

Stranden, Cathrine

# Språk, kropp og artefakt i interaksjon

Diskursanalyse av blodtrykksmåling

Masteroppgave i språk og kommunikasjon i profesjoner

Veileder: Gøril Thomassen Hammerstad

November 2023



Stranden, Cathrine

# **Språk, kropp og artefakt i interaksjon**

Diskursanalyse av blodtrykksmåling

Masteroppgave i språk og kommunikasjon i profesjoner  
Veileder: Gøril Thomassen Hammerstad  
November 2023

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



Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er interaksjon mellom språk, kropp og artefakt under blodtrykksmåling. Studien legger til grunn et syn på språk og kommunikasjon som praksis, hvor mening skapes i og gjennom sosial interaksjon i den aktive prosessen som kan kalles *språking*. Dette er sentrale tanker i dialogismen slik den kommer til uttrykk hos Linell (2001).

Det å måle pasienters blodtrykk er en grunnleggende rutineoppgave i sykepleieres profesjonsutøvelse. Det er samtidig en kompleks kommunikativ handling som innebærer en veksling mellom kommunikative prosjekt på ulike nivå, samt håndtering av en rekke kommunikative ressurser i interaksjon. Formålet med denne studien er å belyse hvilken rolle den språklige interaksjonen spiller i utførelsen av den praktiske sykepleieoppgaven blodtrykksmåling. Jeg tar utgangspunkt i spørsmålene: Hvilke funksjoner kan snakk ha når sykepleier skal måle blodtrykket til en pasient på sykehus? Og hvilke kommunikative ressurser tas i bruk for å realisere disse funksjonene?

Det empiriske grunnlaget består av videoopptak av sykepleier-pasient-interaksjon under blodtrykksmåling på et sykehus i Norge. Opptakene er transkribert og den analytiske innfallsvinkelen er virksomhetsanalyse slik Linell (2011) skisserer det. Kroppslig samarbeid, artefakter som kommunikativ ressurs, samt risikosnakk, er noen av kategoriene som blir utforsket i analysen. Studien belyser hvordan sykepleier og pasient samarbeider, eller *samspråker*, mot å nå målet med det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling. Analysene viser at det kan være andre kommunikative ressurser enn selve snakket som er mest fremtredende i slik samspråking og at verbalspråket tidvis blir satt helt i bakgrunnen. Samtidig er det sammenflettingen av språk, kropp og artefakter i sykepleier-pasient-interaksjon som muliggjør gjennomføringen av det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling, og som gjør kommunikasjon til et grunnleggende vilkår for yrkesutøvelsen til sykepleiere.

# Abstract

The theme for this master's thesis in applied linguistics is *language, bodies and artefacts in interaction* during the measuring of blood pressure. The study is based on the theory of language and communication as a practice, where meaning is created in and through social interaction. This active process of meaning-making can be called "linguaging" and is a central idea in Linell's (2001) term dialogism.

Measuring a patient's blood pressure is a basic routine task for nurses. Still, it is a complex communicative activity which involves the dynamic exchange between communicative projects of different levels and the handling of a diverse range of communicative resources available in interaction. The goal of this thesis is to illuminate the role of language in the practical task of measuring blood pressure. I ask the questions "which functions can talking have in the execution of measuring blood pressure?" and "which communicative resources are used to achieve these functions?".

The empirical basis of this project is video recordings of five interactions between nurses and patients in a Norwegian hospital, where the nurse is measuring the patient's blood pressure. The recordings are transcribed and analyzed using the analytical approach of activity analysis (Linell, 2011). The study explores the cooperation, or "co-linguaging", between nurses and patients towards achieving the goal of the communicative project of measuring blood pressure. My analyses show that it is not always the communicative resource of verbal talk that is the most prominent resource in co-linguaging. Talk is sometimes put in the interactional background of other communicative resources like using artifacts and body movement. It is though, the intertwining of language, body and artifacts in nurse-patient-interaction that enables the collaboration on the communicative project of measuring blood pressure. It is also this intertwining and co-linguaging that makes communication a basic term for the execution of nursing as a profession.

# Forord

I avslutningen av årene som masterstudent og i ferdigstillingen av dette masterprosjektet ønsker jeg å få takke de rundt meg som har bidratt til at jeg nå faktisk har realisert drømmen og kan se tilbake på studieperioden med mange gode minner.

Kjære Tom og Marianne! Dere har vært verdens beste kollokviegruppe, tusen takk for at dere har støttet, halt og dyttet meg gjennom disse masterårene. Dere har fått fagbegrepene tydelige igjen når ting har blitt i overkant fuzzy og alt-henger-sammen-med-alt'ete. Takk for at dere har holdt ut med alle nerdete diskusjoner, laaaaaange meldingstråder på messenger og skrivefrustrasjoner, men også like mye boblende skriveglede som nå faktisk har ent opp i denne masteroppgaven.

Hjertelig takk til Gøril, så tålmodig og alltid klar med øksa (som har fått kjørt seg hardt i denne perioden). Uten deg, ditt skarpe blikk og gode veiledning hadde det ikke blitt noen masteroppgave. Tusen takk for at du har muliggjort denne fantastiske akademiske opplevelsen for meg! Og takk til alle andre forelesere og bidragsyttere på MSKIP, dere har åpnet for nye perspektiver og er en utømmelig kilde til inspirasjon og faglig diskusjon.

Tusen takk til sporty sykepleiere og pasienter som sa ja til å la seg filme, uten dere hadde jeg ikke fått virkeliggjort dette prosjektet som jeg brenner sånn for. Takk også til alle rundt meg som tålmodig venter på at jeg skal komme ut av masterbobla og inn i det sosiale livet igjen. Takk Ida, min klippe, min med-lesende, min heiagjeng, min Hare Hasselbrun...til månen og tilbake!

Takk til mormor og mamma for all kraft, styrke og mot til å gå min egen vei.

Til slutt går den aller største takken til smågrisene mine Isabella-Peppa og Eivind-Georg for at dere alltid er så bråkete og tøysete og (u)tålmodige, og elsker meg uansett ♥



Work may not be, as Carlyle (1886) asserted a century ago, “the grand cure of all the maladies and miseries that ever beset mankind”, but it absorbs great chunks of our lives and for this reason alone, we need to know more about communicative practices which make work work.

(Sarangi & Roberts, 1999, s. 43)



# Innhold

Figurer.....	xii
1 Innledning .....	13
1.1 Bakgrunn.....	14
1.2 Formål og forskningsspørsmål .....	16
1.3 Tidligere forskning .....	16
1.4 Oppgavens struktur .....	19
2 Teoretisk perspektiv på språk og kommunikasjon .....	20
2.1 Institusjonelle samtaler .....	21
2.2 Språk, kropp og artefakt i interaksjon: kommunikative ressurser .....	22
2.3 Kommunikative prosjekter .....	25
2.3.1 Kontekstualiseringssignal.....	26
2.4 Ansiktsarbeid .....	27
2.5 Risikosnakk.....	29
2.6 Diskurstypene meta-, online- og offlinekommentarer .....	30
3 Metode og empirisk materiale .....	33
3.1 Blodtrykksmåling som handling .....	33
3.2 Innsamling av materiale .....	34
3.3 Etske overveielser.....	35
3.3.1 Forskningsdeltakere: utvalg og rekruttering .....	36
3.3.2 Å forske i eget fagfelt/forskerposisjon .....	37
3.4 Transkripsjon og transkripsjonsnøkkel .....	38
3.5 Analytisk innfallsvinkel .....	39
4 Analyse.....	40
4.1 Kommunikative prosjekt i blodtrykksmåling .....	40
4.2 Risikosnakk i blodtrykksmåling .....	44
4.3 Artefakt som tredje deltaker i blodtrykksmåling .....	48
4.4 Normalisering i blodtrykksmåling .....	52
4.5 Relasjonell spenning i blodtrykksmåling .....	55
5 Diskusjon .....	59
5.1 Snakkets funksjon i samspråking under gjennomføring av blodtrykksmåling ..	59
5.2 Avslutning .....	62
5.3 Videre forskning .....	63
Referanser .....	64
Vedlegg .....	68

# Figurer

Figur 1 og 2: Blodtrykksapparat.....	34
--------------------------------------	----



# 1 Innledning

Arbeidsplasser holdes sammen av kommunikative praksiser (Sarangi & Roberts, 1999, s. 1). Kommunikative praksiser i organisasjoner som sykehus inkluderer snakk i form av telefonsamtaler eller ansikt til ansikt-møter mellom profesjonsutøvere og lekfolk, og de profesjonelle seg imellom. Tekster som daglige rapporter, røntgenbeskrivelser og epikriser, samt bruk av artefakter som utstyr til blodprøvetaking og sårstell, stasjonære og mobile pc'er og blodtrykksapparater inkluderes i de kommunikative praksisene på lik linje med det fysiske miljøet bestående av blant annet operasjonsstuer, ventearealer og pasientrom.

Sarangi og Roberts (1999, s. 1) sier at arbeidsplasser er «sites of social struggle» nettopp på grunn av de kommunikative praksisene som utføres der. Over tid formes arbeidsplassen, og praksisen, av typiske måter å snakke og gjøre ting på. Det dannes en egen kultur som kontrollerer tilgangen til arbeidsplassen og de mulighetene som ligger der. Dermed kan man si at arbeidsplasser generelt er sosiale institusjoner som produserer og regulerer ressurser, som utfører oppgaver og løser problemer, og hvor identiteter og profesjonell kunnskap blir skapt og spilt ut i et sosialt fellesskap (s. 1).

Profesjonsutdanningene skal forberede de respektive profesjonsutøverne på å delta i disse kommunikative praksisene. Ifølge Thunqvist et al. (2012, s. 17) utvikles det i dagens moderne arbeidsliv stadig flere opplæringsprogrammer og metoder for hvordan man skal eller bør gjennomføre institusjonelle samtaler. Profesjonsutøvelse bygger på teoretisk fagkunnskap, men også på en grunnleggende kunnskap om interaksjon som man sosialiseres inn i gjennom samspill med andre. Denne interaksjonskunnskapen tas i bruk av profesjonsutøvere i praksis og utgjør en retningsgivende kunnskapsbase som Peräkylä og Vehviläinen (2003) kaller *stock of interactional knowledge*. Denne kunnskapsbasen gir profesjonsutøvere et teoretisk utgangspunkt og retningslinjer for interaksjonelle møter, som sammen med fagkunnskapen og utførelsen av profesjonsoppgavene, utgjør innholdet i de kommunikative praksisene.

Samtidig viser deskriptive studier av faktiske kommunikative praksiser at profesjonsutøvelse er mer enn å bare følge tillærte teoretiske modeller og konsepter. Møter mellom virkelige mennesker følger sjelden slike ideelle oppskrifter (Peräkylä & Vehviläinen, 2003, s. 728). Profesjonsutøvere tar altså i bruk situasjonsspesifikke og kontekstsensitive måter å interagere på som ikke lar seg planlegge forut for samtalen. Mye av dette foregår på et taust nivå, det som Bohlin (2009) kaller *taus kunnskap* eller

intitativ *know-how* (s. 72). Denne tause, kontekstsensitive, kommunikative kompetansen som tas i bruk inngår i de ulike kommunikative praksisene som sykepleiere tar del i.

Haks (1999) etnografiske studie med utgangspunkt i observasjoner fra sykehus belyser bruken av slik profesjonsspesifikk kunnskapsbase i praksis, inkludert taus kunnskap. Han beskriver hvordan sykepleierne interagerer med hverandre og samarbeidet om den praktiske utførelsen av sykepleieoppgaver på en ikke-verbal måte. Hak sier at dette ikke-verbale samarbeidet var utfordrende for han som utenforstående forsker i avdelingen å oppdage, nettopp fordi den var drevet av sykepleiernes profesjonskunnskap og deres situasjonsspesifikke kompetanse. Hak viser at sykepleieres kommunikative kompetanse utgjør langt mer enn det verbalspråklige, og at sykepleiere har et mangfold av kommunikative ressurser å spille på i interaksjon med både pasienter, pårørende og andre profesjonsutøvere.

Profesjonsutøveres kunnskap om interaksjon er med andre ord mye mer kontekstsensitiv enn det normative forslag fra tekstbøker tar høyde for. Snakket formes fortløpende og underveis av deltakerne, situasjonen og sammenhengen rundt, og gjør en samtale til en rikere kommunikasjonssituasjon med bruk av flere meningsskapende ressurser enn kun det konkrete som sies for eksempel når en sykepleier oppsøker en pasient for å gjennomføre praktiske sykepleieoppgaver som å måle blodtrykk.

## 1.1 Bakgrunn

Samfunnsutviklingen har ifølge Johansen (2018) ført helseNorge inn i en mer bedriftsøkonomisk retning. Den såkalte «stykkprisfinansieringen» som ble innført i 1997 gjorde finansieringen av sykehusene innsatsstyrt, det vil si at de får betaling for hver pasient, for hver diagnosekode og for hvert inngrep som gjennomføres. De finansielle rammene for sykehusene har fram til i dag fortsatt endringen i denne retningen, noe som også har endret rammene for profesjonsutøvelsen som foregår der. Stramme budsjetter fører til innsparinger på bemanning og utstyr, og en økonomisering også av de ansatte. Noe som igjen gir et økt krav om effektivisering og høyere tempo i pasientbehandlingen i sykehusene.

For sykepleierne medfører denne økonomiseringen et økt press på å få gjort jobben raskere, samtidig med at de må håndtere en økning i antall arbeidsoppgaver fordi de ofte har færre kollegaer å fordele arbeidet på. Færre liggedøgn for pasientene fører for sykepleierne til flere inkomstsamtaler, flere pasienter og pårørende å ivareta og flere utreiser å administrere i løpet av ei arbeidsuke. Dette betyr at flere senger må vaskes og res, blodprøver må tas raskere, og sårbehandling og smertelindring må utføres mer effektivt. Mindre komplekse rutineoppgaver må gjennomføres når sykepleierne finner tid mellom alle andre oppgaver.

Ifølge Norsk Sykepleierforbund (u.å.) vil mange rutineoppgaver også forsvinne fra det som til nå har vært sykepleiernes naturlige ansvarsområde. Noen oppgaver vil kunne utføres av maskiner, andre av personell med lavere kompetanse eller av pasientene selv og deres pårørende. Da vil sykepleierne måtte fungere som veiledere og støttespillere for pasienter som for eksempel skal utføre medisinske små-prosedyrer på egenhånd hjemme eller for helsefagarbeidere som har fått et utvidet ansvarsområde på en sykehusavdeling.

En slik redistribuering av roller, ferdigheter og kunnskaper innenfor en gitt profesjon for å oppnå bedre, eller å økonomisere, resultatene av profesjonsutøvelsen, er det som Gee et al. (1996) og Hull (1997) betegner som ledd i *the new work order* (Sarangi & Roberts, 1999, s. 9). Ifølge Sarangi og Roberts (1999, s. 9) er denne nye arbeidsstrukturen basert på en kapitalistisk idé om at produkter og resultater må tilpasses for å kunne vinne fram på en fordelaktig måte og overleve i et konkurranseutsatt marked. En idé som altså er overført til menneskene som utfører arbeidet.

Sarangi og Roberts (1999, s. 10) sier at denne nye arbeidsstrukturen fører til gnisninger i arbeidslivet. En omfordeling av arbeidsoppgaver med effektivisering av drift som mål, hvor oppgaver endrer seg eller bytter «eier» av bedriftsøkonomiske hensyn mer enn av profesjonelle, kan gi et inntrykk av at «alle» kan gjøre «alt». Dermed blir profesjonskompetanse i praksis mindre viktig, noe som igjen fører til at profesjonsutøveres profesjonelle identitet utfordres og arbeidslivet vil gradvis deprofesjonaliseres. Dermed er det ikke kun driftsrammene rundt helsevesenet som økonomiseres, men også profesjonsutøverne, og profesjonsutøvelsen påvirkes i stor grad. For sykepleierne som jobber på sykehusene rundt om i landet betyr dette at de i en travel arbeidshverdag ikke bare skal ivareta de profesjonsfaglige kravene til forsvarlig pasientbehandling og samtidig yte sykepleie på en omsorgsfull måte. De skal også tilpasse seg nye arbeidsoppgaver og nye roller i det praksisfellesskapet som sykehuset utgjør.

Candlin (2011, s. 562) har gjennom sin diskursforskning identifisert en rekke roller som sykepleiere veksler mellom i sin arbeidshverdag. Denne rolleveklingen skjer i det sykepleieren går inn og ut av pasientrommene og står ovenfor ulike pasienter med ulike behov, og den skjer i interaksjon med kollegaer og andre samarbeidspartnere. I tillegg kreves en rollevekling underveis i utførelsen av de konkrete sykepleieoppgavene. Den i utgangspunktet enkle oppgaven blodtrykksmåling vil kunne bety at sykepleieren må veksle mellom å forklare pasienten hva blodtrykksmåling er og hva resultatet kan bety, berolige dersom vedkommende pasient blir bekymret for resultatet av målingen og kanskje gi råd og veiledning om hva pasienten kan gjøre selv for å forhindre at blodtrykket blir for høyt.

Dermed blir en enkel rutineoppgave som blodtrykksmåling til noe mer komplekst og utfordrende enn først antatt, og særlig når den må utføres raskt og under et stort press om effektivitet. Dette illustrerer at en rutinemessig kommunikativ praksis består av kommunikative prosjekter på ulike nivå og av ulik størrelse, noe som beskrives nærmere i teorikapittelet. I dette masterprosjektet er det nettopp det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling som er fokus, og jeg vil i det følgende presentere formålet med studien.

## 1.2 Formål og forskningsspørsmål

Diskursforskning på kommunikative praksiser i helsevesenet har i stor grad tatt utgangspunkt i lege-pasient-konsultasjoner (Sarangi & Roberts, 1999; Hak, 1999). Hak (1999) viser at de kommunikative praksisene på en sykehusavdeling er mer varierte enn kun de åpenbare samtalene mellom lege og pasient, og at de omfatter mye mer enn det verbale snakket som er synlig for andre. Hak (1999, s. 447) påpeker derfor at det trengs mer forskning for å belyse den kommunikative kompleksiteten og aktiviteten som foregår i sykehusene. Også Sarangi og Roberts (1999, s. 36) argumenterer for at det trengs mer samtaleforskning som utfordrer legekonsultasjonens hegemoniske posisjon og hvor andre kommunikative praksiser blir utforsket. Ifølge Atkinson (1999, s. 77) trengs det særlig diskursforskning som kan bidra til å synliggjøre ulike kommunikative praksiser i sykehus som organisasjon.

Blodtrykksmåling er et eksempel på en praktisk handling som inngår i sykepleieres daglige arbeidsoppgaver i et sykehus, og som krever interaksjon med pasienter. Det overordnede formålet med dette masterprosjektet er å få innsikt i hvilken rolle den språklige interaksjonen spiller i utførelsen av den praktiske sykepleieoppgaven blodtrykksmåling. Jeg tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke funksjoner kan snakk ha når sykepleier skal måle blodtrykket til en pasient på sykehus?
- Hvilke kommunikative ressurser tas i bruk for å realisere disse funksjonene?

Jeg skal videre presentere noen diskursstudier som inneholder relevante aspekter for forskningsspørsmålene til denne studien.

## 1.3 Tidligere forskning

Selv om det fortsatt trengs mer og bredere forskning på kommunikative praksiser i helsevesenet, er det i de senere årene en økende forekomst av diskursforskning på sykepleier-pasient-interaksjon hvor det empiriske grunnlaget er lyd-/bildeopptak. Oppsummert viser denne forskningsoversikten at det trengs mer forskning på språkbruk, kommunikasjon og profesjonsutøvelse i sykehusene som arbeidsplass generelt, og

spesielt på sykepleieres kommunikative praksiser hvor medisinsk-teknisk utstyr er involvert. Før jeg kommer inn på studier av sykepleier-pasient-interaksjon vil jeg nevne to studier som omhandler lege-pasient-interaksjon. Den første tar jeg med fordi den har særlig fokus på hvordan artefakter kan påvirke interaksjon. Den andre er med fordi den belyser diskursiv håndtering av resultater av blodtrykksmåling.

Swinglehurst et al. (2011) har gjennomført en diskursstudie basert på etnografiske observasjoner etterfulgt av videoopptak av lege-pasient-interaksjon på fastlegekontor i England. Studien viser hvordan bruken av datamaskin (elektronisk pasientjournal) påvirker interaksjonen mellom lege og pasient underveis i konsultasjonen. Datamaskinen som objekt fører til et oppmerksomhetsdilemma for legen som må veksle mellom her og nå-situasjonen, altså det interpersonlige aspektet ved interaksjon, samtidig som legen må forholde seg til de institusjonelle kravene bruken av elektronisk pasientjournal fører med seg. Forfatterne viser hvordan datamaskinen blir å regne som en tredje deltaker i interaksjon.

