



Fælles beslutningstagning: et spørgsmål om ideal eller virkelighed

Et speciale i sundhedskommunikation om relationen mellem læge og patient

10. semester på Kandidatuddannelsen i Kommunikation

Aalborg Universitet - CPH

1. juni 2015

Anslag: 307.636 svarende til 128,18 normalsider.

Gruppe 17

Vejleder: Helle Alrø

Christine H. Jørnung

Studienr.: 20104297

Louise B. Bojsen

Studienr.: 20104284

Institut for Kommunikation

AAU - CPH

Abstract

This thesis examines shared decision-making at Vejle Hospital, Orthopedic Surgery Outpatient Clinic. Shared decision-making is a model where doctor and patient are seen as collaborators. The doctor must take the patient's preferences and life situation into consideration and the patient must participate actively in order to make shared decision-making happen in the consultation.

The aim is to investigate how a doctor and patient come to an agreement about the patient's further treatment and what relational conditions between the patient and doctor that might affect the decision-making process. We followed seven doctors and observed 29 consultations between doctor and patient. The analysis results in a set of patterns and deviations that we discovered in our empirical material.

We used a qualitative approach to obtain our material. We observed the consultations and recorded them with a tape recorder. We applied observation to attain a comprehensive insight into the relationship between the doctor and patient. We interviewed the patient and doctor after the consultation and asked about their immediate experience of the consultation.

The thesis takes a social constructivist approach to understand the relational conditions between the doctor and patient and how they come to an agreement. We have as a theoretical framework used discourse psychology in order to locate discourse patterns and deviations in our empirical material. We have drawn on positioning theory because it can enlighten us about how a doctor and patient position themselves in relation to each other. We have as an analytic tool incorporated speech act theory because it can give us knowledge about the participants' statements.

The result of the analysis shows four different ways in which a doctor and patient may make a decision: 1) The doctor can, based on professional knowledge, make the decision without actively including the patient. 2) The

doctor can recommend different treatments and leave it up to the patient to decide which treatment to follow. 3) The patient asks for a specific treatment and the doctor accommodates the request. 4) The last decision-making type is related to the third, but instead of accommodating the treatment, the doctor declines it. We furthermore detected different relational conditions that could affect the decision-making process. We found that: asymmetric knowledge, asymmetric power balance, trust, empathic abilities, different perspective and needs between the doctor and patient influenced the decision-making.

We did not detect shared decision-making in its pure form, and the above patterns lead to a discussion of whether or not shared decision-making can exist in practice. We believe that the model has some qualified elements that can help improve the doctor-patient relationship, but the model also faces some challenges in practice. Many barriers are potentially modifiable and can be addressed by attitudinal changes at the levels of patient, healthcare team and the organization.

Forord

Vi har metaforisk beskrevet de sidste fire måneder som en lang og lærerig specialegraviditet og fødsel. Forløbet har været en hård udviklingsproces, der til tider har forårsaget teoretisk morgenkvalme. Processen har dog samtidig været ufattelig lærerig, og vi ser med spænding og forventning frem til resultatet
- vores specialebaby.

Vi vil først og fremmest takke vores kompetente, imødekommende og omsorgsfulde fødselshjælper og vejleder Helle Alrø. Helle har udfordret os og bidraget med indsigtsfulde refleksioner og en stor viden om det sundhedskommunikationsfaglige felt.
Tak for kampen!

En stor tak skal også lyde til Sektoransvarlig Overlæge Lilli Sørensen, Forskningsleder Jette Ammentorp samt personalet på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium på Vejle Sygehus for jeres hjælp og imødekommenhed.
Tak fordi I åbnede Jeres døre for ”kommunikationspigerne”.

God læselyst!

Til kærligt minde om Faster Linda.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
FORORD	4
1. INDLEDNING OG MOTIVATION	8
2. FORSKNINGSFELT	10
2.1. PROBLEMFOMULERING.....	11
2.2. FORSKNINGSREVIEW	12
2.2.1. <i>Patienten som partner</i>	12
2.2.2. <i>Læge-patient forholdet</i>	14
2.2.3. <i>Calgary Cambridge modellen</i>	14
2.2.4. <i>Fælles beslutningstagning</i>	15
2.2.5. <i>Fælles beslutningstagning i Danmark</i>	18
2.3. SYGEHUSVÆSENET SOM INSTITUTION.....	19
2.4. CASEBESKRIVELSE	21
2.4.1. <i>Ortopædkirurgisk Afdeling - Ambulatorium</i>	23
2.5. AFGRÆNSNING	24
2.6. SPECIALETS STRUKTUR.....	26
3. SPECIALETS VIDENSKABSTEORETISKE TILGANG	27
4. SPECIALET SOM ET CASESTUDIE	29
5. METODE	32
5.1. EMPIRIINDSAMLING.....	34
5.2. OBSERVATION PÅ ORTOPÆD DAGKIRURGISK AMBULATORIUM.....	36
5.2.1. <i>Samtaleobservation</i>	38
5.2.2. <i>Observation før og efter samtaleobservationerne</i>	40
5.2.3. <i>Refleksion over observatørpositionen</i>	42
5.3. LÆGE- OG PATIENT INTERVIEWS.....	42
5.3.1. <i>Lægeinterviews</i>	43
5.3.2. <i>Patientinterviews</i>	44
5.4. UDVÆLGELSE AF EMPIRI	45
5.5. TRANSSKRIBERING	46
5.6. KATEGORISERING AF EMPIRI	48
5.7. LOGBOG	49

6. TEORIPRÆSENTATION	49
6.1. DISKURSPSYKOLOGI	49
6.2. POSITIONERING OG MAGT.....	53
<i>Emnestyring</i>	57
<i>Korrektioner</i>	57
6.3. PRAGMATISK SPROGBRUGSANALYSE OG TALEHANDLINGER	58
<i>Lokution</i>	59
<i>Illokution</i>	60
<i>Perlokution</i>	60
<i>Assertive sprog handlinger</i>	62
<i>Direktive sprog handlinger</i>	62
<i>Kommissive sprog handlinger</i>	62
<i>Ekspressive sprog handlinger</i>	62
<i>Indirekte sprog handlinger</i>	63
6.4. PRÆSENTATION AF ANALYSEBEGREBER	63
<i>Præsupposition</i>	63
<i>Modalitet</i>	64
<i>Deiksis</i>	65
<i>Metafor</i>	65
<i>Parasprog</i>	66
<i>Perspektiv</i>	66
<i>Metakommunikation</i>	67
6.5. KONTEKSTBEGREB	67
7. ANALYSE.....	70
7.1. LÆGENS POSITION	72
7.1.1. <i>Lægen giver anbefalinger</i>	72
7.1.2. <i>Lægens begrænsninger</i>	79
7.1.3. <i>Lægens definitionsmagt</i>	86
7.1.4. <i>Lægens forståelse for patientens perspektiv</i>	93
7.1.5. <i>Lægens inklusion af patientens perspektiv</i>	97
7.1.6. <i>Lægens eksklusion af patientens perspektiv</i>	102
7.1.7. <i>Lægens understøttende kommunikative virkemidler</i>	105
7.2. PATIENTENS POSITION.....	109
7.2.1. <i>Patienten afgiver definitionsmagten</i>	109

7.2.2. Patienten sætter dagsordenen.....	115
7.2.3. Patientens begrænsninger	123
7.2.4. Patientens ekspertviden	129
7.3. SAMMENFATNING AF ANALYSE	133
7.3.1. Beslutningstagning i læge-patient samtalen	133
7.3.2. Relationelle forhold i beslutningstagningen.....	138
7.3.3. Positioneringsmuligheder i læge-patient samtalen	142
7.3.4. Fælles beslutningstagning i praksis.....	144
8. DISKUSSION.....	145
8.1. BÆRER LÆGEN ANSVARET FOR AT INDDRAGE PATIENTEN?	145
8.2. ER FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING TIL PATIENTENS FORDEL?.....	149
8.3. FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING: IDEAL ELLER VIRKELIGHED?	151
9. KONKLUSION	157
10. REFLEKSIVT EFTERSKRIV	159
11. LITTERATURLISTE	162
BØGER	162
UNDERSØGELSER	166
ARTIKLER	167
HJEMMESIDER.....	169

1. Indledning og motivation

Med dette speciale sætter vi fokus på læge-patient samtalen og undersøger, hvordan læger og patienter træffer beslutninger om patientens behandlingsforløb. Specialet undersøger interaktionen og relationen mellem læge og patient i lyset af modellen *fælles beslutningstagning*. Med fælles beslutningstagning inddrager sundhedsprofessionelle patienten i beslutninger om patientens behandling og ændrer magtrelationen mellem læge og patient (Bredahl & Baker, 2014: 145). Modellen fælles beslutningstagning findes i et utal af forskellige variationer og anvendes i høj grad i det danske sundhedsvæsen og i udlandet (Pelzang, 2010: 912). Når vi nævner betegnelsen fælles beslutningstagning refererer vi ikke til en konkret anvendelse af modellen, men snarere til et koncept. Udgangspunktet i fælles beslutningstagning er, at behandlere, patienter og pårørende betragtes som partnere, der samarbejder om behandlingen (Bredahl & Baker, 2014: 145). Modellens udbredelse og anvendelse vil vi uddybe i specialets forskningsreview.

Vi er interesseret i at undersøge, hvorvidt idealet i modellen om at træffe beslutninger i fællesskab er mulig i praksis. Lægen og patientens indlejrede diskursive positioner kan være en udfordring for en reel fælles beslutningstagning. Her tænker vi særligt, at lægen med sin faglige viden er i en magtposition, hvor han kan træffe beslutninger på patientens vegne. På grund af lægens magtposition tænker vi, at en demokratisk beslutningstagning kan være en udfordring.

At læge-patient kommunikation er et aktuelt emne kan blandt andet ses i den offentlige debat med artikeloverskrifter som: "*Patienter savner dialog med læger*" (Mandag Morgen¹), "*Dårlig dialog: Læger taler ikke nok med patienter*" (TV2 Nyhederne²), "*Syg dialog mellem læge og patient*" (Berlingske³), "*Relationen mellem læge og patient er sygdomsramt*" (Politiken⁴) og "*En fjerdedel af*

¹ Mm.dk. Patienter savner dialog med læger.

² Nyhederne.tv2.dk. Dårlig dialog - læger taler ikke nok med patienterne.

³ B.dk. Syg dialog mellem læge og patient.

⁴ Politiken.dk. Relationen mellem læge og patient er sygdomsramt.

patienterne får ikke talt med lægen om deres spørgsmål og bekymringer” (Patientsikkerhed⁵). I medie billedet bliver lægerne blandt andet kritiseret for ikke at have de rette kommunikative kompetencer⁶. Undersøgelser viser samtidig, at et øget fokus på læge-patient kommunikation kan mindske negative følgevirkninger og lange indlæggelsesforløb⁷ (Pelzang, 2010: 912).

Kræftens Bekæmpelse sætter også fokus på læge-patient kommunikation og har i en rapport undersøgt 724 sager med fejl i sundhedsvæsenet (Linnemann & Lipczak, 2014). Ifølge rapporten kan miskommunikation mellem læger medføre forsinkelser i behandlingen for kræftpatienter, der i sidste ende kan betyde, at kræftsvulster bliver uhelbredelige⁸.

En kvantitativ undersøgelse udarbejdet i et samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden viser, at hver fjerde patient ikke får talt ordentligt med personalet, når de er indlagt på et sygehus (Fuglsang, Kyed, Samson & Østerbye, 2014b). Ifølge Kirsten Lomborg, der er professor i patientinvolvering, kan den manglende kommunikation mellem det sundhedsfaglige personale og patienterne medføre omfattende konsekvenser som for eksempel forkerte eller uønskede operationer⁹. I den kvalitative del af undersøgelse foretaget af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Tryg Fonden fortæller patienterne, at de mangler bedre rammer for dialog, bedre patientuddannelse og samtaler før, under og efter behandlingen (Fuglsang, Frank & Samson, 2014a).

Bevæggrunden for at skrive speciale om læge-patient kommunikation er henholdsvis personligt og fagligt funderet. Fagligt er vi fascineret af magtrelationen mellem læge og patient set i lyset af demokratiserende tiltag som eksempelvis fælles beslutningstagning. Vi stiller spørgsmålstejn ved, om det kan lade sig gøre at komme udover de relationelt og diskursivt indlejrede magtforhold mellem læge og patient.

⁵ Patientsikkerhed. En fjerdedel af patienterne får ikke talt med lægen om deres spørgsmål og bekymringer.

⁶ Dr. dk. Lægerne skal lære at kommunikere.

⁷ Dr.dk. Kommunikation kan forhindre patientklager.

⁸ Cancer.dk. Patienter kommer til skade på grund af svigt i kommunikation.

⁹ Mm.dk. Patienter savner dialog med læger.

Vi har personligt erfaret en række af de samme problemstillinger og udfordringer, som ovenstående artikler og undersøgelser berører både på egen krop og gennem venner og pårørende. Emnet berører os meget, og vi tror på, at et øget fokus på kommunikationen og de relationelle forhold mellem læge og patient er vigtig for at opnå så gode behandlingsforhold som muligt.

En ViBIS-undersøgelse (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet) fra 2014 viser, at det kan være en udfordring for det sundhedsfaglige personale at definere, hvad der menes med patientinddragelse. Det undersøgte sundhedspersonale kan nævne op til otte forskellige definitioner, hvor parametre som "at spørge ind til patientens behov" og "en god relation til patienten" ligger i bunden af definitionerne af patientinddragelse. Ifølge Mandag Morgen (2014a) er dette et fingerpeg om, at medmenneskelige opgaver prioriteres lavere end de mere fagligt orienterede.

ViBIS-undersøgelsen understøtter vores oplevelse af, at der er et behov for fortsat at undersøge og blive klogere på læge-patient kommunikation, selvom emnet allerede tildeles stor opmærksomhed (jf. afsnit 2. "Forskningsfelt"). Vi mener, at læge-patient kommunikation er værd at bruge vores specialisering på, da det har forbedringspotentiale, som vil kunne komme mange mennesker til gavn.

2. Forskningsfelt

Med dette afsnit sætter vi fokus på specialets forskningsfelt og den case, som specialet vil tage sit empiriske udgangspunkt i. Indledningsvist præsenteres specialets problemformulering. Bevæggrunden for specialets problemfelt uddybes i et forskningsreview, hvor vi fremlægger emnerelevante undersøgelser og artikler. Sluttelig, med afsæt i en kort introduktion til den institutionelle kontekst, præsenteres den valgte case fra Vejle Sygehus.

2.1. Problemformulering

Problemformuleringen lyder som følgende:

Hvordan kommer læge og patient kommunikativt frem til en konkret beslutning om patientens behandlingsforløb, og hvilke relationelle forhold kan påvirke beslutningstagningsprocessen i samtalen?

