan det i medisinske og helsefaglige kontekster kan forekomme en stor overlapping mellom virksomhetstyper i relasjon til hvordan man gjennomfører samtalen.

2.5 Perspektiv på makt

Innenfor studier i CA og etnometodologi er makt gjerne en dimensjon som drøftes etter at analysene er gjort, og i direkte relasjon til interaksjonell dominans og asymmetri. I disse forskningstradisjonene, blir makt fortrinnsvis viet oppmerksomhet, i den grad det i hele tatt diskuteres, først i etterkant av det analytiske arbeidet og ikke som en integrert del av analysene.

Mitt utgangspunkt er at makt må forstås som et bakenforliggende potensiale som påvirker eller ikke påvirker relasjonelt. Det vil si at makt er knyttet til strukturelle og institusjonelle forhold, samtidig som at makt kan forstås som en dynamisk og relasjonell størrelse (Engelstad, 1999; Foucault, 1976; Neumann, 2001). I og med at makt kan relateres både til institusjonelle og interaksjonelle aspekter ved en kontekst, er det særlig viktig å skille mellom makt og dominans. Hvordan kan dominans manifesteres i interaksjonen? Svaret på det er at dette fenomenet har mange dimensjoner. Linell (1990b) skiller mellom tre ulike typer dominans som har å gjøre med at aktørene behersker en stor del av diskursen i en viss forstand. Kvantitativ dominans dreier seg om å herske med hensyn til taletid. Slik dominans trenger ikke å være uttrykk for makt, men kan snarere være et uttrykk for avmakt.

Interaksjonell dominans har å gjøre med fordelingen av sterke eller svake initiativer og responser, og hvorvidt de ulike bidragene er styrte eller styrende på et lokalt nivå. Strategisk dominans kan relateres til de globale initiativene og hvordan disse påvirker samtalen som helhet, og videre om man i interaksjonen kan sette rammene og tonearten (keying).

I denne differensieringen av dominans ligger det at makt ikke alltid er lineært relatert til interaksjonen, og at dominans ikke nødvendigvis er et uttrykk for makt. Makt er en mer abstrakt og vidtrekkende størrelse enn dominans, og har snarere å gjøre med muligheten for å utrette noe i en videre sammenheng og ikke bare en diskursiv sammenheng. Linell (1990b) gjør et skille mellom dominans og makt på følgende måte:

I [...] use the term 'dominance' to refer to various more or less visible (manifest) dimensions or structures in dialogue and discourse. 'Power' can arguably be conceived of as more abstract than dominance and as involving an invisible (latent) macrostructure (Linell, 1990b:157).

Hvordan må så makt forstås hvis det skal kunne fungere som et perspektiv i detaljerte interaksjonanalyser? Jeg vil i det følgende støtte meg på historikeren Erling Sandmo og hans fremstilling av Foucaults to måter å forstå makt på: Den førmoderne makta, omtalt som negativ makt, og den moderne makta, omtalt som positiv eller produktiv makt. Den førmoderne makta blir skildret som begrensende ved at den *hindrer* mennesker i å oppføre seg på bestemte vis, og setter brutale rammer for menneskenes hverdagsliv gjennom former for maktmisbruk. Den moderne makta er derimot integrert som mentale og sosiale dypstrukturer som *tilskynder* mennesker i å oppføre seg på bestemte måter (Sandmo, 1999: 85). I den sistnevnte formen for makt ligger for øvrig hovedvekten på forholdet mellom makt og kunnskap. I forlengelsen av dette sier Sandmo at et fruktbart punkt for ham er at:

Den moderne makten er ikke først og fremst undertrykkende og massiv, men produktiv og omskiftelig: Den skaper nytt, den etablerer ny kunnskap og nye forestillinger – i mest grunnleggende forstand forestillingen om mennesket (Sandmo, 1999:94).

Sosialpsykologen Søndergaard (1996) støtter seg blant annet på Foucault når hun med referanse til ham foreslår et eksternt i stedet for internt perspektiv i undersøkelse av makt. I dette legger hun:

I stedet for at spørge efter magtens centrum, hvem der har den, og hvilken intention denne person eller instans besidder, så bør man spørge efter, hvordan magten investeres i *konkrete og effektskabende praksisser* – man bør studere den i den process, hvor den fungerer og skaber sine effekter (Søndergaard, 1996:43, min utheving).

Makt er med andre ikke utenfor noen og inne i andre, og Søndergaard sier videre med referanse til Foucault: "In other words, individuals are the vehicles of power, not its points of application" (1987:211).Maktperspektivet slik det er skissert som positiv makt hos Foucault (1976), er etter min mening spesielt relevant i institusjonelle kontekster som samtaler mellom helsepersonell og pasient, og for den saks skyld mellom student og pasient. Dette baserer jeg på at man ideelt sett må anta at helsepersonellet (og den kommende profesjonelle) har pasientens velferd i tankene, og derfor vil fremme kunnskapsproduksjon på basis av samarbeid og visse makthierarkier. Sagt med Sandmo: "Kunnskap om mennesker utvinnes typisk i asymmetriske forhold der den ene bringes til å tale om seg selv til den eller de andre" (1999:86).

Det er en forskjell på makt i sosial relasjon og dominans i samtaler. Asymmetri gir seg gjerne utslag både i ujevn kunnskapsposisjon og samtalemessig posisjon: Jeg forstår den profesjonelle eller institusjonelle interaksjonen mellom student og pasient som en samtale som krever en form for samtaleledelse fra den kommende profesjonelle. Studenten

(samtalelederen) er i posisjon til å innlede samtalen, organisere fordelingen av ordet og dessuten avslutte samtalen. Studenten er også i posisjon til avbryte pasienten, og til både å stille og ignorere spørsmål. Det vil si ”strategisk” og ”interaksjonell” dominans’ i følge Linell (1990b). Samtalens struktur og prosess *skapes og opprettholdes* imidlertid fortløpende ved at *begge* deltakerne navigerer i forhold til spesielle samtalemessige forpliktelser og rettigheter som er knyttet til rollene som ekspert og lekmann (Linell, 1990b, 1998).

Som Søndergaard (1996) påpeker, er det de konkrete og effektskapende praksisene som er interessante å studere med hensyn til makt. Men hvordan fanger man praksis? Svaret mitt er at man må studere relasjonen språk og virkelighet i en konkret kommunikativ virksomhet som del av andre virksomheter og institusjoner, og fange hva som gjøres intersubjektivt virksomt i interaksjonen. Det som gjøres intersubjektivt virksomt, det vil si det som får betydning, er en vev av dimensjoner som ikke kan fanges av tradisjonelle lingvistiske forståelser av språk og språkbruk.

Kapittel 3

3 Kommunikativ virksomhetstype

Jeg vil i dette kapitlet utdype nærmere hvordan jeg skal foreta en virksomhetsanalyse av de to korpusene som utgjør empirien i denne avhandlingen. Kapitlet er delt i to. Den første delen omhandler virksomhetens ytre ramme, og jeg vil her presentere kontekst- og virksomhets-teori som søker å utforske hvilke premisser og forventninger som omkranser virksomhetene. I del to skal jeg beskrive hvilke begrep som skal være sentrale for å analysere interaksjonen – nærmere bestemt virksomhetens indre. Fokuset på virksomhetens ytre og indre dreier seg i korte trekk om hvordan man oppfatter situasjonen i relasjon til andre situasjoner, og hvordan man skaper situasjonen der og da.

De institusjonelle samtalene utgjør en broket mengde av ulike virksomhetstyper eller kommunikative genre, hva vi skulle kunne kalle *samtalekulturer* (min uth), med både innbyrdes felles og særskilte trekk (Linell, 1990a:20, min oversettelse).

Disse kommunikative virksomhetstypene kan defineres og avgrenses fra hverandre ved at man i analysen peker på den overgripende konteksten (ramme, avgrensing) for kommunikasjonssituasjonen (hensikt, mål, roller, tid plass, vokabular). Denne kontekstualiseringen av hva som foregår i situasjonen kan videre studeres gjennom et fokus på det som er virksomhetens indre – det vil si det som interaksjonelt konstituerer denne. I analyser av kommunikative virksomheter er det imidlertid også analytiske dimensjoner som har å gjøre med dens ytre, relasjoner til andre virksomheter og til større samfunnsmessige sektorer. Det vil si at virksomheten kan situeres i kommunikative praksiser som har foregått over lang tid (Persson Thunqvist, 2003:17). Forfatteren (ibid) støtter seg for øvrig på Linell (2005b u.a) empiriske og teoretiske videreutvikling av begrepet kommunikativ virksomhetstype (se for øvrig Linell & Persson Thunqvist, 2003). Begrepet *virksomhetstype* skriver seg fra Levinson som definerer “activity type” på følgende måte:

I take the notion of an activity type to refer to a fuzzy category whose focal members are goal-defined, socially constituted, bounded, events with *constraints* on participants, setting and so on, but above all on the kinds of allowable contributions (Levinson, 1992:69).

Med utgangspunkt i denne definisjonen kan man si at virksomhetstyper er målrettede og til en viss grad konvensjonelle. Dette innebærer at det eksisterer visse interaksjonelle

begrensninger for aktørene i form av hvilke bidrag som gjelder, innenfor ulike virksomhetstyper. Treningssamtalene fra sykepleier- og medisinerutdanningen kan ses som eksempler på virksomhetstyper hvor den kommunikative atferden primært er målrettet, og hvor aktørene for å nå sine mål bruker ulike kontekstspesifikke språklige strategier for å organisere samtalen. Linell (2005b u. a) foretrekker å oversette ”activity type” til ”virksomhetstype” i stedet for til ”aktivitetstype”. Han begrunner dette med at virksomhet konnoterer en sosial aktivitet hvor en eller annen oppgave skal løses, og at handling har en primær plass. Termen aktivitet kan også henspille på individenes aktiviteter. Videre er begrepet virksomhetstype allerede etablert i kommunikasjonsforskningen i Sverige av Jens Allwood (2000). En tredje grunn til at Linell foretrekker begrepet kommunikativ virksomhetstype er for å markere et skille med Vygotskiansk aktivitetsteori.

Kommunikative virksomheter manifesteres gjennom situerte handlinger som er knyttet til tidspunkt, aktører og plass. Men det vi gjør i situasjonen, inngår i praksiser som har foregått over lengre tid, og bygger dermed opp kommunikative virksomhetstyper. Mye av det vi sysler med, er uklare virksomhetstyper, og mange av dem kan betegnes som hybrider. Det vil si at disse har uklare eller komplekse sjangerforhold, og at virksomheten fremstår som en blanding av ulike virksomhetstyper. Treningssamtalene som medisinerstudentene deltar i kan antas å være en kompleks virksomhet med trekk av konsultasjonstypen samtidig som disse er del av en undervisningssammenheng. Til og med vanlige legekonsultasjoner kan involvere blanding av ulike sjangre (ten Have, 1989). Treningssamtalene som sykepleierstudentene deltar i har praktiske helsefaglige konsekvenser, men er like fullt treningssamtaler som inngår i studentenes utdanningsløp. I begge disse virksomheter nærmer aktørene seg situasjonen med forventninger om hva som skal skje. Disse forventningene kan man gå ut fra at varierer.

Blanding og hybridisering av kommunikative virksomheter er et fenomen som flere diskursforskere har pekt på og undersøkt (Fairclough, 1992; Linell, 2005b u.a; Sarangi, 2000). Felles for disse er at de relaterer den manifeste interaksjonen til dens institusjonelle og profesjonelle sammenheng. Mange virksomheter kan karakteriseres som hybrider eller grensetilfeller hvor aktørene gjerne overskrider grensene mellom virksomhetene. Disse grenseoverskridende kommunikative handlingene impliserer at interaksjonen her og nå ikke er tilstrekkelig for å kaste lys over hva som foregår. Deltakernes abstrakte kontekstuelle ressurser i form av bakgrunnskunnskap om lignende situasjoner er også relevant for å tolke det som skjer i interaksjonen. Begrepet hybridisering henspiller på at måten deltakerne karakteriserer samtals situasjon og karakteriserer ulike typer snakk på, både er et resultat av kontinuitet og variasjon (Sarangi, 2000:2).

3.1 Virksomhetens ytre: Framing og footing

Goffman (1974) tok utgangspunkt i den dypt interaksjonistiske problemstillinga ”what’s going on here” når han ville beskrive sosiale situasjoner, og lanserte begrepet samhandlingsramme (”frame”) for å besvare hvordan aktørene både forholder seg til

regler, normer og forventninger ved situasjoner samtidig som rammene er opp til stadige forhandlinger og reetableringer. Goffman (1981) introduserte begrepet for å kunne fange deltakernes skiftende involvering i sosial interaksjon. Jeg har i forbindelse med analysene av innlednings- og avslutningssekvensene i begge datakorpusene brukt begrepet ”framing” forstått som situasjonsdefinerende innrammingsmarkør, og ”footing” der det er relevant for å fange opp posisjoner og posisjoneringer som aktualiseres i forbindelse med de ulike definisjoner av situasjon og virksomhetstype. Utgangspunktet har vært å undersøke prosessene som fant sted i student-pasient-interaksjon når partene var i ferd med å etablere en ramme for samhandlingen.

Begrepet *kommunikativ virksomhetstype* knytter an til arbeide – nærmere bestemt et kommunikativt arbeide. Dette arbeidet består bl.a. i å oppfatte og å skape en situasjon og relasjon. Et sentralt begrep for å utforske disse prosessene er innramming (framing). Innramming skal i denne studien brukes i to betydninger. For det første vil innramming bli forstått på en overordnet nivå som situasjons-, møtes- eller virksomhetsdefinisjoner. Disse preger hele interaksjonen, og innramminger på dette nivået kan kalles *rammer* for samhandlingen. Denne typen *innramminger* er av en global karakter.

For det andre skal innramming forstås på et konkret og lokalt forekommende nivå, men med en strategisk global funksjon. Det vil si at innramming blir forstått som lokale markører som på visse steder i interaksjonen signaliserer hvilke type innramming eller ramme man skal orientere seg mot. Slike lokale markører eller innslag i interaksjonen kan tjene som signalisering eller markering av kommunikativ virksomhetstype. Det vil si at aktørene tar i bruk markører eller signaler som peker på lokale fenomen. Disse vil bli referert til som *innrammingsmarkører*. Denne sistnevnte måten å forstå innramming på vil jeg for øvrig vende tilbake til under punkt om kontekstualiseringssignaler.

“Framing is an act which necessarily involves an agent and therefore implies something more provisional (midlertidig), more negotiable than the substantive term ’frame’” (MacLachlan & Reid, 1994:17). Med utgangspunkt i innramminger eller ”framings” kan man beskrive de prosessene som finner sted når aktørene skal avklare hvilken kommunikativ virksomhet de befinner seg. ”A communicative activity is understood in terms of its framing” (Linell & Thunqvist, 2003:412). Det vil si at det som sies for eksempel i en legekonsultasjon blir forstått som implisitte definisjoner eller innramminger av situasjonen foretatt av deltakerne selv, altså ut fra det som er forventet å foregå i en slik situasjon. Samtidig peker Linell på at aktørene forhandler ut fra situasjonsdefinisjoner som kan være mer eller mindre motstridende (Linell, 1998:236).

Innramminger, eller såkalte ”framings”, søker også å beskrive kommunikative prosesser, men er et overordnet begrep som søker å sammenfatte virksomhetens grunntrekk bl.a. i form av deltakerstruktur og deltakernes inneværende forståelse av hvilken ramme de befinner seg i. Deltakerstrukturer er i følge Goffman (1981) dynamiske og komplekse nettverk, hvor ulike

roller knyttet til det å snakke og lytte i en gitt interaksjon kan skifte konstant ut fra endringer i ”footing” – eller posisjon som inntas. Sarangi & Roberts (1999) peker for øvrig på at Goffman sine begrep som face og footing kan være fruktbare for å : “understand the complex alignments that participants take up to manage what are often conflicting and ambiguous ideological and social positions” (ibid, 1999:12).

What the speaker is engaged in doing, from moment to moment through the course of a discourse in which he finds himself, is to meet whatever occurs by sustaining or changing footing. And by and large, it seems he selects that footing which provides him the least self-threatening position in the circumstances, or, differently phrased, the most defensible alignment he can muster” (Goffman, 1981:325-6).

Til forskjell fra kontekstualiseringssignaler inkluderer begrepet framing (og footing), slik jeg kommer til å bruke det, en annen og mer utvidet forståelse av kontekst og deltakerstruktur, det vil si at bakgrunnskunnskap og forestillinger aktørene har om virksomhetskonteksten, også blir trukket inn i analysen av språk i interaksjon (Linell & Thunqvist, 2003). I analysene vil framing være det overordnede begrepet som søker å beskrive aktørenes mer eller mindre eksplisitte forventnings- og prediksjonsstruktur som kommer til syne innenfor de kommunikative virksomhetene de befinner seg i. I analysene av hovedaktiviteten vil også begrepene *keying* og *layering* være sentrale (se pkt. 3.1.1 og pkt. 3.1.3).

Gregory Bateson (1974) var den første som introduserte begrepet ”framing”. Han foretok observasjoner av aper som lekeslås, og fant at de ved hjelp av visse positurer og gester signaliserte til hverandre hvorvidt aktiviteten var lekeslåsning eller ordentlig slåsning. Bateson trakk en parallell til menneskelig interaksjon, og pekte på at mennesker er i stand til å skille for eksempel simulert sinne fra ekte sinne ved hjelp av såkalte metakommunikative beskjeder. Bateson vektla kommunikasjon på metanivå når han definerte (psykologiske) rammer:

A frame is metacommunicative [...] every metacommunicative or metalinguistic message defines, either explicitly or implicitly, the set of messages about which it communicates, i.e., every metacommunicative message is or defines a psychological frame (Bateson, 1972: 188).

Bateson (1972) omtaler metakommunikative utsagn som en form for psykologiske ’rammer’ som hjelper oss i å navigere i forhold til og justere måten vi fortolker de meningsutvekslinger vi har med hverandre. Begrepet framing, i betydningen innrammingsmarkør, vil være sentralt i analysene av innledningsfasene i treningssamtalene.

Begrepet *footing* peker på rammenes fleksible og skiftende karakter, i tillegg til de revurderinger og reorienteringer deltakerne kan gjøre fra øyeblikk til øyeblikk når de beveger seg fra en ramme til en annen:

A change in our footing is another way of talking about a change in our frame for events. [...] participants [...] constantly change their footing, these changes being a persistent feature of natural talk (Goffman, 1979:5).

Framing (heretter innramming) og footing er beslektede begrep som har å gjøre med aktørenes tolkninger av den situasjonen de befinner seg i. For å kort sammenfatte framing på lokalt og globalt nivå med footing kan man si følgende: Deltakerne forhandler om rammer for situasjonen og tilhørende roller, ærend og formål (innramming). Rammene kan forstås som fleksible og i endring, og aktørene kommuniserer endringer av disse ved å innta andre posisjoner i interaksjonen (footing). Disse posisjonsskiftene kan gjøres ved hjelp av innrammingssignaler eller markører.

Per Måseide (2003) har tatt i bruk rammeteori i sine analyser av medisinske samarbeidsgrupper, det vil si tverrprofesjonell grupper som kommer sammen for å diskutere diagnoser og alternative behandlinger for alvorlig syke pasienter. Måseide (2003) fant at aktørene i disse samtaleveksler mellom medisinske og moralske rammer, og at moralske aspekter ser ut til å representere en betydelig ressurs i interaksjonen. Konsekvensen av dette var at det oppsto rammetvetydighet. Forfatteren forklarer tvetydigheten bl.a. med at disse problemløsingssamtalene er uklare, og at individualiserte former for snakk erstatter mer typisk institusjonelle former. Individualiserte former er i dette tilfellet ekspressive utsagn og konfliktsnakk i motsetning til profesjonell distanse. De to kommunikative virksomhetene i denne studien er også uklare, særlig treningssamtalene fra medisinerutdanningen, og eksempler på det Måseide (ibid) kaller individualiserte former for snakk kan være når en medisinerstudent i samtale med en pasient fra Midtøsten spør om pasienten trives i Norge (se eks 7.2). Dette spørsmålet dukker opp i en sekvens hvor studenten kartlegger pasientens familiesituasjon. I det andre korpuset finner jeg et eksempel på et ekspressivt utsagn som jeg regner som utslag av individualisering snarere enn anonymisering i det studenten karakteriserer pasienten som ”så grei og ordentlig” (eks. 6.10).

3.1.1 Keying

I analysene av hovedaktiviteten i treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient vil jeg anvende et annet sentralt begrep i Goffmans rammeanalyse – nemlig *key* og *keying*. Goffman (1974) definerer begrepet *key* og *keying* som :

the set of conventions by which a given activity, one already meaningful in terms of some primary framework, is transformed into something patterned on this activity but seen by the participants to be something quite else. The process of transcription can be called keying (Goffman, 1974:44).

MacLachlan & Reid (1994) kommenterer begrepet "keying" på følgende måte:

in the area of human behavior keys abound, because humans not only play at fighting but can also fantasise a fight, stage one in a accordance with a script [...] It is easy to see how the concept of keying – a kind of second order activity – becomes central to Goffmans frame analysis since, although the observed activity may scarcely differ from its model, certain signals completely alter our perception of its meaning.

"Keying" er således en spesifisering eller modifisering av "framing". "Keying" refererer til etterligninger av primære rammeverk for aktiviteter og trenger av den grunn gjerne å bli eksplisitt stadfestet eller anerkjent med tanke på hva som egentlig foregår. Et eksempel er at for å forstå lekeslåsningens mening må man se den med bakgrunn i ordentlig slåsning. Goffman (1974) kaller denne formen for transformering "keying", transponering. Album (1996) sier følgende om Goffman sin bruk av denne metaforen:

han bruker altså en musikkmetafor, en ikke så treffende synes jeg, ettersom musikken ikke blir så annerledes av å bli spilt i en annen toneart, mens meningen kan bli svært annerledes fra en ramme til en annen (ibid, 1996:208).

Jeg tar ikke stilling til hvorvidt metaforbruken er passende, men er enig med Goffman (og Album) i at måten vi fortolker hverandres kommunikative oppførsel på avhenger av hvilken ramme samhandlingen inngår i. Album (1996) nevner at det å bruke et emne som middel for å skape kontakt, er et eksempel på "keying" eller transformering av en primærramme. Dette forutsetter imidlertid "ekte" snakk om emnet (Album, 1996:208).

"Keying" eller transformering skiller seg fra primære rammeverk ved at den sistnevnte sjelden er eksplisitt manet fram. Vekslinger mellom såkalte primære eller sekundære rammeverk kan skape et behov for en eksplisitt forsikring om hva som foregår. I treningsamtalene mellom sykepleierstudent og pasient finner jeg eksempler på at vekslinger fra en "toneart" til en annen "toneart" gjerne skjer i form av vekslinger som sykepleierstudentene eller pasientene foretar mellom å prate tørt og saklig om ærendet (transaksjonelt modus) til en personlig og utenomsaklig samtale (konversasjonelt modus). Skifte av toneart (keying) handler først og fremst om en endring i samtalens klima. Dette skiftet av toneart kan forstås som en reframing av den kommunikative virksomhetstypen og bidra til dens hybride karakter.

I disse situasjonene er det interessant å undersøke hvordan partene orienterer seg mot den overordnede problemstillinga "hva foregår her?", "tuller vi eller er det alvorlig ment?" og "hvem er vi for hverandre i denne sammenhengen?" Goffman (1974) introduserte begrepet keying og rekeying før han presenterte begrepet footing (1979). På mange måter kan nok sistnevnte være en sofistikert variant av keying. Jeg finner det fruktbart å bruke begge begrepene fordi de på sett og vis dreier seg om litt ulike aspekter ved interaksjonen. Et skifte

av posisjon (footing) impliserer at man endrer sin *orientering* og deltakerposisjon gjennom måten man mottar eller produserer en ytring. Keying er som nevnt et fruktbart begrep for å fange endringer i samtalens klima. Footing, framing og keying er gode begreper for å illustrere hvordan disse klimaendringene gjøres.

3.1.2 Kontekstualiseringssignaler

Gumperz (1982) konkretiserer begrepet virksomhetstype (activity type) og gjør det etter min mening analytisk anvendbart. Han foreslår at måten aktørene finner ut hvilken virksomhetstype som er relevant, er ved å orientere seg mot såkalte *kontekstualiseringssignaler*. Gumperz definerer kontekstualiseringssignaler som: “any feature of linguistic form that contributes to the signalling of contextual presuppositions” (Gumperz, 1982:131). Dette er et analytisk begrep som er utviklet med tanke på prosesser som finner sted når aktørene orienterer seg mot hverandre i en spesifikk kontekst og skal avklare hva som er relevant å si når av hvem i den konkrete situasjonen. Disse signalene er gjerne ord og ytringer med pragmatisk funksjon – det vil si at de relaterer seg til faktorer i situasjonen. Kontekstualiseringssignalene vekker gjerne til live noen forventninger hos aktørene om hvilken kommunikativ aktivitet de er i ferd med å etablere sammen. Gumperz understreker at disse signalene må undersøkes i “process and in context rather than in the abstract” (Gumperz, 1982: 131).

Fokuset på kontekstuelle presupposisjoner, eller rettete sagt bakenforliggende premisser som gjøres interaksjonelt relevant, kan gi inntrykk av at det eksisterer noen entydige kontekster og samhandlingsrammer som så å si skal vekkes til live i interaksjonen. I følge Goodwin & Duranti (1992) er det imidlertid viktig å ta i betraktning det dynamiske forholdet mellom ytringer og handlinger som skal fortolkes (med tilhørende kontekstualiserings-signaler) og konteksten som ytringene er omkranset av. De advarer mot det de omtaler som en statisk forståelse av konteksten, og peker på at ”snakk former konteksten og konteksten former snakk” (ibid, 1992:31). Etter mitt syn er nettopp begrepet kommunikativ virksomhetstype fruktbart i relasjon til kontekstualiseringssignaler, fordi grenseoverskridelser og overlappinger mellom virksomhetstyper gjerne skjer ved hjelp av slike markører eller signaler.

3.1.3 Layering

Begrepet *layering* kommer fra Clark (1996), og dreier seg om å beskrive hvordan ulike lag (layer) kan opptre i kommunikasjonen. Lagene er gjerne rettet inn mot ulike kontekster og kan ses som bidrag i til dels ulike kommunikative virksomheter – så som for eksempel utdanningskontekst og arbeidslivskontekst. Clark sier at han blant annet er inspirert av Goffmans (1981) rammeanalyse i sin utvikling av dette analytiske begrepet. Clark (1996:353ff) peker på ulike former for layering som varierer med hensyn til kompleksitet – det vil si hvorvidt den aktuelle handlingen finner sted i to eller flere domener samtidig. Han nevner alt fra enkle rollespill mellom barn, til det komplekse forholdet mellom skriver og leser i forbindelse med ulike historiefortellinger, så som ironi, sarkasme etc., og til subtile former

for lagdeling (layering) i samtaler. Denne sistnevnte dreier seg om angivelige og tilsynelatende kommunikative handlinger som i stor grad er knyttet til høflighetskonvensjoner. Clark (ibid) viser til invitasjoner som ikke er alvorlig ment, men som utføres for å vise at man setter pris på vedkommende man inviterer. Handlingen krever at begge parter later som at invitasjonen er reell. Slike handlinger har i følge Clark (1996) en innebygd ambivalens ved at invitasjonen på den ene siden er gjort for høflighets skyld, samtidig som at invitasjonen på den andre siden skal fungere, selv om den ikke skal tas seriøst.

Lignende situasjoner kan oppstå i treningssamtalene mellom medisinerstudent og pasient. Studenten kan spørre om plager og symptomer i forhold til pasientens helse uten at han eller hun kan diagnostisere disse. Pasienten kan svare som om han eller hun snakker med en lege, og slik sett være med på en tilsynelatende anamnese og late som at det er en reell konsultasjon. I treningssamtalene oppstår det situasjoner i hovedaktiviteten som er tvetydige med hensyn til hva som er samhandlingsrammen – kommunikasjonstrening eller konsultasjon? Hvilken av disse rammene gjøres til den primære og hva slags roller aktualiseres: student, lege, pasient, privatperson, informant, forteller?

Clark (1996: 17) skiller mellom det primære laget (layer 1) og det hypotetiske laget (layer 2). Førstnevnte representerer reelle folk som gjør reelle ting, mens sistnevnte representerer andre og ofte hypotetiske domener som er skapt akkurat for øyeblikket. Lag 1 er det primære laget i enhver samtale, hvor deltakerne snakker og blir adressert der og da som seg selv. Det vil i dette tilfellet si at medisinerstudentene er der som studenter, og pasientene er der som bidragsytere til kommunikasjonstreningen i kraft av at de er pasienter hos ansvarlig praksislege. Lag 2 er bygd opp på toppen av lag 1 og representerer i forbindelse med treningssamtalene en hypotetisk verden. Det vil si at det er uklart om studenten opptrer som om han eller hun er ordentlig lege eller fremtidig sådan, og at det er uklart om pasienten opptrer som hjelpetrengende, eller som behjelpelig. I treningssamtalene kan nettopp konsultasjonsrammen (layer 2) fortone seg som reell og primær. Det interessante er å utforske hva som skjer når aktørene mer eller mindre eksplisitt gjør kommunikasjonstreningssammenheng (layer 1) til den primære.

Layering forstått som tvetydig og kompleks samhandlingskontekst er fruktbart for å utforske rammer som er "begravd" i andre rammer. "Keying" dreier i større grad om blanding av rammer innafor en mer entydig kontekst. Begrepet "layering" er fruktbart for å beskrive språklig interaksjon som er flertydig og kompleks med hensyn til hva slags kommunikativ virksomhet samtalen utspiller seg i, og for å beskrive hvordan aktørene orienterer seg til hverandre i de situasjonene hvor interaksjonen foregår på minst to nivå. Overført til samtalene som inngår i dette arbeidet vil et spørsmål av typen "hva kommer du for i dag?" få ulik mening alt etter om det er en medisinerstudent eller lege som stiller det. I det første tilfellet vil det være av interesse fordi det bidrar til studentens trening, i det andre tilfellet vil spørsmålet ha interesse for diagnosen legen skal stille til slutt. Rammeveksling og rammetvetydighet som henholdsvis de to begrepene *keying* og *layering* søker å fange,

skal i avhandlingen relateres til analysene av kjernevirksomheten i de to kommunikative virksomhetene som inngår i denne studien (kap. 7 og 8). Rammetvetydighet forstått som layering, dreier seg om at rammene er innvevd i hverandre (”embedded hybridity”, Fairclough 1992) og fremstår som hybridiserte og flertydige. Rammevekslinger forstått som skifte av toneart (key) er gjerne knyttet til at faser eller sekvenser kan relateres til ulike sjangre – dvs. fortone seg som sekvensielle rammeskift (”sequential hybridity”, Fairclough 1992).

3.2 Virksomhetens indre

3.2.1 Fokus på faser

Institusjonaliserte eller profesjonelle samtaler karakteriseres gjerne ved at man har bestemte formål med samtalen. For eksempel vil helsepersonellet i en inkomstsamtale på sykehuset eller en konsultasjon typisk ha behov for å bringe frem og formidle relevant informasjon både til og fra pasienten. Denne målrettetheten ser ut til å tvinge frem en bestemt struktur på samtalen, hvor samtalen består av ulike delaktiviteter eller *faser* (Aronsson & Sätterlund Larsson, 1987; Byrne & Long; Linell, 1990; Berg Sørensen, 1995; Drew og Sorjonen; Hester og Francis 2000; Leppänen 2000; ten Have 1989, 2001a; Watson, 2000; Halvorsen 2001).

Kommunikative virksomhetstyper som for eksempel inkomstsamtaler eller konsultasjoner består gjerne av en kjerneaktivitet eller hovedaktivitet som er omkranset av innlednings- og avslutningsfaser. Selve kjernevirksomheten har ofte en intern fasestruktur, som innebærer at konsultasjonen for eksempel skiller seg fra politiavhørets struktur og faseinndeling (Linell, 1998). Konsultasjonens faseinndeling er i litteraturen formulert som seksdelt (Byrne & Long, 1976; ten Have 1989, 2001a) eller som femdelt (Linell 1998) – alt etter hvorvidt formulering av pasientens ærend (complaint) regnes som en separat fase eller ikke. Linell skisserer kjerneaktiviteten i konsultasjonen som tredelt og bestående av henholdsvis sykdomshistorien (anamnese), fysisk undersøkelse og diagnose med forslag til behandling. Den sjette fasen, hvor pasienten eksplisiterer sitt ærend for den aktuelle konsultasjonen, er for øvrig inkludert i anamnesefasen slik Linell formulerer faseinndelingen. Byrne & Long (1976) og ten Have (2001a) plasserer denne ”complaint”-fasen rett etter innledning og før datainnsamlingen.

3.2.2 Initiativ - Respons Analyse

Linell og Gustavssons initiativ og responsmodell (1987) er utviklet for analyse av dialogspill på replikknivå. Forfatterne sammenligner dialogen med et kommunikativt spill og hevder at den ”är en social aktivitet i vilke två (eller flera) parter påverkar varandra”. Dette spillet har regelmessige trekk som innebærer at partene har felles kontroll over samtalerommet og hvor begge (alle) påvirker det som skjer i dialogen fortløpende.

Turene i et kommunikativt samspill kan vise fremover og bakover i samtalen. Dersom de viser fremover i dialogforløpet, har turene initiativegenskaper. Turer som viser bakover i

dialogforløpet har responsegenskaper. Forfatterne skiller mellom sterke og svake initiativ. Sterke initiativ er bidrag i interaksjonen av typen spørsmål eller påstander hvor initiativtakeren eksplisitt krever en respons. Svake initiativ kan være kommentarer, forslag eller informasjon etc hvor initiativtakeren snarere inviterer samtaledeltakerne til å komme med en respons. Hvorvidt et initiativ oppfattes som sterkt eller svakt er et komplisert samspill mellom form, innhold og den konteksten det sies i.

En gitt ytring kan ha initiativegenskaper i den forstand at den peker fremover og fører inn noe nytt. Dette kan bestå i å introdusere et nytt fokus i spillet (globalt initiativ) eller å videreføre et allerede etablert og pågående emne (lokalt initiativ). I-R analysen slik den ble utviklet av Linell og Gustavsson (1987) har ikke kategorien globalt initiativ. Feilberg (1991) har oversatt friskt initiativ til globalt initiativ i sine analyser av mor-barn interaksjon. Forfatteren definerer begrepet på følgende måte: ”Et globalt initiativ representerer et nytt fokus for interaksjonen. Det har i utgangspunktet potensielle tematiske konsekvenser for den replikken som følger umiddelbart etter, og for hele den eventuelle kjeden av replikker som er knyttet til dette emnet” (Feilberg, 1991:57). Inspirert av denne definisjonen legger jeg to kriterier til grunn for å karakterisere en ytring som et globalt initiativ. For det første er dette et initiativ som kan sies å innlede en ny fase i interaksjonen. For det andre er dette et initiativ som inviterer pasienten til å komme med en lengre respons. I analysene av innledningssekvenser skal jeg utforske initiativ-responsstrukturen der hvor nettopp disse globale initiativene setter fortgang i situasjonstolkningene.

Analysen vil ikke bli foretatt med fokus på ytring til ytring, men ta for seg sekvenser av replikker. Det vil si at jeg fokuserer på studentens første globale initiativ i etablering av dagsorden, og om dette kan betegnes som et sterkt eller svakt initiativ? Videre vil jeg utforske svaret fra pasienten og graden av adekvans, og om pasienten viderefører det etablerte emnet, fører inn et nytt emne, eller gjør begge deler?. Deretter vil jeg undersøke hvorvidt svaret fra pasienten blir håndtert og akseptert som relevant av initiativtakeren – det vil si studenten.

3.3 Sidesekvenser

En type metakommentar som gjentar seg blant pasientene i treningssamtalene med medisinerstudentene, er oppklarings spørsmål. Disse er gjerne respons på studentens innlednings spørsmål. I noen tilfeller leder oppklarings spørsmålet til avstikkere eller side-sekvenser fra hovedtema, en måte for å få klarhet i hva som er relevant å snakke om (jfr Svennevig, 1999). I andre tilfeller er oppklarings spørsmålet av en mer global karakter, slik at det blir et tema i seg selv.

Avstikkere eller sidesekvenser er en måte for samtalepartnerne å: ”temporarily leave the topic of the discourse to align their contextual resources” (Svennevig, 1999:257). Det vil si at partene søker å konferere med den andres bakgrunnskunnskap: The information supplied or elicited in [...] side sequences is marked as background information in that it is not presented as relevant in its own right, but only as

support for some presentation in the previous or subsequent discourse. The talk about the background information is abandoned once it has supplied the necessary background for continuing the main topic (Svennevig, 1999:257).

Sidesekvensene er å regne som innskudd eller deltema som er nødvendig for å kunne fortsette med hovedtema. Svennevig (1999:259) foreslår en spesifisering av Jeffersons (1972) begrep og gir det følgende karakteristikker:

1) En side sekvens utgjør en pause (suspension) fra det felles pågående prosjektet. 2) Oppgaven som blir utført i sidesekvensen, er ikke del av hovedprosjektet, men er relevant for (deler av) det, enten ved å være et innskudd i sekvensen eller som en parentes å regne. 3) Hovedprosjektet gjenopptas straks sidesekvensen er fullført. 4) Sidesekvensen består av minimum ett bidrag i interaksjonen (presentasjon og aksept), men kan inkludere en serie eller sekvens av turer. 5) Den kan være selvinitiert eller initiert av andre. 6) Den kan være introdusert enten gjennom å presentere eller gjennom å be om informasjon (Svennevig, 1999:259, min oversettelse).

En måte å definere sidesekvenser er som Svennevig skisserer, nemlig å se dem som utløste og forårsaket av hovedprosjektet. Sidesekvenser kan også forstås som utslag av lokal sensitivitet, og forårsaket av det *skjer* i situasjonen, snarere enn det som er *sagt* i interaksjonen. Sistnevnte er episoder som ikke har sammenheng med kjerneaktiviteten i samtalen, men som gjerne er utløst av hendelser der og da ("asides"). Felles for disse typene er at de er relatert til hovedprosjektet i den forstand at de bidrar med kontekstuelle ressurser i fortolkningen av det som er hovedsekvensen (Svennevig, 1999:263). Svennevig (1999) utelukker imidlertid såkalte "asides" fra kategorien, ved at de ikke er direkte relatert til produksjonen av samtalen i hovedaktiviteten. Eksempler på "asides" kan være at man gir uttrykk for at man er sulten eller tørst, eller for eksempel kommenterer at den man snakker med er fin på håret og lignende. Jeg finner ikke eksempler på "asides" i materialet, og vil i omtalen av sidesekvenser støtte meg på Svennevigs (1999) definisjon av kategorien.

Schegloff (1968) peker på et lignende fenomen i sin beskrivelse av innskuddssekvenser: "insertion sequences". Disse går for øvrig nå under benevnelsen insert expansions (Svennevig, 1999). Eksempler på slike kan være spørsmål-svar-sekvenser som blander seg inn mellom et igangsatt nærhetspar og en påkalt respons.¹² Innskuddene har med andre ord implikasjoner for sekvensialiteten. Innskuddssekvenser av denne typen kan betraktes som en underkategori til sidesekvenser. Dette fordi sekvensene ikke blir definert med tanke på kommunikativ funksjon, men derimot ut fra sekvensielle egenskaper.

¹² Svennevig sier følgende om skillet mellom 'side sequence' (Jefferson, 1972) og 'insertion expansions': "My position is that the side sequence is the more fundamental interactional mechanism, and that insert expansions may be regarded as one of several subtypes of it" (ibid: 266).

3.4 Bruk av "oppsummeringer" i avslutningssekvenser

En mulig avslutningsindikator i institusjonelle samtaler som treningsamtaler er oppsummeringer – eller såkalte "formulations" (Drew, 1998; Heritage & Watson, 1979). Jeg skal i fortsettelsen bruke "oppsummering" som oversettelse av begrepet "formulation". Drew (1998) har foretatt en komparativ studie av hvordan fenomenet "formulation" tas i bruk i ulike institusjonelle situasjoner, så som henholdsvis psykoterapi, radioprogram, nyhetsintervju og forhandlinger om forretningsavtale. Forfatteren fant at såkalte "formulations" var en kjerneaktivitet i relasjon til oppgaven deltakerne var opptatt med i situasjonen, og at deres interaksjonelle funksjon var å ivareta ulike strategiske formål i de fire ulike sammenhengene:

Constructing controversy and undermining the other's argument, getting the interviewee to elaborate, figuring out the implicit meaning in a therapist's comment, and trying to arrive at a compromise settlement with which both sides in a negotiation can agree, are each core activities in these settings (Drew, 1998:39).

Bruken av fenomenet oppsummering (formulation) varierte også med tanke på hvilket verb den profesjonelle tok i bruk når vedkommende summerte opp det som den/de andre har sagt:

Mean occurs in psychotherapy, but not in other settings; *saying* is used in each of the others but 'stronger' forms, such as *accusing*, predominate in news interviews and are not used in the others; and *suggesting* is used in news interviews and in the radio call-in programme, but not in negotiations (Drew, 1998: 40).

Jeg legger tre kriterier til grunn for å definere noe som *oppsummering*. For det første forholder denne oppsummeringen seg til innholdet av det som er sagt av pasienten. For det andre gjøres dette ofte på en slik måte at det inviterer til en kommentar eller bekreftelse. Dette vil si en summering som peker bakover og fremover ved at den oppmuntrer til kommentar eller godkjenning. Oppsummeringer har også en typisk form, og initieres gjerne med "så" eller "så da". "Oppsummeringer" kan forstås som et speilbilde av ærendespørsmålet, som gjerne opptrer innledningsvis.

Formulations er relativt sjeldne i hverdagssamtaler, bortsett fra i telefonsamtaler, men er vanlig i institusjonaliserte publikumsorienterte samtaler, og da primært foretatt av den som stiller spørsmålene (Heritage, 1985). Samtalene som utgjør datamateriale i dette prosjektet, er institusjonelle og kan betegnes som publikumsorientert både ved at de blir tatt opp på bånd, og at de for medisinerstudentenes del skal kommenteres i etterkant av både faglærer og medstudenter. Såkalte "formulations" er interessante å utforske fordi disse berører det situasjonsdefinitiviske og mangefasetterte som deltakerne står overfor:

“Formulations are socially organized in that they may arise when the [...] gist of a potentially multi-faceted conversation has become problematic, and they regularly invite confirmation or denial “(Heritage & Watson 1979, referert i Clayman & Maynard 1995:11).

Både treningssamtalene fra sykepleierutdanningen og treningssamtalene fra medisinerutdanningen kan betegnes som mangefasetterte samtaler, fordi de er situert i flere kontekster samtidig. Dette innebærer at aktørene vil stå overfor en kontinuerlig situasjonstolkning. ”Formulations” kan regnes som en type situasjonsdefinitiv innspill som gjerne opptrer i avslutninger av tema, i overganger til nye faser eller avvikling av samtalen som helhet.

Oppsummeringer (formulations) har i følge Potter (1996) en iboende refleksivitet i seg. På den ene siden er disse bidrag *om* interaksjonen man har deltatt i. På den andre siden er disse oppsummeringene også bidrag *til* den samme interaksjonen. Oppsummeringene kan ikke forstås som nøytrale og abstrakte sammendrag av det man har snakket om, men snarere anses å være utformet på en slik måte at de påvirker utfallet av samtalen.

3.5 Spørsmål-svar-format i ulike funksjoner

Institusjonelle samtaler er gjerne karakterisert ved at turtyper som spørsmål/svar ofte er forhåndsbestemt ut fra institusjonelle roller som for eksempel profesjonell og lekmann. Dette gir samtaledeltakerne noen bestemte muligheter og begrensninger mht. hvordan samtalen kan forløpe. Initiativene eller spørsmålene er gjerne knyttet til en eller annen form for institusjonell oppgave som skal utføres. Spørsmålene kan ses som den institusjonelle representanten sitt viktigste arbeidsredskap – enten vedkommende er sykepleier, lege, advokat, politi eller student. Det spørsmål-svar-formatet som etableres i interaksjonen, er relatert til samtalens overordnede formål.

I medisinske og helsefaglige sammenhenger kan formålet med samtalen bl.a. variere fra å være innsamling av basisinformasjon om pasienten til å være kartlegging av aktuelle problematiske symptomer for å kunne stille diagnose og foreslå behandling. Stivers & Heritage (2001) referer til disse to formålene som ”comprehensive history taking” respektive ”diagnostic history taking”. Førstnevnte dreier seg om innsamling av bakgrunnsinformasjon og sistnevnte dreier seg om kartlegging av problematiske symptomer.

Stivers & Heritage (2001) skriver om ”comprehensive history taking” som ligner den type bakgrunnsdata som skal samles inn i innkomstsamtaler som sykepleierstudentene skal trene på.¹³ Dette dreier seg om opplysninger angående pasientens tidligere helse, psykososiale og livstilmessige forhold etc. Virksomheten er lett å identifisere ved at denne datainnsamlingen gjerne er organisert i en serie agendabundne spørsmål som fortøner seg som en sjekklister.

¹³ Denne fasen opptrer gjerne i et første møte, og ved en årlig kontroll eller ved andre rutinemessige møter hvor bakgrunnsdata om pasienten sykdomshistorie kan samles inn (Stivers & Heritage, 2001).

Minimale ”no-problem” responser er tilstrekkelig, men pasienten er ikke begrenset av det. Denne fasen starter som regel ved at legen eller sykepleieren markerer et skifte fra pasientens ærend til innsamling av bakgrunnsdata ofte initiert med ”okay”. Trenings-samtalene mellom sykepleierstudent og pasient er en typisk kontekst med et agendabundet format (”comprehensive history taking”). Studentene tar i bruk det jeg kaller negativ formulering som muliggjør og preferer en kort respons: ”den kulturelle bakgrunnen din det er jo norsk? (se eks. 5.10). Samtalens *funksjon* er som nevnt å samle inn generell bakgrunnsdata, og spørsmålene blir brakt på bane uavhengig av problemet pasienten kommer med. Disse samtalene er karakterisert ved en sekvensiell organisering, og med en spesifikk sak i gangen.

En prototypisk ”Diagnostic history taking” er når en pasient søker en lege. Pasientens problem (complaint) avgjør hvilke spørsmål som legen stiller. Spørsmålene har gjerne en karakteristisk *form* ved at de er problemundersøkende og inviterer til lengre responser i samtalens anamnesefase. Samtalens *format* og *funksjon* etableres gjerne i grenseovergangen fra innledning til hovedaktivitet i form av et problemundersøkende dagsordensspørsmål: ”hva kommer du for i dag?” Trenings-samtalene fra medisinerutdanningen er ikke en typisk kontekst med et problemundersøkende format, fordi pasienten ikke har oppsøkt dem med et problem. Studentene stiller allmenne spørsmål som muliggjør en lang respons, og som dessuten er i tråd med et prototypisk format: ”hva kan jeg hjelpe deg med?” (se eks. 5.4).

Stivers & Heritage (2001) peker på hvordan disse ulike formålene/funksjonene med nødvendighet resulterer i ulike spørsmål-svar-format. Innsamling av bakgrunnsinformasjon tilsier at spørsmålene som stilles, er bundet av en agenda. Hvis formålet derimot er å kartlegge et problem, er ikke agendaen like tydelig og spørsmålene vil være av en annen karakter. Agendabundne format inviterer til korte og ikke- problematiserende svar, mens problemundersøkende spørsmål er adskillig mer omfattende og inviterer til lengre responser og utfyllende svar. Jeg skal i fortsettelsen referere til disse to spørsmål-svar-formatene som henholdsvis *agendabundet format* og *problemundersøkende format*.

Kapittel 4

4 Metode

For å studere opplæringen i pasientkommunikasjon ved den utvalgte sykepleier- og medisinerutdanningen har jeg samlet inn lyd- og bildeopptak fra undervisningsopplegg med til sammen ti utvalgte treningssamtaler. Nærmere bestemt treningssamtaler mellom pasienter og sykepleierstudenter og mellom pasienter og medisinerstudenter. I løpet av en periode på tre uker samlet jeg inn materiale fra sykepleiestudentenes sykehuspraksis, og i løpet av to måneder samlet jeg inn materiale fra medisinerstudentenes allmennpraksis mens de var utplassert på legekantor. Jeg har fem videoopptak av treningssamtaler mellom pasient og sykepleierstudent, og fem videoopptak av treningssamtaler mellom pasient og medisinerstudent. Til sammen utgjør dette korpuset tre timer og 18 minutter med lyd- og bildeopptak.

I tillegg til videomaterialet har jeg korte individuelle intervju av pasientene like etter at de var ferdige for å høre om deres opplevelse av samtalen, og av det å bli tatt opp på video. Studentene intervjuet jeg i etterkant for å høre om deres erfaring og tanker rundt denne spesifikke treningssamtalen og tilstedeværelse av kamera, i tillegg til å høre om mer generelle erfaringer som studentene har med pasientkommunikasjon. Videre har jeg tatt utgangspunkt i kommunikasjonstreningens struktur ved å lese måldokumenter, pensumlitteratur, og ved å ha et nært samarbeid med de ansvarlige fagpersonene for opplæringen i pasientkommunikasjon ved de to utdanningsinstitusjonene.

Jeg skal i dette kapitlet gjøre rede for materialinnsamlingen og diskutere metodiske overveielser og problem jeg har stått overfor, og hvordan jeg i samarbeid med de ansvarlige for kommunikasjonstreningen kom frem til hvilken type praksisperiode det kunne være ønskelig og praktisk å hente materiale fra. Deretter vil jeg gjøre rede for hvordan jeg skal bearbeide materialet, særlig med tanke på transkripsjon. Opplæringen i pasientkommunikasjon er organisert på ulike vis ved de to utdanningene. Dette betydde at det måtte tas ulike hensyn med tanke på innsamling av empiri. Jeg skal først beskrive hvordan kommunikasjonstreningen er organisert ved de to utdanningsinstitusjonene som inngår i denne studien. Deretter skal jeg kort presentere hvilke kriterier jeg tok hensyn til i valg av materiale ved henholdsvis sykepleier- og medisinerutdanningen.

4.1 Sykepleierutdanningen

Kommunikasjonsundervisning og -trening i sykepleierutdanningen i Norge er ikke lagt opp likt ved de ulike høyskolene. Det er opp til den enkelte institusjonen å utvikle undervisningsplaner som oppfyller mål formulert i den nasjonale Rammeplan for sykepleierutdanning (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 2000).

I Rammeplanens målformulering for kommunikasjonsundervisningen vektlegges det at studenten gjennom studiet i kommunikasjon og samhandling skal utvikle sine ferdigheter ”i kommunikasjon og samarbeid, evne til lagarbeid både sammen med brukerne og andre yrkesgrupper og tilegne seg kunnskaper om arbeidsformer og andre faggruppers -kompetanse” (op.cit.:21).

I Rammeplanen for sykepleierutdanningen pekes det også på at det i delemnet kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning er sentralt å undervise i følgende tema:

- 1) kommunikasjon mellom yrkesutøver og bruker,
- 2) tverrkulturell kommunikasjon,
- 3) kommunikasjon i smågrupper og organisasjoner,
- 4) oppøving av evne til samarbeid og konfliktløsning (op.cit.).

Kommunikasjonsundervisningen ved sykepleierutdanningen på den utvalgte høyskolen er organisert på en slik måte at det omfatter forelesninger og gruppeøvinger i skolen, med vekt på blant annet sansing og tilegnelse av ferdigheter i aktiv lytting og informasjonsformidling. Fra og med skoleåret 2003-2004 har videobasert samtaletrening med ”simulert” pasient blitt en obligatorisk del av kommunikasjonsundervisningen første studieår. Studentene deles inn i grupper på seks til åtte studenter og gjør et rollespill med utgangspunkt i et case. I etterkant får de tilbakemelding fra medstudenter og faglærer på sine verbale og nonverbale ferdigheter. Intensjonen er å styrke den enkelte student sin bevissthet om egen og andres kommunikative atferd. Til grunn for dette ligger holdningen at kommunikative ferdigheter kan oppøves gjennom trening. Dette var imidlertid ikke satt i system på det tidspunktet jeg samlet inn materiale.

Senere i studieforløpet trener studentene på informasjonsinnhenting, informasjonsformidling og veiledning når de har praksis ved ulike helseinstitusjoner. Denne typen pasientundervisning er integrert som en del av pedagogikkundervisningen. Studentene diskuterer rådgivende og veiledende strategier overfor pasienten, og øver i tredje studieår på å undervise for nye studenter. Studentene har 18 uker sykehuspraksis i sitt andre studieår, og i denne perioden møter studentene pasienter som er akutt/kritisk eller kronisk syke.¹⁴ I løpet av praksisperioden gjennomfører studentene i tillegg til observasjon en rekke sykepleiefaglige oppgaver, deriblant innkomstamtaler.

¹⁴ Disse ukene inkluderer åtte uker praksis på kirurgisk avdeling (inkludert gynekologisk avdeling) og åtte uker på medisinsk avdeling. I tillegg kommer to uker observasjon.

I disse samtalene samler sykepleierstudenten (og sykepleieren) inn basisinformasjon om pasienten før denne skal gjennom en operasjon.

Hvorvidt studenten skal bruke papirkopi av sykepleiejournal eller notere fritt underveis i innkomstsamtalen, slik etablerte sykepleiere gjerne gjør, er opp til den enkelte veileder å avgjøre ute i praksis.¹⁵ Målsettingen er at opplæringen i pasientkommunikasjon ved dette sykepleierstudiet skal foregå i et samspill mellom teoretiske studier og praktiske erfaringer.

4.1.1 Materialinnsamling ved sykepleierutdanningen: metodiske overveielser

Som tidligere nevnt, var opplæringen i pasientkommunikasjon ved den utvalgte sykepleierutdanningen, på det tidspunktet materialinnsamlingen foregikk, organisert på en slik måte at studentene fortrinnsvis fikk teoretisk undervisning som var tilpasset de ulike praksisperiodene. Det vil si at tematikken i kommunikasjonsopplæringen var relatert til hvilke pasientgrupper studentene ville møte i praksis. Kommunikasjon var for øvrig integrert i bl.a. pedagogikk og etikkundervisningen, i tillegg til at det var et eget emne i kommunikasjon og samspill. Utdanningen hadde ikke satt videobasert samtaletrening i system på dette tidspunktet, og studentene hadde liten erfaring med rollespill og videoopptak.

Av hensyn til studentenes manglende erfaring med opptak ble det bestemt i samråd med faglærerne og sykehuspersonell at jeg ikke skulle være tilstede under opptak, og at studentene selv skulle få ansvaret for å filme samtalen mellom seg og pasient. Dette betydde at studentene måtte få opplæring i å betjene kamera, og bli gjort oppmerksom på hvordan de skulle plassere kameralinse og mikrofon. Dette ansvaret viste seg å bli en stressfaktor både for studentene og meg. To opptak ble ødelagt fordi studentene i det ene tilfellet glemte å fjerne linsebeskyttelse og i det andre tilfellet glemte å slå på ”play”- knappen slik at resultatet bare ble stillbilde. Konsekvensen av dette var at jeg fikk mindre datamateriale enn planlagt.

Med bakgrunn i samtaler med de praksisansvarlige ved sykepleierutdanningen og på sykehuset ble det viktig å samle empiri fra situasjoner hvor studentene erfaringsmessig føler seg komfortable, og hvor pasienten har fått tilstrekkelig avstand til sykdommen og bearbeidet den. Dette betydde at jeg for eksempel ikke kunne inkludere kreftpasienter i mitt korpus. Utdanningssiden la også vekt på at forskningsinnsatsen burde gjøres i tilknytning til kontaktsykepleiere som hadde rapportert et godt samarbeid med den sykepleierutdanningen, og som dessuten stilte seg positiv til forskning. På bakgrunn av dette ble vi enige om at jeg skulle konsentrere meg om andreårsstudentenes sykehuspraksis. Videre konkluderte vi med at jeg skulle gjøre opptak studentenes trening på innkomstsamtaler, og i forhold til pasienter som skal gjennomgå enkle inngrep. På den måten kunne jeg forene behovet for å ikke være påtrengende overfor student og pasient i første rekke, samtidig som jeg fikk tilgang til en interessant kommunikativ virksomhet.

¹⁵ Dette er basert på personlig kommentar fra en av de ansvarlige ved studiet.

Det ble satt av et eget opptaksrom på sykehuset hvor kamera var installert i en tre-ukersperiode. Opptakene måtte skje i løpet av disse ukene både av hensyn til romkapasitet, og av hensyn til studentenes arbeidsmengde. Vi vurderte det som mest hensynsfullt å gjøre opptakene midtveis i praksisperioden når studentene var kjent på avdelingen, og før de skulle skrive praksisrapport. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere nok pasienter i løpet av såpass kort tid. Flere av pasientene som ble skrevet inn på de tre postene vi hadde valgt ut, ble av avdelingssykepleierne vurdert som for syke. Et annet problem var at vedkommende ikke hadde nok avstand til sykdommen sin.

I ettertid viste det seg at ikke alle de involverte sykepleierne var komfortable med å ha en forsker til stede, og at en av dem uttrykte dette både til praksisveileder fra høgskolen og til studentene. I et prosjekt som dette skal forsker etablere et godt samarbeid med personer knyttet til to store institusjoner, i tillegg til å bygge en samarbeidsrelasjon med den enkelte student. Min erfaring tilsier at studentene sto overfor et dilemma når de forholdte seg til en veileder fra høgskolen som var veldig positiv til prosjektet og oppmuntret studentene til å delta, samtidig som kontaktsykepleier ved sykehuset ytret skepsis til prosjektet. Det at studentene blir vurdert og fulgt opp av aktører fra to institusjoner samtidig er en problemstilling som forskere på student-pasient-interaksjon med fordel bør ta med i sine metodiske overveielser.