Svensson et al. (2008) har analysert lydopptak av pasienter og leger i Sverige i samtaler om resultatet av blodtrykksmåling. Pasientene hadde påvist hypertensjon (høyt blodtrykk) fra tidligere og var under medikamentell behandling mot dette. De møtte legene i polikliniske oppfølgingskonsultasjoner for vurdering av om behandlingen virket som tiltenkt. Forfatterne viser hvordan både leger og pasienter orienterte seg mot en normalisering av den målte blodtrykksverdien, og at de brukte kontekstualisering, kvalitativ vurdering og sammenligning av tallene som diskursive ressurser i forhandlingen om forståelsen av måleresultatet.

Grainger (2004) har tatt utgangspunkt i situasjoner hvor sykepleiere på sykehus i England skal bistå pasienter i ivaretagelse av personlig hygiene. Basert på lydopptak av disse interaksjonene har forfatteren undersøkt hvilken funksjon humor har i utførelsen av praktiske sykepleieoppgaver. Forfatteren viser hvordan det hun omtaler som sårbare situasjoner, for eksempel ivaretagelse av personlig hygiene, håndteres kommunikativt for å møte både kravene til sykepleiernes yrkesutførelse og deres samtidige ivaretagelse av de relasjonelle aspektene i interaksjonen.

Linell og Bredmar (2007) har gjort en studie av interaksjon mellom jordmødre og gravide kvinner under rutinemessig svangerskapskontroll i Sverige, basert på lydopptak kombinert med etnografisk feltarbeid. De viser hvordan den kommunikative håndteringen av risikosnakk og følsomme tema krever utstrakt bruk av ulike former for ansiktsarbeid, som for eksempel tidsforskyving (utsettelse av å ta opp tema gjennom bruk av pauser eller gjennomføringen av fysiske handlinger), indirekte og/eller

overfladisk behandling av tema, bruk av formildende/dempende vokabular, rammevekslinger og (re)kontekstualisering.

Marsden og Holmes (2014) har gjort lydopptak av pleiere i New Zealand som hjelper pasienter med å utføre hverdagslige oppgaver som morgenstell, dusj og påkledning, samt gjennomføring av måltider. Forfatterne viser at det selv i de mest oppgaveorienterte samtalen er en høy forekomst av snakk som er ivaretagende for relasjonen mellom pleier og pasient, og at denne andreorienteringen forekommer aktivt hos begge parter. Forfatterne viser gjennom sin analyse hvordan bruken av direktiver, uttrykk for hengivenhet (endearments), hverdagsnakk (small talk) og humor fungerer som kommunikative ressurser i interaksjon og at pleierne nyttiggjør seg disse for å få gjort jobben sin.

Adelswärd og Sacks (1996, 1998) beskriver gjennom sin diskursforskning med utgangspunkt i lydopptak, hvordan en sykepleier i Sverige formidler blodprøveresultater til friske menn som er med i en frivillig helseundersøkelse for å avdekke eventuell risiko for hjerte- og karsykdommer. Både sykepleieren og deltakerne orienterer seg mot normalverdiene for de respektive blodprøvene for å kontekstualisere og gi mening til de konkrete tallverdiene. Sykepleierens kvalitative vurdering bidrar i tillegg til å rekontekstualisere tallene inn i en, for deltakerne, mer meningsfull kontekst. Sykepleieren bruker i tillegg de objektive tallverdiene for å dempe ansiktstruende kommunikasjon om helserisiko. Forfatterne belyser altså temaet risiko-diskurs, og viser hvordan sykepleieren bruker tall som kommunikativ ressurs i slik interaksjon.

Sarangi og Gilstad (2014) har undersøkt snakket som ledsaget bruken av ultralydproben<sup>1</sup> i jordmor-gravid interaksjon i polikliniske konsultasjoner på sykehus i Sør-Afrika. Forfatterne fant at jordmødrenes kommunikative ekspertise utgjorde en viktig del av deres samlede profesjonelle ekspertise. Diskurstyper som forklarende offlinekommentarer med pedagogisk funksjon, presentasjon av løpende observasjoner i form av onlinekommentarer, samt metakommentarer om hva som skulle til å skje, var viktige kommunikative ressurser jordmødrene benyttet seg av samtidig med at de håndterte ultralydproben. Kombinasjonen av ulike diskurstyper og håndtering av det medisinsk-tekniske utstyret oppfylte samlet sett institusjonelle og profesjonsfaglige krav til profesjonsutøvelsen hos jordmødrene, samtidig som den ivaretok relasjonelle og etiske aspekter i interaksjon med de gravide.

Kurhila og Lehtimaja (2019) har foretatt samtaleanalyse med utgangspunkt i videoopptak av sykepleier-pasient og sykepleier-pasient-lege interaksjon på et sykehus i

---

<sup>1</sup> Ultralydproben er det stav-lignende instrumentet jordmora fører over den gravide magen under en ultralydundersøkelse. Proben er koblet til ultralydmaskinen, som omdanner ultralydsignaler til bilder av fosteret.

Finland. Forfatterne har analysert hvordan sykepleierne gikk fram da de skulle kommunisere resultatet av blodtrykksmålinger og blodprøveundersøkelser til pasienter og til leger. De fant at sykepleierne tilpasset sitt snakk etter hvem de skulle formidle resultatene til og at de institusjonelle rollene påvirket hvilke kommunikative ressurser som ble benyttet i de ulike interaksjonene. Ovenfor pasientene benyttet sykepleierne oftest sin sykepleiefaglige vurdering for å presentere måleresultatet, mens ovenfor legene ble resultatet heller formidlet i rene tall, uten vurdering. Dersom resultatet skulle formidles til pasienten i forbindelse med selve målingen, presenterte sykepleierne typisk den numeriske verdien først, etterfulgt av deres faglige vurdering. Tallverdiene ble presentert for at pasienten skulle få konkret innsikt i sin egen helsetilstand og sykepleiernes vurdering fungerte som bistand for pasientene i forståelsen av tallene dersom pasientene ikke var kjent med normalverdiene. Forfatterne viser hvordan de kommunikative ressursene kvalitativ vurdering og numerisk gjengivelse ble benyttet av sykepleierne for å konstruere profesjonell identitet i interaksjon, samt for å håndtere rollevekslingen mellom å ivareta pasienten og å fremstå medisinskfaglig kompetent.

## 1.4 Oppgavens struktur

Etter dette innledende kapittelet følger en teoridel som presenterer det teoretiske perspektivet som ligger til grunn for masterprosjektet. I metoddelen beskriver jeg fremgangsmåten i forskningen og de etiske refleksjonene som har fulgt prosjektet hele veien. Analysekapittelet inneholder empirien jeg har fremskaffet og de fem analysene jeg har gjort på bakgrunn av denne. Til slutt diskuterer jeg hovedfunn fra analysene og svarene disse gir på forskningsspørsmålene, samt at jeg ser framover mot hva som kan være relevante perspektiver for videre forskning.

## 2 Teoretisk perspektiv på språk og kommunikasjon

Som beskrevet i innledningen, er sykehus som arbeidsplass bygd opp av kommunikative praksiser. Derfor kan sykehus ifølge Sarangi og Roberts (1999, s. 1) sies å være en arena for meningsbryting og sosial kamp i det det skal stilles diagnoser og fattes beslutninger, og det skal samarbeides tverrfaglig om undersøkelser og behandling. Resultater skal kommuniseres til pasienter, pårørende og kollegaer i og utenfor sykehuset, avgjørelser skal tas i samarbeid og alt det praktiske medisinskfaglige arbeidet utføres i interaksjon. Sykehuset som arbeidsplass er også en arena, eller institusjon, som kjennetegnes av spesifikke måter å snakke sammen på gjennom utstrakt bruk av fagspråk og fagterminologi. Samtidig utvikler hver enkelt avdeling sitt eget mer interne «språk» og måter å løse arbeidsoppgavene på, som arbeidstakere sosialiseres inn i gjennom utøvelsen av de kommunikative praksisene. Kommunikative praksiser er altså, ifølge Thunqvist et al. (2012, s. 17–18), en integrert del av yrkeshverdagen til de som jobber i sykehus og kommunikasjon blir et grunnleggende og avgjørende vilkår for selve profesjonsutførelsen.

Et slikt syn på kommunikasjon som praksis utgjør et alternativ til normative modeller om hvordan kommunikasjon bør se ut, og bygger på en dialogistisk grunnforståelse av språk og kommunikasjon. Linell (2001, s. 17) skiller mellom to hovedparadigmer i forståelsen av språk og kommunikasjon, nemlig det dialogistiske og det monologistiske. Det monologistiske grunnsynet står i kontrast til det dialogistiske i det at det er formalistisk heller enn funksjonalistisk. Det vil si at man innenfor monologismen forstår språk som system og struktur (s. 3), hvor kommunikasjon består av resultatet av individuelle kognitive prosesser (kognisjon) som sendes og mottas mellom individer (s. 18). Altså at man innehar et sett av språklige ressurser i form av tillærte grammatiske enheter som settes sammen til abstrakte setninger i et system som skal gi uttrykk for avsenderens mening (s. 3–4) og forstås av mottakeren (s. 23). Det monologistiske paradigmet er det ledende innenfor moderne språkvitenskap, kognitiv psykologi og datavitenskap, og har også en lang historisk tradisjon innenfor for eksempel filosofi (s. 17).

Et dialogistisk grunnsyn på språk og kommunikasjon innebærer derimot å forstå kommunikasjon som en dynamisk prosess hvor mening skapes i og gjennom sosial interaksjon, og hvor sosiale relasjoner opprettholdes (Linell, 2011, s. 9 og 13). Her blir det funksjonalistiske aspektet av språket fremtredende fordi det er samtidigheten av kognisjon og kommunikasjon som er vesentlig for meningsskapning. Nærmere bestemt at



meningen ikke allerede er produsert inne i hodet til avsenderen, men blir til i sammensmeltingen av den enkeltes tenking (kognisjon) og kommunikasjon med andre i en felles forhandling eller samarbeid om meningsskapning. Slik blir kognisjon og kommunikasjon to overlappende aspekter av samme sak i prosessen rundt meningsskapning, både innad i individet selv og mellom individer i samhandling (Linell, 2001, s. 17–18). Dialogismen er med andre ord en overordnet teori om meningsskapning gjennom språk, (sam)handling, kognisjon og kommunikasjon, og som ifølge Linell (2001, s. 17) anser kognisjon og kommunikasjon som samtidig tilstedeværende i både individuelle og mellommenneskelige prosesser og praksiser.

## 2.1 Institusjonelle samtaler

Den sosiale samkonstruksjonen av mening er grunnleggende i kommunikative praksiser og profesjonell praksis kan sies å være vevd inn i den institusjonelle konteksten den foregår i. Institusjonelle samtaler kjennetegnes ifølge Linell (1990, s. 19) av at de er rutiniserte og ofte følger en viss gjenkjennelig struktur. De er knyttet til bestemte handlingsmønstre eller praksiser heller enn til bestemte organisasjoner eller faste institusjoner. I tillegg foregår institusjonelle samtaler gjerne i en profesjonell setting hvor en profesjonsutøver deltar som del av sin yrkesutøvelse. Den ikke-profesjonelle deltar som lekperson, og innehar en komplementærrolle i den profesjonelle praksisen. Institusjonelle samtaler er typisk både tids- og agendastyrt, noe som betyr at de institusjonelle rammene blir avgjørende både for innholdet i og målet med kommunikasjonen, og for hvor mye tid deltakerne har til rådighet for å nå dette målet (s. 21). Institusjonelle samtaler i arbeidslivet kjennetegnes også av at den profesjonelle innehar en spesifikk institusjonell kunnskap som innebærer fagkunnskap, og også kunnskap om de profesjonelle praksisene og rutinene (Sarangi & Roberts, 1999, s. 3) som kjennetegner den praktiske utførelsen av arbeidsoppgavene.

Samtidig er institusjonelle samtaler møter mellom mennesker, altså grunnleggende sosial interaksjon, noe som betyr at den dialogistiske forståelsen av språk og kommunikasjon også ligger til grunn for forståelsen av institusjonelle samtaler (Sarangi & Roberts, 1999, s. 2). Drew og Heritage (1992, s. 3–4) definerer interaksjon som institusjonell dersom deltakernes institusjonelle eller profesjonelle identitet blir gjort relevant i den aktiviteten de er engasjert i. Dermed blir et institusjonelt møte en sosialt kompleks (sam)produksjon av mening som forhandles mellom deltakerne, og som farges av den institusjonelle konteksten deltakerne befinner seg i.

Institusjonelle samtaler innebærer ofte at «noen» trenger at «noe» skal gjøres, som når en sykepleier skal måle blodtrykket til en pasient. Snakket som omkranser blodtrykkmålingen kan sies å være institusjonelt siden selve gjennomføringen av

målingen gjøres tilnærmet likt uavhengig av hvor den foregår (på sykehus, legekantor eller hjemme hos pasienten foretatt av en hjemmesykepleier) og den ledsages av karakteristisk snakk som for eksempel oppfordring om at pasienten skal kle av seg på overarmen. Blodtrykksmålingen legger også føringer for hvem som kan si og gjøre hva når, fordi pasienten må forholde seg i ro og være stille mens målingen pågår. Blodtrykksmåling blir dermed et konkret eksempel på en institusjonell samtale som inngår i en kommunikatív praksis som finner sted blant annet på sykehus som en del av sykepleiernes profesjonelle yrkeshverdag.

## 2.2 Språk, kropp og artefakt i interaksjon: kommunikative ressurser

Som vist over, blir mening i interaksjon skapt og samprodusert av deltakerne. Goodwin (2018, 1 og 3) sier at vi har et mangfold av kommunikative ressurser, eller «meaning-making resources», tilgjengelig i interaksjon nettopp for å kunne (sam)konstruere slik mening. Enkeltvis lager ikke ressursene mening, det er først når de samles i en lokal kontekst at de utfyller hverandre og danner et hele som både er større og annerledes enn de enkelte bidragene i seg selv (Goodwin, 2000a, s. 34). De kommunikative ressursene i bruk interagerer med hverandre for å skape relevant handling i den lokale konteksten, noe som gir deltakerne en stor fordel ved at de slik får utvidet sitt mulighetsrom: «[...] to build action by combining resources with diverse properties [...] greatly expands the repertoire of possible action available to the participants» (Streeck et al., 2011, s. 2). Altså vil de ulike kommunikative ressursene i fellesskap utfylle og utvide hverandres (og dermed deltakernes) muligheter til å utføre handlinger og lager slik større kommunikative rom og muligheter enn de gjør enkeltvis.

Goodwin (2000b, s. 1492) plasserer verbalt snakk i en større sekvensiell sammenheng som inkluderer aktiviteten den inngår i, sosiale strukturer og deltakernes innramminger i form av felles, kroppslig orientering. Det er kroppen, gjennom å kunne utfolde seg dynamisk og interaktivt med mennesker og artefakter, som blir det synlige og organiserte mediet for produksjon og utføring av mening og handling i interaksjon (Goodwin, 2000b, s. 1490). Streeck et al. (2011, s. 1–2) sier at interaksjon er organisert gjennom «[...] structured exchange of different kinds of signs. These include not only language but also a variety of diverse signs constituted through the visible organization of the participants' bodies.» Disse kommunikative tegnene spilles ut i et organisert system for å, i fellesskap, skape mening (s. 1). Det er med andre ord den fysiske kroppen som muliggjør utnyttelsen av de ulike kommunikative ressursene man har tilgjengelig. Det er med og gjennom kroppen vi kommuniserer og skaper mening, og vi gjør det i samspill med andre.

Goodwin (2000b, s. 1491) understreker at for å oppnå mening i interaksjon er det ikke nok at en person produserer en kommunikatív handling, de andre deltakerne må samtidig kunne gjenkjenne «the shape and character» av hva det er som foregår. Det kreves en felles forståelse av, og orientering mot, det som kommuniseres for at deltakerne i interaksjon skal kunne respondere adekvat på handlingen og samarbeide om videre meningsskaping. Goodwin (2000b, s. 1491–1492) sier at produksjonen av en kommunikatív handling er refleksivt knyttet til, og avhengig av, adressatens fortolkning av den og at et vellykket kommunikatív samarbeid krever en felles intersubjektiv forståelse. En slik forståelse kommer til uttrykk i det Goffman (1964, s. 135) kaller for «ecological huddle» hvor deltakere i interaksjon orienterer seg kroppslig mot det som er fokuset i interaksjonen. Streeck et al. (2011, s. 2) sier at en slik synlig, felles kroppslig orientering i interaksjon er konstruert gjennom «embodied signs», som beskrevet over altså er de kommunikative ressursene som får utløp gjennom kroppen selv eller objekter som kroppen tar i bruk.

En slik intersubjektiv forståelse er likevel ikke automatisk til stede i interaksjon. Linell (2001, s. 198) siterer Rommetveit (1988) i det han sier at deltakere i interaksjon stadig forsøker å oppnå en midlertidig tilstand av intersubjektivitet i en «contextually understood and only partially shared world». Siden mennesker er ulike med individuelle ståsted for perspektiver og kunnskap som bidrar til ulike fortolkningsgrunnlag, kreves det altså et kommunikatív samarbeid også mot oppnåelsen av en slik intersubjektiv forståelse.

Thunqvist et al. (2012, s. 18) billedliggjør dette intersubjektive premisset ved språk og kommunikasjon gjennom å bruke begrepet *samspråking*, og støtter seg til Linells (2011) begrep *språking*. Linell (2011, s. 11) peker på at det trengs et dynamisk begrepsapparat for å beskrive språk og kommunikasjon, og sier at språking er mer dialogistisk stemt enn for eksempel *språkbruk* (Linell, 2009, s. 274). Ved å gjøre substantivet språk om til verbet «å språke» løftes altså det aktive og meningsskapende aspektet ved kommunikasjon frem, og understreker samtidig motsetningsforholdet til monologismen. Man kan dermed si at interaksjon og mening formes gjennom, og er avhengig av, kommunikative ressurser som deltakerne gjør seg nytte av i aktiv samspråking. Linell (2020, s. 419) viser til Goodwin (2018) når han understreker at kroppsbårne og kroppsavhengige kommunikative prosesser er sammenflettet med de kognitive og verbale og at det er helheten av disse prosessene som til sammen utgjør multimedial kommunikasjon og menneskelig samhandling.

Kommunikative prosesser forståes altså som den aktive bruken av kommunikative ressurser i interaksjon. Ifølge Linells (2020) perspektiv på språk og kommunikasjon inkluderes en rekke multimodale elementer i dette ressursbegrepet. Eksempler er

blikkfokus, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, gester og kroppsposisjonering, kroppenes avstand og bevegelser i forhold til hverandre, samt bruken av fysiske artefakter/objekter (s. 419). Linell (2020, s. 418–419) påpeker at en forståelse av kommunikasjon som primært inkluderer det verbale og vokale, som valg av ord, grammatiske sammensetninger, taletempo, pauser, betoning og volum, gir et utilstrekkelig bilde på kommunikasjon slik den faktisk foregår i ansikt-til-ansikt interaksjon og at kommunikasjon kompletteres gjennom de ressursene (s. 419) deltakerne har tilgjengelige i interaksjon. Kommunikasjon i et dialogistisk perspektiv er med andre ord noe vi gjør i samarbeid med andre, og inkluderer bruk av språklige, kontekstuelle, kroppslige og materielle meningsskapende ressurser, sammenflettet i en multimodal (sam)språking.

En gruppe kommunikative ressurser er som nevnt artefakter, eller objekter. I profesjonell praksis utgjør slike artefakter ofte de fysiske gjenstandene som brukes for å få jobben gjort. De finnes i hele spekteret fra enkle hverdagslige ting som kniv og gaffel som sykepleiere bruker for å mate pasienter som ikke kan spise selv, via mer komplekse gjenstander som biler og mobiltelefoner til høyteknologiske roboter og avansert medisinsk-teknisk utstyr. Kroppen i seg selv kan også sees på, og behandles, som et objekt (Nevile et al., 2014, s. 5). Her er det likevel kroppens iboende og mangfoldige potensial som kommunikativ ressurs som er relevant og derfor skiller den fra de rent materielle objektene.

I et dialogistisk perspektiv får objekter, ifølge Linell (2020, s. 419), sin mening først når mennesker benytter de til å skape mening og struktur i interaksjon. Day og Wagner (2014, s. 102 og 106) sier at objekters formbarhet og tilgjengelighet gjør at de tilfører en stor grad av meningsskapende rikhet til interaksjon. Objekter kan ses på som transaksjonell støtte til den fundamentale infrastrukturen i interaksjon, for eksempel i turtaking (s. 123), eller de kan være potensielle interaksjonelle ressurser for «sense-making» (s. 106), altså kommunikative ressurser i meningsskaping. Goodwin (2000b, s. 1490) hevder nettopp dette, at objekter inngår som kontekstuelle semiotiske ressurser som deltakerne kan velge å orientere seg mot i interaksjon. Dermed blir objekter integrert i kommunikasjon.

Linell (2009, s. 345) støtter dette synet på artefakter som grunnleggende for, og integrert i, kommunikasjon i det han sier at artefakter er «assigned affordances for meaning-making, and become parts of an extended mind». Artefakter i bruk kan altså stå i forgrunnen og utgjøre en så meningsbærende del av kommunikasjonen at den kan sees på som en «third party» (Linell, 2009, s. 348), eller tredje deltaker i interaksjon. Det kan også være andre aspekter som er mer fremtredende, for eksempel verbal-

snakket eller deltakernes kroppsbevegelser. Det som blir avgjørende er hvilke ressurser deltakerne aktiviserer som relevant i interaksjon.