Som en hjælp og rettesnor for processen har vi nedskrevet fem undersøgelsesspørgsmål. Dette har vi gjort for at sikre, at vi når omkring de perspektiver, vi ønsker at undersøge, og at vi får besvaret problemformuleringen tilfredsstillende:

- Hvilken position har lægen i forhold til patienten i samtalen?
- Hvilken position har patienten i forhold til lægen i samtalen?
- Hvordan træffer læge og patient en beslutning under den kliniske konsultation?
- Hvilke forhold kan påvirke beslutningstagningsprocessen mellem læge og patient?
- Hvordan kan vi forstå lægens og patientens relationelle forhold i lyset af fælles beslutningstagning?

Vi vil undersøge specialets problemformulering ud fra en diskursanalytisk tilgang med fokus på, hvordan læger og patienter sprogligt positionerer sig i læge-patient samtalen (uddybes i specialets teoripræsentation). Formålet med specialet er ikke normativt at vurdere, hvordan lægerne og patienterne kommunikerer og positionerer sig mest hensigtsmæssigt i forhold til hinanden. Vi er ikke interesseret i at lægge skyld eller ansvar på nogle af parterne. Vi er derimod interesseret i at undersøge de relationelle, diskursive processer mellem læge og patient set i forhold til beslutningstagningsprocessen. Vi har valgt at vedlægge vores bilag elektronisk på en USB.

2.2. Forskningsreview

Afsnittet giver læseren et indblik i den litteratursøgningsproces, som har ledt til specialets problemformulering. Formålet med forskningsreview har været gennem en litteratursøgningsproces at undersøge læge-patient kommunikation, patientinddragelse og fælles beslutningstagning.

Under litteratursøgningen har vi søgt artikler og undersøgelser på Infomedia og Google Scholar, hvor vi har benyttet søgeordene *læge patient kommunikation*, *shared decision-making*, *fælles beslutningstagning*, *Calgary Cambridge modellen* samt *patientinddragelse*. Med udgangspunkt i litteraturlister fra blandt andre Region Sjælland, Region Syddanmark og Sundhedsstyrelsen har vi fundet teoretisk inspiration til andre undersøgelser og artikler. Ydermere har vi fået tilsendt videnskabelige artikler fra Professor og Forskningsleder fra Vejle Sygehus Jette Ammentorp.

2.2.1. Patienten som partner

Vi har foretaget en research af de danske regioners og sygehuses sundhedsstrategier og initiativer. Et flertal af de initiativer, som er ved at blive implementeret på de danske sygehuse eller som endnu er i udviklingsfasen, tager afsæt i et nyt paradigme, som sætter patienten i centrum.

Region Sjælland arbejder med *Patienten som partner* (Region Sjælland, 2015; Region Sjælland, 2013), Region Midtjylland med *Ny styring i et patientperspektiv* (Mandag Morgen, 2014b), hvor Region Nordjylland¹⁰ og Sygehus Lillebælt (Lauth, 2014) sætter *Patienten i centrum*.

Et samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed, TrygFonden, Danske Regioner og Mandag Morgen sætter ligeledes fokus på patienten i centrum (Mandag Morgen, 2014b). Ifølge Mandag Morgen (2014b) arbejder de Danske Regioner på en handleplan for at udvikle et sundhedsvæsen, som sætter patienten i centrum.

¹⁰ Rn.dk. Sundhedsaftaler med patienten i centrum.

Med initiativer som patienten som partner og patienten i centrum sættes der fokus på relationen mellem sundhedspersonale og patient, men særligt forsøges patientens rolle redefineret. Partnerskabet mellem læge og patient betyder, at patienten må dygtiggøre sig i forhold til egen sundhed og sygdom (Region Syddanmark, 2014). Partnerskabet er baseret på en lyttende og respektfuld tilgang, fælles beslutningstagning samt en helhedsorienteret indsats, hvor lægen tager hensyn til patientens samlede sygdoms- og livssituation (Region Syddanmark, 2014). Rinchin Pelzang (2010) har i en artikel forsøgt at skabe et litterært overblik over betegnelsen Patient-centred care (PCC). Han skriver, at den underliggende filosofi bag PCC er, at behandleren skal forsøge at se og forstå patienten som en person snarere end en samling af symptomer og sygdomme (Pelzang, 2010: 912). Den patient centrerede behandling bygger på et menneskesyn, der tror på, at patienter bedst selv kender til egne behov og er kvalificeret til at træffe beslutninger om, hvad de ønsker og har brug for (Pelzang, 2010: 912).

Tiltag, der sætter patienten i centrum, er ikke nye på tegnebrættet. Sundhedsvæsenet lavede allerede i slutningen af 1990'erne en målsætning om at fokusere på patientens oplevelse og involvering (Mandag Morgen, 2014a). Rapporten "Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse" (Brandt et al., 2014) af Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og ViBIS bygger på en undersøgelse af 2000 læger og 2000 sygeplejersker. Undersøgelsens viser, at 98 procent af lægerne mener, at det enten er vigtigt eller meget vigtigt at inddrage patienterne i behandlingen, og at det i høj eller nogen grad kan øge kvaliteten af behandlingen (Brandt et al., 2014). Modsat mener kun 11 procent af lægerne, at patienterne i høj grad har viden, som kan kvalificere behandlingen.

Rapporten (Brandt et al., 2014) belyser, at selvom ønsket om at sætte patienten i centrum er til stede, og initiativerne er mange, synes der ikke at være overensstemmelse med den udlevede lægepraksis.

2.2.2. Læge-patient forholdet

Paradigmeskiftet i patientens position har medvirket til forandrede relationsforhold mellem læge og patient. Det tema har Det Ethiske Råd beskæftiget sig med og udgivet antologien "Læge-patient-forholdet" (2003). Her bliver det blandt andet beskrevet, hvordan det traditionelle læge-patient forhold bliver opfattet som et såkaldt paternalistisk forhold, hvor lægen på grund af sin medicinske indsigt er i stand til at træffe beslutninger på patientens vegne (Det Ethiske Råd, 2003: 11). Den traditionelle læge-patient relation har dermed en indbygget asymmetri.

Patienten som partner og Patienten i centrum rummer et ideal om, at patientens selvbestemmelse og værdier så vidt muligt skal respekteres af lægen (Det Ethiske Råd, 2003: 16). Lægen forventes i udgangspunktet ikke at træffe beslutninger på patientens vegne. Det kan dog blive nødvendigt under særlige omstændigheder som for eksempel, hvis patienten er bevidstløs. Lægens position er at give patienten så meget information, sådan at patienten kan forholde sig til situationen og dermed selv træffe beslutninger om behandlingsforløbet (Det Ethiske Råd, 2003: 11). Modsat den traditionelle, asymmetriske relation er hensigten at skabe så meget symmetri i forholdet som muligt (Det Ethiske Råd, 2003: 11).

Det Ethiske Råd (2003: 14) skriver, at selvom mange patienter anerkender lægens autoritet, går tendensen i retning af at opfatte forholdet mellem læge og patient som forholdet mellem sælger og køber, hvor der skal træffes en beslutning på baggrund af en forhandling. Udviklingen er til fordel for den stærke patient, der møder velforberedt op til konsultationen, og som stiller krav til lægen, mens det for den svage patient, der ikke kan stille krav kan være en stor ulempe (Det Ethiske Råd, 2003: 14).

2.2.3 Calgary Cambridge modellen

Vi har i vores søgning stødt på Calgary Cambridge modellen, som er en tilgang, der har fokus på læge-patient kommunikation. Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman og Juliet Draper (1998) har konstrueret en evidensbaseret model for

kommunikationstræning, som anvendes på mange lægestudier under den kliniske del af uddannelsen. Kurtz, Silverman & Draper (1998: XIX) skriver: "*our overriding aim in writing this book is to help improve the standard of doctor-patient communication in practice*". Selve modellen er opstillet med 5 hovedpunkter med underpunkter omhandlende, hvordan en læge-patient samtale kan konstrueres og struktureres (Kurtz, Silverman & Draper, 1998: 21). De har ydermere konstrueret tre diagrammer, som visuelt og konceptuelt har til formål at indføre kommunikationskompetencer i en klinisk metode. Det udvidede diagram illustrerer strukturen for en konsultation, hvor Kurtz, Silverman, Benson og Draper blandt andet har inkluderet *shared decision making* i kategorien *explanation and planning* (2003: 806). Calgary Cambridge guiden har givet os indsigt i, at der foreligger en brugbar metode med fokus på læge-patient kommunikation, som medregner patientinddragelse og fælles beslutningstagning.

Et kritikpunkt ved guiden er, at den kan ses som en tjekliste, hvor lægen kan holde sig til specifikke spørgsmål og måder at indgå i relation med patienten. Vi er af den overbevisning, at konsultationskommunikationen er en dynamisk proces, som præges af både patienten og lægen. Guiden tager ikke hensyn til patientens påvirkning af den situationelle kontekst. Den kan give samtalen en mere mekanisk karakter, idet lægen har mulighed for at holde sig til de nedskrevne punkter og ikke tage udgangspunkt i patientens specifikke behov og forventninger. Vi vil i specialet inddrage modellen i specialets diskussionsafsnit.

2.2.4. Fælles beslutningstagning

Fælles beslutningstagning lægger op til, at patienten får en øget indflydelse på og deltagelse i behandlingsprocessen og beslutninger (Jacobsen, Pedersen & Albeck, 2008; Pelzang, 2010: 912). Med fælles beslutningstagning er ønsket at etablere et partnerskab mellem læge og patient, hvor målet er, at begge parter vil dele deres viden, værdier og præferencer i beslutningstagningen (Gionfriddo et al., 2014: 2). Gennem samtale skal lægen og patienten komme frem til den behandling, der er bedst for patienten. Gionfriddo et al. (2014: 2) skriver, at fælles beslutningstagning kan øge patientens livskvalitet, øge sandsynligheden

for at opnå de ønskede helbredsmæssige mål, og kan reducere konflikter mellem læge og patient samt antallet af patienter, der spiller en passiv rolle i beslutningstagningsprocessen.

Bredahl og Baker (2014: 151) foreslår fire grundprincipper for fælles beslutningstagning:

1. Både patient og behandler skal være aktivt involveret i beslutningstagningen.
2. Begge parter skal dele deres viden.
3. Begge parter skal dele deres præferencer.
4. Parterne skal nå til enighed.

For at fælles beslutningstagning kan lade sig gøre, skal begge parter være involveret og aktivt tage del i beslutningen. Der er derfor ikke tale om fælles beslutningstagning, hvis patienten indtager en passiv rolle og lader den sundhedsprofessionelle træffe beslutningen (Bredahl & Baker, 2014: 151). Der er endvidere heller ikke tale om fælles beslutningstagning, hvis lægen neutralt fremlægger viden for dernæst at lade patienten træffe sit valg (Bredahl & Baker, 2014: 151).

At træffe fælles beslutninger kræver fælles viden mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. Den sundhedsprofessionelles faglige viden skal præsenteres på en forståelig måde sådan, at patienten er i stand til at træffe en beslutning, der er i overensstemmelse med patientens livssituation og værdier (Bredahl & Baker, 2014: 152). Patienten sidder inde med en viden om eget sygdomsforløb og kropslige oplevelse, som må bringes i spil, da den kan være relevant for beslutningstagningen (Bredahl & Baker, 2014: 152).

Beslutningen skal være i overensstemmelse med patientens ønsker og værdier, og det er derfor vigtigt i fælles beslutningstagningsmodellen, at patientens præferencer tydeliggøres (Bredahl & Baker, 2014: 152). Ofte har patienter ikke gjort sig deres værdier klart, og det kan være nødvendigt, at den

sundhedsprofessionelle støtter patienten i at få afklaret sine præferencer (Bredahl & Baker, 2014: 152). Den sundhedsprofessionelles præferencer skal også tydeliggøres i samtalen med patienten. Det kan eksempelvis være den sundhedsprofessionelles erfaringer med tidligere behandlingsmetoder, regionale anbefalinger eller afdelingens principper (Bredahl & Baker, 2014: 153).

Med afsæt i relevant viden og præferencer fra både læge og patient skal parterne finde frem til en fælles beslutning (Bredahl & Baker, 2014: 153). Udfordringerne opstår, når parterne er uenige om, hvad der er den bedste behandling for patienten. I sidste ende er behandlingen afgjort af, hvad den sundhedsprofessionelle vil og kan tilbyde (Bredahl & Baker, 2014: 153).

I udlandet sættes der også fokus på fælles beslutningstagning. Campos og Graveto (2009) har undersøgt klinisk fælles beslutningstagning mellem sygeplejersker og patienter og har i den forbindelse udarbejdet et litteraturreview. Resultatet af deres undersøgelse påpeger, at patienter foretrækker at indgå i en fælles beslutningstagningsproces med professionelle, der kan støtte og give dem informationer, så de kan overkomme eventuelle barrierer (Campos & Graveto, 2009: 1065). Campos og Graveto (2009: 1065) påpeger, at der er brug for flere forskningsstudier til at adressere problemstillinger i kliniske beslutningstagningsprocesser, som kan bidrage til forbedringer i sygehusvæsenet.

De engelske lektorer Elwyn, Edwards, Kinnersley og Grol (2000) har beskæftiget sig med fælles beslutningstagning mellem praktiserende læger og patienter. De argumenterer for, at patientinvolvering i beslutningstagningen ikke er blevet defineret, men kun konceptualiseret som *patientcentreret* (Elwyn et al., 2000: 892). Elwyn et al. (2000) har haft fokus på de praktiserende lægers holdninger om at inddrage patienterne i den fælles beslutningstagningsproces. Undersøgelsens resultat er, at lægerne er positivt stemte over for at inddrage patienter mere aktivt (Elwyn et al., 2000: 896). Elwyn et al. (2000: 892) argumenterer for, at patientinddragelse og redskaberne dertil burde have en

højere prioritet, da det kan være med til at forbedre og kvalificere konsultationer.

Gravel, Légaré og Graham (2006) har udarbejdet et systematisk review med fokus på barrierer, der optræder i gennemførelsen af fælles beslutningstagning i kliniske omgivelser. Gravel, Légaré og Graham (2006: 1) har undersøgt 31 publikationer, hvor 28 unikke studier var inkluderet fra blandt andet England, USA, Canada, og Holland. De tre oftest rapporterede barrierer ved fælles beslutningstagning er; tidsbegrænsning, manglende anvendelighed grundet patientkarakteristika (faktorer som alder, køn, etnicitet og uddannelsesniveau) og manglende anvendelighed grundet den kliniske situation (Gravel, Légaré & Graham, 2006: 1).