Mitt hovedmål var å samle inn opptak av student-pasient-samtaler, og i forespørsel til sykehuset ba jeg primært om å få gjøre videopptak av disse samtaler. I tillegg ba jeg sykehuset om tilgang til å observere studentenes praksishverdag en uke før materialinnsamlingen (se vedlegg 4). Tanken bak dette var å danne meg et inntrykk av studentenes rutiner. Denne observasjonsuken fikk jeg ikke tilgang til fra sykehusets side. Begrunnelsen på avslaget fra ledelsen var at enkelte av avdelingssykepleierne mente at det å ha studenter ga merarbeid, og at en forsker sitt nærvær ville øke belastningen ytterligere. I etterkant ser jeg at det ville vært en fordel med en observasjonsuke, både for å registrere eventuelle spenninger mellom de to institusjonene, og for å kunne bedre ivareta den enkelte student. Dette kunne først og fremst ha bidratt til å unngå den typen krysspress studentene i prosjektet sto overfor. I tillegg fikk dette konsekvenser for rekrutteringen, i og med at flere av studentene trakk seg fra prosjektet som følge av motstridende holdninger.

4.2 Medisinerutdanningen

På samme måte som ved sykepleierutdanningen i Norge har heller ikke kommunikasjonsundervisningen og -treningen ved medisinerutdanningen vært lik ved de ulike universitetene. Det er opp til det enkelte universitet å uforme både studiehåndbok og undervisningsopplegg¹⁶. Etter innføringen av problembasert læring (PBL) som arbeidsform ved den medisinerutdanningen som inngår i min undersøkelse, er kommunikasjon og

¹⁶ I Norge har man fire medisinske fakulteter. Undervisningen i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter er organisert ulikt. Gude et al. (2003) har sammenlignet hva forskjellene i form, innhold og omfang består i ved disse fire lærestedene.

interaksjon blitt spesielt viktig i læringsprosessen ved studiet (Jacobsen, 1997; Wigen, Holen, & Ellingsen, 2003). En viktig konsekvens av den nye studiemodellen er at studentene skal ha tidlig pasientkontakt og lære seg gode ferdigheter i kommunikasjon. Studiehåndboka for medisinerutdanningen ved det aktuelle universitetet tar utgangspunkt i ni grunnprinsipper for studiet:

- 1) fagintegrasjon, 2) tidlig pasientkontakt, 3) organblokker, dvs. at oppmerksomheten skifter fra et organsystem til et annet, 4) gjentakelse og utvikling, dvs. samme tema behandles på et stadig mer avansert nivå, 5) problembasert læring, 6) vektlegging av atferdsfag, 7) vektlegging av miljømedisin, 8) utplassering i praksis, 9) hovedoppgave.

Av disse grunnprinsippene anses vektlegging av atferdsfag, tidlig pasientkontakt, fagintegrasjon, utplassering i praksis og problembasert læring som de viktigste prinsippene mht. kommunikasjonsundervisning og trening. ”Lege - pasientkurset” er en del av opplæringen i pasientkommunikasjon. Tanken er å oppøve gode samtaletenikker hos studentene gjennom tidlig pasientkontakt. Kurset går over medisinstudiets to første år. Dette kurset er todelt og består av såkalt ”ferdighetslab” og kommunikasjons trening ute i allmennpraksis. På ”ferdighetslab” trener studentene på lege - pasient-samtaler ved bruk av rollespill. I allmennpraksis blir studentene tatt opp på video mens de har samtale trening med pasienter. I tillegg til dette består kommunikasjonsundervisningen på studiet av undervisning i kommunikasjonsteknikker som for eksempel interaktiv trening i utsagnstyper. Pensumet i undervisningen er ikke enkeltstående bøker, men et opplegg utviklet av en psykoterapeut sammen med en professor i allmenntilleggsmedisin. Studentene får innblikk i oppbygging av en allmenntilleggsmedisinsk konsultasjon, og en psykodynamisk tilnærming til pasientkommunikasjon og opplæring i spørsmålsteknikker som har et emosjonelt fokus og et kognitivt fokus. (Se pkt 1.4.2).

Studentene blir for øvrig oppfordret til å vektlegge spørsmål eller utsagnstyper med et *emosjonelt* fokus når de skal opp i eksamen i kommunikasjon på slutten av sitt andre studieår. Denne eksamen er organisert slik at medisinerstudentene snakker med ”simulerte” pasienter – spilt av dramastudenter. Målsettingene med disse bolkene i kommunikasjonsundervisningen er å bidra til at studentene får kjennskap til kommunikasjons- og konsultasjonsteori og -modeller for å kunne bruke dem i samtaler med pasienter både i resten av studietida, ved arbeid i løpet av studietiden og etter endt studie. Studentene skal kunne gjenkjenne mønstre i egen og andres kommunikasjonsstil, og bruke disse ferdighetene bevisst i sin profesjonelle kommunikasjon. Studentene skal for øvrig kunne jobbe med egen kommunikasjon som ledd i et livslangt læringsperspektiv, i og med at kommunikasjonen anses å endre karakter med livserfaringer, fagkompetanseområde og -nivå. Disse målsettingene er ikke eksplisitte i læringsplanen.¹⁷

¹⁷ Dette er basert på uttalelser fra faglig koordinator for kommunikasjons treningen på lege - pasientkurset ved den aktuelle utdanningen.

4.2.1 Materialinnsamling ved medisinerutdanningen: metodiske overveielser

Som tidligere nevnt ble PBL, (problembasert læring) innført i 1994 ved den aktuelle medisinerutdanningen. Innføringen av denne studiemodellen førte til at studentene allerede fra første semester skulle møte pasienter som ledd i kommunikasjonstreningen, og at dette skulle skje i form av videobasert samtaletrening. De to første studieårene inngår i et såkalt lege - pasientkurs hvor studentene tar lyd og bildeopptak av trening på konsultasjoner med reelle pasienter. Dette toårige kurset er en sentral del av studentenes allmennpraksis hvor de blir utplassert på legekontorer i kommunen. De praksisansvarlige legene ved det enkelte legekantoret rekrutterer pasienter som er del av deres pasientgrunnlag som fastleger. Praksisansvarlig lege eller legesekretær ved kantoret retter forespørsel til pasienten om han eller hun vil samtale med medisinerstudent, og dessuten om vedkommende vil bli tatt opp på video. Studentene har ansvaret for å ta seg av videoopptaket mens en av medstudentene snakker med en pasient. I motsetning til sykepleierstudentene har medisinerstudentene mye erfaring med å bli tatt opp på video når de er i halvveis i sitt andre studieår.

I forbindelse med materialinnsamlingen installerte jeg et kamera i tillegg til det interne kameraet for å sikre lyd- og bildekvaliteten. Studentene fikk ansvaret for å betjene dette kameraet også. I samråd med de ansvarlige for kommunikasjonstreningen forut for materialinnsamlingen ble det uttrykt ønske om at jeg skulle rette forskningsinnsatsen mot denne videobaserte samtaletreningen. Først og fremst fordi lege - pasientkurset er et direkte resultat av omleggingen av studiemodell og fordi kurset regnes som krumtappen i den eksplisitte kommunikasjonstreningen. Samtidig understreket de ansvarlige for dette toårige kurset at den videobaserte samtaletreningen var for lite systematisk og for personavhengig. Av den grunn ble det fra utdanningssiden uttrykt ønske om at kurset skulle bli belyst og undersøkt fra et kommunikasjonsfaglig ståsted. I tillegg var det et ønske om at jeg skulle gjøre en komparativ studie mellom studenter som er tidlig i utdanningen, og studenter som er nesten ferdig utdannede leger. De fagansvarlige fortalte at de hadde erfaringer med at åndreårstudenter stilte seg positive til kommunikasjonstrening, men at denne interessen avtok sterkt sent i studieløpet, og at studentenes evne til empati og god kommunikasjon avtok utover i studiet.

Jeg valgte imidlertid å konsentrere meg om den videobaserte samtaletreningen både av metodiske og fagspesifikke årsaker. Opptakssituasjonene er satt i system de to første årene av studiet, og jeg vurderte det derfor både som praktisk og mindre påtrengende overfor student og pasient å be om de ville delta i et forskningsprosjekt på dette tidspunktet. Trenings-samtalene i allmennpraksis er interessante som kommunikative virksomheter fordi studentene skal lære seg å opptre og snakke som leger samtidig som at det er en rekke faktorer som bidrar å gjøre interaksjonen mellom student og pasient annerledes enn lege-pasient-interaksjon (Wynn, 1999). Disse faktorene dreier seg om kompetansenivå, mindre erfaring i å kommunisere med pasient, mindre makt eller autoritet til å stille kvalifiserte

spørsmål eller for den saks skyld gi kvalifiserte svar på pasientinitierte spørsmål. Det innspilte materialet er særlig egnet til å studere rammevekslinger i ulike faser av samtalen.

4.3 Samtalemateriale

Samtalene som utgjør empirien i denne studien, kan betegnes som naturlige og rutiniserte former for praksis, i den forstand at de er en vanlig del av sykepleierstudentenes sykehuspraksis og medisinerstudentenes allmennpraksis. Opptakssituasjonen var som nevnt arrangert ut fra praktiske behov fra min side, så som valg av opptaksrom og opptaksutstyr. Det er likevel viktig å understreke at samtalene ville funnet sted uavhengig av dette forskningsprosjektet, og at jeg derfor fortolker empirien som naturlig forekommende samtaler. I dette ligger det at jeg regner samtalene som en del av hverdagen for sykepleier- og medisinerstudenter.

Jeg har sammenstilt data om materiale og informanter i tabellen på neste side. Samtalebetegnelse som angis er en kode, hvilket anvendes av praktiske årsaker og er en forkortelse av type praksissamtale (studentledet legekonsultasjon (SL) eller studentledet inntakssamtale (SIS)). Samtalene varierer med hensyn til lengde, og i begge korpusene er det en samtale som er betydelig lengre enn de resterende. Gjennomsnittslengden på treningssamtalene fra sykepleierutdanningen er 22 minutter og for treningssamtalene fra medisinerutdanningen 18 minutter. Jeg hadde ingen preferanser når det gjaldt pasientenes medisinske problem, og helsepersonellet vektla at de ville rekruttere pasienter som ikke led av en alvorlig sykdom. Som vist i tabellen er pasientgruppen heterogent sammensatt mht. medisinsk diagnose.

Pasientene som inngår i korpuset fra sykepleierutdanningen, er eldre enn pasientene som inngår i det andre korpuset. Fordelingen med hensyn til kjønn er også tilfeldig. To mannlige og tre kvinnelige studenter deltar fra medisinerutdanningen, mens alle studentene som deltar fra sykepleierutdanningen er kvinner. Når det gjelder pasientene i materialet, er det en mannlig overvekt blant pasientene som snakker med medisinerstudenter: tre mannlige og to kvinnelige pasienter. Pasientgrunlaget i det andre korpuset fordeler seg på to mannlige pasienter og tre kvinnelige pasienter. Jeg har samlet sett for lite empirisk materiale til å ha et alders- eller kjønnsperspektiv i kvantitativ forstand.

Samtale- betegnelse	Varighet	Type	Pasientens medisinske kategori	Medvirkende (posisjon, alder, kjønn)
SL 1	36 min	Simulert legekonsultasjon	Depresjon	Student: mann, 20åra Pasient: mann, 34 år
SL 2	9 min	Simulert legekonsultasjon	Hjerteflimmer	Student: kvinne, 20 åra Pasient: mann, 43 år
SL 3	7 min	Simulert legekonsultasjon	Akutt kneskade	Student: kvinne, 20 åra Pasient: mann, 42 år
SL 4	13 min	Simulert legekonsultasjon	Gravid	Student: mann, 20 åra Pasient: kvinne, 21 år
SL 5	24 min	Simulert legekonsultasjon	Bekhterevs	Student: kvinne, 20 åra Pasient: mann, 43 år
SIS 1	27,5 min	Studentledet innkomtsamtale	Polypper	Student: kvinne, 40 åra Pasient: mann, 78 år
SIS 2	12 min	Studentledet innkomtsamtale	Operasjon i underlivet	Student: kvinne 20 åra Pasient: kvinne, 62 år
SIS 3	48,5 min	Studentledet innkomtsamtale	Operasjons- brokk	Student: kvinne, 20 åra Pasient: kvinne, 73 år
SIS 4	16 min	Studentledet innkomtsamtale	Kul på magen	Student: kvinne, 40 åra Pasient: kvinne, 69 år
SIS 5	5,5 min	Studentledet innkomtsamtale	Galleblære- problem	Student: kvinne, 20 åra Pasient: mann, 75 år

4.3.1 Intervju

Opprinnelig hadde jeg tenkt å foreta gruppeintervju av de to studentgruppene, men etter hvert som jeg gikk dypere i analysene, dukket det opp et behov for å foreta individuelle intervju også av studentene. Til grunn for dette lå et behov for å få tak i den enkelte student sin opplevelse av den spesifikke samtalen. Ut fra en grunnleggende samspillstankegang vil det ikke være tilstrekkelig å ha med den ene parten sin opplevelse av samtalen. Jeg valgte individuelle intervju ut fra et ønske om at studenten skulle kunne prate mer usensurert med hensyn til hvordan kamera påvirket dem. Disse intervjuene ble ikke tatt opp på bånd, men jeg noterte ned svarene underveis.

Intervjuene av pasientene ble foretatt samme dag som de hadde samtalt med studenten. Disse intervjuene var korte, og ble tatt opp på bånd. Også disse intervjuene var sentrert rundt opplevelse av samtalen som sådan, og opplevelsen av kameras tilstedeværelse. Forespørselen om å stille til intervju fikk pasientene samtidig med forespørselen om å bli filmet mens de snakket med studenten (se vedlegg 1, 2).

4.4 Rekruttering av pasienter og studenter

Pasientene som inngår i korpuset fra sykepleierutdanningen, er rekruttert av avdelings-sykepleier ved de to aktuelle kirurgiske postene på sykehuset. Pasientene fikk skriftlig informasjon om prosjektet (se vedlegg 1). Jeg la i dette informasjonsskrivet vekt på å beskrive prosjektet på en nøktern måte, og å understreke at målet ikke var å evaluere den enkeltes kommunikasjonsferdigheter, men å kommentere utdanningsinstitusjonenes opplæring i pasientkommunikasjon. Rekrutteringen av studenter skjedde ved at jeg først knyttet kontakt med en praksisansvarlig lærer ved utdanningen som stilte seg positiv til prosjektet, deretter rettet jeg forespørsel til de studentene vedkommende lærer skulle ha ansvaret for i løpet av den aktuelle sykehuspraksisen (se vedlegg 3). I tillegg rettet jeg forespørsel til det aktuelle legekantoret hvor medisinerstudentene hadde allmennpraksis, og til sykehuset hvor sykepleierstudentene hadde sykehuspraksis (se vedlegg 4, 5).

Rekrutteringen av pasienter og studenter var enklere i relasjon til medisinerutdanningen. Bakgrunnen for det kan være at et legekantore består av færre ledd enn et sykehus, og dermed adskillig mindre byråkrati. Pasientene som inngår i korpuset fra medisinerutdanningen, er rekruttert av allmennpraktiserende lege ved det aktuelle legekantoret, og studentene som inngår i materialet har denne legen som praksisansvarlig lege over en lengre periode. Pasientene fikk på samme måte som pasientene i det andre korpuset skriftlig informasjon om prosjektet (se vedlegg 2).

4.5 Etske dilemmaer med prosjektet

Et grunnleggende premiss i mitt arbeid er at økt bevissthet om både helsepersonellens og pasientens innflytelse og pasientens reelle medvirkning i samtalen, kan hjelpe frem samtalestrukturer som fremmer pasientens medinnflytelse, noe som etterspørres i pasientrettighetsloven (Sosial- og helsedepartementet, 1998a). Dette bringer meg straks over på et av de etske dilemmaene jeg står overfor med dette prosjektet. Prosjektet er knyttet til et uttalt behov i samfunnet hvor ikke minst synet på pasienten som sentral bidragsyter i diagnostisering og behandling har vært viet stor oppmerksomhet. Endringer av pasientlov og helselov er konkrete manifestasjoner av denne utviklingen. Samtidig er dette arbeidet et oppdrag fra utdanningsinstitusjonene hvor det pekes på et behov for *grunnleggende* kunnskap, noe som innebærer at jeg vil presentere fortolkninger av to kommunikative virksomheter i større grad enn normative forslag.

Dess mer et forskningsprosjekt legitimeres ut fra nytteverdi og samfunnsrelevans, dess mer kan prosjektet fortone seg som normativt. Dilemmaet består i at jeg støtter meg på en normativ argumentasjon for å gjøre en deskriptiv analyse. Intensjonen er å utforske hva som *faktisk* skjer i treningssamtalen uten at jeg umiddelbart spør om det er bra eller dårlig. Funnene fra analysene vil i neste omgang bidra til forslag som er empirisk fundert. Regional komité for medisinsk forskningsetikk påpekte i sin vurdering av prosjektet at de fant det: ”noe uklart om dette er en studie med et deskriptivt eller normativt siktemål”. I forhold til dette spesifikke prosjektet, hvor fokus er på opplæring i pasientkommunikasjon, kan det lett virke som om evaluering av den enkelte medisiner- og sykepleierstudents kommunikasjonsferdigheter står i fokus. Det overordnede fokuset er imidlertid å beskrive hvordan samtaledeltakerne veksler mellom ulike situasjonstolkninger og rammer i to kommunikative virksomheter. Ut fra en slik grunnleggende samspillstankegang blir evaluering av den enkelte samtaledeltakeren sine ferdigheter i kommunikasjonen irrelevant. Ikke desto mindre kan man allikevel vurdere verdien av ulike tilnæringsmåter, nærmere bestemt måter å gjennomføre samtalen på.

Det å karakterisere språk og språkbruk er på mange måter et dypt personlig anliggende, særlig når det for pasientenes vedkommende dreier seg om kropp og helse, og det for studentenes del foregår som ledd i deres utøvelse av profesjonen i praksis. Da kan både pasienter og studenter være spesielt sårbare for beskrivelser av deres kommunikasjonspraksiser.

Muntlig kommunikasjon skiller seg fra skriftlig kommunikasjon bl.a. når det gjelder normer vedrørende syntaks og koherens. Med bakgrunn i slike skriftspråksnormer kan transkriberte samtaler fremstå som usammenhengende og lite elegante. I nitidige og detaljerte transkripsjoner som fanger opp pauser, inn og utpust og samtidig snakk, kan talen fremstå som rotete, nølende og lite kompetent. Det er en fare for at samtaledeltakerne kan føle seg latterliggjort gjennom slike presentasjoner. Det eksisterer med andre ord noen etske dilemmaer knyttet til transkripsjon som har å gjøre med grad av autensitet i nedtegnelsen av samtalen.

4.6 Transkripsjon

CA-undersøkelser tar alltid utgangspunkt i lyd- og/eller bildeopptak av samtaler, fra dagliglivet eller profesjonelle sammenhenger. Disse nedtegnes på en slik måte at man systematisk gjengir samtaleforløp, bl.a. ved at man markerer aspekter som pauser, overlappende snakk og trykk.

Samtaleforskeren vil gå veien om en detaljert transkripsjon. Nettopp dette detaljerte arbeidet er nødvendig for å forstå den interaksjonelle dynamikken, og er et verktøy som synliggjør kommunikative sider ved materialet som man gjennom bare å se eller lytte, ville hatt vanskeligheter med å få grep om (ten Have, 1999). Gjennom transkripsjon kan detaljer som man ellers ikke oppfatter som meningsfulle i interaksjonen, vise seg å være ressurser som er sentrale i produksjonen av nettopp denne typen samtale.

Viktige aspekter ved samtaledynamikken som kan komme til syne ved en slik detaljert fremgangsmåte, og som kan være til hjelp i undervisningen, er for eksempel å få et blikk for samtaleforløp eller mønstre for turtaking (Sacks, Schegloff, Jefferson, 1974). En hverdagslig og vanlig måte å forstå samtale på er for eksempel at én person snakker om gangen, at vi tar tur. Samtalestudier viser at turtakingssystemet er mye mer komplisert enn som så, og at samtidig snakk både er vanlig og uproblematisk (Lerner, 2002). Det er imidlertid mange måter å gi og ta tur på, og en sentral del av forskningen på institusjonaliserte samtaler fokuserer på hvordan dette er en ressurs i kommunikasjonen (Drew & Heritage, 1992). Dette gir samtaledeltakerne noen bestemte muligheter og begrensninger mht. hvordan samtalen kan forløpe og ut fra hvilke premisser deltakerne forhandler om troverdighet (Sarangi & Roberts, 1999). Hva kjennetegner interaksjonsmønsteret i disse spesifikke samtaler og i ulike faser av samtalerne?

Kunnskap om samtaleorganisering vil kunne bidra til at studentene har analytiske redskaper som de kan ta i bruk i kommunikasjonsøving som fokuserer på samtalestruktur, forløp og formål. Økt bevissthet om egen innflytelse og pasientens reelle medvirkning i samtalen kan hjelpe frem samtalestrukturer som fremmer pasienters medinnflytelse, noe som etterspørres i pasientrettighetsloven (Sosial- og helsedepartementet, 1998a).

4.6.1 Tekniske overveielser med hensyn til innspilling og transkripsjon

Kvaliteten på videoopptakene og transkripsjonene har viktige implikasjoner for reliabiliteten og validiteten ved CA orientert forskning (Peräkylä, 1997).¹⁸ Kritiske aspekter i denne sammenhengen er lyd-kvaliteten (kvalitet og plassering av mikrofon) og videobilde (kameralinse og plassering av kamera). Dette er viktig for å gjøre materialet tilgjengelig for

¹⁸ Hak (1999) beskriver Peräkylä som en av representantene for det han kaller det metodologiske imperativet hvor bare data tatt opp på bånd er pålitelig data (1999:443).

forskning og for innsyn. Disse henger nøye sammen ved at man må lytte og se nitidig på lyd og bildematerialet, og gjerne gjøre dette i samråd med flere forskere. Det er ganske vanlig at man innenfor denne retningen rådfører seg med kollegaer for å utvikle en relevant transkripsjonsnøkkel (Goodwin & Duranti, 1992; Peräkylä, 1997; Silverman, 1997).

Jeg har transkribert materialet selv for å bli kjent med materialet. I tillegg så jeg det som nødvendig å ansette transkripsjonshjelp som var kompetent og erfaren i transkripsjon, dette med tanke på å etablere interreliabilitet mellom ulike transkriptører (jfr Nettelbladt, 1994).¹⁹ For å validere selve transkripsjonsprosessen, kontrollerte vi transkripsjonen på flere punkter underveis. Det finnes bestemte prosedyrer for å transkribere samtaler, og disse er svært tidkrevende. Jeg er inspirert av en taksonomi for transkripsjon utviklet av Jefferson (1984), men avviker på flere punkter. Pausene får mindre tyngde i denne transkripsjonen enn de gis av Jefferson (1989). Jeg gjør ikke målinger som er mer nøyaktig enn 0,5. Det innebærer at jeg ikke markerer mikropauser på under 0.3 sekund. Årsaken til dette er at pausene ikke ser ut til å være en like stor ressurs i turvekslingen i disse samtaler, enn som for eksempel i en engasjert samtale med frekvent turveksling. Relativt lange pauser i forbindelse med turveksling ser ut til å være karakteriserende for rytmen ved treningssamtalene fra begge utdanningsinstitusjonene. Jeg markerer av denne grunn pauser mellom turer som er i sonen 1.0 sekund eller mer, og pauser som er kortere enn det oppfatter jeg som en del av samtals rytme. Videre legger jeg pausene inn i replikkene, og håndterer dem således som turinterne. Jeg har for øvrig valgt å markere latter med @ og ikke *hh* slik Jefferson (1989) anbefaler, fordi jeg opplever førstnevnte som intuitivt riktigere.

Når det gjelder ortografiske hensyn så jeg det som nødvendig å både ta hensyn til lesbarhet og anonymisering. Flere av deltakerne har en dialekt som er såpass lokal at den kan rokke ved anonymiseringshensynet. Dialekten kan til tider også være vanskelig å forstå. I gjengivelsen av samtaler har jeg derfor brukt en form for standardisert midtnorsk. Det vil si at ord som *jeg, meg deg, seg* gjengis som *a, mæ, dæ* og *sæ*. Jeg har også beholdt endelser som i ordet *veldig* og *hyggelig* og *det* gjengis som *dejt* på tross av at dette alltid avviker fra uttalelsen. Karakteristiske og hyppige brukte ord har jeg valgt å gjengi nært opp til dialekt. Dette gjelder *e* i stedet for *er* og *ij* i stedet for *ikke*. Et hyppig brukt uttrykk i midtnorsk er *sjø*, og dette kan forstås som en forkortelse for *skjønner du*. Jeg har valgt å beholde dette av hensyn til aspekter som dreier seg om skifte fra tørr saklig til en mer uformell tone.

Fordelen med transkripsjonssystemet slik det er utviklet av Jefferson (som er spesielt brukt innenfor CA), er at det er spesielt utviklet med tanke på å fange opp sekvensielle trekk ved samtaler (ten Have, 1999:78). Jeg har følgende transkripsjonsnøkkel:

¹⁹ *Ulrika Nettelbladt (1994) har påpekt viktigheten av dette med tanke på studier av barn med spesifikke språkproblemer. Dette er en annen situasjon enn jeg stod overfor, men er like fullt relevant. Særlig fordi deltakerne i mitt materiale snakket en dialekt som er veldig forskjellig fra min egen.*

Transkripsjonsnøkkel:

[]	indikerer samtidig snakk
² [] ²	ved nærliggende tilfeller av samtidig snakk
@ @	latter
-	taler avbryter seg selv innenfor en tur
=	ikke mellomrom i overgangen fra en taler til neste
ja	indikerer at ordet blir uttalt med trykk
STOR	versaler indikerer at ordet uttales sterkere enn omkringliggende ord
(())	forskerens beskrivelser og kommentarer av konteksten
hh	utpust
.hh	innpust
>ja<	raskere enn omkringliggende snakk
<ja>	langsommere enn omkringliggende snakk
(X)	uforståelig ikke hørbar transkripsjon
(smerter)	usikker transkripsjon
(2)	Tallet i parentes indikerer lengde på pause, innenfor eller mellom ytringer.
(.)	Pause mindre enn 0.5 sekund.
°Ord°	lav stemmestyrke
SL	Forkortelse for studentledet legekonsultasjon
SIS	Forkortelse for studentledet inntakssamtale
Fornavn som starter på S	sykepleierstudent
Fornavn som starter på M	medisinerstudent
Fornavn som starter på P	pasient

Detaljerte transkripsjoner er en viktig del av forskningslitteraturen innenfor CA, og slike transkripsjoner blir ansett som veldig viktig. Transkripsjoner er ikke nøytrale og objektive, men mer tilfeldige og styrt av teori, eksempelvis i nedtegnelsen av prosodi. Det er viktig å understreke at relasjonen mellom data og de valg av innslag man tar med i transkripsjonen, kan variere mye grunnet analytikerens problemstillinger og vanskeligheter med å høre hva som faktisk sies (Ochs, 1979).

Reliabilitet er et praktisk spørsmål, og som etableres ved hjelp av trening, erfaring, vurdering av andre som er kvalifisert i transkripsjon og gjennom stadig sammenligning med originalopptakene (Psathas & Anderson, 1990:97). Men reliabiliteten av transkripsjonene hviler i størst grad på tilgjengeligheten av originalopptakene (ibid).

4.7 Samtalen som kommunikative virksomhetstyper: forventninger og premisser

Jeg har to datakorpus i denne studien, henholdsvis trening på legekonsultasjoner og trening på innkomstsamtaler. Disse samtalene kan beskrives og fortolkes som to ulike kommunikative virksomheter, ved at de er situert i noen praksiser som har foregått over lengre tid. Aktørene nærmer seg av den grunn situasjonen med forventninger til hva som skal skje og kunnskaper om virksomhetens premisser. Jeg skal kort skissere hvilke forventninger og premisser de to ulike kommunikative virksomhetene er omkranset av i utgangspunktet. Dette vil jeg gjøre ved å beskrive hva aktørene konkret er instruert i å gjøre i de to situasjonene, hvilke temaer de skal dekke etc.

4.7.1 Treningssamtaler fra medisinerutdanningen

Praksisansvarlig lege retter forespørsel til en av sine faste pasienter om vedkommende er villig til å stille opp i kommunikasjonstrening med en medisinerstudent. Pasienten blir også spurt om det er greit for han eller henne å bli videofilmet. Som regel skal pasienten snakke med fastlegen etterpå, og hovedhensikten med disse treningssamtalene er ifølge praksisansvarlig lege å lære seg å oppsummere en sykdomshistorie. I de tilfeller hvor pasienten skal snakke med legen i etterkant, oppsummerer studenten i starten av den reelle konsultasjonen. Altså har treningssamtalen konsekvenser utover dette møtet. Dette vektlegges bl.a. fordi det er en sentral del av yrkesutøvelsen for helsepersonell å summere oppover i hierarkiet. Studentene må også trene seg på konsultasjon i forhold til en tidsramme – og de har lært at samtalen ikke bør være lengre enn 20-25 minutter. Studentene har et konsultasjonskart bestående av ni faser eller oppgaver som de skal berøre underveis i samtalen. Samtalens struktur, eller rettere sagt konsultasjonskartet, er presentert som følgende ni faser eller oppgaver: 1) åpning, etablere kontakt, 2) hva er problemet, 3) konsekvenser av problemet, 4) pasientens oppfatning og bekymringer, 5) psyko-sosial kontekst, 6) pasientens forventninger, 7) kroniske sykdommer eller livsproblemer, 8) felles forståelse, 9) avslutning. Disse fasene er snarere punkter på agendaen og ligner bare delvis diskursanalytikerens faseinndeling hvor den enkelte fase kan regnes som en delaktivitet med tilhørende interaksjonelle mønstre (se

pkt 3.2.1). Kartet bidrar til å organisere samtalen tematisk slik at studentene starter med å etablere kontakt med pasienten fortrinnsvis gjennom å stille et såkalt åpent spørsmål i starten. Tanken er at pasienten med sitt svar skal føre samtalen over på de neste punktene i kartet. Studentene blir oppfordret til å være fleksibel med hensyn til rekkefølgen på disse opp-gavene, og vurdere underveis og i relasjon til den enkelte pasient hva slags kronologi som er best egnet. Konsultasjonskartet har som nevnt vært til revidering flere ganger, og faglærerne har ytret ønske om å forbedre kartet eller erstatte det.

4.7.2 Treningssamtaler fra sykepleierutdanningen

Sykepleierstudentene skal i løpet av sin sykehuspraksis ta opp sykepleiejournal med en pasient, det vil si samle inn generell basisinformasjon om pasienten før han eller hun skal inn til operasjon. Studentene har som regel en papirbasert versjon av journalen, og de tar gjerne notater underveis i samtalen av det pasienten sier. Den informasjonen som sykepleieren samler inn er basert på hvilken funksjon sykepleieren har overfor pasienten, noe som bl.a. innebærer å skaffe seg kjennskap til matallergi, toalettrutiner og annen basisinformasjon. For sykepleieren og sykepleierstudenten i dette tilfellet er det relevant å kartlegge kostholds-ønsker og eventuell matallergi hos pasienten, fordi sykepleieren er den som har ansvaret for pasientens måltider. Studentene blir forespeilet at det er viktig å bli kjent med pasienten for å få til en vellykket datainnsamling og for å få til en god treningssamtale. Travelbee (1971) sin foreslåtte fasestruktur som middel for å etablere et godt kommunikasjonsforhold med pasienten gjelder ulike kommunikasjonssituasjoner som helsepersonellet kommer opp i, deriblant innkomstsamtaler og trening på disse.

I en innkomstsamtale skal sykepleieren, eller studenten i dette tilfellet, samle inn sykepleieopplysninger. Disse opplysningene er delt opp i tre ulike bolker, og har å gjøre med pasientens fysiske tilstand, hans eller hennes psykiske tilstand og dessuten samle inn opplysninger om kulturelle, åndelige og sosiale faktorer som måtte spille en rolle i pasientens liv og helse. Innenfor hver av disse tre kategoriene er det en rekke undertemaer som sykepleieren skal ta rede på. Pasientens fysiske tilstand dekker bl.a. områder som respirasjon, sirkulasjon, søvnmønster, ernæring, avføring (eliminering) etc. For å danne seg et bilde av pasientens psykiske tilstand samler sykepleieren inn data om pasientens hukommelse, forståelses- og uttrykksevne, sinnstilstand, evne til mestre påkjenninger, reaksjon på innleggelse og forventninger til sykepleie og medisinsk behandling.

Videre skal sykepleieren samle inn opplysninger om kulturell bakgrunn, livssyn, religion, rutiner, familie, sosialt nettverk, interesser, bolig, økonomi, arbeid etc. I likhet med medisinerstudentene blir også sykepleierstudentene bedt om å være fleksible med hensyn til rekkefølgen på temaene. De blir også oppfordret til å starte med de ”enkleste” spørsmålene, så som kulturell bakgrunn. Flere av studentene sa at spørsmål knyttet til avføring (eliminering) kunne være et ømtålig tema å ta opp. Det kom også frem i intervju med studentene at etablerte sykepleiere gjerne har frigjort seg fra papirversjonen av journalen og

at spørsmålene er integrert i hukommelsen hos den enkelte sykepleier. Det kom for øvrig frem i intervju at ikke alle spørsmålene er relevante å stille enhver pasient.

4.8 Metodekritikk

Som tidligere nevnt, var jeg ikke tilstede når opptakene ble gjort av hensyn til studentene. Dette gjaldt begge studentgruppene. Studentene fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet (se vedlegg 3). I begge sammenhenger vektla jeg at dette ikke var en studie hvor den enkeltes kommunikative ferdigheter skulle evalueres, men hvor tanken var at jeg på bakgrunn av analyser av konkrete samtaler skulle kunne uttale meg om opplegget ved studieprogrammene. Videre ble det vektlagt at all data ville bli anonymisert, og at det var mulig å trekke seg fra prosjektet når som helst. Etter at studentene hadde samtykket, samlet jeg studentene for å sette dem inn i bruken av videokamera og mikrofon. Studentene prøvde ut kameraet, og fikk utdelt hver sin videokassett som jeg hadde merket med koder.

Jeg hadde med andre ord mindre kontroll med det tekniske enn om jeg hadde ordnet med opptakene selv. Dette medførte tap av datamateriale fra både sykepleier- og medisinerutdanningen. En annen konsekvens av at jeg ikke var tilstede og observerte samtalen var at jeg ikke fikk oppleve samtalen mens den faktisk pågikk. Samtalens klima, puls og rytme vil naturlig nok fortone seg litt annerledes for analytikeren når man er tilstede i rommet versus når man ser videopptak i etterkant. I metodelitteraturen er forskers nærvær et tema som er knyttet til 'observers paradox' og hvorvidt forskeren forstyrrer situasjoner i en slik grad at de blir misvisende. I dette ligger tradisjonelle betraktninger om at vi bare kan få tak i autentiske data når vi ikke observerer en interaksjon.

Organiseringen av opptakene slik det ble gjort i denne studien, dreier seg i mindre grad om "observers paradox" og mer om det Sarangi (2004:7) referer til som "participant paradox". Det vil konkret si at det i disse opptakene, som studentene var ansvarlige for selv, oppsto en aktivitet hvor deltakerne kan sies å observere observatøren eller forskeren. Dette kom spesielt frem i treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient i form av metakommentarer og praktisk arrangement, og hvor "spill for kameraet" var en sentral aktivitet i begynnelsen og slutten av samtalene (se kapittel 5 og 6). Sarangi (2002) understreker at deltakere i forskningsprosjekt i mange tilfeller kan være mer opptatt av hvordan de kommer til å bli analysert enn det faktum at de blir tatt opp på video. Studenten i eksemplet under kommenterte da også til meg at hun håpet jeg var fornøyd med samtalen og henne.

Dette bringer meg over på hvilken informasjon jeg ga studentene i forkant av materialinnsamlingen, og da først og fremst sykepleierstudentene. Som nevnt, var ikke videobasert samtaletrening satt i system ved den utvalgte sykepleierutdanningen, og studentene var uerfarne med opptaksutstyr. I etterkant ser jeg at studentene burde fått beskjed på forhånd om at det å kommentere kameraets nærvær ikke ville rokke ved materialets autensitet og at det ville være uproblematisk. Da ville kanskje situasjoner som i eksemplet under vært unngått.

Eksemplet er hentet fra SIS 1

(Sykepleierstudent=Selma, Pasient=Peder)

1. Peder: [ja æ e jo-] æ e jo skilt da
2. Selma: du e skilt ja=
3. Peder: tre barn
4. Selma: (.) mm
5. Peder: (.) o:g barna og- æ bor i Nord-Trøndelag [og]
6. Selma: [.hja]
7. Peder: og barna og eks-kona bor i Sør-Trøndelag ((kremter))
8. Selma: (.) ja æ noterer no det der æ da
9. Peder: ja det- det blir vel makulert igjen det der så
10. Selma: °å ja°
11. Peder: det e [bare øvelse det]
12. Selma: °[XXXX]° ((skriver/leser i skjemaet)) bare øvelse

Eksemplet over viser at Peder er usikker på hvordan den noe personlige informasjonen han bidrar med her skal brukes i etterkant av samtalen, og hvorvidt forskningsmaterialet eller notatene skal makuleres. Selma ser ut til å havne i et dilemma hvor hun skaper forvirring om situasjonen ved at hun ikke er direkte overfor Peder om hva som foregår. Hun skiller ikke eksplisitt mellom makulering av forskningsmateriale versus makulering av informasjon som er medisinsk relevant før en operasjon. I ettertid ser jeg at studentene kunne tjent på at jeg forut for materialinnsamlingen sa ifra om at kommentarer knyttet til kamera og opptakssituasjon av og til kan være helt nødvendig som her, og at slike kommentarer generelt sett ikke rokker ved kvaliteten på materialet.

Kapittel 5

5 Innramming og kontekstualisering i to ulike typer treningssamtaler: analyse

”Det samtalsformat som etableras i innledningen av ett samtal kan tendera att genomsyra hela samtalen” (Persson Thunqvist, 2003:194). Thunqvist (2003) har undersøkt simulerte jobbintervju som var et ledd i et svensk ungdomsprosjekt. Han fant at et fremherskende mønster ved simulerte jobbintervju ” kan betegnes som ett realitetsarbeite där en verklighetsrefererande situation ska åstadkommas: en anställningsintervju”. Dette mønsteret kom til syne ved at deltakerne gikk inn og ut av ulike rammer: jobbintervju og veiledningspraksis (Thunqvist, 2003; Linell & Thunqvist, 2003). Thunqvist (ibid) fant for øvrig også ut at det varierte i hvor stor grad deltakerne holdt seg innenfor rammene av et jobbintervju etter introduksjonsfasen. Han fant for øvrig mye av typen ”merged hybridity” i kjernevirksomheten – det vil si rammer som er innbakt og ”hvilede” i andre rammer. Forhandling om, og manifestering av, ulike rammer skal jeg drøfte i kapittel 7 og 8.

Jeg vil i denne studien konsentrere analysene om tre forskjellige faser – definert med bakgrunn i ulike aktiviteter. Disse fasene er nærmere bestemt innledningsfaser hvor aktiviteten er å etablere en relasjon og en spesifikk virksomhetstype. Deretter kommer avslutningsfaser, hvor aktiviteten er å oppsummere og avvikle en spesifikk virksomhetstype. Dessuten vil jeg fokusere på kjerneaktiviteten, som i dette tilfellet består av å samle inn data om pasienten, og ta rede på en sykdomshistorie. Jeg skal i dette og neste kapittel analysere innlednings- og avslutningsfaser, og fokusere på hvilke innrammingsmarkører og kontekstualiseringer deltakerne tar i bruk når de definerer situasjonen de befinner seg i.

Jeg ønsker å se nærmere på hva som karakteriserer treningssamtalene mellom student og pasient – her med spesielt vekt på:

- Forhandling om kommunikative virksomhetstyper i innledningsfaser

Jeg vil i tillegg konsentrere analysene om initiativ - responsstrukturen i en sekvens av turer som setter scenen for dagsorden. Dette vil jeg gjøre i de tilfeller der et slikt punkt i interaksjonen, iscenesettelse av dagsorden, ser ut til å være sentralt med tanke på forhandlinger om kommunikativ virksomhetstype.

I analysene av dette aspektet ved innledningssekvensene skal jeg undersøke studentenes globale initiativ i overgangen fra innledning til dagsorden, og de påfølgende turene etter dette. Hva

slags type initiativer og responser utgjør innleggene i forhandlingene om virksomhetstype på dette punktet i samtalen? Får pasienten ta initiativ, og får det pasienten sier innledningsvis noen langsiktig effekt eller gjennomslag? I hvilken grad aksepterer initiativtakeren (studenten) responsen fra pasienten som adekvat? Hvem styrer hva i student-pasient interaksjonen?

5.1 Innledningsfaser

Samtaleforskeren ten Have (1989, 2001a) påpeker i sin beskrivelse av faser at innledninger og avslutninger tjener visse hensikter, nemlig å markere møtet som målrettet og med et spesifikt formål. Ifølge Linell (1998) er innlednings- og avslutningsfasene i institusjonelle virksomhetstyper for øvrig karakterisert ved interaksjonelle trekk som småprat og annet uformelt prat. Linell (ibid.) understreker at småprat også kan forekomme i samtals hovedfaser, men at dette varierer i henhold samtals grad av formalitet.

I innledningsfasen søker deltakerne å etablere en felles plattform for hva slags situasjon eller virksomhetstype de deltar i. Disse forhandlingene kommer forut for det som kan regnes som dagsorden "talk as business". Jeg regner innledningsfasen som avsluttet når begge parter foreløpig ser ut til å ha etablert en felles forståelse av hva som er den overordnede virksomhetstypen eller definisjon av situasjonen. De innrammingsmarkørene eller signaler deltakerne kommer med i form av innspill og initiativ *før* dagsorden blir satt, fortolker jeg som forslag til, eller som innspill i forhandlingene om, virksomhetstype. Dette betyr ikke at forhandlingene om hva som er situasjonen (virksomhetstypen) nødvendigvis er avsluttet når dagsorden er satt – men det betyr at slike prosesser er mer relevante og tilgjengelige i en innledende fase enn i en informasjonsinnhentingsfase.

Coupland et al. (1994) har beskrevet et sett av elementer som gjerne er til stede i innledningsfasen av konsultasjoner: 1. Innkallelse: Pasienten blir kalt inn av lege eller sykepleier . 2. Hilsesekvens. 3. Praktisk arrangement: Legen ber pasienten sette seg etc 4: Gjøre-seg- kjent-med-sekvens: Man etablerer en felles forhåndskunnskap om hvem aktørene er for hverandre. 5: Pausesekvens: Legen leser notater eller lignende. 6: Hvordan-har-du-det-sekvens. Potensielt siste element i innledningsfasen.

Coupland et al (1994:99) sier at disse "how are you"-sekvensene (HAY) etablerer muligheten for et skifte i form av ramme, eller et skifte i virksomhetstype. I treningssamtalene mellom medisinerstudent og pasient ser 'hvordan-har-du-det' spørsmål eller lignende, som 'hva kommer du for i dag?', ut til å trigge forhandlinger om virksomhetstyper og rammer.

5.1.1 Innramming av kommunikativ virksomhetstype

Jeg starter med å fortolke forløpet i innlednings- og avslutningsfasen ytring for ytring. Hva er det som gjør at forløpet blir som det blir? På dette trinnet konsentrerer jeg meg om hvilken pragmatisk funksjon hver enkelt ytring kan sies å ha i en sekvens, og hvordan disse kan forstås som forhandlinger om hvilken virksomhetstype samtalen skal være. Det å forhandle om

rammer kan for øvrig gjøres eksplisitt eller implisitt, og jeg skal legge tre typer forhandlinger til grunn: eksplisitte forhandlinger om rammer (1), implisitte forhandlinger som forholder seg til to konkurrerende rammer (2), og forhandlinger av typen: den ene foreslår ramme og den andre godtar rammen (3).

Jeg er ikke så interessert i enkeltytringer i og for seg, men å undersøke hvordan ytringene er situert i en sekvens. Wetherell et al (2001) sier at kjernen i sekvensanalyse er å undersøke “how utterances are designed to tie with, or ‘fit’ to, prior utterances, and how an utterance has significant implications for what kinds of utterances should come next” (ibid 54:2001). Jeg har også som mål å øke validiteten ved at jeg fortolker en sekvens så vidt detaljert, og ved at leserne kan få innblikk i hvordan jeg beskriver de sekvensene jeg legger til grunn for fortolkningen.

Jeg skal i analysene av innledningene og avslutningene fokusere på innramming på et globalt og overordnet nivå, og kontekstualiserings- og innrammingssignaler som lokale elementer i etablering av kommunikativ virksomhetstype (se pkt 3.1) . Hva brukes av eksplisitte og implisitte signaler for å definere situasjonen som ”forskningsmateriale”, ”treningssamtale”, ”konsultasjon”, ”innkomstsamtale”, ”småprat”? . Kontekstualiserings- og innrammingssignal kan være av typen eksplisitte forklaringer og redegjørelser, andre former for metakommentarer, reformuleringer av spørsmålet osv. Jeg vil i tillegg utforske implisitte trekk, slik som stilnivå, institusjonell versus uformell/privat språkbruk, spill for kameraet osv.

I analyse av innledningsfasene i treningssamtalene kommer jeg til å fokusere på innramminger og kontekstualiseringer med tanke på hvordan grensen til hovedaktiviteten markeres, og i forhold til hvordan innledningsspørsmålet formuleres. Her vil jeg legge vekt på: a) plasseringen (tidlig/sent, brått eller gradvis emneskifte), b) åpenheten (agendabundet format, problemundersøkende format), grad av konvensjonalitet. Deretter vil jeg systematisere ulike svar som direkte/foretrukket, nøling, former for oppklaringsspørsmål, reformuleringer av spørsmålet.

5.2 Metoder for å forhandle om virksomhetstype og sette dagsorden: treningssamtaler mellom medisinerstudent og pasient

Et mønster ved innledningsfasene i disse treningssamtalene er at studentene *ikke* rammer inn samtalen innledningsvis. De snakker med andre ord ikke om treningssituasjonen på et metanivå. Dette er viktig å se i sammenheng med at studentene blir spesifikt oppfordret i kommunikasjonsundervisningen til å opptre som fagpersoner og ikke som studenter under avsluttende eksamen i kommunikasjon hvor de har konsultasjon med en simulert pasient.

Det som går igjen i mange av disse innledningene, og som kan være et resultat av manglende innramming fra studentens side, er at pasientene stiller oppklaringsspørsmål. Disse utgjør innskuddsekvenser (side sequences), dvs. at det opprinnelige spørsmålet fremdeles er aktuelt, men at svaret dukker opp i og etter innskuddet (se over). Når oppklaringene er ferdige,

svarer pasientene på studentenes opprinnelige spørsmål (respons); pasientene tar i de fleste tilfellene ikke et selvstendig initiativ.

“ Eksempel 5. 1 (SL 3) ”hva er det som bringer deg hit i dag?”
(Medisinerstudent = Mette, Pasient = Patrick).

Eksemplet som følger skiller seg fra introduksjonene i de andre treningsamtalene fra dette korpuset ved at det ikke er noen eksplisitte situasjonsdefinitorske innspill og initiativer i innledningen. Forhandlingene om ramme for virksomhetstypen er implisitte i den forstand at studenten foreslår ramme og at pasienten aksepterer denne. Begge opptrer som om at det skulle være en reell konsultasjon. ”

((Mette møter Patrick i døra, håndhilser))

1. Mette: (æ hete Berntsen) [hei]
2. Patrick: [(Lebier)]
3. Mette: bare ²[sitt ned]²
4. Patrick: ²[ja takk]²
5. (4s)
6. Patrick: hja
7. Mette: ja, . hva er det som bringer deg hit i dag?
8. Patrick: ja eh jeg jobber som elektriker på ehm m- mose(berget)
9. Mette: mm
10. Patrick:og så på fredagen eh jeg skulle gå ned på kjelleren,
11. også jeg plutselig falt ned hele trappa
12. Mette: mm=
13. Patrick:trappen var veldig smal(.) og så jeg h- jeg har så vondt
14. på (.) (aken)hva kaller det på norsk?
15. ((peker på kneet))
16. Mette: kneet
17. Patrick:kneet=

Innledningen foregår i ritualiserte former ved at Patrick og Mette hilser på hverandre (linje 1, 2), Mette ber så Patrick om å sette seg (linje 3), Patrick takker (linje 4), hvorpå det oppstår en pause på fire sekunder (linje 5). Denne sekvensen er i tråd med mønstre for reelle konsultasjoner (Coupland et al, 1994). Mette skifter for øvrig fra å snakke dialekt i linje 1 til å snakke mer bokmålspreget i linje 4. Dette tolker jeg som en tilrettelegging overfor Patrick som kan være svak i norsk. Etter denne innledningen stiller Mette et allment spørsmål: ”hva er det som bringer deg hit i dag?” (linje 7). Spørsmålet presupponerer at Patrick har et konkret helsemessig ærend som han vil fortelle Mette om, og som hun kan hjelpe ham med. Dette er også i samsvar med virksomhetstypen legekonsultasjon.

Patrick godtar denne virksomhetstypen uten videre forhandling og starter med å forklare forløpet til skaden. Med dette har både student og pasient etablert en felles forståelse av hva som er situasjonen ved at begge parter er orientert mot dagsorden, som i dette tilfellet er en akutt kneskade. Begge opptrer som om dette er på alvor og ikke noe rollespill. Dette tror jeg delvis skyldes at Patrick, til forskjell fra de andre pasientene i dette korpuset, ikke

har noen diagnose på forhånd. Kneskaden er akutt, og Mette er i posisjon til å foreta en faktisk datainnsamling som hun kan rapportere videre til den ordentlige legen (se sykepleierstudentenes introduksjon). Dermed får hun en annen form for legitimert status enn hva de øvrige medisinerstudentene får. Patricks konkrete medisinske problem resulterer i at samtalen består av saksrelaterte kommentarer, som inngår naturlig i legekonsultasjonen ved for eksempel akuttbesøk. Samtalen fortøner seg som en reell konsultasjon helt fram til den fysiske undersøkelse i hovedaktiviteten (se eks 7.3). I denne fasen av kjernevirksomheten kommer samtalsens hybride karakter til syne.

“ Eksempel 5.2 (SL 4) ”kan du fortelle littegrann om graviditeten din”
(Medisinerstudent = Markus, Pasient = Petra).

Dette eksemplet illustrerer hvordan studentens innledende spørsmål resulterer i en avstikker fra hovedtema. Spørsmålet Markus stiller (linje 5) er omfattende, og Petra søker i denne innskuddssekvensen (jfr Svennevig, 1999) å avklare hva som er relevant å snakke om ved å få informasjon om hva slags bakgrunnskunnskap Markus har. ”

((Markus og Petra kommer inn))

1. Markus: det er Håkon som skal filme da
2. Petra: (.) °greit° @
3. Markus: sett deg her du
4. (5s) ((setter seg))
5. Markus: ja. (.) kan du fortelle litegrann om (0.5) graviditeten din?
6. Petra: åj @@@
7. Markus: ja det er jo bare en vanlig kontroll ikke sant men
8. Petra: ja
9. Markus: må ha litt rundt det og sånn først
10. Petra: ja:: æ vet ikkje hva du vet om mæ
11. Markus:nei jeg vet [ingenting så]
12. Petra: [ingenting @] nei okei da e æ (som du skjønner)tjue
13. Petra åtte uker på vei

Den innledende metakommentaren kan forstås som en måte å ufarliggjøre situasjonen på (linje 1). Markus får bekreftelse på dette fra Petra (”greit”) og en liten latter (linje 2). Markus tar seg av det praktiske arrangementet, og ber Petra sette seg (linje 3). Mens begge setter seg oppstår det en pause på fem sekunder (linje 4). Disse trinnene er som tidligere nevnt vanlige i legekonsultasjoner (Coupland et al., 1994). Etter at de har satt seg ned, ber Markus Petra om å fortelle litt om graviditeten sin (linje 5). Spørsmålet forholder seg ikke til at dette er en kontroll i en rekke av kontroller, og er av en allmenn karakter. Et konvensjonelt innlednings-spørsmål vil sannsynligvis være mer spesifikt rettet mot hvor i graviditeten kvinnen er, og hvordan svangerskapet påvirker den gravide i hverdagen. Markus stiller et omfattende spørsmål som omfatter graviditeten som helhet og ikke som et besøk i en serie av kontroller. Et slikt spørsmål ville imidlertid vært mulig dersom legen var ny for pasienten.

Petras respons tyder på at hun ikke forventet dette spørsmålet når hun sier ”åj” og ler (linje 6). Petras ”åj” tolker jeg som en metakommentar til spørsmålet, og et uttrykk for overraskelse. Kommentaren innleder også en sidesekvens i forhold til å avklare hva som er relevant å snakke om. Markus begrunner spørsmålet med å si at det bare er en vanlig kontroll hun skal på, og han plasserer samtalen innafor en konsultasjonsramme (linje 7). Deretter presiserer Markus at virksomhetstypen er generell informasjonsinnhenting forut før selve kontrollen. Han viser med andre ord til at denne samtalen blir etterfulgt av en viktigere samtale.

Studenten oppfordrer pasienten til å fortelle fordi han trenger informasjon (linje 7,9). Pasienten stiller et oppklaringsspørsmål, og etterlyser hva Markus vet om henne (linje 10). Dette spørsmålet kan ses som et bidrag i forhandlingene om ramme for virksomhetstypen - hva er det som foregår her? Og hvem er vi for hverandre? Spørsmålet kan også fortolkes som en avklaring av hvorvidt partene skal opptre som om dette er et gjenbesøk eller som et førstegangsbesøk. Spørsmålet ville da også vært forenlig med en vanlig kontroll dersom pasienten har truffet en ny lege, og dette kan sies å være et førstegangsbesøk.

Markus svarer at han ikke vet noe om henne, og går med på å avklare situasjonen (linje 11). I en vanlig konsultasjon, enten det hadde vært et førstegangsbesøk eller et gjenbesøk, ville legen hatt en eller annen form for kunnskap om pasienten. Markus innrømmer sin manglende kompetanse og kjennskap til pasienten. Petra orienterer seg igjen mot den foreslåtte virksomhetstypen (”okei da”), og innleder med å fortelle om graviditeten sin (linje 12). Dermed har begge parter forhandlet seg frem til en felles forståelse av virksomhetstypen som intervju om hennes graviditet, og innledningssekvensen er avsluttet.

I eksemplet ser Markus ut til å styre samtalen med sine initiativ frem til faseskiftet (linje 5). Petra ser derimot ut til å drive frem etableringen av ramme for dagsorden med et flertydig initiativ. Hun initierer en kort avklarende sidesekvens (linje 6, 10), for deretter å vende tilbake til Markus’ opprinnelige initiativ (linje 12).

Markus informerer om opptakssituasjonen og ber Petra sette seg – begge deler er innspill som skaper progresjon. Det spørsmålet som kan tolkes som innledningen til konsultasjonen setter situasjonen på spissen: Hva slags virksomhet er det snakk om her? Petra initierer neste fase, men innleder emnet på invitasjon fra Markus. Det vil si at de interaksjonelt deler på initiativet, og at dagsorden settes i form av en samproduksjon.

“ Eksempel 5.3 (SL 2) ”Hva kommer du for i dag?”
(Medisinerstudent = Malin, Pasient = Per)

I eksempelet under oppstår det en sidesekvens etter at studenten har stilt et allment spørsmål. Dette resulterer i at pasienten stiller et oppklaringsspørsmål hvor han ber om bakgrunnsinformasjon. I denne samtalen er forhandlingene om situasjon og ramme eksplisitte.”

1. Per: Per(Olsen)glede mæ ((begge setter seg))
 2. Malin : ((kremt)) em hvis du kunne begynne å skrive under på en sånn
 3. samtykkeerklæring på at det er greit at vi intervjuer deg
 4. [og filmer deg] =
 5. Per: [ja:]
 6. Malin: og sånt ((gir Per papirene)) ...
 7. Per: de:t kan æ [gjøre] ((skriver))
 8. Malin: [((kremt))]
 9. (11s)
 10. Per: nittende?
 11. Malin : °ja°(0.5) °(ja)?° ((ser på armbandsuret)) °ja°
 12. Per: der
 13. Malin: °sånn°
 14. Per: .hja
 15. Malin: °ja.(.)hva kommer du for i dag?°
 16. Per: e::h tenker på- æ kjæm i fra jobben, e:::h hvis det var det du
 17. lurte [på?]
 18. Malin: [ja]nei æ mente hvorfor du kom i dag @@@[@@@]
 19. Per: [å hvorfor æ]
 20. kom ja (akku) okei. e:h m:: eh æ har problemer med
 21. hjerteflimmer
 22. ((Malin nikker))
 23. Per: og e::h e::h og det e et flimmer da som e kontinuerlig, e:::h
 24. ja. som æ da ønske å få gjort noe med(.)he:h s-
 25. (0.5)altså s- >kan æ få lov te å bare spør om noe innimellom
 26. her?<
 27. Malin: ja selvfølgelig
 28. Per: ja altså e det- e det den sykdommen direkte eller koffør æ e
 29. her i dag sånn at æ e her for å få målt INR eller e det-
 30. Malin: ja det e begge deler [@@@]
 31. Per: [begge deler.] ja. e:h nei historia e jo
 32. den at æ har flimmer da og ska inn te sånn ablasjon i: Bergen.
 33. i januar. e:h og i den forbindelse så må æ gå på marevan e::h
 34. stabil i fem uker før selve inngrepet i Bergen,
 35. Malin: mm

Per og Malin håndhilser, og Per presenterer seg med navn (linje 1). Deretter informerer Malin om at dette er en intervju- og opptakssituasjon når hun ber Per om underskrift på samtykkeerklæring (linje 2,3,4,6). Dermed rammer hun inn situasjonen som en formell opptaks- og intervjusituasjon. Hun tar imidlertid ikke opp andre relevante dimensjoner i denne samtalen (som kan regnes som en hybrid virksomhet), og sier ingenting om trening, eller konsultasjon. Per bekrefter denne delen av situasjonen eksplisitt 'det kan æ gjøre' (linje 7). Mens Per leser notatet, oppstår en lengre pause (linje 9). Slike pauser er gjerne med som et element i innledningsfasen av konsultasjoner, og opptrer som regel rett før dagsorden blir satt i form av et "hvordan-har-du-det-spørsmål" eller som her: "Hva kommer du for i dag?" (linje 15) (jfr. Coupland et al, 1994).