Blodtrykksmåling som kommunikativ praksis muliggjøres gjennom det muntlige snakket mellom sykepleieren og pasienten under selve blodtrykksmålingen. Sykepleier og pasient må samarbeide gjennom fysisk posisjonering av kroppene i forhold til hverandre og pasienten bør sitte eller ligge mens sykepleieren typisk står ved siden av. De må også samarbeide om bruken av artefakter, blant annet det medisinsk-tekniske utstyret som skal festes til pasientens kropp. Et slikt fysisk samarbeid krever en felles, intersubjektiv forståelse (Goodwin, 2000b, s. 1491–1492) for hva som skal skje. Dermed blir også denne type forståelse en kommunikativ ressurs i interaksjon, og samtidig nødvendig for å kunne nå målet med interaksjonen.

## 2.3 Kommunikative prosjekter

Kommunikasjon er som beskrevet tidligere et grunnleggende vilkår for profesjonsutførelse, og profesjonsutøvere er aktører i mange ulike kommunikative praksiser. Disse praksisene er ofte rutiniserte og målrettede, og deltakerne innehar ulike oppgaver, ansvar og benevnelser ut ifra sine institusjonelle roller eller stilling innad i organisasjonen. Slike målrettede kommunikasjonssituasjoner kalles for kommunikative virksomhetstyper (Linell, 2011), som igjen er satt sammen av utallige større og mindre kommunikative mål. Disse målene samarbeides det om, og nås, fortløpende gjennom interaksjon med både profesjonelle kollegaer og lekfolk. Slike mål befinner seg på ulike nivå, og veien mot å nå dem omtales av Linell (2001, s. 211) også som kommunikative prosjekt.

Ifølge Linell (2001) springer begrepet kommunikativt prosjekt ut fra det dialogistiske synet på språk og kommunikasjon, og slike prosjekt tar i praksis sikte på å løse kommunikative problem gjennom interaksjon. Ordet problem er i denne sammenhengen ikke automatisk forstått som noe problematisk, men heller som en «task to do» (s. 218). Et kommunikativt problem betyr med andre ord en orientering mot å opprette felles forståelse deltakerne imellom for å kunne gå videre i interaksjonen, eller for å få utført handlinger gjennom bruk av språk. Ordet prosjekt er dialogistisk i seg selv fordi det henspiller til noe som er åpent med flere mulige løsninger og som utvikler seg underveis (s. 218–219).

Linell (2001, s. 220) sier at det kanskje viktigste aspektet ved kommunikative prosjekt nettopp er målet, eller meningen, med dem. Målene er ikke forhånds-gitt i fastsatte rammer, men er noe deltakerne orienterer seg mot og aktualiserer i interaksjon. Ofte er målene komplementære heller enn symmetriske, deltakerne kan orientere seg mot motstridende mål underveis i et felles prosjekt og ett kommunikativt prosjekt kan være

sammensatt av flere underforliggende prosjekter. Noen ganger er prosjektene kollektive og målene er felles for deltakerne i interaksjon, mens andre ganger er det individuelle eller institusjonelle faktorer som blir styrende for interaksjonens forløp.

Linell (2001, s. 213) bruker distinksjonen *lokal* og *global* for å skille små kommunikative prosjekter fra de større og mer overordnede. De lokale prosjektene er altså i en mindre skala og foregår ofte over en relativt kort sekvens hvor deltakerne typisk innehar komplimentære roller. Dermed vil deltakernes bidrag i interaksjonen typisk også være asymmetrisk, selv om deres forståelse av prosjektet og målet med det gjerne er felles (s. 221). Et lokalt kommunikativt prosjekt har ofte et klart mål, men i kraft av at det er et prosjekt vil veien til målet nødvendigvis måtte forhandles om i interaksjon og derfor variere (s. 216). Et lokalt kommunikativt prosjekt kan være intensjonelt, altså springe ut ifra behovet om å få gjort noe gjennom bruk av språk, eller det kan oppstå mer spontant underveis i en allerede pågående interaksjon for eksempel dersom det oppstår en misforståelse (s. 216). Da vil det være et lokalt prosjekt å oppklare misforståelsen før deltakerne kan gå videre med det opprinnelige prosjektet. Linell (2001, s. 226) sier at kommunikative prosjekter «can be nested within larger projects» og at globale prosjekter kan inneholde flere helt små opp til middels store prosjekter som kan overlappe hverandre (s. 227). Dermed er kommunikative prosjekt på ulike nivå uløselig vevd inn i hverandre og ofte kun teoretisk mulig å skille, for i praksis vil et samarbeid om å oppnå ett mål samtidig innebære et samarbeid om oppnåelsen av flere andre.

Sykepleieres arbeidshverdag på sykehus er satt sammen av mange ulike kommunikative prosjekt, med ulik størrelse og på ulikt nivå. De fleste er knyttet til ivaretagelsen av pasientene, og de mer lokale prosjektene vil omkranses pasientnære oppgaver som sårstell, medisinaladministrering og ulike observasjoner og undersøkelser som blodtrykksmåling. Samtidig ligger det mange andre arbeidsoppgaver under sykepleieprofesjonen, men som er mer på et administrativt, globalt nivå og som knyttes til planlegging og gjennomføring av pasientforløpet, altså selve oppholdet på sykehuset. Det kan være legevisitter, dokumentasjon av den praktiske sykepleien som er utført, eller ulike forhold ved utskrivelsen som kartlegging av hjemmeforhold og organisering av hjemtransport. Felles for de kommunikative prosjektene uavhengig nivå og størrelse er at de er uløselig knyttet til profesjonsutførelsen til sykepleieren og at kommunikasjon er et vilkår for at sykepleieren skal få utført arbeidsoppgavene i interaksjon med pasientene.

### 2.3.1 Kontekstualiseringssignal

Som følge av det dialogistiske grunnsynet på språk og kommunikasjon, kommer forståelsen av at også samtalers forløp og innhold er noe dynamisk som blir til i underveis-samarbeid mellom deltakerne. En stadig veksling mellom globale og lokale

prosjekter flyter sømløst, og blir vekket til live og gjort aktuell eller ikke-aktuell gjennom de kommunikative ressursene deltakerne gjør seg nytte av. For å navigere, og muliggjøre felles forståelse tar deltakerne i bruk signaler: «speakers guide listeners to appropriate contextualization [...] by cuing their discourse» (Linell, 2001, s. 180). Disse signalene, som Gumperz (1982, s. 170) kaller for «contextualization cues», aktualiserer kontekstuelle ressurser, som i seg selv kan bidra til overgangen mellom «tema» for interaksjonen. Kontekstualiseringssignal bidrar med andre ord til overgangen mellom kommunikative prosjekt. Så er det opp til samtaledeltakerne å respondere på signalene, enten å ta det til etterretning og følge med i den nye retningen, eller å avslå og inngå en forhandling om videre behandling av samme tema. Slik blir kontekstualiseringssignaler en måte å signalisere relasjonell informasjon på, og disse signalene kan tolkes på mange måter (Gumperz, 1982, s. 208). Signalene kan kun forstås ut ifra samtalens helhet (s. 170), altså på grunnlag av alt som foregår i den kommunikative konteksten interaksjonen er en del av.

Både verbalsnakk, fysiske handlinger og bruken av objekter kan fungere som kontekstualiseringssignal. For eksempel kan blodtryksapparatet sykepleieren tar med inn på pasientrommet signalisere til pasienten at hun er ute etter å måle blodtrykket hans. Dersom pasienten oppfatter dette signalet, kan han forstå at sykepleieren ønsker å måle blodtrykket hans før hun har rukket å si noe verbalt om det. En slik oppfattelse av kontekstualiseringssignal og hva det innebærer vil komme til uttrykk gjennom at pasienten for eksempel gjør kroppen sin tilgjengelig for blodtryksmåling ved å plassere seg på en hensiktsmessig måte (sette eller legge seg ned dersom han står), eller gjennom å tilby å brette opp ermet på pasientskjorta slik at sykepleieren kan få plassert blodtryksmansjetten. På denne måten kan et kroppslig og/eller verbalt samarbeid om det kommunikative prosjektet bli utløst gjennom kontekstualiseringssignal.

Et annet eksempel kan være når blodtryksmålingen er gjennomført og sykepleieren ikke har noe mer på agendaen inne hos pasienten. Hun kan da forflytte kroppen sin og blodtryksapparatet i retning mot døra og si noe i retning «ellers da, er det noe du lurte på?». Både den fysiske handlingen og spørsmålet kan fungere som kontekstualiseringssignal som indikerer at hun er ferdig med blodtryksmålingen og kommer til å forlate rommet hans, men samtidig også tilsi at hun er tilgjengelig og åpen for å gå inn i et nytt kommunikativt prosjekt sammen med pasienten dersom det er noe han ønsker å ta opp med henne.

## 2.4 Ansiktsarbeid

Tanken bak begrepet kommunikative prosjekt er at disse er produkt av intersubjektive og kollektive prosesser, som må gjennomføres i samarbeid. Dette samarbeidet reguleres i stor grad gjennom kontekstualiseringssignal og kan være interaksjonelt utfordrende.

Siden samtaler ikke følger et allerede tilstedeværende manus, men forløper spontant og dynamisk, kreves det en åpenhet for forhandling både om målet med det kommunikative prosjektet og om samarbeidet fram mot å nå det for å ivareta relasjonen til den man er i interaksjon med. Linell (2001, s. 257) sier at kommunikative aktiviteter helt grunnleggende karakteriseres av en spenning mellom å på den ene siden få til et samarbeid om det kommunikative prosjektet, og på den andre siden å farge prosjektet med sine egne perspektiver og synspunkter. Det er nettopp i dette spennet den interaksjonelle utfordringen ligger, for det er i dette spennet ens egen vilje, meninger og identitet kan bli utfordret av den andre og motsatt. Det er også i dette spennet samarbeidet om kommunikative prosjekter foregår.

Ifølge Goffman (referert i Svennevig, 2020, s. 156) skapes og opprettholdes vårt sosiale selv, altså vår identitet eller vårt bilde/oppfatning av oss selv, i interaksjon med andre. Goffman (1967) bruker metaforen *ansikt* om dette selvet, og sier at det å oppnå anerkjennelse er et grunnleggende behov i sosial interaksjon. Dette igjen innebærer at vi søker å opprettholde ansiktet vårt i sosiale relasjoner, noe som gjøres gjennom en aktiv kommunikativ prosess.

Ansikt som metafor rommer to aspekter, og blir benevnt som positivt og negativt ansikt. Det første dreier seg om vårt mentale/indre selvbilde. Det andre omhandler vårt behov for å være uhindret (Goffman, referert i Linell & Bredmar, 2007, s. 418). Det siste innebærer vårt «territorium» og muligheten til å bestemme over oss selv, nærmere bestemt den fysiske kroppen, våre eiendeler og hva vi skal bruke tiden vår på. Ut ifra disse ulike aspektene ser vi at det er mange potensielle måter å true ansikt på. Goffman (1967, s. 14) sier at det å være frekk og uhøflig er en åpenbar og direkte ansiktstrussel, mens man også kan true et ansikt indirekte eller som følge av noe man gjør uten at det er ment ansiktstruende. For å redusere den relasjonelle spenningen som naturlig ligger i enhver interaksjon, finnes det ifølge Linell (2001, s. 242) en egen sjanger av snakk som han kaller ansiktsbevaring. For at en kommunikativ situasjon skal flyte på en god måte, uten å bli hindret av at deltakerne blir støtt eller provosert av ansiktstrusler, trengs det et mangfold av ansiktsbevarende kommunikative ressurser som deltakere i interaksjon kan nyttiggjøre seg av etter behov.

Goffman (1967, s. 15) kaller bruken av slike ansiktsbevarende ressurser i kommunikativ samhandling for ansiktsarbeid. Han sammenligner ansiktsarbeid med «traffic rules of social interaction» og beskriver det som de handlingene som foretas i interaksjon for å opprettholde den andres eller sitt eget ansikt, eller for å motvirke ansiktstruende atferd (s. 12). Goffman benevner også ivaretagelsen av ansikt som «social skills» (s. 13), altså sosiale ferdigheter, eller takt og tone på norsk.



Sykepleiere er avhengige av gode relasjoner til sine pasienter for å få gjort jobben sin. Når en sykepleier ønsker å måle blodtrykket til en pasient, vil hun nødvendigvis måtte true hans fysiske territorium ved å gå nært inn på kroppen hans. Hun ber han også om å holde kroppen rolig og å være stille under målingen, og legger slik føringer for hva pasienten får «lov» til å gjøre, samt at hun beslaglegger en del av hans tid. Alt dette kan virke ansiktstruende i pasient-sykepleier-interaksjonen og utgjør en potensiell risiko for deres sosiale relasjon, noe som igjen krever at sykepleieren tar i bruk ansiktsbevarende ressurser underveis i interaksjonen. Eksempler på ansiktsarbeid er ifølge Svennevig (2020, s. 164) å bruke dempere; «*kanskje du bare kan sette deg på stolen der*» eller antydninger og hint (indirekte direktiv); «*jeg tenkte (bare) at jeg skulle måle et blodtrykk*».

Svennevig (2020, s. 159) sier at jo mer ansiktstruende en situasjon kan sies å være, og jo mer distansert og asymmetrisk relasjonen mellom deltakerne er, jo flere ansiktsbevarende strategier trengs for å kunne gjennomføre oppgaven og samtidig ivareta en funksjonell relasjon. En relasjon mellom en profesjonell og en ikke-profesjonell er i seg selv asymmetrisk av natur (Linell, 1990, s. 21), og dermed vil behovet for ansiktsbevarende strategier så godt som alltid være til stede i interaksjon i profesjonssammenheng.

## 2.5 Risikosnakk

En stor del av de kommunikative praksisene i helsevesenet dreier seg om utredning, altså undersøkelser og prøvetaking for å stadfeste om personen er frisk, eller om han skal kategoriseres som pasient med behov for behandling. En stadig utvikling i medisinsk-teknisk utstyr gjør at man i dag har store muligheter for å avdekke og behandle flere og mer komplekse tilstander. På sykehus er gjerne prøvesvar og resultater fra undersøkelser med på å avgjøre om og når en pasient er frisk og kan reise hjem igjen, og det er vanlig prosedyre at vitale mål som blodtrykk og puls skal være tatt og registrert som normale før en pasient kan sies å være utskrivningsklar.

Økte muligheter til å avdekke avvik ved egen kropp betyr, som Adelswärd og Sachs (1996, s. 1179) påpeker, at man som samfunn avdekker stadig flere mennesker som er i risiko for ulike sykdommer. Det kan være positivt at flere risikotilstander oppdages tidlig siden behandling på et tidlig stadium gjerne gir et fordelsmessig behandlingsresultat. Men grensene for hva som er normalt og hva som ikke er det kan ofte være uklare. Det er i tillegg etiske problemstillinger forbundet med avdekking av ulike former for helserisiko fordi det ikke alltid er svart-hvit sammenheng mellom tilstand og behandling, eller mellom risiko for at noe skal skje og det at det faktisk oppstår (s. 1180).

Sarangi og Candlin (2003, s. 119) har et diskursperspektiv på risiko. De sier at forståelsen og opplevelsen av risiko blir til i dialog og er et resultat av diskursiv forhandling. Forhandlingen foregår «in the body» mellom en ytre risiko og en indre fortolkning av den (Giddens, referert i Sarangi & Candlin, 2003, s. 118), eller den kan foregå i dialog mellom for eksempel profesjonell og lekperson i en institusjonell setting. Candlin og Candlin (referert i Sarangi & Candlin, 2003, s. 119) sier at på grunn av risiko-begrepets iboende flertydige og mangfoldige innhold vil meningen også innenfor helsevesenets institusjonelle kontekst være nettopp det, altså flertydig og mangfoldig, og begrepets flerstemmighet gjør det til et utfordrende tema i interaksjon. Denne flerstemmigheten kommer ifølge Sarangi og Candlin (2003, s. 119) av ulikheter i hvordan fagpersoner og lekfolk vurderer den potensielle risikosituasjonen, og ulikheter i hva som tillegges verdi av for eksempel eksperters meninger, resultater av tekniske målinger eller statistikk.

Adelswärd og Sachs (1996, s. 1179) påpeker at prøvetaking er et viktig redskap i risikovurderinger innen helsevesenet, og at resultatene av slike tester gjerne blir presentert matematisk som punkter på en skala eller som numeriske tallverdier. Derfor blir tall noe man må forholde seg til og forstå, og et viktig aspekt i risikosnakk. Horlick-Jones (referert i Sarangi & Candlin, 2003, s. 119) sier at risikovurderinger er produkter av «practical reasoning» basert på en samling fakta, og at denne resonneringen derfor er relativ og blir oppnådd diskursivt i interaksjon. Et risikosenario kan derfor være vanskelig å definere, men innebærer likevel ifølge Adelswärd og Sachs (1996, s. 1179) en eller annen form for fare for den risiko-utsatte.

Ifølge Linell og Bredmar (2007, s. 419) regnes snakk om mulig helserisiko som ømtålig, og kategoriseres under «sensitive tema» i språkvitenskapelig forstand. Å påpeke eller avdekke risiko som den andre kan være utsatt for kan oppleves som en direkte trussel mot dennes fysiske territorium, og/eller som et privat/personlig samtaletema. For eksempel kan et avvikende blodtryksresultat utgjøre en potensiell risiko for pasienten, både i form av at det kan representere en konkret fare for hans liv og helse, men også på et litt mer abstrakt nivå betyr fare for at han ikke kan sies å være frisk og derfor heller ikke utskrivningsklar fra sykehuset. Hos pasienten på fastlegekontoret er det kanskje overvekt som er årsaken til det høye blodtrykket, og dermed blir samtalen om et risikofyllt blodtrykk samtidig en samtale om nødvendig vektnedgang og en indirekte kritikk av pasientens livsstil.

## 2.6 Diskurstypene meta-, online- og offlinekommentarer

Det finnes utallige kategorier eller typer av snakk. Eksempler er risikosnakk som beskrevet over, eller kjente samtaletyper innenfor helsevesenet som inntakssamtaler og legekonsultasjoner. Slike kategorier snakk kan også kalles for *diskurstyper*. Sarangi

(2010a, s. 398) sier at «human actions and practices are constituted in discourse» og henviser til Sherzer (1987) når han definerer diskursbegrepet som språkbruk som er relatert til, og samtidig skilt fra, grammatikk. Språkbruken utføres muntlig og skriftlig, og kan inneha både tekstlige, sosiokulturelle eller interaksjonelle aspekt. Sarangi (2010a, s. 398) utvider denne definisjonen av diskurs til å også inkludere meningsbærende kroppslige og romlige aspekter. Vi kan med andre ord si at interaksjon utspilles gjennom diskurs og at diskursbegrepet omfavner språk i bruk i både muntlig og skriftlig form samt kroppens og objekters iboende mulighetsfelt som kommunikative, diskursive ressurser.

Bateson (referert i Sarangi & Gilstad, 2014, s. 543) hevder at vi kontinuerlig tolker verbale og nonverbale kontekstualiseringssignaler for å kunne ramme inn og forstå hva det er som foregår til enhver tid. Hammerstad et al. (2016, s. 55) trekker linjer mellom Bateson og Gumperzs (1982) begrep kontekstualiseringssignal, og til Goffmans (1974) grunnleggende spørsmål «what is it that is going on here?» som er styrende for forståelsen og fortolkningen av rammer og rammevekslinger (likt vekslinger mellom kommunikative prosjekt) i språkvitenskapelig forstand. Hammerstad et al. (2016, s. 55) sier at den typen snakk som brukes på denne måten, altså for å ramme inn og tolke aktiviteter man deltar i, kan kalles *metakommentarer*. Slike metakommentarer fungerer ifølge Sarangi og Gilstad (2014, s. 550) som kommentarer til selve aktiviteten, til det som har foregått (retrospektiv metakommentar) eller det som skal til å skje (prospektiv metakommentar).

*Onlinekommentarer* er ifølge Heritage og Stivers (1999, s. 1501) kommentarer til hva helsepersonellet ser, hører eller føler/kjenner underveis i en klinisk undersøkelse, altså kommunikasjon som forekommer «online» mens undersøkelsen pågår.

Onlinekommentarer rapporterer observasjoner ofte gjennom bruk av relevante verb som å se, høre, kjenne, eller gjennom helsepersonellens vurderinger av det han eller hun ser, hører eller kjenner (s. 1503). Onlinekommentarer omhandler typisk milde eller ingen tegn på risiko underveis i undersøkelsen, og har som funksjon å berolige pasienten. Alvorlige funn adresseres vanligvis ikke online, men tas opp senere i konsultasjonen. Dersom en moderat risiko blir indentifisert presenteres denne typisk med dempere (s. 1503), altså i kombinasjon med ord som «bare» eller «litt». Onlinekommentarene kommenterer det helsepersonellet ser og opplever underveis mens han eller hun gjør jobben sin og setter ifølge Hammerstad et al. (2016, s. 55) ord på «bevisene» som dukker opp underveis i en undersøkelse. Kurhila og Lehtimaja (2019, s. 184) henviser til Heritage og Stivers (1999) når de sier at presentasjon av måleresultater i forbindelse med måling av vitalia hører til under diskurskategorien onlinekommentar, og at disse resultatene gjerne inneholder numeriske tall.