De tre ovennævnte undersøgelser er alle forskningsbaserede og har taget afsæt i fælles beslutningstagning mellem sundhedspersonale og patient. Vi har ved gennemlæsningen af forskningsresultaterne fået en indsigt i, at fælles beslutningstagning i udlandet er blevet undersøgt og efterprøvet. Undersøgelserne ekspliciterer samtidig, at feltet stadig mangler forskningsbaserede undersøgelser, idet fælles beslutningstagning ikke til fulde er defineret og implementeret i sygehusvæsenet. Elwyn et al. (2012: 1361) argumenterer for, at der mangler vejledning om, hvordan læger reelt integrerer fælles beslutningstagning i den kliniske praksis. De præsenterer en tre-trins model, hvor de eksemplificerer kommunikationsværktøjer, der kan være anvendelige i fælles beslutningstagning (Elwyn et al., 2012: 1363). Elwyn et al. (2012: 1361) skriver, at fælles beslutningstagning er et emne, som kun delvist er blevet undersøgt. Vi håber, at vi med specialet kan bidrage med en empiribaseret analyse og diskussion, som kan belyse udfordringer i fælles beslutningstagning.

2.2.5 Fælles beslutningstagning i Danmark

Sundhedsstyrelsen har i 2008 foretaget en empirisk kvalitativ undersøgelse af, hvordan behandlingsmæssige beslutninger træffes i praksis i to ambulante behandlingstilbud for kroniske patienter: hjerterehabilitering og gigtambulatorium (Jacobsen et al., 2008: 7). Undersøgelsen bestod af 50 udvalgte konsultationer, 21 kvalitative interviews med patienter samt 17 kvalitative

interviews med læger og sygeplejersker. Interviewene blev indsamlet og bearbejdet med et narrativt perspektiv. Observationerne blev analyseret med fokus på, hvordan viden udveksles mellem patient og behandler, samt hvordan behandlingsforløb og beslutninger bliver formet under samtalen (Jacobsen et al., 2008: 7). Undersøgelsen viste, at patientinddragelse afhænger af behandlerens og patientens forventninger til den kliniske situation, af typen af behandling og de behandlingsvalg, som skal træffes (Jacobsen et al., 2008: 9). Undersøgelsen beskriver, at patientens medindflydelse på beslutningstagning er knyttet til fordelingen af handlekompetencer, viden og ansvar mellem læge og patient (Jacobsen et al., 2008: 12).

Fælles beslutningstagning opererer inden for et realistisk, rationelt paradigme og hviler på idealet om, at mennesker tager beslutninger på baggrund af viden og afvejer for og imod inden, de træffer et valg (Jacobsen et al., 2008: 9; Bredahl & Baker, 2014: 149). Vi har valgt at anlægge specialet et socialkonstruktivistisk perspektiv, fordi vi har fokus på den relationelle og diskursive praksis mellem læge og patient. For yderligere begrundelse af valg af den videnskabsteoretiske tilgang se afsnit 3. "Specialets videnskabsteoretiske tilgang". Vi kan derfor ikke tilslutte os modellens realistiske, rationelle idealer. Bredahl og Baker (2014: 150) skriver, at fælles beslutningstagning har fokus på det, som skabes i samspil mellem patienten og den sundhedsprofessionelle eksemplificeret ved, hvordan magtpositioner kan forhandles. I specialet forholder vi os til fælles beslutningstagning som en social, relationel og diskursiv proces, hvor læge og patient på baggrund af sproglige ytringer forhandler sig frem til en bestemt beslutning.

2.3. Sygehusvæsenet som institution

Vi har gennem vores valgte casestudie og empiriindsamling indskrevet os i en institutionel kontekst, idet vi ønsker at belyse læge-patient kommunikationen på Vejle Sygehus, Ortopæd Dagkirurgisk Afdeling. Vi ønsker i dette afsnit kort at skitsere hvilken organisationsforståelse, som kan knyttes til sygehusvæsenet, samt hvilken udvikling sygehusvæsenet har været igennem i de senere år. Organisationsforståelsen vil ikke blive tildelt stor opmærksomhed i projektet,

men er her nævnt for at give læseren et indblik i den institutionelle kontekst, vi med specialet skriver os ind i.

Sygehusvæsenet kan ses som et professionelt bureaukrati, hvor magten traditionelt ligger hos de professionelle, lægerne og sygeplejerskerne, der udgør den operative kerne (Vinge, 2005: 97). Sidsel Vinge argumenterer for, at sygehusvæsenet kan ses som havende både professionsbureaukratiske elementer grundet høj grad af professionel autonomi samt maskinbureaukratiske elementer grundet begrænset organisatorisk autonomi (Vinge, 2005: 107). Lægens høje grad af professionel autonomi er knyttet til selve embedsudførelsen og peger i retning af et klassisk professionelt bureaukrati (Vinge, 2005: 108). Vi vil i specialet have fokus på de professionsbureaukratiske elementer under beslutningstagningen og vil ikke analysere de organisatoriske restriktioner, som også kendetegner sygehuset. Vi har i specialet fokus på de relationelle forhold mellem læge og patient og afgrænser os derfor fra de institutionelle procedurer, regler og restriktioner. Der er udviklet nationale standarder, standardiserede patientforløb, akkrediteringsstandarder og andre forsøg på at ensrette behandlinger både lokalt og på nationalt plan, men en læge har trods standardiseringen autonomi i udførelsen af sit arbejde (Vinge, 2005: 107).

Sygehusinstitutioner er ikke entydige og stabile, men flertydige og dynamiske - institutionerne tillægges nødvendigvis ikke samme mening af forskellige grupper, ligesom deres betydning kan variere over tid (Borum, 2005: 114). Borgerne kan have forskellige meninger og forventninger til sygehusinstitutionen, og vi har derfor valgt at interviewe de deltagende patienter for at få en aktuel indsigt i deres forventninger og meninger om samtalen på Vejle Sygehus (Se afsnit 5.3.1. "Lægeinterviews").

Der er sket en centralisering og specialisering i det danske sygehusvæsen gennem de senere år. Det tidligere sygehus var en lokalt forankret institution i bysamfundet, men med kommunalreformen i 1970 blev der skabt et nyt decentralt regime for driften af sygehusene (Borum, 2005: 115). Mange små

sygehuse blev efterfølgende nedlagt, og i 2001 var der kun 60 tilbage. Historisk set var små sygehuse decentraliserede og alle former for sygdom blev behandlet af den samme læge (Borum, 2005: 116). Vi har i dag 53 offentlige sygehuse, som beskæftiger 106.870 fuldtidsansatte, hvoraf 14 % af de fuldtidsansatte er læger. 95 ud af 100 danskere er hvert år i kontakt med sundhedsvæsenet enten via sygehuset, egen praktiserende læge, speciallæger eller tandlæger¹¹. Det danske sygehusvæsen anses som en central institution i det danske velfærdssamfund (Borum, 2005: 114).

Vi er i dette projekt indlejret i en kompleks organisation, hvor læger i samspil med patienter har mulighed for at definere og beslutte patientens videre forløb. Der vil imidlertid være organisatoriske betingelser, heriblandt normeret tid, standardiserede- og akkrediterede procedurer og økonomiske forbehold, som kan påvirke forløbet. Vi har i specialet valgt ikke at have fokus på sådanne organisatoriske forhold.

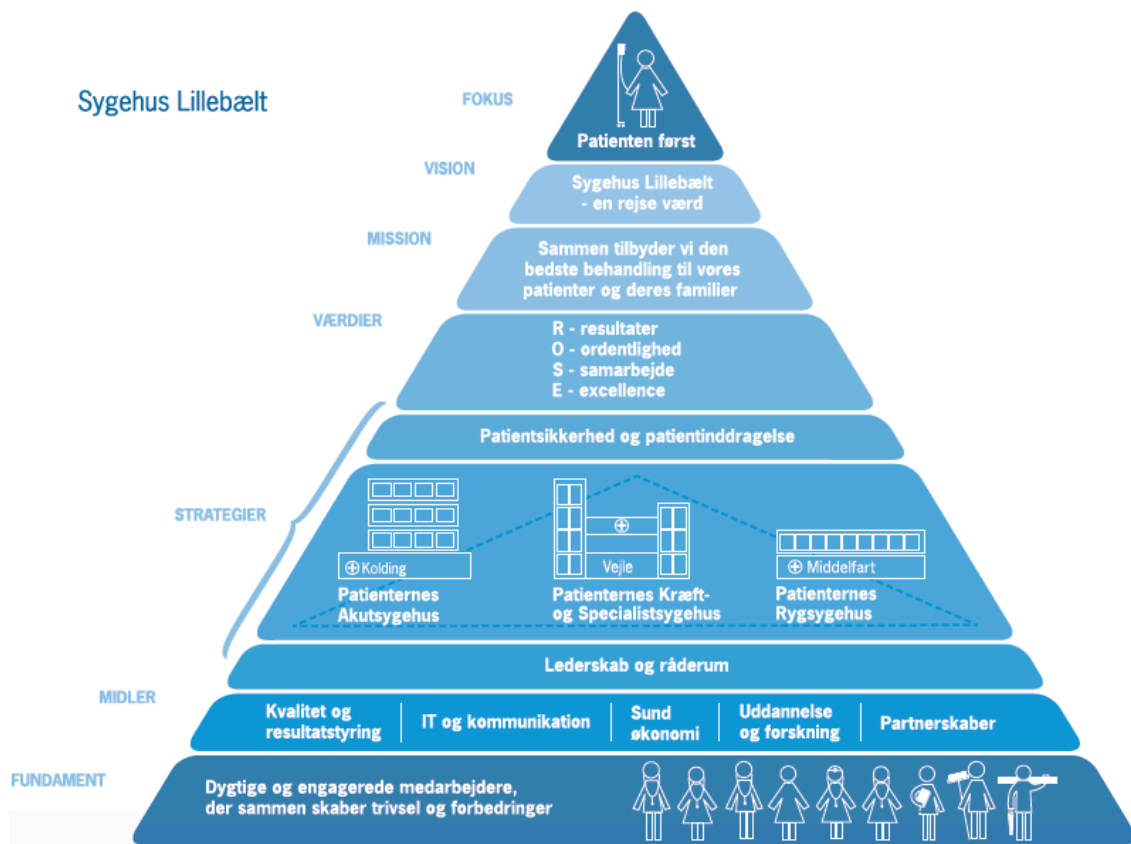
2.4. Casebeskrivelse

Vejle Sygehus er en del af Sygehus Lillebælt, som hører til Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt består af fem sygehuse; Fredericia Sygehus, Give Sygehus, Kolding Sygehus, Middelfart Sygehus og Vejle Sygehus¹². Vejle Sygehus arbejder med det førnævnte koncept Patienten i centrum, som indebærer et partnerskab mellem patienten og sygehusvæsenet, idet samfundsudviklingen går i retning af, at flere og flere patienter ønsker en aktiv rolle i deres specifikke behandling. Patienten i centrum kræver involvering af både sundhedspersonalet og patienten. Vejle Sygehus arbejder med Patienten i centrum ud fra en holistisk tilgang, som inkluderer patientens samlede sygdomshistorik, livsverden og livssituation. Konceptet har til formål at inddrage patienten og eventuelle pårørende som aktive medspillere i behandlingen (Region Syddanmark, 2014 & Center for Kvalitet, 2014). Sygehus Lillebælt har ydermere med afsæt i deres visioner og værdier udarbejdet *Trekanten*, hvor patienten illustrativt er placeret øverst. Sygehus Lillebælts vision er at være en rejse værd for både patienter, pårørende og medarbejdere, og de har metaforisk beskrevet deres værdier som

¹¹ Regioner.dk. Fakta om sundhedsvæsenet - sundhedsvæsenet i tal.

¹² Sygehuslillebaelt.dk. Sygehus Lillebælt.

en *rose*: resultater, ordentlighed, samarbejde og excellence. Trekantens fundament bygger på dygtige og engagerede medarbejdere, der skal sikre forbedringer, patientsikkerhed, trivsel, kvalitet og patientinddragelse¹³.



(Model 1. Sygehus Lillebælt. Kilde: Sygehuslillebaelt.dk⁴)

Sygehusene i Sygehus Lillebælt har forskellige specialeområder. Vejle Sygehus er specialiserede i specialfunktioner, kræft, laboratoriecenter og folkesygdomme. Vejle Sygehus er et velbesøgt sygehus og havde i 2012 20.600 indlagte patienter samt 225.000 ambulante patienter¹⁴.

Vejle Sygehus deltager i et kommunikationsprogram, som har til formål at forbedre sundhedspersonalets kommunikative færdigheder (Ammentorp et al., 2014). Kommunikationsprogrammet startede op i 2010 og er et obligatorisk program for al sundhedspersonale med patientkontakt. Programmet er struktureret således, at sundhedspersonalet modtager kommunikationstræning gennem forskellige kurser, som skal gennemføres inden for nomineret tid.

¹³ Sygehuslillebaelt.dk. Vision og værdier.

¹⁴ Sygehuslillebaelt.dk. Sygehus Lillebælt.

Sundhedspersonalet i en afdeling kommer sammen på et 3-dags kursus, som efterfølgende skal holdes ved lige gennem genopfriskende kurser. Programmet er et kontinuerligt kommunikationstræningsprogram, som blandt andet har til formål at forbedre og målrette patient-centreret kommunikation, så der er gensidig forståelse mellem for eksempel læge og patient (Ammentorp et al., 2014). Det er imidlertid ikke alle afdelinger, som har været på kommunikationskursus i 2014. Ortopæd Dagkirurgisk Afdeling skulle eksempelvis på kursus i marts - det vil sige en måned efter empiriindsamlingen.

2.4.1. Ortopædkirurgisk Afdeling - Ambulatorium

Vi har indsamlet empiri på Vejle Sygehus, Ortopæd Dagkirurgisk Afdeling. Dagkirurgisk afdeling har patienter til forundersøgelser, opererer patienter og har kontrolbesøg med opererede patienter¹⁵. Vi har været med til ambulante undersøgelser, hvor patienten oftest er blevet henvist af egen læge. Opererede patienter på dagkirurgisk kommer hjem samme dag og er derfor ikke indlagt over en længere periode. Afdelingen behandler knæ-, skulder-, og håndskader. De forskellige sektorer modtager dels patienter, der har haft en skade i lang tid og dels patienter, der har erhvervet sig en akut skade.

Knæsektoren består af tre læger og har årligt omkring 2.400 ambulante besøg. Sektoren modtager patienter til akut og elektiv knækirurgi samt forundersøgelser og kontrolbesøg¹⁶. Vi fulgte alle tre speciallæger i knæsektoren.