Malin stiller et allment spørsmål som presupponerer at Per skal fortelle sin sykdomshistorie til studenten, og at dagsorden er satt (linje 15). Spørsmålet er av typen problemundersøkende, og tilsier at Per formulerer sitt ærend med referanse til et "problem" (Stivers & Heritage,

2001). Gjennom dette rammer Malin inn virksomheten som informasjonsinnhenting eller retttere sagt intervju. Pers respons på spørsmålet blir levert i et klart dispreferert format, og med mange avbrudd og nøling. Dette kan tyde på at han ikke forventet denne virksomhetstypen, eller at han misforstår den i retning virksomheten småprat (linje 16, 17). Responsen kan også tolkes dit hen at Per ikke hører eksakt hva Malin sier. Malin markerer eksplisitt at Pers respons ikke var forventet, og ler (linje 18). Malins latter tolker jeg som en måte å tone ned en potensielt ansiktstruende ytring, og ivareta begges ansikt.

Per nøler og sier: ”okei æ har problemer med hjerteflimmer” og fortsetter nølende med å svare på spørsmålet (linje 20, 21). Dette ”okei” signaliserer en viss aksept av rammen som Malin lanserte i linje 15. Han avbryter seg selv og etterlyser en spesifisering av hva som målet med samtalen: Enten å få snakke om sykdommen eller om hans konkrete ærend i dag med å måle INR (linje 23-26). Per spør altså Malin om hva som er relevant å snakke om – underforstått hva som er virksomhetstypen. Dette kan også tolkes som at Per er usikker på Malins kompetansenivå, og hvorvidt måling av INR og/eller det å fortelle sykdomshistorien skal delegeres til et annet møte. Per har med andre ord ennå ikke akseptert rammen treningskonsultasjon eller treningssamtale. Dette oppklaringsspørsmålet er å regne som en innledningsvis digresjon eller innskudd fra Per (linje 25, 26) og markerer en sidesekvens i den pågående hovedaktiviteten (linje 28,29, jfr Svennevig, 1999).

Malin avbryter Per med å si lattermildt ”ja det e begge deler” – både måle INR og fortelle om sykdommen, men er ikke eksplisitt på hva som skje akkurat nå (linje 30). Per bekrefter denne andre virksomhetstypen ved å gjenta studentens ord ”begge deler”, og gjenopptar hovedprosjektet med ”historia e jo den”(jfr. Svennevig, 2001), fulgt av diskursmarkøren ’nei’ (linje 31) Det at han gjentar Malins ord indikerer en aksept og forståelse av at dette er en slags konsultasjon. Han bryter med dette ut av forhandlinga om hva som skal foregå forut for legekonsultasjonen, og sidesekvensen er avsluttet. Per får aksept fra Malin i forhold til at dette er et intervju om en sykdomshistorie (linje 35). Dermed er begge rettet inn mot en felles dagsorden.

Malin innleder dagsorden eller complaintfasen (ten Have, 2001) med følgende replikk i linje 15: ”ja hva kommer du for i dag?” Denne replikken kan karakteriseres som et globalt og sterkt initiativ som både innleder et nytt tema og en ny fase, og som krever respons fra den andre parten – dvs. pasienten. Per svarer på spørsmålet, og spør deretter om svaret er adekvat (linje 16,17). Malin evaluerer svaret som ikke adekvat og kommer med et reformulert initiativ (linje 18).

Ærendespørsmålet som Malin stiller er for øvrig en type konvensjonelt spørsmål som gjerne ikke opptrer under et første møte mellom helsepersonell og pasient, men som ofte forutsetter at pasienten og helsepersonellet har møtt hverandre før (jfr. Ruusuvaori, 2000). Malin har ikke møtt Per tidligere, og dette ser ut til å være et inneforstått spørsmål som skaper forvirring hos Per. Det er også et brått skifte fra informasjon om samtykkeerklæring til dagsorden, hvor Malin ikke forbereder situasjonen. Per kommer med initiativ og innlegg for å få avklart hva som er situasjonen. Han ber sågar om lov til å stille et avklarende

spørsmål (linje 25). Det er Per som driver disse forhandlingene fremover. Per bestemmer ikke hva de skal snakke om, men spør Malin om hva han skal snakke om. Når dette er avklart i innledningen, vender Per seg mot Malins foreslåtte dagsorden.

“Eksempel 5.4 (SL 1) ” Hva kan jeg hjelpe deg med?”
(Medisinerstudent = Morten, Pasient = Petter).

I eksempelet under er det også studentens innledende dagsordenspørsmål som trigger et behov for oppklaring fra pasientens side. Men i motsetning til forrige eksempel er dette oppklaringsspørsmålet ikke som en sidesekvens å regne. Pasientens oppklaringspørsmål er av typen selvstendig initiativ, og yter motstand mot den rammen som studenten lanserer innledningsvis. Forhandlingene underveis ser ut til å bære preg av at student og pasient forholder seg til to konkurrerende rammer. ”

((Morten er i rommet, Petter kommer inn))

1. Morten: goddag Morten(Sætre)
2. Petter: (Petter Moen)=
3. Morten: ja. (.) sett deg her,=
4. Petter: ja °bare hive av meg jakka først°=
5. Morten: ja så- (.) mm,
6. Petter: (0.5) °takk skal du ha° ((Petter setter seg, så Morten))
7. Morten: (0.5) ja. (.) hva kan jeg hjelpe deg med?
8. Petter: (.) ja det var det (.) jeg har- (0.5) hva skal jeg begynne på(.)
9. ehm::(0.5) nå ble jeg litt nølende sjøl @@[@ over de:t @]
10. Morten: [@@]
11. Petter: det spørsmålet hadde ikke jeg venta meg men eh (.) det e jo på
12. grunn av at det har gått veldig fram og tilbake da
13. Morten: mm
14. Petter: så m::::: jo.(0.5) du har jo lest en del av (.) det som jeg
15. har plager med da
16. Morten:(.) jeg har dessverre ikke sett noe av det ennå @=
17. Petter: @ ne:i @ men okei da kan jeg- (0.5) ja. °da kan jeg vel kanskje
18. begynne med°
19. (5s)
20. Petter: kan jo lage ei lita dikt- oppdikterhistorie sant [@@]
21. Morten: [mm]
22. Petter: @ jeg trur vi gjør det sånn @
23. Morten: mm=
24. Petter: m: (.) men hvordan i alle dager jeg skal få til det [@:]
25. Morten: [kan
26. eve]ntuelt
27. starte med begynnelsen hvis du vet sånn cirka-
28. Petter: ja vi kan jo si det at ²[eh]²
29. Morten: ²[hva-]² hva er det som plager deg?
30. °kan vi jo eventuelt ta først°
31. Petter: jo jeg e veldig plaga med depresjoner
32. Morten: mm
33. Petter: veldig sånn opp og ned i: (.) dagliglivet, veldig sånn eh- (.)
34. ja det skifter ifra- (.) ifra::: topp til bunn (.) i løpet av

35. veldig kort tid, (.) og da er det veldig sånn eh- ja jeg vet
36. ikke hva som gjør det
37. Morten: nei

Morten befinner seg på legekantoret og Petter kommer inn. Innledningens sekvensielle organisering består av en hilsesekvens (linje 1-2) og praktisk arrangement (linje 3-6). Deretter stiller Morten et allment spørsmål: ”hva kan jeg hjelpe deg med?” (linje 7). Denne innledningen er i tråd med ritualiserte mønstre for reelle konsultasjoner (jfr Coupland et al., 1994). Det spørsmålet Morten velger å stille som åpnings spørsmål, presupponerer at han kan hjelpe pasienten.

Det er åpent i sin form, og samsvarer dermed med idealene i en pasientsentrert tilnærming (Byrne & Long, 1976).²⁰ Gjennom spørsmålet rammer Morten inn virksomheten som en ”autentisk” konsultasjon. Et allment spørsmål av denne typen er relevant i en autentisk konsultasjon, men kan tolkes på ulike vis i simulerte konsultasjoner. Spørsmålet impliserer at pasienten vil være med på at man virkelig simulerer en konsultasjon hvor han forteller om sine reelle og psykososiale problem; studenten uttrykker seg som han har legitimert status og kan hjelpe pasienten.

Gafararanga & Britten (2005) fant for øvrig i sin studie av åpningssekvenser i konsultasjoner at legenes innledningsspørsmål var ulike variasjoner av ”hvordan har du det?” og: ”Hva kan jeg hjelpe deg med?” De fant at førstnevnte gjerne ble brukt i forbindelse med en oppfølgingskonsultasjon, og at sistnevnte snarere ble brukt ved et førstegangsbesøk.

Petters respons kan tyde på at han ikke hadde forventet denne virksomhetstypen, eller for den saks skyld ikke er komfortabel med den (linje 8-9, 11-12). Dette baserer jeg på at Petter nøler, avbryter seg selv, ler, omformulerer og kommenterer Mortens spørsmål på metanivå. Petter kartlegger situasjonen ytterligere, og gjør et forsøk på å utforske situasjonen ved spørre om Morten har lest journalen (linje 14-15). Petter vil med andre ord få klarhet i Mortens eventuelle forhåndskunnskap om hans medisinske problemer. Morten svarer med en ren respons: ”har dessverre ikke sett noe av det ennå”, noe jeg tolker som en måte å avslutte et litt ubehagelig tema på (linje 16). Petter kommer med en lattermild respons hvor han begynner med noe som kan se ut som en begynnelse på det spørsmålet som ble stilt innledningsvis (linje 17, 18). Etter dette kommer en lang pause på 5 sekunder (linje 19). Dette oppfatter jeg som et ukomfortabelt øyeblikk i samtalen. Petter kommenterer igjen på metanivå hvordan han skal opptre i interaksjonen: ”kan jo lage ei lita dikt- oppdikterhistorie” (linje 20). Dette tolker jeg som innrammingsmarkør til en ny virksomhetstype, nemlig rollespill.

²⁰ Johanna Ruusuvaori (2000) har studert konsultasjoner i finsk primær helsetjeneste. Hun fant at legers åpnings spørsmål, dvs om et spørsmål er lukket eller åpent i sin grammatiske form, ikke begrenset pasientens svar i noen særlig grad. Pasientene var orientert mot den overordnede strukturen ved konsultasjonen på en slik måte at det overgikk deres orientering mot spørsmålets form. Ruusuvaori argumenterer på bakgrunn av dette for at leger skal kunne stille spesifikke ærendes spørsmål.

Petter kommer med en konstaterende metakommentar som er et forslag til problemløsning i form av rollespill, der begge parter spiller roller: ”tror vi gjør det sånn” (linje 22). Pasienten tar situasjonen som rollespill, treningskonsultasjon og får Morten delvis med på dette.

Underveis responderer Morten med to miniresponser: ”mm” (linje 21, 23). Petter nøler, og i stedet for å spille rollen kommer han med en ny metakommentar som er et spørsmål til seg selv om hvordan han skal få til rollespillet (linje 24). Petter ser med sine nølinger, avbrytelser og metakommentarer, ikke ut til å vite hvordan han skal få satt i gang virksomheten rollespill (linje 17, 18, 20, 22, 24). Dette kan også være et uttrykk for at situasjonen er vag, og at Petter ikke tar den seriøst (linje 24). Morten holder fast ved den virksomheten han foreslo innledningsvis, og reformulerer sitt innledende spørsmål: ”kan jo eventuelt starte med begynnelsen” (linje 25), og presenterer et handlingsforslag som er i tråd med konsultasjonen (linje 27). Morten kommer med to forsøk for å få i gang Petter (linje 25, 26), og det første lykkes ikke.

Petter holder på sin side fast ved sitt rollespillscript når han snakker på vegne av et ”vi” og ikke et ”jeg” og kommer med følgende metakommentar: ”ja vi kan jo si at eh” (linje 28). Gjennom Mortens reformulering av innledningsspørsmål og pasientens ’vi-konstruksjon’ av et rollespill: ”trur vi gjør det sånn”- ”ja vi kan jo si at”, holder de simultant fast på sine respektive virksomheter (og nærmest ignorerer den andre sitt forslag). Ingen av virksomhetstypene får foreløpig gjennomslag. Det skjer et vendepunkt i det Morten faktisk avbryter Petter og stiller det helt konkrete spørsmålet: ”Hva er det som plager deg?” (linje 29). Her stiller Morten et spørsmål som er kompatibelt med en virksomhetstype som pasienten kan forholde seg til (linje 31). Dette er et spørsmål som er i tråd med intervjuet som virksomhetstype. Begge disse spørsmålene (linje 7, 29) som Morten velger å stille, legger opp til et problemundersøkende format, i den forstand at pasienten blir oppfordret til å utdype problemsymptomer. Stivers & Heritage (2001) referer til en slik mal for konsultasjonen som ”diagnostic history taking”.

Jeg tolker for øvrig spørsmålet i linje 29 som et skifte av posisjon (footing) fra å opptre som en som kan hjelpe og har profesjonelle rettigheter, til å opptre som en som vil høre en sykdomshistorie for å lære noe. Med dette spørsmålet referer Morten også tilbake til pasienten som introduserte ”plager” i linje 15. Studentens tilleggskommentar ”kan vi jo eventuelt ta først” fortøner seg imidlertid som en kunstig kommentar og et uttrykk for at Morten delvis er med på Petters rollespillscript (linje 30). I den siste spørsmål-svar- sekvensen møtes student og pasient i sin fortolkning av situasjonen ved at pasienten kommer med et preferert svar, og bryter ut av rollespillet. Dermed er forhandlingene om virksomhetstype foreløpig avsluttet.

Morten innleder dagsorden med et globalt initiativ i linje 7 ”hva kan jeg hjelpe deg med?” Petter responderer ikke med å svare på spørsmålet, men med å kommentere dette på metaplan. På denne måten utfordrer Petter relevansen av initiativet ved å etterspørre hva slags respons som er relevant å gi. Petters replikk peker bakover i forløpet ved å kommentere Mortens initiativ, og peker fremover ved å innlede et nytt deltema. Morten håndterer svaret med en usikker latter, noe jeg tolker som at han mister styringa ved at han ikke vet hva han skal svare (linje 10 og 13). Petter tar initiativene (linje 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 22) og Morten kommer ikke med noen initiativ (linje 10, 13, 16, 19, 21), og signaliserer verken om svaret fra Petter er adekvat eller ikke adekvat. Petter leder samtalen frem til neste globale initiativ fra Morten (linje 29).

Dette er en lang forhandling som varer i ca. 1 minutt og 15 sekunder. Petter søker med sine initiativ å avklare hva som er situasjonen. Han kommer med en rekke metakommentarer til aspekter ved situasjonen, så som å reflektere høyt over hva han skal svare på Mortens innledende spørsmål, og å undre seg over hvor mye Morten vet om hans sykdomshistorie. Alle metakommentarene dreier seg om hva som er situasjonen og hvem deltakerne er for hverandre.

Det er disse initiativene og innleggene i forhandlingene om virksomhetstype som skaper progresjon. Studenten kommer med et reformulert initiativ for å få i gang hovedaktiviteten. Dette gjør han ved å stille et konkret spørsmål som Petter svarer på. Begge tar initiativ underveis, men Morten tar ikke ledelsen når Petter ikke vet hvordan han skal forholde seg. Dermed blir det Petter som forsøker å foreslå en tolkning av situasjonen. Morten aksepterer denne (tilsynelatende), men kommer med nye initiativ som setter Petter på det opprinnelige sporet. Dette spørsmålet (linje 29) er uttrykk for samtaleledelse fra Mortens side, og er dessuten et resultat av de forhandlingene som fant sted i interaksjonen. Morten gir ingen ekspanderende responser, men snarere minimale responser, når Petter befinner seg utenfor konsultasjonsrammen.

“ Eksempel 5.5 (SL 5) ”Hva kommer du for i dag da?”
(Medisinerstudent = May, Pasient = Paul).

Også i neste eksempel stiller pasienten et oppklarings spørsmål som respons på studentens innledende spørsmål. Denne innledningen skiller seg fra de andre ved at pasienten kommer med en rekke selvstendige initiativ og gjør eksplisitt motstand mot den rammen som studenten lanserer innledningsvis i form av et spørsmål. Denne forhandlingssekvensen er av en mer global karakter enn de resterende innledningene, og kan ikke karakteriseres som en sidesekvens. ”

((May og Paul står i rommet))

1. May: bare sett deg ned
2. (4s) ((Paul tar av seg jakken, begge setter seg))
3. May: mange kameraer her i dag var det @@
4. Paul: ja ja e det veldig mange [eller?]
5. May: [@ ja @] to ²[stykker]²
6. Paul: ²[noen]² æ ikke ser[@@]
7. May: [@nei@]
8. @@ det tror jeg ikke
9. Paul: nei
10. May: da vet ikke jeg om det heller i hvert fall
11. Paul: .hnei
12. May: ja hva (.) kommer du for i dag da?
13. Paul: for å snakke med dæ=
14. May: ja @@ det er jo bra men
15. Paul: @[@@]
16. May: [@@] hva har du å fortelle meg da?

17. Paul: nja det kommer litt an på ka du vil vite da, æ::m (0.5) det e
 18. li- litt opp te dæ det e en litt tricky situasjon for dæ det
 19. her vet du
 20. May: okei
 21. Paul: det e kommunikasjonstrening for [dæ]
 22. May: [@@]@ ja. men h- [har du]
 23 Paul: [lure du] på
 24. ka som plage mæ og sånne ting så kan æ si litt kort om
 25. det, (0.5)
 26. May: [°ja°] ((nikker))
 27. Paul: [æ:] har Bekhterev hatt i mange år. [0.5]

May åpner med å be Paul sette seg (linje 1). Det oppstår en pause på 4 sekunder mens begge setter seg (linje 2). Deretter kommenterer May opptakssituasjonen (linje 3). Slike kommentarer om det fysiske miljøet er gjerne med som et konvensjonelt element i en innledningsfase og oppvarming, og kan erstatte en hilsesekvens (Coupland et al., 1994). Dette kan også regnes som utslag av typen "local sensitivity" som gjerne opptrer hyppigere helt i begynnelsen og slutten av institusjonelle samtaler (Linell, 1998). I tillegg kan kommentaren om tilstedeværelse av kamera fungere som en måte å avdramatisere situasjonen på.

Paul ytrer et bekreftende "ja", og stiller et saklig spørsmål om hvor mange kameraer det er i rommet (linje 4). May gjør dette til et humoristisk poeng når hun ler og svarer at det er to kameraer der (linje 5). Paul er med på fleipen, og videreutvikler den når han spør om det er noen kameraer han ikke ser (linje 6). May fortsetter med samme posisjon ('footing'), og etablerer med dette en fleipende tone mellom seg og Paul når hun ler og sier at hun ikke tror det er flere kameraer der (linje 7,8). Paul bekrefter med et "nei" (linje 9). May fortsetter med en forsikring om at hun ikke vet av flere kameraer enn pasienten (linje 10). Pauls innpust og bekreftende "nei" tolker jeg som en avslutningsindikator på innledningen og en orientering mot dagsorden (linje 11). Denne fleipingen om antall kameraer mener jeg kan forstås som en måte å skape en felles allianse mellom pasient og student fordi begge parter har to typer publikum.

May fortsetter med å stille et allment spørsmål: "ja hva kommer du for i dag da?" (linje 12), som sedvanlig prefisert med diskursmarkøren 'ja'. Dette innledningsspørsmålet ser ut som et konvensjonelt konsultasjonsspørsmål, men som nevnt i forrige eksempel kan slike spørsmål tolkes på en annen måte i en treningssamtale. Spørsmålet er også et sterkt initiativ som legger premisene for neste tur. Spørsmålet dreier seg om pasientens kommunikative mål. I en reell konsultasjon ville et slikt mål være å fortelle om medisinske problem for å få slik hjelp. I en simulert konsultasjon ville målet snarere dreie seg om å fortelle om medisinske problem for at studenten skal få møte pasienter. Spørsmålet legger opp til at Paul formulerer sitt ærend på en slik måte at problematiske aspekter står i fokus. Som tidligere påpekt, betegnes et slikt foretrukket spørsmål-svar-format i litteraturen som "diagnostic history taking" (Stivers & Heritage, 2001). Paul imøtekommer spørsmålet og responderer med: "for å snakke med dæ" (linje 13). Dette skulle kunne regnes som en adekvat og relevant respons fra pasienten. Det er imidlertid initiativtakerens reaksjon i dialogen, og måte å ta imot responsen på som er avgjørende for om responsen kan regnes som adekvat.

Paul utnytter åpenheten i spørsmålet til å gi et svar som direkte kontekstualiserer nettopp kommunikasjonstreningsrammen: ”for å snakke med dæ” (linje 13). Dette regner jeg som en innrammingsmarkør fra Paul hvor han innleder en annen virksomhetstype en studenten. Svaret er altså en annen variant enn i eksempel 6.4, hvor pasienten direkte etter ærendespørsmålet innledet en metakommunikativ episode, og på den måten utfordret rammen for kjernevirksomheten. I denne dyaden svarer Paul i en annen ramme etter at May har stilt sitt ærendespørsmål. Paul bidrar med en metakommunikativ kommentar først i neste tur (linje 17-19).

Paul fortsetter med den fleipende tonen som er etablert innledningsvis, og skifter med andre ord ikke posisjon (’footing’). Mays respons (og særlig latteren) viser en fortolkning av dette som et useriøst svar, og initiativet blir gjentatt med litt andre ord, men ikke presisert (linje 14, 16). Mays svar: ”det er jo bra men” håndterer dette svaret som en inadekvat respons til en viss grad (’men’). Dette ”men” projiserer en turfortsettelse fra Mays side, og hun legger til følgende reformulerte initiativ: ”hva har du å fortelle meg da?” (linje 16). May og Paul trenger mange replikker for å etablere dette første initiativet som adekvat, det vil si når initiativtakeren selv har akseptert svaret som relevant. Dette kan tolkes som at deltakerne opererer med ulike kontekstforståelser, eller at de begge til en viss grad opererer med to situasjonsdefinisjoner.

Dette ”men” fra studenten tyder på at hun lar treningsrammen være implisitt, hun gir den ikke oppmerksomhet. Paul ler sammen med studenten (linje 15), noe jeg tolker som en måte å tone ned alvoret i situasjonen, og ivareta begges ansikt. Pauls innskudd etter Mays reformulerte initiativ viser at det er visse problem med spørsmålet, og han gjør dette eksplisitt til Mays problem og ikke sitt eget (linje 17, 18, 19, 21). Paul tar med andre ord opp treningsrammen på en eksplisitt måte, og problematiserer den. Dette tyder etter min mening på at Paul anerkjenner kontekstens kompleksitet, men at May må sette agendaen. Paul har med dette skiftet posisjon (’footing’) fra innledende fleip om situasjon til konkret avklaring av situasjon. Dette tolker jeg som den andre innrammingsmarkøren fra Pauls side hvor han eksplisitt utfordrer den rammen May la opp til med sitt innledningsspørsmål.

May forholder seg implisitt til treningsrammen ved å anerkjenne bidraget fra Paul bare til en viss grad, og uten å kommentere det på metanivå: ”ja men har du” (linje 22). Paul rammer inn situasjonen som at han er der for å hjelpe henne, og ikke omvendt (linje 23-25). May ler samtidig mens Paul snakker, og prøver å stille et nytt spørsmål (linje 22). Paul avbryter henne, og kommer med et nytt forslag til virksomhetstype på metanivå – nemlig å si litt kort om sine smerter fordi hun lurer på det (linje 23-25). Paul tar over og stiller Mays spørsmål når han foreslår en presisering av spørsmålet, og han dominerer med dette samtalen på et lokalt nivå. May nikker og bekrefter lavmælt (linje 26). Paul starter med å fortelle om sykdommen sin (linje 27). Dermed er virksomheten å definere og fortolke situasjonen foreløpig avsluttet, og Paul orienterer seg mot intervjuet som virksomhetstype.

I dette eksemplet utløser ikke Mays dagsordensspørsmål ikke en avklarende sidesequens slik det ble gjort i eksempel 6.2 og eksempel 6.3, men derimot et selvstendig initiativ fra

Pauls side hvor dagsordensspørsmålet er reformulert (linje 23-25). Paul driver frem disse forhandlingene om hva som er virksomhetstypen og han tar ansvar for progresjonen ved å komme med et selvstendig initiativ til å presisere spørsmålet og definere rammen det vil si etablere en plattform som samtalen kan utspille seg fra (linje 23-25).

5.3 Medisinerstudentenes introduksjoner: oppsummering

Legestudentene starter samtaler med å hilse på pasienten og/eller be pasienten om å sette seg. I noen tilfeller blir hilsesekvensen erstattet med kommentarer som har å gjøre med de fysiske omgivelsene, så som kommentar om kamera og lignende. Etter disse nokså ritualiserte innledningene markerer studentene en overgang til dagsorden. Ritualer gir gjerne et utvetydig bilde av virkeligheten og situasjonen, og tas ofte i bruk under omstendigheter som er preget av usikkerhet. Ritualene kan være med på å redusere denne usikkerheten (Moore & Myerhoff, 1977).

Markeringen til dagsorden gjøres ved at studentene kommer med globale initiativ og stiller spørsmål om pasientens ærend ("reasons for seeing the doctor") av typen "hva kan jeg hjelpe deg med?" (eks. 5.4), "hva kommer du for i dag?" , "hva er det som bringer deg hit i dag?", "kan du fortelle litt om graviditeten din?" I vanlige legekonsultasjoner ville disse spørsmålene vært ganske entydige innledninger til kjerneaktiviteten. Her kan spørsmålene gi inntrykk av å være en "innlært lekse", når man kunne ventet en eksplisitt situasjonsdefinisjon av studenten. Gafarangi & Britten (2005) fant i sin studie av britiske konsultasjoner at legene systematisk tok i bruk ulike spørsmål innledningsvis for å etablere ulike profesjonelle kontekster (oppfølgingskonsultasjon eller ny konsultasjon) og for å manifestere ulike profesjonelle relasjoner (distanse eller solidaritet). Spørsmålene var som nevnt under eksempel 5.4 i stor grad varianter av "Hvordan har du det?" og: "Hva kan jeg hjelpe deg med?" Forfatterne peker på at deltakerne imidlertid som ledd i denne regelmessigheten og systematikken også kunne avvike strategisk fra normen. Eksempelvis for å distansere seg fra visse pasienter og å etablere solidaritet med andre pasienter.

De innledningsspørsmålene studentene stiller i treningssamtalene ser ut til å være preget av den reelle konsultasjonens ærendespørsmål slik Gafarangi & Britten (2005) skisserer det. Det er med andre ord ingen av studentene som innleder med å avklare situasjonen ved å for eksempel si: "Jeg er student og skal trene meg her og nå på pasientkommunikasjon, og nå skal vi snakke som om dette er en ordentlig konsultasjon". Studentenes allmenne spørsmål ser ut til å skape forvirring og et behov for avklaring fra pasientenes side.

Medisinerstudentenes initiativ oppfordrer pasientene til å fortelle om sitt ærend (studentens ærendespørsmål). Student og pasient avslutter innledningssekvensen og innleder hovedaktivitetens første fase, nemlig complaint fasen etter at ærendet er avklart. Denne fasen leder over til utdyping (diagnostic history taking) av problematiske symptomer i relasjon til den aktuelle sykdommen. Denne overgangen ser ut til å være et vendepunkt som leder til komplikasjoner. Overgangen innrammer og etablerer i følge Coupland et al (1994) grensen

bakover og innleder hovedaktiviteten. Jeg vil bruke Stivers & Heritage (2001) sin distinksjon mellom ”comprehensive history taking” og ”diagnostic history taking” for å illustrere hvordan deltakerne etablerer grensen mellom innledning og ærend.

	Første sekvens	Umiddelbart påfølgende	Initiativ fra studenten	Pasientens respons	Fortsettelse
SL 3 (5.1)	Kort, noen innslag av Coupland sekvens.	Pause, avventende 'hja' fra pasienten.	Forsøk på å innlede hovedaktiviteten.	Begynner å fortelle.	Fortelling.
SL 4 (5.2)	Kommentar om situasjon, innretter seg praktisk.	Pause	Ja-prefix 'kan du fortelle om graviditeten?'	Responser gis ikke umiddelbart.	Hvordan skal pasienten svare?
SL2 (5.3)	Presentasjon, formalitet om innspilling.	Utebbende sekvens.	ja-prefix variant av klassisk ærendespørsmål.	Ønske om klargjøring.	Kort innskuddssekvens, Svar på innskudd Ytterligere innskudd.
SL 1 (5.4)	Presentasjon, innretter seg	Lavmælt praktisk arrangement Pause.	Ja-prefix Variant av klassisk ærendespørsmål.	Tvilende dispreferert form Metakommentar.	Metakommunikativ episode, ikke innskuddssekvens.
SL 5 (5.5)	Ikke typisk innledningssekvens.	Utebbende sekvens.	Ja-prefix Variant av klassisk ærendespørsmål.	Svarer i en annen ramme.	Studenten forsøker å få pasienten til å begynne sin fortelling. Episode med metakommunikative innslag.

Tabellen er organisert rundt det som skjer forut for og etter et sentralt kommunikativt prosjekt i innledningsfasen. Nærmere bestemt medisinerstudentenes ærendespørsmål. Det kommunikative prosjektet behøver ikke å være et nærhetspar, men kan derimot være en sekvens av turer. Et kommunikativt prosjekt er imidlertid alltid et delt prosjekt mellom flere aktører. De spørsmålene studentene innleder med, legger opp til et ”problemundersøkende” format, hvor den foretrukne responsen fra pasienten vil være å komme med bekreftende anerkjennelser på problematiske symptomer. I litteraturen defineres et slikt format som ”diagnostic history taking”, og dette formatet lanseres og inngår i complaintfasen (Stivers &

Heritage, 2001). Det vil si det punktet i interaksjonen som har å gjøre med formulering av pasientens ærend. Under analyse av sykepleierstudentenes introduksjoner vil jeg presentere en annen type datainnsamling som går under navnet ”comprehensive history taking” (ibid).

I fire av samtaleene kommer pasientene med innspill og initiativ på metanivå og søker på ulike vis å kartlegge hva som er situasjonen. I to av disse samtaleene forholder pasientene seg til konsultasjonsrammen og stiller oppfølgingsspørsmål i forhold til den (eksempel 5.2 og 5.3). I de to andre samtaleene løfter pasientene frem treningsrammen og kommenterer den (eksempel 5.4 og 5.5). Oppfølgingsspørsmålene kan her regnes som initiativ av global karakter, og ikke som initiativ i en innskuddsekvens, ettersom pasienten ikke går tilbake til en hovedaktivitet. Grunnen til dette er at innspillene er å regne som selvstendige initiativ, som ikke bare søker å plassere situasjonen og hva som er relevant å snakke om, men som også er relevante i seg selv ved at de utfordrer hovedtema. I den femte og siste samtalen foregår det ingen forhandlinger innledningsvis (eksempel 5.1).

Av pasientene som inngår i dette datamaterialet, er én et akutttilfelle, hvor pasienten har et konkret ærend som studenten får innblikk i. To av de andre pasientene er kronikere, en sliter med psykiske problemer, mens den fjerde er gravid. De fire sistnevnte ble oppringt av fastlegen og forespurt om å snakke med student og deretter snakke med fastlegen sin. Introduksjonene er med unntak av den samtalen hvor pasienten har en akutt skade, preget av at pasientene ikke aksepterer de innramminger eller situasjonsdefinisjoner som det innledende spørsmålet presupponerer. Resultatet blir dermed en forhandling om hvilken virksomhetstype disse samtaleene skal være, eller hva slags plattform/referanseramme samtaleene skal utspille seg fra.

Sarangi (2000:10) sier at eksplisitte situasjonsdefinisjoner kan være tegn på trøbbel i interaksjonen. En kort orientering (briefing) som forsøker å imøtekomme et problem med situasjonsdefinisjoner tas ofte i samtaler med uklare premisser. Dette viser seg for eksempel i behovssamtaler for eldre mennesker som søker hjemmehjelp (Hellström Muhli, 2003). I disse samtaleene gis situasjonsdefinisjonene ut fra den profesjonelles perspektiv. De profesjonelle vet av erfaring med disse samtaleene at premissene er uklare sett fra pasientens perspektiv. Pasientene vet bla ikke hva den profesjonelle kan hjelpe dem med, og samtalen foregår i hjemmet deres. Konsekvensen av denne usikkerheten er at den profesjonelle har en obligatorisk innledning om samtaleens formål, for å begrense pasientens forventninger. I mitt materiale ser det ut til at det er pasientene som driver frem disse forhandlingene om hva som skal være samtaleens plattform ved å komme med eksplisitte definisjoner av situasjonen.

I denne fasen av samtalen kommenterer ikke studentene at de er studenter på metanivå. De kommenterer heller ikke at dette er kommunikasjonstrening, eller hvor mye eller lite de vet om pasienten på forhånd. Studentene ser ut til å slite med *overgangen* fra innledning til dagsorden (complaint). Spørsmålene som markerer dagsorden, eller rettere sagt søker å få tak i pasientens ærend, er ikke entydig forankret i konsultasjonsrammen og trigger, med unntak av en samtale, forhandlinger om hva som er situasjonen.

5.4 Kontekstualisering av virksomhetstype i innledningssekvenser: treningssamtaler mellom pasient og sykepleierstudent

Studentene skal i forbindelse med trening på innkomstsamtalen innhente basisinformasjon om pasienten, og fylle ut en såkalt sykepleiejournal (se pkt 4.2). Slike samtaler er fast prosedyre som blir gjort før operasjoner. Disse samtaler har praktiske konsekvenser for pasientene, og er å regne som autentiske samtaler. Dette vil si at pasienten primært ikke får ytterligere en innkomstsamtale med en ”utdannet” sykepleier. Samtidig vil en sykepleier kunne spørre pasienten om informasjon som studenten eventuelt har glemt å ta rede på. Disse innledningene kan ikke sammenlignes med konvensjonelle mønstre for innledninger, fordi partene har snakket med hverandre forut for denne samtalen. Samtlige studenter har hentet pasienten på mottaksrommet på sykehuset og allerede rukket å hilse på ham eller henne.

“Eksempel 5.6 (SIS 1) ” forskjellige småspørsmål som vi ska ha svar på”
(Sykepleierstudent = Selma, Pasient = Peter)

I eksemplet som følger, tar studenten i bruk eksplisitte innrammingsmarkører, og en rekke metakommentarer. Deler av metakommunikasjonen fortøner seg som spill for kameraet. Pasienten opptrer bekreftende underveis i disse ytringene. Studentens situasjons-definerende innspill er hverdagslige og konverserende (”forskjellige småspørsmål vi ska ha svar på”, linje 20).

((Kamera settes på med Selma og Peter i rommet, Selma tar Peter med ut igjen og snakker med han før de kommer inn i rommet igjen).

1. Selma: værsgod og gå inn
2. Peter: ja takk (.) ja takk
3. Selma: æ må hilse på dæ
4. Peter: ja=
5. Selma: .hja (Selma Ber[g])
6. Peter: [ja:] (Peter Sem)
7. Selma: ja. æ e sykepleiestudent
8. Peter: jaha
9. Selma: så æ e nu egentlig itj eh- (.) ei eh- forskningsoppgave da: som
10. æ har fått lov til å få være med på.
11. Peter: [m]
12. Selma: [me]n vi skal prøve å ta opp en sykepleiejournal
13. Peter: .hja
14. Selma: så du får værsgod å sette dæ=
15. Peter: ja takk
16. Selma: (.) bare sett dæ der du
17. Peter: sett mæ her ja= ((setter seg))
18. Selma: ja
19. Peter: det e greit ja ((kremter, ser på kameraet))
20. Selma: så: da e det nu forskjellig småspørsmål da vet du som vi ska
21. ha svar på her=
22. Peter: ja

23. Selma: (.) så æ kommer til å notere li- snakke med dæ og så noterer æ
 24. litegrann under[veis da]
 25. Peter: [ja ja]
 26. Selma: .hja (.) eh skal vi se: i dag e det den ått-og-tyvende
 27. Peter: ja
 28. Selma: i tiende i null to skriver æ opp. (°og°) og så: (.) kulturell
 29. bakgrunn og språk men de:t-
 30. Peter: ja. det e norsk ja
 31. Selma: @@ (0.5) norsk statsborger=
 32. Peter: norsk statsborger ja. på min hals=

Treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient er organisert på en slik måte at studentene henter pasienten på de respektive avdelingene og de går sammen til opptaksrommet. Mens de forflytter seg rekker de å snakke litt sammen. Peter og Selma har med andre ord hilst på hverandre før kamera settes på. I flere av samtalene hilser student og pasient allikevel på hverandre i starten, og i disse tilfellene regner jeg hilsing som et spill for kamera.

I dyaden som eksempelet over er hentet fra, settes kamera på mens Selma og Peter er i rommet. Selma tar Peter med ut og snakker med ham før de kommer inn i rommet igjen. Jeg hører bare stemmene fra gangen svakt, men ser dette som et tydelig rollespill overfor kamera. Selmas anmodning til Peter om å gå inn, og Peters takk, fungerer som del av den påfølgende hilsesekvensen (linje 1,2). Selma sier at hun må hilse på Peter, og dette fortøner seg nesten som en metakommentar (linje 3). Deretter presenterer Selma og Peter seg for hverandre (linje 5, 6). Disse delene kan regnes som konvensjonelle elementer i en introduksjonsfase (Coupland et al, 1994). Like fullt kan man si at partene spiller opp overfor kamera som om de ikke kjenner hverandre, ved at de kommenterer replikkene sine og hva de skal si (linje 3,4).

Selma fortsetter med å si at hun er sykepleierstudent, og hun rammer med det inn samtalen som en treningssamtale (linje 7). Dette gestaltet som en naturlig fortsettelse av presentasjonen (linje 5,6). Peter spiller med ved å si ”jaha”, som om dette var ny informasjon (linje 8). Selma fortsetter med å utdype ”æ e nu egentlig itj ei forskningsoppgave da som æ har fått lov te å være med på” (linje 9, 10). Dette regner jeg som en første innrammingsmarkør, hvor Selma innleder til en kompleks (blandet) virksomhet. Peter kommer med en minirespons (linje 11). Selma presenterer deretter det helsefaglige formålet med samtalen ”men vi ska prøv å ta opp en sykepleiejournal” (linje 12). Dette ”men” indikerer at dette ikke bare er en treningssamtale eller deltakelse i forskningsprosjekt, men at det også er på alvor. Dermed konstaterer hun at den overordnede virksomhetstypen er innkomstsamtale. Peter bekrefter denne virksomhetstypen med innpust og ”ja” (linje 13).

Deretter markerer Selma at virksomheten er i gang ved å be Peter sette seg (linje 14), noe Peter i neste tur takker for mens han gjentar studentens ord ”sett mæ der”, og ser mot kamera (linje 15, 17). Selma er imidlertid ikke over på dagsorden og datainnsamling ennå. Hun orienterer om at det er ”forskjellige småspørsmål vi ska ha svar på”, og inntar med det en hverdagslig og konverserende tone (linje 20, 21). Dette tolker jeg som den andre innrammingsmarkøren fra Selmas side, og som en egentlig innledning til innkomstsamtalen.

Betegnelsen ”småspørsmål” antyder at dette er en underordnet samtale i betydningen subsidiær eller sekundær. Det vil si at samtalen blir etterfulgt av en rekke samtaler med relaterte ærend, og ikke er enestående med hensyn til funksjon og formål.

Det at Selma ikke går over på neste fase her, men fortsetter å orientere om situasjonen, tolker jeg også som en måte å berolige Peter på ved hjelp av dempere (”småspørsmål”, ”notere littegrann”) og tone ned kameraets betydning. Det at Selma avventer dagsorden oppfatter jeg også som en finjustering mot selve konteksten og måten konteksten blir tematisert (på en diskret måte) ved hjelp av Peters blikk i retning kamera. Jeg oppfatter dette blikket fra pasienten som en respons på opptakssituasjonen og i kombinasjon med kommentaren ”det e greit ja” som et svakt initiativ til å etterspørre mer informasjon.

Det kan se ut som at Selma opptrer kontekstsensitivt og fleksibelt ut fra de innspill som Peter kommer med. Selma utdyper hvordan samtalen skal forløpe som helhet i en blanding av snakk og notater (linje 23, 24). Hun forbereder med andre ord Peter på hvilke posisjoner de skal innta underveis, hun spør og han svarer, og befester med det situasjonen. Roberts et al (2003) fant for øvrig at medisinerstudenters eksplisitte kontekstualiseringer overfor simulerte pasienter av sistnevnte ble oppfattet som utslag av empati og vurdert positivt.

Selma går deretter over på dagsorden ved å si hvilken dato det er mens hun noterer det ned. Peters oppmerksomhet er nå rettet mot journalen og ikke kamera. Dermed har begge parter en felles forståelse av situasjonen som innkomstsamtale, og går over på dagsorden og inn-samling av bakgrunnsinformasjon (linje 29-32). Etter de eksplisitte redegjørelsene om situasjonen kommer studenten med et globalt initiativ i linje 28 og 29, som innleder dagsorden ”og så kulturell bakgrunn og språk men det”. Slike spørsmål innledet med ”og” blir av Heritage & Sorjonen (1994) betegnet som agendastyrt spørsmål. Denne typen spørsmål gestalter gjerne en gjenkjennbar virksomhet, i dette tilfellet å gå rett på sak og signalisere en entydig situasjon. Studentene blir anbefalt å starte med såkalt enkle spørsmål og det å spørre om det opplagte er et eksempel på det. Studenten leser opp denne kategorien og dette spørsmålet fra journalen (se pkt 4.2). Dette regner jeg som et sterkt initiativ hvor studenten underforstått konstaterer et forhold – at pasienten er norsk, samtidig som at det er forventet at pasienten responderer. Pasienten kommer med en direkte respons i linje 30. Denne responsen blir av initiativtakeren akseptert som adekvat når hun ler og gjentar pasientens svar (linje 31).

Til forskjell fra forrige samtale strekker dette spillet for kamera seg over færre turer, og er preget av humor. Jeg tolker Stines humoristiske kommentar (linje 3) som en måte å tone ned kameraets betydning, og å skape en felles allianse mellom seg og Peder. Det kan også tolkes som at Stine forholder seg med humor og distanse til at denne sekvensen er et rollespill.

Stine fortsetter med å slå fast at Peder har vært på sykehuset tidligere, og at han kjenner gangen i denne typen samtaler (linje 5, 6). Gjennom sin ytring om prosedyrene rammer hun inn samtalen som en profesjonell virksomhetstype samtidig som at hun får bekreftet sin antakelse om at Peder kjenner litt til prosedyrene (linje 7). I neste ytring inntar hun posisjon som student når hun forklarer hvorfor hun har med seg en sykepleiejournal (linje 8-13). Med dette understreker hun at samtalen ikke er rutine for henne, men at den like fullt er på alvor. Stine eksplisiterer hvilket formål journalen skal tjene ”for å bli litt godt kjent’ – gi dæ best pleie så” (linje 10, 11). Dette utsagnet bygger på Travelbee (1971) sin anbefalte fasestruktur i møtet mellom helsepersonell og pasient. Med bakgrunn i Travelbee lærer studentene at god pleie er betinget av kontakt, empati og sympati (se pkt 1.4.1). Dette kan tolkes som en institusjonalisering av uformelle og konversasjonaliserte måter å snakke på.

Stine spiller med åpne kort og peker på hva som er annerledes når det er studenter som samtaler med pasienter. Etter problemet med opptaket ser det ut som at Stine er i ferd med å forklare hvilken type tema journalen tar opp (linje 17, 18). Peder signaliserer enkelt og greit at han har forstått (linje 19). Stines påfølgende humoristiske ytring : ”du ser nu ganske sprek ut” kan fortolkes som en bevegelse bort fra den prosedyremessige innrammingen til et fokus på pasientens fysiske helsetilstand og den informasjonen som skal inn i journalen (linje 20). Samtidig er dette en hverdagslig og konverserende overgangsytring hvor Stine tar i bruk humor, men også indirekte relevant for sammenhengen, forberedelse til operasjon. Dette tolker jeg som et innrammingssignal til å gå i gang med selve treningssamtalen. Peder ler, og aksepterer overgangen (linje 21). Stine starter med å innhente ikke typisk institusjonell ”basisinformasjon” om pasienten, og stiller et indirekte spørsmål: ”du går kanskje mye turer og sånt?” Punkt om ”fysisk helse” i journalen er på denne måten omformulert til ”konversasjonell” stil og spørremåte. Dette kan også tolkes som konvensjonalisert uformell stil. Dermed er datainnsamlingen i gang, og partene orientert mot dagsorden.

Etter en ganske lang innramming av situasjonen i form av mye metakommunikasjon, fører Stine inn et globalt initiativ i linje 22 som en forlengelse av hennes forutgående replikk i linje 17 og av linje 20, og hun innleder med dette en ny fase i interaksjonen. Hun stiller et spørsmål som er lukket i sin form, og som kan regnes som et lokalt oppfølgingsspørsmål: ”du går kanskje på mye turer og sånt?” Peder imøtekommer spørsmålet med å si hvorfor han går tur, og fører med dette inn et nytt delemne – nemlig at han har hund. Stine aksepterer dette som adekvat respons, og hennes replikk er tematisk knyttet an til pasientens replikk i linje 23. Studenten løfter med andre ord frem det ”å ha hund” – et bitema som avviker fra det som er lokalt og tematisk relevant og denne sekvensen strekker seg over elleve turer (se eks.. i analyse av hovedaktiviteten). Jeg regner det som lite sannsynlig at Peder kunne gjort noe tilsvarende, men ser derimot slike ekspanderende initiativ som trekk ved Stines samtaleledelse. Dette er et eksempel på at hun lar Peder få dominere lokalt. Stivers

& Heritage (2001) fant tilsvarende ekspansjoner (kommunikativ dominans) fra pasientens side i sine studier av lege- pasient-samtaler i amerikansk helsevesen. Anamnesefasen som dreier seg om pasientens ærend, er i følge Stivers & Heritage ikke så strengt agendabundet. Treningssamtalene fra sykepleierutdanningen (studentledete inkomstsamtaler) derimot ikke definert ut fra et pasientærend, men snarere et behov for forhåndsdefinert informasjon fra sykehusets side.

Stines mange initiativ og Peders korte responser gjør at jeg får inntrykk av et høyt tempo og en rask progresjon som begge parter bidrar til. Stine rammer inn samtalen både som forskningsmateriale, ”spill for kameraet” og som institusjonell virksomhetstype. Stine gestalter for øvrig gjennom sin personlige væremåte en semi-institusjonell-interaksjon.

“ Eksempel 5.8 (SIS 4) ”dess mer vi vet dess bedre kan vi gjøre det for dæ”
(Sykepleierstudent = Sylvi, Pasient = Perly)

I eksemplet under gjør studenten eksplisitt rede for formålet med samtalen og forbereder pasienten på neste fase. I likhet med de to forrige eksemplene kontekstualiserer med andre ord studenten eksplisitt hva som skal skje underveis i samtalen, og hva slags formål samtalen skal tjene. ”

((Sylvi sitter klar, Perly kommer inn og setter seg ned))

1. Sylvi: grunnen til at vi:- at vi samle inn sånne data det e for at vi
2. ska bli. bedre kjent med dæ,
3. Perly: mm
4. Sylvi: for at da kan vi gi dæ(.) best mulig .
5. Perly: .hja
6. Sylvi: pleie for eksempel [o:g-]
7. Perly: [ja]
8. Sylvi: og dess mer vi vet dess bedre kan vi gjøre det for dæ da
9. Perly: °ja ja det e klart det°. .hja [mm]
10. Sylvi: [så:] først så lure vi litt på
11. om- koss det e med familie og sånt om du e gift
12. Perly: ja [(.)ja]
13. Sylvi: [har onga] og
14. Perly: æ e gift ja mannen min e pensjonist han og og æ har to voksne
15. sønner
16. Sylvi: .hja=
17. Perly: .hja
18. Sylvi: mm=

Sylvi starter allerede i linje 1 en med en kort informasjon (briefing) om formålet med autentiske inkomstsamtaler på vegne av institusjonen. Hilsesekvens og praktisk arrangement er ingredienser som mangler i denne innledningen. En måte å tolke fraværet av hilsesekvens på er at Sylvi og Perly ikke forholder seg til kamera og allerede har presentert seg for hverandre mens de forflyttet seg fra avdeling til opptaksrom. Fordi vi ikke vet hva som har gitt opphavet til studentens forklaring, er det imidlertid litt vanskelig å kommentere

denne sekvensen med hensyn til konvensjoner. En annen måte å tolke denne brå starten på er at hilsesekvenser ikke nødvendigvis er spesielt relevant i reelle inntakssamtaler, og at samtalen fortøner seg som en autentisk inntakssamtale.

Sylvi tar i bruk eksplisitte innrammingsmarkører og innleder til en institusjonalisert virksomhet som er rent mellommenneskelig: ”vi ska bli kjent med dæ” – ”lure vi litt på”. (Linje 1, 2, 10). Hun begrunner hvordan dette henger helsefaglig sammen: Bli-kjent-formålet knyttes spesifikt til utøvelsen av sykepleie som en bestemt profesjonell virksomhetstype (linje 1, 2, 4, 6, 8). Perly bekrefter denne samtaletypen som kommunikativ virksomhet (linje 3, 5, 7). Dermed har Sylvi satt til side det faktum at hun er student, og pekt på at samtalen har praktiske konsekvenser etter at den er avsluttet og at den dermed er å regne som autentisk. Perly aksepterer disse konsekvensene når hun sier: ”ja ja det er klart det” (linje 9). Sylvi orienterer seg mot skjemaet, og stiller et flerleddet spørsmål som åpner for en ekspandert respons (linje 10,11). Dette spørsmålet følges opp av flere ja/nei spørsmål som spesifiserer det innledende spørsmålet (linje 11, 13) Spørsmålet i linje 10, 11 er et åpent hvordan-spørsmål som ikke så typisk for et agendabundet format. Formatet har den funksjon at det skal samles inn allmenn bakgrunnsinformasjon snarere enn at det skal problematiseres rundt et medisinsk problem (jfr. Stivers & Heritage, 2001).

I journalen kommer denne typen opplysninger inn under ”kulturelle, sosiale og åndelige faktorer” knyttet til pasientens liv. Perly starter med å gi basisinformasjon om sine familieforhold (linje 14, 15). Deretter kommer en bekreftelse i form av en tredelt ”alignment”-sekvens (linje 16, 17, 18) hvilken jeg tolker som at informasjonen er tilstrekkelig, og at et nytt emne eller spørsmål kan bringes på bane. Dermed har både student og pasient etablert en felles forståelse av at de opptrer som om dette skulle være en autentisk inntakssamtale. Sylvis redegjørelse for hensikten med informasjonsinnhentingen kan tolkes som en innrammingsmarkør av at dette er å regne som en reell samtale. Sylvi tar med andre ord i bruk eksplisitte kontekstualiseringer når hun forbereder Perly på de neste fasene i samtalen.

Jeg regner ikke slike eksplisitte redegjørelser som spesifikke for student-pasient-interaksjon, men antar at disse likevel får en annen betydning når samtalen inngår som ledd i opplæring, og utføres av en som ikke er fagperson. Dette først og fremst fordi redegjørelsene understreker at samtalen gjelder og er på alvor selv om den inngår som del av utdanningen. Jeg antar at behovet for slike redegjørelser vil være større når den kommunikative virksomheten finner sted i en opplærings situasjon enn i en autentisk inntakssamtale.

Sylvi kommer med innrammingene i form av informasjon og påstander som bare indirekte etterspør aksept. Sylvi tar ansvaret for progresjonen og faseskifte, men hopper over de ritualiserte elementene hvor pasienten kan få summet seg. De ritualiserte elementene er sannsynligvis gjort på forhånd. I følge Persson Thunqvist (2003:191) kan nettopp elementer som det å utveksle hilser være et forsøk på å innledningsvis skape en formell atmosfære i et simulert jobbintervju, og en måte å markere og forestille alvoret i situasjonen. Det er nærliggende å tro at fraværet av hilsesekvens i denne inntakssamtalen ikke undergraver alvoret i virksomheten, nettopp fordi samtalen både er autentisk og ledd i utdanning. Ved

å gå rett på sak i denne treningsamtalen blir situasjonen mer entydig enn om hilsninger, kommentarer om kamera, og om status som student var med. Dette er element som kan tenkes å gjøre situasjonen flertydig.

“ Eksempel 5.9 (SIS 3) ” som æ forsto da så har du vært her en del før”
(Sykepleierstudent = Susanne, Pasient = Pauline)

Innledningssekvensen som følger, skiller seg fra de andre samtaler ved at studenten ikke rammer inn samtalen i form av metakommentarer knyttet til samtalsform og funksjon. Studenten tar altså ikke i bruk eksplisitte kontekstualiseringer som markerer hva som skal foregå, eksempelvis i overgangen fra innledning til dagsorden. Det ser ut til at studenten implisitt presupponerer at situasjonen er avklart ved at pasienten har vært en del på sykehuset (linje 5).

((Susanne ordner med kamera, Pauline sitter klar))

1. Susanne: da trur æ det ska være greit ((setter seg))
2. Pauline: mm=
3. Susanne: .hja. hilst på hverandre har vi no gjort=
4. Pauline: ja det har vi gjort ja=
5. Susanne: .hja mm (.) som æ forsto da så har du vært her en del før
6. Pauline: å ja mange ganger
7. Susanne: ja=
8. Pauline: .hja (.)
9. Susanne: mm så no har du fått (.) brokk i d[e:t-]
10. Pauline: [ja]
11. Susanne: ja.=

Susanne innleder med å si: ”da trur æ det ska være greit” mens hun setter seg. Denne kommentaren kan forstås som en måte å ufarliggjøre opptakssituasjonen på, og som et initiativ fra Susanne om at de skal sette seg ned (linje 1). Lignende kommentarer kan også forekomme i autentiske innkomstsamtaler. Pauline bekrefter dette (linje 2). Susanne markerer at den konvensjonelle hilsesekvensen har skjedd før de kom inn i rommet (linje 3). Dette blir bekreftet av både pasient og student (linje 3, 4). Det å kommentere fraværet av hilsesekvens tolker jeg som et spill for kamera. Begge markerer at de ikke hilser på hverandre nå.

Susanne referer tilbake til tidligere samtaler hun har hatt med pasienten: ” som æ forstod har du vært en del på sykehuset før” (linje 5). Dette tolker jeg som en innrammingsmarkør til en kjent sjanger: innkomstsamtalen. Pauline bekrefter dette med å understreke: ”å ja mange ganger”. Dette presupponerer at Pauline også er godt kjent med prosedyrene og sjangeren, og at det derfor ikke er nødvendig med mer metakommunikasjon.

Pauline kan regnes som en ekspert med hensyn til sykehusets rutiner. Utsagnet kan også indikere at hun forventer at samtalen skal forløpe som en autentisk innkomstsamtale. Deretter kommer en tredelt ”alignment”- sekvens som uttrykker gjensidig bekreftelse (linje 7, 8, 9).

Slike bekreftelser fungerer gjerne som en avslutningsindikator, enten en avslutning av tema eller av en fase. I dette tilfellet fungerer disse som en bekreftelse på at innledningsritualene er avsluttet og at partene kan gå over på dagsorden og neste fase. På samme måte som i de forrige treningssamtalene stiller studenten en type ”ikke problematiserende spørsmål”, men mer ”ja/nei spørsmål” som opptrer i en serie, og med en tydelig agenda (linje 5, 9).

Denne innledningen består ikke av noen forhandlinger om hva som er virksomhetstypen, og heller ikke av den typen innrammingsmarkører som var med i de andre treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient. Studenten konstaterer hvorfor pasienten er på sykehuset denne gangen (linje 9), og befester med dette dagsorden. I tillegg kan det å kommentere noe som er kjent for begge, være med på understreke et spill for kamera. Dette er for øvrig den lengste samtalen i korpuset fra sykepleierutdanningen og varte i drøyt førtiåtte minutter.