*Offlinekommentarer* opptrer ofte i forbindelse med onlinekommentarer (Hammerstad et al., 2016, s. 55). De kan sammenlignes med det Heritage og Stivers (1999, s. 1501) kaller «online explanations» fordi offlinekommentarer ifølge Sarangi (2010b, s. 89) er kommentarer som tilbyr en form for forklaring. Offlinekommentarer har altså en pedagogisk funksjon, og er ofte adressert direkte til pasienten. Helsepersonell innehar som tidligere nevnt ulike roller i sin profesjonsutførelse. Sarangi (2010b, s. 89–90) viser hvordan den kombinerte bruken av offline- og onlinekommentarer bidrar til at legen kan veksle mellom den terapeutiske, behandlende rollen og den pedagogiske rollen helsepersonell typisk innehar ovenfor pasienter for eksempel når legen påpeker symptomer hos pasienten og samtidig forklarer hvordan disse symptomene bør håndteres.

Både online- og offlinekommentarer kan ifølge Sarangi og Gilstad (2014, s. 550) ha som funksjon å normalisere funn i en medisinsk undersøkelse. De (s. 550) påpeker også at disse to diskurstypene, sammen med metakommentarer, ofte opptrer sammenvevd og at de sammen bidrar til at helsepersonellet ivaretar de samlede institusjonelle og profesjonelle kravene til profesjonsutførelse samtidig som de ivaretar relasjonelle og etiske aspekter i interaksjon. Dermed kan disse tre diskurstypene beskrevet her også inkluderes i spekteret av kommunikative ressurser tilgjengelig for helsepersonell i interaksjon.

## 3 Metode og empirisk materiale

Prosjektets forskningsdesign hører metodologisk til under paraplybegrepet kvalitative observasjonsstudier og det er gjennomført i et interaksjonistisk perspektiv. Jeg har gjort en diskursanalyse basert på videoopptak av profesjonsutøvelse, nærmere bestemt sykepleiere som måler blodtrykket til pasienter inneliggende på en kirurgisk avdeling på et sykehus i Norge. Pasientene har alle gjennomgått en operasjon, og blodtrykksmålingene ble foretatt den morgenen pasientene planmessig<sup>2</sup> skulle skrives ut fra sykehuset.

### 3.1 Blodtrykksmåling som handling

Å måle blodtrykk er en prosedyre som sykepleiere og andre fagarbeidere innen helsevesenet lærer under utdanning. Alle blodtrykksmålingene i denne studien er foretatt av sykepleiere. Blodtrykksmåling som praktisk handling kan sies å være en av de mindre komplekse, mer rutiniserte arbeidsoppgavene til sykepleierne. På sykehus foretas blodtrykksmålinger regelmessig, men på ulikt grunnlag. Derfor kan de faglige vurderingene som ligger bak en blodtrykksmåling sies å være mer kompleks enn selve utførelsen av handlingen. En blodtrykksmåling gjennomføres uansett utløsende årsak med et blodtrykksapparat. På sykehus i dag er det vanlig å bruke automatiske apparater. De kan være festet til veggen eller stå på hjul slik at de er lette å flytte med seg. Alle blodtrykksmålingene i studien ble gjennomført med blodtrykksapparat som på bildene under. Avdelingen har flere apparater og de står plassert lett tilgjengelig i korridoren utenfor pasientrommene.

---

<sup>2</sup> Sykehusavdelinger har gjerne planmessige pasientforløp for sine pasientgrupper. Noen er nasjonalt styrt, som innen kreftbehandling. Et pasientforløp beskriver standard forventet behandlingsforløp per diagnose, inkludert antall forventede liggedøgn før utskrivelse.



**Figur 3 og 1: Blodtrykksapparat**

Blodtrykksapparatet i figur 1 har påslått display som apparatet styres fra og hvor resultatene av målingene vises. Blodtrykket presenteres med røde tall øverst, oksygenmetningen med blå tall i midten og pulsfrekvensen med grønne tall nederst. Pulsoksymeteret henger til venstre for håndtaket foran på kurven og er en liten hvit «klippe» som festes på fingeren til pasienten. Figur 2 viser kurven på baksiden av apparatet hvor blodtrykksmansjetten og temperaturmålet oppbevares. Her er det to mansjetter i ulik størrelse, hvor den blå er koblet til apparatet gjennom en ledning.

### 3.2 Innsamling av materiale

Jeg er selv sykepleier og har jobbet ved flere ulike sykehus både i Norge og i utlandet. Derfor kjenner jeg godt til generelle pasientforløp og postoperative rutiner på sykehus, inkludert rutinen med å måle pasientenes vitalia før utskrivelse. Blodtrykksmålingene som utgjør det empiriske materialet i studien er foretatt som et ledd i en utskrivingsprosess hvor pasientens blodtrykk skal dokumenteres og vurderes som normalt før vedkommende kan regnes som ferdigbehandlet og utskrivningsklar fra sykehuset. Det er en rutinisert arbeidsoppgave sykepleierne gjør hver morgen på alle pasientene for å ha resultatene klare til legevisitten, som er et tverrfaglig møte hvor

legene vurderer og planlegger pasientbehandling, samt avgjør om og når pasientene er utreiseklare.

Jeg valgte denne typen rutine-blodtrykksmåling fordi den forekommer hyppig og er tydelig avgrenset både i rom og tid, noe som gjorde det lett å planlegge min tilstedeværelse på avdelingen. Til sammen filmet jeg fem blodtrykksmålinger, utført på fem ulike pasienter av tre ulike sykepleiere. Jeg foretok videoopptakene med håndholdt kamera og var fysisk til stede i rommet under hele interaksjonen. Opptakene startet jeg i det sykepleieren åpnet døra til pasientrommet og jeg filmet helt til sykepleieren var ferdig med blodtrykksmålingen og gikk ut igjen. Varigheten på opptakene er fra litt over fire opp til 16 minutt. Under den praktiske gjennomføringen av filmingen passet jeg på å filme fra en vinkel som fanget både sykepleierens og pasients ansikt og kropp. Kameravinkel var viktig med tanke på å få dokumentert ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser, samt selve håndteringen av blodtrykksapparatet og eventuelt andre objekter. Etter hvert opptak skrev jeg ned tanker jeg gjorde meg underveis i interaksjonene dersom det var noe spesielt jeg bet meg merke i, for eksempel hvordan jeg oppfattet en veksling i tone.

### 3.3 Etiske overveielser

Etisk bevissthet er noe som ifølge Skilbrei (2019, s. 25) bør inngå i alle ledd i en forskningsprosess og de forskningsetiske hovedprinsippene (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH], 2021) ligger til grunn for hele dette prosjektet. Å forske i et interaksjonistisk perspektiv innebærer at forskningsprosessen er dynamisk og at forskeren anses som en aktiv deltaker, noe som betyr at forskningsdesignet, forskningsspørsmålet (-ene), empirien og resultatene blir til i samspillet mellom forskningsfeltet og forskeren. Dette, sammen med at jeg selv er sykepleier og forsker i egen profesjonspraksis, krever en særlig etisk bevissthet og refleksjon, eller *forskerrefleksivitet* (Starfield, 2013), for å sikre prosjektets validitet (s. 1). For meg betyr dette at jeg må være særlig oppmerksom på hvordan min egen tilstedeværelse i, og forståelse for, forskningsfeltet påvirker hele forskningsprosessen og de valgene jeg har tatt underveis.

Valget av blodtrykksmåling som forskningsfokus ble som beskrevet gjort av praktiske grunner, men også på bakgrunn av etiske refleksjoner. I tillegg til å være en handling lett tilgjengelig for forskning, foregår den inne på pasientrommene. Dermed utelukkes muligheten for å fange andre mennesker på videoopptaket enn de som har signert samtykke til deltakelse. Det er dessuten ikke vanlig at disse pasientene har besøk så tidlig på morgenen, dermed var sjansen for pårørende som tilfeldig tilstedeværende minimal. Selve blodtrykksmålingen er i tillegg en lite belastende undersøkelse i form av smerter og ubehag og den er lite blottstillende siden det kun er huden på armen som må

være naken. Samt at denne blodtrykksmålingen erfaringsmessig er særlig lite belastende for pasientene siden de på dette tidspunktet er ferdig operert og dermed ikke lengre er utsatt for den psykiske belastningen som gjerne følger med et forestående inngrep. I tillegg er disse pasientene oftest i god form og klare for hjemreise dagen etter operasjonen, og har sjelden blodtrykksmålinger utenfor normalområdet.

For sykepleierne innebærer denne postoperative blodtrykksmålingen minimalt med prestasjonspress siden det er en lite kompleks oppgave. Målingen blottstiller ikke faglige vurderinger siden den utføres rutinemessig som ledd i en utskrivingsprosedyre. For sykehusavdelingen medfører blodtrykksmålingen ingen ekstra ressursbruk siden sykepleierne bruker utstyr de allerede har på avdelingen og utfører en arbeidsoppgave de hadde kommet til å gjøre også uten min tilstedeværelse. Den praktiske gjennomføringen av prosjektet ble på denne måten planlagt i detalj for å medføre så liten grad av belastning for deltakerne som mulig.

Siden prosjektet inkluderer pasient-deltakere, kreves det en særlig skjerpet etisk bevissthet både i planlegging og gjennomføring av prosjektet. Etter kommunikasjon med Norsk senter for forskningsdata (NSD, nå Sikt), knyttet til taushetsplikt i forbindelse med pasientrekrutteringen og avklaring på at denne ikke brytes, ble prosjektet formelt godkjent 19.01.23 og jeg kunne gå i gang med rekruttering av deltakere.

### 3.3.1 Forskningsdeltakere: utvalg og rekruttering

To måneder før planlagt oppstart av filming deltok jeg på et avdelingsmøte som holdes regelmessig ved avdelingen. Der informerte jeg sykepleierne om prosjektets innhold og forskningsspørsmål, samt hva deres eventuelle deltakelse i prosjektet ville bety for dem i praksis. Sykepleierne, og avdelingsleder som også var til stede, fikk stille spørsmål fritt. Gjennom spørsmålene deres, som i hovedsak dreide seg om ivaretagelse av pasientene og om jeg skulle ha tilgang på taushetsbelagt pasientinformasjon, fikk jeg innblikk i hva sykepleierne så på som viktig og jeg kunne hensynte dette i den videre planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. Jeg understreket min forståelse for, og innsikt i, deres arbeidshverdag og at jeg skulle opptre på en måte som ikke skulle være til hinder for profesjonsutførelsen. Jeg forsikret sykepleierne også om at jeg, med min profesjonsbakgrunn, på et tidlig stadium ville kunne oppfatte det dersom noe uforutsett skulle skje (for eksempel at pasienten ble akutt dårlig) og at jeg i slike tilfeller kom til å avslutte filmingen og forlate pasientrommet.

I rekrutteringen av pasienter så vel som sykepleiere samarbeidet jeg med fagutviklingssykepleieren på avdelingen. Hun fungerte som mellomperson mellom deltakerne og meg i rekrutteringsprosessen. For sykepleier-deltakerne var det eneste kriteriet at deltakelsen skulle være frivillig og informert (NESH, 2021, s. 18). Mens for



pasientene skulle fagutviklingssykepleieren, ut ifra avdelingens operasjonsplanlegger, finne aktuelle deltakere basert på at de skulle innlegges for en enkel og planlagt operasjon, og at de skulle være over 18 år. Det skulle ikke være pasienter med alvorlige diagnoser og de skulle være samtykkekompetente.

For at ikke rekrutteringsprosessen skulle bli en belastning for sykepleierne arbeidshverdag ble pasient-rekrutteringen lagt til avdelingens operasjonsforberedende<sup>3</sup> dag. Der fikk pasientene utlevert et informasjonsskriv (vedlegg 1) jeg hadde utarbeidet. Før de dro hjem fra forberedelsesdagen samlet fagutviklingssykepleieren inn pasientenes underskrevne samtykke til deltakelse. Dette både for å sikre at pasientene faktisk leverte inn samtykket, og for at sykepleierne skulle slippe å tenke på det den dagen videoopptaket skulle foregå. Én av pasientdeltakerne ble rekruttert av fagutviklingssykepleieren på avdelingen i forkant av operasjonen, fordi hun kjente til pasientens situasjon og anså det for å være mest praktisk i dette ene tilfellet.

Etter hvert som fagutviklingssykepleieren fikk samtykke fra pasienter, visste hun ut ifra operasjonsplanleggeren hvilke datoer som var aktuelle for videoopptak. Ut ifra disse datoene tok fagutviklingssykepleieren direkte kontakt med sykepleierne som var satt opp på vakt dagen etter pasient-deltakernes operasjoner og rekrutterte slik sykepleierdeltakere. Etter å ha fått samtykke fra sykepleier, kontaktet fagutviklingssykepleieren meg og jeg fikk vite når jeg skulle møte opp for å filme. Jeg hadde med meg samtykkeskjema til sykepleierne (vedlegg 2) og de skrev under samme dag som, men i forkant av, videoopptakene.

### 3.3.2 Å forske i eget fagfelt/forskerposisjon

Det å forske i eget fagfelt har gitt meg mange fordeler, særlig i planleggingsfasen som beskrevet over. Det å få tilgang til praksisfeltet kan være utfordrende i et forskningsprosjekt. Man trenger vanligvis tillatelse av såkalte *portvoktere* for å kunne komme inn på feltet for å gjennomføre selve empiri-innsamlingen (Skilbrei, 2019, s. 138). Jeg kjenner til det hierarkiske sykehussystemet og vet hvem som kan være portvoktere i sykehuset som organisasjon. Slik kunne jeg ta direkte kontakt med de aktuelle lederne og reduserte tiden som vanligvis trengs for å få tillatelse til å komme inn på forskningsfeltet.

Min profesjonsbakgrunn som sykepleier har bidratt til min forskningsinteresse og nysgjerrighet for forskningsspørsmålene i dette prosjektet. Det at jeg forsker i min egen profesjonelle praksis gir meg en posisjon som insider (Davies & Harré, 1990, referert i

---

<sup>3</sup> Det er vanlig at pasienter som skal gjennomgå planlagte operasjoner møter til en forberedende dag i forkant av operasjonen. Pasientene får der blant annet informasjon om inngrepet og forventet forløp gjennom samtaler med kirurg, anestesilege, farmasøyt og sykepleier.

Aiello & Nero, 2019, s. 252) i forskningsfeltet. En slik insiderposisjon vil farge forskerens syn på, og forståelse av, det som foregår i forskningsfeltet (Hoel, 2000, s. 162).

Forskerrefleksivitet er ifølge Pillow (2010, referert i Starfield, 2013, s. 2) viktig for å vise at forskeren er bevisst på de utfordrende aspektene i sin forskning, aspekter som gjerne er av etisk karakter. Gjennom refleksivitet får forskeren vist hvordan han eller hun har erkjent og ivaretatt disse aspektene, noe som bidrar til forskningens validitet.

For meg som profesjonsutøver og insider kreves det altså særlig refleksivitet rundt min forhåndskunnskap om praksisen for å ikke la denne forforståelsen farge mine fortolkninger av empiri. Det betyr i praksis at jeg i analysearbeidet må være bevisst på at jeg kan tillegge empirien mening som ikke kommer til faktisk uttrykk i interaksjon, fordi min sykepleierkunnskap og årelange sykepleiererfaring bidrar til en automatisert situasjonsforståelse. I diskursanalyse er fokuset på det som faktisk foregår i interaksjon og ikke på den indre, subjektive tolkingen av hvorfor deltakerne handler som de gjør. Refleksjon rundt min egen forforståelse av den profesjonelle praksisen samt det å gjøre en deskriptiv analyse og å jobbe empirinært og tett på transkripsjonene, kan motvirke de etiske utfordringene med å forske i eget fagfelt.

### 3.4 Transkripsjon og transkripsjonsnøkkel

Å transkribere innebærer ifølge Skovholt et al. (2021) å gjengi skriftlig det som skjer i den sosiale verden (s. 105). Transkripsjon er et sentralt verktøy for gjennomføring og presentasjon av analysen (s. 134). Transkripsjoner utgjør ikke bare et arbeidsredskap for å gjøre de observerte interaksjonene analyserbare, men er også viktig for å «fryse interaksjonen» slik at man kan få øye på detaljer man ellers ikke ville oppdaget. Transkripsjon er altså nødvendig for å gjøre tilgjengelig for forskning det som faktisk foregår i autentisk kommunikasjon.

Jeg har gjort valg også i transkripsjonene på bakgrunn av etiske refleksjoner. Da det er færre mannlige enn kvinnelige sykepleiere på avdelingen, velger jeg av anonymiseringshensyn å konsekvent omtale sykepleierne som *hun*. Både for å anonymisere, men også for å løfte frem komplimentærrollen til pasienten, blir pasientene omtalt som *han*. I transkripsjonene har jeg også av anonymiseringshensyn valgt å omskrive snakket til standardisert midtnorsk.

I utformingen av transkripsjonsnøkkelen (vedlegg 3) tok jeg utgangspunkt i Jefferson-konvensjonen (Skovholt et al., 2021, s. 135–136). Jeg har valgt ut de symbolene som er relevante for mitt analytiske formål. Jeg har kombinert det konvensjonelle linjeformatet som skiller deltakernes taleturer fra hverandre med tall, og et kolonne-oppsatt inspirert av Hammerstad et al. (2016). På denne måten kommer samtidigheten av verbalt snakk og kroppslige handlinger tydelig frem. Denne samtidigheten er vesentlig for å belyse

hvilken funksjon snakk har i gjennomføring av blodtrykksmåling, og for å tydeliggjøre hvilke kommunikative ressurser som er i sving for å realisere disse funksjonene.

### 3.5 Analytisk innfallsvinkel

Jeg har i denne studien gjort en diskursanalyse, og nærmere bestemt en virksomhetsanalyse slik Linell (2011) skisserer det. Virksomhetsanalysen tar sikte på å belyse språklig praksis (s. 75). Språklig praksis realiseres gjennom kommunikative virksomheter, eller kommunikative prosjekt, som beskrevet i teorikapittelet. Som metodisk retning kombinerer virksomhetsanalysen deskriptiv og fortolkende tilnærming til empirien (s. 167). Det brukes analytiske begrep fra CA (Conversation Analysis) og interaksjonell sosiolingvistikk, og virksomhetsanalysen har et særlig fokus på situasjonskontekst (s. 81 og 167). CA som metodologisk rammeverk gir prinsipper for hvordan man kan analysere interaksjon gjennom å belyse de implisitte prosedyrene, normene, metodene og kommunikative ressursene deltakerne benytter seg av for å skape mening (Skovholt et al., 2021, s. 15). Interaksjonell sosiolingvistikk som metode gir ifølge Gordon og Kraut (2018, s. 3) innsikt i språklige, kulturelle og relasjonelle aspekter av kommunikasjon i arbeidslivet, med særlig fokus på diskursive strategier som kaster lys over språklig variasjon.

I bearbeidingen av empirien ble det tydelig at det kroppslige samarbeidet, altså kroppen og artefakter som kommunikative ressurser, ble en viktig kategori i analysen. Bruken av diskurstypene meta- online- og offlinekommentarer viste seg også å være sentrale i samtalene mellom sykepleier og pasient, samt samtaledeltakernes orientering rundt risiko.

Ut ifra min interesse for samspillet mellom språk, kropp og artefakt har jeg valgt å analysere transkripsjonsutdrag som viser den praktiske profesjonsoppgaven og kommunikative prosjektet blodtrykksmåling som helhet. Derfor har jeg organisert det kommende analysekapittelet basert på blodtrykksmålingene, og ikke ut ifra de analytiske kategoriene. Slik får jeg belyst det multimodale samspillet i interaksjon. Analysene presenteres i den rekkefølgen videoopptakene ble gjort, og er navngitt etter det mest fremtredende kommunikative aspektet i sykepleier-pasient-interaksjonene.

## 4 Analyse

For å svare på forskningsspørsmålene har jeg gjort en diskursanalyse med utgangspunkt i utdrag av videoopptak av sykepleier-pasient-interaksjon under blodtrykksmåling. En analyse starter allerede i innsamlingen av empirien (Skilbrei, 2019, s. 171), i det jeg som forsker velger ut hvilke øyeblikk jeg fanger på film samt i de valg jeg gjør i transkripsjonsprosessen og i analysearbeidet. I alle samtalene mellom sykepleier og pasient foretas det i tillegg til selve blodtrykksmålingen, også en avklaring på pasientens fysiske form. I to av samtalene er det behov for å avklare om pasienten trenger sykmelding og resept på smertestillende medikamenter. I disse to tilfellene gir sykepleieren også informasjon til pasienten om hvordan han skal forholde seg til bandasjen og stingene som skal fjernes en gitt tid etter utreise. I de fleste av sykepleier-pasient-møtene foregår dette snakket typisk før blodtrykksmålingen og tydeliggjør hvordan et kommunikativt hovedprosjekt er omkranset av flere andre kommunikative prosjekter som må avklares før sykepleieren kan få gjennomført hovedprosjektet. Alt dette «før-snakket» har jeg av hensyn til omfanget valgt å ikke inkludere i analysene. I blodtrykksmåling 1 kommer derimot avklaringen rundt pasientens fysiske form rett etter målingen, i form av et mer integrert kommunikativt prosjekt som må avklares før sykepleieren kan avslutte interaksjonen, og inkluderes derfor i analysen.