Skuldersektoren er afdelingens største enhed og består af tre læger, en kiropraktiker, tre fysioterapeuter, en psykomotorisk terapeut og en specialeansvarlig sygeplejerske. Sektoren har årligt 4.400 ambulante besøg¹⁷. Denne sektor lægger specifikt vægt på den holistiske tilgang til patienter og henter meget inspiration fra Patienten i centrum. Vi fulgte to af speciallægerne fra skuldersektoren.

¹⁵ Sygehuslillebaelt.dk. Dagkirurgisk afsnit.

¹⁶ Sygehuslillebaelt.dk. Om knæsektoren.

¹⁷ Sygehuslillebaelt.dk. Om skuldersektoren.

Håndsektoren består af tre læger og beskæftiger sig med patienter med akut eller elektiv håndkirurgi¹⁸. Vi fulgte to speciallæger fra håndsektoren.

Dagkirurgisk afdeling har igangværende projekter, hvis formål er at højne patientoplevede kvalitet og patientsikkerhed¹⁹. Lægerne er derfor ikke fremmede for undersøgelser og observerende deltagere under deres samtale med patienterne.

Vores kontaktperson til Vejle Sygehus er Lilli Sørensen, der er sektoransvarlig i skuldersektoren, kvalitetsansvarlig overlæge på Ortopæd Kirurgisk Afdeling samt ledelsesrepræsentant af fælles medarbejder- og ledelsesudvikling (Bilag 12, L8). Lilli Sørensen har været en stor ressource i godkendelsen af vores tilstedeværelse på Dagkirurgisk Afdeling, og hun har ydermere medvirket til at skabe kontakt til de resterende læger på afdelingen.

De praktiske forhold for empiriindsamlingen på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium bliver præsenteret i afsnit 5.1. "Empiriindsamling".

2.5. Afgrænsning

Vi indskriver os i en bred institutionel kontekst, som består af mange forskellige politiske, økonomiske og organisatoriske forhold, som påvirker institutionens struktur og udvikling. Vores projekt har et kommunikativt fokus, og derfor afgrænser vi os til den lokale kontekst, som udspiller sig i samtalen mellem læge og patient. En anden afgrænsning, vi har måtte foretage, er ikke at fokusere på, hvilken betydning og funktion pårørende kan have. Pårørendeinddragelse kunne være interessant til et andet speciale, men idet vi er interesseret i beslutningstagningsprocessen mellem læge og patient, har vi fravalgt fokus på pårørende. I de tilfælde, hvor vores udvalgte patienter havde pårørende med, inkluderer vi deres påvirkning og tilstedeværelse i samtalen, men fokus vil stadig være på lægen og patienten.

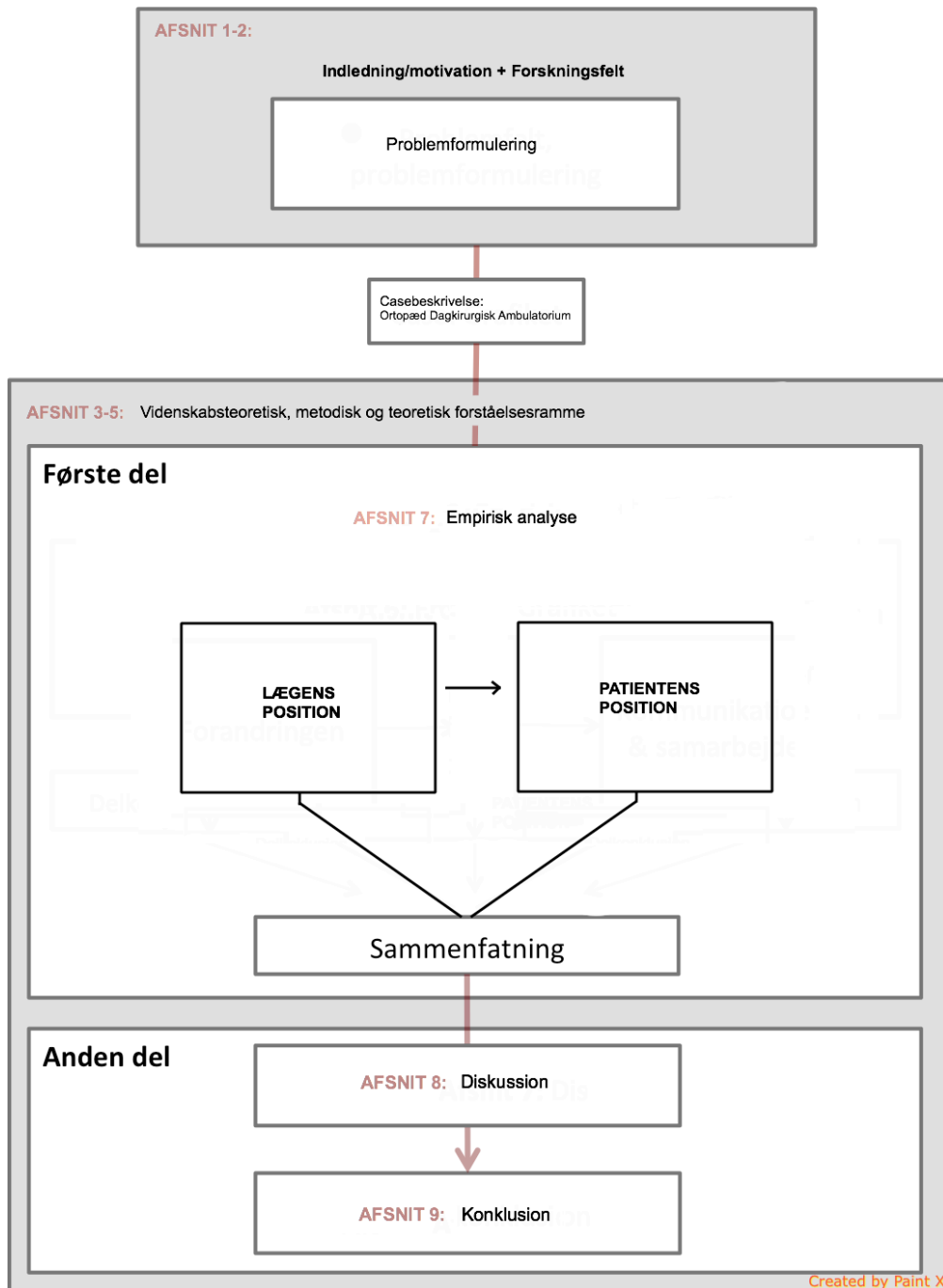
¹⁸ Sygehuslillebaelt.dk. Om håndsektoren.

¹⁹ Sygehuslillebaelt.dk. Projekter.

Vi har ydermere afgrænset os til én specifik afdeling og kan ikke ytre os om de generelle forhold på Vejle Sygehus eller på andre afdelinger end Dagkirurgisk Ambulatorium. Vi fulgte kun patienter til enten forundersøgelse eller kontrolbesøg og kan derfor kun analysere læge-patient kommunikation ud fra de aktuelle, observerbare situationer. Vi fulgte ikke patienter i deres videre behandlingsforløb og kan ikke antage eller vurdere, om kommunikationen under samtalen er identisk i deres videre behandlingsforløb. Vores casestudie muliggør, at vi kan analysere og diskutere den virkelighed, som er forankret i de læge-patient samtaler, som vi har haft mulighed for at observere.

Vi har ydermere afgrænset os til sundhedsfaggruppen *læger* og deres patientkommunikation under en samtale. Vi vil i specialet ikke analysere sygeplejerskernes kommunikation og funktion med patienterne, og vi vil ikke analysere lægernes indbyrdes kommunikation. Vi har valgt at fokusere udelukkende på lægerne, idet de har en essentiel funktion i beslutningstagningsprocessen. Lægerne er i stand til at træffe skønsmæssige beslutninger, hvorimod sygeplejersker skal konferere med lægepersonalet.

2.6. Specialets struktur



(Model 2. Specialestruktur. Egen model)

Den "røde tråd" gennem figurens midte viser sammenhængen mellem projektets forskellige afsnit. *Afsnit 1-2* dækker over specialets forskningsfelt. *Afsnit 3-5* danner forståelsesrammen for analysen. *Første del* viser, hvordan vi har valgt at strukturere analysen og kan både forstås vertikalt og horisontalt. Det vil sige, at der foruden den vertikale forståelse også er en sammenhæng mellem de to

analyseafsnit på et horisontalt plan. *Anden del* tager analysens sammenfatning op til refleksion og diskussion, hvilket munder ud i en konklusion.

3. Specialets videnskabsteoretiske tilgang

Vi har valgt at undersøge specialets problemformulering ud fra en socialkonstruktivistisk tilgang. Specialets omdrejningspunkt er det relationelle forhold mellem læge og patient med samtalen som kontekst. Vi er interesseret i at undersøge, hvordan lægerne og patienterne på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium diskursivt positionerer sig i forhold til hinanden, og hvordan de skaber mening i beslutningstagningsprocessen. Fordi vi vil undersøge, hvordan viden produceres og reproduceres i den sociale praksis mellem læge og patient, har socialkonstruktivismen været oplagt at anvende, idet tilgangens centrale fokus er, hvordan erkendelse konstrueres i sociale relationer (Rasborg, 2012: 349).

Vivien Burr (1995) giver med sine syv præmisser for socialkonstruktivistisk forskningsarbejde en nuanceret beskrivelse af den videnskabelige tilgangs karaktertræk, som vi har ladet os inspirere af i specialet.

For det første anlægger socialkonstruktivismen et *anti-essentialistisk* menneskesyn. Tilgangen modsiger, at mennesket skulle have en indre essens eller kerne, som definerer individet (Burr, 1995: 5). Vi er ikke interesseret i at undersøge lægerne og patienternes indre psykologiske motiver og oplevelser. Vi kan ikke begribe menneskets indre, bagvedliggende tanker og bevidstheder, men kan i stedet undersøge de sociale processer, hvorigennem deltagerne skaber mening i læge-patient samtalen (Burr, 1995: 5). Specialet vil derfor have fokus på diskursive meningsskabende processer og ikke på indre karakteristika. Det vil som eksempel betyde, at specialets analytiske omdrejningspunkt bliver lægerne og patienternes sproglige handlinger. Vi ikke kan sætte lighedstegn mellem handling og indre essens eller motiv.

For det andet har socialkonstruktivismen et *anti-realistisk virkelighedssyn*. Menneskets viden er ikke en direkte perception af virkeligheden (Burr, 1995: 6),

fordi vi altid vil være farvet af de diskursive praksisser, vi er en del af. I specialet arbejder vi ikke ud fra et objektivt sandhedsbegreb, idet vi ikke har interesse i at finde frem til virkeligheden. Snarere finder vi det interessant at få indblik i de forskellige virkeligheder, som produceres mellem lægerne og patienterne.

For det tredje vil socialkonstruktivistisk viden altid være *historisk* eller *kulturelt bundet* (Burr, 1995: 6). Konklusionerne i specialet vil aldrig kunne generaliseres eller være, hvad Burr (1995: 6) kalder "*once-and-for-all*". Vi stræber efter et ideografisk videnskabsideal, hvor konklusionerne vil være forankret i den lokale, kulturelle kontekst fra Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium.

Det fjerde og femte punkt, der omhandler *sproget*, er en central begrundelse for valget af en socialkonstruktivistisk tilgang til at belyse og undersøge specialets problemfelt. I den socialkonstruktivistiske tilgang er den menneskelige interaktion i centrum, hvor sproget forstås som den primære kilde til viden (Burr, 1995: 6-7). Igennem sproget kan mennesket handle, og dermed konstruerer og definerer vi verden på forskellige måder, når vi interagerer. Burr (1995: 7) nævner som det sjette socialkonstruktivistiske karaktertræk, at den bedste forståelse af sociale forhold findes i interaktionen mellem mennesker grundet sprogets evne til at konstruere virkelighedsopfattelser. Specialets problemformulering har relationen mellem læge og patient i centrum, og hvordan parterne sprogligt i samtalen forhandler sig frem til en konkret beslutning. Der er derfor overensstemmelse mellem problemformuleringen og det socialkonstruktivistiske fokus på sproglige og relationelle forhold.

Det sidste og syvende karaktertræk omhandler tilgangens fokus på dynamiske, sociale processer. Viden må ikke forstås som noget, et menneske besidder, men derimod som noget mennesker konstruerer socialt i en dynamisk proces (Burr, 1995: 8). Med specialet ønsker vi at sætte fokus på, *hvordan* beslutninger træffes i relationen mellem læge og patient. Omdrejningspunktet for undersøgelsen er de relationelle, sociale processer, hvori lægerne og patienterne træffer beslutninger og skaber mening i samtalen. Der er således sammenhæng mellem specialets og den socialkonstruktivistiske tilgangs fokus på sociale meningskabende processer.

4. Specialet som et casestudie

Vi har i ovenstående afsnit argumenteret for anvendelsen af en socialkonstruktivistisk tilgang i specialet. For at kunne belyse og undersøge vores definerede problemstilling har vi valgt at lade os inspirere af Robert K. Yin's *Case Study Research*. Metoden kan være anvendelig til at forstå et komplekst socialt forhold (Yin, 2009: 2). Casestudier medtager den holistiske dimension af situationen og inkluderer den situationelle kontekst, som vores læge-patient samtaler er indlejret i. Metoden stemmer dermed overens med vores socialkonstruktivistiske tilgang. Vores bevæggrund for at anvende casestudier har været at få en detaljeret indsigt i deltagernes sproglige konstruktioner i en lokal kontekst.

Casestudier kan ifølge Yin (2009: 3) ses som en metodisk sti, som kan give omfattende og dybdegående beskrivelser af et bestemt undersøgelsesobjekt.

The case study is preferred in examining contemporary events, but when the relevant behaviors cannot be manipulated. (...) It adds two sources of evidence not usually included in the historian's repertoire: direct observation of the event being studied and interviews of the persons involved in the events.

(Yin, 2009: 11)

Et kriterium for at arbejde ud fra casestudie traditionen er, at vi som forskere ikke må kontrollere den givne situation, men skal have så lidt kontrol som mulig. Yin (2009: 11) ekspliciterer, at forskeren ikke må påvirke situationen eller aktørerne i en gunstig retning, hvilket vil sige, at forskeren skal forholde sig så usynlig som muligt. Der skal i casestudier være noget, der ligger uden for forskeren selv. Mats Alversson og Dan Kärreman (2005: 122) argumenterer for, at vi som forskere ikke kan undgå aktivt at involvere os i konstruktionsprocesser, idet vi er en del af den sociale konstruktion. Det kan være med til at åbne op for nogle reflektive konstruktioner, som kan give det empiriske materiale mulighed for at modsvare allerede eksisterende forståelser og give inspiration til teoretiske ideer (Alversson & Kärreman, 2005: 124). Vi har

bestræbt os på ikke at "manipulere" deltagerne under empiriindsamlingen, men er bevidste om, at vi er en del af den sociale konstruktion, som udspiller sig i læge-patient samtalerne og interviewene. Vores casestudie udspiller sig i en for os fremmed kontekst på Vejle Sygehus, som vi ikke er en del af. Vi skal ikke overholde eller tilgodese bestemte kodekser, idet vi ikke er ansat på Vejle Sygehus. Vores position beror udelukkende på at observere de udspillede samtalsituationer med det formål at indsamle relevant empiri til vores videre bearbejdningsproces. Vi vil i afsnit 5.2. "Observation på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium" beskrive vores observationsposition og relationelle forhold til deltagerne.