“ Eksempel 5.10 (SIS 2) ”den kulturelle bakgrunnen din det e jo norsk”
(Sykepleierstudent= Sandra, Pasient = Peggy)

Innledningssekvensen under tyder på at pasient og student har startet samtalen før kamera ble satt på. Samtalen kan virke litt brå fordi ritualiserte elementer som hilsing og praktisk arrangement ikke er med i denne sekvensen. Student og pasient samarbeider om å ramme samtalen inn som ”forskningssamtale” innledningsvis . ”

1. Sandra: skal bruke det i sitt (.)-
2. Peggy: °prosjekt ja°=
3. Sandra: ja. (.) så da:, (.) kan æ no bare begynne æ da, @@
4. Peggy: °ja°
5. Sandra: (.) den kulturelle bakgrunnen din det e jo norsk regner æ med?
6. Peggy: h.ja=
7. Sandra: mm.
8. (8s) ((Sandra noterer))
9. Sandra: eh: °bor du sammen me:d (.) ekte[felle?]°
10. Peggy: [(x)] °ja m² [m°]²

Sandra innleder med å ramme inn virksomheten som ”innsamling av forskningsmateriale” (linje 1), og Peggy fullfører med å si ”prosjekt ja”(linje 2), og demonstrerer at hun og studenten har en felles forståelse av situasjonen, hvilket også bekreftes av Sandra med ”ja” (linje 3). Man kan tolke dette som at de er orientert mot den samme virksomheten (alignment). Deretter markerer Sandra en grense til hovedaktiviteten eller kjernevirksomheten: ”så da kan æ no bare begynne æ da” (linje 3). Med dette markerer Sandra en overgang fra det jeg vil kalle preinteraksjonell innramming til at virksomhetstypen informasjonsinnhenting kan starte. ”Så da” kan i denne sammenhengen fortolkes som en innrammingsmarkør hvor studenten innleder en entydig virksomhet med en klar agenda. Peggy aksepterer denne progresjonen med et lavmælt ja (linje 4).

Det virker som at partene forlater virksomheten ”informasjon om innspillingsituasjon” og går inn på en rendyrket inntakssamtale (”så da”). Slike ’så’-ytringer markerer gjerne at et tema eller sekvens er avsluttet ved at ytringen ikke bidrar innholdsmessig til forrige tema, og heller ikke initierer et nytt tema (Button, 1987). Sandra tar en liten pause, og jeg tolker denne som en måte å mildne det eventuelt sosialt ubehagelige ved at hun ikke går direkte inn på dagsorden (linje 3). Deretter markerer Sandra eksplisitt og lattermildt at hun går over på dagsorden (linje 3). Denne latteren tolker jeg som en måte å tone ned alvoret i situasjonen. Sandra orienterer seg så mot sykepleiejournalen med blikket, og stiller første spørsmålet fra dette skjemaet (linje 5).

”Kulturell bakgrunn” er som nevnt en kategori under ”sosiale, kulturelle og åndelige faktorer” i journalen. Intensjonen bak denne er å kartlegge om pasienten har behov for tolk eller kontaktperson. I dette tilfellet er det opplagt at spørsmålet er overflødig og kan tolkes som et oppvarmingsspørsmål for å sette i gang kjernevirksomheten. Spørsmålene i linje 5 og 9 har det jeg vil kalle sjekklistestatus og med et format hvor korte svar er foretrukket (Stivers og Heritage, 2001). Peggy bidrar med minimale svar i denne sekvensen av samtalen. Innsamling av bakgrunnsdata, som er av en ikke problematiserende karakter, er i gang.

5.5 Sykepleierstudentenes introduksjon: Oppsummering

Det som kjennetegner disse treningssamtalene er, at sykepleierstudentene ikke går over på dagsorden uten at de har avklart med pasienten at de er kjent med hva som er samtalsfunksjon. Denne typen briefing forekommer også i vanlige inntakssamtaler. I motsetning til datakorpuset fra medisinerutdanningen hvor pasientene sto for metakommunikasjonen innledningsvis, er det studentene i korpuset fra sykepleierutdanningen som metakommuniserer i denne fasen av samtalen. Disse metakommentarene står for øvrig ikke i kontrast til vanlige inntakssamtaler med utdannede sykepleiere. Studentene forbereder pasientene på samtalen som helhet, overgangen til neste fase og i visse tilfeller forklarer de hvorfor de stiller de spørsmålene de gjør. Profesjonelle gir ofte metakommentarer i begynnelsen av samtalen om den institusjonelle samtalsformål og funksjon dersom disse kan antas å være uklare.

	Første sekvens.	Umiddelbart påfølgende.	Initiativ fra studenten.	Pasientens respons.	Fortsettelse.
SIS 1 (5.6)	Innslag fra Coupland. Spill for kamera.	Pasienten spiller med.	Eksplisitt innramming av samtalsformål.	Minirespons og blikk mot kamera.	Fortsetter innramming med innslag av praktisk arrangement. Konverserende overgangsytring til hovedaktivitet
SIS 5 (5.7)	Innslag fra Coupland. Spiller for kamera.	Latter.	Avklaring av forhåndskunnskap eksplisitt innramming.	Signaliserer forhåndskunnskap og aksept.	Konverserende overgangsytring til hovedaktivitet.
SIS 4 (5.8)	Ingen første sekvens		Eksplisitt innramming av samtalsformål og virksomheten som autentisk.	Signaliserer aksept.	Direkte start på agendabundet hovedaktivitet.
SIS 3 (5.9)	Ufarliggjøre opptakssituasjon. Spill for kamera.	Spiller med.	Avklaring av forhåndskunnskap	Signaliserer forhåndskunnskap	Konverserende overgangsytring til hovedaktivitet
SIS 2 (5.10)	Kommentar om innsamlings situasjon.	Pasienten fullfører studentens ytring.	Markerer en eksplisitt start på hovedaktiviteten.	Signaliserer aksept.	Direkte start på hovedaktivitet.

På samme måte som i innledningsfasene i korpuset fra medisinerutdanningen har jeg organisert innledningsfasene fra samtale mellom sykepleierstudent og pasient organisert i form av en tabell. Rubrikkene i tabellen er definert ut fra det jeg tolker som det sentrale kommunikative prosjektet i denne fasen av samtalen. I disse treningsamtalene dreier prosjektet seg om innramming av situasjon og relasjon, det vil si eksplisitte kontekstualiseringer.

Jeg tolker disse kontekstualiseringene som klare situasjonsdefinerende innspill, og som forhandlinger i innrammingsprosessen. Roberts et al. (2003) fant for øvrig i en studie av kommunikativ stil blant medisinerstudenter, eksempler på eksplisitte kontekstualiseringer hvor studenten forbereder konteksten for neste fase (som her). Forfatterne fant bl.a. at studentene opptrådte kontekstsensitivt med denne typen kontekstualiseringer, og at de dessuten ble oppfattet som empatiske av de simulerte pasientene.

Tre av samtalerne blir startet med at studentene gjentar hilsesekvensen. I en samtale starter studenten med å si at dette inngår i et forskningsprosjekt, og i en samtale går studenten direkte på metanivå ved å kommentere hva som er samtalsfunksjon – en type briefing. Ingen av studentene starter med dagsorden før det er implisitt eller eksplisitt avklart at pasientene er kjent med samtalsfunksjon. Dette tolker jeg som at progresjonen fra innledning til dagsorden er et resultat av en felles beslutning mellom student og pasient.

Studentene tar med unntak av en samtale i bruk eksplisitt innramming. I tre av de fem samtalerne forklarer studentene eksplisitt hva som er målet med samtalerne – ikke rollespill eller trening selv om studenten er nystartet praktiker. I den fjerde samtalen markerer både pasient og studenten eksplisitt at de går over på dagsorden (collaborative completion). Begge aksepterer progresjonen og er raskt orientert mot journalen. I den femte samtalen kommer det frem at pasienten er erfaren i sykehussystemet, og det forutsettes *implisitt* at pasienten er kjent med sjangeren og prosedyrene. Denne samtalen skiller seg imidlertid fra de fire andre treningssamtalerne ved at studenten ikke rammer inn samtalen eller gir pasienten mulighet til å definere situasjonen. Journalen er heller ikke med på å organisere samtalen på samme måte som i de fire andre samtalerne. Verken student eller pasient er direkte orientert mot journalen og de spørsmålene som er i denne.

Kapittel 6

6 Forhandling om virksomhetstype i avslutningssekvenser

En viktig konklusjon fra resultatene så langt er at studentene kan tjene på å oppøve kontekstsensitivitet i samtaler med pasienter, og at dette derfor bør bli en del av undervisningsopplegget. Varhet for kontekst dreier seg om å ivareta både interaksjonelle og etiske utfordringer som kan oppstå i konkret samhandling. Særlig med tanke på hva som er relevant å si når og hvordan i de forhandlingene som finner sted. Materialet antyder at studentene løper en risiko hvor tilliten kan stå på spill, og at kommunikasjonen inngår i flertydige kontekster.

Jeg vil i dette kapitlet undersøke hva som karakteriserer student-pasient-interaksjonen i avslutningsfasen av de to kommunikative virksomhetene. Jeg vil gjøre dette med utgangspunkt i følgende problemstilling:

- Hvordan forhandler deltakerne om virksomhetstype i avslutningsfaser?

I avslutningsfasen søker partene å etablere en felles forståelse av hva slags situasjon eller virksomhetstype de har deltatt i. Måten aktørene organiserer avslutningen av samtalen på er gjenstand for forhandling og dreier seg også om hvordan de vil "forlate" hverandre (Button, 1987). Slik sett kan forhandlingene være med på å karakterisere både avklaring av situasjon og avklaring av hvilken relasjonsstruktur partene har oppnådd gjennom samtalen. Muligheten for å komme med slike avklarende innspill og initiativ skjer gjerne i forbindelse med ulike avslutningsindikatorer – så som oppsummerende kommentarer eller repeterende utvekslinger av typen "ok ,ok". Slike repeterende prosedyrer i interaksjonen fungerer ofte som en preavslutning (Sacks, Schegloff, 1974).

Denne overgangen fra preavslutning til avslutning av samtalen er et punkt hvor begge parter fortrinnsvis forholder seg til noe de har snakket om tidligere i samtalen. Dette foregår ofte gjennom at den profesjonelle parten gir et såkalt "pre-closing offer" (Schegloff & Sacks, 1973). Partene har her mulighet til å gjenåpne dialogen ved for eksempel å bringe inn et nytt tema eller vende tilbake til et tidligere tema. De forhandlingene som opptrer her, kommer med andre ord i forbindelse med at partene er i ferd med å avslutte selve samtalen. Jeg regner denne klargjøringen av hva som har vært situasjonen, som et grunnlag for begge parter til å gå med på å avslutte samtalen.

6.1 Avslutningsfaser

De forhandlinger, eller mer konkret forslag til innramminger av situasjonen som er sentrale i avslutningsfasen, kaller jeg retrospektive innrammingssignal. Slike innramminger i form av innspill og initiativ kommer *etter* det som kan regnes som dagsorden og i form av en slags evaluering av samtalen (debriefing). I analysen vil jeg knytte an de forhandlingene som oppstår i avslutningsfasen med de forhandlingene som fant sted i innledningsfasen.

Button (1987) skisserer sju såkalte ”sekvenstyper” som opptrer regelmessig i avslutningssekvenser, og som er med på å etablere relevansen av å avslutte samtalen. Disse typene er av en slik karakter at de også kan gi en mulighet til å bevege seg ut av avslutningen og gjenåpne dialogen. Eksempler på slike avslutningsindikatorer kan være å inngå en avtale, referere tilbake til noe som er sagt tidligere i samtalen, komme med initiativ som kan bringe på bane nye temaer (unless clause), ”in conversation-objects”, gi uttrykk for bekymring og omsorg, fortelle årsaken til samtalen, gi uttrykk for takknemlighet. Det er imidlertid forskjell på uformell konversasjon og institusjonelle samtaler, hvor de førstnevnte kan (og skal) innledes og gjennomføres mer bilateralt/gjensidig.

En type avslutningsindikatorer (”så da”) initierer gjerne det man kaller ”formulation” – eller oppsummering. Disse er mer typiske for institusjonelle samtaler enn hverdagslige (jfr pkt 3.4). Dette fenomenet er innholdsmessig karakterisert ved at den profesjonelle trekker ut essensen av det pasienten har sagt, og presenteres på en slik måte at den kan bli gjenstand for kommentar. Oppsummeringen vil da på et eller annet vis være objekt for forhandlinger mellom partene.

Sacks (1992) understreker at det å avslutte hovedaktiviteten og forberede avslutningen av en samtale skjer på grunnlag av forutgående forhandlinger. Grunnen til dette er i følge forfatterne at: “there may be no generic way built into the rules of conversational sequencing, that a conversation come to a close” (Sacks, 1992:96). Når partene imidlertid har blitt enige om å avslutte oppstår gjerne noe som kan kalles en prototypisk avslutning. Sacks & Schegloff (1973) hevder at: “a closing section [...] consists of (at least) four turns”. Denne strukturen er nært knyttet til høflighetsnormer. Den første turen i en avslutningsfase består gjerne av avslutningsindikatorer av typen ” *greit, okei, så, vel, nei da*” og lignende. Sacks og Schegloff (ibid) kaller slike ytringer for ’possible pre-closings’ som kan medvirke til å opprette en avslutningssekvens dersom aktørene blir ”enige” om det.

Oppsummeringer opptrer forut for avslutningsindikatorer som *okei, greit* etc. Slike indikatorer er funnet i studier av samtaler mellom medisinerstudenter og pasienter (Beach, 1995). Dette er ytringer som ikke bidrar innholdsmessig til (forrige current) tema og som heller ikke initierer et nytt tema (Button, 1987). Det å legge bort papirer er en bevegelse som kan være en mulig innledning til å avslutte, eller å snakke om været en mulig verbal start på å avslutte og forlate sekvensen.

6.2 Forhandling om virksomhetstype i avslutningssekvenser: treningssamtaler mellom medisinerstudent og pasient

I treningssamtalene som er samlet inn fra medisinerutdanningen er det som sagt lite meta-snakk fra studentens side i innledningsfasen, i avrundingen derimot ser det ut til at det tvinger seg fram et behov fra medisinerstudenten sin side for å kommentere på metanivå – for eksempel ved å peke på det faktum at de er studenter, og at dette er kommunikasjons-trening. 2. årsstudentene blir i kommunikasjonsundervisningen oppfordret til å opptre som fagpersoner og ikke som studenter under eksamen i kommunikasjon hvor de har konsultasjon med simulert pasient. Flere av studentene nevnte i intervju at de, i forbindelse med respons knyttet til den videobaserte samtaletreningen, ble frarådet å avslutte samtalen med å si: ”nå skal du få snakke med den ordentlige legen”. Som vi skal se er det akkurat dette de ofte ser ut til å gjøre

“ Eksempel 6.1 (SL 3) ”så får du snakket med den ordentlige lege”
(Medisinerstudent = Mette, Pasient = Patrick).

Student og pasient forhandlet ikke innledningsvis om hva slags situasjon de befinner seg i (se eks 5.1). Begge har opptrådt som om dette har vært en reell konsultasjon. Samtalen har dreid seg om pasientens akutte kneskade og studenten har også undersøkt pasientens kne. ”

1. Mette: mm .hja (0.5) JA, så du e her i dag for å få undersøkt kneet
2. Patrick: ja
3. Mette: o::g muligens få en sykemelding hvis det blir nødvendig,
4. Patrick: ja
5. Mette: ja.(.) e det ellers noe andre ting?=
6. Patrick: nei=
7. Mette: nei. da: kan du egentlig bare gå å sette deg på venterommet
8. Patrick: ja [okei]
9. Mette: [o:g] så kommer Tone og henter deg
10. Patrick: det e greit det ²[ja]²
11. Mette: ²[så]² får du snakket med den ordentlige
12. legen
13. Patrick: ja [ə]
14. Mette: [.hja]
15. Patrick: ja. takk ²[skal du ha]²
16. Mette: ²[takk skal du ha]² nå. ha det [godt]
17. Patrick: [ha det] bra ²[XX]²
18. Mette: ²[god
19. bedring]²
20. Patrick: takk takk
(Mette følger Patrick til døra))

Omtrent seks minutter ut i samtalen starter Mette med å oppsummere Patricks ærend: ”så du er her i dag for å få undersøkt kne og muligens få en sykemelding” (linje 1, 3). Dette er et eksempel på en oppsummering (formulation) hvor studenten trekker ut essensen av det pasienten har sagt, og hvor vedkommende får mulighet til å trekke fra eller føye til. Slike

oppsummeringer er som nevnt ofte innledet med ”så da” og er som påpekt tidligere gjerne en indikator på at samtalen er i ferd med å avsluttes (Button, 1987). Denne oppsummeringen kan også tolkes som at denne samtalen er mer agendabundet enn de øvrige simulerte konsultasjonene fordi det er snakk om et akuttbesøk. Patrick aksepterer både oppsummeringen og progresjonen (linje 2, 4).

Mette sjekker eksplisitt med pasienten om han vil ta opp noe annet (linje 5), i form av et ’pre-closing offer’ (Schegloff & Sacks, 1973). Spørsmål av denne typen er vanlig i reelle konsultasjoner og er også i tråd med råd til medisinerstudenter (Aspegren, 1999; Ivey et al., 1987; Ivey, 1994).²¹ Når Patrick avslår tilbudet om å ta opp noe mer, går Mette over til praktiske arrangement, hvilket også er et typisk innslag i avslutningssekvenser.

Mette informerer videre om neste hendelse, at fastlegen Tone vil komme og hente ham (linje 7, 9, 11). Dette kan for øvrig sammenlignes med sykepleierens rolle som gatekeeper mellom pasient og lege. Slike kommentarer som peker på hva som skal skje i den nære fremtida, er også et typisk trekk ved en avslutningssekvens. Patrick aksepterer også dette (linje 8, 10). Mette markerer deretter eksplisitt at hun ikke er fagperson: ”så får du snakket med den ordentlige legen” (linje 12). Dette tolker jeg som et behov fra Mettes side for å avklare rollene før samtalen avsluttes. Slike kommentarer forekommer gjerne blant sykepleiere. På tross av at Mette er medisinerstudent inntar hun med dette en posisjon som en sykepleier ville gjort.

Disse kommentarene er påvirket av den umiddelbare situasjonen, og kan også tolkes som at det skal skje en overgang til en autentisk primærhelsesamtale. Aspekter som er umiddelbart tilgjengelig i situasjonen, kommer til uttrykk i interaksjonen; i dette tilfellet at praksisansvarlig lege venter utenfor kontoret.

Både innledning og avslutning gjennomføres i tråd med konvensjonelle prosedyrer for konsultasjoner. Denne kommentaren i linje 12 og studentens respons på et pasientinitiert spørsmål forut for denne sekvensen (se eks.7.3) er imidlertid det eneste som ”røper” treningssituasjonen i denne samtalen. Pasienten kommer med et bekræftende ”ja” og ler litt (linje 13). Denne latteren tolker jeg som ansiktsbevaring fra hans side i og med at Mette et lite øyeblikk skifter ”footing” eller posisjon. Studenten bidrar med en ’pre closing’ (linje 14). Deretter kommer en takkesekvens i form av fem korte bekræftelser fra student og pasient, inkludert ønske om god bedring (linje 15-20). Mettes ”ha det godt” (linje 16) i likhet med at hun henviser til venterommet (linje 7) ser jeg som ”caring” snarere enn ”curing” av den typen medmenneskelig holdning sykepleiere gjerne fremviser. Takkesekvensen er for øvrig initiert av Patrick, noe som forsterker min fortolkning av ansiktsbevaring fra Patricks side overfor Mette, som for første gang i samtalen er posisjonert som ikke-fagperson. Deretter er samtalen avsluttet, og Mette følger pasienten til døra. Bekreftelser i form av en rekke taksigelser er gjerne siste element i en avslutningssekvens i hverdagsamtaler.

²¹ *Aspegren er en viktig samarbeidspartner for denne medisinerutdanningen. I Aspegren (1999) kommer det frem at han baserer mye av sine tanker rundt konsultasjons- og intervjueteknikker på Ivey (1994).*

“Eksempel 6.2 (SL 2) ”så da kommer du i dag for å ...”
(Medisinerstudent = Malin, Pasient = Per)

Malin og Per i denne dyaden forhandlet innledningsvis om hva slags situasjon de befinner seg. Denne forhandlingen startet etter studentens spørsmål ”hva kommer du for i dag?”, det vil si i overgangen fra innledning til dagsorden. Omtrent åtte og et halvt minutt ut i samtalen starter studenten med å oppsummere samtalen og markerer dermed at den nærmer seg slutten. Studenten knytter eksplisitt til innledningen ”hva kommer du for i dag?” gjennom å vende tilbake til en del av sin formulering: ”så da kommer du i dag for å få dosert Marevanen hovedsakelig”(linje 1, 2).

1. Malin: så da kommer du i dag for å få dosert marevanen du da?
2. [hovedsakelig]
3. Per: [ja] ²[H ja H]²
4. Malin: ²[mm]² har du snakket med (Røyen)? nei.=
5. Per: jo. snakka så vidt med henne og det- vi har et li:te problem
6. med at den var så høy den der verdien i dag
7. Malin: mm=
8. Per: ut i fra- det e litt rart ut i fra at vi har eh kjøre den samme
9. dosen som æ har gjort alltid
10. Malin: mm
11. Per: så::(.)så derfor så e:h så må vi få sjekka ut det da ka det e
12. for no.
13. Malin: mm
14. Per: .hja
15. Malin: men da ska du få snakke med henne. æ ska gå å hente henne eg=og
16. tusen takk for at du ville prate med meg, ((reiser seg))
17. Per: ja det var bare hyggelig. [så:]
18. Malin: [sk- vi se] takk skal du ha
19. ((tar i hånden))
20. Per: (>lykke t<) dokker e studenta (va det det)?
21. Malin: ja=
22. Per: ja. må ha lykke te med studian o:g
23. Malin: takk ska du ha ((idet hun går ut av rommet)) [(ja der e hun)]
24. Per: [.hja]

Malin referer med ”hovedsakelig” til den etterfølgende ordentlige konsultasjonen (linje 1,2). Det å oppsummere samtalen er i tråd med rådene studentene får i forhold til å avrunde samtalen med pasienten. Tanken bak dette rådet er at oppsummeringer regnes som en viktig ferdighet å beherske. I tillegg blir det understreket at oppsummeringen gir pasienten mulighet til å komme med sin versjon av møtet i form av å trekke fra eller føye til.

Det karakteristiske ved slike ”så-ytringer” er at de ikke initierer nye tema. Per aksepterer denne progresjonen (linje 3). Malin initierer imidlertid et nytt og urelatert tema på bane når hun spør om pasienten har snakket med Røyen, dvs. fastlegen sin (linje 4). Dermed markerer Malin en overgang til det som skal skje etter denne samtalen, og bringer samtalen enda nærmere en slutt. Samtidig markerer hun at dette er kommunikasjonstrening, uten at hun er eksplisitt på det punktet. Per svarer på spørsmålet med å beskrive med medisinsk

fagterminologi hva han og fastlegen skal snakke om (linje 5, 6, 8, 9, 11, 12), og fremstår som en ”ekspertpasient”. Studenten får her en underordnet rolle som adressat snarere enn hovedtaler. Pasienten inntar en posisjon som en som er der for å hjelpe og dette blir understreket ved at han inntar posisjon som ”ekspertpasient”. Dette tolker jeg som et innspill i forhandlingene om hva slags virksomhetstype deltakerne er i ferd med forlate.

Malin kommer med noe som ligner på en av de siste turene i en avslutning når hun sier at hun skal hente legen, reiser seg og takker for praten (linje 15, 16). Det å takke hjertelig for praten er ikke en typisk måte å avslutte en konsultasjon på, men henspiller snarere på måten man avslutter en hverdagssamtale på. Malin knytter for øvrig an til sitt initiativ i linje 4, og bringer samtalen nærmere en avslutning. Per aksepterer også denne progresjonen og sier det var hyggelig (linje 17). Malin takker på nytt (linje 18). Takksigelsene i denne sammenhengen tolker jeg som en implisitt måte å kontekstualisere møtet som agendabundet i den forstand at pasienten er der for å hjelpe studenten og ikke omvendt. Slike repeterende utvekslinger, eller et slikt nærhetspar, er vanlig når en samtale skal avsluttes.

Per kommer imidlertid ikke med siste replikk i avslutningssekvensen, men lanserer derimot et metaspørsmål: ”lykke t dokker e studenta va det det?” (linje 20). Dermed markerer Per eksplisitt hvem han og Malin er for hverandre før han går med på å avslutte samtalen. Per ser ut til å orientere seg mot Malins ”taksk skal du ha”(linje 18), og fremfor alt ”tusen takk for at du ville prate med meg” (linje 16). Pers metakommentar om samtalen (linje 20) kan også tolkes som en debriefing eller vurdering av samtalen. Malin svarer bekræftende ”ja” (linje 21). Per ønsker Malin lykke til med studiene, og befester situasjonen som kommunikasjons-trening (linje 22). Malin takker, går ut av rommet og finner tak i fastlegen ”ja der er hun”(linje 23). Malin benytter ikke muligheten å metakommunisere, men trekker seg fysisk ut av disse forhandlingene, og markerer at samtalen er slutt.

“ Eksempel 6.3 (SL 1) ”så da har vi for så vidt ganske lik ide om hva som kan være årsaken” (Medisinerstudent = Morten, Pasient = Petter)

Morten og Petter i denne dyaden hadde innledningsvis langvarige forhandlinger om hva slags virksomhetstype de deltar i. Som vi så i avsnitt om innledningfaser eks.5.4, så forhandlingene ut til å skyte fart etter at Morten spurte Petter om: ”hva kan jeg hjelpe deg med?” Deltakerne så ut til å komme til en foreløpig felles situasjonstolkning i innledningsfasen i det Morten spør: ”hva er det som plager deg?” Morten innleder avslutningssekvensen med å konkludere, og oppsummere hva som kan være årsaken til Petters psykiske lidelser: ”da har vi for så vidt ganske lik ide om hva som kan være årsaken” (linje 4,6). Rett forut for denne sekvensen har Petter forsøkt å oppsummere sin egen biografi i kronologisk rekkefølge fra barndommen og frem til i dag, og han avsluttet denne sekvensen med å peke på at han sliter med økonomien: ”det gjør jeg” (linje 1).²²”

²² *Sekvensen inneholder personlige karakteristikk som jeg av etiske årsaker mente var hensiktsmessig å ikke gjengi her.*

1. Petter: [det] gjør jeg. så det er en del ting da som jeg kan (.)
 2. Morten: mm
 3. Petter: ramse opp.
 4. Morten: ja så (.) da har vi for så vidt ganske lik
 5. Petter: @ ja @ @[@@ ja ja sant det @]
 6. Morten: [ide om hva som] kan være årsaken
 7. Petter: mm
 8. Morten: (.) ja. (.) °ja det har jo vært-° (.) ja nei det var eh veldig
 9. hyggelig å prate med deg [nå skal jeg gå og]
 10. Petter: [@@@]
 11. Morten: hente (.) Tone:
 12. Petter: (XX)=
 13. Morten: ja
 14. Petter: mm
 15. Morten: (skal prøve å snakke litt med henne nå)((reiser seg)) tusen
 16. takk ((tar i hånda))
 17. Petter: tusen takk for praten
 ((kamera slås av))

Petter avslutter oppsummeringen med å presupponere at han har en kompleks og sammensatt sykdomshistorie (linje 1). Det er litt uklart hva slags årsak Morten henviser til med sin innledende ytring. Jeg tolker det som at han underforstått peker på hva som er årsaken til Petters psykiske lidelser (og at han er der for å hjelpe ham) (linje 4, 6). Morten produserer med andre ord med en oppsummering hvor han forholder seg til innholdet i det Petter har sagt: ”så da”. Han gjør det på en måte som inviterer til bekreftelse eller benektelse fra Petters side (’så da-ytringen’ linje 4). Dette skiller seg fra den typen oppsummering man finner i reelle konsultasjoner, fordi legen ikke trenger å få bekreftelse av pasienten på sin tolkning eller diagnose.

Petter responderer med mye latter og: ”ja sant det” (linje 5). Petters latter kommer tidlig i Mortens ytring. Denne tolker jeg først og fremst som en type sjenanselatter hvor Petter forsøker å tone ned de private aspektene ved det han har fortalt. Det at han fortsetter å le kan tolkes som tegn på usikkerhet og forvirring av samme typen som oppsto innledningsvis. Morten fullfører ikke denne oppsummeringen, men går over til å oppsummere selve samtalen, sier at det var hyggelig å snakke med Petter, og at han skal hente Tone som er fastlegen (linje 8, 9, 11). En slik oppsummering av samtalen kan knapt regnes som vanlig i reelle konsultasjoner. Petter har for øvrig blitt lovt å få treffe Tone og det høres ut som at pasienten skal få belønning for å ha deltatt i treningssamtalen. Det at studenten ikke fullfører oppsummeringen, og den brå overgangen til å oppsummere hvordan det var å snakke med pasienten ser jeg på som et uttrykk for at sjangeren er problematisk, og at begge aktørene sliter med å definere situasjonen.

Morten tar mange pauser i turen, og ser ut til å lete etter ordene (linje 8, 9, 11). Dette tolker jeg som tegn på usikkerhet fra studenten sin side. Petters latter underveis kan tyde på at han er usikker og forvirret (linje 10). Ved å navngi fastlegen understreker Morten etter mitt syn implisitt at han ikke er fagperson, og at dette ikke er en reell konsultasjon. Denne avklaringen ser ut til å være en forutsetning for å kunne avslutte samtalen. Petter kommer med sitt første verbale initiativ og sier noe som kan virke som et spørsmål (linje 12). Dette initiativet utløser

en dobbel bekreftelse i form av ”ja” og ”mm” (linje 13, 14). Slike bekreftelser er også typiske avslutningsindikatorer.

Morten informerer om gangen videre, reiser seg og takker mens han tar Petter i hånden (linje 15, 16). Petter takker for praten (linje 17), noe jeg oppfatter som en respons til Mortens ytring i linje 8 og 9 ”veldig hyggelig å prate med deg”. Disse takksigelsene kan tolkes på flere nivå: for det første som et rutinisert mønster for å avslutte en samtale, for det andre kan ”tusen takk for praten” fra pasientens side henspille på at treningssamtalen har hatt en psykososial funksjon. Dette er for øvrig heller ikke en konvensjonell avslutning på en konsultasjon, men ligner heller den typen avslutninger man kan finne i private hverdagsamtaler (eller i samtaler med terapeut kanskje). Avslutningen skiller seg fra innledningen i denne dyaden ved at Petter forholder seg mer passiv og tar færre verbale initiativ enn han gjorde i starten av samtalen.

“ Eksempel 6.4 (SL 4) ”du må sikkert ha tenkt på mye rart når du har noe nedi magen” (Medisinerstudent = Markus, Pasient = Petra)

I denne dyaden forhandlet Markus og Petra innledningsvis om virksomhetstype (se eks 5.2). Pasienten kom med innspill og initiativ som dreide seg om å plassere situasjonen. Disse innspillene resulterte i en sidesequens eller avstikker fra hovedaktiviteten. Drøyt tolv minutter ut i samtalen kommer Markus med noe som ligner et initiativ til å avslutte: ” ja og undersøkelsen og sånn det kan vi ta etterpå men” (linje 16). ”

1. Markus: °mm° (0.5) °men eh° (.) er det ellers noe du lurere på? noe- (.)
2. du må sikkert ha tenkt på mye rart (når du har noe nedi magen)
3. (.)
4. Petra: ja æ tenke på mye rart men det forsvinner som regel når æ
5. liksom- når æ har sjansen til å spørre om det=
6. Markus: ja
7. Petra: så-(0.5) hm @@@
8. Markus: °ikke noe-°
9. Petra: nei
10. Markus: (0.5) ikke noe som detter inn
11. Petra: hm?
12. Markus: ikke noe som detter inn i hodet ditt?
13. Petra: nei
14. Markus: (0.5) nei
15. Petra: m:
16. Markus: ja. og undersøkelsen og sånn det kan vi ta etterpå men
17. Petra: ja
18. Markus: hvis ikke- Trond har du noe (.) nei (.) (XXX)bra fint det går
19. bra
20. Petra: hm?
21. Markus: fint det går bra (.)
22. Petra: [m]
23. Markus: [til å] være første gangen det er-
24. Petra: ja: overraskende [@@]
25. Markus: [ja] (.) nei jeg skal bare hente ho Anne så-

26. Petra: ja

27. Markus: så får du snakke med en ordentlig lege ((reiser seg))
((kamera slås av))

Forut for denne avslutningsmarkøren i linje 16 spør Markus om det ellers er noe Petra lurere på (linje 1). Denne ytringen projiserer også kommende avslutning, og er et eksempel på en pre-closing. Spørsmålet presupponerer at Markus har ekspertise, og at han er der for å hjelpe Petra. Markus inntar med andre ord en posisjon (footing) som fagperson. Etter å ha stilt spørsmålet føyer han til en slags begrunnelse for hvorfor han regner med at Petra lurere på flere ting: ”du må sikkert ha tenkt på mye rart når du har noe nedi magen” (linje 1, 2). Markus omtaler Petra verken som gravid eller som en med baby i magen, men tar i bruk formuleringen ”du har noe nedi magen”. Dette kan tolkes som en klosset, lite profesjonell uttrykksmåte, og som en potensielt intimitetstruende ytring. Markus posisjonerer seg som en jevnaldrende. Jeg opplever det som at Markus har problemer med å håndtere situasjonen, og det å opprettholde en distansert autoritetsbærende legerolle.

Petra bekrefter at hun tenker på mye rart, men at det forsvinner når hun har sjansen til å spørre om det (linje 4, 5). Deretter føyer hun til et ”så”, tar en pause og ler (linje 7). Dette ”så” og latteren tolker jeg som en måte å avslutte tema på. Det kan også tolkes som at hun ikke ønsker å snakke med en student om sine subjektive opplevelser i forhold til det å være gravid. Markus forfølger tema og spør: ”ikke noe” (linje 8). Petra responderer med et ”nei” (linje 9). Markus reformulerer sitt opprinnelige initiativ i linje 1 når han spør: ”ikke noe som dette inn i hodet ditt” (linje 10, 12). Denne uttrykksmåten presupponerer at Petra ikke har en klar agenda, og at dette er samtale mellom to jevnaldrende.

Deretter kommer en treleddet bekreftelse, noe som kan tyde på at temaet er avsluttet (linje 13, 14, 15), og at et nytt tema kan bringes på bane. Markus peker på hva som skal skje etter denne samtalen. Slike pekere er gjerne en ingrediens i avslutningssekvenser. I denne ytringa tar Markus i bruk en ”vi-konstruksjon”. Spørsmålet er hvilken ”vi” det er snakk om. Refererer Markus til seg selv som fagperson med sin referanse til at ”vi som helsepersonell tar undersøkelsen og sånn etterpå” (linje 16), eller er det en et inkluderende ”vi” med pasienten? Petra er tydelig informert om hva som skal foregå etter denne samtalen: ”ja” (linje 17). Markus henvender seg deretter til medstudenten som filmer, og spør om han har noe å spørre om (linje 16).

Det oppstår en liten pause, og Markus sier ’nei’, hvorpå det oppstår en ny pause og han føyer til: ”bra fint det går bra” (linje 19, 21). Dette ”nei” ser ut til å referere til at medstudenten ikke har noe spørsmål å stille, og kommentaren om at det går bra ser ut til å være en meta-kommentar til situasjonen. Det kom for øvrig frem i intervju med Markus at han fikk tilbakemelding på at han ikke burde trekke inn medstudenten i disse samtalen. Begrunnelsen for dette fra faglærers side, var i følge Markus at samtalen ble mindre autentisk når den studenten som betjener kamera, blir inkludert i samtalen. En annen grunn var at Markus måtte signalisere at dette var hans konsultasjon og ikke medstudentens. Denne raske avstikkeren ser ut til å forvirre Petra og hun spør: ”hm?” (linje 20). Markus presenterer deretter en slags oppsummering av samtalen og Petras tilstand som førstegangsfødende:

”fint det går bra til å være første gangen” (linje 21, 23). Dette tolker jeg som ingredienser for å kunne avslutte samtalen, og som en type ”formulation” hvor Petra kan bekrefte eller benekte både innholdet i ytringen og progresjonen. Petra aksepterer progresjonen med latter, og bekrefter Markus’ påstand: ”ja overraskende” (linje 24).

Latteren og Petras litt selvironiske kommentar i linje 24 tolker jeg som en måte å ivareta begges ansikt i et ukomfortabelt øyeblikk. I neste ytring markerer Markus eksplisitt at han ikke er fagperson når han sier at Petra skal få snakke med en ordentlig lege som han for øvrig navngir (linje 25, 27). Det ser ut til at det tvinger seg fram et behov fra Markus’ side i avslutningssekvensen til å kontekstualisere samtalen på metanivå. Slikt metasnakk ser ut til å være et viktig element for at studentene skal kunne bringe samtalen til en slutt. Som tidligere nevnt blir medisinerstudentene som inngår i dette studiet, anbefalt å ikke oppsummere samtalen med utsagn av typen: ”nå skal du få snakke med den ordentlige legen”. I stedet ble de oppfordret til å opptre som ordentlige leger selv ved å si: ”nå har jeg fått det jeg trenger”. Sistnevnte utsagn kan etter mitt syn sende ut tvetydige signaler med hensyn til status og rettigheter. ”Trenger” kan konnotere både læringsbehov og diagnostiseringsbehov, og på den måten forsterke samtalsens hybride karakter.

Jeg tolker hele denne sekvensen som at Markus har vansker med å finne en metode for å avslutte samtalen. Dette gir seg utslag ved at Markus veksler mellom tre ulike rammer på kort tid. Han iscenesetter både en ytre hverdagsramme, en utdanningsramme og en indre konsultasjonsramme. Disse rammevekslingene trer frem i interaksjonen ved at han gjør hyppige posisjonsskifter mellom å fremstå som henholdsvis fagperson, jevnaldrende og student. Samtalens hybriditet vekkes med andre ord til live idet deltakerne er i ferd med å avslutte den.

“ Eksempel 6.5 (SL 5) ”hvis jeg forstår deg riktig så kom du i dag for å få fortelle hva som plager deg” (Medisinerstudent = May, Pasient = Paul)

May og Paul hadde i innledningen en lengre forhandling om hva slags virksamhetstype de tar del i, og hvilken samhandlingsramme samtalen skal utspille seg fra (se eks 5.5). Disse forhandlingene oppstår etter at May stiller spørsmålet som markerer overgang fra innledning til dagsorden: ”ja hva kommer du for i dag?” Vendepunktet i innledningen av denne samtalen, hvor May og Paul ser ut til å ha en felles forståelsesramme av virksamhetstypen, kommer når Paul spør om han skal fortelle om sine plager. ”

1. May: .hja så hvis jeg forstår deg da riktig så kom du da i dag for å
2. @fortelle- fortelle meg hva som: plager deg (.) vil eh @@
3. [(kanskje det)]
4. Paul: [nei. æ kom] fordi at eh (.) du- dere skulle ha
5. kommunikasjonstrening og så e [det]
6. May: [ja]
7. Paul: opp til dere hva-
8. May: ja

9. Paul: [dere får ut av det]
 10. May: [ja men det] var vel det at- ja- du er innkalt eller ja- men du
 11. har da fortalt at du har hatt .h bekhterevs siden
 12. du var- fikk d- diagnos- diagnostisert det som nitten-
 13. nittenåring, [tjueåring]
 14. Paul: [°nitten tjue ja°]
 15. May: ja. og har hatt eh plager ved de:t siden og .h med det så har
 16. det også fulgt andre plager som du nevnte
 17. blant annet da den tinnitusen og det sk- skal du- [eh]
 18. Paul: [æ] vet ikke
 19. om det e bekhtereven men- men æ [har-]
 20. May: [nei]
 21. Paul: det- det e viktig for mæ å få gjort noe med=
 22. May: ja og du [kommer]
 23. Paul: [æ sk-]
 24. May: for på en måte å- for å få utredet det og under- få sjekka ut
 25. det
 26. Paul: ja: de:t (.) gjør æ vel itj akkurat i dag men [æ ska:]
 27. May: [nei okei]
 28. Paul: ta det med legen .hja=
 29. May: ja=
 30. Paul: mm
 31. May: (0.5) greit=
 32. Paul: det va det=
 33. May: ja=
 34. Paul: flott=
 35. May: mm. du kan- du skal sikkert bare-
 ((kamera slås av midt i setningen))

May starter i denne avslutningssekvensen med å oppsummere Pauls ærend og innholdet av det han har fortalt ("formulation"). Denne oppsummeringen innledes med markøren "så"(linje 1, 2, 3). Oppsummeringen er abstrakt og sier nærmest at pasienten har kommet til en konsultasjon rett og slett.

Paul kommer med noe som fremstilles som en alternativ forståelse av hva som har vært ærendet eller formålet med samtalen – nemlig å delta i "kommunikasjonstrening" (linje 4, 5, 7, 9). Dette presupponerer at Pauls kommunikative mål er å fortelle om medisinske og psykososiale problem for at May skal få møte pasient. Dermed vender partene tilbake til de forhandlingene de hadde innledningsvis om å avklare situasjonen og hvem partene er for hverandre (se eks 5.5). May forsøker å reparere den situasjonsdefinisjonen hun lanserte innledningsvis (linje 1-3) når hun presiserer at Paul er innkalt og går så over til å oppsummere hva han har fortalt henne (linje 10-13, 15-17). Underveis i oppsummeringen bidrar Paul med rettelser og presiseringer (linje 14, 19, 21).

May viser til plager Paul har i tillegg til bekhterevs sykdom – så som tinnitus (linje 15, 17). Paul bekrefter at plagen med tinnitusen er "viktig for mæ å få gjort noe med" (linje 21). May responderer med å omtale dette som Pauls ærend: "du kommer for å få utredet det" (linje 22, 24, 25). May utlover en belønning i form av utredning (linje 24, 25). Hun delegerer det hun regner som Pauls hovedærend til møte med "den ordentlige lege". May gjør således et poeng av at samtalen blir etterfulgt av en viktigere samtale. Treningssamtalens sekundære plass

minner sånn sett om sykepleierstudentenes treningsamtaler. Begge typene treningsamtaler kan regnes som sekundære og subsidiære virksomheter ved at de inngår i en serie med samtaler. I dette tilfellet betyr det at treningsamtalen blir etterfulgt av en autentisk konsultasjon.

Paul yter motstand mot studentens sammenfatning av at "tinnitus" har sitt opphav i bekhterevs (linje 19). Med dette utfordrer han også hennes faglige kompetanse. Han antyder videre at han har et genuint ønske om å få hjelp med dette problemet (linje 21). May svarer på dette ved å henvise til legen (linje 22, 24, 25). Paul peker på at dette ikke er hans ærend å få utredning i dag (han har et annet complaint), men at han skal ta det opp med legen (linje 26, 28). Med dette gjør Paul et eksplisitt poeng ut av hvilken kontekst de befinner seg i og at han ikke snakker med en fagperson. Dette tolker jeg som en påminnelse fra Pauls side om at May ikke har legitimert status til å diagnostisere eller foreslå behandling, og som en befestelse av situasjon og deltakerstatus. Denne replikkvekslingen utløser et raskt "ja" (linje 29) fra studenten og "mm" (linje 30) fra Paul, og en liten pause før May sier "greit" (linje 31).

"Greit" kan tolkes som en avslutningsindikator, men kan også tolkes som aksept fra Mays side til å delegere medisinske forklaringer til konsultasjonen med fastlegen. Paul behandler Mays tur som et initiativ til å avslutte når han sier: "det va det" (linje 32). Deretter kommer en trippel bekreftelse før May sier: "du skal sikkert bare" (linje 35). Kamera slås av midt i setningen. En sannsynlig fortsettelse er at Paul får informasjon om når han skal treffe fastlegen.

Denne avslutningssekvensen illustrerer etter mitt syn hvordan oppsummering og debriefing av samtalen kan utløse til dels motstridende situasjonstolkninger. Disse tolkningene av situasjon dreier seg om sentrale aspekter ved den kommunikative virksomheten aktørene befinner seg i. May og Paul forhandler bl.a. om Pauls kommunikative mål, og om hvilke emner som skal delegeres til samtalen med den "ordentlige legen". Dette siste har å gjøre med hvorvidt May kan sies å ha noen profesjonelle rettigheter og legitimert status.

Eksemplet illustrerer flertydighet i interaksjonen med hensyn til ramme. Virksomhetstypens flertydighet kommer til uttrykk i form av hybride trekk. Disse trekkene kommer særlig til overflaten i forbindelse med typisk rutiniserte passasjer som innledning og avslutning. Dess mer rutinisert, dess mer entydige rammer og rammevekslinger. Treningsamtaler kan ses som nye og ikke rutiniserte virksomhetstyper, hvor både rammer og virksomhetsroller er flertydige og uavklarte. Både innledningen og avslutningen i denne samtalen er preget av forhandlinger om virksomhetstype. May er implisitt og Paul er eksplisitt på sine virksomhetsroller. Det betyr imidlertid ikke at den ene er mer entydig enn den andre.

May kommer ikke med noen metakommentarer som markerer at hun går ut av sin fiktive rolle som lege. Samtidig er hun i sin oppsummering orientert mot en posisjon som student, ved at hun definerer plasserer samtalen i en kronologisk rekkefølge, hvor treningsamtalen blir etterfulgt av en autentisk konsultasjon. Oppsummeringen tyder på at May ikke er entydig med hensyn til hva slags virksomhetsposisjon hun inntar. Paul kommenterer på metanivå at han forholder seg til en annen ramme enn henne – nemlig kommunikasjonstrening. May velger å ikke kommentere metakommunikativt hvem de er for hverandre her og nå.

6.4 Avsluningsfasen i medisinerstudent-pasient-samtalen: oppsummering

I fire av de fem samtalerne gjør studentene et poeng i avslutningen av at de faktisk er studenter. I den samtalen der dette ikke er tilfelle gjør pasienten et poeng av at han har snakket med en student (eks 6.5). I denne samtalen forhandler student og pasient om hva som er virksomhetstypen. Disse forhandlingene fant også sted innledningsvis i den spesifikke samtalen. Studentene markerer at samtalen går mot slutten ved hjelp av en oppsummering. Disse oppsummerende kommentarene ser til å trigge et behov fra begge sider om en eksplisitt kontekstualisering eller debriefing av samtalen og situasjonen. Oppsummeringen berører situasjonens kompleksitet og mangfoldighet, og denne avklaringen av hva slags situasjon de har vært i, ser ut til å være en forutsetning for å kunne bringe samtalen til en slutt. Det er en tendens til at innledning og avslutning i de ulike dyadene ligner på hverandre. Dyadene tenderer mot å ha sine ulike karakteriske måter å håndtere situasjonen og den potensielle hybriditet på.

Samtale- betegnelse	oppsummering	respons	Kommentar Praktisk arrange- ment	Egentlig avslutning
SL 3	Sammenfatter det medisinske ærendet.	Signaliserer aksept og forståelse.	Henviser til samtale med 'ordentlig lege'.	Takkesekvens
SL 2	Sammenfatter det medisinske ærendet.	Signaliserer delvis aksept og overtar sammenfatting.	Henviser til samtale med lege.	Tvetydig takkesekvens
SL 1	Sammenfatter det medisinske ærendet.	Signaliserer usikkerhet og forvirring.	Takker for praten og henviser til fastlegen.	Tvetydig takk: -Rutinisert - For samtalen.
SL 4	Pre-closing: 'noe annet du lurer på? Opptrer som fagperson.	Bekrefter spørsmålets relevans og forsøker å avslutte temaet.	Forfølger spørsmålet. Trekker inn medstudent.	Henviser til 'den ordentlige legen. Studenten reiser seg
SL 5	Sammenfatter det medisinske ærendet.	Signaliserer motstand mot studentens tolkning av situasjon.	Studenten forsøker å reparere. Pasienten henviser til samtale med lege.	Ritualisert: 'greit' 'det va det'.

”Oppsummeringer” kan være flertydige i denne hybride situasjonen. Oppsummeringene kan på den ene siden være en sammenfatting av det medisinske problemet som pasienten ville snakke med legen om, og forutsetter en tolkning av situasjon som konsultasjon. På den andre siden kan ”oppsummeringen” være en sammenfatting av hvilken virksomhet samtalen har vært, og om dette har vært en bra eller dårlig samtale. Denne sekvensen blir gjerne avløst av noe som peker fremover mot en konklusjon og konsekvenser. I forhold til førstnevnte type oppsummering (sammenfatting av medisinske problem) peker oppsummeringen

fremover mot en diagnose og terapiforslag. Dette er en fortsettelse som ikke er tilgjengelig her. Dersom oppsummeringen er knyttet til en vurdering av samtalen og en overgang til noe annet, vil den peke fremover mot samtalen med den egentlige legen. Sistnevnte er den eneste mulige og realistiske avslutningen fra studentens side. Studentene ser ut til å holde fast ved den første virksomhetstypen. Fortsettelsen blir ofte en ren avslutning og ikke en vurdering av treningssamtalen. Takksigelsene avslutningsvis fremstår av denne grunn som hybride og som et tegn på uavklarhet.

Studentene har ikke høy nok legitimert status til å foreslå behandling eller sette diagnose. Flere av studentene pekte på dette som en begrensning og som en faktor som vanskeliggjør avslutningsfasen. Studentene blir imidlertid oppfordret av sine veiledere til å forfølge emosjonelle temaer. Det å presentere en årsaksforklaring på et medisinsk eller psykososialt problem er nært beslektet med å foreslå behandling – selv om det som i eks. 6.3 blir hengende i lufta. Studenten havner med denne ytringa i et kommunikativt dilemma. På den ene siden skal han få tak i en rikholdig psykososial sykdomshistorie som han i neste omgang skal oppsummere. På den andre siden skal denne oppsummeringen balanseres opp mot at han som student ikke har profesjonelle rettigheter og har lav status i den medisinske verden.

6.5 Kontekstualisering av virksomhetstype i avslutningssekvenser: Treningssamtaler mellom sykepleierstudent og pasient

Innledningssekvensene i sykepleierstudent – pasient interaksjonen viste at studentene på ulike vis forberedte pasientene på neste fase i samtalen, det vil si dagsorden eller ”comprehensive history taking” (innsamling av bakgrunnsdata). Dagsordensspørsmålet var av typen innhenting av basisinformasjon og ikke av typen hvordan-har-du-det-spørsmål som forekommer hyppig i konsultasjoner (”diagnostic history taking”, Stivers & Heritage, 2001). Introduksjonene i sykepleiematerialet følger for øvrig et ritualisert mønster slik Coupland et al (1994) skisserer denne fasen i interaksjonen. Grunnen til det er nok sannsynligvis at samtalerne er å regne for autentiske samtaler fordi de har praktiske konsekvenser for pasientene, selv om studentene får assistanse om noe skulle gå galt, eller at datainnsamlingen blir ufullstendig. Dermed er det grunn til å sammenligne treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient med autentiske innkomstsamtaler. Hvordan avslutter studentene? Hva skjer i student – pasient interaksjonen når studenten oppsummerer samtalen som helhet?

“Eksempel 6.6 (SIS 1) ”vi kan snakk om det etterpå”
(Sykepleierstudent = Selma, Pasient = Peter).

Innledningssekvensen i den innkomtsamtalen som følger var preget av metasnakk om samtalsformål og at samtalen inngår i et forskningsprosjekt (se eks 5.6).

Begge parter deltok aktivt i denne fasen. Etter at Selma har startet med å avrunde samtalen (linje 1), stiller Peter et oppklarings spørsmål som resulterer i en lengre sidesevens (jfr. Svennevig, 1999).

1. Selma: °sånn° .hja. nei men da har vi no gått igjennom he:le papiret
2. vi
3. Peter: °.hja° ((kremt)) altså det [her]
4. Selma: [°så-°]
5. Peter: blir brukt i opplæringa deres det no- dokkers det no?
6. Selma: (.) nei=
7. Peter: nei
8. Selma: (.) >det gjør itj det nei<=
9. Peter: °nei°
10. Selma: (0.5) så- [kan jo snakke med dæ-]
11. Peter: [det e bare (XX XX)]
12. Selma: vi kan snakke om det etterpå ((peker på kamera))
13. Peter: ja. (.) [ja]
14. Selma: [når] vi e ferdig med det her [no]
15. Peter: [ja]
16. Selma: så skal æ fortelle dæ litt [mer]
17. Peter: [ja]
18. Selma: .hja. så det- (.) mm nei men eh æ trur da vi e ferdig æ
19. Peter: javel
20. Selma: så (.) da så skal æ: vise dæ hvor du skal bo hen
21. Peter: jaha=
22. Selma: .hja være med dæ ut herifra=
23. Peter: javel=
24. Selma: ja=
25. Peter: takk for det=
26. Selma: ja (.) takk- sjøl takk no=
27. Peter: ja=
28. Selma: .hja
((Begge går ut av rommet))

Selma markerer at samtalen nærmer seg en slutt ved å slå fast: ”vi har no gått gjennom hele papiret så” (linje 1, 2, 4). Utsagnet markerer at møtet har hatt en tydelig agenda – nemlig å dekke temaene i journalen. I tillegg signaliserer ytringen at kjernevirksomheten har vært innsamling av bakgrunnsdata om Peter, omtalt av Stivers & Heritage (2001) som ”comprehensive history taking”. Jeg tolker dette avsluttende ”så” som et signal fra Selma om at hun er i ferd med å avslutte samtalen. Det kan også tolkes som en invitasjon til Peter om å si fra om han har noe han vil snakke om før de avslutter. Peter benytter anledningen til å stille et metas spørsmål, og utfordrer med det Selmas: ”altså det her blir brukt i opplæringa dokkers det no”? (linje 3, 5). Med dette tar Peter en avstikker fra det felles pågående prosjektet som er å avslutte samtalen. Peter ber om informasjon som i neste omgang er relevant for å kunne

bringe samtalen til en slutt (jfr. Svennevig, 1999). Det virker som at Peter tar sats for å stille spørsmålet. Slike avklarende spørsmål kan etter min mening være vanskeligere å stille i denne typen agendastyrt samtaler hvor gjerne ”no problem” svar er preferert.

Spørsmålet tyder på at Peter vil ha hjelp til å tolke situasjonen og om hvorvidt data-innsamlingen har konsekvenser for hans sykehusopphold eller er ment å bli eksklusivt brukt i utdanningsøyemed. Dette kan tyde på at Peter er usikker på om samtalen er å regne som en autentisk innkomstsamtale eller som primært treningssamtale. Selma tar en liten pause og sier ”nei”, og tar en ny pause før hun raskt føyer til: ”nei det gjør itj det” (linje 6, 8). Dette oppfatter jeg som en implisitt definisjon av situasjonen som autentisk innkomstsamtale. Peter kommer med et lavmælt ”nei” og noe som sannsynligvis er et svarforslag ”det e bare” (linje 9, 11). Her er de siste ordene ikke hørbare. Selma sier at de kan snakke om det etterpå, hvorpå hun peker på kamera (linje 10, 12, 14). Dette tolker jeg som et direktiv fra Selma til Peter om å ikke be om mer kontekstinformasjon nå. Linje 8, 10 og 12 kan tolkes som at Selma vil legge bort en del av samtalen, enten sykepleiersamtalen eller metapratet omkring innspillingen og debriefingen. Om det er det siste alternativet som hun peker på, nemlig å utsette metapraten, kan det tolkes som at Selma vil gjøre innspillingen til et ”rent” rollespill uten metaprat. Dette kan i så tilfelle sammenlignes med de tilfeller i Persson Thunqvist (2003) sin studie av simulerte jobbintervju, hvor prosjektlederen fastslår at vurderingen av det rollespilte jobbintervjuet gjøres i etterkant.

Selma sier at hun skal fortelle Peter mer etterpå – underforstått når kameraet er slått av. Selma har med andre ord mer business å utrette med pasienten utenfor treningssamtalen ”når vi e ferdig med det her no så skal æ fortelle dæ litt mer” (linje 14, 16). Dette (”det her no”) regner jeg som et eksempel på ”participant paradox” (Sarangi, 2002) hvor aktørene eksplisitt forholder seg til forskningsprosjektet og opptakssituasjonen. Peter aksepterer Selmas direktiv om å avvente tema om ”bruk av samtalen”, (linje 17) og hun avrunder tema med ”så det” (linje 18). ”Så det” tolker jeg som en referanse tilbake til at ”det her no” ikke er tema lengre. Peters ”ja vel” (linje 19) uttrykker aksept snarere enn enighet om at de skal avvente temaet som Peter brakte på bane. Dermed er sidesekvensen avsluttet og partene kan vende tilbake til sitt felles prosjekt som er å avslutte samtalen.

Selma slår fast at de kan avslutte (linje 18), hvorpå hun forteller at hun skal vise pasienten rommet hans (linje 20). Det å peke på hva som skal skje etter at samtalen er avsluttet, er en type informasjon som er beslektet med medisinerstudentenes henvisning til venterommet. Pasientens ”jaha” tolker jeg som et ønske om utdyping (linje 21). Selma utdyper med å si at hun skal være med Peter ut fra rommet (linje 22). Deretter kommer en dobbel bekreftelse (linje 23, 24). Peter ser ut til å takke for at Selma skal vise ham rommet (linje 24). Selma på sin side orienterer seg mot denne takksigelsen som en takk for praten, og benytter anledningen til å avslutte samtalen. Etter en utveksling på tre korte ytringer (linje 25,26,27) er samtalen avsluttet og begge forlater rommet. Selma kommer deretter inn og slår av kameraet, noe jeg tolker som en form for spill for kamera på linje med opptreden innledningsvis.

“Eksempel 6.7 (SIS 2) ”suppa ja”
(Sykepleierstudent = Sandra, Pasient = Peggy).