### 4.1 Kommunikative prosjekt i blodtrykksmåling

Pasienten ligger i senga, sykepleieren står ved sengekanten med blodtrykksapparatet ved siden av seg. På veggen mot senga, i pasientens blikkfang, henger det en tv som er på med både bilde og lyd under hele sekvensen. Sykepleieren tar blodtrykksmansjetten ut av kurven på blodtrykksapparatet. I det hun bøyer seg mot pasienten med mansjetten i hånda løfter han venstreamen uten at hun sier noe verbalt, og hun fester mansjetten til pasientens overarm. Et slikt fysisk kommunikativt samarbeid er et kroppslig eksempel på Thunqvist et al. (2012, s. 18) sitt begrep *samspråking*, som er nærmere beskrevet i kapittel 2.2. Denne sammenvevingen av fysiske handlinger bidrar til at sykepleieren kan starte blodtrykksmålingen, noe hun gjør rett før utdraget.

Tur	Deltaker	Snakk	Ikke-verbal handling
1	Spl	bare <u>slapp</u> av så godt du <u>får</u> til? (5)	Pas ligger rolig med armene ned langs siden.
2	Spl	°få meg en <u>finger</u> på den andre hånda jeg. °	Spl bøyer seg over pas med pulsoksymeteret i hånda. Pas løfter hø. hånd, strekker ut

			pekefinger, hvor spl fester pulsoksymeteret.
		(5,5)	Spl henter termometeret.
3	Spl	så måler jeg <u>tempen</u> din med det samme og, (10,2)	Pas vender hodet lett mot spl, som fører termometeret over hans panne.
4	Spl	nei men det så veldig bra ut det her?	Spl fjerner mansjetten. Pas løfter samtidig lett på ve. arm.
5	Pas	=så bra. (1,2)	Pas legger ned armen, spl legger mansjetten tilbake i kurven.
6	Spl	mmh, (4,6)	Pas løfter fingeren med pulsoksymeteret mot spl, hun tar det av og legger det tilbake i kurven.
7	Spl	<u>YES?</u> (1,5)	Pas nikker, ser opp mot spl.
8	Spl	ellers (.) er det greit? (1,5)	Spl drar med seg blodtryksapparatet, flytter seg mot fotenden av senga.
9	Pas	jeg <u>tror</u> det.	Pas nikker lett, ser mot spl.
10	Spl	@=jahh?@ (.) @@@ (1) [så bra.]	Spl ser smilende mot pas. Pas smiler så vidt mot spl før blikket går tilbake mot tv.
11	Pas	[så le::-] så lenge ingen andre sier noe <u>annet</u> så er det det.	Pas vinker lett med høy hånd foran brystkassa. Blikket går mot spl mot slutten av turen.
12	Spl	@=jahh.@ (.) @	Spl ser smilende mot pas.
13	Pas	= <u>ja</u> .	Pas ser smilende mot spl, nikker.

Pasienten ligger i senga med blikket orientert mot tv'en. Sykepleieren slipper armen hans, hvor hun akkurat har festet blodtryksmansjetten, og starter i tur 1 med en handlingsanvisning i form av et direktiv: «*bare slapp av så godt du får til?*». Dette markerer overgangen til den fysiske blodtryksmålingen. Pasienten samarbeider med sykepleieren om gjennomføringen av målingen gjennom å ligge rolig i senga med armen ned langs kroppen.

Sykepleieren fortsetter med en metakommentar som blir sagt merkbart lavere enn resten: «*°få meg en finger på den andre hånda jeg.°*». Dette sier sykepleieren samtidig med at hun beveger seg inn på pasientens territorium gjennom å bøye seg nært over kroppen hans og fysisk ta tak i hans høyre hånd for å plassere pulsoksymeteret på fingeren hans. Gjennom metakommentaren annonserer sykepleieren hva som blir den neste handlingen i den medisinske prosedyren. Sarangi og Gilstad (2014) fant tilsvarende bruk av metakommentarer i sin studie av jordmødre som utførte ultralydundersøkelser av gravide kvinner. Metakommentaren fungerer her også som et kontekstualiseringssignal som forbereder pasienten på hva som skal skje, og demper

samtidig den ansiktstruende handlingen med å begi seg inn på pasientens kroppslige territorium.

Etter å ha målt temperaturen bøyer sykepleieren seg mot pasienten for å fjerne blodtrykksmansjetten. Hun kommer samtidig med en onlinekommentar som inneholder en vurdering av måleresultatene: «*nei men det så ve:ldig bra ut det her?*». Sykepleieren rekontekstualiserer her de numeriske tallene til sin vurdering av dem. Svensson et al. (2008) beskriver rekontekstualisering av numeriske verdier som en vesentlig del av det å gi mening til resultatet av blodtrykksmåling. Det at sykepleieren presenterer sin kvalitative vurdering av blodtrykket uten de numeriske verdiene samsvarer med Kurhila og Lehtimaja (2019) sine funn, som sier at sykepleierne oftest presenterte måleresultater til pasientene i form av deres faglige vurdering av dem, uten å nevne de konkrete tallene.

Sykepleierens vurdering ledsages av at pasienten for første gang i dette utdraget flytter blikket fra tv og sier «=*så bra*». Pasientens blikk veksler mellom tv og hendene til sykepleieren som holder på å fjerne blodtrykksmansjetten. Pasienten har fram til nå kun implisitt gitt uttrykk for å delta i det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling ved å være medgjørlig og stille sin kropp til sykepleierens disposisjon. Mens her skifter pasienten fokus fra tv til sykepleierens handlinger og det oppstår igjen eksplisitt, kroppslig samspråking, denne gangen rundt oppgaven om å fjerne det medisinsktekniske utstyret fra pasientens kropp. Uten at det sies noe løfter pasienten på armen slik at sykepleieren får fjernet blodtrykksmansjetten og han følger med på det hun gjør ved å flytte blikket sitt fra tv og mot hendene hennes. Veksling av blikk innebærer en veksling av fokus, og når han er orientert mot sykepleieren og hennes handlinger er det et eksempel på Goffmans (1964, s. 135) begrep «ecological huddle» som uttrykk for felles fokus i interaksjon. Et slikt felles fokus muliggjør videre kroppslig samarbeid, noe pasienten initierer gjennom å strekke fram hånda mot sykepleieren slik at hun får fjernet pulsoksymeteret. Her ser vi at utnyttelsen av kroppens kommunikative ressurser i et felles fokus, i samspill med objekter, samt gjenkjennelsen av «the shape and character» (Goodwin, 2000b, s. 1491) av det som foregikk, førte til et vellykket samarbeid om utførelsen av en praktisk oppgave. Altså kroppslig samspråking helt uten å være ledsaget av forklarende snakk.

I denne sekvensen ser vi også en veksling mellom kommunikative prosjekt. Sykepleieren avslutter selve blodtrykksmålingen og initierer overgang til vurdering av måleresultatene gjennom sin nevnte onlinekommentar med vurdering i tur 4. Pasienten er med på denne vekselen gjennom sin direkte kommentar til sykepleierens vurdering. Denne aktive deltakelsen kan samtidig tyde på at pasienten er orientert mot det hypotetiske risikosenarioet han befinner seg i i kraft av å være pasient selv om verken han selv eller

sykepleieren eksplisitt har brukt ordet risiko. Adelswärd og Sachs (1998, s. 198) beskriver tilsvarende i sin forskning hvor en sykepleier skulle formidle testresultater til menn som var med i en helseundersøkelse for å avdekke eventuell risiko for hjertekarsykdommer, og hvor ordet risiko ikke ble nevnt eksplisitt, men hvor de hypotetiske risikosenarioene utgjorde aspekter i sykepleier-pasient-interaksjonene som deltakerne orienterte seg mot.

I det sykepleieren har lagt pulsoksymeteret på plass i kurven, initierer hun igjen et temaskifte i form av et kontekstualiseringssignal med kodeveksling til engelsk i tur 7: «YES?». Det sies med vesentlig høyere volum enn det snakket som har vært hittil, og den prosodiske endelsen markerer at det er et spørsmål. Det at hun sier *yes* så høyt og tydelig får pasienten til å se på sykepleieren for første gang i utdraget, og han smiler og nikker til henne. Pasienten responderer ikke videre og flytter blikket tilbake til tv. Sykepleieren følger opp med et direkte, generaliserende spørsmål «*ellers (.) er de:t greit?*» som oppfordrer pasienten mer konkret til å ta det opp dersom det er noe han ønsker å snakke med henne om.

Samtidig trekker sykepleieren seg fysisk bort fra pasienten og blir stående nærmere døra. Hun har dratt med seg blodtrykksapparatet. Forflytningen mot døra fungerer som et kroppslig kontekstualiseringssignal, som sammen med spørsmålet om ting *ellers er greit* initierer overgangen til avslutningsfasen av interaksjonen. Sykepleierens kroppslige posisjonering kan altså indikere at hun anser seg som ferdig med sin praktiske agenda ovenfor pasienten. Hun står likevel i ro og gir pasienten muligheten til å ta tur for å svare på det direkte spørsmålet, noe han til slutt gjør med et *jeg tror det*. Mens han sier det nikker han lett, og han har et nøytralt/ikke-smilende ansiktsuttrykk. Pasientens svar utløser latter og et oppfølgingsspørsmål fra sykepleieren i tur 10: «*@=jahh?@ (.) @@@*», noe som kan tyde på at svaret hans var uklart og uventet.

Pasienten fortsetter å ha blikket rettet mot tv, mens sykepleieren ser på pasienten. Når hun oppfatter at han ikke ler, modererer hun latteren og smilet i sitt eget ansikt. I den korte pausen som oppstår flytter pasienten blikket sitt bort fra tv over på sykepleieren og smiler kort til henne, før han igjen retter blikket mot tv. Dette utløser fortsettelsen av sykepleierens tur 10: «*[så bra]*» og pasientens overlappende start på tur 11: «*[så le::-] så lenge ingen andre sier noe annet så er det det.*» Pasienten selvreparerer overlappingen ved å avbryte seg selv og starte setningen på nytt. Fortsettelsen av tur 11 viser samtidig igjen at pasienten er orientert mot risiko. Han impliserer likevel en normalisering av sin tilstand med bakgrunn i forklaringen om at ingen foreløpig har sagt til han at noe med hans tilstand ikke er bra. Denne normaliseringen samsvarer med Kurhila og Lehtimaja (2019, s. 185) sine funn, som tilsier at rutinemålinger av pasienters vitalia innebærer en antakelse av at resultatene er normale. Sykepleieren responderer

med en bekreftelse og interaksjonen avsluttes i en felles, kombinert muntlig og kroppslig orientering mot denne bekreftelsen gjennom at begge to sier *ja* og at ansiktene deres er vendt mot hverandre, blikkene møtes og begge smiler. De har med andre ord samarbeidet diskursivt om, og oppnådd, en felles forståelse om at alt er bra med pasienten.

Her ser vi tydelig hvordan kommunikative prosjekt er sammenvevd i hverandre og at slike prosjekt som dukker opp underveis må adresseres i samarbeid før interaksjonen kan fortsette, eller som her, avsluttes. Det at sykepleieren blir stående i denne avklaringen rundt pasientens form etter selve blodtrykksmålingen, kan også tyde på at hun er orientert mot sitt overordnede, globale kommunikative prosjekt for interaksjon. Det at pasientens målinger er bra betyr for sykepleieren at hun er nærmere å nå det globale målet, som er å avklare om pasienten er utskrivningsklar eller om han er utsatt for en økt helserisiko som gjør at han trenger videre oppfølging før han kan reise hjem. Men først etter å ha avklart hvordan pasienten faktisk har det, kan han kategoriseres som frisk og utreiseklar. Sykepleierens globale mål er dermed oppfylt og hun avslutter interaksjonen.

## 4.2 Risikosnakk i blodtrykksmåling

Sykepleieren går inn i pasientrommet med blodtrykksapparatet skjøvet foran seg og sier eksplisitt at hun ønsker å måle blodtrykket til pasienten. Pasienten sier at *det må hun da få lov til*, og beveger kroppen sin fra stående til å sette seg ned på en stol ved sykepleieren. Denne bevegelsen kan være et uttrykk for at pasienten har gjenkjent «the shape and character» (Goodwin, 2000b, 1491) av hva det er som skal skje. Etter at han har satt seg, bretter pasienten opp ermet på genseren og holder armen rett ut i lufta mens sykepleieren henter blodtrykksmansjetten fra kurven. Sykepleieren får enkelt festet mansjetten til pasientens overarm uten å kommentere det verbalt. En slik felles kroppslig orientering mot å få på plass blodtrykksmansjetten er igjen, som i blodtrykksmåling 1, et eksempel på Goffmans (1964, s. 135) «ecological huddle» hvor deltakere gjennom interaksjon orienterer seg mot et felles fokus. De sammenvevde fysiske handlingene blir i begge eksemplene et uttrykk for at deltakerne har etablert en intersubjektiv forståelse for hva som skal skje, altså hva som kreves for at de i fellesskap skal nå målet med det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling.

Tur	Deltaker	Snakk	Ikke-verbal handling
1	Spl	<u>slapp</u> av så <u>godt</u> du får til? (1,5)	Pas flytter ledningen for å kunne legge underarmen på armlenet.
2	Spl	nå har du jo <u>akkurat</u> vært oppe og <u>stått</u> og sånn da så da °kan det jo hende at det blir litt° (.)	Spl lener seg mot pas med pulsoksymeteret i hånda. Pas løfter hånda med utstrakt



		litt <u>høyere</u> enn det (.) <u>br</u> ker å være men, (0,8)	pekefinger hvor spl fester pulsoksymeteret.
3	Pas	s- bruker- <u>er det</u> (.) noe med det altså? (0,3)	Pas blikk går fra hånda med pulsoksymeteret opp mot spl.
4	Spl	njæihh (0,8) [ @ ]	Spl ser mot pas, blikkene møtes, begge smiler.
5	Pas	[ @ ]	
6	Spl	det er ikke <u>sikkert</u> @@ @vi@ @får@ @se@ @da?@	
7	Pas	=@ja@ja@ja@ja@	
		(2,9)	Spl trykker på blodtrykksapparatet. Pas sitter rolig med armene ned, ansikt og blikk vendt mot spl.
8	Spl	°sånn skal vi se. ° (5,7)	
9	Spl	måler <u>temp</u> en din med det samme <u>og</u> jeg,	Spl bøyer seg mot pas, fører temperaturmålet over hans panne. Pas vrir hodet med øret mer mot spl i det spl fører temperaturmålet bak øret.
		(6,8)	Spl ser på displayet til temperaturmåleren og blodtrykksapparatet.
10	Spl	<u>br</u> [a.]	Spl nikker, ser på pas, smiler.
11	Pas	[bra.] (0,6) frisk.	Pas ser fra spl mot vinduet, smiler. Så mot spl igjen, smiler stort.
12	Spl	°=jahh° (0,8) har du <u>fått</u> deg noe <u>frokost</u> da? (0,7)	
13	Pas	NEIhh? (.) hdethh blir <u>sikkert</u> s::::nart tror jeg? (0,4)	Spl bøyer seg mot pas, tar av pulsoksymeteret mens pas har armen liggende helt i ro. Pas ser samtidig mot blodtrykksapparatet, lener seg lett framover i stolen, rynker øyenbrynene, myser med øynene, ikke smil i ansiktet.
14	Spl	jahh. (0,9)	Spl ser på pas.
15	Spl	<u>blodtrykk</u> et var <u>fint</u> det? (0,6)	
16	Pas	ja.	Pas flytter blikket fra blodtrykksapparatet opp mot spl.
17	Spl	<= <u>alt</u> ser <u>bra</u> ut,> (0,6)	Spl nikker, smiler mot pas.
18	Pas	@det er bra.@	Pas flytter blikket fra spl mot gulvet, så til spl igjen, smiler.
		(2,0)	Spl bøyer seg mot pas, som løfter arm med mansjett på. Spl fjerner denne, pas blikk følger hendene til spl.

19	Spl	°du får gå ut på kjøkkenet og finne deg litt mat,° (0,5)	Spl legger mansjett ned i kurven, pas trekker ned ermet på genseren.
20	Pas	ja?	Pas og spl blikk møtes. Begge smiler.
21	Spl	=@@	

Sykepleieren står ved siden av pasienten og kommer med et direktiv i tur 1, en oppfordring til pasienten om å slappe av. Han flytter litt på ledningen som lå under armen slik at armen kan ligge mer komfortabelt på armlenet. Slik orienterer han seg kroppslig mot sykepleierens oppfordring, og oppfordringen markerer samtidig igangsettingen av selve blodtrykksmålingen.

Sykepleieren kommer så med en offlinekommentar: «*nå har du jo akkurat vært oppe og stått og sånn da så da ° kan det jo hende at det blir litt° (.) litt høyere enn det (.) bruker å være men*». Offlinekommentaren får, i tillegg til å forklare hvorfor blodtrykket kan vise seg å være litt forhøyet, også funksjon som en preannonsering til pasienten.

Sykepleieren er forberedt på å måle et blodtrykk som kan være over normalområdet og er med andre ord orientert mot en økt risiko, og gir gjennom offlinekommentaren pasienten mulighet til å forberede seg på at målingen muligens avdekker denne risikoen. Slik bruk av offlinekommentarer samsvarer med det Sarangi og Gilstad (2014) fant i sin studie, nemlig at jordmødrene på tilsvarende vis brukte offlinekommentarer for å forklare medisinskfaglige fakta og å normalisere funn gjort underveis i ultralydundersøkelsene. Det samsvarer også med Svensson et al. (2008), som fant at både legene og pasientene brukte den umiddelbare konteksten (for eksempel at pasienten var stresset) som forklaring på, og normalisering av, forhøyede blodtrykksmålingsresultater.

Pasienten responderer med å orientere seg mot denne økte risikoen når han sier: «*s-bruker- er det (.) noe med det altså?*». Pasientens reparasjoner i form av at han avbryter seg selv og starter setningen flere ganger kan tyde på en viss bekymring for den økte risikoen for et forhøyet blodtrykk. Sykepleieren reagerer på pasientens bekymring med et dempende «*njæihh (0,8) @*». Den lille latteren og pausen som oppstår kan sees på som interaksjonelle reparasjoner i møte med en problematisk hendelse, nemlig fokuset på risiko. Sykepleieren fortsetter å tone ned denne risikoen i tur 6 hvor hun både eksplisitt motsier sin egen preannonsering, og gjør det i en lattermild tone med mye smil i ansiktet. Pasientens «*=@ja@ja@ja@ja@*» viser et samarbeid om å reparere det problematiske som oppsto i forbindelse med risikosnakket. Slik ser vi hvordan kommunikative prosjekt utgjør «tasks to do» (Linell, 2001, s. 218) og at den ene oppgaven (reparasjon) må løses før partene er klare for å fortsette interaksjonen i den

neste. Vi ser også at de ulike prosjektene er sammenflettet og uløselig bundet, eller «nested» (Linell, 2001, s. 226) i hverandre.

Etter en sekvens hvor sykepleieren har målt pasientens temperatur samt ført blikket sitt over displayet til både termometeren og blodtryksapparatet hvor måleresultatene står, ser hun på pasienten, smiler, nikker og sier «[*bra*]» i tur 10. På samme måte som i blodtryksmåling 1 uttrykker ikke sykepleieren den faktiske tallverdien av måleresultatene, men presenterer heller sin kvalitative vurdering av dem for pasienten. Pasienten overlapper sykepleieren sin vurdering med sin egen i det begge sier *bra*, og han fortsetter etter en kort pause sin situasjonsvurdering med å tilføye ordet *frisk* som ledsages av et stort smil og blikkontakt med sykepleieren. Sykepleieren bekrefter kort pasientens vurdering før hun innleder temaskifte og spør om han har spist frokost. Det tyder på at sykepleieren anser det kommunikative prosjektet vurdering av måleresultatene for avsluttet. Her ser vi et eksempel på at en samtales tema utvikles dynamisk og i samarbeid (Linell, 2001, s. 181), for pasienten blir bare delvis med på dette temaskiftet. Han svarer riktignok eksplisitt på sykepleierens spørsmål om frokost: «*NEIhh? (.) hdehhh blir sikkert s:::nart tror jeg?*», men samtidig viser kroppen hans gjennom blikk og ansiktsuttrykk tydelig at han fortsatt er orientert mot blodtryksmålingen. Han lener seg lett fram på stolen med ansiktet i retning mot blodtryksapparatet, myser med øynene og rynker øyenbrynene som om han prøver å se noe som er for langt borte.