Yin's casestudietilgang opfordrer til, at forskeren i et tidligt stadie i processen udforsker allerede eksisterende litteratur om emnet (Yin, 2009: 14). Litteraturreview er ikke et mål i sig selv, men kan være med til at specialisere og kvalificere den næste fase i processen, nemlig udarbejdelsen af undersøgelsesspørgsmål (Yin, 2009: 14). Vi har valgt at omdøbe litteraturreview til forskningsreview, idet megen af vores litteratur beror på undersøgelser og forskningsbaseret litteratur.

Casestudier opererer med undersøgelsesspørgsmål, som oftest bygger på "hvordan" og "hvorfor" spørgsmål, som ikke lægger op til redegørelse, men derimod kan beskrive en undren eller hypotese. Vi har valgt at udfærdige vores føromtalte problemformulering med et hvordan-spørgsmål, da det giver os mulighed for dybdegående at beskrive og analysere mønstre og afvigelser i vores empiri. Yin (2009: 10) nævner ydermere, at det er essentielt at opstille nogle formelle og eksplicite procedurer, før empiriindsamlingen kan begynde. Vi har valgt at lade os inspirere af Yin's opstartsfaseprocedure og har udarbejdet en kort observations- og interviewguide, som har været behjælpelig med at strukturere vores procedure på Vejle Sygehus. Det er i denne sammenhæng vigtigt at eksplicitere, at vi ud fra vores socialkonstruktivistiske ståsted ikke på forhånd er i stand til at forudsige, hvordan de dynamiske sociale processer vil udfolde sig. Det er vigtigt ikke at lade sig fastholde i nedskrevne procedurer, men tillade at flyde med den situationelle, uforudsigelige og foranderlige kontekst.

Vi tillader os at inddrage vores egen refleksive position og fortolkning i casestudiet. Vi er opmærksomme på, at: "(...) forskellige optikker producerer forskellige billeder af de »samme« fænomener, og på samme måde producerer forskellige ord forskellige forståelser af »samme« fænomener." (Alversson & Kärreman, 2005: 125). Vi er i specialet bevidste om sprogets produktive og pragmatiske karakteristika, og at vores empiriske materiale i vores casestudie er konstrueret. Forbindelsen mellem vores teoretiske afsæt og empiri kan derfor have stor betydning for vores fortolkningsramme af de sproglige konstruktioner. Vores egen subjektive position og fortolkninger vil også være med til at påvirke vores empiriindsamling.

Yin er orienteret mod et *realistisk* perspektiv, som forudsætter, at der foreligger en enkel virkelighed, som er uafhængig af enhver observatør (Yin, 2014: 17). Med specialets socialkonstruktivistiske tilgang forstår vi den sociale verden som et utal af forskellige virkeligheder og sandheder og ikke én absolut virkelighed eller sandhed. Vi er kun inspireret af Yin's caseforståelse og begreber og ikke hans videnskabsteoretisk forståelse. Yin skriver imidlertid også, at Case study research kan ansføres mod et *relativist* perspektiv, som anerkender og imødekommer mangfoldige virkeligheder, som har flere betydninger afhængigt af observatøren (Yin, 2014: 17).

Sluttelig vil vi eksplicitere, at formålet med casestudiet ikke er at kortlægge en revideret eller ny teori. Vi ønsker at analysere mønstre og afvigelser i den lokale kontekst, som er forankret på Vejle Sygehus. Vi ønsker at se på konstruktionen af orden såvel som uorden, hvilket vil sige, at vi ikke ønsker at begrænse os til det åbenlyse, men bestræber os mod blandt andet at fortolke sproglige betydninger (Alversson & Kärreman, 2005: 124).

5. Metode

I afsnit 3. "Specialets videnskabsteoretiske tilgang" har vi påvist teoretisk kongruens mellem specialets undren og den socialkonstruktivistiske tilgang. Med dette afsnit vil vi demonstrere sammenhæng mellem problemfelt, videnskabsteoretisk ståsted, analytiske og metodiske tilgange samt belyse de valgte metoder *observation* og *kvalitative interviews* i et interaktionistisk perspektiv.

Vi har valgt at belyse vores metode ud fra Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyers (2005) forståelsesramme. Forfatterne sætter metoder til indsamling af kvalitative empiri i et konstruktivistisk-interaktionistisk perspektiv.

I tråd med specialets socialkonstruktivistiske ståsted forstår vi med et konstruktivistisk-interaktionistisk perspektiv *analyseobjekter* som flydende og flertydige fænomener, der formes i mødet med forskeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 9). I interaktionistisk forskning er opmærksomheden flyttet væk fra handling anskuet som et absolut fænomen over til konstruktioner og interaktioner, der skaber og genskaber fænomenet (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 10). Som nævnt i specialets videnskabsteoretiske afsnit er det de meningsskabende processer, som tildeles opmærksomhed i specialet. Vi vil kort gøre opmærksomme på, at vi er bevidste om, at *fænomen* er et fænomenologisk begreb. På trods af det har vi erfaret, at Järvinen og Mik-Meyer benytter sig af begreber som fænomen og livsverden i deres konstruktivistisk-interaktionistiske perspektiv. Da vi ønsker at gøre specialet så metodologisk kongruent som muligt, vil vi ikke gøre brug af fænomenologiske begreber som fænomen og livsverden. Grunden til, at fænomen er anvendt i det ovenstående er, at det er Järvinen og Mik-Meyers egen beskrivelse, vi anvender.

Med en konstruktivistisk-interaktionistisk tilgang må betydning forstås relationelt og som noget, der kun kan bestemmes situationelt med inddragelse af konteksten (Järvinen & Meyer, 2005: 10). Også her er der sammenhæng med det socialkonstruktivistiske ståsted, hvor betydning er et relationelt og situationelt begreb.

Til indsamling af empiri har vi anvendt metoderne observation og kvalitative interviews. Observationen af konsultationerne har fungeret som vores primære empiriindsamlingsmetode, idet læge-patient samtalerne er specialets fokus. De afholdt interviews har været et supplement både til at understøtte tendenser under observationerne, men også til at udfordre og nuancere vores forståelse af samtaleobservationerne.

Observation set i et konstruktivistisk-interaktionistisk perspektiv er en metode til at indsamle empiri til undersøgelse af aktiviteter, hvor aktører producerer genkendelige mønstre i den sociale verden (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 98). Observation som metode er valgt med det formål at få direkte adgang til læge-patient samtaler.

Den interaktionistisk inspirerede observatør må have fokus på ikke at overføre egne oplevelser eller gøre dem til udtryk for de observerede aktørers egne oplevelser (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 98). Metoden kræver, at observatøren i høj grad reflekterer over egne oplevelser og forståelse af de observerede aktører og feltet. Det har vi søgt at imødekomme ved at tage feltnoter under konsultationerne og løbende i empiriindsamlingsprocessen. Samtidig har vi kontinuerligt drøftet vores oplevelser af samtalerne med hinanden og gjort hinanden opmærksomme på ikke at overføre egne oplevelser eller motiver til lægerne og patienterne.

Som eksempel skrev vi følgende i vores feltnoter: "*L prøver at lette situationen med en joke.*" (Bilag 7, P10). Eksemplet illustrerer, hvordan vi har pålagt lægen et bestemt motiv for brugen af en joke. Det er vores oplevelse, at det har været konstruktivt for processen at sparre med hinanden om vores oplevelser på ambulatoriet for at undgå at analysen kommer til at bære præg af fejltolkninger.

Ud fra et konstruktivistisk-interaktionistisk perspektiv kan et interview ikke "løftes ud af" den sociale sammenhæng, hvori det er blevet skabt (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 28). I et interaktionistisk interview er interviewereren i lige så høj grad medproducent af forståelse som den interviewede (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 29). Vi har ikke indsamlet viden fra lægerne og patienterne ved at forsøge at sætte os i deres sted, som det eksempelvis ville være tilfældet med en

fænomenologisk tilgang. Resultatet af et interaktionistisk interview er "en række plausible forståelser af verden" (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 29).

At der kan forekomme forskellige forståelser kom eksempelvis til udtryk efter et afholdt interview med en læge og patient, hvor vi og lægen havde to forskellige oplevelser af patientens handlinger. Under et interview fortalte patienten, at hun af den pågældende læge havde fået en reprimande, fordi hun havde gået en lang tur kort efter sin knæoperation (Bilag 13, P14). På baggrund af patientens historie fik vi en forståelse af patientens handling som værende overmodig. Under interviewet med lægen blev denne forståelse udfordret, idet lægen beskrev patienten på følgende måde: "Sagen er den at hun er et meget forsigtigt menneske." (Bilag 12, L4). Eksemplet illustrerer, hvad der har været intentionen med de afholdt interviews: at udfordre og nuancere vores forståelse af læge-patient samtalerne.

5.1. Empiriindsamling

Empiriindsamlingen fandt sted på Vejle Sygehus, Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium mellem mandag d. 16. februar og torsdag d. 26. februar 2015. Den første dag bestod hovedsageligt af at møde de syv speciallæger fra henholdsvis hånd-, knæ-, og skuldersektoren, som vi skulle følge de kommende dage. Herefter så empiriindsamlingen ud som følgende:

Dato	Antal fulgte læger	Antal konsultationer	Antal interviewede patienter	Antal interviewede læger
Tirs. d. 17. feb	2	6	5	2
Ons. d. 18. feb	2	8	8	2
Tors. d. 19. feb	2	6	5	1
Ons. d. 25. feb	1	6	5	1
Tors. d. 26. feb	1	3	2	1

(Figur 1. Empirioversigt. Egen model)

I alt observerede vi 29 konsultationer og interviewede 25 patienter, syv speciallæger og vores kontaktperson Lilli Sørensen. Sidstnævnte interview var ganske uformelt og med det formål at få en dybere indsigt i den institutionelle kontekst for Ortopæd Dagkirurgisk Afdeling.

Konsultationerne bestod henholdsvis af forundersøgelser og kontrolbesøg. I praksis var det imidlertid svært at gennemskue, hvad der var hvad. I flere tilfælde var patienterne tidligere opererede, der kom igen med en ny eller gammel skade. Distinktionen mellem kontrol og forundersøgelse var derfor sløret. Til en typisk forundersøgelse var der sat 30 minutter af til samtale med patienten samt fysisk undersøgelse, og til en kontrol var det 15 minutter.

Intentionen var at observere forundersøgelser, da det var vores formodning, at lægerne og patienterne ikke ville have en fælles historik ved en forundersøgelse. Vi frygtede, at det kunne blive en udfordring, hvis der under samtalen blev refereret til tidligere behandlingsforløb, som vi ikke var bekendt med. En manglende indsigt i konteksten kunne med stor sandsynlighed have medført misforståelser og usikkerheder. Fordi konsultationerne var en sammenblanding af forundersøgelser og kontrolbesøg, har vi ikke kunnet undgå denne problematik. Vi har forsøgt at imødekomme udfordringerne ved at spørge ind til konteksten i læge- og patient interviewene og undervejs i processen.

På dagene for empiriindsamlingen mødte vi ind på ambulatoriet kl. 8.00, hvor vi af sekretærerne fik udleveret en fremmødeliste over dagens patienter for den pågældende læge. Efter aftale med sygeplejerskerne på afdelingen gik vi enkeltvist ned til venteværelset på ambulatoriet og hentede patienten ned til lægens konsultationslokale. Her præsenterede vi os for den pågældende patient og udleverede et udarbejdet informationsbrev (Bilag 6) om specialets overordnede formål, hvad der blev forventet af patienten samt oplyste om fortrolighed og frivillig deltagelse. Patienterne blev samtidig spurgt, om de ville medvirke i et kort interview efter konsultationen, og herefter skrev de under på et samtykkedokument udfærdiget af os (Bilag 5). Ingen af de 29 patienter takkede nej til at deltage i undersøgelsen, hvilket var en positiv overraskelse for os.

Samtalerne blev lydoptaget efter aftale med den pågældende læge og patient. Under konsultationerne var én observatør tilstedeværende og nedskrev feltnoter. Umiddelbart efter konsultationen blev patienten interviewet om samtalen med lægen. I løbet af dagen blev lægen interviewet om sine kommunikative kompetencer samt opfattelse af de forskellige konsultationer afholdt i løbet af dagen.

Vores kontakt til sundhedspersonalet på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium har under empiriindsamlingsforløbet været meget positiv. Sygeplejerskerne spurgte interesseret ind til specialet og hjalp til, hvis vi havde spørgsmål undervejs. Lægerne deltog aktivt og engageret i processen. En af lægerne tilbød os eksempelvis at følge hans gang på operationsgangen præ- og postoperativt under samtalen med patienterne. Dette takkede vi dog nej til, da konteksten for denne samtale ville være markant anderledes end de andre observerede læge-patient samtaler.

5.2. Observation på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium

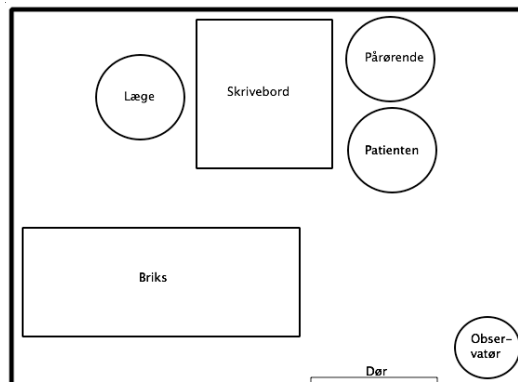
Tilstedeværende under konsultationerne var en speciallæge, en patient, en observatør og i nogle tilfælde også en pårørende. Konsultationslokalerne så typisk ud som på nedenstående billede:



(Billede 1. Konsultationsrum. Kilde: Sygehus Lillebælt²⁰)

²⁰ Sygehuslillebaelt.dk. Forundersøgelse i ambulatoriet.