Sandra og Peggy beveget seg innledningsvis raskt fra innramming til dagsorden. Denne overgangen skjedde med metasnakk i form av informasjon fra Sandra om at denne samtalen skal brukes til forskning. Peggy fullførte Sandras setning, noe jeg tolket som et eksempel på at deltakerne rettet seg inn mot hverandre (alignment) gjennom å fullføre hverandres ytringer (collaborative completion, jfr Lerner, 2002). Deretter gikk de over på dagsorden. Samtalens innledning bestod ikke av de konvensjonelle elementene som gjerne er med i denne fasen av samtalen (Coupland et al, 1994). I løpet av samtalen har begge vært fokusert på journalen, og Sandra har foretatt en innsamling av bakgrunnsdata. Sandra og Peggy ser ut til å avslutte samtalen like effektivt som de innledet den (se eks 5.10). ”

1. Sandra: .hja nei men det [va]
2. Peggy: [ja]
3. Sandra: kjempefint AT Æ [FIKK LOV TE]
4. Peggy: [(snakkes vi)]
5. Sandra: DET
6. Peggy: ja [greit det ja]
7. Sandra: [@@@] SÅ KOMMER Æ HELLER TILBAKE TE DÆ ETTER EHM (.)-
8. ((Peggy reiser seg og begynner å gå ut))
9. Peggy: suppa ja=
10. Sandra: ja.=
11. Peggy: mm
12. Sandra: så kan du jo få lov til å se nyheter og-
13. Peggy: ja. (0.5) takk for det= ((på vei ut døra))
14. Sandra: greit

Sandra starter med å oppsummere samtalen: ”ja nei men det va kjempefint at æ fikk lov te det” – underforstått at hun fikk lov til å snakke med Peggy (linje 1, 3, 5). Denne ytringen har ikke de formelle trekkene av ”formulation”, som alltid er tematisk relatert (innhold), men snarere en metakommunikativ kommentar som er en potensiell (pre-) avslutning. Sandra inviterer Peggy til å kommentere samtalen som helhet, og benekte eller bekrefte progresjonen i samtalen. Jeg tolker det også som en takk til Peggy for at hun stilte opp til samtale med student. Peggy overlapper underveis med ”snakkes vi”, noe jeg oppfatter som en bekreftelse på progresjonen og en aksept av at samtalen blir avsluttet (linje 4).

Peggy peker mot noe som skal skje etter samtalen, og illustrerer at hun er aktivt med på å drive frem progresjonen. Peggy takker ikke tilbake på dette tidspunktet, men forholder seg til at hun har gjort Selma en tjeneste ”greit det ja” (linje 6). Sandra ler og starter med å informere Peggy: ”så kommer æ heller te bakte te dæ”(linje 7). Dette kan potensielt sett henspille på at de skal fortsette den autentiske innkomstsamtalen når Peggy skal få suppe, eller fortsette en eventuell evaluering i etterkant av rollespillet (jfr. forrige eksempel). På den annen side opptrer Sandra som en etablert sykepleier. Utsagnet referer til sykepleierens omsorgsansvar, som bl.a. innebærer å sørge for den enkelte pasients måltider. Det at studentene har ansvaret for pasienten i etterkant av denne samtalen, er etter mitt syn en

ressurs som bidrar til å gi dem legitimitet og autoritet i selve situasjonen. Peggy reiser seg og begynner å gå ut mens hun fullfører Sandras ytring – at hun blir hentet etter suppa (linje 9). Dette er et eksempel på collaborative completion.

Peggy tar et klart initiativ til å avslutte samtalen; deretter kommer en dobbel bekreftelse (linje 10, 11). Sandra føyer til at Peggy kan få se nyheter når Sandra har hentet henne (linje 12). Peggy takker på vei ut av døra (linje 13). Sandras ”greit” markerer en aksept om at samtalen er slutt og kamera blir slått av (linje 14). Dette ”greit” markerer også en enighet om hva som skal skje i etterkant. Denne avslutningen illustrerer at samtalen ikke er en avgrenset virksomhet, men at den inngår i en serie møter. Avslutningssekvensen i denne trenings-samtalen har ikke det samme ritualiserte preget som de øvrige samtaler med raske repeterende ytringer. Det er heller ikke forhandlinger om hvorvidt samtalen skal avsluttes. Begge deler tror jeg skyldes en inneforstått tone mellom Sandra og Peggy med hensyn til sjanger, og en felles forståelse av at de kan hoppe over typisk konvensjonelle elementer i innledning og avslutning fordi pasienten er sykepleier.

“ Eksempel 6.8 (SIS 3) ”det e bare æ som itj e så opptatt med å skrive”
(Sykepleierstudent = Susanne, Pasient = Pauline)

Denne treningsamtalen skiller seg ut fra de andre treningsamtalene fordi innledningen ikke består av preinteraksjonelle innramminger eller briefing som informasjon om samtalegang og formål, dessuten er denne samtalen mye lengre enn de andre. Den varer i til sammen førtiåtte og et halvt minutt. Susanne tok ikke i bruk de samme eksplisitte redegjørelsene innledningsvis som studentene i de andre treningsamtalene gjorde (se eks.5.9). Susanne har rett før denne avslutningssekvensen gjort et forsøk på å avslutte samtalen. ”

1. Susanne: .hja mm (.) neida vi har no kommet innpå mye her sjø=
2. Pauline: har vi det ja=
3. Susanne: jada
4. Pauline: @@[@]
5. Susanne: [@] men det e bare æ som itj e så opptatt med å skrive
6. Pauline: @ ja @=
7. Susanne: @@@[@]
8. Pauline: [de] sier sikkert det- æ skjønne ho Åse sier det hvis det e
9. no
10. Susanne: @@@=
11. Pauline: ja neida. (.) æ har no kjøpt mæ avi:s og
12. Susanne: ja,
13. Pauline: ska æ no lese på det her
14. Susanne: mm. (.) æ syns no vi har blitt litt bedre kjent og æ da=
15. Pauline: jada æ syns vi vart kjent med en gang [vi @@@@]
16. Susanne: [ja @@@]
17. Pauline: ²[syns æ ja]²
18. Susanne: ²[jada]² (.) æ ska slå av det her bortpå her da ((reiser seg))
19. Pauline: ja det må du gjør ja uff
((Susanne slår av kamera))

Samtalen har dekt mange temaer i forhold til Paulines tidligere sykdomshistorier og Susanne kommenterer dette i en generell betraktning om samtalen: ”ja neida vi har no kommet inn på mye her sjø” (linje 1). Dette tolker jeg som et initiativ til å runde av samtalen, og hvor Susanne ”fisker” etter om Pauline har noe mer på hjertet. Dernest tolker jeg Susannes utsagn som en metakommunikativ evaluering av hva de har oppnådd i løpet av samtalen – å dekke mange temaer.

Paulines kommentar i linje 2 tolker jeg som potensielt ansiktstruende, ved at den stiller spørsmål ved sannhetsgehalten i Susannes utsagn om at de har kommet inn på mye. Samtidig kan Paulines kommentar oppfattes som konverserende, og som en humoristisk metakommentar til at samtalen har vart lenge. Susanne orienterer seg mot Paulines ytring i linje 2 som om det er en observasjon av at hun ikke har notert ned det Pauline har sagt, ”men det e bare æ som itj e så opptatt med å skrive”. Hun inntar med det en posisjon (footing) som en fagperson som er mer opptatt av å lytte og samtale, enn av å skrive (linje 5). Dette utløser latter fra begge to (linje 6, 7). Denne latteren tolker jeg som en måte å tone ned alvoret i tematikken. Paulines neste replikk tolker jeg som både ansiktstruende og trøstende (reassuring) ”ho Åse sier det sikkert hvis det e no” (linje 9). Pauline refererer underforstått til at avdelingssykepleier (Åse) informerer legene som skal foreta operasjonen hvis det skulle være aktuelt, og ler litt (jfr. samtalens formål). Dette ser jeg som potensielt ansiktstruende, fordi Pauline impliserer at samtalen ikke har vært helt på alvor og at en etablert sykepleier kan samle inn nødvendig data før operasjonen.

Med dette rammer Pauline inn virksomheten som delvis gyldig og gjeldende, ved at Susanne kan få hjelp fra ekspert (Åse) hvis det er data som ikke er samlet inn. Susannes latter tolker jeg som en måte å ivareta begges ansikt på etter at det har kommet frem at Susanne ikke har notert noe særlig underveis (linje 10). Pauline tar et initiativ til å avslutte når hun sier at hun har kjøpt seg en avis som hun skal lese på (linje 11, 13). Dette tolker jeg også som en måte å orientere seg bort fra det ansiktstruende i situasjonen. Paulines kommentar kan tolkes som en type skifte av ”key”, eller rettere sagt endring av samtalens fokus og klima. Med det mener jeg et skifte fra en institusjonell ramme til en hverdagslig og konverserende ramme. Pauline flytter fokus fra oppsummering av treningssamtalen til hverdagslig småprat om hva hun skal foreta seg etter at samtalen er avsluttet. Det å henvise til noe som skal skje i den nære fremtid, er gjerne en ingrediens i avslutningssekvenser.

Susanne starter med å oppsummere selve samtalen og hvilken relasjonsstruktur de har skapt: ”æ syns no vi har blitt bedre kjent og æ da” (linje 14). Dette kan tolkes som en form for ”keying” – en transformering hvor samtalen om Paulines sykdomshistorie har fungert som et middel til å få kontakt og bli bedre kjent. Det kan også tolkes som en form for ”konversasjonalisering” hvor hverdagslige måter å snakke på blir trukket inn i institusjonelle sammenhenger (jfr. Fairclough, 1995). Konversasjonalisering, eller det å hverdagsliggjøre institusjonaliserte samtaler, kan være en kommunikativ strategi for å tjene helsefaglige og medisinske formål. Samtidig er utsagnet i tråd med anbefalingene studentene får om å bli kjent med pasienten på en slik måte at de legger grunnlaget for en vellykket datainnsamling (jfr. Travelbee, 1971).

Pauline uttrykker eksplisitt enighet med Susanne: ”æ syns vi vart kjent med en gang”, og ler (linje 15). Med dette er Pauline med på å produsere et samtaleklime preget av hyggelig prat og gjensidige bekreftelser. Jeg tolker latteren som en viktig ressurs i denne sammenheng. Paulines kommentar utløser latter fra Susanne, og en tredelt gjensidig bekreftelse (linje 16, 17, 18). Susanne orienterer seg mot kamera og sier: ”ska bare slå av bortpå her” (linje 18). På denne måten blir den lokale konteksten, nemlig kameraopptak, en ressurs for å kunne avslutte samtalen. Pasienten orienterer seg mot kamera og mot studenten når hun sier ”ja det må du gjør ja uff”(linje 19). Med dette uttrykker Pauline empati, og understreker at de har skapt en allianse. Deretter blir kamera slått av.

“ Eksempel 6.9 (SIS 4) ”Ska vi sei at det opptaket ble greit”
(Sykepleierstudent = Sylvi, Pasient = Perly).

Sylvi rammet inn samtalen innledningsvis i form av eksplisitte redegjørelser og beskrivelser av samtalsens helsefaglige funksjon og formål (se eks.5.8). Underveis har Sylvi ved en rekke anledninger knyttet metakommentarer til de spørsmålene hun har stilt. Rett før denne sekvensen har Perly spurt Sylvi om hun skal være tilstede under operasjonen, og Sylvi har forklart at hun ikke har vakt på det aktuelle tidspunktet. Overgangen til den egentlige avslutningen er relativt brå. ”

1. Sylvi: (0.5)°nei° ska vi sei at det opptaket ble greit?
2. Perly: ja vi må da tru det=
3. Sylvi: avslutte?
4. Perly: ja
5. Sylvi: @@
6. Perly: (får tru det da. at dere ble) hjelpen
7. Sylvi: .hja

Sylvi tar initiativ til å avslutte samtalen ved å oppsummere selve opptakssituasjonen (linje 1). Også i denne samtalen virker det som at kamera er en ressurs i å bringe samtalen til en slutt. Denne typen lokal sensitivitet opptrer gjerne i de mer ritualiserte fasene av samtalen, så som i innledning og avslutning. Sylvi markerer med sitt ”vi” en felles allianse og solidaritet med pasienten. Perly bekrefter den solidariske tonen som Sylvi legger opp til ”ja vi må da tru det” (linje 2). Sylvi føyer raskt til et spørrende ”avslutte?”(linje 3). Denne bruken av ettordsytring ”avslutte?” regner jeg som en innrammingsmarkør som signaliserer at de er i ferd med å avslutte en ikke-kompleks og entydig virksomhet.

Sylvi benytter ikke muligheten til å kommentere selve datainnsamlingen, og opptrer som om den kommunikative virksomheten primært er å bistå med forskningsmateriale. Sylvi opptrer på samme måte som hun gjorde innledningsvis ved å gå rett på sak. Situasjonen fremstår som entydig. Perly aksepterer progresjonen med et ”ja” (linje 4). Sylvi ler litt, og dette tolker jeg som et tegn på usikkerhet knyttet til hvordan hun skal avslutte (linje 5). Perly tar initiativ til å oppsummere samtalen som en treningssamtale ”får trur det da at dere ble hjelpen” (linje 6). Paerly gjør med dette et skifte fra ”vi” er fornøyde med opptaket til at ”dere fikk hjelp”.

Jeg regner dette skifte av pronomer som et signal om at virksomheten de er i ferd med å forlate er en treningssamtale. Denne ytringen presupponerer at Perly har vært til hjelp ved å stille opp, og at samtalen først og fremst har tjent sin hensikt som ledd i utdannings- og forskningsøyemed. Sylvi kommer med et bekræftende ”ja” på innpust (linje 7). Her slår Sylvi av kamera. En sannsynlig fortsettelse er en takkesekvens. Det at studentene selv slår av og betjener kamera er for øvrig en av de metodiske begrensningene ved prosjektet (se pkt om metodiske overveielser).

“ Eksempel 6.10 (SIS 5) ” Du va nu så grei og ordentlig”
(Sykepleierstudent: Stine, Pasient = Peder).

Stine og Peder har snakket sammen i fem minutter, og samtalen nærmer seg slutten. Innledningsvis tok Stine i bruk en rekke eksplisitte kontekstualiseringer hvor hun forberedte Peder på hva som skulle skje. Stine kommer med en rekke metakommentarer også avslutningsvis. ”

```

1. Stine: ja. nei men vet du æ syns at æ har fått vite det æ treng for at
2.      vi:(0.5) ska få gi best mulig pleie i hvert fall(.) så får æ nu
3.      håpe du sier i fra te oss hvis det e noe spesielle ønsker du har
4.Peder: jada. nei æ: har ikkje no spesielle ønsker det går sikkert bra
5.      det her her @[ ]
6. Stine:      [ja.]
7.Peder: @ det vil æ vel- @[ ]
8. Stine:      [ja] det e nu veldig s- det e nu et veldig
9.      enkelt inngrep i hvert fall så: det skulle no- . det e no
10.      sjelden at det blir noe(0.5)ekstra ut av det i hvert fall
11.Peder: ja.
12. Stine: mm.(.) nei men da da trur æ egentlig vi sier oss ferdig for det
13.      e itj no- det e da itj no å- mer å spørre om @
14.Peder: nei [ ]
15. Stine:      [ ]
16. Peder: @ neivel @
17. Stine: du va da så grei og (ordentlig) så det(0.5) da trur æ vi slår av
18.      da
((Stine slår av kamera))

```

Stine kommer med en oppsummerende metakommentar til samtalen (linje 1, 2, 3). Dette er for øvrig ikke en oppsummering av innholdet i samtalen og har heller ikke formelle trekk av oppsummering (’formulation’) i form av et innledende ”så da”. Stine legger heller ikke til rette for at Peder skal kommentere formuleringen. Peders replikk er et nytt spørsmål som peker framover, snarere enn en oppsummering (’formulation’). Jeg tolker dette som et situasjonsdefinerende innspill som tilskriver virksomheten en klar agenda. Samtidig blir virksomheten plassert i en serie møter og ikke som en avgrenset virksomhet gjennom at Peders ønsker kan formuleres ved en senere anledning. Linje 2 og 3 kan også tolkes som en ”pre-closing offer” i denne samtalen.

Det vil si at Stine annonserer på forhånd at avslutningen på samtalen nærmer seg. Schegloff & Sacks (1973) refererer til slike annonseringer som første del i en pre-sekvens, og hvor responsen gjerne er ”nei”.²³

Peder tar imot invitasjonen og svarer: ”jada nei æ har ikkje no spesielle ønsker det går sikkert bra det her her”, hvorpå han ler (linje 4, 5). Dette tolker jeg som en eksplisitt forsikring både om at samtalen dem imellom går bra, og at inngrepet vil gå bra. I tillegg tolker jeg det som et klarsignal til å avslutte samtalen og hvor Stine blir oppfordret til å fortsette med produksjonen av kjernehandligna, nemlig å sette i gang avslutningssekvensen. Stine overlapper latteren med ”ja” (linje 6). Peder ler, og sier ”det vil æ vel” og ler mer (linje 7). Denne latteren tolker jeg som en måte fra Peders side å tone ned alvoret i situasjonen, og det forstående inngrepet. Det er usikkert hva Peder er i ferd med å si, men jeg regner det som sannsynlig at det er en kommentar til inngrepet i galleblæra. Mange av disse treningssamtalene har mye latter i avslutningsfasen (jfr Adelsvård, 1989 om latter som avslutningssignal).

Stine velger å ikke direkte avslutte, men starter med å informere om inngrepet (linje 8, 9, 10). Peder har potensielt introdusert dette emnet i linje 4. Stine inntar gjennom denne informasjonen om den påfølgende operasjonen en posisjon som profesjonell og ekspert, og hun delegerer ikke emnet til en sykepleier eller eventuelt en lege. Peder stiller ikke oppfølgingsspørsmål, og signaliserer med dette at han er klar for å vende tilbake til kjernehandligna, å avslutte samtalen (linje 11). Stine drar litt på det, tar en liten pause og sier ”nei men da”, tar en ny pause og sier med et par avbrytelser av seg selv: ”da trur æ egentlig vi sier oss ferdig for det e itj no det e da itj no å mer å spørre om” og avslutter med latter (linje 12, 13). Hun befester med dette situasjonen som datainnsamling hvor hun stiller spørsmål som profesjonell, og hvor Peder bidrar med informasjon. Stine gjentar i linje 12 og 13 sin ”pre-closing offer” fra linje 2 og 3. Peder aksepterer på nytt progresjonen og situasjonsdefinisjonen, og ler med (linje 14). Stine overlapper med latter. Peder benytter ikke anledningen til å bekrefte eller benekte Stines utsagn, og avventer å avslutte samtalen med sitt ”neivel”.

Stine kommer med en metakommentar når hun sier: ”du va da så grei og ordentlig så det” (linje 17). Metakommentaren presupponerer en asymmetrisk relasjon i den forstand at pasienters klarhet og tydelighet kan evalueres og kommenteres i en oppsummering. En tilsvarende karakteristikk fra Peders side ville derimot ha vært påfallende og ansiktstruende overfor studenten. Det ville med andre ord virket asymmetrisk på en dysfunksjonell måte. Jeg oppfatter ikke Stines metakommentar som ansiktstruende eller dysfunksjonell, men snarere som et funksjonelt alternativ til en takkesekvens.

Denne ytringen ser ut til å erstatte en eventuell takkesekvens, og kan forstås som en ivaretagende måte å avslutte samtalen på. Dette er etter mitt syn et eksempel på at helsepersonell og kommende helsepersonell både har noen institusjonelle og profesjonelle muligheter og begrensninger i samtalen (Sarangi & Roberts, 1999). Mulighetene består i dette tilfellet av å skape progresjon på en måte som ivaretar pasientens ansikt. Begrensningene

²³ Nofsinger (1991) gjør for øvrig et skille mellom det han kaller ”preclosing sequence” og ”terminal sequence”.

i forhold til denne sekvensen i samtalen er at Stine verken kan be om eller forvente en karakteristikk av sin egen kommunikative atferd. Stine viser etter mitt syn produktiv makt i denne sekvensen ved at hun bidrar til at Peder mestrer situasjonen.²⁴ Stine orienterer seg mot kamera og bruker dette som en ressurs i forhold til å avslutte samtalen: ”da trur æ vi slår av da”. Studenten reiser seg og slår av kamera.

6.6 Avslutningsfasen i sykepleierstudent-pasient-samtalen: Oppsummering

I fire av de fem samtale som utgjør empirien fra sykepleierutdanningen, kommenterer studentene avslutningsvis at samtalen er tatt opp på video. Det å kommentere at de skal slå av kamera eller lignende er en tydelig avslutningsindikator i disse samtale, og et typisk eksempel på ”lokal sensitivitet”. Det er også relatert til selve innspillings- og forskningsvirksomheten. Avslutningene ser ut til å være ritualiserte med en rekke bekreftelser og latter. Adelsvård (1989) peker på latter som et tilbakevendende avslutningssignal i institusjonelle samtaler. Typiske avslutningsindikatorer i disse dyadene, er latter og å kommentere noe i den ytre situasjonen. Avslutninger forberedes gjerne med grensemarkøren ”ja nei”, og jeg regner disse som beslektet med ”greit”, ”vel”, ”ok”. Disse ytringene bidrar ikke substansielt til forrige tema og initierer heller ikke et nytt emne, men markerer en grense fra hovedaktiviteten til avslutning og initiativ til (pre-) avslutning (Button, 1987).

Det er primært sykepleiestudentene som kommer med grensemarkerende innspill og pasientene aksepterer å avslutte. Den femte samtalen er mindre ritualisert, og preget av collaborative completion. Det vil si at pasienten bidrar med mer enn svar og er aktiv med hensyn til å avslutte samtalen. Avslutningene består gjerne av metakommunikative vurderinger av samtalen som helhet: ”da har vi gått gjennom hele papiret”, ”kjempefint at æ fikk lov te”, ”vi har no kommet inn på mye her”, ”ska vi sei at opptaket ble greit”, ”æ har fått vite det æ treng for at vi ska gi dæ best pleie”. Disse oppsummeringene bidrar på ulike vis til at partene kommer til en overenskomst og kan avslutte samtalen.

²⁴ Det er for øvrig et par ord inne i denne ytringen som jeg ikke får fatt i.

Samtale- betegnelse	Agenda formulering.	Respons.	Praktisk arrange- ment.	Egentlig avslutning
SIS 1	”Ja nei men da”. Metakommunikativ evaluering: Fått tilstrekkelig informasjon.	Ber om avklaring av situasjon.	Avviser metaprat om situasjon. Henviser til hva som skje etter samtalen.	Takkesekvens.
SIS 2	”ja nei men det”. Metakommunikativ evaluering: Takker for deltakelse. Pre-avslutning	Signaliserer aksept.	Latter. Henviser til hva som skal skje etter samtalen.	”greit”.
SIS 3	”Ja nei da” Metakommunikativ evaluering: dekt mange temaer.	Signaliserer motstand.	Latter. Pasienten peker fremover. Studenten oppsummerer relasjonsstruktur.	Signaliserer enighet. Kommenterer kamera.
SIS 4	Metakommunikativ evaluering: kommenterer opptaket.	Signaliserer enighet.	Ber om aksept til å avslutte. Latter Pasienten kommenterer treningssituasjonen.	Kamera er slått av.
SIS 5	”ja nei” metakommunikativ evaluering: tilstrekkelig informasjon for å gi god pleie.	Signaliserer aksept og forståelse.	Gjentar evaluering. Latter. Evaluerer pasientens tydelighet og klarhet.	Kommenterer kamera.

I disse treningssamtalene oppstår ikke samme mulighet for oppsummering i avslutningsfasene, som det gjør for medisinerstudentene. Tabellen er organisert rundt det som skjer forut for og etter et sentralt kommunikativt prosjekt i avslutningsfasen, nemlig metakommunikativ evaluering. Denne evalueringen ser ut til å være knyttet til et dobbelt og til dels motstridende formål for samtalen. Studentene presenterer en agendaformulering som dreier seg om at studenten har fått det han eller hun trenger. Dette ”trenger” kan være knyttet til formålet med å ha fått tilstrekkelig informasjon, og det kan være knyttet til formålet med å ”bli kjent”. I noen tilfeller kan agendaen være uklar og gi inntrykk av at evalueringen dreier seg om samtalen som ”forskningmateriale” (”får tru dokker ble hjelpen”) eller som ”treningmateriale” (”altså det her blir brukt i opplæringa dokkers?”).

Kapittel 7

7 Analyse av hovedaktiviteten: Treningssamtaler mellom medisinerstudent og pasient

Innlednings- og avslutningssekvenser er egnet for å utforske hvilke metoder aktørene tar i bruk for å henholdsvis etablere og avvikle de to kommunikative virksomhetstypene som inngår i studien. Disse fasene er også interessante med tanke på at deltakerne påvirker (innledningsvis) og blir påvirket (avslutningsvis) av dialogens forløp i kjernevirksomheten/hovedaktiviteten. I hovedaktiviteten vil det derfor være fruktbart å studere om forhandlingene innledningsvis påvirker forløpet (hovedaktiviteten), og om det eventuelt er noe i forløpet som bidrar til å komplisere avslutningen.

Innledningssekvenser er spesielt interessante med tanke på å utforske hvordan aktørene søker å etablere en plattform å samhandle ut fra innenfor en kompleks samtalekontekst. Avslutningssekvenser er interessante i forhold til å undersøke hvordan aktørene vurderer den plattformen de er i ferd med å forlate. I dette kapitlet skal jeg se nærmere på hva som manifesteres i hovedaktiviteten. Dette er særlig interessant med tanke på hvordan aktørene utfører kjerneaktiviteten parallelt med en annen aktivitet.

7.1 Hybridisering og rammetvetydighet

Sekvenser fra hovedaktiviteten er valgt ut med bakgrunn i to kriterier. Det ene kriteriet er bevegelse inn og ut av rammer, og det andre kriteriet er å ta rede på eksempler hvor jeg mener samtalsformatet slik den kom til syne innledningsvis blir gjenspeilet i samtals hovedaktivitet. Jeg skal bruke eksempler fra treningssamtalene mellom medisinerstudent og pasient som fyller begge disse kriteriene, og utforske sammenhengen mellom innledningsstruktur og rammeveksling i hovedaktiviteten.

I materialet støter jeg på en del ulike typer etiske problemstillinger knyttet til samtaler. Noen har med kommunikasjonstreningens struktur å gjøre, andre har med studentenes evne til å håndtere ulike utfordringer som oppstår i samtaler. Underveis i analysene kommer jeg til å trekke inn aspekter ved kommunikasjonstreningens struktur, så som praktisk organisering og kommunikative råd, der jeg regner det som vesentlig.

- Hvordan beveger deltakerne seg inn og ut av ulike rammer i samtals hovedaktivitet og hva er det ved innledningssekvensen som gjenspeiles i hovedaktiviteten?

“Eksempel 7.1 (SL 1) ”Hva kan du gjøre for å hjelpe meg med det?”
(Medisinerstudent = Morten, Pasient = Petter).

I dyaden som eksemplet under er hentet fra, forhandlet Morten og Petter innledningsvis om hva slags ramme den kommunikative virksomheten skal utspille seg i (se eks. 5.4). Aktørenes situasjonstolkninger var motstridende, og knyttet til ulike rammer for samhandlingen. I eksemplet har aktørene nettopp beveget seg over i hovedaktiviteten og konsultasjonsrammen. Petter veksler tilbake til utdanningsramma i linje 25 i det han returnerer det allmenne spørsmålet som studenten stilte helt innledningsvis: ”hva kan jeg hjelpe deg med?”.

1. Morten: ²[hva-]² hva er det som plager deg? °kan vi jo eventuelt ta
2. først°
3. Petter: jo jeg e veldig plaga med depresjoner
4. Morten: mm
5. Petter: veldig sånn opp og ned i: (.) dagliglivet, veldig sånn eh- (.)
6. ja det skifter ifra- (.) ifra::: topp til bunn (.) i
7. løpet av veldig kort tid, (.) og da e det veldig sånn eh- ja
8. jeg vet ikke hva som gjør det
9. Morten: nei
10. Petter: og de:t- >nei det e vel litt< eh- litt vanskelig for meg (.)
11. selvfølgelig (.) i lag med med familie og venner- å være i godt
12. humør og plutselig så snur jeg helt om. da blir jeg litt sånn
13. utrygg på meg sjøl og blir selvfølgelig redd (.) for hva som
14. kan gjøre det. så da: mm (.) det er det som plager meg da så
15. altså (.) at stemninga skifter så fryktelig
16. Morten: mm
17. Petter: så eh (0.5) da e det litt eh (.) ja (1)ja jeg blir rett og
18. slett utrygg og (0.5) får e:h (0.5) tunge tanker i den:- den
19. sammenheng
20. Morten: mm
21. Petter: på grunn av det, (.) og det gjør meg veldig usikker tilværelsen
22. får en slags- tenker litt framover- hva- får det som en kalle:r
23. eksistensiell angst
24. Morten:mm
25. Petter: eh og da- (0.5) ja. hva kan du gjøre for å hjelpe meg med det?
26. Morten: mm
27. Petter: sant
28. Morten: (0.5) men du sier tunge tanker- hva:- hva legger du i det?
29. Petter: ja tanken på å gjøre slutt på meg sjøl

Morten spør Petter om hva som plager ham (linje 1, 2), og føyer til en metakommentar: ”kan vi jo eventuelt ta først”. Morten kom med en tilsvarende metakommentar i innledningen, og også her fortøner den seg kunstig og litt rollespillaktig. Petter gir et utfyllende svar som strekker seg over flere turer (linje 3, linje 5-8, linje 10-15, linje 17-19, linje 21-23). Han forteller om depresjonen som gjør at humøret går opp og ned og at han sliter med eksistensiell angst. Dette ser ut som ganske nøytrale formuleringer. Morten kvitterer med å oppfordre Petter til å utdype ved hjelp av miniresponser (linje 4, 9, 16, 20, 24). Hele denne sekvensen er i tråd med konsultasjonen (linje 3-24). Morten gir Petter rom til å fortelle ved

å opptre som en lyttende terapeut, og samtalen har forløpt som en type ”diagnostic history taking” med utgangspunkt i problemundersøkende spørsmål og svar. Dette formatet ble etablert allerede i innledningsfasen, hvor Petters ærend skulle formuleres.

Petter veksler potensielt ramme ved å stille et metaspørsmål (linje 25). Han knytter an både lokalt til fortellingen i sak, og ikke-lokalt til det han selv sa i innledningssekvensen. Med dette metaspørsmålet tar Petter opp igjen problemstillingen om hva slags situasjon deltakerne befinner seg i, og hvem de er for hverandre. Spørsmålet kan forstås som situasjons-definitivisk flertydig. For det første kan det forstås som et avslag på å besvare det spørsmålet studenten stilte helt innledningsvis, og for det andre som et retorisk spørsmål: ”kan noen hjelpe?” Dette kan forstås som en hybrid innramming av virksomheten – det vil si både som konsultasjon og treningssamtale.

Jeg tolker det som at Petter potensielt skifter fra en konsultasjonsramme til en utdanningsramme, eller til allmenn mellommenneskelig ramme, og videre at handlingen ser ut til å foregå på to nivå her, og at virksomhetstypen ikke er entydig og avklart for aktørene. For det første yter Petter motstand mot at Morten kan hjelpe ham som pasient, og utfordrer den relasjonsstrukturen Morten la opp til innledningsvis – nemlig at han kan hjelpe pasienten. For det andre snakker pasienten om reelle helsemessige plager av en sammensatt karakter, og spørsmålet kan tolkes dit hen at det er hypotetisk. Det vil si et spørsmål hvor adressaten ikke nødvendigvis skal svare men snarere lytte til et uttrykk for frustrasjon. Det at Petter gjentar spørsmålet med et slikt følelsesmessig engasjement, kan også tolkes som et forsøk på å avslutte tema, eller å få Morten til å tre ut av rollespillrammen og gi en reell respons. Et slikt spørsmål kan også tenkes å ha vært et rammebrudd i en virkelig lege-pasient-samtale, ved at pasienten knytter an til en eksistensiell menneske-til-menneske-diskusjon.

Petter ser ut til å aktualisere både en konsultasjons-, mellommenneskelig- (hverdagslig) og en utdanningsramme med denne språkhandlingen, i dette tilfellet ”embedded hybridity” etter som bidraget i linje 25 kan tolkes som del av flere rammer samtidig. Dette er et eksempel på ulike ”lag” (layering) i kommunikasjonen – nærmere bestemt en ramme inne i rammen (Clark, 1996; Linell & Persson Thunqvist, 2003). Lagene trer konkret frem i interaksjonen gjennom pasientens ytring. For det første i form av et problemundersøkende svar som aktualiserer et problemundersøkende format (”diagnostic history taking”), og hvor deltakerne befinner seg på et legekontor (konsultasjonsramme). For det andre i form av en tilbakevendende problematisering av selve situasjonen aktørene befinner seg i som deltakere i kommunikasjonstrening ved en medisinerutdanning (utdanningsramme). Dette bidrar til en flertydighet i situasjonen som kan skape misforståelser og kanskje irritasjon. Morten benytter ikke sjansen til å komme med en metakommentar, men anerkjenner bidraget som en del av konsultasjonen og stiller et nytt spørsmål. Petter svarer og begge er tilbake i konsultasjonsrammen.

“Eksempel 7.2 (SL1) ”Jeg spør igjen hva kan du gjøre for å hjelpe meg”.
(Medisinerstudent: Morten, Pasient: Petter)

Et stykke lengre ut i den foregående samtalen forteller Petter litt om hvordan depresjonen forløper, og han har blitt spurt om det er flere i familien som har hatt depresjon. Petter sier han har hatt mistanker om det. Morten spør om det er noen som har begått selvmord, og det kommer frem at det er noen som har prøvd på det. Samtalen har vart i drøyt åtte minutter, og Morten prøver å finne ut hvor nært slektskap det er mellom pasienten og den som prøvde å ta livet sitt : ”

1. Morten: hvor nært i familie er det?
2. Petter: (0.5) det vil jeg helst ikke sva[re på]
3. Morten: [nei]
4. Petter: så:
5. Morten: mm
6. Petter: så: m: (.) de:t-
7. (4s)
8. Petter: ja.=
9. Morten: mm
10. Petter: men hva- jeg spør igjen jeg- hva kan du gjøre for å hjelpe meg?
11. Morten: ((innpust))
12. Petter: @@ [@]
13. Morten: [det] er veldig vanskelig først er det jo(0.5) jeg vet ikke
14. prøve å få kartlagt årsaken det er også veldig vanskelig vet
15. du noe selv når dette begynte?
16. Petter: åj det må være e:::h (.) veldig mange år tilbake i tid
17. Morten: mm
18. Petter: ehm (0.5) tja (.) det kan være (1) ja ti år tilbake i-
19. Morten: ti år ja=
20. Petter: ti femten år tilbake i tid
21. Morten: mm
22. Petter: e::hm ja (.) det e ikke godt å vite hva- og når jeg tenker
23. tilbake sånn så vet jeg heller ikke hva- (0.5) jeg kan ikke
24. huske hva som kan være årsaken
25. Morten: nei
26. Petter: det kan ikke jeg huske. at det kan være et eller annet som har
27. skjedd som utløsende faktor at jeg er kommet
28. inn i en depresjon det vet jeg ikke de:t-
29. Morten: mm
30. Petter: det er sånn usikkert. det er veldig vagt akkurat det

Petter yter motstand mot Mortens spørsmål (linje 2), og det kommer en trippel bekreftelse (linje 3-5) som jeg tolker som et signal på at tema skal avsluttes, eller som et eksempel på at deltakerne ikke er rettet inn mot hverandre (misalignment). De neste turvekslingene oppfatter jeg som et ukomfortabelt øyeblikk i samtalen (3-9). Det oppstår en lengre pause på 4 sekunder (linje 7). Etter et par turer med ny bekreftelse (linje 8-9) vender Petter tilbake til det uavklarte og potensielt dramatiske spørsmålet: ”jeg spør igjen jeg hva kan du gjøre for å hjelpe meg?” (linje 10).

På samme måte som i det foregående eksemplet oppfatter jeg dette spørsmålet som en flertydig situasjonsdefinisjon. Petter unnlater å svare på spørsmålet fra Morten (linje 1), reiser et retorisk spørsmål, og flere rammer samtidig. Hva spør Petter om? Er det: Hva kan du som student gjøre for å hjelpe meg? Eller: Hva kan noen som helst lege gjøre for å hjelpe en pasient (medmenneske) med et såpass komplekst problem? Jeg tolker spørsmålet som todelt med flere mulige rammer: konsultasjonsramme, treningsramme og hverdagsramme. Mortens svar tolker jeg også som flertydig med hensyn til ramme (linje 13-15). Hva er det som er vanskelig? Er det en anerkjennelse av en sammensatt psykisk lidelse som sådan, eller er det en innrømmelse av manglende kunnskap fra en student?

Morten benytter ikke muligheten til å metakommunisere, og beholder begge tolkningsmulighetene i det han stiller et nytt spørsmål til pasienten (linje 14, 15). Dette er for øvrig ikke et entydig spørsmål til pasienten, men kan også tolkes som en anerkjennelse av pasientens komplekse sykdom. Petter knytter an lokalt til sykdomsfortellingen i sitt svar (linje 16) og de er tilbake i konsultasjonsrammen (linje 17-20). I de neste turene ser Morten ut til å opptre som en aktivt lyttende terapeut, hvilket er i tråd med læringsidealene (jfr. pkt 1.4.2). og med det formatet som studenten innledet med. Dette kan også tolkes som en student som har kommet på defensiven.

I intervju med Morten kom det frem at han på forhånd fikk beskjed fra ansvarlig faglærer om å være forsiktig med hvilke spørsmål han stilte Petter, fordi det var en del ting denne pasienten ikke ville snakke om. Morten la i intervju vekt på at han tok i bruk teknikken ”å holde pausene”. Grunnen til dette var at studentene ved det aktuelle medisinerstudiet lærer at denne teknikken er effektiv for å få en pasient til å snakke. Petter sa i etterkant at han ville ha foretrukket at studenten hadde lest journalen hans på forhånd for å slippe å fortelle vanskelige ting.

I intervju med Petter kom det frem at han syntes studenten var god å snakke med, flink til å lytte men at Morten virket usikker og stilte irrelevante spørsmål. Spesielt reagerte Petter på at Morten innledningsvis spurte ”hva kan jeg hjelpe deg med?” I diskusjonen av innledningssekvensen i kapittel 5 fant jeg at dette spørsmålet utløste multiple rammer og forhandlinger om situasjonsdefinisjon. Dette var det for øvrig det siste spørsmålet Petter hadde ventet seg, og han lurte på hva han skulle svare på dette, og hvordan han kunne lage en sykdomshistorie uten å slippe studenten for tett inn på seg. I tillegg sa Petter at det var ham selv som drev samtalen og ikke studenten.

Morten sa på sin side det var en veldig vanskelig samtale nettopp fordi han på forhånd fikk beskjed om at Petter ikke ville snakke om en rekke ting, og at han måtte være forsiktig med spørsmålene. Morten følte seg bundet, vag og lite tydelig fordi han ikke kunne stille de spørsmålene han ville. Etter min mening er Morten frarøvet muligheten til å utøve produktiv makt i utgangspunktet, fordi situasjonen er så vidt uavklart.

“Eksempel 7.3 (SL3) ” Det kan itj æ avgjøre...”
(Medisinerstudent = Mette, Pasient = Patrick)

Patrick og Mette har opptrådt underveis i samtalen som om de deltok i en reell konsultasjon (se eks 5.1). Mette har gjennomgående stilt spørsmål som er i tråd med en vanlig konsultasjon. Hun har spurt om hvordan ulykken skjedde, hva slags type smerte han har, hvordan smerten fortonet seg rett etterpå, om pasienten har vært på jobb etter ulykken, hvorvidt han har hatt problem med kneet tidligere, hva han ønsker skal bli gjort, og om han har tatt smertestillende. Rett før sekvensen under har Mette spurt om hvor i kneet det gjør vondt. Samtalen har vart i ca. fire minutter, og det kommer et rammeskifte i linje 19 og 20 når Mette innrømmer sin manglende medisinske kompetanse i forbindelse med fysisk undersøkelse av kneet. ”

1. Mette: .hja(0.5) mm . e::h hvor lenge har du vært i Norge?
2. Patrick: eh cirka fire år
3. Mette: fire år=
4. Patrick: ja
5. Mette: snakker nå veldig godt norsk
6. Patrick: m: ikke så verst @@=
7. Mette: ja: det må æ si
8. Patrick: m
9. Mette: mm og du kommer i fra?
10. Patrick: fra midtøsten
11. Mette: mm=
12. Patrick: m
13. Mette: ja. har du familie d- her eller?=
14. Patrick: ja jeg bor med familie
15. Mette: mm. hele familien?
16. Patrick: hele familien=
17. Mette: mm. synes du det er greit å være i Norge?
18. Patrick: ja. æ trives [@@]
19. Mette: [mm] .hja . det e nå fint. e:::hm æ tippe:: Eva må
20. ta en kneundersøkelse på dæ for å se
21. Patrick: ja
22. Mette: hva det kan være men kan du tenke deg å brette opp så æ bare får
23. se?
24. Patrick: ja ((P bretter opp, M ser på kneet)) (4s)
25. Mette: det e >akkurat her du har vondt?< ((peker))
26. Patrick: her [ja]
27. Mette: >[du har] vondt når du klemmer og eller?<
28. Patrick: ja=
((30 linjer utelatt))
58. Mette: mm(05)ja . e det ellers noe du lurer på? som du kunne tenke deg
59. å ta opp?
60. Patrick: [ja-]
61. Mette: [med] oss i dag?
62. Patrick: jeg vet ikke jeg trenger ikke et bilde for eksempel?
63. Mette: det kan itj æ avgjøre men det må i så fall Eva
64. Patrick: ja=
65. Mette: avgjøre=
66. Patrick: ja
67. Mette: det kan godt hende at det må til men vi får se hva hun finner

68. med den kneundersøkelsen
 69. Patrick: ja
 70. Mette: kan bare brette ned nå
 71. Patrick: ja okei ((bretter ned))
 72. Mette: mm e:h har du tenkt noe på sykmelding [tror du du klarer å]

Samtalen forløper i korte spørsmål-svar-sekvenser. Mette spør og Patrick svarer fortløpende. Spørsmålene dreier seg om hvor lenge Patrick har bodd i Norge (linje 1, 3), hvilken språklig og kulturell bakgrunn han har (linje 9). Underveis kommenterer Mette at Patrick er flink å snakke norsk (linje 5). Dette tolker jeg som en rask ”time out” eller et raskt rammeskifte fra profesjonell utspørring til konversering mellom to privatpersoner. Patrick bifaller med ”ikke så verst”, og ler (linje 6). Patrick markerer med sin latter og sitt svar at han er orientert mot en hverdagslig konversasjonsramme. Deretter kommer Mette inn på pasientens familiesituasjon (linje 13, 15) og er på nytt eventuelt innafor en konsultasjonsramme. Etter dette veksler Mette tilbake til en mer hverdagslig ramme, og spør om Patrick trives i Norge (linje 17). Dette kan også ses som en måte å personliggjøre, konversasjonalisere emnet om familiesituasjon. Patrick markerer med sitt svar og latter at han bifaller konverseringen (linje 18). Mette kommenterer at det er fint at Patrick trives i Norge (linje 19). Hun nøler og forteller at undersøkelse og diagnose skal foretas av Eva etterpå, hvorpå hun spør om å få undersøke kneet hans (linje 19, 20, 22, 23). Mette gjør et raskt skifte til treningsrammen ved at hun navngir fastlegen og informerer om at diagnostiseringen ikke skal forekomme her. Med dette avslører Mette treningssituasjonen, og at denne samtalen blir etterfulgt av en viktigere samtale. Hun opptrer som en nysgjerrig og lærenem student når hun ber om å ”bare få se kneet” (linje 22-23). Jeg tolker det som at studenten nevner fastlegen for å unngå at denne undersøkelsen skal forstås som en innledning til profesjonell kroppsundersøkelse.

Mette stiller det jeg regner som diagnostiserende spørsmål (linje 25, 27). Spørsmål av denne typen impliserer gjerne problematiserende responser (Stivers & Heritage, 2001). De neste turene er etter min mening flertydige med tanke på ramme: studenten har sagt fra at hun ikke kan diagnostisere; samtidig stiller hun typisk diagnostiserende spørsmål. Mette avslutter sekvensen ved å bringe inn et nytt initiativ – ”om det er noe annet pasienten kunne tenke seg å ta opp med oss i dag?” (linje 58, 59, 61). Denne ”oss” konstruksjonen tolker jeg som et eksplisitt skifte av posisjon (footing) fra Mettes side. Hun beveger seg fra å være nysgjerrig student som ikke kan diagnostisere, til å være en fagperson som snakker på vegne av en institusjon. Dermed har hun etablert konsultasjonsrammen som den primære. Patrick spør Mette om han trenger et bilde (røntgen) (linje 62). Mette kommer med en direkte respons hvor hun sier at dette er en sak som må håndteres av en ekspert, nemlig fastlegen Eva (linje 63, 65, 67, 69). Jeg tolker dette i tillegg som et rammeskifte hvor Mette orienterer seg mot treningsrammen og inntar en posisjon som student. Hun er med andre ord eksplisitt på at hun ikke har noen profesjonelle rettigheter til å foreslå behandling.

Ikke overraskende sier Patrick seg enig i at fastlegen må avgjøre om det skal tas røntgen (linje 64, 66, 69). Deretter avslutter Mette undersøkelsen ved å be Patrick brette ned (linje 70), han samtykker (linje 71), og Mette initierer en ny fase når hun spør om Patrick har tenkt på sykemelding (linje 72). Denne fasen foregår innenfor konsultasjonsrammen.

I intervju med Mette kom det frem at hun ikke var helt fornøyd med seg selv etter denne samtalen. Hun opplevde at Patrick misforsto og at hun burde ha vært mer presis. For øvrig vektla hun at Patrick var lett å snakke med, og at han var vennlig og hadde respekt for henne. Patrick mente på sin side at dette var en bra samtale, og at studenten var nøyaktig. Han sa at Mette var høflig og snakket sakte og rolig. Videre sa han at det var som å snakke med en etablert lege. Patrick oppfattet Mette som høflig fordi hun spurte ham om helsen først, og deretter undersøkte ham. Patrick sa at dette var en positiv forskjell mellom leger i Norge og leger i hans hjemland i Midtøsten.

“ Eksempel 7.4 (SL 4) ”altså når æ e i samme rom som noen som røyker e det skadelig det og?” (Medisinerstudent = Markus, Pasient = Petra).

Nedenfor kommer det et eksempel på et rammeskifte som følge av at Markus skifter fra å gi råd til å uttrykke sin manglende kompetanse. Seks minutter ut i samtalen skjer det et rammeskifte fra Markus'side (linje 22). ”

1. Petra: @ ja @ @@@ altså- men når æ passivrøy- altså når æ e i samme rom
2. som noen som røyker, e det skadelig det og? ((kremt))
3. Markus: (.) ja: det er eh- (.) ja det- kanskje ikke i så stor grad men
4. det er- i en viss grad så er det skadelig=
5. Petra: for av og til så må man jo @@
6. Markus: ja
7. Petra: sånn-
8. Markus: hvordan da?
9. Petra: nei altså æ har ei mormor som::
10. Markus: ja
11. Petra: s:- røyker ((gestikulerer mye røyking)) ((kremt))
12. Markus: ja
13. Petra: °og da-°
14. Markus: ja
15. Petra: altså æ kjenne altså når æ går forbi folk som røyker så- æ føler
16. at æ @ in[halerer @ @@]
17. Markus: [mm ja]
18. Petra: det har æ aldri kjent før
19. Markus: nei nei det er klart det er ikke like s- skadelig men (.) hvis
20. du klarer å unngå det så er det kanskje- men det
21. Petra: mm
22. Markus: snakke med Tone etterpå jeg har ikke så mye- vet ikke så mye om
23. det men jo det er-
24. Petra: ja

Markus og Petra har snakket litt om kosthold og livsstil og Petra ler før hun spør om passiv røyking er skadelig for fosteret (linje 1, 2). Petra henvender seg med andre ord til Markus som en fagperson. Latteren underveis i ytingen tolker jeg som en sjenanselatter fra Petras side. Markus nøler og ser ut til å være ukomfortabel med den ekspertposisjonen han har blitt tildelt (linje 3, 4). Petra impliserer at man av og til ikke kan unngå passiv røyking (linje 5) og Markus ber om utdyping (linje 8). Petra svarer på spørsmålet (linje 9) og illustrerer

med gestikulering at mormoren er storøyker (linje 11). Petra gir med dette svaret også bakgrunnen for sine spørsmål: ”nei”. (linje 9). Dette er et potensielt ansiktstruende tema for Petra, og berører hennes troverdighet som blivende mor. Hun håndterer denne troverdighetsproblematikken ved å være direkte om mormorens røykevaner, og etterspør hva slags skadevirkninger det kan ha på fosteret. Hun inntar med det en posisjon som en som søker råd og dermed tar ansvar.

Markus oppfordrer pasienten til å si mer, og er avventende med å gi noe råd (linje 10, 12). Petra forteller hvordan hun opplever passiv røyking generelt (linje 15) og at det oppleves annerledes som gravid (linje 16, 18). Markus vender tilbake til Petras spørsmål om passiv røyking, og svarer litt nølende på det (linje 17). Markus ser ut til å ha behov for å markere at han ikke kan ta medisinsk ansvar for utsagn som kan tenkes å være gjort av en ekspert: ”det er klart det er ikke like skadelig” (linje 19). Deretter bryter Markus ut av konsultasjonsrammen og går inn i utdanningsrammen ved at han er eksplisitt på at han har manglende kunnskap og oppfordrer Petra til å snakke med fastlegen etterpå (linje 22, 23).

Wynn (1999) fant i sin studie av interaksjon mellom lege-pasient og student-pasient at både pasienter, leger og medisinerstudenter initierte snakk om røyking. Han fant imidlertid at disse sekvensene gjerne var kortvarige og at temaet ikke ble videreutviklet, men fortonte seg som en type sjekklistespørsmål hvor korte svar gjerne er foretrukket. Bredmar & Linell (1999) fant tilsvarende spørsmål-svar-format i samtaler mellom gravide og jordmødre. Wynn (1999) fant også at legene og medisinerstudentene sjelden følger opp med råd når temaet røyking ble initiert av pasienten. Dette ser også ut til å være tilfelle i denne dyaden. Markus skifter posisjon (footing) fra å være en fagperson som kan gi råd, til å være en student som ikke har tilstrekkelig kunnskap til å gi råd. Dette rammeskiftet og posisjonsskiftet kan også tolkes som å være i tråd med et ønske om å faktisk ta Petras perspektiv og ikke bare gjennomføre treningen. Responsen er for øvrig ikke i tråd med de rådene studentene får i kommunikasjonsundervisningen ved den medisinerutdanningen som inngår i dette prosjektet. Studentene blir som nevnt oppfordret til å opptre som kompetente fagpersoner i den videobaserte samtaletreningen som de får de to første studieårene.

I intervju med Markus kom det frem at han etter denne samtalen hadde fått kritikk fra sine medstudenter om at han ikke var flink nok til å sette seg inn i pasientens situasjon. Han mente for øvrig at Petra var enkel og grei å snakke med, men at han tok litt lett på det at hun grudde seg til fødselen. I intervju med Petra kom det frem at hun opplevde studenten som lyttende, flink til å spørre, forståelsesfull og litt nervøs. Hun sa også at Markus kunne lurt henne til å tro at han var en ordentlig lege hadde det ikke vært for at han var direkte på hva han ikke kunne.

“ Eksempel 7.5 (SL 5) ”E du sjokka nå?”
(Medisinerstudent = May, Pasient = Paul).

Flertydighet i rammer og situasjonstolkninger bidro til en lengre forhandling innledningsvis i den dyaden som eksempelet under er hentet fra (se eks. 5.5). Innledningssekvensen ble etter en lengre forhandling om hva som er situasjonen, avsluttet med at Paul tilbød seg å fortelle kort om sine smerter til May fordi hun lurer på det. May og Paul har i forlengelsen av dette snakket om når og hvordan pasienten fikk diagnosen Bekhterevs sykdom. De har kommet inn på hvordan sykdommen påvirker hverdagen mht. hvor aktiv han kan være. Videre har de snakket om hva han kan gjøre selv for å dempe smertene, og litt om han har hatt noen andre sykdommer. Paul har fortalt at han er lite syk, men at han merker at det er tøft å være alene på jobb når det er masse å gjøre. May har spurt om hvor i kroppen pasienten har smerter. Paul svarer på dette, og veksler ramme med sitt metaspørsmål i linje 11. ”

1. Paul: så det e på en måte (.) sånn e det=
2. May: o:kei (.) .hja=
3. Paul: høres fryktelig voldsomt ut men-
4. May: [ja:]
5. Paul: [og det e] kanskje det. men eh [sånn e det]
6. May: [ja det er] sikkert ikke: mulig å
7. fo- forestille seg sånn som du begynte med å fortelle det så
8. de:t=
9. Paul: mm=
10. May: .hja (0.5) ja og ellers [så:-]
11. Paul: [e du] sjokka nå? @[@@@@]
12. May: [@@@] ja nei eh som sagt jeg tror ikke
13. jeg- tror det er helt umulig for en utenforstående å klare å
14. sette seg inn i det så:
15. Paul: nei men det- altså æ tenkte litt sånn på- ja hva skal du gjør med
16. alt det her [@@@]
17. May: [ja ja] @@²[@]²
18. Paul: ²[mm]² (.) neida. men eh (.) det går nå sin
19. gang.
20. May: mm=
21. Paul: mm
22. May: men eh ellers er det noe du ønsker å ta opp?
23. Paul: (.) nei æ ska snakke litt med den (.) legen etterpå
24. May: mm
25. Paul: kort

Paul avslutter sin beskrivelse av hvor i kroppen smertene sitter med ei oppsummerende, avsluttende ”så-ytring” (Schegloff & Sacks, 1973, linje 1, 5). Deretter rammer Paul inn sin egen sykdomsfortelling som: ”voldsom” i form av en metakommentar (linje 3) og en ny avsluttende ytring: ”sånn e det” (linje 5). Denne typen metakommentarer vil ikke være relevant i reelle konsultasjoner fordi man må regne med at legen har erfaring med å høre om ulike typer sykdommer, og ikke trenger å bli forskånet for tøffe detaljer. Paul forlater konsultasjonsrammen med disse metakommentarene ved å implisitt peke på at han snakker

med en person som har liten erfaring med denne typen sykdomsfortellinger – en student. Paul aktualiserer med andre ord utdanningsrammen.

Man kan også si at Paul med denne metakommentaren kommer med ekstra informasjon hvor han meddeler overfor May ”hva han har på hjertet”, og sånn sett har sin egen agenda. Denne ekspansjonen av svar på spørsmål ligner det Stivers & Heritage (2001) kaller narrative ekspansjoner. Forfatterne undersøkte i sin studie av lege-pasient-interaksjon ekspanderte pasientsvar. Forfatterne kategoriserte disse svarene som henholdsvis ekspanderte svar og narrative ekspansjoner. Ekspanderte svar er relevante og ”forventet” ved at pasienten forfølger prosjektet som er under utvikling, og svaret kan legitimeres på bakgrunn av forutgående spørsmål-svar-sekvenser. Narrative ekspansjoner kjennetegnes ved at pasienten aktivt initierer å komme med informasjon som verken er svar på et forutgående spørsmål, eller klargjøring av noe pasienten nettopp har sagt. Begge disse svaralternativene bidrar til å gi legen innsikt i pasientens livsverden.

May sier ikke hvordan hun reagerer personlig på det Paul har sagt, men kommer med en generell kommentar til at det er vanskelig å forestille seg smertene (linje 6-8). May holder fast ved konsultasjonsrammen, og gjør tegn til å stille et nytt spørsmål (linje 10). May og Paul snakker samtidig og i ulike rammer (linje 10, 11). Paul stiller May et direkte spørsmål om hennes reaksjoner på det han har sagt, samtidig som han ler (linje 11). Rammebruddet skjer stegvis og i form av en kollektiv utvikling (linje 6, 7, 8, 11). Pauls definitive rammebrudd skjer i linje 11. Pauls initiativ er uforenlig med konsultasjonsrammen, og han ignorerer Mays initiativ, som ser ut til å være et forsøk på å vende tilbake til konsultasjonsrammen (linje 10).

Pauls latter her tolker jeg som en måte å ivareta integriteten til både pasient og student ved at det både kan føles truende å snakke åpent om sin sykdom og åpent om sine reaksjoner på en slik fortelling. May ler med, men er ikke med på å skifte ramme. Hun holder fast ved sitt forrige svar (linje 6-8), og omtaler seg selv som en utenforstående som vanskelig kan forestille seg smertene hos en kroniker (linje 12-14). Hun bytter til en slags hverdagsramme som er mindre forenlig med konsultasjonen, men i større grad en reaksjon som passer inn i hverdagslig ”troubles telling” (Jefferson & Lee, 1992). May manifesterer utdanningsrammen, men inntar også en allmennmenneskelig posisjon (”footing”). Det vil si at når personlige problemer kommer til uttrykk i en samtale som her, vil tilhøreren vanligvis uttrykke forståelse: ”umulig for en utenforstående å sette seg inn i det så”. Paul kommer med ytterligere en metakommentar og sier med latter i stemmen: ”æ tenkte litt sånn på hva skal du gjør med alt det her”, og befinner seg fremdeles i utdanningsrammen (linje 15). Samtidig tolker jeg dette som en kommentar til at May sier at det er umulig å forstå smertene for utenforstående. Paul impliserer at han har sluppet May tett inn på seg, og antyder at dette har berørt ham personlig. Pauls refleksjon i linje 15-16 er etter mitt syn et eksempel på sammenvevde rammer. Det vil i dette tilfellet si at det ikke er entydig hvorvidt utsagnet aktualiserer en utdannings- eller hverdagsramme. Paul signaliserer ikke et rammeskifte, men aktualiserer snarere at de befinner seg i en kompleks kommunikativ virksomhetstype med uklare premisser og forventninger.