Sykepleieren deltar i temasamarbeidet når hun responderer på pasientens blikk og ansiktsuttrykk med å vende tilbake til blodtryksmålingen. Hun kommer nok en gang med en kvalitativ vurdering av resultatet i tur 15: «*blodtrykket var fint det?*». Ved hjelp av den spørrende intonasjonen mot slutten gir sykepleieren rom for at pasienten kan komme på banen dersom noe fortsatt er uklart for han rundt blodtrykket, men pasienten svarer kun med et kort *ja*. Han flytter i det samme blikket fra skjermen til blodtryksapparatet og opp til sykepleierens ansikt, og smiler til henne. Hvorpå sykepleieren fortsetter sin tur med en litt langsommere, mer tydelig, forsterkende uttale som for å berolige pasienten når hun sier at «*=alt ser bra ut,>*». Pasienten svarer så med et lattermildt «*@det er bra.@*» i tur 18, og denne gangen er det samsvar mellom verbalt og ikke-verbalt snakk. Kroppen underbygger det pasienten sier ved at han lener seg tilbake i stolen, retter blikket mot sykepleieren og smiler. Her er resultatet av blodtryksmålingen ferdig avklart fra pasientens side og det kommunikative prosjektet vurdering av måleresultatene kan avsluttes. Først da ble det, som i blodtryksmåling 1, mulig å gå videre i interaksjonen, også her gjennom å avslutte den.

### 4.3 Artefakt som tredje deltaker i blodtrykksmåling

Lyset på pasientrommet er avslått og pasienten ligger i senga. I det sykepleieren går inn i rommet med blodtrykksapparatet etter seg, slår hun på lyset. Pasienten setter seg opp i senga og bretter umiddelbart opp ermet på pasientskjorta på høyrearmen som er nærmest sykepleieren. Dette kan, som i blodtrykksmålingene 1 og 2, være et uttrykk for at pasienten forstår «the shape and character» (Goodwin, 2000b, s. 1491) av hva det er som skal foregå, utløst av at han ser blodtrykksapparatet som sykepleieren har med seg inn på rommet. Denne handlingen viser dermed at blodtrykksapparatet fungerer som kommunikativ ressurs uten å være ledsaget av snakk, og at det kan ses på som en selvstendig tredje aktør i interaksjon slik også Swinglehurst et al. (2011) fant i sin forskning.

Sykepleieren adresserer ikke pasientens handling med ermet, men initierer heller til prat om hvordan pasienten har det. Etter noen minutter avrunder sykepleieren dette snakket og sier at hun skal måle blodtrykket hans, og ber han om å legge seg ned. Pasienten justerer da hodeenden på senga til liggende stilling. Han løfter armen idet sykepleieren bøyer seg mot han med blodtrykksmansjetten og sykepleieren fester mansjetten til den allerede tilgjengelige overarmen. Så henter sykepleieren fram pulsoksymeteret, hvorpå pasienten løfter frem pekefingerne på begge hendene. Sykepleieren lener seg mot pasientens venstre hånd og fester pulsoksymeteret der. På nytt, som både i blodtrykksmåling 1 og 2, ser vi en sammenveving av kroppslige handlinger og at disse handlingene settes i gang uten å oppfordres til gjennom snakk. Her blir likevel den fysiske samspråkingen ledsaget av snakk i form av en metakommentar mot slutten, i det sykepleieren sier ordene «på motsatt» i det hun fester pulsoksymeteret til pasientens finger. Disse ordene gir pasienten en forklaring på hvorfor hun lener seg over kroppen hans og slik invaderer hans fysiske territorium isteden for å bruke den nærmeste hånda. En slik forklaring kan bidra til å dempe ansiktstruingen invaderingen utgjør. Snakket får dermed, som i blodtrykksmåling 1, en ansiktsbevarende funksjon. Når alt utstyret er på plass på pasientkroppen gir sykepleieren pasienten beskjed om å slappe av, og starter blodtrykksapparatet.

Tur	Deltaker	Snakk	Ikke-verbal handling
1	Spl	<u>der</u> ja? (.) da er det ferdig å <u>telle</u> vet du? (.) skal vi se du har et:- (.) hvet ikke hva du er <u>vant</u> til å ligge på med blodtrykket jeg men. (.) det er hundreogførtifem på åttifemehh. (1)	Pas ligger rolig i senga. Spl tar en telefon opp av lomma. Hun ser på skjermen til blodtrykksapparatet, flytter blikket til pas når hun nevner hans normalblodtrykk.
2	Pas	det er det <u>samme</u> som det var i <u>går</u> .	Pas ser på spl, nikker lett.

3	Spl	=ikke sant? (.) jahh. (.) men du::- (.) jeg <u>skriver</u> det inn <u>samtidig</u> på	Spl nikker, vifter med telefonen i lufta, blikket mot telefonen.
4	Pas	=mmh. (1,5)	
5	Spl	mens jeg <u>har</u> det her da (.) så går det mye <u>enklere</u> vet duhh	Spl trykker på telefonen.
6	Pas	=mmh.	
7	Spl	=jahh. (1,4) e: (.) det jeg sto og <u>telte</u> nå var (.) hvor fort du telte- eh pustet	Spl flytter blikket fra telefonen mot pas under selvreparasjon, så tilbake mot telefonen.
8	Pas	=m[mh.]	Pas ligger fortsatt rolig, nøytralt ansiktsuttrykk, blikket veksler mellom spl og ut i rommet.
9	Spl	[mm]h (.) så men du::- (.) ellers så er alle vitalia::hh (1,3) kjempefin de	
10	Pas	=mmh. °det er bra°	
11	Spl	=mmh (.) skal bare få tastet inn (.) det er jeg jo kjempegod på vet du? der [@@]@@	Spl fortsatt blikket mot telefonen, smiler lett.
12	Pas	[@]	Pas ser på spl, smiler lett.
		(3,4)	
13	Spl	o:gså:: (.) pulsen din er jo: (1) og veldig <u>finse:ksti</u> (.) <u>tre:</u>	
14	Pas	=mmh. (1,6)	
15	Spl	mmh? (2,5) der (1) tenkte bare jeg skal <u>ta</u> (.) eh temperatur og da tar jeg det over <u>panna</u> ? lå du på <u>siden</u> nå i sted eller?	Spl slutter å taste på telefonen, lener seg mot pas og fjerner pulsoksymeter, pas løfter samtidig ve. hånd mot henne. Spl fjerner blodtrykksmansjetten mens pas løfter hø. arm.

Sykepleieren markerer avslutningen av blodtrykksmålingen med et kontekstualiseringssignal «der ja?» og en retrospektiv metakommentar: «*da er det ferdig å telle vet du?*» som på lik linje med Sarangi og Gilstad (2014) sine funn brukes for å referere til den medisinske undersøkelsen som nettopp er gjennomført. Sykepleierens «*skal vi se*» er så et nytt kontekstualiseringssignal som markerer overgangen til et nytt kommunikativt prosjekt, presentasjon av måleresultatene, for hun fortsetter med å si «*du har et-*». Så avbryter hun seg selv og orienterer seg isteden mot pasientens normale blodtrykkverdier når hun sier «*hvet ikke hva du er vant til å ligge på med blodtrykket jeg men.*». Her inviterer sykepleieren pasienten til en felles orientering mot hva som er normalt for han, et samarbeid som samtidig implisitt kan innebære bistand til sykepleieren i hennes vurdering av dagens måleresultat.

Orienteringen mot pasientens normal kan være en preannonsering av et potensielt følsomt tema, som måleresultat ifølge Linell og Bredmar (2007) kan sies å være. Sykepleieren forbereder med andre ord pasienten på en potensiell risiko for ikke-normale måleverdier gjennom en preannonsering, slik også sykepleieren i eksempel 2 gjorde. Gjennom preannonseringen utsettes den direkte behandlingen av det følsomme temaet, som her altså er den mulig forhøyede risikoen. En slik utsettelse fant Linell og Bredmar (2007) som en av de ansiktsbevarende strategiene jordmødrene tok i bruk når de skulle behandle sensitive tema ovenfor gravide mødre. Det at sykepleieren har sett på skjermen til blodtryksapparatet og dermed vet resultatet, sammen med orienteringen mot pasientens normal, kan tyde på at hun allerede har oppdaget en forhøyet risiko. I tillegg presenterer sykepleieren resultatet av blodtryksmålingen i tallformat, uten vurdering. Adelswärd og Sachs (1996) fant at sykepleiere i interaksjon med pasienter brukte konkrete tall som en kommunikativ ressurs når de skulle snakke om risiko og potensielle ansiktstruende tema fordi tallene muliggjør en mer objektiv og nøytral stemme enn sykepleierens faglige vurdering.

Medisinskfaglig sett er pasientens blodtrykk (145/85) kun lett forhøyet (normalt er rundt 120/80). Det at resultatet presenteres i tallformat som her samsvarer med det Heritage og Stivers (1999, s. 1503) sier er typisk, nemlig at direkte presentasjon av resultater av en undersøkelse vanligvis kun brukes dersom det underveis i undersøkelsen avdekkes ingen, milde eller moderate tegn på risiko. Sykepleieren må i dette tilfellet vurdere om det lett forhøyede blodtrykket utgjør en (mild) risiko, eller om det tilsvarer pasientens normal. Ved å presentere blodtrykket kun i form av tallverdien gir sykepleieren pasienten mulighet til å komme med sin egen vurdering av resultatet. Slik viderefører hun invitasjonen til samarbeid med pasienten om forståelsen av måleresultatet. Pasienten er med på dette kommunikative prosjektet, og forteller i tur 2 at blodtrykket var det samme dagen før. Dermed blir dagens tall normalisert, og risikoen dempet. Svensson et al. (2008) fant at slik sammenligning av måleresultater med tidligere måleresultater eller referanseverdier var en vanlig måte å rekontekstualisere en aktuell måling på for å både forstå og å normalisere den. Sykepleieren og pasienten har på denne måten samarbeidet om vurderingen av hans blodtrykk og i fellesskap avklart at det er fint.

Sykepleieren fortsetter samtalen med å innlede et temaskifte gjennom kontekstualiseringssignalet «*men du::-*», før hun igjen går over til å orientere seg mot noe annet og avbryter seg selv i form av en metakommentar: «*jeg skriver det inn samtidig på*». Snakket ledsages av at sykepleieren vifter litt med telefonen hun har i hånda. Håndbevegelsen fungerer som en kroppslig komplettering av den ufullstendige verbale setningen og henviser til at hun skriver måleresultatene inn på telefonen mens hun snakker. Sykepleieren forklarer denne handlingen med en offlinekommentar: «*mens*

*jeg har det her da (.) så går det mye enklere vet duhh»*. Som Ruusuvuori (referert i Swinglehurst et al., 2011, s. 2) påpeker, kan det være interaksjonelt problematisk at helsepersonell fokuserer på en dataskjerm (tilsvarende telefonskjerm) under en pasientkonsultasjon. Sykepleierens forklaring kan fungere som ansiktsarbeid ovenfor pasienten for å dempe det relasjonelt problematiske i at hun ikke har oppmerksomheten fullt ut rettet mot han når de snakker sammen. Forklaringen inneholder også implisitt en klargjøring av at den telefonen sykepleieren holder i hånda er et arbeidsredskap, altså ikke hennes private mobiltelefon. Dermed kan man si at telefonen nærmest omgjøres til et medisinsk-teknisk utstyr sykepleieren trenger for å gjøre jobben sin, og slik dempes ansiktstrusselen i bruken av den ytterligere.

Her følger en lengre sekvens over fem taleturer hvor sykepleierens oppmerksomhet stort sett kontinuerlig er rettet mot telefonskjermen, før hun til slutt konkluderer med at alle pasientens måleresultater, eller *vitalia*, er fine. I tur 11 kommer sykepleieren med den samme forklarende metakommentaren om at hun bare skal få tastet inn noe på telefonen, men denne metakommentaren går over i en offlinekommentar i form av en vurdering av henne selv: «*det er jeg jo kjempegod på vet du? der/[@]@»*. Denne vurderingen impliserer en forklaring på hvorfor sykepleieren har så mye av oppmerksomheten mot telefonen, og den uttrykkes i et skifte fra saksorientert til spøkefull, humoristisk tone.

Grainger (2004, s. 39–40) sier at bruk av det hun kaller for «playful talk», for eksempel vitsing, kan være et konkret eksempel på positivt ansiktsarbeid fordi forståelsen av vitsen er basert på en felles bakgrunnsforståelse. Marsden og Holmes (2014) fant at pleierne brukte humor som ansiktsbevaring i pasientinteraksjon som var relasjonelt krevende. I lys av dette kan sykepleierens spøkefulle tone være et ledd i å reparere det relasjonelt utfordrende ved at hun har brukt mye av tiden i interaksjon med oppmerksomheten rettet mot telefonen istedenfor pasienten. Uttalelsen til sykepleieren utløser en felles latter, noe som kan tilsi at sykepleieren og pasienten er på linje i denne tonevekslingen. Offlinekommentaren kan slik sies å ha en ansiktsbevarende funksjon.

Flere ganger gjennom denne interaksjonen har det oppstått lengre pauser (tur 4, 7, 9, 14 og 15) som markerer overgangsrelevante steder hvor det interaksjonelt sett er fritt fram til å ta ordet. En ekstra lang pause oppsto etter den felles latteren beskrevet over. Pasienten har likevel forholdt seg taus bortsett fra korte, bekreftende *mmh* mens sykepleieren har ført ordet gjennom å presentere og småprate rundt pasientens måleresultater, samt forklare sin oppmerksomhet mot telefonen. Bruken av teknologi i pasientinteraksjon kan som nevnt føre til interaksjonelle utfordringer. Swinglehurst et al. (2011, s. 1) kaller denne utfordringen «dilemma of attention» hos leger som bruker elektronisk journal i pasientkonsultasjoner, og beskriver hvordan legen umulig kan

ivareta behovene/kravene til både pasienten og datamaskinen samtidig. Pasienten gir her ikke på noe tidspunkt uttrykk for at sykepleierens fokus mot telefonskjermen er problematisk underveis i interaksjonen. Han orienterer seg heller implisitt mot en situasjonsforståelse hvor dette er nødvendig og samarbeider slik om gjennomføringen av det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling, med telefonen som en tredje deltaker integrert i interaksjon.

#### 4.4 Normalisering i blodtrykksmåling

Pasienten sitter ikledd egne klær i sengen og spiser frokost i det sykepleieren kommer inn i rommet med blodtrykksapparatet skjøvet foran seg. Det oppstår småprat rundt hvordan pasienten har hatt det i tiden før operasjonen og hvordan han har det nå, samt om han har behov for sykmelding eller resepter. Etter at dette er avklart, initierer sykepleieren overgangen til blodtrykksmålingen ved å eksplisitt si at hun er der for å måle blodtrykk. Pasienten spør om han skal trekke armen ut av ermet på genserjakken sin, noe sykepleieren bekrefter. Pasienten kler av det venstre jakkeermet og holder armen sin rett ut i luften slik at sykepleieren lett får festet mansjetten rundt overarmen hans. Denne armbevegelsen bidrar i samspråkingen med sykepleieren, og kan, som i blodtrykksmålingene 1-3, være et fysisk uttrykk for intersubjektiv situasjonsforståelse.

Tur	Deltaker	Snakk	Ikke-verbal handling
1	Spl	så: at nå <u>tar</u> jeg bare et <u>blodtrykk</u> så kan du bare sitte der og <u>slappe</u> av for nå skal jeg <u>telle</u> litt og (.) se hvordan du <u>puster</u> og litt sånne ting? (2,8) <u>der?</u> bare <u>slapp</u> av?	Pas sitter i senga, begge armer ned langs kroppen.
		(7,9)	Spl henter pulsoksymeteret fra kurven. Pas blikk følger hendene til spl.
2	Spl	o:g så en <u>finger</u> (.) på <u>motsatt</u> side kan ta <u>den</u> ja mmh (1,3) <u>hsånn</u> (1,7)	Spl strekker pulsoksymeteret mot pas hø. hånd. Pas rekker først frem tommelen, deretter pekefingeren, hvor spl fester pulsoksymeteret.
3	Spl	har vi noen klokke? der ja. har vi en klokke vet du (.) så står jeg bare og <u>teller</u> jeg (.) <u>samtidig</u>	Spl blikk rundt i rommet, lokaliserer klokka, fester blikket der. Pas ser samtidig på spl, følger så hennes blikk mot klokka. Spl setter i gang blodtrykksmålingen.
		(33)	Pas sitter i ro i senga, armene ned langs kroppen. Spl tar en telefon opp av lomma.



4	Spl	der? (3,2) hh skal vi se hundreogtjue på åtti er sånn textbook-blodtrykk dette h (0,9)	Spl ser mot blodtrykksapparatet, så mot telefonen. Ser på pas når hun kommer med vurderingen, så tilbake til telefonen.
5	Pas	bruker å <u>ha</u> det jeg.	Pas ser på spl, lite smil, blikk nedover dyna.
6	Spl	=du bruker- <u>bruker</u> å ha det ja? (.)	Spl blikk mot telefonen, lite smil.
7	Pas	ja	
8	Spl	= <u>ja</u> . (2,3)	
9	Pas	de <u>få</u> gangene jeg <u>måler</u> ja (.) det er jo ikke så <u>ofte</u> men	
10	Spl	=nei @@@ det er ikke <u>det</u> vet du (2) o:g puls er greit og (1,1) <u>alt</u> er greit egentlig (.) s- du <u>puster</u> godt og (3,4)	Pas blikk mot spl når hun kommer med den siste vurderingen.
11	Spl	så: det? (0,8)	Spl legger bort telefonen. Pas ser mot spl.
12	Spl	nå: (1,8) tar jeg ikke noen temperatur for du har jo fått paracet så (uhørbart)	Spl tar av pulsoksymeteret, pas løfter samtidig hø hånd. Spl tar av blodtrykksmansjett, pas løfter ve arm.

Sykepleieren kommer i tur 1 med en prospektiv metakommentar som beskriver at hun skal måle pasientens blodtrykk. Metakommentaren følges av et direktiv, med en oppfordring til pasienten om å forholde seg i ro: «*så kan du bare sitte der og slappe av*». Sykepleieren bruker her demperne *kan* og *bare*, noe som samsvarer med Goffmans (1964) teorier om ansiktsarbeid og som kan tenkes å minske ansiktstrusselen sykepleieren gjør i det hun beveger seg inn på pasientens territorium gjennom å fortelle han hva han skal gjøre. Forklaringen på hvorfor pasienten må sitte i ro kommer i form av en prospektiv metakommentar som inneholder informasjon om at sykepleieren skal *telle litt*, og se hvordan pasienten *puster og sånne ting*. Metakommentaren fungerer både som en forberedelse til pasienten på hva som skal skje og som videre ansiktsbevaring i interaksjonen.

Pasienten har underveis i denne sekvensen blikket rettet mot det sykepleieren gjør med hendene, og han løfter armen slik at hun får festet blodtrykksmansjetten. Dette kroppslige samarbeidet fortsetter også når sykepleieren skal plassere pulsoksymeteret på pasientens finger. Han følger sykepleierens hender med øynene mens hun finner fram pulsoksymeteret fra kurven, og løfter hånda i det hun sier at hun trenger *en finger på motsatt side* (av hvor blodtrykksmansjetten sitter). Pasienten tilbyr sykepleieren først tommelen. Gjennom å ikke feste pulsoksymeteret der, men isteden gjøre en bevegelse mot pekefingeren, får hun pasienten til å forstå at hun heller ønsker å bruke

pekefingeren uten at hun sier det eksplisitt. Pasienten tar følgelig tilbake tommelen og strekker ut pekefingeren, og i det sykepleieren plasserer pulsoksymeteret på ønsket finger sier hun samtidig bekreftende *kan ta den ja*.

Her ser vi igjen, som i alle de foregående eksemplene, et tydelig samarbeid gjennom utnyttelsen av kommunikative ressurser, kroppens handlinger og bruken av fysiske objekter. Pasienten følger tydelig med på sykepleierens handlinger, og dette felles fokuset muliggjør samspråking på bakgrunn av intersubjektiv forståelse for situasjonen. Pasienten er verbalt taus hele veien mens sykepleieren kommer med litt ledsagende snakk gjennom to forklarende metakommentarer i det hun går inn på pasientens fysiske territorium. Metakommentarene får dermed, tilsvarende blodtrykksmålingene 1 og 3, en ansiktsbevarende funksjon.

Når det medisinsk-tekniske utstyret er på plass på pasientens kropp, markeres overgangen fra det lokale kommunikative prosjektet med at sykepleieren ser seg rundt i rommet etter en klokke. Når hun har lokalisert klokka som henger på en av veggene, går hun over til interaksjonens hovedprosjekt og starter blodtrykksmålingen gjennom å trykke på blodtrykksapparatet. Sykepleieren sier at hun skal *stå og telle* mens blodtrykksmålingen pågår, en metakommentar som forklarer for pasienten «what is it that is going on here?» (Goffman, 1974). Metakommentaren beskriver for pasienten hva sykepleieren gjør mens hun tilsynelatende bare står rett opp og ned tett ved siden av han og ikke sier noe, noe som i utgangspunktet kan være interaksjonelt utfordrende. Igjen ser vi hvordan en metakommentar kan ha en ansiktsbevarende funksjon.