Observatøren var placeret på en stol eller stående nær døren, som vist på nedenstående illustration:



(Model 3. *Konsultationsrum*. Kilde: Egen illustration)

Järvinen og Mik-Meyer (2005) beskriver primært, hvordan kvalitative metoder anvendes i et interaktionistisk perspektiv, men beskriver ikke, hvordan observation konkret udføres. Vi har derfor valgt at hente begreber fra Søren Kristiansen og Hanne Kathrine Krogstrup (2009) til at beskrive den konkrete anvendelse af observationsmetoden. Kristiansen og Krogstrup (2009) belyser observation i et fænomenologisk perspektiv, der på nogle centrale områder kan have konfliktende fokusområder med specialets socialkonstruktivistiske ståsted. Bogen tillægger aktørers motiver stor betydning i forhold til at skabe mening af handlingsforløb (Kristiansen & Krogstrup, 2009). Vi er ikke interesseret i menneskets individuelle motiver og oplevelser (jf. afsnit 3. "Specialets videnskabssteoretiske tilgang"). Vi vælger udelukkende at anvende metodiske begreber fra Kristiansen og Krogstrup (2009) og tilslutter os ikke bogens fænomenologiske metodologi. Vi anerkender, at man ikke sådan uden videre kan adskille begreber fra deres metodologi, da den er indlejret i den måde begreberne må forstås. Som eksempel har Krogstrup og Kristiansen (2009: 47) et begreb om *naturlige omgivelser* under observation. Med specialets socialkonstruktivistiske perspektiv er vi ikke af den opfattelse, at observation kan foregå i naturlige omgivelser alene på grund af vores tilstedeværelse. Vi vil derfor bruge begrebet *hverdagslignende forhold* i stedet for naturlige omgivelser. Vi lader os inspirere af Krogstrup og Kristiansens begreber, som beskriver, hvordan en observation udføres, men vi vil overføre disse begreber til specialets socialkonstruktivistiske tilgang.

I løbet af empiriindsamlingen har vi anvendt observation i to henseender: samtaleobservationerne mellem læge og patient samt en løbende observation af en række mere overordnede forhold på ambulatoriet.

5.2.1. Samtaleobservation

Kristiansen og Krogstrup (2009: 47-48) skelner mellem *struktureret observation* og *ustruktureret observation* begge i så hverdagslignende omgivelser, som metoden tillader.

Ved den ustrukturerede observation vil observatøren typisk deltage i feltet, og målet med observationen vil være at generere empiri om social adfærd (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 57). Modsat er der den strukturerede observation, hvor observatøren ofte vil befinde sig på sidelinjen og betragte de observerede aktører typisk med afsæt i en detaljeret observationsguide (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 63).

Samtaleobservationerne på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium har haft karakter af en observationstype herimellem - en semistruktureret observation. Observationerne har haft karakter af at være ustrukturerede, da vi som observatører har været indstillet på uforudsete og ikke-kontrollerbare hændelser (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 58). Vi har tilpasset os feltets naturligt ustrukturerede præmisser (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 58). Hvis lægen fik en akutpatient eller blev forsinket, måtte vi tilpasse os eventuelle skemaændringer. I feltnoter fra tirsdag d. 19. februar har vi skrevet:

L fortæller at han ikke er tilfreds med at der er sat over 20 patienter (normalt har de max 10) på hans program. Han skal på kursus i udlandet og skal derfor nå et fly senere i eftermiddag - han har derfor ikke tid til at deltage i interview i dag. (...) Han vil formentlig være en time forsinket (...). Dagen i dag hvor vi følger ham bliver nok rodet, ustruktureret, og vi må være fleksible i forhold til observationerne.

(Bilag 7: Generelt fra dagen)

Grundet lægens travle skema og forsinkelser måtte vi udskyde interviewet med den pågældende læge til en anden dag.

Kristiansen og Krogstrup (2009: 47) skriver, at observationer i naturlige omgivelser indebærer, at forskeren deltager i feltet. Det har imidlertid ikke været tilfældet under samtaleobservationerne, hvor vi forholdt os passive og var placeret et stykke væk fra lægen og patienten (jf. model 3). Vores deltagelse under samtaleobservationerne har været karakteriseret som den strukturerede observation, hvor observatøren har siddet på sidelinjen og betragtet samtalerne (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 63). Den strukturerede observatør vil ifølge Kristiansen og Krogstrup (2009: 63) ofte have en detaljeret observationsguide, hvor data behandles kvantitativt. Vi er ikke interesseret i at undersøge kvantiteter og her adskiller vores observationsmetode sig fra den strukturerede observation. Vi har udfærdiget en overordnet observationsguide (Bilag 2) på baggrund af nogle få overordnede forhold, som vi inden empiriindsamlingen havde tænkt ville være relevante at lægge mærke til. Som eksempel har vi nedskrevet, at vi kun ville holde øje med den nonverbale kommunikation, hvis den var forstyrrende eller særlig markant i samtalen (Bilag 2). Vi har valgt at lave en simpel observationsguide med mere overordnede forhold, fordi vi har søgt en eksplorativ tilgang til observationerne. Den eksplorative tilgang kom eksempelvis til udtryk ved, at vi dagligt reviderede og føjede til observationsguiden, fordi vi løbende lærte mere om feltet. Vi blev eksempelvis opmærksomme på at nedskrive detaljerede feltnoter, hvis røntgenapparatet blev tændt i lokalet, fordi det larmede og derfor kunne forstyrre lydoptagelserne.

Samtaleobservationerne har været uden en deltagende observatørposition, så vidt det lod sig gøre, da vi har været interesseret i at observere konsultationerne så uforstyrret som muligt. Af den grund valgte vi, at der kun skulle være én observatør tilstede i lokalet. Ydermere besluttede vi kun at lydoptage samtalerne i stedet for at videofilme. Efter samtale med vores kontaktperson Lilli Sørensen diskuterede vi, hvorvidt tilstedeværelsen af et videokamera ville være for stor en distraktion for deltagerne og intimiderende for sygdomskonteksten. Lillis erfaring var, at flere patienter siger ja til at deltage i undersøgelser, når et kamera ikke er til stede.

5.2.2. Observation før og efter samtaleobservationerne

Udover samtaleobservationerne har vi anvendt observation før og efter konsultationerne. Vi har nedskrevet observationer med relation til lægerne, patienterne og andre forhold, som kunne have påvirket samtalerne. Med det konstruktivistisk-interaktionistiske metodiske perspektiv er konteksten vigtig for meningen af samtalen. Det tidligere eksempel med lægen, der beklagede sig over sit overbookede skema (Bilag 7: Generelt fra dagen) viser, at konteksten er af stor betydning. Havde vi ikke været bekendt med konteksten, kunne det have ledt til en række fejltolkninger som for eksempel, at den pågældende læge havde været irriteret over vores tilstedeværelse.

Observationerne før og efter konsultationerne har haft karakter af den tidligere nævnte ustrukturerede observation, men her med en aktivt deltagende observatørposition (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 105). Observatørpositionen før og efter samtalerne har forholdt sig forskelligt til henholdsvis lægen og patienten. I forhold til patienten har vi påtaget os det Kristiansen og Krogstrup (2009: 110) kalder en *observatør som deltager*-position. Vores kontakt til patienterne har været kortvarig, og relativt formel (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 110).

Vores position i forhold til speciallægerne har været en *deltageren som observatør*-position. Kristiansen og Krogstrup (2009: 106) beskriver det som, at "*forskeren deltager i feltet samtidig med at han eller hun observerer ved at knytte kontakter til bestemte personer i feltet*". Lægerne har deres daglige gang på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium, hvor empiriindsamlingen har fundet sted. Derfor har det været muligt at indgå i en tættere, mere kontinuerlig relation med de syv speciallæger end med patienterne, som vi kun har haft direkte kontakt til før og efter konsultationerne.

Risikoen ved deltageren som observatør-positionen er, at observatøren kan komme til at sympatisere med de observerede aktører og få et indtryk af feltet, som bærer præg af de observeredes holdninger (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 107). I løbet af empiriindsamlingsdagene kunne vi mærke, at relationen til lægerne var mere indgående end med patienterne. Vi fik indsigt i forhold, der set

fra lægernes perspektiv kunne være udfordrende og problematiske. Som eksempel stiftede vi bekendtskab med det, lægerne kalder *den svære patient* eller *den vrede patient*, hvor patienter er blevet kastet rundt i sundhedsvæsenet og derfor kan være frustrerede og føle sig uretfærdigt behandlet (Bilag 12, L8). Lilli Sørensen fortalte os, at sådanne patienter kan være svære at håndtere. Vi forsøgte at undgå overidentifikation ved gennemgående at gøre hinanden opmærksomme på ikke at tage lægernes parti (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 109). Samtidig var patientinterviewene indsigtfulde i forhold til patientperspektivet i samtalerne.

Før og efter konsultationerne var vores observatørposition mere deltagende. Som tidligere nævnt var det os, der hentede patienterne fra venteværelset. Her var der rig mulighed for at snakke med patienterne. Vores intention har været at få patienten til at føle sig så godt tilpas i situationen som muligt. Som eksempel troede nogle af patienterne, at vi var en del af det sundhedsfaglige personale. Med vores fremtræden, hvor vi blandt andet bar et identifikationskilt fra Aalborg Universitet og det faktum, at vi hentede patienterne i venteværelset, kan vi have positioneret os selv som deltagende aktører i feltet.

Den deltagende observatørposition før og efter konsultationerne har i nogle få tilfælde gjort det vanskeligt at indtage en observatørposition under samtaleobservationerne (Kristiansen & Krogstrup, 2009: 63). Kristiansen og Krogstrup (2009: 54) skriver, at en observatør kan vælge enten at *give sig til kende* for de observerede aktører eller vælge at *undlade at røbe sin identitet*. Vi tænker, at det kan have vanskeliggjort det at indtage en fuldbyrdet publikumsposition, fordi vi allerede inden konsultationen har ført en kortere samtale med patienten. I nogle tilfælde har en patient eller læge henvendt sig til observatøren under konsultationen, som eksemplificeret i det nedenstående:

"L henvender sig til obs og siger at han kender P rigtig godt." (Bilag 7: P16)

"P henvender sig til obs og spørger om obs får noget ud af det." (Bilag 7: P18)

Vi oplever ikke de få henvendelser under konsultationerne som et væsentligt problem for vores observatørposition eller for empirien. Det vidner derimod om, hvor svært det er at være fluen på væggen og underbygger specialets

socialkonstruktivistiske præmis om, at vi ikke kan indgå i en social kontekst uden at påvirke (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

5.2.3. Refleksion over observatørpositionen

Vi har den fordel som observatører, at vi ikke er en integreret del af den daglige gang på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium. Vi har ikke været underlagt de samme organisatoriske eller venskabelige bånd som for eksempel en af speciallægerne ville være. Vi er dog bekendte med feltet i den forstand, at vi begge har prøvet at være patient på et sygehus og har interageret i en relation med en læge. Vi har ikke prøvet at praktisere medicin og har derfor ikke oplevet, hvad det vil sige at være læge på samme måde, som vi har oplevet, hvordan det er at være patient. Til gengæld er vi en del af den akademiske diskurs og vi ved, hvad det vil sige at arbejde videnskabeligt - vel at mærke inden for et andet paradigme. Vi forstår ikke lægens latinske begreber, men vi taler et akademisk sprog og forstår dermed bedre lægerne end en ikke-akademiker. Vi har været fremmede på en måde, hvor vi ikke har vores daglige gang på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium og er ikke en del af konteksten. Alligevel er vi bekendt med de diskurser, som kan finde sted i en sundhedsmæssig kontekst, fordi vi bredt set selv er en del af den (Kristiansen & Krogstrup, 2009).

5.3. Læge- og patient interviews

Interviewene er foregået på tomandshånd med undtagelse af enkelte tilfælde, hvor patienterne har haft en pårørende med, eller hvor vi begge har deltaget i lægeinterviewet.

Som det også har gjort sig gældende ved observationsmetoden, har vi haft en eksplorativ tilgang til de afholdt interviews med fokus på det uventede. Vi har valgt en åben interviewtilgang, hvor vi i relation til den interviewede har udforsket forskellige forståelser (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 29).

Som følge af den åbne, eksplorative tilgang blev vores interviewguides til både lægerne og patienterne revurderet undervejs i processen. Interviewguiden blev anvendt som en struktur for interviewene og ikke som en striks, slavisk gennemgang af spørgsmål. Vi stræbte efter at være åbne over for de forskellige

emner, den interviewede bragte på banen, ved blandt andet at stille opfølgende spørgsmål og være aktivt lyttende (Kvale & Brinkmann, 2009: 155). Samtidigt havde vi interviewguiden klar, hvis vi vurderede, at samtalen var kommet for langt væk fra specialets problemfelt. Som eksempel beskrev et lille udvalg af patienterne ventetid som værende et problematisk forhold i deres besøg på ambulatoriet:

P: (...) Det der undrer mig lidt ved det her system det er altid ventetiden. Altså når jeg bliver kaldt herop når klokken den er 10.30 og så går der en halv time. Og det er det altid når jeg kommer. Altid. Jeg har aldrig andet end at sidde derude og vente.

(...)

(Bilag 13, P18)

I sådanne tilfælde vurderede vi, at ventetid på ambulatoriet var et forhold uden for læge-patient samtalen og søgte derfor at få samtalen tilbage til at omhandle konsultationen.

5.3.1. Lægeinterviews

Den oprindelige tanke bag de kvalitative interviews var, at lægerne skulle interviewes umiddelbart efter konsultationen. Grundet travlhed var det desværre ikke muligt at interviewe lægerne direkte efter konsultationen, hvilket ellers havde været aftalen med kontaktperson Lilli Sørensen. Vi har i flere tilfælde været nødt til at afholde et eller flere længere interviews, når det på et givent tidspunkt har passeret ind i lægens skema. Som eksempel måtte vi interviewe tre læger i deres frokostpause, hvor andre satte tid af mellem patienterne.

Vi var usikre på, hvorvidt lægen kunne huske og skille de enkelte samtaler fra hinanden, fordi vi under interviewene ofte skulle gennemgå op til fem konsultationer. Vi valgte derfor allerede den første empiriindsamlingsdag, efter vi kunne se, at det ikke kunne lade sig gøre at afholde lægeinterviewet efter konsultationerne, at spørge mere overordnet ind til lægernes kommunikative og menneskelige tilgang til patienten (Bilag 4). Med kommunikative og menneskelige kompetencer mener vi ikke, at intentionen med interviewet var at vurdere lægernes evner som læge. Formålet har været at få lægerne til at

reflektere over og italesætte, hvad de forstår ved kommunikative og menneskelige kompetencer.

I nogle tilfælde spurgte vi ind til konkrete episoder fra konsultationerne, hvis der havde været forhold under samtalen, som vi ønskede lægens perspektiv på. Som eksempel spurgte vi en læge, hvad hans reaktion var på en patient, der beskrev sin krumme finger som et stort problem i sin hverdag (Bilag 11, LP28):

"Kan det være svært sådan at skulle sætte sig i hendes sted [L: nej ikke længere] og sådan dele den der bekymring [L: nej ikke længere]."