Paul kommenterer spesifikt opplærings situasjonen og relevansen av sitt eget bidrag i den sammenhengen. May ler med også her, men benytter ikke anledningen til å komme med noen metakommentar eller svar som påkaller hennes posisjon som student, eller som privatperson. Hun velger dermed å holde fast ved sin fiktive rolle som lege, og har ikke noe svar å gi innafor utdanningsrammen. Paul bryter episoden med å presentere en allmenn (og allmenngyldig) livsvisdom: ”alt går sin gang”, nesten som et idiom som gjerne anvendes i temaavslutninger (linje 18-19). Dette gjør Paul i form av en potensiell avslutningsmarkør: ”nei da men det går nå sin gang” (linje 18-19), noe som igangsetter en dobbel bekreftelse (linje 20-21). Drew & Holt (1989) foreslår at denne typen billedmessige ytringer er vanskelige å utfordre og at samtaledeltakere gjerne tar dem i bruk for å avslutte problemsekvenser i interaksjonen. Disse opptrer gjerne som her, i situasjoner hvor en av samtaledeltakerne ikke får støtte for sitt utsagn. Avslutningsmarkøren i linje 18-19 ser jeg som en logisk følge av at ”problemutsagnet” i linje 15-16 ikke ble fulgt opp av May.

May gjentar i linje 22 det spørsmålet hun innledet til i linje 10: ”er det ellers noe du ønsker å ta opp?” Spørsmålet knytter imidlertid også an til Pauls ytring i linje 11: ”e du sjokka nu?” Med sin doble anknytning til forutgående replikker fremstår spørsmålet som flertydig med hensyn til hvilke posisjoner som kan gjøres relevant: student, pasient eller privatpersoner. Er dette å anse som en invitasjon til Paul hvor han kan utdype sin egen agenda, eller er dette å forstå som et ritualisert og konvensjonelt spørsmål som gjerne opptrer rett før en avslutning? Paul benytter ikke muligheten til å etablere et nytt emne, men orienterer seg mot spørsmålet som en ingrediens i en avslutningssekvens. Ved å referere til den forestående samtalen som han skal ha med ”den legen”, bidrar han både til å fremskynde progresjonen med å avslutte, samtidig som han aktualiserer treningssituasjonen og at dette er en sekundær virksomhet.

I intervju med Paul kom det frem at han var meget fornøyd med samtalen og understreket at May var en god lytter, virket empatisk og stilte relevante spørsmål. Hun utførte i følge Paul forsiktig ledelse ved at det var en tråd i spørsmålene, hun ga rom og var tålmodig. Paul sa at han var veldig bevisst på kommunikasjon gjennom sin lange erfaring med rusmisbrukere.

May på sin side pekte i intervju på at pasienten var åpen og lett å snakke med, og at han var flink til å sette ord på sin egen situasjon. May sa at dette var den samtalen hun var mest fornøyd med, at Paul hadde mye å fortelle og at hun fikk prøvd seg.

7.2 Funn fra hovedaktiviteten

Persson Thunqvist (2003) har foretatt en virksomhetsanalyse av simulerte jobbintervju som finner sted innafor et svensk ungdomsprosjekt. I dette rollespillet forestiller ungdommene arbeidssøkere som er til intervju hos simulerte arbeidsgivere, spilt av de kursansvarlige. Han karakteriserer disse jobbintervjuene som sammensatte og hybridiserte virksomhetstyper. Situasjoner som involverer trening eller simulering, er vanligvis preget av hybride former for rammer og innramminger. Dette vil si sammensatte rammer som enten er delvis

sammensmeltet eller innleirt i andre rammer (Linell & Persson Thunqvist, 2003; Persson Thunqvist, 2003). Linell (2005 u. a.) understreker at en rekke aktiviteter, ikke bare simulerte virksomhetstyper, er preget av at aktørene gjør noe annet eller noe mer enn å utføre kjerneaktivitetene. Linell (2005 u. a.) fremhever med andre ord at vi henter ressurser fra ulike sjangre og virksomhetstyper når vi samtaler, og at vi dermed beveger oss mellom ulike rammer.

Jeg finner tilsvarende trekk i mine samtaler, hvor deltakerne holder seg til rammene for konsultasjon. Samtidig er det like vanlig at deltakerne veksler mellom komplekse og tvetydige rammer når de befinner seg i hovedaktiviteten. Denne tvetydigheten og kompleksiteten i forhold til rammer for samhandlingen tre gjerne frem i interaksjonen i situasjoner hvor pasientene stiller studentene spørsmål av ulike slag. Spørsmålene er av typen ”be om medisinsk vurdering” (eks 7.3 og eks. 7.4), ”be om en genuin respons på en pasientfortelling” (eks 7.5), og ”spørsmål som søker å avklare roller” – hvem er vi for hverandre her (eks 7.1 og 7.2). Som tidligere nevnt fant Rolf Wynn (1996, 1999), i sin studie av student–pasient- interaksjon ved et norsk universitetssykehus, at det var ganske vanlig fra medisinerstudentenes side med respons av typen innrømme manglende kompetanse på slike pasientinitierte spørsmål. Studentene som inngikk i hans studie, innrømmet sin manglende medisinske ekspertise i form av en direkte respons hvor de var eksplisitte på sin medisinske utilstrekkelighet. Dette har å gjøre med at studentene ikke kan eller har rett til å ta medisinsk ansvar.

Etter mitt syn henspiller dette på en forskjell mellom vanlige legekonsultasjoner og utdanningssituasjonen/treningssamtalen innenfor den medisinske organisasjonen som er viktig å markere i avslutningsfasen. Wynn (1996) fant for øvrig at medisinerstudentene raskt lærte seg hvordan de skulle hånd-tere pasientinitierte spørsmål – nemlig ved å adoptere etablerte legers strategi med å stille legeinitierte spørsmål som ikke var relatert til pasientens spørsmål.

Kapittel 8

8 Analyse av hovedaktiviteten: treningssamtaler mellom sykepleierstudent og pasient

Jeg skal i dette kapitlet analysere kjerneaktiviteten i treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient. Analysene av denne fasen er i likhet med tilsvarende fase i det andre datakorpuset interessante med tanke på aktørenes parallelle aktiviteter. Kjerneaktiviteten synliggjør i større grad enn innlednings- og avslutningsfasene ulikhetene mellom disse to kommunikative virksomhetene (se kapittel 4).

8.1 Rammeveksling mellom institusjonell og hverdagslig samtale

I analysene av innledningene i disse treningssamtalene kom det frem at studentene i flere tilfeller rammet inn samtalen som ”mellommenneskelig prat” og/eller ”småprat” som har et helsefaglig formål. Dette ble gjort eksplisitt: ”vi ska bli kjent for å gi dæ bedre pleie” eller implisitt i form av uformell og ikke institusjonell språkbruk: ”du ser nu ganske sprek ut”. Denne typen innramming av virksomheten tror jeg for øvrig er mulig i innkomstsamtaler mellom pasienter og virkelige sykepleiere, men at disse er mer eksplisitt forventet når virksomheten er en del av en utdanningskontekst.

I eksemplene fra hovedaktiviteten i treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient skal jeg utforske hvordan innrammingsmarkører i form av eksplisitte redegjørelser kan fungere som strategi et stykke ut i samtalen. I tillegg skal jeg undersøke hvordan student og pasient veksler mellom institusjonelle og konversasjonelle rammer. Jeg har valgt ut sekvenser fra hovedaktiviteten med bakgrunn i de samme kriterier som jeg brukte i forhold til treningssamtalene mellom medisinerstudent og pasient. For det første har jeg valgt ut eksempler hvor deltakerne beveger seg inn og ut av ulike rammer, men hvor rammene er av en annen karakter enn de som kom frem i det andre datakorpuset. Forskjellene mellom virksomhetene og de dertil hørende rammevekslingene diskuterte jeg i forhold til premisser og forventninger som omkranser de to kommunikative virksomhetene (se kap 4). For det andre har jeg valgt ut eksempler hvor samtalsformat slik den kom til syne innledningsvis, blir gjenspeilet i samtals hovedaktivitet. Jeg skal bruke eksempler fra treningssamtalene som fyller begge disse kriteriene, og utforske sammenhengen mellom innledningsstruktur og rammeveksling i hovedaktiviteten.

“ Eksempel 8.1 (SIS 1) ” Det e så ekstremt kaldt vet du”
 (Sykepleierstudent = Selma, Pasient = Peter)

Samtalen som dette eksempelet er hentet fra, har vart i litt over åtte minutter og har bl.a. dreid seg om bo og familiesituasjon, ernæring, allergi, avføring og fysisk aktivitet. Underveis har det vært mye samtidig snakk og latter. Selma har knyttet egne kommentarer til spørsmålene. I sekvensen skifter Peter og Selma til en konverserende ramme når de gjør et humoristisk poeng av at pasienten er ”ekstremt kald på beina” (linje 23-29). Selma stiller et nytt spørsmål fra journalen med latter i stemmen: ”

1. Selma: (0.5)og så kjem vi til perifer situasjon hvordan eh- hvordan har
 2. du det i f- fingertuppene og @ fot-tuppene dine @?
 3. Peter: (.) [(XXX)]
 4. Selma: [det gjelder] blodomløpet i ytterekstremitetene altså i
 5. fo[ten og hendene dine]
 6. Peter: [i ytter- i ytterkantene]
 7. Selma: varme og kulde
 8. Robert: ja fingrene e normal ja=
 9. Dagmar: ja
 10. Peter: vel- al- normal men føttene mine er ekstremt kaldt altså der-
 11. men [sirkulasjonen]
 12. Selma: [ja:]
 13. Peter: e jo bra den e [konstatert]
 14. Selma: [ja sirkulasjonen] e jo bra:
 15. Peter: den e bra [altså]
 16. Selma: [ja]
 17. Peter: det e konstatert det=
 18. Selma: ja men det e=-
 19. Peter: og trykket e bra,
 20. Selma: ja
 21. Peter: men det er e::h-
 22. Selma: temperaturen det e no svikt
 23. Peter: det e jo så ekstremt kaldt vet du
 24. Selma: [°@@@°]
 25. Peter: [°@@@°] det e jo bent ut et mareritt det²[te her]²
 26. Selma: ²[.hja]² fælt det
 27. Peter: ja det e fælt du kan ikke tru hvor fælt det e altså
 28. Selma: @
 29. Peter: [(sitt jo og-)]
 30. Selma: [så enn hv-] enn hvis du sitter på badestranda da? (.) fryser
 31. du på ²[føttene da og?]²
- [15 turer er utelatt: Peter forteller om hvor mye bedre det går med føttene i varme strøk]
47. Selma: ²[ja]² normal eh- æ skriv eh- eh-(0.5) unormalt kald på bena
 48. Peter: ja ekstrem kald på bena kan du skrive ja, ekstrem kald det e
 49. rette betegnelsen altså
 50. (11 s) ((Selma noterer))

Selma tar i bruk teknisk sjargong når hun spør litt lattermildt om hvordan pasienten har det i ”fingertuppene og fot-tuppene”(linje 1, 2). Hun reformulerer kategori om ”sirkulasjon” til å spesifikt gjelde finger og fottupper. Selma tar på nytt i bruk teknisk sjargong

(”ytterekstremitetene”), hvor på hun går over til en hverdagslig forklaring (”altså i..”) og presiserer sirkulasjon til å gjelde ”varme og kulde” (linje 4, 5, 7). Pasienten svarer at ”fingrene er normale” (linje 8) men at han ”er ekstremt kald på føttene” (linje 10) og føyer til at ”sirkulasjonen er bra” (linje 10,11). Selma overlapper, og gjentar Peters ytring (linje 12, 14). Dette tolker jeg både som en anerkjennelse av Peters plager og en indikasjon på at dette har hun allerede hørt (linje 14). Peter gjentar og forsterker i linje 17 sin forrige ”konstatert” (linje 13) som muligens ikke ble oppfattet av Selma grunnet samtidig snakk.

Ytringene fra linje 10-17 kan også ses på som et eksempel på samproduksjon av at ”sirkulasjonen e bra”, ved at deltakerne mer eller mindre unisont tilpasser ord og tempo til den som snakker (Lerner, 2002). Jeg tolker at deltakernes ”turn-sharing” er en strategi de tar i bruk for å demonstrere gjensidig forståelse og enighet. Peter bidrar spontant med bakgrunnsinformasjon i linje 13, 17 og 19 (Stivers & Heritage, 2001), og Selma fullfører ytringen med at ”temperaturen svikter” (linje 22). Et nytt eksempel på ”collaborative completion”. Peter bekrefter dette, og gjentar ytringen med at det er ”så ekstremt kaldt” (linje 23). Peter referer tilbake til sine egne ord i linje 10, og denne gangen utløser ytringen en spontan latter fra Selma (linje 24).

Selmas latter bidrar til å gjøre Peters ytring til en humoristisk kommentar, og til å flytte fokus fra den institusjonelle informasjonsinnhentingen til en type humoristisk konversering. Hun veksler med andre ord fra en institusjonell til en konverserende ramme. Peter ler med, og tyr til flere sterke og maleriske uttrykk ”det er bent ut et mareritt dette her” (linje 25). Latteren og de sterke uttrykkene kan tolkes som at Peter er seg bevisst at dette er en litt merkelig plage. Markku Haakana (2001) fant i sin studie av lege-pasient-interaksjon i finsk helsevesen at latter var en ressurs for pasienter når de fortalte om uvanlige plager.

Selma tyr også til sterke adjektiver ”ja fælt det” (linje 26). Peter bekrefter dette utsagnet ved å bruke Selmas ord: ”det e fælt du kan ikke tru hvor fælt” (linje 27). Jeg tolker denne ordbruken som en dramatisering, en samkonstruksjon av hva som skal gjelde som humor i situasjonen, og en bevegelse bort fra den institusjonelle rammen. Peter og Selma transformerer ”fortelling om plager” til å bli ”humoristisk fortelling om plager som bidrar til å styrke relasjonen” – en form for ”rekeying” eller bytte av ”footing”. Humoristiske kommentarer kan fungere både som en anerkjennelse av pasientens følelser og være en keying (transformering) av erfaringen som ikke så ille (Ragan, 2000). Denne humoristiske sekvensen ser ut til å fungere både som en anerkjennelse av pasientens plager og som en måte å tone ned alvoret i plagene (se Ragan, *ibid*). Dette inntrykket av relasjonsbygging blir for øvrig styrket av at pasient og student ”speiler hverandre” i form av å fullføre hverandres ytringer, bruke de samme ordene som den andre, og dessuten gjennom mye overlappende snakk. Denne rammevekslingen er imidlertid knyttet til sekvenser og bidrar ikke til å skape samme form for flertydighet i situasjonen som i de treningssamtalene mellom medisinerstudent og pasient. Selma samler inn generell bakgrunnsdata, og Peter bidrar stort sett med ikke problematiserende svar, hvilket er i tråd med et agendabundet format.

Selma stiller et oppfølgingsspørsmål om hvordan det går med plagene når han er på badestranden (linje 30). Dette er et spørsmål som ikke er å finne i journalen og er av en

hverdaglig karakter. Selma og Peter snakker relativt lenge om hvordan plagene minsker når Peter er i sydlige strøk (15 turer). Samtaler med forhåndsdefinerte spørsmål, som disse treningssamtalene er eksempel på, får gjerne en asymmetrisk spørsmål-svar-struktur (Linell, 1990). Dette er imidlertid ikke tilfellet i denne sekvensen hvor Peter en rekke ganger spontant bidrar med bakgrunnsinformasjon. Selma vender oppmerksomheten mot journalen på en eksplisitt måte når hun sier at hun skal skrive: ”unormalt kald på bena” (linje 47). Hun avslutter temaet, og vender tilbake til en institusjonell ramme ved å bruke en passende terminologi: ”unormalt kald”. Peter foreslår hva som skal stå i journalen: ”ekstremt kald” (linje 48, 49). Selma responderer med å skrive, og er tilbake i den institusjonelle rammen.

I intervju med Selma kom det frem at hun hadde snakka litt med Peter på forhånd og forberedt ham på opptakssituasjonen og samtalen som helhet. Hun opplevde Peter som samarbeidsvillig, blid og fornøyd. Videre sa Selma at hun syntes det var ekkelt med kamera, og at hun var spent på om hun fikk til å opp på video. Peter kommenterte i intervju at det var en lang samtale med mange tema, og at han ikke brydde seg om kamera. Videre opplevde han Selma som gløgg og sympatisk, og at hun tok ansvar for samtalen. Peter sa også at han syntes Selma kommenterte spørsmålene fra skjemaet på en god måte.

“ Eksempel 8.2 (SIS 4) ”..vi passe på at du ikke får besøk av noen som lukter veldig sterkt da” (Sykepleierstudent = Sylvi, Pasient = Perly)

Samtalen under har vart i litt over sju minutter og har bl.a. handlet om bosituasjon, avføring og vannlating, fysisk form, syn og hørsel. Sylvi dreier over på smak og luktesans, og på samme måte som i forrige eksempel kommer studenten med en spøkefull kommentar i tilknytning til en av pasientens plager. Dette innleder et kort rammeskifte i linje 15 og 16. ”

1. Sylvi: mm luktesans og smakssans [alt e greit]
2. Perly: [ja] veldig te luktesans det e
3. nesten så at det e(0.5)ekkelte noen ganga før æ har voldsomt te
4. luktesans ja smakssansen syns æ ble litt nedsatt etter at
5. hadde halsbetennelse i vinter
6. Sylvi: .hja
7. Perly: men det kan [godt hende-]
8. Sylvi: [men det e greit å] liksom at vi vet at du reagere
9. på lukter ²[for da kan vi]²=
10. Perly: ²[å ja]²
11. Sylvi: gjøre oppmerksom [på det]
12. Perly: [.hja]
13. Sylvi: sånn at--
14. Perly: ja
15. Sylvi: at vi passe på at(.) du ikke får [besøk av noen @ som lukter
16. veldig sterkt da]
17. Perly: [@@@ @@] @ja det e: så
18. voldsomt plagsomt det- ja det e sikkert(0.5) men det e no så.
19. Sylvi: mm
20. Perly: ja.(0.5)mm.

Sylvi stiller spørsmål om Perlys lukte- og smakssans (linje 1), og impliserer et ikke-problematiserende svar, slik Stivers & Heritage (2001) omtaler innsamling av bakgrunnsinformasjon ("alt e greit"). Perly bekrefter ikke dette, og kommer med en lengre respons hvor hun problematiserer (linje 2-5, 7). Sylvi kommenterer nytteverdien av informasjonen, og holder seg til den institusjonelle rammen (linje 6, 8, 9, 11). Perly overlapper studenten underveis (linje 10, 12). Deretter initierer Sylvi et rammeskifte i form av en spøkefull kommentar om at de skal passe på at Perly ikke får "besøk av noen som lukter sterkt". Dette er en rask og kort time-out fra den institusjonelle rammen, men kan samtidig tolkes som en spøkefull måte å avslutte et tema på (linje 15, 16). Perly er med på spøken og ler, hvorpå hun skifter posisjon ("footing") fra spøkefull til saklig ved at hun ikke videreutvikler spøken, men knytter an i linje 17-18 til det hun sa i linje 2 -5. På denne måten vender Perly tilbake til alvor ("det e sikkert men..") og med en stemmekvalitet som signaliserer "på alvor". Jeg tolker denne endringen i stemmekvalitet og "men" som en "rekeying" hvor samtaleklimaet skifter fra spøk til alvor.

På samme måte som i forrige eksempel ser imidlertid latteren ut til å være en ressurs i forbindelse med plager som ikke er spesielt vanlige (Haakana, 2001). Perlys plager blir dog ikke tema i en lengre sekvens som i forrige eksempel. Sylvi lar med andre ord ikke pasienten dominere lokalt i denne sekvensen av samtalen, og opprettholder et sjekklisterformat for samtalen. Det vil si at bekræftende svar er mer relevante enn fokus på problematiske symptomer.

I intervjuet vektla Sylvi at hun var oppmerksom på kamera, men at det gikk greit etter hvert. Hun opplevde Perly som beskjeden i begynnelsen, og at det var en del spørsmål som så ut til å være ekle å svare på. Underveis i samtalen forklarer Sylvi en rekke ganger hvorfor hun stiller de spørsmålene hun gjør. Sylvi sa at hun derfor forklarte Perly hvorfor hun måtte ha opplysningene. Sylvi sa for øvrig at hun mente samtalen ville gått lettere med mer erfaring, men at hun opplevde at hun fikk god kontakt med Perly. Perly på sin side sa at hun syntes det gikk greit med tilstedeværelse av kamera. Hun sa at hun ikke tenkte på det, men at hun heller ikke er student. Perly opplevde Sylvi som grei og litt stille. Hun sa for øvrig at hun synes studentene er greie, og at det er bra de får trening i å samtale med pasienter.

“ Eksempel 8.3 (SIS 2) ”æ har prøvd å lest litt sjø”
(Sykepleierstudent = Sandra, Pasient = Peggy).

Sandra og Peggy er godt i gang med samtalen, og Sandra har notert flittig etter hvert som Peggy har gitt basisinformasjon om seg selv. Sandra og Peggy fullfører hverandres ytringer underveis i samtalen, og både spørsmål og svar er inneforstått i formen. Sandra fortsetter med å stille spørsmål fra journalen, og gjør et raskt rammeskifte når hun kommenterer Peggys status som mor (linje 5). Peggy gjør et rammeskifte i (linje 17) når hun spøker med at hun slapp senvakten sin. ”

1. Sandra: du har voksne barn du?
 2. Peggy: ja æ- (.) yngsten e 17 år
 3. Sandra: ja mm du har fire var det det?=
 4. Peggy: æ har fi[re]
 5. Sandra: [mm.] æ har prøvd å lest litt sjø for du- [ə]
 6. Peggy: [ja]
 7. Sandra: (.) eh jobba,
 8. Peggy: eh j-
 9. Sandra: du var sykepleier?=
 10. Peggy: ja jobba som sykepleier .hja
 11. (4s) ((Sandra noterer))
 12. Sandra: °var du på:-°
 13. Peggy: ((XXX)) bo og helse [(tilbud)]
 14. Sandra: [jah] (0.5)
 15. Peggy: °æ skulle hatt senvakt i- (.) @ i kveld [ə]°
 16. Sandra: [ja:] @² [əə]²
 17. Peggy: °² [əə]² (.) slapp
 18. den da°
 19. Sandra: ja. har du jobba der lenge?
 20. Peggy: nja sida: fem og nitti nedpå der da
 21. Sandra: ja=
 22. Peggy: °mm°

Sandra stiller spørsmål i preteritumsform (linje 3), og får bekreftelse på det hun allerede vet om Peggy (linje 4). Sandra kommer med en metakommentar til at hun har forberedt seg litt (linje 5), ler litt og føyer til et nytt spørsmål i samme tid av verbet, og signaliserer at hun allerede har informasjon om Peggys yrkestilhørighet: ”for du jobba var sykepleier” (linje 7,9). Med denne metakommentaren og noe jeg oppfatter som sjenanselatter i linje 5, tar hun en liten avstikker fra informasjonsinnhentingen, og aktualiserer at hun er under utdanning og har gjort leksene sine som student. Hun veksler med andre ord fra en institusjonell ramme til en utdanningsramme, og hun skifter posisjon fra å være den som samler inn bakgrunnsdata, til å kommentere treningssituasjonen som hun befinner seg i som student. Den lille latteren i forbindelse med kommentaren om at hun har lest litt kan tolkes som et signal om at hun som student har kunnskap om sjangeren, og at hun er inneforstått med at hun snakker med en sykepleier (linje 9).

Med spørsmålet om yrkestilknytning vender Sandra tilbake til den institusjonelle rammen, og dette blir bekreftet ved at hun noterer ned informasjon (linje 11). Sandra starter med å stille et nytt spørsmål i form av å konstatere et nytt saksforhold (linje 12): ”var du på”. Ved å stille spørsmål som søker at Peggy bekrefter ved å fullføre ytringen snarere enn å innhente ny informasjon, får samtalen etter mitt syn et hverdagslig preg. Peggy fullfører Sandras ytring ”bo og helsetilbud” (linje 13). Dette er et eksempel på samproduksjon av en turkonstruksjonsenhet hvor Peggy fullfører Sandras ytring. Peggy initierer et rammeskifte når hun spøkefullt legger til: ”æ skulle hatt senvakt i kveld” mens hun ler (linje 15). Sandra bifaller skiftet og ler med (linje 16). Peggy ler, og videreutvikler spøken med et lavmælt: ”slapp den da” (linje 17, 18). Peggy fleiper med at hun er på sykehuset i stedet for på jobb, og skifter posisjon (”footing”) fra å være pasient som svarer på spørsmål til å komme med en humoristisk kommentar som bidrar til å styrke relasjonen.

Kommentaren kan også forstås som en måte å ivareta begges ansikt på ved å tone ned betydningen av at Peggy har sykepleierstatus. Sandra vender tilbake til journalen og den institusjonelle rammen, og stiller et nytt spørsmål (linje 19). Dette spørsmålet refererer tilbake til informasjonen pasienten kom med før rammeskiftet i linje 13. Sandra legger opp til ulike former for samproduksjon av ytringer gjennom påstander om pasientens omstendigheter. Disse påstandene har spørsmålstrekk i form av intonasjon og ved å være etterheng (tag). Sandra søker med sin bruk av preterium bekreftelse på bakgrunnsinformasjon som hun allerede har fått (linje 1, 3, 9, 12). På denne måten toner hun etter mitt syn ned asymmetrien i utspørringen, og lar pasienten komme mer på banen.

Sandra sa i intervju at dette var første gangen hun ble tatt opp på video og at det opplevdes veldig kunstig. Sandra understreket at bruk av video kan være nyttig i kommunikasjons- trening hvis det gjøres ofte. Hun sa at samtalen var veldig skjematisk og at hun blir stiv og kunstig med nervøs latter i denne typen formelle situasjoner. Sandra mente at praten gikk greit, at pasienten var rolig, sprek og oppegående. Hun sa for øvrig at det ikke hadde noen betydning at Peggy selv var sykepleier, men at det sikkert ville vært annerledes om Peggy hadde jobbet på sykehus.

Peggy sa at hun ble møtt med respekt og forståelse. Hun opplevde at Sandra opptrådte profesjonelt og sa at hun sikkert kommer til å bli en dyktig sykepleier. Peggy sa at nærvær av kamera ikke hadde noe å si, men antok at dette var eklere for Sandra. Peggy pekte dessuten på at hun syntes studier som denne er viktig, og at fokuset på opplæring i pasient- kommunikasjon har vært mangelfull tidligere.

“ Eksempel 8.4 (SIS 3) ”Æ har jo bare sittet og snakka om mæ sjøl æ”
(Sykepleierstudent = Susanne, Pasient = Pauline)

Pasienten i eksemplet under er godt kjent på sykehuset etter å ha vært gjennom en rekke operasjoner. Hun forteller om sine ulike erfaringer og kommer kort inn på temaet leger og hvordan det var før med veldig respekt for denne yrkesgruppen. Sekvensen opptrer et par minutter før samtalen blir avsluttet, og Pauline innleder et rammeskifte med sin humoristiske metakommentar i linje 10. ”

1. Pauline: (XXX) når æ begynte å reise hit og visitten kom så satt en sånn
2. vet du ((retter seg opp i stolen, andektig))
3. Susanne: ja
4. Pauline: °men no så kan du°-(0.5) [°.hja°]
5. Susanne: [de e] litt en av oss ja=
6. Pauline: jaa de e det ja
7. Susanne: mm=
8. Pauline: °.hja° (.)
9. Susanne: æ lure på om vi har begynt å ha fått med det viktigste æ, (.)
10. Pauline: æ trudd itj vi va begynt å komme innpå det viktigste enda æ [@@]
11. Susanne [@@]
12. °[nei det e itj sikkert @@]²

13. Pauline: ²[Æ HAR JO BARE SITTE] ² Å SNAKKA om mæ sjøl æ
 14. Susanne: ja men det e bra det [@@]
 15. Pauline: [e det det] ja?
 16. Susanne: jaa (.) det ²[e det og] ²
 17. Pauline: ²[° (XX) °] ²
 18. Susanne: det e noe her ser [æ]
 19. Pauline: [ja]
 20. Susanne: det med syn æ ser at du bruke brillia,
 21. Pauline: ja[da]
 22. Susanne: [m]m
 23. Pauline: æ har eh: stær

Pauline er i ferd med å runde av sin korte fortelling om hvilke erfaringer hun har hatt med leger ("en sånn en"), og inntar en andektig kroppspostur (linje 1). Hun fortsetter med å presupponere at leger ikke har samme posisjon og relasjon til pasienter i dag (linje 4). Susanne fullfører ytringen, og skaper en felles allianse mellom pasienter og sykepleiere ved hjelp av en "oss-konstruksjon": "de e litt en av oss ja" (linje 5). Pauline føyer raskt til "ja de e det ja" (linje 6). Dette er et eksempel på at student og pasient er orientert mot et felles meningskonstruksjon (alignment), ved at de samarbeider om å fullføre hverandres ytringer. Denne sekvensen (linje 1-7) kan delvis tolkes som saksrelatert om enn ikke som del av saken i inntakssamtaler. Med det mener jeg at lege-pasient-relasjonen er sentral i den medisinske diskursen, og dermed utgjør en del av den sosiokulturelle konteksten som pasienter, leger, sykepleiere og studenter til enhver tid er situert i.

Linje 9 kan ses som en logisk følge av denne meningsutvekslingen om legers posisjon og relasjon til pasienter ved at studenten vender tilbake til saken i denne treningsamtalen og journalen: "æ lure på om vi har begynt å fått med det viktigste æ" (linje 9). Dette tolker jeg som et forsøk på å avslutte temaet. Susanne begrenser de kontekstuelle ressursene for treningsamtalen til å dreie seg om saken her og nå – nemlig innsamling av bakgrunnsinformasjon, og ikke saker i en større diskursiv sammenheng. Pauline innleder et rammeskifte med sin humoristiske metakommentar: "æ trudd itj vi va begynt å komme inn på det viktigste æ" (linje 9). Susanne ler med og sier: "nei det e itj sikkert det" (linje 10). Hun lar Pauline få rett i at de kanskje ikke har kommet inn på det viktigste, og er med på spøken. Dette kan tolkes som en implisitt kritikk av Susanne for at hun ikke har vært disiplinert nok i forhold til å konsentrere samtalen om det viktigste og relevante. Dette er med andre ord en potensielt ansiktstruende kommentar fra Pauline om at samtalen ikke har tjent sitt formål, og uklarhet om hva slags situasjon dette er. Er formålet å samle inn informasjon eller å bli kjent med hverandre som to privatpersoner?

Det er også viktig å se denne kommentaren i lys av at samtalen har vart i 42 minutter, og at denne typen informasjonsinnhenting gjerne har en ikke-problematiserende karakter og derfor ikke bør bli særlig langvarig. Pauline videreutvikler spøken sin med å si høyt: "æ har jo bare sittet å snakka om mæ sjøl æ" (linje 11). Dette er også en situasjonsdefinitiv kommentar, hvor hun peker på at hun som pasient har snakket mer enn vanlig, og kanskje om flere tema enn vanlig. Susanne forsikrer Pauline om at det er bra at hun har snakket mye, og ler (linje 14). Dette utsagnet tolker jeg som at Susanne gjør motstand mot rammene

for interaksjonen og det agendabundne formatet. Susanne utfordrer med dette eksplisitt en asymmetrisk relasjonsstruktur mellom helsepersonell og pasient slik det var når pasienten måtte snakke med en ”sånn en”. Både student og pasient befinner seg i en blanding av hverdagsramme og utdanningsramme når de humoristisk og på metanivå diskuterer hva slags situasjon de befinner seg i og hvem de er for hverandre. Susanne gir Pauline delvis rett i at de ikke har berørt det viktigste når hun gjenoppretter kjernevirksomheten og spør om pasientens syn. Pauline får dominere lokalt ved at temaene får mye plass, og delvis globalt ved at Susannes forsøk på å avslutte samtalen ikke lykkes.

I samtale med Susanne kom det frem at hun opplevde Pauline som åpen og imøtekommende. Hun sa at de lo etter samtalen, og snakket om at de ble påvirket av kamera i starten av samtalen og at de snakket seg bort. Susanne sa for øvrig at de ansatte var negative til filmingen, og at de ikke hadde kommet til å stille opp selv. Videre sa Susanne at hun har erfart at mange pasienter benytter seg av at studentene har bedre tid enn de ansatte.

Pauline kommenterte i intervju at hun og studenten hadde etablert en god tone før trenings-samtalen. Hun opplevde Susanne som koselig og grei å snakke med. På samme måte som Susanne sa hun at de i etterkant hadde fleipet om kamera. Pauline påpekte at hun snakket mye, og at hun lurte på når Susanne skulle begynne å stille spørsmål. Hun understreket også at det var bra å snakke med studenter fordi de har tid til det.

“ Eksempel 8.5 (SIS 5) ”kan å selge da?”
(Sykepleierstudent= Stine, Pasient = Peder).

Etter at Stine innledningsvis kommenterte at Peder ser sprek ut (se eksempel 5.7) kommer det frem at han har hund som han ofte går tur med. Stine forteller at hun også har hatt hund. Begge har altså en felles biografisk erfaring knyttet til det å ha hund, og samtalen fortøner seg som en samtale mellom to privatpersoner og innenfor rammen av en hverdagsamtale. Eksempelet under viser hvordan Stine og Peder veksler mellom en institusjonell og en hverdagslig ramme for samtalen. ”

1. Stine: æ ble vel mer ²[trena enn hunden tenker æ]²
2. Peder: ²[@@ @@]²
3. Stine: @@ så:(.)e du i no- du e pensjonert du [no eller]
4. Peder: [pensjonert ja] ²[mm]²
5. Stine: ²[ka du]²
6. hold på med før da?
7. Peder: va bilfirma
8. Stine: °det ja°, kan å selge da? @@@
9. Peder: mm ja det skal en kunne det og ja
10. Stine: ja det der- æ har jobba i butikk æ og æ syns itj det e like
11. enkelt å være- å få te å selge akkurat nei det e en
12. sånn ting man lære sæ etter hvert da.
13. Peder: °ja da°
14. Stine: så: har dere noe hjelp i heimen dere eller klare- [e d-]

15. Peder: [nei] nei nei
 16. det har itj vi
 17. Stine: nei(.) .hnei. egen bolig
 18. Peder: ja
 19. Stine: ja. e du gift eller(.) har du-?
 20. Peder: æ e gift ja

Stine starter med å avsløre opplysninger om seg selv som hun gjør til gjenstand for humor (linje 1). Dette tolker jeg som at hun tar i bruk en konversajonaliseringsstrategi for å skape et avslappet samtaleklima. Peder benytter ikke anledningen til å videreutvikle spøken, men ler med (linje 2). Stine markerer med sin så-ytring at de vender tilbake til dagsorden og den institusjonelle rammen: ”du e pensjonert du no eller” (linje 3). Hun stiller spørsmålet på en måte som legger opp til et bekreftende svar. Peder overlapper med en bekreftelse (linje 4).

Oppfølgingsspørsmålet i linje 5 og 6 er etter min mening av typen problematiserende, og inviterer til en lengre respons. Peder benytter ikke anledningen til å komme med et lengre svar, men svarer kort og konsist: ”bilfirma” (linje 7). Denne sekvensen fra linje 1-7 tolker jeg som et forsøk fra Stines side til å få pasienten til å snakke mer, og å løse opp stemningen. Peder fortsetter imidlertid med å gi knappe svar. Stine veksler til en hverdagslig ramme når hun humoristisk spør om han: ”kan å selge da?” og deretter ler (linje 8). Stine tar i bruk en lett og trivelig tone i samtalen, og refererer til sin egen selvbiografi når hun skifter ramme (linje 8). Det er vanskelig å forestille seg at Peder kunne initiert et slikt rammeskifte. Når rammeskiftet først er foretatt, er det imidlertid potensielt ansiktstruende om pasienten ikke bidrar til å anerkjenne vekslingen fra institusjonell til hverdagslig ramme (linje 9).

Denne humoristiske kommentaren markerer etter mitt syn en utvikling av tema som må følges opp av Stine, fordi hun har ansvaret for å skape en viss koherens i samtalen. Peder tar emnet på alvor, men uten tegn til å ville utvikle det som en humoristisk sekvens (linje 9). Peder responderer, men initierer ikke noe nytt i sitt svar. Stine forteller at hun har jobbet i butikk selv og utvikler sin forrige tur når hun sier: ”æ syns itj det e like enkelt å være å få te å selge” og føyer til at man lærer seg det etter hvert (linje 10-12). Peder bekrefter med lavt stemmeleie (linje 13), og benytter seg heller ikke denne gangen av å videreutvikle temaet. I neste tur vender Stine tilbake til agenda med en så-ytring i form av et nytt spørsmål (linje 14). Dette er et spørsmål av typen klar agenda, og med preferanse for ”enkle” svar.

Etter mitt syn er rammevekslingen i linje 8-12 ganske kortvarig fordi Peder ikke er med på å endre samtaleklimaet (”keying”) fra tørt/saklig til en lett og uanstrengt tone. Jeg oppfatter dette som en ansent sekvens i samtalen, hvor begge parter ser ut til å være påvirket av kamera. Dette fremgår av video ved at begge har stiv kroppspositur og ikke ser på hverandre når de snakker. Slik jeg tolker det vender Stine tilbake til agenda gjennom å balansere ”det å være hyggelig og fortelle om seg selv” med ”det å samle inn informasjon hvor pasienten er den som forteller om seg selv”. Ragan (2000) fant for øvrig i sin studie av sykepleier-pasient-interaksjon at nettopp det at sykepleieren forteller om seg selv blir anerkjent på en positiv måte av pasienten og ikke oppfattet som uprofesjonelt. Deretter fortsetter Stine med å samle inn opplysninger vedrørende Peders sosiale liv. Samtalen fortsetter med raske spørsmål-svar-vekslinger, hvor spørsmålene er gjennomgående lengre enn svarene.

I intervju med Stine kommenterte hun at hun følte seg veldig stresset mens hun snakket med pasienten.²⁵ Grunnen til det var at det første opptaket hvor hun hadde med en annen pasient, ble ødelagt, og fordi hun opplevde at pasienten forandret seg fra å være åpen til å bli stiv og korrekt når de kom inn i rommet hvor kameraet stod. Hun opplevde dessuten at pasienten hadde et stivt kroppspråk og at han ga veldig korte svar, og at hun på sin side var så stresset at hun ikke stilte oppfølgingsspørsmål.

Peder sa i intervjuet at han ikke brydde seg om kamera. Han opplevde Stine som grei og understreket at de dessuten hadde snakket sammen før dette opptaket. Videre mente han at samtalen ikke ville vært noe annerledes med en etablert sykepleier, og at han oppfattet dette som trening for studentene. Peder sa også at han oppfattet at studenten fikk de svarene hun ville, og at han som pasient mer gir enn får informasjon i slike samtaler.

“ Eksempel 8.6 (SiS 4) ”...enn søvn og sånn...”
(Sykepleierstudent=Sylvi, Pasient=Perly).

Eksemplet under illustrerer sykepleierstudentens begrensede oppgave i trenings samtalen og hva som skjer når pasienten tar opp et tema som ligger utenfor samtals agenda. Det innledende spørsmålet her inngår i en rekke av tilsvarende agendastyrte spørsmål. ”

1. Sylvi: >ska vi sjå< enn søvn og sånt? plages du med [å sove og sånn?]
2. Perly: [ne:i æ gjør] egentlig itj det. æ kan ikke si æ plages med
3. søvnen det hende no noen netter at æ ligger våken litt men det e
4. itj å snakke om. nei=
5. Sylvi: du treng itj å ha no=
6. Perly: nei
7. Sylvi: [medisin eller no]
8. Perly: [nei. æ bruke itj noe] medisin for det .hnei(0.5)æ bruke medisin
9. for blodtrykket o:g kolesterolet.
- 10.Sylvi: mm=
- 11.Perly: .hja.(0.5) °og så for astmaen da°=
- 12.Sylvi: for sånn som her vet du så får en jo noe å: [slappe]=
- 13.Perly: [ja]
- 14.Sylvi: av på vess ²[det]²
- 15.Perly: ²[ja]²
- 16.Sylvi: i stedet for at en ligger våken [hele natta nesten]=
- 17.Perly: [ja æ skjønne]
- 18.Sylvi: og gruer og sånn=
- 19.Perly: .hja nei æ:(0.5)føle mæ no ganske rolig no og ((kremt)) æ har no
20. hatt sånn plaga med nervene.
- 21.Sylvi: °mm°
- 22.Perly: det va derfor æ måtte slutt og da æ fikk angst og depresjon da
- 23.Sylvi: mm=

²⁵ Like etter at denne samtalen var ferdig ringte Stine meg og sa at hun var veldig misfornøyd med samtalen. Jeg informerte henne om at hun kunne trekke seg fra prosjektet, og at det var et valg hun kunne benytte seg av nå eller på et senere tidspunkt (jfr. forespørsel om deltakelse). Stine ønsket ikke å trekke seg, men understreket at det var viktig for henne at jeg visste om hennes ubehagelige opplevelse av samtalen.

- 24.Perly: derfor måtte æ slutte å arbeide og da
 25.Sylvi: °.hja°
 26.Perly: o:g æ har vært veldig plaga ja. æ va så ille plaga at æ kunne
 27. itj være alene inne.
 28.Sylvi: [m]
 29.Perly: [æ] kunne itj gå i kjelleren (XX) ny hobbyrom i kjelleren
 30.Sylvi: .hja
 31.Perly: (mannen min da o:g)det nyttet itj nei. men æ:- æ må si det at æ
 32. har blitt så bra
 33.Sylvi: mm
 34.Perly: (brukte itj no medisin heller)
 35.Sylvi: .hnei
 36.Perly: og det e æ så glad for .
 37.Sylvi: mm=
 38.Perly: .hja det sto på::- det begynte- ja sto på i hvert fall tre år ja
 39. kanskje litt mer .hja ((kremt)) men eh det va ei fæl tid. Turde
 40. itj å gå. på en butikk alene eller noe (0.5) men æ har blitt så
 41. bra at . æ håper at det varer=
 42.Sylvi: nei for det fins jo litt som ikke e så sterkt og sånn vet du
 43. bare at en [får noe å-]
 44.Perly: [ja æ skjønne det] ja ²[nei det]²
 45.Sylvi: ²[så du]² må itj lig[ge: våken
 46. nei]
 47.Perly: [NEI .neida]
 48.Sylvi: uten å ring ²[på]²
 49.Perly: ²[de:t]² det ska æ no itj gjøre nei=
 50.Sylvi: .hnei=
 51.Perly: men æ har no itj plagdes med det før (har sove når æ har villet)
 52. °så det går nok sikker bra ja°
 53.Sylvi: mm=
 54.Perly: .hja ((kremt))

Rett forut for denne sekvensen har Sylvi kartlagt en rekke data knyttet til Perlys fysiske form, matlyst, hukommelse og hobby og fritidsinteresser. Sylvi stiller et spesifikt spørsmål fra journalen som dreier seg om søvn (linje 1). Dette spørsmålet legger opp til et ikke-problematiserende svar. Perly responderer i første omgang på en preferert måte med at det stort sett går greit (linje 2,3). Et slikt spørsmål svar format er som nevnt hyppig forekommende i samtaler med en tydelig agenda (se pkt. 3.5). Sylvi følger opp med et sterkt initiativ: ”du trenger ikke noe medisin?” (linje 4, 6). Perly responderer og fører deretter inn et nytt deltema, at hun bruker medisin for blodtrykk, kolestrol og astma (linje7,9).

Sylvi responderer på det opprinnelige temaet i form av et nytt sterkt initiativ hvor hun slår fast at Perly kan få medisin slik at hun slipper å ligge våken og grue seg (linje 12,14,18). Perly imøtekommer initiativet med en respons om at hun er rolig, hvorpå hun fører inn et nytt tema – at hun har hatt plager med nervene (linje 17). Perly videreutvikler temaet til hvordan det oppleves å ha angst og depresjon, (linje 19,21,23,25,27,29,31,33-35). Perly bringer med dette på bane et større medisinsk problem som er tematisk knyttet an til det å grue seg i sin alminnelighet men hun avviker fra det som er lokalt relevant. ”Problem med søvn og sånn” blir av Perly oppfattet som et allment og ikke som et spesifikt spørsmål. Spørsmålet blir ikke rammet inn med forklaring om hvorfor det stilles. Denne forklaringen kommer først i linje 42, 43 og 45 etter Perlys fortelling om sine plager med depresjon.

Sylvis spørsmål i linje 1 og bakgrunnen hun gir for dette spørsmålet (linje 12, 14, 18) utløser en lang og problematiserende respons som kan sies å ligge utenfor disse treningssamtalenes forhåndsdefinerte agenda (se pkt 3.5). Sylvi kvitterer underveis med korte miniresponser med lavt toneleie. Ut fra dette vil jeg si at Sylvi gir Perly rom, men at hun ikke forfølger temaet i form av oppfølgingsspørsmål. Perly forteller velvillig sin sykdomshistorie, og det er ingen pausene innafor hennes turer. Sylvi legger til rette for at pasientens ikke-lokale initiativ (linje 17) blir tema i en lengre sekvens. Etter mitt syn fremstår Sylvi som lavmælt engasjert gjennom lavt stemmeleie, at hun har rolig positur og et fast blikk.

Sylvi havner etter mitt syn i et kommunikativt dilemma i det pasienten tar opp et tema som ikke umiddelbart hører inn under treningssamtalens begrensede agenda.

Sylvis dilemma i denne dyaden består i å håndtere samtalens begrensninger og manglende åpenhet med dens hverdagslige og konverserende karakter. Nettopp dette hverdagslige og konverserende preget kan gi inntrykk av at samtalen er mer åpen med hensyn til agenda enn den faktisk er. Særlig er dette et dilemma jeg tror studenter vil stå overfor, fordi det ikke er gitt at treningssamtalene skal være like agendabundne som reelle innkomstsamtaler. Flere av studentene kommenterte i intervju at de hadde inntrykk av at pasientene satte pris på at de hadde bedre tid til å snakke med dem enn hva etablerte sykepleiere har. Sylvi skaper koherens i denne sekvensen ved å etablere en årsakssammenheng mellom Perlys fortelling om at hun er ”plaget med nervene” og det Sylvi kan tilby ”for det fins jo litt som ikke e så sterkt [...] så du må itj ligge våken”. Dette ”for” og ”så” skaper en logisk sammenheng mellom Perlys fortelling og Sylvis opprinnelige initiativ (linje 1). Sylvi impliserer med andre ord at Perly har svart på spørsmålet om ”søvn og sønn”, og ivaretar med dette begge ansikt og troverdighet.

8.2 Funn fra hovedaktiviteten

I analysene fra hovedaktiviteten kommer det frem at rammevekslingene skjer primært på bakgrunn av at studenten skifter posisjon (”footing”) fra å samle inn informasjon til å konversere hverdagslig, og at skiftene skjer i form av uanstrengte/lette og iblant humoristiske kommentarer ved siden av men ofte i tilknytning til de agenda bundne temaene.

Denne vekslingen mellom det hverdagslige og institusjonelle kan betegnes som en type ”mixed hybridity” til forskjell fra ”embedded hybridity” som viste seg i samtalene mellom medisinerstudent og pasient.²⁶ Med dette mener jeg at samtalene har noen hybride trekk og fremstår som en blanding av ”innkomstsamtale” og ”rollespill” eller som en blanding av ”innkomstsamtale” og ”hverdagslig prat”. Denne hybridiseringen er gjerne knyttet til faser, og jeg tolker den som primært strategisk og formålsrettet. I dette legger jeg at studentenes innspill og initiativ ser ut til å påvirke samtalens klima og relasjonsstruktur. Studentens og pasientens spill for kamera er eksempler på kommentarer som er stappfull av ”local sensitivity”, og bidrar til en midlertidig blanding av rammer. Denne typen ”local sensitivity” opptrer gjerne i innlednings- og avslutningssekvenser, men er ikke like tilgjengelig i kjernevirksomheten (Linell, 1998).

²⁶ Dette illustrerer også betydningen av å ha flere samtaler i korpusen.

Linell (1998:250) betegner for øvrig situasjoner hvor offisielle eller profesjonelle intervjuer folk om personlige opplysninger, som klare tilfeller av asymmetri inne i hovedaktiviteten. Han illustrerer gjennom eksempler fra bl.a. politi avhør hvordan den profesjonelle stiller forhåndsdefinerte spørsmål og at svarene gjerne blir registrert uten at den som intervjuer kommer med noen reaksjoner. Dette gjelder for øvrig typiske forhør, og da særlig i domstol sammenheng. Studentene i disse treningssamtalene har riktignok en journal som skal fylles ut men samtalen forløper ikke ut fra en slik asymmetrisk initiativ-respons struktur. Ved en rekke anledninger vil jeg betegne skjemaet som en ressurs for å bl.a. få i gang samtalen om opplevelse av plager.

Som tidligere nevnt har Ragan (2000) utforsket bruken av såkalt småprat i samtaler mellom kvinnelig helsepersonell og kvinnelig pasient. Hun retter innledningsvis en kritikk mot det hun kaller en falsk dikotomi som forskere innenfor organisasjonsvitenskap og forskning på institusjonelle samtaler, har skapt ved å kategorisere snakk som formålsorientert eller mellommenneskelig. Hun peker videre på at en slik dikotomisering er med på å opprettholde en spenning mellom sosialt og medisinsk snakk. I treningssamtalene mellom sykepleierstudent og pasient fant jeg at studentene både informerte (se kap. 5) og spurte (se kap. 8) på en konverserende måte. Ingredienser som kan assosieres med småprat var sentrale i alle faser av interaksjonen, og manifesterte seg eksempelvis i form av fleip med plager, ved at studenten ”avslører” ting fra sin egen biografi, kommenterer ting i den ytre konteksten (kamera) eller skape allianse med pasient i form av en ”oss-konstruksjon”.

Kapittel 9

9 Treningssamtalen som kompleks kommunikativ virksomhetstype

Jeg har i denne avhandlingen studert det kommunikative møtet mellom student og pasient, representert gjennom treningssamtaler fra sykepleier- og medisinerutdanning. I analysene av ulike faser kom det frem at treningssamtalene er mangefasetterte med hensyn til kontekstuelle ressurser. Dette viste seg i form av flertydige situasjonsdefinitorske innspill og stor grad av metakommunikasjon. Forekomsten av slike kontekstuelle ressurser er knyttet til den lokale konteksten der og da, så vel som samtalen som en institusjonell virksomhetstype. I dette kapitlet vil jeg sammenfatte resultatene fra analysene, både i forhold til virksomhetens ytre og virksomhetens indre. Forbindelsen mellom resultatene fra analysene og det teoretiske rammeverket vil også bli utdypet.

I samtalene som utgjør empirien i denne avhandlingen, er det tydelig at deltakerne forhandler med utgangspunkt i motstridende forventninger til hva virksomheten er og at virksomheten fremstår som tvetydig. Dette fremgår også av analysene. Treningssamtaler kan regnes som en kompleks virksomhet hvor en virksomhetstype, legekonsultasjonen og innkomstsamtalen, finner sted i en annen virksomhetstype, en innlærings og utdanningssituasjon. Dette vil si at treningssamtalene foregår inne i en ramme som er en utdannings- og læringssituasjon hvor studentene skal bli bedre forberedt til å håndtere en virkelig legekonsultasjon og innkomstsamtale. På bakgrunn av dette kan treningssamtaler ikke bli evaluert som autentiske konsultasjoner og innkomstsamtaler. Trening på legekonsultasjoner har først og fremst en funksjon for medisinerstudentene. Pasientene deltar på frivillig basis for å bidra til kommunikasjonstrening for studentene (se pkt 4.7.1). Trening på innkomstsamtaler tjener som en treningssituasjon for studentene, samtidig som disse samtalene har praktiske konsekvenser for pasientene som deltar (se pkt 4.7.2). Den bakgrunnsinformasjonen som studenten samler inn, blir brukt i helsefaglig øyemed. I de empiriske kapitlene har jeg undersøkt hvordan aktørene faktisk håndterte disse premissene og forventningene.

9.1 Begrensninger ved studiens generaliseringsmuligheter

I avhandlingen har det kommet frem adskillige interessante observasjoner og funn som kan belyse de utfordringer og dilemmaer deltakerne i treningssamtalene står overfor. Her skal jeg kort diskutere hvor langt man kan generalisere ut fra disse funnene til treningssamtaler mer generelt i medisin- og helsefag. Empirien som danner grunnlaget for denne studien, er relativt liten i omfang. Fem dyader fra de respektive utdanningene gir ikke grunnlag for å

fange opp variasjoner knyttet til for eksempel alder og kjønn. Kjønn- og aldersdimensjoner kan være fruktbare og interessante i beskrivelse og forklaring av vekslende interaksjonell dynamikk.

Videre er studentene som er med i dette arbeidet, relativt uerfarne og i begynnelsen av sin utdanning. De ansvarlige for kommunikasjonstreningen ved medisinerutdanningen pekte på at det ville vært interessant med en komparativ studie av studenter tidlig og sent i utdanningsløpet. Begrunnelsen for dette var at studentene så ut til å bli mer og mer sosialisert til en biomedisinsk tankegang etter hvert som utdanningen nærmet seg slutten. Flere studenter fra ulike årstrinn ville med andre ord kunne gitt flere variasjoner. Studien omfatter én sykepleierutdanning og én medisinerutdanning. Som nevnt i beskrivelsen av disse institusjonene, er verken sykepleier- eller medisinerutdanningen i Norge organisert på en ensrettet måte. De ulike sykepleierutdanningene og de ulike medisinerutdanningene skiller seg fra hverandre både med hensyn til studiemodell og pensumlitteratur. Konkrete innslag i de to korpusene som inngår i dette arbeidet, kan derfor være annerledes i en annen sykepleier- eller medisinerutdanning.

Underveis i analysene har jeg relatert funn og tolkninger til studier av *autentiske* helsepersonell-pasientsamtaler (jfr. pkt 1.3). En komparativ studie med sammenligningsmateriale fra autentiske konsultasjoner og innkomstsamtaler kan utdype relevansen og betydningen av de situasjonstolkningene aktørene presenterer i interaksjonen. Sammenligning mellom treningssamtaler og autentiske samtaler kan dessuten identifisere hva slags kontekstuelle og interaksjonelle ressurser aktørene i de ulike virksomhetene (innenfor utdanning og arbeidsliv) har til rådighet, og hva slags premisser som omkranser disse. Jeg vil for øvrig komme tilbake til hvordan analysene har kastet lys over treningssamtalenes premisser, og hvordan disse ser ut til å skille seg fra de autentiske samtalenes premisser.

Potensialet for generalisering ligger etter mitt syn i de sammenhengene jeg har påvist mellom virksomhetstypenes flerbunnete kontekst og deltakernes faktiske interaksjon. I denne forbindelsen vil jeg understreke betydningen av å ikke bare se treningssamtalene som samtaletrening, men som kommunikative virksomhetstyper. Dette innebærer at man erkjenner at trening ikke er kopiering av en etablert sjanger, men derimot en kompleks kommunikasjonssituasjon som kan skape mange kommunikative dilemmaer for de som deltar. For å redusere denne kompleksiteten kan det være fruktbart at studentene har et blikk for vekslinger av rammer og posisjonsskifter, og bevissthet om kommunikasjonssituasjonen. Det vil sannsynligvis innenfor alle treningssamtaler være en sammenheng mellom de omkringliggende premisser og forventninger til virksomhetstypene og interaksjonsmønstrene som kan observeres, og den treningseffekten man til syvende og sist kan få ut av disse.

9.2 Systematisering av virksomhetens ytre og interaksjonsforløpet

I dette kapitlet skal jeg systematisere virksomhetens ytre og deretter virksomhetens indre (dens interaksjonsforløp) i de to kommunikative virksomhetene som er undersøkt empirisk.

Dette vil jeg gjøre ved å sammenligne treningssamtaler med autentiske innkomstsamtaler og ved å sammenligne treningssamtaler med autentiske *legekonsultasjoner*. Jeg vil med andre ord gjøre en sammenlignende analyse av premissene for fire ulike kommunikative virksomheter, og utforske hvilken organisatorisk sammenheng de befinner seg i. Deretter vil jeg illustrere premissene for de fire ulike kommunikative møtene i form av en modell.

9.2.1 Autentiske legekonsultasjoner respektive treningssamtaler

Den ”autentiske” eller naturlig forekommende legesamtalen utføres av allmennpraktikere i primærhelsetjenesten, og utgjør i forbindelse med den videobaserte samtaletrening i allmennpraksis en modell for trening. Den innspilte treningssamtalen er et viktig moment i utdanningen, og utføres av første- og andreårsstudenter ved det utvalgte medisinstudiet. Treningssamtaler og autentiske legekonsultasjoner, forstått og beskrevet som kommunikative virksomheter, skiller seg fra hverandre på en rekke punkter. Den ”autentiske” legekonsultasjonen er i motsetning til treningssamtalen noe som gjøres på alvor, og som er gyldig i den medisinske verden. Treningssamtalen er bare spill, men et spill som har som formål å ta opp alvorlige spørsmål og hvor pasienten forventes å fortelle om sine virkelige problem. Den ”autentiske” konsultasjonen er en sentral kjernevirksomhet innenfor medisin som virke og med en selvsagt status, hvor man ikke trenger å formulere formålet i en briefing. Treningssamtalen er derimot sekundær og subsidiær i relasjon til helsetjenestens sitt primære mål, og i relasjon til andre kommunikative virksomheter i medisinsk sammenheng. Det kan være et behov for å forklare formålet.

Begge virksomhetene har en høy grad av åpenhet i kommunikasjonen med tanke på agenda, fordi dette beror på hva pasienten forteller og hvilket problem han eller hun presenterer. Dette gjelder særlig autentiske konsultasjoner og i stor trening på konsultasjoner, selv om studentene er mer agendabundet og ikke fullt så åpne for uventede innslag fra pasientens side. Konsekvensen av den autentiske legekonsultasjonens sentralitet og åpenhet med hensyn til agenda er at man får et spørsmål-svar-format som i Stivers & Heritages (2001) termer kalles ”diagnostic history taking”. Denne informasjonsinnhentingen etableres som nevnt under pkt 3.5, i formuleringen av ærend. Ærendespørsmålet i treningskonsultasjonene ledet derimot til komplikasjoner, og viste seg å være et tvetydig innslag i disse samtalerne.