Pasienten forholder seg verbalt taus gjennom hele målesekvensen, som tar over et halvt minutt. Han kommuniserer samtidig gjennom kroppen at han fortsetter samarbeidet om det kommunikative prosjektet gjennom å sitte rolig i senga slik han fikk beskjed om å gjøre. Den verbale tausheten tilsier samtidig at han orienterer seg mot en implisitt handlingsanvisning om at han ikke skal snakke mens sykepleieren teller og følger med på pusten hans. Nok en gang, som i alle de tidligere eksemplene, ser vi at deltakernes handlinger og samspråking kan være fysisk uttrykk for intersubjektiv situasjonsforståelse.

Etter pausen begynner sykepleieren å taste på en mobiltelefon hun har hentet opp av lomma på arbeidsbuksa si. Slik markerer hun kroppslig slutten på den fysiske tellingen samtidig som hun preannonserer at målingen er klar gjennom det verbale kontekstualiseringssignalet *skal vi se*. Sykepleieren presenterer blodtrykket gjennom en onlinekommentar som inneholder den konkrete numeriske tallverdien ledsaget av hennes vurdering av tallene i form av normalisering med henvisning til læreboka og kodeveksling til engelsk: «*hundreogtjue på åtti er sånn textbook-blodtrykk dette h (0,9)*». Her ser vi

at sykepleieren presenterer den numeriske verdien først, etterfulgt av hennes vurdering, slik også Kurhila og Lehtimaja (2019) beskriver som vanlig. Samt at vurderingen gis av et blodtrykk som er normalt, altså uten tilknyttet risiko, slik som Heritage og Stivers (1999, s. 1503) sier er typisk for onlinekommentarer.

Sykepleierens onlinekommentar utløser pasientens første verbale bidrag i dette utdraget, hvor han i tur 4 stadfester at han bruker å ha et sånt blodtrykk. Pasienten er tydelig orientert mot det kommunikative prosjektet vurdering av blodtrykksmåling som sykepleieren initierte gjennom sin onlinekommentar. Igjen, som i blodtrykksmåling 3, ser vi hvordan sammenligning av et måleresultat mot tidligere resultater blir en måte å rekontekstualisere det aktuelle blodtrykksmålingsresultatet på for å gi tallene mening, slik som Svensson (2008) også beskriver. Det oppstår småprat rundt pasientens normalblodtrykk før sykepleieren kommer med en oppsummerende vurdering av måleresultatene i tur 9 hvor hun sier at *alt er greit egentlig*. Pasienten responderer ikke verbalt på dette, men ser kort opp på sykepleieren og nikker som et kroppslig tilsvar til vurderingen.

Sykepleieren fortsetter med et kombinert verbalt og kroppslig kontekstualiseringssignal i det hun sier *så det* samtidig som hun legger telefonen tilbake i lomma si. Slik markerer hun at både det lokale kommunikative prosjektet om vurderingen av måleresultatene samt det mer overordnede prosjektet om selve blodtrykksmålingen er over, og avslutter interaksjonen.

#### 4.5 Relasjonell spenning i blodtrykksmåling

Pasienten ser blodtrykksapparatet sykepleieren har med seg inn på rommet og spør om hun skal måle blodtrykket *nå igjen*. Sykepleieren bekrefter og de småsnakker om hvordan han har sovet. De har en spøkefull tone seg imellom, hvor pasienten blant annet kommer med positive kommentarer om sykepleierens utseende og spøker om seg selv og *alle mine komplimenter*. Sykepleieren fester blodtrykksmansjetten og pulsoksymeteret på pasientens kropp uten å kommentere det verbalt. Pasienten løfter armen og holder fram en finger, og de to går slik inn i et kroppslig, ikke-verbalt samarbeid om å få på plass det medisinsk-tekniske utstyret som beskrevet også i alle de foregående blodtrykksmålingene.

Tur	Deltaker	Snakk	Ikke-verbal handling
1	Spl	da <u>starter</u> jeg den her så kommer det til å <u>stramme</u> litt (0,7)	Spl trykker på blodtrykksapparatet. Pas ligger rolig i senga med armene ned langs kroppen, øynene lukket.
2	Pas	mmh.	

		(17,9)	Spl finner fram papir og penn, står klar til å skrive på arket.
3	Spl	det var <u> fint </u> blodtrykk det? (0,8)	Spl ser på skjermen til blodtrykksapparatet.
4	Pas	hm?	Pas åpner øynene, ser på spl, lukker øynene igjen.
5	Spl	=hundreogtjuetre: over søttifire (1,4)	Spl skriver på papiret, blikket veksler mellom arket og blodtrykksapparatet.
6	Pas	hh er det <u> dårlig </u> ? (0,5)	
7	Spl	<det er bra> (1,2) det er <u> meget </u> nice	
8	Pas	=mmh. (0,7) pulsen da? (.) er den veldig høy (uhørbart)	
9	Spl	= <u> åttini åttiåtte </u>	
10	Pas	=det var nå litt høyt da men det var jo (1,1)	
11	Spl	du har ligget-	
12	Pas	=jeg hadde jo på hundre på en (.) d- depresjon jeg synes det var rart når jeg var i så <u> godt </u> humør og var så <u> rolig </u> og fin	Spl legger penn og papir tilbake i lomma, ser mot pas. Pas gnir seg over ansiktet med høy hånd, øynene fortsatt lukket.
13	Spl	=jojjo (.) men det kan være <u> andre </u> ting som spiller inn	Spl tar av pulsoksymeteret. Pas hånd ligger urørlig ned langs kroppen.
14	Pas	=har besøk av deg (.) det er sikkert derfor	
15	Spl	=tsh @@@@ ja. (1,9)	Pas åpner øynene, ser på spl.
16	Pas	(uhørbart)	Spl bøyer seg mot pas for å fjerne blodtrykksmansjetten, pas løfter armen. Spl ser på pas, blikkene møtes, nøytrale ansikt.
17	Spl	=hmmh? (0,7)	
18	Pas	men nå er jeg <u> trøtt </u> nå vet du. @@@ (2,5)	Pas smiler, ser mot spl. Spl ser på blodtrykksmansjetten som hun bretter sammen.
19	Spl	<u> sånn </u> .	Spl legger mansjetten tilbake i kurven, skyver blodtrykksapparatet mot døra.

Etter å ha forklart pasienten hva som kommer til å skje gjennom en prospektiv metakommentar, starter sykepleieren blodtrykksapparatet. Det oppstår en pause mens målingen pågår og i det duren fra blodtrykksapparatet slutter kommer sykepleieren med en onlinekommentar i tur 3 som inneholder en vurdering av måleresultatet: «*det var  fint  blodtrykk det? (0,8)*». Pasienten har frem til da ligget med øynene igjen, men åpner her øynene og ser på sykepleieren samtidig som han spør: «*hm?*». Slik uttrykker han at noe var uklart i det sykepleieren sa. Det at pasienten åpner øynene og søker felles fokus med

sykepleieren kan tyde på at han også er orientert mot resultatet av målingen. Sykepleieren responderer med å på nytt presentere resultatet, denne gangen i tallformat. Pasienten spør da om det er *dårlig*. Det at han velger å bruke ordet *dårlig* kan tyde på at han er orientert mot risiko. Sykepleieren gjentar sin vurdering av blodtrykket i tur 7: «*<det er bra> (1,2) det er meget nice*». Sykepleierens kodeveksling til engelsk kan ses på som en forsterker av den innledende vurderingen. Dette kan bidra til at hun får dempet en eventuell risikobekymring rundt blodtrykket, og pasienten svarer med et bekræftende *mmh*.

Pasienten initierer selv temaskifte over til resultatet av pulsmålingen. Igjen tyder det på at han er orientert mot risiko, fordi han spør om pulsen er *veldig høy*. Denne orienteringen mot risiko underbygges av Arntson (referert i Adelswärd & Sachs, 1996, s. 1180) som sier at høye tall i en helsesammenheng ofte sees på som mer risikofylte enn lave. Sykepleieren svarer pasienten med det konkrete resultatet i tallformat, og overlater til pasienten å gjøre en vurdering. Igjen, som i blodtrykksmåling 3, er resultatet kun lett til moderat forhøyet (89-88, normal hvilepuls ligger rundt 60), noe som kan belyse sykepleierens presentasjon av de rene tallene i onlinekommentaren.

Pasienten gir uttrykk for at han synes resultatet er litt høyt og initierer slik en nærmere avklaring rundt det kommunikative prosjektet vurdering av måleresultatene. Det kan se ut som sykepleieren gjør et anslag mot å normalisere pulsverdien siden hun responderer med «*du har ligget-*», som kan være en start på å si noe om hvordan pasientens puls har vært tidligere. Pasienten avbryter sykepleieren før hun får fullført setningen og kommer i tur 12 med en fortelling om en annen gang pulsen hans hadde vært høy. Sykepleieren orienterer seg ikke mot avbrytelsen, men kommenterer isteden det pasienten sier i form av en forklarende offlinekommentar. Sykepleieren tar i bruk fagkunnskap og forklarer at det *kan være andre ting som spiller inn* og som gjør at pulsverdien stiger. Forklaringen bidrar, som i blodtrykksmåling 2, til å normalisere det tidligere forhøyede måleresultatet som pasienten drar frem, og dermed implisitt også en normalisering av dagens moderat forhøyede måling. Dette samsvarer med Sarangi og Gilstad (2014), som også fant at offlinekommentarer kan ha en normaliserende funksjon av resultatene av ultralydundersøkelser. En normalisering innebærer en reduksjon av risiko. Dermed får denne typen forklarende og normaliserende offlinekommentarer også en indirekte ansiktsbevarende funksjon, likt blodtrykksmåling 2.

Pasienten tilbyr i tur 14 selv en kontekstualiserende forklaring på at hans puls akkurat nå er for høy: «*=har besøk av deg (.) det er sikkert derfor*». Pasienten ligger med øynene lukket og uten smil i ansiktet mens han uttaler setningen, og ordene blir sagt i den samme saksorienterte tonen det har vært under blodtrykksmålingen. Sykepleieren derimot, veksler tone i sitt svar. Hun kommer først med en lyd, som innleder en latter

som om pasienten sa noe morsomt. Sykepleieren understreker tonevekslingen også kroppslig gjennom å løfte på begge øyenbryn og lage en grimase i ansiktet.

I en institusjonell ramme som denne, hvor hun er profesjonsutøvende sykepleier og han er pasient, er det foreskrevet<sup>4</sup> at relasjoner baseres på profesjonell distanse. Det kan derfor være utfordrende at pasienten antyder at hans puls blir forhøyet når sykepleieren er til stede, fordi det implisitt kan hentyde at hans relasjon til henne er basert på noe annet enn den foreskrevne distansen. Sykepleieren håndterer den interaksjonelt utfordrende situasjonen ved å behandle pasientens utsagn som et spøkefullt bidrag. Gjennom å skifte fra saksorientert til humoristisk tone uttrykker sykepleieren at hun er uenig med pasienten, til tross for at hun svarer med et i utgangspunktet bekreftende *ja*. Slik unngår sykepleieren direkte konfrontasjon med pasienten for å klargjøre rammene rundt deres relasjon. Dermed får sykepleieren både uttrykt sin mening samtidig som hun ivaretar både hans og hennes ansikt i relasjonen, samt hennes ansvar som profesjonsutøver. Grainger (2004) peker på en tilsvarende strategi når hun sier at en spøkefull tone kan være et «potentially valuable interactional tool» (s. 39) i sykepleieres profesjonsutøvelse, blant annet fordi det kan ha en ansiktsbevarende funksjon i situasjoner hvor fysisk nærhet til pasientene kreves. Dette tilsvarer også, som i blodtrykksmåling 3, Marsden og Holmes (2014) sine funn om bruken av humor i relasjonelt utfordrende situasjoner.

Sykepleieren lener seg så over pasienten for å fjerne blodtrykksmansjetten. Borrelåsen som holder mansjetten sammen lager en høy lyd og pasientens neste tur er ikke hørbar. Sykepleieren responderer med et «=*hmmh?* (0,7)» i tur 17, noe som tyder på at hun ikke oppfattet det pasienten sa, eller at det var noe uklart i ytringen hans. Det kan også være en måte å utsette behandlingen av pasientens kommentar på, noe som, på lik linje med blodtrykksmåling 3, kan være en strategi for å håndtere relasjonelt utfordrende tema på. Pasientens antydninger rundt hans relasjon til sykepleieren kan anses å være et følsomt tema fordi det bryter med de tydelige, lovfestede rammene som regulerer pasient-sykepleier-relasjoner. Dette temaet behandles ikke videre, sykepleieren responderer ikke på pasientens utsagn. Hun markerer gjennom kontekstualiseringssignalet *sånn*, samtidig som hun legger det medisinsk-tekniske utstyret tilbake i kurven og skyver blodtrykksapparatet mot døra, at blodtrykksmålingen er over. Interaksjonen avsluttes i en saksorientert tone og sykepleieren forlater rommet etter småprat rundt hvorvidt pasienten ønsker frokost.

---

<sup>4</sup> «Helsepersonell har ansvar for å skille mellom private og profesjonelle relasjoner» (Helsepersonellovens § 4 (1999): krav om faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen, inkludert del 4.2.6.4 i Ot.prp. nr 13 (1998-99)). Sykepleiere er forpliktet til å ivareta pasienters integritet og å ikke utnytte pasienters sårbarhet (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, Norsk Sykepleierforbund, 2023, punkt 1,5)).

## 5 Diskusjon

I denne studien har jeg med utgangspunkt i videoopptak av sykepleier-pasient interaksjon foretatt diskursanalyse av møter hvor sykepleiere måler pasienters blodtrykk. Formålet er å få innsikt i den språklige interaksjonen som foregår under utførelsen av en slik konkret profesjonsfaglig oppgave hvor sykepleier samhandler med pasient. I det videre skal jeg diskutere hovedfunnene fra analysene opp mot det teoretiske rammeverket og forskningsspørsmålene. Til slutt ser jeg på mulige veier for videre forskning.

### 5.1 Snakkets funksjon i samspråking under gjennomføring av blodtrykksmåling

Ett av de viktigste funnene i analysene er hvordan kropp er ut til å kunne «snakke» for seg og samarbeide med hverandre om fysiske oppgaver uten å være ledet av muntlig snakk. Dette samsvarer med Linells (2020, s. 418–419) syn på meningsskapende kommunikative ressurser som bestående av mer enn snakk, og at disse ressursene inkluderer det språklige, kontekstuelle, kroppslige og materielle som er i sving i samarbeidet om å skape mening. I alle blodtrykksmålingene ser vi flere eksempler på hvordan det nettopp er de andre kommunikative ressursene, altså kroppens bevegelser og bruken av objekter, som er fremtredende i å få gjennomført aktuelle «tasks to do» (Linell, 2001, s. 218), altså de kommunikative prosjektene.

Særlig tydelig er denne bruken av kropp og objekt i det praktiske samarbeidet om å få på plass det medisinsk-tekniske utstyret på pasientens kropp. I blodtrykksmålingene 1, 2 og 4 sier sykepleieren eksplisitt at hun skal måle pasientens blodtrykk, men uten å si noe om hva hun ønsker at pasienten skal gjøre i den forbindelse. I alle disse tilfellene utløser sykepleierens ord kroppslig handling hos pasientene i form av bevegelser mot å gjøre kroppen sin tilgjengelig for blodtrykksmålingen. I blodtrykksmålingene 3 og 5 er det blodtryksapparatet, uten snakk og som en selvstendig tredje deltaker i interaksjonen, som utløser de samme fysiske bevegelsene hos pasientene. Disse fysiske handlingene synes å være uttrykk for en etablert intersubjektiv forståelse, hvor pasienten beveger kroppen sin på den måten sykepleieren trenger for å få gjennomført oppgaven hun er der for å gjøre.

Den samme sammenvevingen av bevegelser oppstår når det medisinsk-tekniske utstyret skal fjernes fra pasientkroppene. I blodtrykksmålingene 1, 3 og 4 løfter pasientene armen og strekker ut hånda slik at sykepleieren med enkelthet får fjernet

blodtrykksmansjetten og pulsoksymeteret. I to tilfeller (blodtrykksmåling 2 og 5) oppstår ikke dette kroppslige samarbeidet under fjerningen av utstyret. I begge disse tilfellene er pasientens fokus på noe annet enn sykepleierens handlinger, noe som underbygger forståelsen av at et felles fokus for oppgaven er et premiss for kroppslig samspråking.

I tillegg til det kroppslige samarbeidet jeg nå har beskrevet, har analysene vist at også selve snakket spiller en vesentlig rolle i sykepleier-pasient-interaksjonene. Det gjelder særlig snakk som en form for ansiktsarbeid, og når risiko behandles diskursivt. En blodtrykksmåling er en praktisk handling som innebærer ansiktstruende handlinger fra sykepleieren i form av fysisk nærhet og blottlegging av pasientens hud. Sykepleieren legger også føringer for hva pasienten skal/kan gjøre, uttrykt gjennom en oppfordring om å *slappe av* i blodtrykksmålingene 1, 2, 3 og 4. Linell (2001, s. 257) hevder at det i enhver kommunikativ aktivitet ligger en relasjonell spenning til grunn. Denne spenningen inneholder her sykepleierens behov for at pasienten samarbeider og stiller kroppen sin til hennes disposisjon slik at hun får gjort jobben sin. Mens pasienten på den andre siden, gjerne har noe annet på agendaen i det sykepleieren initierer dette samarbeidet, for eksempel å se på tv (blodtrykksmåling 1), rydde (blodtrykksmåling 2), sove (blodtrykksmåling 3 og 5) og å spise frokost (blodtrykksmåling 4).

Den relasjonelle spenningen stiger ytterligere når relasjonen er distansert og asymmetrisk slik den naturlig er mellom sykepleier og pasient (Linell, 1990, s. 21). Spenningen forsterker de ansiktstruende handlingene og utgjør en trussel mot den sosiale relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Også pasientene kan true sykepleierens ansikt, som i blodtrykksmåling 5. For å motvirke den relasjonelle trusselen tar deltakerne i bruk ansiktsarbeid. Ansiktsarbeidet får ulik form i de ulike situasjonene, og det forekommer også bruk av flere strategier samtidig. Denne utstrakte bruken av ansiktsarbeid i alle blodtrykksmålingene samsvarer med Marsden og Holmes (2014) funn av andreorientering og vektlegging på ivaretagelse av det relasjonelle aspektet i interaksjon.

Den praktiske bruken av ansiktsarbeid forekommer i form av meta-, online- og offlinekommentarer. Disse diskurstypene virker ansiktsbevarende ved at de forklarer noe for pasienten (blodtrykksmåling 1, 2, 3, 4 og 5), for eksempel hvorfor hun beveger seg inn på hans fysiske territorium. Andre eksempler på ansiktsarbeid er normalisering (blodtrykksmåling 2 og 5), bruk av humor (blodtrykksmåling 2, 3 og 5) og preannonsering/tidsforskyving av følsomt tema (blodtrykksmåling 2 og 3). Dempere og/eller forsterkere forekommer i alle blodtrykksmålingene, særlig i forbindelse med direkte og indirekte direktiver, noe også Marsden og Holmes (2014) fant i sin studie. Pasientenes samarbeid om å få løst det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling kan i seg selv sees på som ansiktsarbeid.



Den andre kategorien hvor snakk er vesentlig under gjennomføringen av blodtrykksmåling er som nevnt når sykepleier og pasient berører temaet risiko. Tidligere forskning (for eksempel Adeswärd & Sachs, 1996, 1998; Kurhila & Lehtimaja, 2019; Svensson et al., 2008; Linell & Bredmar, 2007), har vist at risikosnakk er et viktig aspekt innen helsekommunikasjon. Risikosnakk oppstår her typisk rundt presentasjon av resultatene etter selve blodtrykksmålingen. Presentasjon av måleresultater er ifølge Kurhila og Lehtimaja (2019, s. 182) en kommunikativ aktivitet som kan ses på som et overordnet, globalt kommunikativt prosjekt i seg selv. I denne studien ses derimot presentasjon av resultatene og forhandling om forståelsen av disse som en integrert del av blodtrykksmålingen som helhet og behandles som et underordnet kommunikativt prosjekt. Sykepleierne presenterte resultatene av blodtrykksmålingene som onlinekommentarer i form av sin faglige vurdering, noe som tilsvarer det Kurhila og Lehtimaja (2019) fant som mest vanlig i sin studie. I blodtrykksmåling 3, 4 og 5 presenterer sykepleierne i tillegg først den numeriske tallverdien, før deres faglige vurdering. Presentasjon av måleresultater som kombinasjon av tallverdier og vurdering fant Kurhila og Lehtimaja (2019) også når resultatene av målingene ble presentert i forbindelse med selve målingen, som her.