(Bilag 12, L7)

Vi benyttede os kun sporadisk af interviewguiden og stillede i stedet uddybende spørgsmål til det, lægerne fortalte. Konsekvensen af ikke at benytte interviewguiden slavisk har været, at vi kunne fordybe os i interaktionen med lægerne. Nogle enkelte spørgsmål stillede vi under hvert interview som for eksempel: *"Har du haft nogen form for kommunikationstræning?"* og *"Hvilke overvejelser gør du dig i forhold til din kommunikation i samtalen med patienten?"* (Bilag 4).

5.3.2. Patientinterviews

Efter hver konsultation har vi afholdt et kort interview med patienterne på mellem fem og ti minutter. Patienterne blev interviewet umiddelbart efter konsultationen, som det oprindeligt også var tænkt med lægerne. I nogle tilfælde var det nødvendigt at vente omkring 10 minutter, hvis patienten efterfølgende skulle informeres om en kommende operation af sygeplejersken.

Ved patientinterviewene forholdt vi os til den netop afsluttede konsultation, hvis der havde været forhold, som var relevante at få uddybet.

Patientinterviewene blev som oftest afholdt i et separat, aflukket lokale. I nogle få tilfælde var det dog på grund af travlhed på ambulatoriet nødvendigt at foretage interviewene på gangen. Når det var tilfældet, sørgede vi for så vidt muligt at afskærme os fra de andre på ambulatoriet. Det gjorde vi både for at tage hensyn til patienten, der ikke skulle føle sig utryk ved eksempelvis at

udstille lægen over for det øvrige sundhedspersonale, og af hensyn til lydmæssige forhold under optagelserne.

Vi søgte at gøre spørgsmålene så korte og letforståelige som muligt. Som eksempel havde vi i den oprindelige interviewguide til patienterne spørgsmålet: *"Hvordan oplevede du din rolle i samtalen?"* (Bilag 3). Allerede den første dag på ambulatoriet oplevede vi, at spørgsmålet ikke gav mening for patienterne, og vi gik derfor væk fra at stille det. Vi indledte patientinterviewene med de åbne spørgsmål *"Hvad var din oplevelse af samtalen?"*, *"Hvilke forventninger havde du til samtalen?"* (Bilag 3) med intentionen om at få patienterne til at italesætte deres umiddelbare oplevelse og forståelse af konsultationen med lægen. Herefter valgte vi enten at gå med patientens svar og stille uddybende spørgsmål eller fortsætte til næste spørgsmål i interviewguiden.

5.4. Udvalgelse af empiri

Vi har i vores speciale valgt at foretage en empiriudvælgelsesproces, idet vi overværede 29 konsultationer mellem læge og patient med en gennemsnitlig varighed på ca. 15-20 minutter. Vi havde fra start en eksplorativ tilgang og ønskede ikke at afgrænse vores empiriindsamling til et specifikt antal patienter eller en specifik patientgruppe. Formålet med empiriindsamlingen var ikke at få en stor mængde empiri, men derimod ønskede vi at få en diversitet og kvalitetsmæssig dybde i vores empiri. Vores tilgang under empiriindsamlingen var at observere mange læge-patient samtaler, som levede op til vores opstillede kriterier: vi fravalgte fra start patienter under 18 år, patienter med tolk og patienter, der enten var påvirkede eller svært demente grundet etiske hensyn. Vores overordnede refleksion var, at vi ikke ønskede at involvere patienter, der kunne have svært ved at forstå præmisserne for vores undersøgelse.

Vi ville hellere have for meget empiri og efterfølgende udvælge brugbar og relevant empiri end at være i en situation, hvor vores empiri ikke var fyldestgørende eller relevant for vores problemformulering. Efter empiriindsamlingen hørte vi samtlige lydfiler igennem og fravalgte at

transskribere syv læge-patient samtaler. Dette skyldtes, at lyden i nogle samtaler var for dårlig til at kunne blive transskriberet.

Vi bestræbte os på at medtage alle nuancer i de forskellige læge-patient samtaler, og derfor valgte vi også at transskribere samtaler, hvor lægen og patienten fra start italesatte samme forventninger og ikke eksplicit forhandlede med hinanden. Enighed i en beslutningstagningsproces er en lige så stor del af vores problemstilling i specialet som uenighed. Ved at ekskludere denne faktor, ville vi ikke kunne give et nuanceret indblik af de forskellige meningsskabende processer, som udspiller sig i samtalerne. Vi er bevidste om, at vores udvalgte empirimængde er relativ stor, men idet vi ønsker at kortlægge mønstre og afvigelser med afsæt i sprogbrugs- og positioneringsteori, ser vi det som en passende mængde. Hvis vi havde tillagt os et konversationsperspektiv ville mængden af empiri være for stor, idet vi ikke ville være i stand til at gå i dybden med al empiri. Vi har i vores udvælgelsesproces haft fokus på specialets problemfelt og har foretaget vores udvælgelse på baggrund af, hvad vi ønsker at undersøge, og hvorfor vi ønsker at undersøge det (Kvale, 1988: 93).

5.5. Transskribering

Som det fremgår af Bilag 11-13, har vi valgt at transskribere de observerede læge-patient samtaler og interviews. Transskription kan karakteriseres som: "*...a transformation of one narrative mode – oral discourse – to another narrative mode – written discourse*" (Kvale, 1988: 97). Transskription er frosset i tid og giver ikke læseren et indblik i den sociale interaktion, som har fundet sted i den specifikke situation. Transskriberinger vil altid have en fortolkende dimension, idet der vil forekomme subjektive valg og fravalg, som personen, der transskriberer må foretage (Kvale, 1988: 98). Det kan for eksempel være, at én transskribent vælger at nedskrive en pausesekvens, som en anden transskribent ikke ville have medtaget. Vi har i samråd med vores kontaktperson på Vejle Sygehus valgt at anonymisere både patienter og læger. Vi har benævnt lægen med "L" og patienten med "P". Vi differentierer mellem de forskellige patienter således, at den første patient benævnes "P1", den næste patient "P2" og så fremdeles.

Vi har ikke anvendt en specifik transskriberingsstandard, men har ladet os inspirere af elementer fra: *"Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Talesprog"* (Gregersen, 1992). Gregersens standard er en oversigt over retningslinjer for, hvordan talesprog kan overføres til tekst. Vi har hentet inspiration fra Gregersen (1992: 4) ved blandt andet at udskrive tal og forkortelser, vi har udeladt kommaer og har anvendt punktummer til at markere ytringsafslutninger. Vi har enkelte steder benyttet os af forkortelsen (UF) i forbindelse med uforståelige ord (Gregersen, 1992: 4). Der er forskel på tale og skriftsprog, og nedskrivning af talesprog kan besværliggøre læsningen af transskriberingerne, fordi vi formulerer os forskelligt i de to discipliner (Kvale, 1988: 98). Vi har holdt os tro imod lydoptagelserne og har ikke ændret på ordstilling og talesprog, selvom vi ved en omskrivning ville have formuleret det mere klart (Gregersen, 1992: 4).

Vi har blandt andet nedskrevet suk, tøven og grin med en parentes eksemplificeret ved: *"Jamen så er det det vi gør. (P griner)."* Vi har nedskrevet overlappende tale og minimalrespons ved brug af symbolet "[]". Dette har vi eksemplificeret ved nedenstående citat:

P: Lige præcis. [L: ja ja]. Lige præcis. Men efter jeg har fået de der såler der så synes jeg at så er der ikke noget karakteristisk for på hvad tidspunkt det gør ondt på længere [L: mm]. Jeg kan stadigvæk mærke det men som regel når jeg ikke går i sålerne og så bare går med bare fødder jamen så bliver det værre [L: okay] synes jeg [L: ja ja].

(Bilag 11, LP3)

Vi har fravalgt tidskoder, da vi ikke anså tidskoderne som gunstige og brugbare i henhold til vores citering i analysen. Det er vigtigt at eksplicitere, at vi ikke har lavet en minutiøs, dybdegående konversationstransskribering, idet formålet med vores transskribering har været at udskrive indholdet af, hvad deltagerne siger. I tråd med vores socialkonstruktivistiske ståsted er det utopi at anskue transskriptioner som fortolkningsfrie, men vi har bestræbt os på at synliggøre

vores transskriptionsprocedure i dette afsnit for at give læseren et indblik i de overvejelser, vi har gjort os.

5.6. Kategorisering af empiri

Vi har valgt at kategorisere vores empiri for at organisere, strukturere og udvælge centrale dele af vores transskriberede empiri (Kvale & Brinkmann, 2009: 223). Kvale og Brinkmann argumenterer for, at kategoriseringer kan udvikles på forhånd eller opstå ad hoc under analysen (2009: 225). Vi havde i vores speciale ikke defineret eller udformet kategorier på forhånd, idet vi har haft en eksplorativ tilgang til empiriindsamlingen og ikke på forhånd har vidst, hvordan de sociale interaktioner ville udspille sig. Kategorisering i en undersøgelse: "(...) kan give overblik over store mængder af udskrifter og gøre det lettere at sammenligne og teste hypoteser." (Kvale & Brinkmann, 2009: 225). Vores empiriske transskriberede materiale er på 274 sider. Grundet den store mængde empiri har vi fra start haft et ønske om at finde et behjælpeligt analyseværktøj, som i vores analysebearbejdningsproces kunne være med til at finde mønstre i vores indholdsbaseerede transskriberinger.

Vores transskriberingsfase omhandlede ikke blot at udskrive deltagernes talte ytringer til skriftligt materiale, men var også en proces, hvor vi har fået et overblik over relevante tematikker og kategoriseringer, som kan være anvendelige og gunstige til at belyse vores problemformulering i analysen. Vi nedskrev undervejs i transskriberingsfasen interessante problemstillinger, mulige kategoriseringer og mønstre såvel som afvigelser, hvilket har været et behjælpeligt redskab i vores efterfølgende kategoriseringsproces. Vi har valgt at kategorisere vores transskriberinger, hvilket vil sige, at vi har formuleret særskilte tematikker for læge-patient samtalerne, patientinterviewene og lægeinterviewene (Bilag 8, 9 og 10). Vi har for eksempel en kategori, som i læge-patient samtalerne omhandler: "*Eksempler hvor patienten overgiver magt til lægen - hvor patienten giver lægen lov til at definere sit handlerum*" (Bilag 8). Denne kategori har vi formuleret, idet vi blandt andet ønsker at belyse de herskende positioneringsforhold mellem læge og patient, som er på spil i empirien. Det er imidlertid vigtigt at eksplicitere, at kategorisering medfører en:

"(...) *dekontekstualisering af udsagn*" (Kvale & Brinkmann, 2009: 230), idet vi "løfter" deltagernes citater ud af den lokale og situationelle kontekst. Vores kategoriseringsproces er behjælpelig med at synliggøre mønstre fra de forskellige observationer og interviews. Det er ud fra vores videnskabsteoretiske og teoretiske ståsted væsentligt ikke at bygge vores analyse på udsagnene uden at medregne den lokale kontekst. Vores socialkonstruktivistiske tilgang tillægger konteksten væsentlig betydning, og derfor benyttes kategoriseringer kun som et analytisk bearbejdningsværktøj til at organisere og strukturere vores indsamlede empiri.

5.7. Logbog

Vi har løbende valgt at nedskrive vores refleksioner, ideer og tolkninger i forhold til vores problemstilling i en logbog. Dette var især betydningsfuldt i den indledende fase og under indsamlingen af empiri, da vi havde mange umiddelbare refleksioner og formodninger vedrørende specialiseringen af vores udvalgte felt. Logbogen foreviger vores tanker, og vi har kontinuerligt efterbestrebt at skrive vores forståelser af konteksten ned. Vi ønsker at synliggøre vores proces og de refleksioner, vi løbende har haft, hvilket giver læseren en indsigt i den rejse, vi har været igennem. Vores logbog har fungeret som et funktionelt værktøj for os i processen. Logbogen kan findes i Bilag 1.

6. Teoripræsentation

Vi vil i nedenstående afsnit præsentere *diskurspsykologi*, *positioneringsteori*, *talehandlingsteori* samt brugbare analytiske begreber til analysen. Vi vil redegøre for teoriernes grundpræmisser samt teoriernes anvendelighed i specialet. Vi vil kort præsentere de analytiske begreber samt reflektere over, hvad begreberne kan belyse i analysen. Slutteligt vil vi definere specialets kontekstbegreb.

6.1. Diskurspsykologi

Vi har som overordnet teoretisk forståelsesramme valgt at inddrage Jonathan Potter og Margaret Wetherells (1987) diskurspsykologiske perspektiv, idet vi

ønsker at belyse diskursive praksisser i vores analyse. Potter & Wetherell (1987: 175) beskriver deres diskurspsykologiske teori som: "(...) *a broad theoretical framework concerning the nature of discourse and its role in social life (...)*". Diskurspsykologi skal i vores speciale ses som en forståelsesramme og vil i specialet belyse, hvordan deltagerne bruger bestemte diskurser som en ressource i sociale handlinger. Potter og Wetherell (1987: 7) anskuer diskursbegrebet i en bred forstand og definerer det som: "(...) *all forms of spoken interaction, formal and informal, and written texts of all kinds*". Potter og Wetherell (1987: 1) ekspliciterer, at en stor del af menneskers aktivitet udføres gennem sproget, og at vi gennem sproget kan forstå sociale virkeligheder og interaktioner. En diskursanalyse kan være med til at synliggøre mønstre i samtalepartnernes ytringer, samt hvilke sociale konsekvenser forskellige diskursive fremstillinger af virkeligheden får.

Potter og Wetherell anvender begrebet *fortolkende repertoier* for at specificere, at sprogbrugen i hverdagslivet er fleksibelt og dynamisk (Jørgensen & Phillips, 2010: 124). Potter og Wetherell (1987: 138) definerer begrebet som: "(...) *a lexicon or register of terms and metaphors drawn upon to characterize and evaluate actions and events*". Citatet indikerer, at hvert repertoire giver ressourcer, som mennesket kan bruge til at konstruere versioner af virkeligheden på en bestemt måde. Mennesket kan gennem brug af stilistiske og grammatiske sprogkonstruktioner trække på bestemte ressourcer til at karakterisere handlinger. For eksempel kan en læge trække på lægefaglige begreber til at beskrive patientens symptomer. Vi vil i vores analyse af de diskursive praksisser se efter sprogbrygsanalytiske talehandlinger i det empiriske materiale. Derved kan vi se, hvordan samtaleparterne anvender sproget som et aktivt redskab, når de skal beskrive sig selv og deres virkelighed i den situationelle kontekst. Potter og Wetherell er imidlertid ikke konsistente i deres benævnelse af fortolkende repertoier og bruger blandt andet diskursbegrebet flere steder i deres værk "*Discourse and Social Psychology*" (1987: 124) i stedet for fortolkende repertoier. Det understøttes i Jørgensen & Phillips (2010: 124), hvor de skriver, at diskurs kan bruges i stedet for fortolkende repertoire. Vi vil konsistent bruge ordet diskurs i specialet, hvor det

vil dække over de samme karaktertræk, som er beskrevet ovenfor. Vi er i specialet inspireret af Potter og Wetherells bidrag til diskurspsykologi, der lægger lige vægt på, hvad mennesker gør med deres tale og skriftsprog og hvilke diskursive ressourcer, de trækker på i deres praksisser.