Den autentiske legekonsultasjonen skiller seg fra treningskonsultasjonen med hensyn til den profesjonelles rettigheter. I førstnevnte tilfelle har den profesjonelle legitimert status, teknisk, medisinsk, klinisk kompetanse, rett til å stille diagnose, rett til å foreslå behandling og relativt høy posisjon i det medisinske hierarkiet. Den kommende profesjonelle har ingen slike rettigheter, og kan sies å ha lav status i det medisinske samfunnet. En autentisk legekonsultasjon har gjerne en plass i en serie konsultasjoner og står i relasjon til virksomheter som grenser opp til denne, dette med unntak av akuttbesøk. Når det gjelder førstegangsbesøk, foregår eller blir ikke disse nødvendigvis etterfulgt av viktigere samtaler, og de emner og beslutninger som delegeres som for eksempel å ta prøver er ofte subsidiære. Det vil si at de skal gi grunnlag for legens beslutningsforslag. Unntaket er i de tilfeller hvor pasienten har

en sykdom som må delegeres til en spesialist. Treningskonsultasjon slik den er organisert på den utvalgte utdanningen blir derimot ofte etterfulgt av en viktigere samtale (møte med den ”ordentlige legen”), og beslutninger og emner delegeres gjerne til denne samtalen.

Når det gjelder pasientens kommunikative mål i disse to virksomhetene, kan man si at pasienten i en reell konsultasjon forteller om medisinske og psykososiale problem for å få hjelp, mens pasienten i en treningssammenheng kan fortelle om det samme for at studenten skal få mulighet til å møte en pasient. Den autentiske konsultasjonen skiller seg også fra treningssamtalen med tanke på relasjon til innspilling, observasjon og beforskning. Reelle konsultasjoner spilles normalt ikke inn, men det kan være ”deltakende observasjon” i form av pårørende eller kollegaer. Videoopptak av treningssamtaler er derimot vanlig i utdanningen, og disse gjøres med ekte eller simulert pasient. Autentiske konsultasjoner gjøres regelmessig og som en rutine for den profesjonelle parten. Treningssamtaler gjøres også regelmessig, men har ikke rukket å bli en rutine for studenten (og aller minst er disse rutine for pasienten).

Autentiske legekonsultasjoner og treningssamtaler kan imidlertid ha fellestrekk i sådanne situasjoner der verken student eller lege har forhåndskunnskap om pasienten. Den profesjonelles forhåndskunnskap om pasienten varierer med om hvorvidt han eller hun har møtt pasienten tidligere. Studentene som inngår i mitt materiale har ingen kunnskap om pasienten på forhånd, og stiller i så henseende likt med legen i en førstegangssamtale hvor det er snakk om et akuttbesøk. I forbindelse med øvrige førstegangsbesøk har gjerne legen kunnskap om pasienten via journaler, generell faglig kompetanse og pasienter som har hatt tilsvarende plager. Ved et gjenbesøk er kunnskapen basert på tidligere møter og journal. Alt i alt er det store skiller mellom de autentiske konsultasjonene og treningskonsultasjonene.

9.2.2 Autentiske inntakssamtaler respektive treningssamtaler

Inntakssamtaler med bakgrunn i en sykepleiejournal utføres av en sykepleier forut for at en pasient skal inn til operasjon. Treningssamtaler har den autentiske inntakssamtalen som modell, og er et moment i utdanningen for sykepleierstudenter når de er ute i sykehuspraksis. Simulerte inntakssamtaler og treningssamtaler har en rekke fellestrekk. Den autentiske inntakssamtalen er i likhet med studentledete inntakssamtalen (treningssamtalen) gyldig i sykehusverdenen, selv om studenten kan få hjelp og støtte av en ekspert om noe skulle gå galt. Disse to virksomhetene regnes med andre som gyldige i likhet med den autentiske legekonsultasjonen, og til forskjell fra treningskonsultasjonen.

Verken den autentiske inntakssamtalen eller treningssamtalen er så primær i den medisinske verdenen som legekonsultasjonen, og den er dessuten underordnet i profesjonsutøvelsen for sykepleiere. Treningssamtalen kan sies å være en svak variant av den autentiske inntakssamtalen, og er derfor enda mer subsidiær enn denne. Den autentiske inntakssamtalen eller treningssamtalen har ikke samme grad av åpenhet som den autentiske legekonsultasjonen med hensyn til hvilke problem pasienten bringer på bane, og er på forhånd bundet av en mer forhåndsdefinert agenda. Treningssamtalen er også i denne sammenheng en svakere variant enn den autentiske, hvilket kan bidra til større eller mindre

grad av åpenhet. Samtalen kan imidlertid få en større grad av åpenhet ved at studenten gjerne har bedre tid enn sykepleieren, og at pasienten er klar over dette. Innkomstsamtalens tydelige agenda og sekundære plass illustrerer en type informasjonsinnhenting som Stivers & Heritage (2001) refererer til som ”comprehensive history taking”. Denne typen informasjonsinnhenting er gjerne karakterisert ved agendabundethet med et spesifikt spørsmål-svar-format, og hvor det overordnede formålet er å samle inn data om pasienten (se pkt 3.5).

Den profesjonelles rettigheter i en autentisk innkomstsamtale skiller seg fra den autentiske konsultasjonen ved at det er flere begrensninger og innskrenkninger ved den profesjonelles autoritet og legitimitet. I treningssamtalen er denne legitimiteten tilsvarende svakere ved at det er en student som står for informasjonsinnhenting. Både den autentiske innkomstsamtalen og treningssamtalen inngår i en serie av møter og kontakter med pasienten som foregår og fremfor alt følges opp av andre møter og ofte med samme kontrahenter. Dette til forskjell fra legekonsultasjoner, som er mer avgrenset som kommunikativ hendelse.

I en autentisk innkomstsamtale kan man si at pasientens kommunikative mål er å fortelle visse deler av sine medisinske og psykososiale problem for å få hjelp og pleie. Det samme gjelder treningssamtalen hvor pasienten eksempelvis forteller om matallergi slik at det kan tas hensyn til dette i forbindelse med måltidene som pasienten får servert på sykehuset. I en konsultasjon vil pasientens kommunikative mål være av en annen karakter, og med et medisinsk ærend som gjerne er ”ukjent” for den profesjonelle i forkant av konsultasjonen. Den profesjonelles forhåndskunnskap til pasienten vil variere med hensyn til om det er et førstegangsbesøk eller gjenbesøk. Både studenter og sykepleiere vil imidlertid, ha kjennskap til hva slags type operasjon (ærend) pasienten skal gjennomgå før innkomstsamtalen.

Autentiske innkomstsamtaler og treningssamtaler er imidlertid også forskjellige med tanke på rutine. Den autentiske innkomstsamtalen kan regnes som en rutinemessig samtale for den profesjonelle, tilsvarende den autentiske konsultasjonen, dette i motsetning til treningssamtalen, som ikke kan regnes som rutine for studenten. I følge faglærerne ved den utvalgte utdanningen var det et mål at studentene skulle gjennomføre 1-2 innkomstsamtaler i løpet av sykehuspraksis.

Autentiske innkomstsamtaler og treningssamtaler skiller seg fra hverandre når det gjelder relasjon til innspilling eller observasjon. På samme måte som ved reelle konsultasjoner, er gjerne deltakende observasjon vanlig i reelle innkomstsamtaler. Det er ikke rutine for sykepleierstudentene med videoopptak slik det er for medisinerstudentene, og bare en viss grad av deltakende observasjon.

Kontekstuelle dimensjoner	1A Autentisk legekonsultasjon	1B Studentledet legekonsultasjon	2A Autentisk inntakssamtale	2B Studentledet inntakssamtale
1. Alvor	På alvor, reelle konsekvenser for pasientens behandling.	Rollespill, men med formålet å ta opp alvorlige spørsmål.	På alvor.	På alvor, men studenten kan få hjelp av ekspert om noe går galt.
2. Sentralitet	Kjernevirksomhet, primær og sentral.	Sekundær, subsidiær.	Sekundær	Sekundær Subsidiær i flere henseender enn 2A
3. Åpenhet	Åpenhet – problemet beror på hva pasienten forteller.	Studenten mer agendabundet. Ikke så åpent.	Tydelig agenda – ikke så åpent.	Litt svakere variant av 2A.
4. Profesjonelles rettigheter	Profesjonelle har legitimert status: sette diagnose, foreslå behandling. Høy status.	Ikke rettigheter. Lav status.	Flere begrensninger og innskrenkninger. Ikke som 1 A.	Litt svakere enn 2A.
5. Plass i serie	Avgrenset virksomhet. Visse sekundære emner og beslutninger delegeres. Kan inngå i serie.	Blir etterfulgt av viktigere samtale. Møte med 'ordentlig lege'. Emner og beslutninger delegeres.	Inngår i en serie møter.	Inngår i en serie møter.
6. Pasientens kommunikative mål	Fortelle om medisinske og psykososiale problem for å få hjelp.	Fortelle om medisinske og psykososiale problem for at studenten skal få møte pasient.	Fortelle om basisbehov for å få best mulig pleie.	Fortelle om basisbehov for å få best mulig pleie.
7. Profesjonelles forhåndskunnskap om pasienten	a) nybesøk: ingen b) gjenbesøk: tidligere møte, el. Journal.	Studenten har liten eller ingen kunnskap om pasienten.	a) nybesøk: har hilst på pasienten. b) Gjenbesøk: tidligere møte, journal	Har hilst på pasienten og vist han/henne rommet.
8. Rutine	Rutine for den profesjonelle parten.	Ikke rutine.	Rutine for den profesjonelle parten.	Ikke rutine.
9. Relasjon til innspilling og deltakende observasjon	Ikke innspilling. I blant nærvær av for eksempel medisinerstudent.	Innspilling vanlig i utdanningen. Som regel nærvær av medstudent.	Ikke innspilling. I blant nærvær av sykepleierstudent.	Ikke vanlig med innspilling i utdanningen. I blant nærvær av kontaktsykepleier.

For å oppsummere, kan man si at den studentledete legekonsultasjonen (treningssamtalen) til forskjell fra den studentledete innkomstsamtalen (treningssamtalen) kan karakteriseres som rollespill. Sykepleierstudentenes treningssamtale ligner den autentiske innkomstsamtalen selv om den er en svakere variant. Medisinerstudentenes treningssamtale skiller seg derimot fra den autentiske konsultasjonen på en rekke punkter, i prinsippet alle punkter i tabellen. Premissene for de to kommunikative virksomhetene som inngår i dette arbeidet, er prinsipielt og grunnleggende forskjellige. Denne analysen gjelder virksomhetenes premisser. Avhandlingen har dreid seg om hvordan skillene manifesteres i de faktiske interaksjonene. Analysen kan derfor sies å ha utdypet forståelsen av premissene.

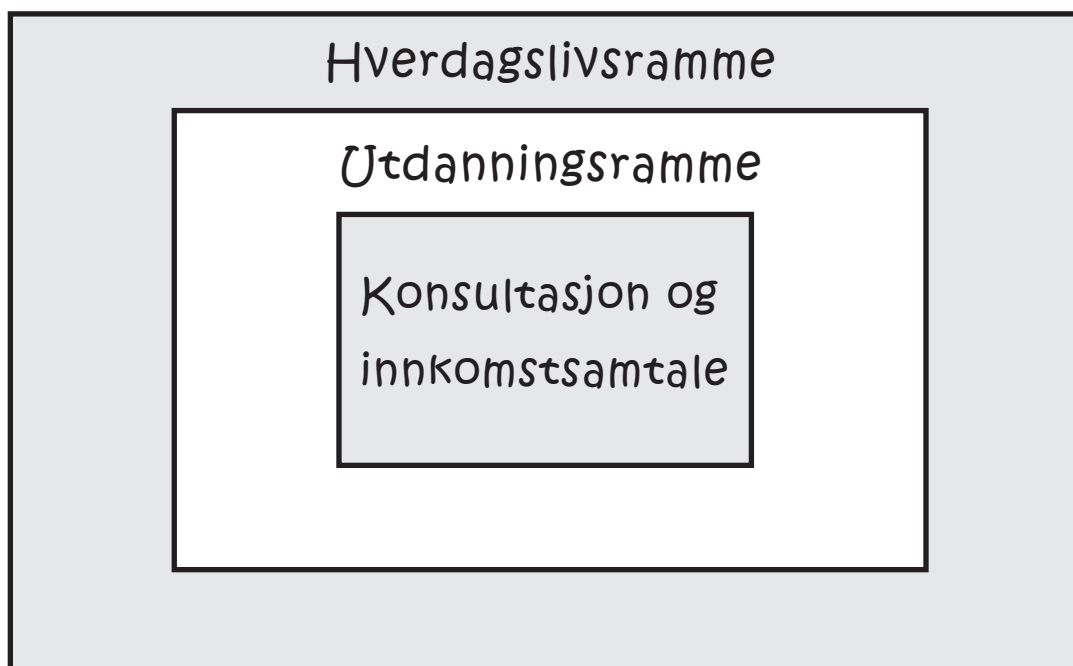
9.3 Kommunikativ virksomhet og multiple rammer

På bakgrunn av de premissene jeg har skissert, kan man si at treningen av innkomstsamtale og konsultasjon inngår i en kompleks kontekst. Premissene utgjør noen rammevilkår for studentene og for hvordan samtalen kan forløpe. Med det mener jeg at plassen denne virksomheten har i helsesektoren som helhet, sier noe om hva man kan og ikke kan utføre og gjøre i disse situasjonene. Individene har også et spillerom; de kan i et visst monn velge å orientere seg mer eller mindre mot de ordningene som virksomhetstypene representerer.

Møtet rammer inn virksomhetstypen og virksomhetstypen rammer inn og preger møtet. Trening er ikke bare en kopiering av en autentisk virksomhetstype, og er ikke så enkelt som man skulle tro. Trening på konsultasjoner og trening på innkomstsamtaler er spesielle typer av virksomheter. For å analysere de mangefasetterte innrammingene og forhandlingene om virksomhetstype i ulike faser av samtalen, trengte jeg rammeteori (se kapittel 3). Jeg var ute etter å fortolke noen kommunikative situasjoner og ikke å karakterisere hele situasjonen. Jeg har med andre ord undersøkt empirisk hvordan aktørene håndterer de premissene som omkranser virksomhetstypene.

Analysene har vært konsentrert om tre faser: innledning, hovedaktivitet og avslutning (se kap. 5-8). Den konteksten studentene befinner seg i, kan iallfall delvis beskrives som lag på lag med rammer for samhandlingen. Treningssamtalene som medisinerstudentene deltar i, respektive treningssamtalene som sykepleierstudentene deltar i, er ikke to likeartede situasjoner. Førstnevnte er rollespill og sistnevnte kan sies å være en svak variant av den autentiske innkomstsamtalen. På bakgrunn av dette kan man også gå ut fra at den indre rammen er sterkere representert i korpuset fra sykepleierutdanningen enn i korpuset fra medisinerutdanningen (se modell under). Begge disse typene treningssamtaler har en autentisk samtale som modell og i større eller mindre grad trekk fra denne (indre ramme). Den studentledete innkomstsamtalen og den studentledete legekonsultasjonen inngår i en ramme av trening (innen en ramme av sykepleier- og legeutdanning med ulike moment). Disse samtalene involverer naturligvis personer i deres aktuelle hverdagssammenheng (den ytterste rammen).

Disse tre rammene kan illustreres i form av en modell:



Mange kommunikative virksomheter kan fremstå som en blanding av ulike sjangre – det vil si at de kan karakteriseres som hybride. Hybride virksomheter refererer imidlertid ikke til blandingsprodukter av ulike autentiske og idealiserte virksomhetstyper, men snarere til mangefasettete og komplekse virksomheter (jfr. Persson Thunqvist, 2003:211). Hybriditeten kan gi seg utslag i multiple rammer og utløse en rekke kommunikative dilemma, som igjen aktualiserer ulike virksomhetsroller (Persson Thunqvist, 2003; Persson Thunqvist & Linell, 2003; Linell, 2005b: 42 u.a). Denne kompleksiteten kan ta form av rammeblanding og tvetydighet i tilknytning til rammer. Hybridisering som fenomen dreier seg bl.a. om å kaste lys over uklarhet om situasjonsdefinisjoner for deltakerne (Clark, 1996; Fairclough, 1992; Måseide, 2003; Sarangi, 2000; Goffman, 1974; Linell, 2005b u.a). Hybriditet og innebygde motsetninger kan, slik det kommer frem i treningssamtalene, illustreres ved at virksomhetene grenser opp mot og har innslag av ulike virksomhetstyper (se modell).

Hybriditeten kan ta ulike former og fortone seg som om aktørene overskrider grensene fra en samhandlingsramme til en annen og manifestere vekslinger av toneart ('keyings', 'rekeyings', jfr Goffman,1974). Videre kan hybriditeten romme former for rammetvetydighet som følge av at virksomhetene er uklare for aktørene (Måseide, 2003:399). Hybriditeten kan innebære at ulike sekvensialiseringsdimensjoner i interaksjonen kan relateres til ulike sjangre (Fairclough, 1992:118). Pasient og medisinerstudent og pasient og sykepleierstudent er i utgangspunktet individer (mennesker i hverdagslivet) som møtes, hilser på hverandre etc. Senere følger en overgangshandling hvor utdanningsrammene kan slå igjennom. I hovedaktiviteten er det den innerste rammen som dominerer. På slutten av interaksjonen går deltakerne ut fra rammene i motsatt rekkefølge (fra den innerste rammen og ut til den ytterste), hvor også utdanningsrammene kan trenge seg frem. Dette er tydeligst i treningssamtalene mellom pasient og medisinerstudent.

9.4 Hybridisert kommunikatív virksamhetstype

Et hovedpoeng fra de empiriske undersøkelserne i tilknytning til medisinerutdanningen er at trening ikke er så enkelt som man skulle tro. Trening er ikke bare en kopiering, men derimot en spesiell type kommunikatív virksamhet. Denne virksamheten viste seg å være kompleks og med mange rammer og hybride trekk. Jeg vil i dette avsnittet presentere funn fra analysene og diskutere disse i forhold til hybridisering.

Det kom frem i intervju med medisinerstudentene at de blir anbefalt å opptre som fagpersoner, og å unngå å tematisere at de er studenter. Anbefalingene går på å overse at dette er en flertydig og kompleks kontekst. Det viser seg i mitt materiale at det ikke lar seg gjøre å overse kompleksiteten, fordi den entydige kontekstforståelsen som ligger i rollespillet, sprekker. Studentene står etter mitt syn overfor et etisk og kommunikatív dilemma ved at de verken har autoritet eller legitimitet overfor pasientene som studenter. Hva slags kommunikatíve utfordringer fant jeg at studentene sto overfor? Hvor i samtalen oppstod utfordringene?

Studentene blir gang på gang utfordret. For det første er ikke pasientene entydig og systematisk forberedt på hva som forventes av dem. Studentene er heller ikke forberedt på å håndtere brudd med den forventede rollespillkonteksten. Dette viser seg ved at det dukker opp en rekke spørsmål som setter studenten i en vanskelig situasjon.

I innledningsfasene fant jeg at det var lange forhandlingssekvenser om virksamhetstype i to av samtale. I disse to samtale var forhandlingene knyttet til en grunnleggende avklaring av hva som er situasjonen. Av de øvrige var det to av samtale hvor forhandlingene var av en slik karakter at de utgjorde en oppklarende sidesekvens, i den femte samtale var det ingen forhandling om virksamhetstype innledningsvis. Forhandlingene om situasjon og virksamhetstype ble primært utløst av studentenes ærendespørsmål. Medisinerstudentene stiller ærendespørsmål som simulerer en "diagnostic history taking" (Stivers & Heritage, 2001).

Pasientene problematiserte ofte situasjonen gjennom metakommunikasjon, mens et sentralt funn fra analysene av disse treningssamtale er at studentene ser ut til å være begrenset av en kontekstdefinisjon (nemlig rollespill) som ikke tillater metakommunikasjon. Disse funnene tolker jeg i lys av at studentene er anbefalt å opprette et rollespill gjennom å opptre som fagpersoner, og at studentene dermed ikke har tilgang til metakommunikasjon som et grep for å avklare rollene: Hva som er relevant å snakke om, og hva som faktisk er situasjonen. I tillegg kommer pasientene inn i situasjonen uten klare instruksjoner.

I avslutningsfasene oppsummerte studentene innholdet av det pasienten har sagt, og dette ble gjort på en måte som inviterte til kommentar fra pasienten: "så da kom du hit". Slike oppsummeringer kalles i litteraturen for "formulation" (Heritage & Watson, 1979). Medisinerstudentene presenterte med disse oppsummeringene et speilbilde av ærendet. Jeg fant at oppsummeringene bidro til samme typen forhandlingsprosesser som i overgangen

mellom innledning og formulering av ærend. De utgjorde med andre ord et kommunikativt vendepunkt, og satte fortgang i forhandlingene om situasjon og relasjonsstruktur. I avslutningsfasene fant jeg at studentene faststiller rollespilletts plass, og gjør en avgrensning mot andre virksomheter i de kommunikative omgivelsene. Dette gjør studentene ved å referere til den ”ordentlige legen”, noe som for øvrig er i strid med anbefalingene de får hos praksisansvarlig lege. Det ser ut til at studentene ikke kan avslutte uten å rukke ved den relasjonsstrukturen som de har etablert i innledningen. Igjen ser det ut til at studentene mangler tilgang til metakommunikasjon og at rolleskiftene som foretas fra innledning til avslutning, gjøres indirekte.

I analysene av hovedaktiviteten fant jeg at rammevekslingene skjer på bakgrunn av pasientinitierte spørsmål. Pasientene er ikke begrenset av den samme kontekstdefinisjonen som studentene og kan tillate seg avstikkere fra rollespillskriptet. De stiller spørsmål hvor de ber om medisinske vurderinger (se eks 7.3 og 7.4), ber om en genuin respons på en pasientfortelling (eks 7.5), og stiller dessuten spørsmål som søker å avklare relasjonsstrukturen – hvem er vi for hverandre her (eks 7.1 og 7.2). Det at alle rammeskiftene i hovedaktiviteten er pasientinitierte tolker jeg som at pasientene ikke er begrenset av å holde seg til rammene for rollespillet. Studentene kunne tjent på å ha mulighet til å forholde seg mer fleksibelt til rammene i konteksten.

9.4.1 Hybridisering og produktiv makt

De situasjonsdefinerende innrammingene i begynnelsen av samtalen skjøt fart etter at studenten markerte overgangen fra innledning til dagsorden med et spørsmål. Disse dagsordenspørsmålene utgjorde et kommunikativt vendepunkt, og utløste forhandlinger om virksomhetstype. I de tilfeller der ærendet ikke ble avklart innledningsvis, dukket forhandlingene om situasjon og relasjon opp underveis i samtalen, og da i form av rammetvetydighet og pasientinitierte spørsmål. Forhandlingene om situasjonstolkning og kategorisering av situasjon og relasjon fikk ny intensitet idet studentene avslutningsvis oppsummerte innholdet av det pasientene har sagt. Disse oppsummeringene kan ses som en speiling av ærendespørsmålet. I samtale med faglærere kom det frem at studentene melder tilbake at de sliter med å vite hvordan de skal innlede og avslutte samtalen. Studentene i mitt materiale sier også at det å avrunde og avslutte samtalen ofte er vanskelig fordi de ikke har diagnose eller undersøkelse å støtte seg på.

Uklare premisser og forventninger til situasjonen og til virksomhetstypen som sådan bidrar etter mitt syn til at studentene får vanskeligheter med å skape en tillitsfull relasjon til pasienten. Studentene befinner seg i en kompleks og tvetydig situasjon som kan produsere usikkerhet med hensyn til hva som er situasjonen og hvem pasient og student er for hverandre. Etter mitt syn havner deltakerne i en rekke kommunikative dilemmaer ved at man fra utdanningssiden ikke har erkjent at treningskonsultasjonen skiller seg fra den autentiske legekonsultasjonen på en rekke vesentlige punkter.

Det at trening blir forstått som kopiering, gjør det vanskelig for studenten å være ærlig og skape tillit til pasienten. En forutsetning for å etablere tillit er etter mitt syn at aktørene kan ta for gitt at den kommunikative situasjonen som de deltar i, er sånn noenlunde avklart og forståelig. Dette vil igjen si at tilliten på sett og vis er et resultat av aktørenes ønske om og mulighet for å redusere en ellers overveldende sosial kompleksitet. Konkret innebærer det at aktørene søker å tolke situasjonen og hverandres bidrag i lys av noen kjente og forståelige kommunikative virksomheter. Dette medfører at aktørene orienterer seg mot hverandres bidrag ut fra face value – og at de søker å gjøre utsagnene forståelige. Hvis tilliten ikke fins i situasjonen, har man som student heller ikke makt i betydningen makt til å skape en god relasjon og situasjon. Materialet antyder en nær sammenheng mellom makt og tillit og mellom avmakt og mistillit, og denne sammenhengen er i stor grad knyttet til hvorvidt deltakerne avklarer for seg selv og hverandre hvilke premisser og forventninger de kommuniserer ut fra.

9.5 Konversasjonalisert kommunikativ virksomhetstype

I dette avsnittet skal jeg summere opp de viktigste funnene fra analysene av trenings-samtalene mellom pasient og sykepleierstudent. Som tidligere nevnt står narrativ teori og tankegang sentralt i kommunikasjonstreninga ved sykepleierstudiet. Dette innebærer at pasientens fortelling om sine opplevelser og tanker knyttet til sykdom og helse er sentralt i møtet mellom sykepleier og pasient. I tråd med narrativ tenkning blir sykepleierstudentene i mitt materiale anbefalt å bli kjent med pasienten for å kunne yte best mulig pleie (jfr. Travelbee, 1971).

Jeg fant konversasjonalisering og småprat i alle faser av samtalen og ikke bare i innlednings- og avslutningssekvenser. Hva regner jeg som konversasjonaliseringsstrategier? For det første regner jeg institusjonalisering av uformelle måter å snakke på, humor og småprat som eksempler på konversasjonalisering. Videre regner jeg kommentarer som er spekket med lokal sensitivitet som en type konversasjonaliseringsstrategier. Eksempler på sistnevnte strategier er å gjøre objekter i de fysiske omgivelser til gjenstand for samtale, så som tilstedeværelse av kamera og bruk av skjema. Jeg tolker bruken av konversasjonaliseringsstrategier som en måte å oppnå formålet med samtalen, nemlig å bli kjent (Travelbee, 1971) og å få tak i pasientens narrativ.

Innledningsfasene er preget av eksplisitte redegjørelser, mye metakommunikasjon, og med småprat. Studentene forbereder neste fase i interaksjonen gjennom avklaring av roller, i tillegg til implisitt og eksplisitt redegjørelse av samtalens formål og funksjon (jfr. Roberts et. al, 2003). Til forskjell fra medisinerstudentenes samtaler ser det ut til at deltakerne ikke behøver å forhandle om virksomhetstype innledningsvis i innkomstsamtalene. Innledningsfasene er også karakterisert ved at både student og pasient spiller opp for kamera. Dette gjør de ved å kommentere at de allerede har hilst på hverandre før (eks 5.6 og 5.7), og ved å kommentere fravær av hilsesekvens (eks 5.9.). I en av innledningene erstattes hilsesekvensen med snakk om deltakelse i dette forskningsprosjektet (eks 5.10). En av innledningene mangler disse elementene av situasjonsdefinisjoner, og studenten går rett på formålsformuleringen (eks 5.8).

Det er med andre ord ingen av studentene som kommenterer kameras tilstedeværelse direkte i innledningsfasen. I ettertid ser jeg at studentene burde vært informert på forhånd om at det å kommentere kameras nærvær er uproblematisk, og at opptaket ikke blir mindre autentisk for min del om studentene hadde kommentert kamera underveis (jfr. pkt 4.8). Jeg tolker imidlertid de indirekte måtene å benevne kamera som en konversasjonaliseringsstrategi som studentene tar i bruk for å skape en allianse med pasienten.

Avslutningsfasene er karakterisert av lokal sensitivitet ved at kamera og opptakssituasjon benevnes og er en topikal ressurs i å avslutte samtalen. Denne typen lokal sensitivitet regner jeg også som en type konversasjonaliseringsstrategi. Avslutningsfasene består også av metakommunikative vurderinger av samtalen som helhet. I motsetning til innledningsfasene dukker det i avslutningsfasene opp en rekke kommunikative utfordringer. I en samtale utløser studentens markering av at samtalen er slutt en oppklarende sidesekvens drevet frem av pasienten (eks 6.6). Denne sekvensen handler om å oppklare hva som er og har vært situasjonen, og ligner på den typen forhandlinger som fant sted i samtalene mellom medisinerstudent og pasient. Studenten benytter sin mulighet som (kommende) profesjonell til å avvise temaet og gir pasienten direktiv til å vente med spørsmålene til etter at kamera er slått av.

I en samtale oppstår det en samkonstruksjon av at dette ikke er en avgrenset virksomhet, men at den inngår i en serie av kommunikative møter (se eks 6.7). Denne konstruksjonen foregår ved at student og pasient fullfører hverandres ytringer. Pasienten er selv sykepleier og driver frem mye av progresjonen ved å tilkjenne sin kunnskap om prosedyrene. Særlig blir dette tydelig når studenten gir beskjed om hva som skal skje etter samtalen og pasienten på nytt fullfører studentens ytring. Studenten initierer imidlertid samtalsens endelige avslutning i form av takksigelser. Dette tolker jeg som at student og pasient er rettet inn mot samme virksomhet, og at studenten til syvende og sist er den som innehar den profesjonelles muligheter til å avslutte samtalen.

I en av de øvrige samtalene presenterer studenten en metakommunikativ kommentar i form av en evaluering knyttet til samtalsens formål: ”vi har no kommet inn på mye” (eks 6.8). Denne oppsummeringen (”det e bare æ som ikke e så opptatt av å skrive”) utløser en potensielt ansiktstruende forhandling om verdien av samtalen når pasienten svarer ”har vi det ja”. Pasienten rokker ved studentens profesjonalitet og ansvar når hun underforstått peker på at det ikke er studentens, men avdelingssykepleiers ansvar å gi informasjon om henne forut for operasjonen: ”æ skjønne ho Åse sier det hvis det e noe”. Pasienten avslutter tema, og studenten presenterer en ny metakommunikativ evaluering knyttet til samtalsens formål: ”vi har no blitt godt kjent med hverandre”. Pasienten bekrefter denne evalueringen av samtalen, og studenten initierer avslutning ved å benevne kamera.

I en annen samtale presenterer studenten en oppsummering av samtalen knyttet til opptakssituasjonen: ”ska vi sei at det opptaket ble greit”, og inviterer med denne situasjonsdefinisjonen til bekreftelse eller avkreftelse (eks. 6.9). Pasienten bekrefter, og studenten spør om de skal avslutte. Etter dette oppstår det tegn til usikkerhet i form av latter, og pasienten

tar initiativ til å avslutte samtalen med en kommentar som er potensielt mangefasettert med hensyn til definisjon av situasjonen :”får tru dere ble hjelpen”. Hvem ”dere” pasienten referer til er imidlertid uklart: sykepleieren, utdanningsinstitusjon eller forsker?

I en av dyadene presenterer studenten en rikholdig oppsummering hvor samtalen som helhet blir evaluert, og hvor studenten i tillegg tar i bruk sin mulighet som profesjonell når hun også evaluerer pasientens tydelighet og klarhet (samarbeidsvilje): ”du va nu så grei og ordentlig” (eks. 6.10). Pasienten kunne kanskje sagt noe tilsvarende til studenten, fordi studenter har lav status i det medisinske hierarkiet. Pasienten ville ikke vært i posisjon til å komme med en slik karakteristikk av en etablert sykepleier. Jeg tolker denne typen innslag av konversasjonalisering og henvendelse til den individuelle pasientens følelser og tolkninger som utslag av individualisering, i motsetning til anonymisering.

I hovedaktiviteten er rammevekslingene primært initiert av studentene i form av skifter fra tørr/saklig til lett/konverserende stil, og noe som ligner bli-kjent-formålet. Dette underliggende formålet kombinert med datainnsamling gir sykepleierstudentene et helt annet spillerom enn det medisinerstudentene har. Sykepleierstudentene har med bakgrunn i bli-kjent-formålet med samtalen muligheten for å bruke et større spekter av konversasjonaliseringsstrategier enn det medisinerstudentene kan. Slike elementer av konversasjonalisering kan gi inntrykk av at trening på innkomstsamtalen er veldig åpen med hensyn til agenda.

I flere av dyadene viser det seg at samtalen imidlertid ikke er så åpen som man kan få inntrykk av. Særlig kommer dette frem i eksempel 8.6. Dette eksemplet illustrerer etter min mening hvordan *muligheten* for å konversere i neste omgang også kan synliggjøre samtalsbegrensninger og potensielle *dilemmaer*. Riktignok bringer studentene i disse samtalene ved flere anledninger inn tema som ikke står definert i journalen, så som det å ha hund, reiser til sydlige strøk etc. Dette vil si konverserende temaer som bidrar til et skifte i samtaleklimaet fra tørr og saklig til mer lettlivet og uformelt (keying). Pasienten i denne dyaden presenterer et større medisinsk problem enn de temaene som hører inn under innsamling av bakgrunnsdata. Det ser imidlertid ut som at deltakerne kan ta opp allmennmenneskelige spørsmål som er knyttet til erfaringer med leger, utfordringer med det å være selger, spøkefulle kommentarer til ”merkelige” plager. Disse temaene er ikke direkte relatert til innholdet i journalen. Derimot ser det ikke ut som at deltakerne kan ta opp medisinske problemer hvor man kan risikere at studentens faglige troverdighet settes på spill.

9.5.1 Konversasjonalisering og produktiv makt

Sykepleierstudentene tar i bruk konversasjonaliseringsstrategier for å oppfylle målet med ”å bli kjent” med pasienten, og balanserer dette med treningsamtalens forhåndsdefinerte utvalg av tema. Denne potensielle motsetningen kan skape dilemmaer for studenten når pasienten introduserer medisinske og helsefaglige temaer som ikke umiddelbart hører inn under innkomstsamtalens agenda. Dess større uklarhet om samtals åpenhet, dess større utfordringer står den enkelte studenten overfor med tanke på å skape en tillitsfull relasjon

med pasienten. Konversasjonalisering av offentlige eller institusjonelle språklige praksiser peker på en tendens i samfunnet til å flytte grensene mellom det private og offentlige og å ta i bruk konversasjonelle talemåter i offentlige sammenhenger. Fairclough (1992) peker på hvordan ”konversasjonalisering” er en utvikling som viser seg på flere arenaer i samfunnet, bl.a. i arbeidsliv, utdanningskontekster, politikk og i media. Prat, som ellers er forbundet med den private sfære, får gjennomslag og blir normen i offentlige kontekster og det ligger gjerne strategiske motiv bak slik uformell språkbruk i institusjonelle sammenhenger. For eksempel peker Fairclough (1992:201) på at det tilkjennegis en jevnbyrdighet i relasjonen som kan ses som en slags pseudo-intimitet. Han er med andre ord kritisk til hvorvidt denne utviklingen representerer reelle endringer i maktforholdene, eller om det rett og slett er ”kosmetiske” endringer som ikke faktisk rokker ved etablerte maktstrukturer.

Hvorvidt konversasjonalisering skaper jevnbyrdighet eller ikke i relasjonen må etter mitt syn ses i sammenheng med hvilken konversasjonaliseringsstrategi som faktisk blir tatt i bruk, og i forhold til hvilken fase i interaksjonen. Som nevnt, tar sykepleierstudentene i bruk ulike konversasjonaliseringsstrategier, og disse ser ut til å fungere på ulike vis alt etter hvilken fase i interaksjonen deltakerne befinner seg i. Studentene forbereder pasientene på hva som skal foregå i innsamlingsfasen ved å ta i bruk eksplisitte og hverdagslige redegjørelser. Slike forberedelser kan tolkes som en type strategisk dominans som bidrar til tydelighet og retning.

Ragan (2000) illustrerer i sin studie av sykepleier-pasient-interaksjon at deltakerne etablerer et godt relasjonelt klima gjennom småprat, og at dette legger grunnlaget for å utføre medisinske og helsefaglige oppgaver. Hun viser bl.a. eksempler hvor sykepleiere og pasienter samkonstruerer relasjonen gjennom konversasjonelle aktiviteter som humor, vitsing og ved å komme med personlige kommentarer om seg selv. Alt dette er aspekter ved kommunikasjonen som kan betegnes som relasjonelle, kontaktskapende, konverserende – eksempler på småprat. Ragan (ibid.) peker på at slik gjensidig relasjonsbygging bidrar til å styrke samarbeidet mellom pasient og helsepersonell mht. de medisinske og helsefaglige formål som skal ivaretas.

Småprat ser ut til å tjene samme funksjon i hovedaktiviteten i innkomstsamtalene. Studentene skifter toneart (key) fra saklig/tørt til lett/konverserende ved å fleipe om pasienten ”uvanlige” plager, og ved at studenten forteller ting om seg selv (se pkt.8.2) Motsetningen mellom ”å bli kjent” og det at samtalen er relativt lukket med hensyn til tema kommer imidlertid til syne i tilfeller der pasientene bringer på bane visse tema som ikke følges opp av studenten. Dette er tema som problemer med ”nervene” (eks 8.6), eller erfaringer med leger (eks 8.4).

Som nevnt, var studentene eksplisitte i forhold til formål og funksjon i samtalens innledningsfase. I avslutningsfasene ser det ut til at samtalens formål og funksjon likevel ikke er så opplagt for pasientene. Studentenes konversasjonaliseringsstrategier tolker jeg som et middel for å oppfylle målet med ”å bli kjent” med pasienten. Hva det ”å bli kjent” innebærer, er mer uklart. Studentene presenterer en metakommunikativ evaluering i avslutningsfasen,

hvor de kommenterer samtalen som helhet. Dette genererer spørsmål fra pasientene om hva samtalen skal brukes til (eks 6.6), et potensielt ansiktstruende spørsmål om hvorvidt samtalen har tjent et profesjonelt formål (eks 6.8). I én samtale rokker pasienten avslutningsvis ved den entydige situasjonsdefinisjonen som studenten lanserte i starten av samtalen (eks 6.9). I en annen samtale blir funksjonell asymmetri til slutt en måte å avslutte samtalen på (eks 6.10).

Det ser med andre ord ut til at konversjonaliseringsstrategiene ikke fungerer like klargjørende og kontaktskapende i alle fasene. Motsetningene mellom det å bli kjent på en uformell måte og samtidig ivareta et agendabundet format illustrerer etter mitt syn det Candlin (2000) karakteriserer som sykepleieres og kommende sykepleieres hegemoniske kamp og hybride diskurs:

[A]t one and the same time the rules which determine who is allowed to ask questions and who is obliged to answer, are set by the institution, but the discourse is structured as an informal and private conversation. It is not therefore the overtly informal conversation it purports to be, it takes on a covert controlling nature. There is, therefore, less democratization of the discourse than is at first suggested (Candlin, 2000:242).

Candlin (2000) foreslår på bakgrunn av denne motsetningen mellom kommunikativ praksis og omkringliggende diskurs at kommunikasjonstrening ved ulike sykepleierutdanninger bør ha et pensum som er basert på autentiske data. Ved hjelp av et slikt materiale og pensum kan studentene utvikle et kritisk og bevisst blikk hvor skjulte og åpne maktpotensialer i diskursene kan komme til syne.

9.6 Hverdagssamtalens hegemoniske posisjon – en maktfri diskurs?

I tråd med avhandlingens formål har jeg undersøkt hvordan studenter og pasienter faktisk samtaler med hverandre. Dette for å kunne gi kvalifisert tilbakemelding i forbindelse med opplæringen i pasientkommunikasjon ved den utvalgte sykepleier- og medisinerutdanningen. Etter mitt syn er det viktig å gjøre studentene oppmerksomme på den potensielle makten de innehar i den gitte samtalekonteksten. Med potensiell makt mener jeg noe positivt som kan realiseres i situasjonen. Det er indikasjoner i mitt materiale på at pasienter etterspør og verdsetter det at studenten tar grep om og ansvar for å lede samtalen, og at studentene på sin side er ambivalente i forhold til å ta dette ansvaret fordi det å lede gir negative konnotasjoner i retning det jeg med referanse til Sandmoe (1999) omtaler som negativ makt. Med en detaljert forståelse av forholdet mellom interaksjonell dynamikk, kommunikativ virksomhetstype og dertil følgende samhandlingsrammer er det større sjanse for å fremme produktiv makt både fra pasient og student.

Drew (2001) peker på at forskerne innafor feltet medisinsk interaksjon har vært opptatt av å kritisere hvordan den medisinske praksis undertrykker pasientens stemme. Paradokset ifølge Drew ligger i at "such research has itself largely ignored the role of patients in interactions with doctors". En motvekt til denne forskningen vil i følge Drew være å fokusere på "how

medical interviews unfold according to the communicative choices made by both doctors and patients – a more genuinely interactive approach than hitherto” (Drew, 2001:262).

Habermas’ diskursetikk (se Høibraaten, 1999) ser etter mitt syn ut til å ha inspirert en stor del av forskningen på helsepersonell-pasient-samtaler, særlig med tanke på å definere og finne frem til en såkalt ”ideell samtalsituasjon”, der det ”bedre argument” kan vinne frem. Denne normen ser ut til å være rådende både innenfor studier av helsepersonell-pasient-samtaler og opplæring i pasientkommunikasjon ved medisiner- og sykepleierutdanning i Norge (Thomassen, 2003). Mishler (1984, 1997) er en sentral talsmann for å definere profesjonell dominans og asymmetri som negativ makt innenfor forskningsfeltet helsepersonell-pasient-samtaler. Ifølge Mishler bør hverdags samtalen og livsverdenstemmene være idealet for den gode samtalen også i institusjonelle kontekster, så som i det medisinske intervjuet: ”dominance of the voice of medicine [...] leads to an ‘objectification’ of the patient, to an stripping away of the lifeworld contexts of patients problems” (Mishler, 1984:124). Han sier videre at: ”strengthening the voice of lifeworld promotes both humaneness and effectiveness of care” (ibid: 193).

De rådene Mishler (1984, 1997) tilbyr helsepersonell i møte med pasienter, springer ut fra en antakelse om at pasienten foretrekker et hverdagslig språk og at vedkommende aktivt vil bidra med sine subjektive og hverdagslige erfaringer i forhold til diagnostisering og behandling.²⁷ Mitt poeng er at den posisjonen som Mishler (1984, 1997) inntar, er fri fra det jeg kaller negativ og undertrykkende makt. Samtidig er dette også et perspektiv uten potensiale for positiv makt, ved at dominans og makt gis en entydig negativ betydning. Som nevnt verdsetter pasientene at studentene tar grep om samtalen, dvs. at de tar i bruk visse typer interaksjonell og strategisk dominans for å klargjøre situasjonen og samtalen deltakerne befinner seg i.

Gwyn (2002) stiller seg kritisk til at hverdags samtalen gis en hegemonisk posisjon i fortolkningen av helsepersonell-pasient-samtaler. Han peker på at hverdags samtalen vanskelig kan fungere som en modell og et forbilde når formålet med det medisinske intervjuet er og må være å bringe frem mer presis informasjon - samtalen må følgelig være mer teknisk opplyst enn en hverdags samtale, hevder Gwyn (2002:73).

Gwyn (2002) sitt eksplisitte skille mellom hverdagslige og medisinske samtaler inkluderer og gir muligheter for å utøve positiv makt. Dette vil si muligheter for helsepersonellet å ta i bruk strategisk og interaksjonell dominans uten å bli kritisert for maktmisbruk. Pasientene på sin side gis muligheten til å etterspørre ansvarlighet og autoritet fra helsepersonellet. Behovet for tydelighet og retning ser ut til å spille en stor rolle i treningssamtalene som inngår i denne studien. Pasientene ser med andre ord ut til å foretrekke at legen eller sykepleieren utviser interaksjonell og strategisk dominans i interaksjonen som har betydning både på kort og

²⁷ Mishler (1997) analyserer åpningssekvenser i konsultasjoner og forskningsintervju med utgangspunkt i en modell for muntlige narrativer utviklet av Gee (1985). Mishler (1997:232) forklarer de kvalitative forskjellene han fant mellom fungerende og ikke fungerende kommunikasjon som henholdsvis balanse og ubalanse mellom livsverden og systemverden (jfr Mishler 1984).

lang sikt. Dette tolker jeg som et ønske fra pasientens side om at helsepersonellet tar i bruk positiv makt som gir en retning og en tydelighet der og da i samtalen og på sikt i håndtering av en sykdom. Positiv makt inviterer til en form for ledelse fra studentens side. Samtidig er det viktig å understreke at materialet er av et ganske lite omfang og at det av den grunn bør tas reserverasjoner med tanke på generaliseringsmuligheter (jfr pkt 9.1).

Samtaleledelse er i seg selv et vagt begrep, men særlig analysene av innlednings- og avslutningsfasene i begge de to korpusene ga en konkretisering av hva utfordringene ved samtaleledelse kan bestå i. Gjennom å se på, transkribere og analysere videoopptakene i tillegg til de samtaler jeg har hatt med pasienter og studenter, ser jeg at det å lede samtalen spiller en viktig rolle i dialogsamspillene og i opplevelsen av disse. Et hovedinntrykk etter å ha snakket med pasientene er at de hadde en god opplevelse av samtalen med henholdsvis medisinerstudent og sykepleierstudent. Videre er det et mønster på tvers av samtaleledelse fra studentens side, som at studenten har en klar retning og stiller relevante spørsmål. Særlig gjaldt dette iscenesettelsen av samtalen helt innledningsvis og overgangen fra innledning til dagsorden (se kapittel 5). Pasientene etterspør med andre ord en form for strategisk dominans fra studenten sin side. Studentene peker på utfordringer ved det å lede samtalen som for eksempel å avslutte, stille relevante spørsmål og forholde seg til en tidsramme.

Disse utfordringene ser ut til å bunne i at ledelse på den ene siden gir studentene negative konnotasjoner i retning av å styre og kontrollere, samtidig som nettopp slike kommunikative utfordringer som det å ramme inn samtalen, avklare roller, definere situasjonen, oppsummere samtalen, stille relevante spørsmål og forholde seg til en tidsramme er knyttet til muligheter og begrensninger ved det å være samtaleleder og inneha en profesjonell og institusjonell virksomhetsrolle.

9.7 Pasientsentrert respektive dialogsentrert interaksjon

Den kommunikative mentaliteten som har fått fotfeste bl.a. innenfor medisinske og helsefaglige kontekster, kan betegnes som en betydelig premissleverandør i produksjonen av mening knyttet til hva som kjennetegner den gode samtalen mellom helsepersonell og pasient. I kjølvannet av denne massive diskursen og fokuset på kommunikasjon har medisinske og helsefaglige utdanninger først og fremst hentet inspirasjon og erkjennelser fra terapeutiske kommunikasjonsmodeller. Utvikling av effektive terapeutiske kommunikasjonsferdigheter utgjør en sentral komponent i pensum ved utdanningsprogrammer innenfor medisin og helseprofesjoner (Candlin 2003; Sarangi & Roberts, 2003).

Innledningsvis skisserte jeg at forskningsfeltet kommunikasjon i helsefaglige og medisinske kontekster kan deles inn i to hovedkategorier, basert på hvorvidt fokus er konsentrert omkring henholdsvis helsepersonellens og pasientens kommunikative atferd. Disse to hovedkategoriene kan for enkelhets skyld refereres til som interaksjonsrettede studier hvor helsepersonellens kommunikative atferd primært blir gjort til gjenstand for analyse, og narrative studier hvor pasientens fortelling om sykdom og helse står sentralt i analysen.

Jeg skal være den første til å innrømme at skillet ikke er fullt så rendyrket i den faktiske forskningen, særlig vil jeg hevde at etnografiske interaksjonsstudier i stor grad søker å kombinere og vektlegge detaljert interaksjonsanalyse med fyldige pasientnarrativer (Silverman, 1987; Miller, 1997). Jeg vil allikevel hevde at de to utdanningskontekstene som inngår i denne studien langt på vei er influert av narrative studier og i for liten grad har trukket inn erkjennelser fra interaksjonsrettede studier i kommunikasjonstreningen.

Kapittel 10

10. Helsepedagogiske funksjoner og studiens praktiske implikasjoner

Utdanningskontekstene ser kommunikasjonundervisning og kommunikasjonstrening som sentralt og viktig. Både sykepleier- og medisinerutdanningen vektlegger samtale trening i opplæringen, noe jeg relaterer til en generell kommunikativ mentalitet. Jeg benevner disse samtaler som inngår i samtaletreningen som treningssamtaler. Konklusjonen av analysene er at treningssamtalene ikke er en blek kopi av konsultasjoner og innkomstsamtaler. Det vil si at dette ikke er samtale trening men treningssamtaler. Forskjellen mellom samtale trening og treningssamtale består først og fremst i at sistnevnte regnes som en kommunikativ virksomhetstype i seg selv og at denne reiser en tvetydig kontekst.

10.1 Hvordan oppøve kontekstsensitivitet?

Ved å karakterisere samtaler som treningssamtaler i motsetning til samtale trening, er situasjon, relasjon og posisjon i den medisinske diskursen tatt med i betraktningen og forståelsen av empirien. Treningssamtalene er med andre ord å regne som spesifikke virksomhetstyper som skiller seg fra autentiske helsefaglige og medisinske samtaler. Så vidt jeg kan se, er det ingen helsepedagoger som har problematisert dette skillet. Treningssamtalens premisser får ikke oppmerksomhet i samtaletreningen rettet mot medisiner- og sykepleierstudenter (Brataas, 2003; Byrne & Long, 1976; Eide & Eide, 1996; Hanssen, 1995; Hargie Dickson, 2004; Pendleton et al., 1984; Silverman, J. et al., 1998; Travelbee, 1971). Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg derfor ta utgangspunkt i denne manglende problematiseringen av skillet mellom treningssamtaler og autentiske medisinske og helsefaglige samtaler. Rådene studentene får er med referanse til hvilke kommunikative ferdigheter man antar fungerer for utdannede sykepleiere og leger.

Spørsmål og spørsmål-svar-sekvenser er hyppig beskrevet og omtalt i helsefaglig, språkvitenskapelig og sosiologisk litteratur. Etnometodologen ten Have (2001b) peker på at det er et empirisk faktum at en rekke interaksjoner mellom institusjonelle aktører og lekfolk gjerne er karakterisert av et interaksjonsformat dominert av *spørsmål*. Spørsmål er i følge forfatteren særlig fremtredende i viktige faser av samtalen. Denne kommunikative kategorien har for øvrig vært viet stor oppmerksomhet i helsepedagogisk litteratur (Aspegren, 1999; Aspegren et al., 2000; Brataas, 2003; Byrne & Long, 1976; Eide & Eide, 1996; Hargie & Dickson, 2004; Ivey, 1994; Ivey & Simek-Downing, 1987; Roter, Hall & Katz, 1988).

Det ser ut til å herske enighet om at et viktig middel for å oppnå en hensiktsmessig kommunikasjon med pasienten, er gjennom en bevisst bruk av spørsmålsteknikker. Bruk av åpne spørsmål tidlig i samtalen for å kartlegge pasientens ærend ser også ut til å være hyppig anbefalt. Videre later det til at man i litteraturen påpeker at lukkede spørsmål først og fremst er effektive når den profesjonelle ønsker kontrollen over samtalen (Aspegren et al., 2000; Brataas, 2003; Byrne & Long, 1976; Dickson et al, 1993; Eide & Eide, 1996).

I nordisk sammenheng har Aspegren et al (2000) pekt på viktigheten av å ta i bruk samtalemetodikk i kommunikasjonstreningen for medisinerstudenter, og han har latt seg inspirere av de mikroferdigheter Ivey et al. (1987) og Ivey (1994) skisserer. En av hans hovedteser er at studentene gjennom å trene på en enkel samtalemetodikk blir utstyrt med et psykologisk skjema som gir dem en sikkerhet i situasjonen – dvs. et mønster for samtalemetodikktreningen.²⁸ En viktig motivasjon bak skjemaet var medisinerstudenters ønske om å lære hvordan de skulle styre samtalen. Skjemaet illustrer at intervjuet går i flere faser og at den profesjonelle etter innledning av intervjuet fortrinnsvis starter med et eksplorerende spørsmål (åpent), og deretter veksler mellom ulike kategorier spørsmål. Underveis oppsummerer den profesjonelle, og tar dessuten i bruk overgangsfraser i overgangen til en ny fase. Avslutningsvis stiller den profesjonelle to åpne spørsmål av typen: Er det andre områder du ønsker å få belyst? Og: Har du noen spørsmål til meg? Dette er generelt vanlig i institusjonelle samtaler.

Tilsvarende modeller er også å finne innenfor kommunikasjonsteori rettet mot sykepleierstudenter. Hanssen (1995) presenterer en såkalt gjensvarsmodell med referanse til Nystrup & Hetze (1982) som er ment å være en hjelp for sykepleieren og sykepleierstudenten til å styre samtalen i ønsket retning. Kategoriene i gjensvarsmodellen er organisert som motsetningspar. Dette vil si at gjensvarene kan være enten lyttende eller ikke lyttende, utforskende eller ikke utforskende, kognitive eller affektive og konfronterende eller tildekkende. Disse kategoriene er videre tilskrevet visse funksjoner i samtalen, og har særlig betydning for hvilken retning sykepleieren ønsker at samhandlingen skal utvikle seg (Hanssen, 1995:91).

Sett fra et kommunikasjonsfaglig ståsted er det imidlertid problematisk at det blir satt likhetstegn mellom språklig form og kommunikativ funksjon. Det er videre en fare for at enkeltytringer blir tatt ut fra sin helhet, og ikke sett i relasjon til dialogens forløp (jfr. også Sandvik et al., 2002:239).²⁹ En ytring må forstås ut fra det som har blitt sagt tidligere, og forstås med tanke på de konsekvenser ytringen har for det som kommer etter. Et lukket spørsmål kan for eksempel fungere som et eksplorerende åpent spørsmål ved at det genererer mye snakk. Ruusuvoori (2000) fant eksempler på dette når hun undersøkte ærendespørsmål i lege-pasient-samtaler. Jeg ser også mange eksempler i mitt materiale på at åpne spørsmål i innledningsfasen skaper et behov for avklaring fra pasientens side.

²⁸ *Aspegren er de siste par årene trukket inn som en sentral samarbeidspartner ved den utvalgte medisinerutdanningen. Skjemaet jeg nevner er basert på et seminar hvor Aspegren var invitert. Han har ikke publisert skjemaet men referer til Iveys' (1987:70) "microskills". Aspegren et al (2000) omtaler disse ferdighetene.*

²⁹ *Sandvik et al. (2002) problematiserer en hyppig bruket interaksjonsmodell utviklet av Roter (1977). Forfatterne peker på betydningen av å ha et sekvensialistisk og pragmatisk perspektiv på forståelsen av f.eks spørsmål-svar.*

10.2 Kommunikativ mentalitet og klinisk mentalitet

Den fremvoksende kommunikative mentaliteten blant praktikere i medisinske og helsefaglige kontekster knytter Sarangi (2004) til det han kaller det kommunikative vendepunktet innenfor medisinsk praksis. Vendepunktet består i skifte fra en paternalistisk modell for medisinsk praksis til et pasientsentrert helsevesen hvor gjensidighet, pasientautonomi, profesjonell nøytralitet og felles beslutning står sentralt. Til sammen innebærer dette at kommunikative ressurser er sentralt i utøvelsen av den medisinske og helsefaglige profesjonen. Sarangi (2004) maner til en tilsvarende erkjennelse hos kommunikasjonsforskere:

The 'communicative mentality' in the professional sphere needs to be matched by the communication researcher adopting 'a clinical mentality' as part of collaborative interdisciplinarity" (Sarangi 2002 referert i Sarangi, 2004:5).

En nødvendig forutsetning for å kunne oppøve en slik klinisk mentalitet er i følge Sarangi (2004) at man som kommunikasjonsforsker har et bredt perspektiv på språk og kommunikasjon. Sarangi foreslår følgende perspektiv på kommunikasjon og meningskaping:

[A] dynamic and variable set of resources which are context-specific. Meaning is not unilaterally produced, but jointly constructed, often mediated by individual styles of performance. Multiplicity of potential meaning remains a necessary condition for communication and for the purposes of convergence on precise meaning (Sarangi, 2004:5).

Sarangi (ibid) peker med andre ord på en samfunnsmessig utvikling hvor kommunikativ kompetanse etterspørres i ulike profesjonelle sfærer, og hvordan denne mentalitetsendringen bidrar til å gi kommunikasjonsforskning økt legitimitet og samfunnsrelevans. En av utfordringene for kommunikasjonsforskere av typen diskurs- og samtaleforskere er ifølge forfatteren å rapportere noe som et funn på den ene siden, og som potensielt nyttig på den andre siden.