Kurhila og Lehtimaja (2019, s. 185) beskriver i tillegg hvordan det at sykepleierne presenterer resultater i form av numeriske tallverdier bidrar til at pasienten selv kan gjøre seg opp en mening om resultatet, slik som i blodtrykksmåling 3 og 4. Dette kan også kaste lys over blodtrykksmåling 3, hvor det kan se ut som sykepleieren var ute etter pasientens vurdering av blodtrykket som bistand til hennes faglige vurdering. Kurhila og Lehtimaja (2019) fant også at sykepleierens kvalitative vurdering bidro som en hjelp (i form av rekontekstualisering) til pasientens vurdering av tallene dersom pasienten ikke var kjent med normalverdiene, som er tilfellet i blodtrykksmåling 5.

Rekontekstualisering av tallverdier fant Adeswärd og Sachs (1996, 1998) som en viktig ressurs i risikosnakk. Svensson et al. (2008) fant bruk av sammenligning med pasientens normalverdier eller generelle normverdier, samt kontekstualisering, som en vanlig måte å rekontekstualisere pasientenes aktuelle tallverdier på, for å slik bidra til felles forståelse av resultatet og å normalisere disse. Normalisering har gjerne som funksjon å dempe risiko, og kan derfor ses i sammenheng med risikosnakk.

Adeswärd og Sachs (1996, s. 1179) sier at et risikoscenario innebærer en eller annen form for fare for den risikoutsatte. Her dreier denne faren seg om den helsemessige risikoen som kan sies å være knyttet til et for høyt eller for lavt blodtrykk samt eventuelle avvik i de andre målingene (puls, oksygenmetning og temperatur). En persons blodtrykk er, sammen med de andre vitale målene, et uttrykk for hvordan kroppen har det. Derfor utgjør resultatet av en blodtrykksmåling viktig informasjon helsepersonell

trenger for å kunne vurdere en pasients fysiske tilstand. I ytterste konsekvens trenger pasienten videre medisinsk behandling på sykehuset fordi avvikene utgjør en fare for hans liv og helse. Dermed blir tallene vesentlig i vurderingen av om pasienten kan sies å være frisk eller ikke. Sykepleierens kvalitative vurdering av målingene hun nettopp gjennomførte innebærer å utelukke noe av den potensielle faren, og vurderingen utgjør dermed et viktig aspekt i risikosnakk. I blodtrykksmåling 4 stadfestes det raskt at det ikke er noen fare for pasienten fordi han har et *textbook-blodtrykk*. Mens i blodtrykksmålingene 1, 2, 3 og 5 adresseres, forhandles og avklares risiko før deltakerne kan gå videre i interaksjonen.

## 5.2 Avslutning

Jeg har gjennom analysene vist at en praktisk rutineoppgave som blodtrykksmåling er kommunikativt komplekst. Analysene viser at det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling er satt sammen av flere kommunikative prosjekt på ulike nivå, og at deltakerne veksler relativt sømløst mellom prosjektene ved hjelp av kontekstualiseringssignaler. Kontekstualiseringssignaler er eksempel på kommunikative ressurser som er tilgjengelige for deltakerne i interaksjon. Disse signalene kan være muntlige, kroppslige eller en kombinasjon, noe vi ser eksempler på i alle fem blodtrykksmålingene. Kontekstualiseringssignalene og den tilhørende vekslingen mellom kommunikative prosjekt bidrar til fremdrift mot å nå målet med det overordnede prosjektet som er å få utført selve blodtrykksmålingen. Fullførelsen av dette prosjektet utgjør samtidig et bidrag mot oppfyllelsen av det øverste globale, mer institusjonelle, prosjektet som er å undersøke om pasienten er utskrivningsklar fra sykehuset.

Felles for de kommunikative prosjektene beskrevet i denne studien, uavhengig nivå og størrelse, er at de er sammenflettet i hverandre og samtidig uløselig knyttet til profesjonsutførelsen til sykepleieren. Analysene har vist at verbalt snakk ikke nødvendigvis er avgjørende for det praktiske samarbeidet om gjennomføringen av blodtrykksmålingen. Med andre ord er ikke snakk alltid den mest fremtredende kommunikative ressursen, og noen ganger blir snakket til og med satt helt i bakgrunnen. Både kroppslige bevegelser og bruken av objekter kan som vist utnyttes som kontekstualiseringssignaler og muliggjør framdrift i interaksjon. Jeg har gjennom analysene tydeliggjort det dynamiske kommunikative samarbeidet som kreves for å komme i mål med kommunikative prosjekt. Jeg har beskrevet hvordan et slikt samarbeid kan kalles for *samspråking* og at det er sammenvevingen av snakk, kroppers bevegelser og utnyttelsen av objekter som til sammen utgjør kommunikasjonen som muliggjør gjennomføringen av det kommunikative prosjektet blodtrykksmåling.

### 5.3 Videre forskning

På bakgrunn av resultatene i denne studien, vil det i videre forskning være interessant å se nærmere på rutiniserte sykepleieoppgaver som kan illustrere samspillet mellom språk, kropp og artefakt i interaksjon, men som samtidig involverer en større grad av risiko. Det kan for eksempel være blodtrykksmåling som blir utløst av en forverring i pasientens tilstand. Da vil man i større grad enn i denne studien få belyst risikohåndtering i sykepleier-pasient-interaksjon.

Det vil også være interessant å belyse rutinehandlinger som utløser større grad av ubehag hos pasienten, for eksempel blodprøvetaking. Her kan man gå ut ifra at den relasjonelle spenningen mellom sykepleier og pasient vil være høy, noe som krever utstrakt bruk av ansiktsbevaring i interaksjon. En analyse av slike handlinger vil kunne gi innblikk i hvordan språk, kropp og artefakter brukes som ressurser i det relasjonelle aspektet av interaksjon, et aspekt sykepleiere må ivareta i samtidighet med utførelsen av selve profesjonshandlingen.

Det hadde også vært interessant å studere hvordan sykepleiere lærer opp sykepleierstudenter i praktiske rutinehandlinger. Det vil kunne gi et inntak til hvordan sykepleiere kategoriserer samspillet mellom språk, kropp og artefakt i praksis, og hvordan dette samspillet vektlegges og gjøres i praksis i opplæringen av nye sykepleiere. En slik studie vil også kunne få satt ord på noe av den tause interaksjonskunnskapen som er i sving i sykepleier-pasient-interaksjon.

## Referanser

- Adelswärd, V. & Sachs, L. (1996). The meaning of 6.8: Numeracy and normality in health information talks. *Social science and medicine*, 43(8), 1179–1187.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00366-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00366-5)
- Adelswärd, V. & Sachs, L. (1998). Risk discourse: Recontextualization of numerical values in clinical practice. *Text & Talk*, (18)2, 191–210.  
<https://doi.org/10.1515/tesxt.1.1998.18.2.191>
- Aiello, J. & Nero, S. J. (2019). Discursive Dances: Narratives of Insider/Outsider Researcher Tension. *Journal of Language, Identity & Education*, 18(4), 251–265.  
<https://doi.org/10.1080/15348458.2019.1623035>
- Atkinson, P. (1999). Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility. I S. Sarangi & C. Roberts (Red.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. (s. 75–107). Mouton de Gruyter.
- Bohlin, H. (2009). Tyst kunskap – ett mångtydigt begrepp. I J. Bornemark & F. Svenaeus (Red.), *Vad är praktisk kunskap?* (s. 55–84). Södertörns högskola.
- Candlin, S. (2011). Changes in professional identity: Nursing roles and practices. I C. N. Candlin & S. Sarangi (Red.), *Handbook of Communication in Organisations and Professions*. (volum 3, s. 551– 569). De Gruyter Mouton.
- Day, D. & Wagner, J. (2014). Objects as tools for talk. I M. Nevile, P. Haddington, T. Heinemann & M. Rauniomaa (Red.), *Interacting with Objects*. (s. 101–124). John Benjamins Publishing Company.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021.  
*Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale Forskningsetiske komiteene, forskningsetikk.no  
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: an introduction. I P. Drew & J. Heritage (Red.), *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. (s. 3–65). Cambridge University Press.

- Goffman, E. (1964). The Neglected Situation. *American anthropologist*, 66(6), 133–136.  
[https://doi.org/10.1525/aa.1964.66.suppl\\_3.02a00090](https://doi.org/10.1525/aa.1964.66.suppl_3.02a00090)
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior*. Pantheon.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Harper & Row.
- Goodwin, C. (2000a). Practices of Color Classification. *Mind, Culture, and Activity*, 7(1–2), 19–36. <https://doi.org/10.1080/10749039.2000.9677646>
- Goodwin, C. (2000b). Action and embodiment within situated human interaction. *Journal of Pragmatics*, 32(10), 1489–1522. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(99\)00096-X](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(99)00096-X)
- Gordon, C. & Kraut, J. (2018). Interactional Sociolinguistics. I B. Vine (Red.), *The Routledge handbook of language in the workplace*. (s. 3–14). Routledge.
- Grainger, K. (2004). Verbal play on the hospital ward: Solidarity or Power? *Multilingua*, 23(1–2), 39–59. <http://doi.org/10.1515/mult.2004.007>
- Gumperz, J. J. (1982). *Discourse strategies*. Cambridge University Press.
- Hak, T. (1999). `Text` and `con-text` : Talk bias in studies of health care work. I S. Sarangi & C. Roberts (Red.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. (s. 427–451). Mouton de Gruyter.
- Hammerstad, G. T., Andenæs, E., Gundrosen, S. & Sarangi, S. (2016). Discourse types and (re)distribution of responsibility in simulated emergency team encounters. *Communication & Medicine*, 13(1), 51–70. <http://doi.org/10.1558/cam.32148>
- Heritage, J. & Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1501–1517.  
[http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00219-1](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00219-1)
- Hoel, T. L. (2000). Forskning i eget klasserom. Noen praktisk-metodiske dilemma av etisk karakter. *Nordisk Pedagogik*, 20(3), 160–170.
- Johansen, D. (19. 02. 2018). Helseforetaksreformen må avvikles – sykehusene tilbake til offentlig forvaltning. Sykepleien.no:  
<https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2018/02/helseforetaksreformen-ma-avvikles-sykehusene-tilbake-til-offentlig>
- Kurhila, S. & Lehtimaja, I. (2019). Dealing with numbers: Nurses informing doctors and patients about test results. *Discourse Studies*, 21(2), 180–198.  
<https://doi.org/10.1177/1461445618802662>

- Linell, P. (1990) De institutionaliserade samtalsens elementära former: Om möten mellan professionella och lekmän. *Forskning om utbildning. Tidsskrift för analys och debatt*, 4, 18–35.
- Linell, P. (2001). *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. John Benjamins Publishing Company.
- Linell, P. & Bredmar, M. (2007). Reconstructing Topical Sensitivity: Aspects of Face Work in Talks between Midwives and Expectant Mothers. I T. A. Van Dijk (Red.), *Discourse Studies 1-5*, (volum 3, s. 418–444). Sage.
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind and world Dialogically: Interactional and contextual theories of human sense-making*. Information Age Publishing.
- Linell, P. (2011). *Samtalskulturer: kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. (volum 1). Linköpings universitet, Institutionen för kultur och kommunikation.
- Linell, P. (2020). Epilog: multimodalitet och språk I M. Broth & L. Keevallik (Red.), *Multimodal interaktionsanalys*. (s. 417–432). Studentlitteratur.
- Marsden, S. & Holmes, J. (2014). Talking to the elderly in New Zealand residential care settings. *Journal of Pragmatics*, 64, 17–34. Elsevier.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pragma.2014.01.006>
- Nevile et al. (2014). On the interactional ecology of objects. I M. Nevile, P. Haddington, T. Heinemann & M. Rauniomaa (Red.), *Interacting with objects. Language, materiality and social activity*. (s. 3–26). John Benjamins Publishing Company.
- Norsk Sykepleierforbund (u.å.). Nye roller for sykepleiere. Nsf.no  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/nye-roller-sykepleiere>
- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. (2003). Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society* 14(6), 727–750.  
<https://hdl.handle.net/10138/33917>
- Sarangi, S. & Roberts, C. (1999). The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. I S. Sarangi & C. Roberts (Red.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. (s. 1–57). Mouton de Gruyter.
- Sarangi, S. & Candlin, C. N. (2003). Editorial. Categorization and explanation of risk: a discourse analytical perspective. *Health, Risk & Society*, 5(2), 11–124.  
<https://doi.org/10.1080/1369857031000123902>

- Sarangi, S. (2010a). Practicing Discourse Analysis in Healthcare Settings. I I. Bourgeault, R. Dingwall & R. De Vries (Red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (s. 397–416). Sage.
- Sarangi, S. (2010b). Reconfiguring self/identity/status/role: The case of professional role performance in healthcare encounters. *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*, 7(1), 75–95.
- Sarangi, S. & Gilstad, H. (2014). Midwives communicative expertise in obstetric ultrasound encounters. I W. S. Chou & H. E. Hamilton (Red.), *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. (s. 539–556). Routledge.
- Skilbrei, M-L. (2019). *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget.
- Skovholt, K., Landmark, A. M. D., Sikveland, R. O. & Solem, M. S. (2021). *Samtaleanalyse. En praktisk innføring*. Cappelen Damm Akademisk.
- Starfield, S. (2013). Researcher reflexivity. I C. A. Chapelle (Red.), *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. (s. 1–7). Blackwell Publishing.
- Streeck, J., Goodwin, C. & LeBaron, C. (2011). Embodied Interaction in the Material World: An Introduction. I J. Streeck, C. Goodwin & C. LeBaron (Red.), *Embodied Interaction: Language and the Body in the Material World*. (s. 1–26). Cambridge University Press.
- Svennevig, J. (2020). *Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Cappelen Damm Akademisk.
- Svensson, S., Linell, P. & Kjellgren, K. I. (2008). Making sense of blood pressure values in follow-up appointments for hypertension. *International Journal of Cardiology*, 123(2), 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2006.11.172>
- Swinglehurst, D., Roberts, C. & Greenhalgh, T. (2011). Opening Up the “Black Box” of the Electronic Patient Record: A Linguistic Ethnographic Study in General Practice. *Communication & Medicine*, 8(1), 1–12. <http://doi.org/10.1558/cam.v8i1.3>
- Thunqvist, D. P., Sandén, I., & Bülow, P. (2012). Kommunikation som praktik. En teoretisk bakgrunn. I P. Bülow, D. P. Thunqvist, & I. Sandén (Red.), *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter*. (s. 17–31). Gleerups Utbildning AB.

# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Infoskriv pasient

**Vedlegg 2:** Infoskriv sykepleier

**Vedlegg 3:** Transkripsjonsnøkkel



## **Vedlegg 1: Infoskriv pasient**

# **Vil du delta i forskningsprosjektet**

## **«Det kommunikative samspillet mellom sykepleier og pasient»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet er å undersøke det språklige samspillet mellom sykepleier og pasient. Dette vil jeg gjøre ved å ta videoopptak av samtaler mellom pasient og sykepleier når et blodtrykk skal måles. Det er viktig å belyse hvordan sykepleier-pasient-kommunikasjon faktisk foregår i praksis og målet med denne forskningen er å bidra til økt fokus på kommunikasjon som en viktig del av sykepleieutførelsen.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Humanistisk fakultet, Institutt for språk og litteratur er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta i denne forskningen fordi du skal legges inn på sykehuset, og fordi du i den forbindelse kommer til å få målt blodtrykket ditt av sykepleiere.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i forskningsprosjektet, innebærer det for deg at du samtykker til et videoopptak av samtalen du deltar i sammen med sykepleier mens du får målt blodtrykket ditt, i etterkant av operasjonen og når du er tilbake på pasientrommet på sengeposten. Opptaket vil være av samme varighet som samtalen, og samtalen gjennomføres slik den vanligvis gjøres. Det er jeg som kommer til å utføre selve filmingen, og det at jeg er til stede og filmer dere skal ikke være til hinder for din behandling. Du kan underveis samhandle og snakke med sykepleieren som du ønsker.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Om du velger å delta i prosjektet eller ikke, kommer ikke til å påvirke den behandlingen du får på sykehuset.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene som kommer frem vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og NTNU er den institusjonen som er ansvarlig for å behandle disse opplysningene konfidensielt. Det vil kun være meg (Cathrine Stranden) og min veileder

(Gøril Thomassen Hammerstad) som har tilgang til opplysningene. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang på personopplysninger, vil navn og kontaktopplysninger erstattes med koder som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Opptakene skal lagres sikkert på NTNU sitt system. Deler av opptakene vil bli skriftlig nedtegnet med oppdiktede navn. Disse skriftlige nedtegnelsene fra materialet vil brukes i masteroppgaven.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Det lagrede materialet vil beskyttes med flerfaktorautentisering og adgangsbegrensning. Når prosjektet er avsluttet vil videoopptakene bli slettet, senest 1. desember 2023.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med NTNU: **Masterstudent** Cathrine Stranden, [cathstra@ntnu.no](mailto:cathstra@ntnu.no), 95 80 59 08 og **veileder** Gøril Thomassen Hammerstad, [goril.thomassen@ntnu.no](mailto:goril.thomassen@ntnu.no), 73 59 64 92.

Vårt personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen, [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), 93 07 90 38.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Cathrine Stranden  
Masterstudent

Gøril Thomassen Hammerstad  
Veileder

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Det kommunikative samspillet mellom sykepleier og pasient*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i videoopptak av blodtrykksmåling og deltakelse i forskningsprosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg 2: Infoskriv sykepleier**

# **Vil du delta i forskningsprosjektet**

## **«Det kommunikative samspillet mellom sykepleier og pasient»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet er å undersøke det språklige samspillet mellom sykepleier og pasient. Dette vil jeg gjøre ved å ta videoopptak av samtaler mellom pasient og sykepleier når et blodtrykk skal måles. Det er viktig å belyse hvordan sykepleier-pasient-kommunikasjon faktisk foregår i praksis og målet med denne forskningen er å bidra til økt fokus på kommunikasjon som en viktig del av sykepleieutførelsen.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Humanistisk fakultet, Institutt for språk og litteratur er ansvarlig for prosjektet

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta i denne forskningen fordi du jobber som sykepleier på sykehuset, og fordi du i den forbindelse kommer til å måle blodtrykket til pasientene du jobber med.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i forskningsprosjektet, innebærer det for deg at du samtykker til et videoopptak av samtalen du deltar i sammen med pasienten mens du måler blodtrykket hans/hennes på pasientrommet, postoperativt. Opptaket vil være av samme varighet som samtalen, og samtalen gjennomføres slik den vanligvis gjøres. Det er jeg som kommer til å utføre selve filmingen, og det at jeg er til stede og filmer dere skal ikke være til hinder for at du får gjort jobben din. Du kan underveis samhandle og snakke med pasienten som du ønsker.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Om du velger å delta i prosjektet eller ikke, kommer ikke til å påvirke jobben din ved sykehuset.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene som kommer frem vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og NTNU er den institusjonen som er ansvarlig for å behandle disse opplysningene konfidensielt. Det vil kun være meg (Cathrine Stranden) og min veileder (Gøril Thomassen Hammerstad) som har tilgang til opplysningene. For å sikre at ingen

uvedkommende får tilgang på personopplysninger, vil navn og kontaktopplysninger erstattes med koder som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Opptakene skal lagres sikkert på NTNU sitt system. Deler av opptakene vil bli skriftlig nedtegnet med oppdiktede navn. Disse skriftlige nedtegnelsene fra materialet vil brukes i masteroppgaven.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Det lagrede materialet vil beskyttes med flerfaktorautentisering og adgangsbegrensning. Når prosjektet er avsluttet vil videoopptakene bli slettet, senest 1. desember 2023.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med NTNU: **Masterstudent** Cathrine Stranden, [cathstra@ntnu.no](mailto:cathstra@ntnu.no), 95 80 59 08 og **veileder** Gøril Thomassen Hammerstad, [goril.thomassen@ntnu.no](mailto:goril.thomassen@ntnu.no), 73 59 64 92.

Vårt personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen, [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), 93 07 90 38.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Cathrine Stranden  
Masterstudent

Gøril Thomassen Hammerstad  
Veileder

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Det kommunikative samspillet mellom sykepleier og pasient*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i videoopptak av blodtrykksmåling og deltakelse i forskningsprosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 3: Transkripsjonsnøkkel

## Transkripsjonsnøkkel

Forenklet versjon av Jefferson-konvensjonen (Skovholt et al., 2021, s. 135–136).

Spl	sykepleier.
Pas	pasient.
[ord]	overlappende tale.
=ord	sammenlenking, ingen pause fra forrige taletur.
.	fallende intonasjon.
,	litt stigende intonasjon.
?	tydelig stigende intonasjon.
o::rd	forlenget vokal eller konsonant. Jo flere kolon, jo lengre lyd.
<u>ord</u>	trykk.
(.)	kort pause under 0,2 sekunder.
(tall)	tid i sekunder mellom slutten av ett ord og begynnelsen på det neste.
ORD	merkbart høyere lydstyrke enn omkringliggende snakk.
°ord°	merkbart lavere lydstyrke enn omkringliggende snakk.
ord-	avbrutt tale.
h	hørbar, forlenget innpust.
hh	hørbar, forlenget utpust.
<ord>	saktere taletempo enn omkringliggende snakk.
(uhørbart)	usikkert taleinnhold.
@	latter. En krøllalfa per latterlyd.
@ord@	lattermild tale.