Jeg tolker det som at Sarangi (2004) med klinisk mentalitet mener at diskursforskeren oppøver en forståelse for kommunikasjonen og samtalens plass i dens institusjonelle og profesjonelle sammenheng. I dette ligger det at man som diskursforsker forstår kommunikasjonen og kommunikasjonens rolle ut fra den kliniske oppgaven aktørene står overfor. Hva kan diskursforskningen bidra med overfor praksisen? Hvilken posisjon skal diskursforskeren ha? Er det forskning "på", "for" eller "med"? Dette er vanskelig å svare på. Mitt utgangspunkt er at man må ha en fungerende kommunikasjon. For å kunne si noe om hva som er viktig å være seg bevisst på i kommunikasjonen, må man undersøke det som faktisk skjer i kommunikasjonen, det vil si å ha en empirisk innfallsvinkel. Det er ikke mulig å formulere noen generelle anbefalinger som er dekontekstualisert fra selve interaksjonsforløpet. Det er heller ikke mulig å opptre som en ekspert på kommunikasjon, men snarere være en dialogpartner som diskuterer med praktikerne om hvilke implikasjoner forskningen kan ha for praksisfeltet (jfr. Roberts & Sarangi, 1999). Av den grunn har jeg på grunnlag av resultater

fra studien i samarbeid med praktikerne diskutert hvilken praktisk nytteverdi arbeidet kan ha for utdanningskontekstene.

10.2.1 Hva kan diskursforskning bidra med for å gi ny kunnskap til praktikerne?

Min doktorgradsstudie omfatter sykepleier- og medisinerstudenter som er kommet midtveis i sitt andre studieår (se begrunnelse 4.1.1 og 4.2.1). Det betyr for sykepleierstudentene sin del at de har gjennomført halve utdanningsperioden, mens det for medisinerstudentene gjenstår fire år med skolegang. Roberts et al. (2003) har foretatt en studie av kommunikative ferdigheter blant sisteårsstudenter på et legestudie i England. Forfatterne argumenterer innledningsvis for at diskursanalyse med bakgrunn i data fra avsluttende eksamen på studiet både kan kaste lys over kriteriene for å vurdere en student som god eller dårlig kommunikator på tampen av utdanningen, og samtidig bidra til kommunikasjonstreningen tidligere i utdanningsløpet. Roberts et al. (2003) konkluderer med at en slik studie av studentenes kommunikasjonsstil både er bevisstgjørende og tilfører studentene et analytisk språk. Forfatterne sier for øvrig at:

”an approach to analysing communication which accounts for the success of the whole and is sensitive to the local context of interaction is also transferable to naturally occurring consultations” (Roberts et al, 2003:200).

Overført på treningssamtalene kan man si at studenten kan bemyndige pasienten og opptre empatisk ved å gi han eller henne mulighet både til å forstå og definere situasjonen. Med dette mener jeg ikke at studenten bemyndiger pasienten ved å primært vektlegge pasientens narrativ og subjektivitet, men snarere gjennom å være seg bevisst på hvilken måte interaksjonelle bidrag har en intersubjektiv relevans. Denne intersubjektive relevansen som aktørene forhandler og produserer i samtalen, foregår med bakgrunn i en fortolkning av situasjonen. Det vil si at våre forventninger til oss selv og den andre dreier seg om hva slags situasjon vi befinner oss i og hvem vi er for hverandre. På bakgrunn av den gjensidige avhengigheten mellom situasjonstolkning og intersubjektiv relevans kan vi i neste omgang fremstå som forståelige og kommunikative i samtalen. Essensen av dette er at en noenlunde felles (intersubjektiv) forståelse av situasjonen og virksomheten man befinner seg i, er sentralt for å kunne oppnå makt og innflytelse i denne og tilsvarende interaksjoner. Makt produseres og forhandles i selve samtalen, men er ofte relativt usynlig. Man kan ikke lese makt direkte ut fra interaksjonsforløpet. Konsekvensen av det er at en symmetrisk relasjon i samtalen ikke nødvendigvis skaper muligheter på en positiv måte.

10.3 Praktiske implikasjoner: videobasert samtaletrening og autensitet

Some regimes of communication training [...] are prompted by a perceived need to prepare individuals for the 'divergent contexts of interaction' they will encounter, and for which their

previous experiences have not prepared them, because the contexts are either new or involve significantly reshaped expectations (Cameron, 2000:5).

Det er både et teoretisk og empirisk poeng at de to ulike typene treningssamtaler kan relateres til to ulike spørsmål-svar-format som i neste omgang karakteriserer to ulike virksomheter (se pkt 3.5.). Disse formatene blir benevnt som henholdsvis ”comprehensive history taking” og ”diagnostic history taking” (Stivers & Heritage, 2001). Sykepleier- og medisinerstudenter vil i løpet av sine praksisperioder støte på og delta samtaler med begge disse formatene. På bakgrunn av dette kan man si at studentgruppene vil tjene på å få innsikt i begge virksomhetene. De ansvarlige for kommunikasjonstreningen ved sykepleier- og medisinerutdanningen pekte da også på at det ville være nyttig og relevant å få innsikt i de to ulike kommunikative virksomhetstypene som inngår i denne studien.

Innkomstamtaler med pasienter inngår for øvrig i utøvelsen av både sykepleier- og legeyrket, og det er i pasientens interesse at disse samtalerne bærer preg av et begrepsapparat som er tuftet på samarbeid og kommunikasjon på tvers av begge yrkesgrupper. Trening på legekonsultasjoner kan relateres til og kaste lys over kommunikative virksomhetstyper hvor sykepleierstudenten trener på veiledning og rådgivning. I tillegg mente de ansvarlige ved sykepleierutdanningen at det kunne være nyttig å høste erfaring fra medisinerutdanningen hvor simuleringskontekster er veletablert.

10.4 Forslag til praksisforbedrende tiltak

I pkt.10.2 og 10.2.1. pekte jeg på nødvendigheten av at diskursforskeren går i dialog med praktikerne på det feltet han eller hun studerer for å kunne peke på om og eventuelt hvilke praktiske implikasjoner et forskningsarbeide kan ha. Etter å ha avsluttet analysene og systematisert de empiriske funnene hadde jeg møter med de ansvarlige for kommunikasjonstreningen ved de to utdanningene. På disse møtene presenterte jeg studiens hovedresultat, og fikk innspill fra praktikerne med tanke på relevans. På bakgrunn av de samlede erfaringene med avhandlingsarbeidet og den felles refleksjon mellom praktikerne og meg som diskursforsker har jeg utviklet forslag til potensielt praksisforbedrende tiltak.

- Essensen i sekvensanalyser er at en ytring blir forstått ut fra dens omkringliggende snakk, dvs. at ytringen er påvirket av det som har vært sagt og påvirker det som er på tur til å bli sagt. Detaljerte analyser av sekvenser er et bidrag til praksisfeltet fordi det kan gi praktikerne (lærere og studenter) mulighet til å forstå mekanismene i samtalen slik at studentene i neste omgang kan gi og motta respons på kommunikasjon de har med ekte eller simulert pasient. De foreliggende analysene kan etter mitt syn anses som et redskap til å analysere treningssamtaler og å kommentere disse samtalerne.

- Sekvensene er for øvrig fortolket i lys av en institusjonell og profesjonell sammenheng eller kontekst. Denne konteksten legger føringer i forhold til at visse typer samtalestrukturer og kvaliteter ved samspillet blir mer fremtredende enn andre. For de fagansvarlige kan det

være nyttig med en bevissthet omkring disse sammenhengene, og inkludere betydningen av forholdet mellom samtalen og samtalskontekst i utviklingen av øvingsopplegget. *Hybridisering* og *konversjonalisering* er eksempler på hvordan forbindelseslinjene mellom samtale og samfunnskontekst kan gestaltes i faktisk interaksjon. Ved hjelp av kunnskap om disse forbindelseslinjene kan studentene oppøve et bevisst blikk på ulike typer makt, og legge til rette for *positiv makt* heller enn *negativ makt*.

- Lyd- og bildeopptak av samtaler representerer et rikt materiale. Transkripsjoner er et viktig redskap i å redusere dette omfanget, og dermed synliggjøre visse aspekter ved interaksjonell dynamikk. Transkripsjoner kan danne grunnlag for diskusjon blant studentene om samtalsdynamikk, og få et blikk for hvordan en ytring påvirker det som kommer etter. Dette kan oppøve studentens blikk for det *relasjonelle i samtalen* og flytte fokus fra en forståelse av samtalen som et sett av instrumentelle ferdigheter. Empiriske eksempler i form av transkripsjoner og videoopptak kan være et nyttig utgangspunkt når studentene øver på pasientkommunikasjon med hverandre, og de skifter på å være student og pasient underveis i rollespillet.
- De fagansvarlige ved den aktuelle sykepleier- og medisinerutdanningen meldte i utgangspunktet fra om at kommunikasjonstreningen er for lite systematisk organisert. På grunn av den manglende systematiske oppfølgingen får derfor både medisiner- og sykepleierstudenter ulike og til dels motstridende beskjeder om hvordan de skal gripe an en samtale med pasient når de er ute i praksis. Resultatene fra studien tilsier at det er viktig å ramme inn situasjonen slik at samtalen blir så *autentisk* som mulig.
- Det kan se ut som at jo mer autentisk samtalen er, dess enklere blir den å forholde seg til, og at det derfor er viktig å skape samtalsituasjoner som er mest mulig autentiske. Man kan tilstrebe å gjøre treningssamtalen (rollespillet) så ”ekte” som mulig. Deltakerne bør bli enige om å opptre som om treningssamtalen var en autentisk samtale. På den måten kan samtalen i en forstand bli mer autentisk. Virksomhetsanalysen har samtidig vist at det fins mange innslag og forutsetninger som ikke kan gjøres like autentiske. Hvordan bør man håndtere dette? Med bakgrunn i denne studien vil jeg peke på viktigheten av å trene på hvordan man etablerer et *grunnlag* for samspillet helt innledningsvis i samtalen. Jo klarere rammene og premissene for samhandlingen er signalisert, og jo bedre kompetanse og innsikt studenten har i kommunikasjon, jo bedre forutsetninger har deltakerne for å skape et velfungerende kommunikativt samspill.
- For å oppnå at samtaler blir, eller oppleves som mest mulig autentiske for deltakerne, er det etter mitt syn nødvendig å trene studentene i *kontekstsensitivitet*. Med dette mener jeg at studentene bør lære å forstå en samtale ut fra hvilken institusjonell og profesjonell sammenheng den befinner seg i. Studentene kan ha nytte av å lære noe om innramming av samtaler for å avklare hva slags situasjon de befinner seg i for seg selv og den de samtaler med, og sånn sett være ærlige i forhold til hva slags rolle og kompetanse de har som studenter. Det vil med andre ord si at studentene ikke bør lage ferdige fraser og spørsmål, men at de bør diskutere grunnlaget for disse. En tydelig *innramming* av situasjon er nødvendig for å bidra til et mest mulig autentisk rollespill.

- Kjernen i deltakernes kunnskap om trenings samtalen må altså være en bevissthet om hvordan de selv håndterer og skaper premisser og forventninger gjennom det de gjør intersubjektivt relevant. Studentene kan signalisere og gi inntrykk av at de deltar i en annen kommunikativ virksomhetstype enn de faktisk gjør, eksempelvis ved å overdrive bruken av konversjonaliseringsstrategier. Etter mitt syn er det viktig at studentene tilstreber en balanse mellom det profesjonelle og hverdagslige. I denne sammenhengen mener jeg det er vesentlig å ta stilling til når studenten kan og bør fortelle om seg selv og sine reaksjoner, og når vedkommende ikke bør gjøre det. Videre ser jeg det som en utfordring at studentene eksplisiterer for seg selv og hverandre hva det innebærer å ”bli kjent” med pasienten, og med hvilket grunnlag man som student kan skape en terapeutisk relasjon?

Litteratur

- Adelsvärd, V. (1989): "Laughter and dialogue: The social significance of laughter in institutional discourse". *Nordic Journal of Linguistics* 12, s.107-136.
- Ainsworth-Vaughn, N. (1998): *Claiming Power in Doctor-Patient Talk*. Oxford: Oxford University Press.
- Album, D. (1996): *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Allwood, J. (2000): "An activity-based approach to pragmatics". I Bunt, H. & Black, B. (red): *Abduction, Belief and Context in Dialogue: Studies in Computational Pragmatics*, s. 47-80, Amsterdam : John Benjamins.
- Andenæs, E. (1995): "Språklig konstituering av sosial identitet (hvor i all verden ble det av mamma?)" i *Konstituering av kjønn fra antikken til moderne tid*. Konferanserapport. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Andenæs, E. (u.a.): *Posisjoner og praksis: nye perspektiver på kommunikasjon, språk og kjønn*.
- Annfelt, T. (1999): *Kjønn i utdanning: hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin- og faglærerutdanning*. Trondheim: Senter for kvinneforskning. Norges Teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU).
- Aronsson, K. & Sätterlund-Larsson, U. (1987): "Politeness strategies and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking". *Journal of Language and Social Psychology* 6, s. 1-27.
- Aspegren, K. (1999): "Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles". *Medical Teacher* 21, s. 563-70.
- Aspegren, K., Basby, A., Scheele, M., Schroeder, T. V., Schulze, S. & Witt, K. (2000): *Basisbog i kommunikation med patienter og kolleger*. København: Munksgaard.
- Atkinson, P. (1995): *Medical Talk and Medical Work: The liturgy of the Clinic*. London: Sage.
- Atkinson, P. (1997): "Narrative turn or blind alley?". *Qualitative Health Research* 7, s. 325-344.

- Baggens, C. (2001): "What they talk about: Conversations between child health center nurses and parents". *Journal of Advanced Nursing* 36, s. 659-667.
- Baggens, C. (2002): "Nurses' work with empowerment during encounters with families in child healthcare". *Critical Public Health* 12, s. 351-363.
- Baggens, C. (2004): "The institution enters the family home: Home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse". *Journal of Community Health Nursing* 21, s. 15-27.
- Beach, W. A. (1995): "Preserving and Constraining Options: 'Okays' and 'official' Priorities in Medical Interviews" I Morris, G.H. & Chenail, R. J: *The Talk of the Clinic*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beach, W. A. (2001): "Lay diagnosis". *Text* 21-1/2..
- Berg, E. (2004): *Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege*. Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø.
- Bergstrand, M.(2000): *Hälsorådgivande samtal. Kommunikativa strategier i samspel mellan distriktsköterska och patient*. Stockholms universitetet, Pedagogiska institutionen.
- Bergvall, V. L. & Remlinger, K. A. (1996): "Reproduction, Resistance and Gender in Educational Discourse: The role of Critical Discourse Analysis". *Discourse & Society*, 7.
- Berg Sørensen, T. (1995): *Den sociale samtale – mellom klienter og sagsbehandlere*. Århus: Forlaget Gestus.
- Billig, M. (1999a): "Whose terms? Whose ordinariness? Rhetoric and Ideology in Conversation Analysis. *Discourse and Society* 10 (4), s. 543-557.
- Billig, M. (1999b): "Conversation analysis and the claims of naivety". *Discourse and Society* 10 (4), s. 572-582.
- Bostad, F., Brandist, C., Evensen, L. S., & Faber, H. C. (2004): *Bakhtinian Perspectives on Language and Culture: Meaning in Language, Art and New Media*. Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.
- Brataas, H. V. (2001): *Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatninger og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse*. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse.

- Brataas, H. V & Steen-Olsen, T. (2003): *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Brataas, H. (2003): "Å innhente og formidle informasjon og støtte pasienten". I Brataas, H. & Steen-Olsen, T. (red.): *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*, s. 48-66. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Bredmar, M. & Linell, P. (1999): "Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers". I: Sarangi, S. & Roberts, C. (red.): *Talk, Work and Institutional Order*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter.
- Brown, G. & Yule, G. (1983): *Discourse Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Button, G. (1987): "Moving out of closings". I Button, G & Lee, J. R.E. (red): *Talk and social organisation*, s. 101-51. Clevedon: Multilingual Matters.
- Byrne, P. & Long, B. E. L. (1976): *Doctors Talking to Patients*. Ny utgave 1984, Exeter: The Royal College of General Practitioners.
- Cameron, D. (1990): *The Feminist Critique of Language: A Reader*. London: Routledge.
- Cameron, D. (2000): *Good to Talk?* London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Cameron, D. (2001): "What is discourse and why analyse it?". I Cameron, D.: *Working with Spoken Discourse*, s. 7-18. London: Sage.
- Candlin, S. (1992): "Communication for nurses: Implications for nurse education". *Nurse Education today* 12, s. 445-451.
- Candlin, S. (1997): *Towards excellence in nursing. An analysis of the discourse of nurses and patients in assessment situations*. University of Lancaster, Department of Linguistics and Modern English Language.
- Candlin, S. (2000): "New dynamics in the nurse-patient relationship?" I Sarangi, S. & Coulthard, M. (red) *Discourse and Social Life*. Harlow, England, London, New York: Longman.
- Candlin, C. N. & Candlin, S. (2003): "Health care communication: A problematic site for applied linguistic research". *Annual Review of Applied Linguistics* 23, s. 134-154. Cambridge University Press.
- Cazden, C. (1988): *Classroom discourse: The language of teaching and learning*. Portsmouth, NH:

Heinemann.

Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., Russell, G. & Webb, C. (2002): "Communication skills training in healthcare: a review of the literature". *Nurse Education Today* 22, s. 189-202.

Charles, C., Gafni, A., & Whalen, T. (1997): "Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)". *Social science & Medicine* 44, s. 681-92.

Cicourel, A. (1992): "The interpretation of communicative contexts: examples from medical encounters". I A. Duranti & Goodwin (red): *Rethinking context* s. 291-310. Cambridge: Cambridge University Press.

Clayman, S. E. & Maynard, D. W. (1995): *Ethnomethodology and Conversation Analysis*. I Psathas & ten Have (red): *Situated order. Studies in the Social Organization of Talk and Embodied Activities* s. 1-30. Washington: University Press of America.

Clark, J. A. & Mishler, E. G. (1992): "Attending to patient's stories: Reframing the clinical task". *Sociology of Health and Illness*, 14 s. 344-372.

Clark, H. (1996): *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.

Coupland, J., Robinson, J & Coupland, N. (1994): "Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations". *Discourse & Society* 5, 1 s. 89-124.

Coates, J. (1996): *Women talk*. Oxford: Blackwell.

Coates, J. (2000): "Small talk and subversion: female speakers backstage". I Coupland, J. (red): *Small talk*, s. 241-265. London, New York, Reading: Longman.

Crawford, P., Brown, B. & Nolan, P.(1998) *Communicating Care:The Language of Nursing*. Cheltenham: Stanley Thornes.

Davis, K. (1988): *Power Under the Microscope*. Dordrecht: Floris Publications.

Denzin, N.& Lincoln, Y. (1994): *Handbook of Qualitative Research*. London, New Dehli: Sage.

Dickson, D., Hargie, O. & Morrow, N. (1993): *Communication Skills Training for Health Professionals*. London: Chapman & Hall.

Drew, P. (2001): "Spotlight on the patient". *Text* 21, s.251-261.

Drew, P. (1998): " An exercise in the comparative analysis of talk-in-interaction in different (institutional) settings: the case of 'formulations'" . I Lehti-Eklund, H. (red) *Samtalsstudier*. Institutionen för nordiska språk och nordisk litteratur, Helsingfors universitet.

- Drew, P. & Holt, E. (1989): "Complainable matters: the use of idiomatic expressions in making complaints". *Social Problems* 35, s. 398-417.
- Drew, P. & Heritage, J. (red) (1992): *Talk at Work: Social interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Drew, P. & Sorjonen, M. L. (1997): "Institutional Dialogue". I: Van Dijk, T. A. (red): *Discourse as Social interaction. Discourse studies 2*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Eide, H. & Eide, T. (1996) : *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Eide, H. (2004): *Communication in medical specialist settings: patient concerns and satisfaction in relation to patient-physician communication*. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.
- Engelstad, F. (1999): *Om makt: teori og kritikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Evensen, L. (1986): *Den vet best hvor sko(l)en trykker: en deskriptiv surveyundersøkelse av elever og læreres opplevelse av problemer i språkundervisning i ungdomsskole og videregående skole*. Doktoravhandling. Universitetet i Trondheim, Det historisk-filosofiske fakultet.
- Fairclough, N. (1992): *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (1995): *Critical Discourse Analysis. The critical study of language*. London, New York: Longman.
- Fairclough, N. & Wodak, R. (1997): "Critical Discourse Analysis". I van Dijk, T. A. (red): *Discourse as Social Interaction*, s. 258-285. London, Thousand Oaks, New Dehli:Sage.
- Faulkner, A. & Maguire, P. (1998): *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Feilberg, J. (1991): *To må man være. Mor-barn dialoger i et utviklingsperspektiv*. Doktoravhandling. Universitetet i Trondheim, Det Historisk-Filosofiske fakultet.
- Festa, L. M., Baliko, B., Mangiafico, T., Jarosinski, J. (2000): "Maximizing learning outcomes by videotaping nursing students' interaction with a standardized patient". *Journal of Psychosocial Nursing* 5, s.37-44.

- Fisher, S. & Todd, A. D. (red) (1983): *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
- Fisher, S. (1995): *Nursing Wounds: Nurse Practitioner/Doctors/Women Patients and the Negotiation of Meaning*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Foucault, M. (1976): *Seksualitetens historie, bind 1: viljen til viten*. Gjøvik: Exil.
- Frankel, R. (1983): "The laying of hand: aspects of gaze, touch and talk in medical encounters", i Fisher, S. & Todd, A. (red): *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
- Frankel, R. (1990): "Talking in Interviews: A Dispreference for Patient Initiated Questions in Physician-Patient Encounters". I Psathas, G (red): *Interaction Competence*, s. 231-262. Lanham MD: University Press of America.
- Frankel, R. M. (2001): "Clinical care and conversational contingencies: The role of patients' self-diagnosis in medical encounters". *Text 21*, s.83-113.
- Freidson, E. (1970): *Professional dominance*. New York: Atherton.
- Frid, I. Öhlen, J. & Bergbom, I. (2000): "On the use of narratives in nursing research". *Journal of Advanced Nursing 32*, s. 695-703.
- Gadow, S. (1995): "Narrative and exploration: toward a poetics of knowledge in nursing". *Nursing Inquiry 2*, s.211-214.
- Gafaranga, J. & Britten, N. (2005): "Talking an Institution into Being: The Opening Sequence in General Practice Consultations". I Richards, K. & Seedhouse, P. (red): *Applying Conversation Analysis*, s. 75-91. Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.
- Gask, L. et al. (1988): "Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course". *Medical education 22*, s. 132-138.
- Gibb, H. (1990): *This is what we have to do – are you OK? Nurses' speech with elderly nursing home residents*. Geelong, Victoria: Deakin Institute of Nursing Research Monograph Series.
- Goodwin, C. & Duranti, A. (red) (1992): *Rethinking Context. Language as Interactive Phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1974): *Frame Analysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Goffman, E. (1979): "Footing". *Semiotica* 25, s.1-30.
- Goffman, E. (1981): *Forms of Talk*. Oxford: Blackwell.
- Greenhalgh, P. & Hurwitz, B. (1998): "Why study narrative?" I Greenhalgh & Hurwitz (red) *Narrative Based Medicine*. London: BMJ.
- Gude, T., Anvik, T., Bærheim, A., Fasmer, O. B., Grimstad, H., Hjortdahl, P., Holen, A., Risberg, T. & Vaglum, P. (2003): "Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge". *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. Medisin og vitenskap* 16, s. 2277-80.
- Gumperz, J. (1982): *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gumperz, J. (1992): "Contextualization revisited". I P. Auer & A. di Luzio (red), s. 39-54. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Gwyn, R. & Elwyn, G. J. (1999): "When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in general practice discourse". *Social Science & Medicine* 49, s. 437-447.
- Gwyn, R. (2002): "Narrative and the Voicing of Illness" i Gwyn, R. (red) *Communicating Health and Illness*, kap 6 London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Hak, T. (1994): "The interactional form of professional dominance". *Sociology of Health and Illness* 16, s. 469-88.
- Hak, T. (1999): "Text and 'con-text': Talk bias in health care work". I Sarangi, S. & Roberts, C. (red): *Talk, Work and institutional order. Discourse in Medical, Mediation and Management settings*, s 427-453, Berlin, New York: Mouton de Gruyter.
- Haakana, M. (2001): "Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction". *Text* 21-1/2.
- Halvorsen, K. (2001): *Samtaler i det offentlige rom. Samtalestruktur og forhandling om mening i talkshowet Først og sist med Fredrik Skavlan*. Hovedoppgave i anvendt språkvitenskap. Historisk-filosofisk fakultet NTNU.
- Hanssen, I. (1995): "Kommunikasjon". I: Kristoffersen, N. J. (red): *Generell sykepleie pasient og sykepleie-samhandling, opplevelse og identitet*, s. 63-109, Oslo: Universitetsforlaget.

- Hargie, O. & Dickson, D. (2004): *Skilled interpersonal communication. Research, Theory and Practice*. London, New York: Routledge.
- Heath, C. (1986): *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, C. (1988): "Embarrassment and Interactional Organization". I Drew, P. & Wootton, A. (red): *Erving Goffman. Exploring the Interaction Order*, s. 136-160 Cambridge: Polity Press.
- Heath, C. (1992): "The Delivery and Reception of Diagnosis in the General Practice Consultation" i Drew, P & Heritage, J. (red): *Talk at Work*, s. 235-67 Cambridge: Cambridge University Press.
- Hellström, U. M. (2003): *Att överbygga perspektiv: en studie av behovsbedömningsamtal inom äldreinriktat socialt arbete*. Doktoravhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Heritage, J. (1985): Analyzing news interviews: aspects of the production of talk for an overhearing audience. I van Dijk (red): *Handbook of Discourse Analysis 3*, s. 95-117. London: Academic Press.
- Heritage, J. & Watson, D. R. (1979): "Formulations as conversational objects". I Psathas, G. (red): *Everyday Language: Studies in ethnomethodology*. New York: Irvington.
- Heritage, J. & Sorjonen, M. L. (1994): "Constituting and maintaining activities across sequences: *and*-prefacing as a feature of question design". *Language in Society* 23, s. 1-29.
- Hester, S. & Francis, D. (2000): "Ethnomethodology, conversation analysis and 'institutional talk'". *Text* 20, s.391-413.
- Hoel, T. L. (1995): *Elevsamtaler om skriving i videregående skole: responsgrupper i teori og praksis*. Doktoravhandling. Trondheim: Det Historisk-filosofiske fakultet.
- Hydén, L. C. (1997): "Illness and narrative". *Sociology of Health and Illness*, 19 (1), s.48-69.
- Hydén, L. C. & Baggens, C. (2004): "Joint working relationships Children, parents and child healthcare nurses at work" I Sarangi, S. (red) *Communication & Medicine* 1, s.71-85.
- Hydén, L. C. & Mishler, E. G. (1999): "Language and Medicine". *Annual Review of Applied Linguistics* 19, s. 174-192.

- Høibraaten, H. (1999): "Kommunikativ makt og sanksjonsbasert makt hos Jürgen Habermas" i Engelstad, F. (red): *Om makt teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B. & Simek-Downing, L. (1987): *Counseling and Psychotherapy. Integrating skills, Theory, and Practice*. Boston, London, Toronto, Sydney: Allyn & Bacon.
- Ivey, A. E. (1994): *Intentional Interviewing and Counseling. Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Jacobsen, D. Y. (1997): *Tutorial processes in a problembased learning context: medical students' reception and negotiations*. Doktoravhandling, Trondheim Norges-teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU), SVT-fakultetet.
- Jefferson, G. (1972): "Side sequences". I *Studies in Social Interaction*, Sudnow, D. (red), s. 295-331. New York: The Free Press.
- Jefferson, G. (1979): "A technique for initiating laughter and its subsequent acceptance declination". I Psathas, G (red): *Everyday Language. Studies in ethnomethodology*. New York: Irving Publishers, inc.
- Jefferson, G. (1989): "Preliminary notes on a possible metric which provides for 'a standard maximum' silence of approximately one second in conversation". I Roger, D. & Bull, P. (red) *Conversation: an interdisciplinary perspective*, s. 166-99. Clevedon: Multilingual Matters.
- Jefferson, G. & Lee, J. (1992): "The rejection of advice: managing the problematic convergence of a 'troubles-telling' and a 'service encounter'". I Drew, P & Heritage, J. (red): *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*, s. 521-548 Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, C. M. (2001): "Missing assessments: Lay and professional orientations in medical interviews". *Text 21*, s.113-151.
- Johanson, M. (1994): *Communicating about health in health care. Perspectives on lifestyle and post-operative complications*. Linköping studies in art and science 116. Linköping Universitet.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur: Fredriksberg.
- Kjellgren, K. (1998): *Antihypertensive medication in clinical practice: aspects of patient adherence to treatment*. Linköping: Department of Medicine and care, Clinical Pharmacology, Faculty of Health sciences and The Tema Institute, Department

of Communication studies. Linköping universitet.

- Kleinman, A. (1988): *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Langer, R. (1999): *Contextualising Conversation Analysis with Discourse Analysis*. Paper på International Conference "Broadcast Conversations: Interaction in the Media". Roskilde Universitet.
- Langer, R. (2002): "Talk on TV sequentiality meets intertextuality and interdiscursivity" i Fetzer, A. & Meierkord, M. (red): *Rethinking sequentiality*, s.181-207. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Laursen, L. (2003): "Konversationsanalysen i kommunikationsundervisningen för medicinstuderande". I Asmuss, B. & Steensig, J. (red): *Samtalen på arbejde*, s. 143-170. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Leppänen, V. (1998): "The straightforwardness of advice" *Research on Language and Social Interaction 2*, s. 209-239. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Leppänen, V. (2002): *Telefonsamtal till primärvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Lerner, G. (2002): "Turn-sharing: The Choral Co-Production of Talk-in-Interaction". I: Ford, C., Fox, B. & Thompson, S. (red): *The Language of Turn and Sequence* s. 225-257 Oxford: University Press.
- Levinson, S. (1992): "Activity types and language". I Drew, P. & Heritage, J. (red): *Talk at work. Interaction in institutional settings*, s. 66-101. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levinson, S. (1988): "Putting linguistics on a proper footing: explorations in Goffman's concept of participation". I Drew, P & Wootton, A. (red): *Erving Goffman. Exploring the Interaction order*, s.161-228. Cambridge: Polity Press.
- Lindholm, C. (2003): *Frågor i praktiken: flerledade frågeturer i läkare-patientsamtal*. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.
- Linell, P. (1990a): "De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän". *Forskning om utbildning. Tidskrift för analys och debatt 4*, s.18-35.
- Linell, P. (1990b): "The power of dialogue dynamics". I Markova & Foppa (red): *Dynamics of dialogue*, s.147-177. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

- Linell, P. (1998): *Approaching Dialogue: Talk, Interaction and Contexts in Dialogical Perspectives*. Amsterdam: John Benjamins.
- Linell, P. (2005a): *The written language bias in linguistics: its nature, origin and transformations*. London: Routledge.
- Linell, P. (2005b): *Samtalskulturer: Om analys av samtal som kommunikativa verksamheter*. Internet: <http://www.tema.liu.se/temak/personal/perli/samtalskulturer> 2005-03-01.
- Linell, P. & L. Gustavsson (1987): *Initiativ och respons. Om dialogens dynamik, dominans och koherens*. Studies in Communication 15, University of Linköping.
- Linell, P. & Thunqvist, D. P. (2003): "Moving in and out of framings: activity contexts in talks with young unemployed people within a training project". *Journal of Pragmatics* 35, s. 409-434.
- MacLachlan, G. & Reid, I. (1994): *Framing and Interpretation*. Carlton, Victoria: Melbourne University Press.
- Maguire, P., Fairbairn, S. & Fletcher, C. (1986a): "Consultation skills of young doctors". *British Medical Journal* 292, s. 1573-1576.
- Maguire, P., Fairbairn, S. & Fletcher, C. (1986b): "Consultation skills of young doctors: Most young doctors are bad at giving information". *British Medical Journal* 292, s. 1576-1578.
- Maguire, P. (1990): "Can communication skills be taught?" *British Journal of Hospital Medicine* 43, s. 215-216.
- Malterud, K. (1990): *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo: Tano.
- Marteau, T. M. et al. (1991): "Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students". *Medical Education* 25, s. 127-134.
- Marttala, U. M. (1995): *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient: en språklig och samtalsanalytisk undersökning*. Institutionen för nordiska språk, Uppsala Universitet.
- Maynard, D. W. (2003): *Bad news, Good News. Conversational order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Maynard, D. W. (1991): "Interaction and asymmetry in clinical discourse". *American Journal of Sociology* 97(2), s. 448-495.

- Miller, G. (1997): "Building bridges. The possibility of analytic dialogue between Ethnography, Conversation Analysis and Foucault", i Silverman, D. (red): *Qualitative Research. Theory, method and practice*, s. 24-45. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Mills, S. (1997): *Discourse*. London: Routledge
- Mishler, E. (1984): *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- Mishler, E. (1997): "The interactional construction of narratives in medical and life-history interviews". I: Gunnarson, B. L., Linell, P & Nordberg, B. (red): *The Construction of Professional Discourse*, s.223-245. London, New York: Longman.
- Moore, S. & Myerhoff, B. G. (1977): "Introduction: Secular Rituals: Forms and meaning". I Moore, S. & Myerhoff, B. G. (red): *Secular Rituals*. Assen/Amsterdam: Van Gorcum.
- Morris, G. H. & Chenail, R. J. (1995): *The Talk of the Clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse*. Hillsdale: Laurence Erlbaum.
- Måseide, P. (2003): "Medical talk and moral order: social interaction and collaborative clinical work". *Text 23* s. 369-403.
- Nessa, J. (1999): *Talk as medical work: discourse analysis of patient-doctor communication in general practice*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet.
- Nettelbladt, U. (1994): "Some reflections on transcribing". *Proceedings of the XIVth Scandinavian Conference of Linguistics. Gothenburg Papers in Theoretical Linguistics*, 72. s. 47-61.
- Neumann, I. B. (2001): *Mening, materialitet og makt: en innføring i diskursanalyse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Nofsinger, R. E. (1991): *Everyday Conversation*. London: Sage.
- Nystrup, J. & Hetze, E. (1982): "Modeller for terapeutisk kommunikasjon". *Sygeplejersken*, 43, s. 16-20.
- Ochs, E. (1979): "Transcription as theory". I Ochs, E. & B. Schieffelin (red): *Developmental Pragmatics*, s. 43-72. New York: Academic Press.
- Olesen, F. (2004): "Striking the balance: from patient-centred to dialogue-centred medicine". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22, s. 193-194.

- Paget, M. A. (1983): "On the work of talk: studies in misunderstandings", i Fisher, S. & Todd, A. (red). *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington DC: Center for Applied Linguistics.
- Parsons, T. (1951): *The social system*. New York: Free Press.
- Parsons, E. & Atkinson, P. (1992): "Lay constructions of genetic risk". *Sociology of Health and Illness* 14, s. 437-55
- Pendleton, D.A. (1983): "Doctor-patient communication: a review". I Pendleton, D. A. & Hasler, J. C. (red): *Doctor-patient communication*. London: Academic Press.
- Pendleton, D. A., Schofield, T., Tate, P. & Havelock, P. (1984): *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford, New York, Toronto, Melbourne: Oxford University Press.
- Pennycook, A. (1994): "Incommensurable Discourses?" *Applied Linguistics* 15, s. 115-138.
- Pennycook, A. (2001): *Critical applied linguistics. A critical introduction*. London, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates Publishers.
- Pennycook, A. (2002): "Prologue: Language and linguistics / Discourse and disciplinarity". I Barron, C. Bruce, N. & Nunan, D. (red): *Knowledge and discourse. Towards an ecology of language*. London: Longman.
- Perykylä, A. (1995): *Aids Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perykylä, A. (1997): "Conversation Analysis: a new model of research in doctor-patient communication". *Journal of the Royal society of medicine* 90, s. 205-208.
- Perykylä, A. (1998): "Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care". *Social Psychology Quarterly* 61, s. 301-20.
- Pomerantz, A. & Fehr, B. J. (1997): "Conversation Analysis: An Approach to the Study of Social Action as Sense Making Practices" i van Dijk, T. A. (red): *Discourse as social interaction*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Potter, J. (1996): *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social construction*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Preven, D., Kachur, E., Kupfer, R., & Waters, J. (1986): "Interviewing Skills of First-Year

- Medical Students". *Journal of Medical Education* 61, s. 842-844.
- Psathas, G. & Anderson, T. (1990): "The practices of transcription in conversation analysis". *Semiotica* 78, s. 75-99.
- Ragan, S. L. (2000): "Sociable talk in women's health care contexts: two forms of non-medical talk". I Coupland, J. (red): *Small Talk* s. 269-288 Harlow, England: Longman.
- Roberts, C., Wass, V., Jones, R., Sarangi, S., & Gillett, A. (2003): "A discourse analysis study of 'good' and 'poor' communication in OSCE: a proposed new framework for teaching students" *Medical Education* 37, s. 192-201.
- Roberts, C. & Sarangi, S. (2003): "Uptake of Discourse Research in Interprofessional Settings: Reporting from Medical Consultancy". *Applied Linguistics* 24, s. 338-359.
- Robinson, I. (1990): "Personal narratives, social careers and medical courses: analyzing life trajectories autobiographies of people with Multiple Sclerosis". *Social science and Medicine* 30, s.1173-1186.
- Robinson, J. D. (2001): "Asymmetry in action: sequential resources in the negotiation of a prescription request". *Text* 21, s.19-55.
- Roter, D. L., Hall, J. & Katz, N. (1988): "Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature". *Patient Education and Counseling* 12, s. 99-119.
- Rommetveit, R. (1974): *On message structure*. London, New York: Wiley.
- Ruusuvuori, J. (2000): *Control in medical consultation. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care*. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 16. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4755-7.pdf>.
- Sacks, H. (1992): *Lectures on conversation 1*. Jefferson, G. (red). Oxford: Basil Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974): "A simplest systematics of the organization of turn-taking for conversation". *Language* 50, s. 696-735. Trykt på nytt i Schenkein (red)1978: *Studies in the organization of conversational interaction*. New York: Academic Press.
- Sandmo, E. (1999): "Michel Foucault som maktteoretiker" i Engelstad, F. (red): *Om makt teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Sandén, I. (2000): *Att drabbas av testikelcancer: en studie av män med behandlad testikelcancer och*

- deras anhöriga*. Avh. (fil.dr). Linköping studies of arts and science.
Linköping universitet.
- Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P. K., Torper, J. & Finset, A. (2002):
”Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter’s interaction
analysis system (RIAS)”. *Patient Education and Counseling* 46, s. 235-241.
- Sarangi, S.(2000): “Activity types, discourse types and interactional hybridity: The case of
genetic counselling”. I Sarangi, S. & Coulthard, M. (red): *Discourse and Social Life*,
s. 1-28. London, New York: Longman.
- Sarangi, S. (2002): “Discourse practioners as a community of interprofessional practice:
Some insights from health communication research”. I Candlin (red): *Research
and Practice in Professional Discourse*, s. 95-135. Hong Kong: City University of
Hong Kong Press.
- Sarangi, S. (2004): “Editorial: Towards a communicative mentality in medical and
healthcare practices”. *Communication and Medicine. An Interdisciplinary Journal of
Healthcare, Ethics & Society* 1, s.1-13.
- Sarangi, S. & Roberts, C. (1999): “The dynamics of interactional and instituional orders
in work-related settings”. I Sarangi, S & Roberts, C. (red): *Talk, Work and
Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, s. 1-61.
Berlin, New York: Mouton de Gruyter.
- Saussure, F. de (1983 [1915]): *Course in General Linguistics*. La Salle, IL: Open Court.
- Schegloff, E. (1968): “Sequencing in conversational openings”. *American Anthropologist* 70,
s. 1075-1095.
- Schegloff, E. (1987): “Between micro and macro: contexts and other connections”, i J.C
Alexander et al. (red). *The Micro-Macro Link*. Berkeley: University of
California Press.
- Schegloff, E. A. (1992): “In another context”. I Duranti and Goodwin (red): *Rethinking
Context. Language as Interactive Phenomenon*. Cambridge:
Cambridge University Press.
- Schegloff, E.A. (1998): “Reply to Wetherell.” *Discourse & Society* 9, s. 413-416.
- Schegloff, E. & Sacks, H. (1973): “Opening up closings”. *Semiotica* 8, s. 289-327.
- Shotter, J. (1993): *Conversational Realities: Constructing life through language*. London: Sage.

- Sinclair, J. & Coulthard, M. (1975): *Towards an Analysis of Discourse: The English Used by Pupils and Teachers*. Oxford: Oxford University Press.
- Silverman, D. (1987): *Communication and Medical practice: Social Relations in the Clinic*. London: Sage.
- Silverman, J. & Draper, J. & Kurtz, S. (1998): *Skills for communicating with patients*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Sosial- og helsedepartement (1998a): *Ot prp nr 12. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*.
- Sosial- og helsedepartement (1998b): *Ot prp nr 13. Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*.
- Stivers, T. & Heritage, J. (2001): "Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking". *Text 21*, s.151-187.
- Svennevig, J. (1999): *Getting acquainted in conversation. A study of initial interactions*. Amsterdam: John Benjamins.
- Søndergaard, D. M. (1996): *Tegnet på kroppen*. København: Museum Tusulanum Forlag
- Talbot, M. & Atkinson, K. & Atkinson, D. (2003): *Language and Power in the Modern World*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Tan, L., Fleming, A., & Ledwidge, H. (2001): "The caregiving burden of relatives with dementia." *Geriatrics, 19*, s. 10-16.
- ten Have, P. (1989): "The consultation as a genre". *Text and Talk as Social Practice*, s. 115-135.
- ten Have, P. (1991): "Talk and Institution: A Reconsideration of the Asymmetry of Doctor-Patient Interaction" i Boden, D & Zimmerman, D. (red): *Talk and Social structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, s. 136-63. Berkeley: University of California Press.
- ten Have, P. (1999): *Doing conversation analysis. A practical guide*. London: Sage
- ten Have, P. (2001a): "Lay diagnosis in interaction". *Text 21*, s.251-261.
- ten Have, P. (2001b): "Applied conversation analysis". I McHoul, A. & Rapley, M. (red): *How to Analyse Talk in Institutional Settings. A Casebook of Methods*, s. 3-12. London, New York: Continuum.

- Thomassen, G. (2003): "Det kommunikative samspillet mellom pasient og helsepersonell". I Brataas & Steen Olsen (red.): *Kvalitet i samspill: innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse*, kap. 5. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Thunqvist, D. P. (2003): *Samtal för arbete. Kommunikativa verksamheter i kommunala ungdomsprojekt*. Tema kommunikation: Linköpings Universitet.
- Travelbee, J. (1971): *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Treichler, P., Frankel, R., Kramarae, C., Zopp, K. & Beckman, H. (1984): "Problem and problems: power relationships in a medical encounter". I: Kramarae, C. et al (red): *Language and Power*. London: Sage.
- Turner, R. (1974): *Ethnometodology*. Harmondsworth: Penguin.
- van Dijk, T. (1987): *Discourse as Social Interaction*. London: Sage.
- Waitzkin, H. (1989): A critical theory of medical discourse: ideology, social control, and the processing of social contexts in medical encounters. *Journal of Health and Social Behaviour* 30, s. 220-39.
- Waitzkin, H. (1991): *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven, Conn. : Harvard University Press.
- Watson, R. (2000): "The character of institutional talk: A response to Hester and Francis". *Text* 20, s. 377-389.
- Wertsch, J. V. (1991): *Voices of the mind: A sociocultural approach of mediated action*. Cambridge, Massachusettes: Harvard University Press.
- West, C. & Frankel, R. (1991): "Miscommunication in medicine". I Coupland, N., Giles, H. & Wiemann, J. (red): *Miscommunication and Problematic Talk*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1992): *Mapping the Language of Racism*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Wetherell, M. (1998): "Positioning and interpretative repertoires: conversation analysis and post-structuralism in dialogue". *Discourse and Society* 9, s. 387-412.
- Wigen, K., Holen, A. & Ellingsen, Ø. (2003): "Predicting academic success by group behaviour in PBL". *Medical teacher* 25.

Wynn, R. (1995): *The Linguistics of Doctor-Patient Communication*. Oslo: Novus Press.

Wynn, R. (1996): "Medical students, doctors – is there a difference?" *Text 16* s. 423-448.

Wynn, R. (1999): *Provider - Patient Interaction*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Det historisk-filosofiske fakultet
Institutt for anvendt språkvitenskap

Til pasienter ved Kirurgisk avdeling, post 1
xxxx sykehus



Stipendiat
Gøril Thomassen
Telefon +47 73 59 08 71
E-post goril.thomassen@hf.ntnu.no

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse om opplæring i pasientkommunikasjon

Er du villig til å bli tatt opp på video mens du har samtale med sykepleierstudent?
Vil du delta i et intervju med undertegnede om opplevelsen din av denne og liknende samtaler?

Samtalen vil bli tatt opp på video uten at forsker er tilstede. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Dette materialet vil bli anonymisert på en slik måte at verken navn eller andre opplysninger om de som har bidratt kan gjenkjennes.

Alle video- og lydopptak vil utelukkende bli brukt av meg og min veileder og vil dessuten bli makulert etter prosjektets slutt. Du kan når som helst ombestemme deg og trekke video og/eller lydopptak tilbake. Forskeren har taushetsplikt omkring private og helsemessige opplysninger som kommer frem gjennom samtalene.

Undersøkelsens tema:

Målet med undersøkelsen er å beskrive hvordan inkomstsamtaler mellom pasienter og sykepleierstudenter foregår. Disse samtalene er del av sykepleierstudentenes praksis. Det er med andre ord ikke sykdommen som er mitt fokus men å beskrive hvordan student og pasient snakker sammen, og i neste omgang hvordan pasienten opplevde kommunikasjonen.

Hensikten er å legge et grunnlag for praksisforbedrende tiltak som kommer pasienten til gode i møte med fremtidige sykepleiere. Undersøkelsen vil skje i nært samarbeid med sykepleierutdanninga og skal bidra til å videreutvikle opplæringa i pasientkommunikasjon.

Frivillighet og behov for mer informasjon:

Hvis du sier JA til å delta eller om du vil ha mer informasjon før du bestemmer deg, ber jeg deg fylle ut vedlagte svarslipp og levere den til avdelingssykepleier. Da vil jeg ta kontakt med deg. Du får mulighet til å stille spørsmål, og vi kan avtale tid og sted for samtale. Deltakelse er frivillig, og du kan si nei til å delta uten at det har noen konsekvenser for deg. Du kan når som helst trekke deg fra å delta, også etter først å ha sagt ja.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge.

Med vennlig hilsen

Forsker

veileder

Gøril Thomassen

Hildfrid Brataas

Til Gøril Thomassen
Institutt for anvendt språkvitenskap
Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)
7491 Dragvoll

Svar på forespørsel om å delta i undersøkelse om opplæring i pasientkommunikasjon

Denne svarslippen leveres til avdelingssykepleier.

Dersom du ikke ønsker å delta, leverer du svarslippen uten å fylle den ut.

Under forutsetning av at jeg når som helst kan trekke meg, sier jeg ja til å delta i undersøkelsen.

Dato:

Navn:

Jeg er pasient ved

avdeling, xxxxx sykehus

Vedlegg 2

**NTNU
Det historisk-filosofiske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige
Institutt for anvendt språkvitenskap
universitet**



Til pasienter ved xxxx lege- og undervisningscenter

Stipendiat
Gøril Thomassen
Telefon +47 73 59 08 71
E-post goril.thomassen@hf.ntnu.no

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse om opplæring i pasientkommunikasjon

- 1) Er du villig til å bli tatt opp på video mens du har samtale med medisinerstudent?
- 2) Vil du delta i et intervju med undertegnede om opplevelsen din av denne og liknende samtaler?

Samtalen vil bli tatt opp på video uten at forsker er tilstede. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Dette materialet vil bli anonymisert på en slik måte at verken navn eller andre opplysninger om de som har bidratt kan gjenkjennes.

Alle video- og lydopptak vil utelukkende bli brukt av meg og min veileder og vil dessuten bli makulert etter prosjektets slutt. Du kan når som helst ombestemme deg og trekke video og/eller lydopptak tilbake. Forskeren har taushetsplikt omkring private og helsemessige opplysninger som kommer frem gjennom samtalen.

Undersøkelsens tema:

Målet med undersøkelsen er å beskrive hvordan konsultasjoner mellom pasienter og medisinerstudenter foregår. Det vil si treningssamtaler som legestudenter har som del av sin praksis. Det er med andre ord ikke sykdommen som er mitt fokus men å beskrive hvordan student og pasient snakker sammen, og i neste omgang hvordan pasienten opplevde kommunikasjonen.

Hensikten er å legge et grunnlag for praksisforbedrende tiltak som kommer pasienten til gode i møte med fremtidige leger. Undersøkelsen vil skje i nært samarbeid med medisinerutdanninga og skal bidra til å videreutvikle opplæringa i pasientkommunikasjon.

Frivillighet og behov for mer informasjon:

Hvis du sier JA til å delta eller om du vil ha mer informasjon før du bestemmer deg, ber jeg deg fylle ut vedlagte svarslipp og levere den til avdelingssykepleier. Da vil jeg ta kontakt med deg. Du får mulighet til å stille spørsmål, og vi kan avtale tid og sted for samtale. Deltakelse er frivillig, og du kan si nei til å delta uten at det har noen konsekvenser for deg. Du kan når som helst trekke deg fra å delta, også etter først å ha sagt ja.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge.

Med vennlig hilsen

Gøril Thomassen

Til Gøril Thomassen

Institutt for anvendt språkvitenskap

Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)

7491 Dragvoll

Svar på forespørsel om å delta i undersøkelse om opplæring i pasientkommunikasjon

Denne svarslippen leveres til din fastlege.

Dersom du ikke ønsker å delta, leverer du svarslippen uten å fylle den ut.

Under forutsetning av at jeg når som helst kan trekke meg, sier jeg ja til å delta i undersøkelsen.

Dato:

Navn:

Jeg er pasient ved xxx legesenter

Vedlegg 3

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Det historisk-filosofiske fakultet
Institutt for anvendt språkvitenskap



Til medisinerstudenter i praksis ved xxxx legesenter
Til sykepleierstudenter i praksis ved xxx sykehus
Stipendiat

Gøril Thomassen
Telefon +47 73 59 08 71
E-post goril.thomassen@hf.ntnu.no

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse om opplæring i pasientkommunikasjon

- 3) Er du villig til å bli tatt opp på video mens du har samtale med pasient?
- 4) Vil du delta i et gruppeintervju med undertegnede om opplevelser av pasientsamtaler generelt?

Samtalen vil bli tatt opp på video uten at forsker er tilstede. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Dette materialet vil bli anonymisert på en slik måte at verken navn eller andre opplysninger om de som har bidratt kan gjenkjennes.

Alle video- og lydopptak vil utelukkende bli brukt av meg og min veileder og vil dessuten bli makulert etter prosjektets slutt. Du kan når som helst ombestemme deg og trekke video og/eller lydopptak tilbake. Forskeren har taushetsplikt omkring private og helsemessige opplysninger som kommer frem gjennom samtalene.

Undersøkelsens tema:

Undersøkelsens tema er knyttet opp mot den delen av utdanningen som dreier seg om kommunikasjonstrening. Som del av den praksisen dere bl a skal gjennom vil dere ta del i såkalte treningssamtaler med pasienter. Det er slike treningssamtaler mellom pasienter og studenter jeg vil analysere i mitt arbeid. Det er med andre ord ikke sykdommen som er mitt fokus men å beskrive hvordan student og pasient snakker sammen. Fokus for undersøkelsen er utdanningen sin opplæring i pasientkommunikasjon og ikke studentenes kompetanse i kommunikasjon.

Hensikten er å legge et grunnlag for praksisforbedrende tiltak som kommer pasienten til gode i møte med fremtidige leger. Undersøkelsen vil skje i nært samarbeid med utdanningen og skal bidra til å videreutvikle opplæringa i pasientkommunikasjon.

Frivillighet og behov for mer informasjon:

Hvis du sier ja til å delta eller om du vil ha mer informasjon før du bestemmer deg, ber jeg deg ta kontakt på telefon eller e-post. Du får mulighet til å stille spørsmål, og vi kan avtale tid og sted for samtale. Deltakelse er frivillig, og du kan si nei til å delta uten at det har noen konsekvenser for deg. Du kan når som helst trekke deg fra å delta, også etter først å ha sagt ja.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge.

Med vennlig hilsen,
Gøril Thomassen

Vedlegg 4

Gøril Thomassen
Institutt for anvendt språkvitenskap
Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet
7491 Dragvoll
tlfnr:73590871
e-post: goril.thomassen@hf.ntnu.no

Forespørsel til sykehusdirektør ved xxx sykehus

Med dette vil jeg rette en forespørsel til deg om å få foreta videoopptak og intervju av pasienter ved din institusjon. Jeg ønsker å ta opptak av til sammen 6 sykepleierstudenters innkomstsamtaler med pasienter ved kirurgisk avdeling 1 og 2 og gynekologisk avdeling ved xxx sykehus. Dessuten ber jeg om å få intervju disse pasientene i etterkant for å få innblikk i hvordan de opplevde samtalen (se vedlagt forespørsel til pasienter). I tillegg ber jeg om tillatelse til å få hospitere på sykehuset en uke i forkant av materialinnsamlingen for å bli kjent med hvilke rutiner som inngår i studentenes praksishverdag (også rom og opptaksmuligheter).

Jeg er doktorgradsstipendiat ved HiNT og NTNU og undersøkelsen vil skje i nært samarbeid med sykepleierutdanningen ved xxx og medisinerutdanningen ved xxx.

Målet med undersøkelsen er å beskrive samtalestrukturer som finner sted i samtaler mellom pasienter og henholdsvis sykepleier- og medisinerstudenter. Det er med andre ord ikke sykdommen som er mitt fokus, men å beskrive hvordan student og pasient snakker sammen, og i neste omgang hvordan pasienten opplevde kommunikasjonen. Med utgangspunkt i dette materialet skal det etableres kunnskap som kan danne grunnlag for praksisforbedrende tiltak som bidrar til å videreutvikle opplæringa i pasientkommunikasjon og som kommer pasienten til gode i møte med fremtidige sykepleiere og leger.

Innkomstsamtaler er en viktig del av sykepleier- og medisinerstudentenes sykehuspraksis og opplæring i pasientkommunikasjon. Disse samtalerne er av en viss varighet (15-30 min) og skal munne ut i en sykepleierjournal med basisinformasjon om pasienten. Det vektlegges i læringsmålene/fagplanene at studentene skal beherske/utvikle kommunikative ferdigheter i å informere, innhente info og samtidig skape en god og fruktbar relasjon. Siden disse samtalerne gjerne finner sted på et eget rom vil materialinnsamlingen ikke være synlig for andre enn informantene. Det er med andre ord både praktiske, forskningsetiske og faglige grunner til at innkomstsamtaler egner seg for denne undersøkelsen.

Opptak og intervjuer ønskes foretatt høsten 2002, i forbindelse med praksisperioden til 2.årsstudentene ved sykepleierutdanninga (ved xx). Jeg legger ved prosjektskisse og forespørsel til pasientene. Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart. Mine veiledere Hildfrid Brataas ved HiNT og Julie Feilberg ved NTNU kan også kontaktes for mer informasjon.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Region xxx.

Med vennlig hilsen

Gøril Thomassen

Vedlegg 5

Gøril Thomassen
Institutt for anvendt språkvitenskap
Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet
7491 Dragvoll
tlfnr: 73590871
e-post: goril.thomassen@hf.ntnu.no

Forespørsel til xxx senteret

Med dette vil jeg rette en forespørsel til dere om å få foreta videoopptak og intervju av pasienter ved xxx senteret. Jeg ønsker å ta opptak av 6 medisinerstudenters konsultasjoner med pasienter ved senteret. Dessuten ber jeg om å få intervju pasientene i etterkant for å få innblikk i hvordan de opplevde samtalen (se vedlagt forespørsel til pasienter). I tillegg ber jeg om tillatelse til å få hospitere på senteret 2 dager i forkant av materialinnsamlingen for å bli kjent med hvilke rutiner som inngår i studentenes praksishverdag (også rom og opptaksmuligheter).

Jeg er doktorgradsstipendiat ved HiNT og NTNU og undersøkelsen vil skje i nært samarbeid med sykepleierutdanningen ved xxx og medisinerutdanningen ved xxx.

Målet med undersøkelsen er å beskrive samtalestrukturer som finner sted i samtaler mellom pasienter og henholdsvis sykepleier- og legestudenter. Det er med andre ord ikke sykdommen som er mitt fokus, men å beskrive hvordan student og pasient snakker sammen, og i neste omgang hvordan pasienten opplevde kommunikasjonen. Med utgangspunkt i dette materialet skal det etableres kunnskap som kan danne grunnlag for praksisforbedrende tiltak som bidrar til å videreutvikle opplæringa i pasientkommunikasjon og som kommer pasienten til gode i møte med fremtidige sykepleiere og leger.

Konsultasjoner er en viktig del av medisinerstudentenes allmennpraksis og opplæring i pasientkommunikasjon. Det er gjort mye forskning på lege – pasientsamtalen ut fra et samtaleteoretisk perspektiv, og noe på sykepleier – pasient samtalen. Internasjonal forskning viser at samtaleforløp har store konsekvenser for pasientmedvirkning og for pasientens vurdering av helsepersonellet. I undervisning som forbereder studenten til profesjonell kommunikasjon, blir det derfor viktig å fokusere på det samtalemessige forløp ved pasientens møte med helsepersonellet. Ut fra dette perspektivet, vil det være interessant å beskrive hvordan sykepleier- og medisinerstudenter øver seg på fremtidige pasientsamtaler. Hvilke kommunikative forløp gjør seg gjeldende i samtaler mellom student og pasient?

Opptak og intervjuer ønskes foretatt høsten 2002, i forbindelse med praksisperioden til 2.årsstudentene ved medisinerutdanningen (xxx). Jeg legger ved prosjektskisse og forespørsel til pasientene. Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart. Mine veiledere Hildfrid Brataas ved HiNT og Julie Feilberg ved NTNU og medarbeider Jørgen Urnes ved NTNU kan også kontaktes for mer informasjon.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge.

Med vennlig hilsen

Gøril Thomassen