Diskurspsykologien er udviklet inden for socialpsykologien og ses som en kritik af og udfordring til kognitivismen (Jørgensen & Phillips, 2010: 105). I de kognitivistiske tilgange til sprog anses tekster og talt sprog som afbildninger af en ekstern verden. I kontrast til kognitivismen ser diskurspsykologien tekster og talt sprog som konstruktioner af verden, som orienteres mod sociale handlinger (Jørgensen & Phillips, 2010: 105). Diskurspsykologien deler den socialkonstruktivistiske tilgang, hvor sprog er en dynamisk form for social praksis, der former den sociale verden (Jørgensen & Phillips, 2010: 105). De kognitivistiske tilgange opfatter psykologiske processer som private mentale aktiviteter, hvorimod socialkonstruktivisterne - herunder diskurspsykologien - opfatter processerne som aktiviteter, der er konstitueret gennem social, diskursiv aktivitet (Jørgensen & Phillips, 2010: 105). Diskurspsykologien har dermed en anti-essentialistisk tilgang (Jørgensen & Phillips, 2010: 112), hvilket er i tråd med specialets videnskabsteoretiske ståsted, som er beskrevet i afsnit 3. "Specialets videnskabsteoretiske tilgang".

Potter og Wetherell fremsætter, at: "*our perspective depends on an empirical claim*" (1987: 35), hvilket stemmer overens med vores ønske om at forstå og undersøge social interaktion i hverdagspraksis. Fokus er på de specifikke tilfælde, hvor det er muligt at undersøge aktiv brug af sprog i hverdagslivet (Potter og Wetherell, 2010: 35). Fokuset på hverdagspraksissen gør diskurspsykologiens perspektiv relevant i specialet, hvor vi undersøger den aktuelle, sociale interaktion under de specifikke konsultationer på Vejle Sygehus.

Diskurspsykologiens ærinde er ikke at analysere diskurser som abstrakte størrelser. Formålet er snarere at undersøge, hvordan mennesker aktivt og strategisk bruger de forhåndenværende diskurser til at fremstille sig selv og verden på bestemte måder i social interaktion (Jørgensen & Phillips, 2010: 16).

Vi anvender diskurspsykologien til at undersøge, hvordan samtaleparterne strategisk bruger diskurser til at fremstille sig selv og verden. Vi er opmærksomme på, at vi ikke er i stand til at få indsigt i samtaleparternes strategiske overvejelser, og hvad der ligger til grund for deres brug af diskurser. Vi er derimod i stand til at analysere, hvilke ressourcer deltagerne trækker på, og hvordan de positionerer sig i forhold til hinanden gennem deres handlinger.

Potter og Wetherell (1987: 49) ekspliciterer, at diskurspsykologiens fokus: "*(...) is on the discourse itself: how it is organized and what it is doing*". Diskurspsykologien søger efter mønstre, forskelligheder og afvigelser i det sagte (1987: 168). Vi kan ikke komme "bag" om diskursen og analysere os frem til, hvad deltagerne virkelig mener (Potter & Wetherell, 1987: 49; Jørgensen & Phillips, 2010: 31). Vi vil i specialet tage udgangspunkt i de aktuelle diskurser, som vi får indsigt i gennem det talte sprog, hvor samtaleparternes handlinger ses som interessante i sig selv. For at systematisere og skelne de forskellige mønstre fra hinanden og være i stand til at undersøge den specifikke sprogbrug, har vi valgt at understøtte vores diskursanalyse med begreber fra sproghandlingsteorien.

Diskurspsykologiens begrænsning er, at der ikke er udviklet selvstændige, analytiske værktøjer. Det er derfor nødvendigt at inddrage begreber fra andre teoretiske tilgange. Potter og Wetherell (1987: 18+80) henviser til konversationsanalyse og sproghandlingsteori som inspirationskilde og finder deres analytiske redskaber anvendelige. Vi har valgt at inddrage analytiske redskaber fra sproghandlingsteorien, idet vi er interesseret i sprogets indhold og brug i samtalerne, hvilket vil blive uddybet yderligere i afsnit 6.3. "Pragmatisk sprogbrugsanalyse og talehandlinger".

Diskursanalyse ses som overordnet genstandsfelt og opfordrer til at inddrage relevante teorier og analytiske værktøjer (Jørgensen & Phillips, 2010: 12). Vores speciale er gennemsyret af diskursanalysens grundlæggende filosofiske præmisser angående sprogets rolle. Uden diskurspsykologien som overordnet ramme ville vi ikke være i stand til at synliggøre diskursive mønstre, men for at

være i stand til at lokalisere og postulere disse mønstre, har vi set et behov for at basere vores diskursive påstande på sprognære analyser af deltagernes sprogbrug.

Vores teoripræsentation skal derfor ses i flere niveauer: diskurspsykologien er en forståelsesramme, positioneringsteorien kan give os indsigt i deltagernes handlemuligheder og begrænsninger. Sprogbrugsteorien og de analytiske værktøjer giver os mulighed for at analysere deltagernes talehandlinger på mikro-niveau.

6.2. Positionering og magt

For at forstå de diskursive praksisser, der udspiller sig mellem lægerne og patienterne i beslutningstagningsprocessen, vil vi inddrage begreberne *position* og *positionering*. Vi har valgt at anvende Bronwyn Davies og Rom Harré (2014), der har videreudviklet positioneringsbegrebet, som Foucault kun fik beskrevet overordnet i sine værker. Foucault arbejdede med begrebet *subjektposition* og hævdede, at mennesket ikke bruger sproget til at udtrykke et ægte jeg eller en essens (Nilsson, 2009: 164-165). Forskellige diskursive praksisser stiller forskellige subjektpositioner til rådighed for mennesket, hvorfra der kan tales meningsfuldt (Davies & Harré, 2014: 27+41). Der kan skelnes mellem to forskellige positioneringstyper: *interaktiv* positionering hvor det, den ene siger, positionerer den anden og *refleksiv* positionering, hvor en person positionerer sig selv (Davies & Harré, 2014: 31-32).

Positionering er en relationel aktivitet, som mennesket bevidst eller ubevidst dagligt deltager i. Positioneringsteorien interesserer sig for at undersøge, hvordan diskursive praksisser konstituerer mennesket, der samtidig udgør en ressource, hvorudfra mennesket kan forhandle nye positioner (Davies & Harré, 2014: 65). Positionering skabes i interaktionen på baggrund af de forskellige måder, mennesket forstår sig selv og andre. Med afsæt i lingvistiske handlinger, der tilsammen udgør en samtale undersøger Davies og Harré de dynamiske relationer mellem samtaledeltagere (Olsen, 2014: 11).

Med positioneringsbegrebet introducerer Davies og Harré et alternativ til Goffmans socialpsykologiske rollebegreb. En rolle er summen af de normer, der knytter sig til en bestemt opgave eller stilling, hvortil der er en række forventninger (Goffman, 2004: 194-195). Her minder begreberne positionering og rolle i høj grad om hinanden. Rollebegrebet tager ikke højde for, at sociale forhold ikke er statiske, men at de derimod bliver formet af sproglige ytringer i relationer i en given kontekst (Olsen, 2014: 8). Rollebegrebet er mere statisk end positioneringsbegrebet, fordi rolleindehaveren må foretage en række handlinger, som er bestemt af rollen og indeholder derfor en social determinisme (Jacobsen & Kristiansen, 2002: 115). Den diskursive praksis stiller en række positioneringsmuligheder til rådighed for individet, og derfor er individets handlefrihed med positioneringsbegrebet ikke nær så bundet til den enkelte situation sammenlignet med rollebegrebet. En relation kan under en samtale ændre sig på baggrund af samtaleparternes talehandlinger (Henriksen, 2014: 13).

Positioneringsbegrebet er dynamisk, idet mennesker kontinuerligt positionerer og ompositionerer sig selv og andre gennem sproglige handlinger i de diskursive praksisser, som vi altid er en del af (Davies & Harré, 2014: 25). Davies og Harré (2014: 25) forstår diskursiv praksis som "(...) *alle de måder, hvorpå folk aktivt producerer sociale og psykologiske realiteter*". Ved at tale om positioneringer i stedet for roller får vi mulighed for at undersøge det dynamiske aspekt af den menneskelige interaktion (Davies & Harré, 2014: 35). Vi kan både muliggøre positioner for os selv og andre, men også begrænse eget og andres handlefelt. Det er denne relationelle dynamik, hvori læge og patient begrænser og muliggør eget og samtalepartnerens handlefelt, vi finder interessant i forhold til beslutningstagningsprocessen.

For Davies og Harré (2014: 21+31-32) kan et udsagn ikke forstås som en afspejling af en verden med en selvstændig struktur eller af mennesker med en indre essens. Mennesket skaber derimod mening af sig selv og andre gennem en række forskellige diskursive fortællinger, som er tilgængelige for os (Davies & Harré, 2014: 34-35). Davies og Harré (2014: 58) skriver: "*Som talende tilegner*

mennesker sig forskellige overbevisninger om sig selv, der ikke nødvendigvis udgør et forenet og sammenhængende hele. De skifter fra et til et andet syn på sig selv, og diskursen forandrer sig". Inden for positioneringsteori kan man derfor ikke tale om et sammenhængende selv, men en række selver, som i nogle tilfælde også er modstridende (Davies & Harré, 2014: 28). Selvet er dynamisk og skabes i sproglige handlinger, men på samme tid er mennesket underlagt den kontekstafhængige diskursive praksis. Vi vil her gøre opmærksom på, at Davies og Harrés beskrivelse af menneskets selv er i overensstemmelse med specialets socialkonstruktivistiske beskrivelse af det anti-essentialistiske, flydende selv.

De diskursive praksisser, som mennesket er en del af, muliggør en række subjektpositioner, som mennesket kan indtage (Davies & Harré, 2014: 27). Inden for den givne position kan mennesket tale og handle meningsfyldt i overensstemmelse med den diskursive praksis. Det modsatte kan dog også forekomme som for eksempel, hvis vi forestiller os en læge, der lægger sig på briksen og spørger patienten, hvad han fejler. I dette tilfælde har lægen ikke handlet i overensstemmelse med de forventninger, vi har til, hvordan en læge bør handle meningsfuldt. Positioneringsteorien arbejder med begrebet *aktørmuligheder* - på engelsk *agency*, der omhandler en aktørs handlemuligheder (Davies & Harré, 2014: 39+56). Vi er interesseret i at undersøge, hvordan læge og patient begrænser og muliggør eget og samtalepartnerens handlefelt. Gennem en analyse af samtaleparternes aktørmuligheder, forventer vi at kunne skabe en forståelse for de relationelle forhold, som kan påvirke beslutningstagningen.

Positioneringsbegrebet er tæt forbundet med magt, idet mennesket gennem positionering af sig selv og andre kan muliggøre og begrænse eget eller andres handlefelt. Vi har valgt at bruge Michel Foucaults magtperspektiv som forståelsesramme: *"(...) power must be understood in the first instance as the multiplicity of force relations immanent in the sphere in which they operate (...)"* (Foucault, 1990: 92). For Foucault er magt ikke noget enkeltindivider besidder. Magten skabes derimod i relationer, hvilket er i overensstemmelse med specialets socialkonstruktivistiske fokus på relationer. I et foucaultiansk perspektiv er magt en grundlæggende produktiv og allestedsnærværende kraft -

et strategisk spil, som sker i forskellige situationer og viser sig gennem diskurser (Niellson, 2009: 83-84). Magt kan som teoretisk forståelsesramme bidrage med nuancer og perspektiver til positioneringsbegrebet ved at belyse, at alle sociale relationer er magtrelationer, og at vi kontinuerligt forhandler om magtpositioner. Som eksempel skriver Foucault, at magt og viden hænger uløseligt sammen (Foucault, 1990: 100). Ud fra en forståelse af viden som værende magt, kan lægen siges at have magt til at handle på forskellige måder på grund af sin lægefaglige viden, som patienten ofte ikke vil være i besiddelse af. Vi forventer, at Foucaults magtforståelse vil bidrage med nuancer af magtpositionerne mellem læge og patient.

Den poststrukturalistiske tradition, som Foucault skriver inden for, erkender i tråd med socialkonstruktivismen, at det ikke er muligt at erkende og fastslå almengyldige, ahistoriske strukturer, men at fokus skal være på at inkludere de historiske og kontekstuelle forhold (Støier, 2011: 165-166).

Foucaults magtbegreb vil vi anvende i diskursanalysen af lægerne og patienternes ytringer under samtalerne. Begrænsningen ved Foucault og til dels også Davies og Harré er, at de ikke operationaliserer deres teoretiske forståelser til analytisk anvendelige begreber. Foucaults magtforståelse opererer ydermere på et abstrakt, samfundsstrukturelt plan og kan være svær at omsætte til specialets mikro- og mesoperspektiv. For at imødekomme udfordringen med de manglende analytiske begreber, har vi valgt at inddrage begreber fra blandt pragmatisk sprogbrugsanalyse og talehandlingsteori. Med fokus på positioneringsteoriperspektivet har vi valgt at inddrage Mie Femø Nielsen, der med sin analyse af mellemlæderes positioneringer præsenterer en række begreber, der for os vil være brugbare i analysen.

Nielsen (2010: 9+12) operationaliserer positioneringsbegrebet i en lokal, specifik kontekst - afdelingsmødet. Hun analyserer med en deskriptiv tilgang mellemlæderes måde at positionere sig på. Nielsen har en samtaleanalytisk tilgang til sin undersøgelse af mellemlæderpositioneringer. Vi har med specialet valgt at undersøge sprogbrugsanalytiske talehandlinger og har derfor fokus på mening og indhold og ikke på struktur som i samtaleanalysen.

Hvor Davies & Harré (2014) argumenterer for, at positionering ikke altid sker bevidst, beskriver Nielsen (2010: 28), hvordan man aktivt og bevidst kan bruge positionering som mellemlider. Vi vil argumentere for, at magtrelationen mellem leder og medarbejder og læge og patient har så tilstrækkeligt mange fællesnævner, at vi kan anvende litteratur af Nielsen. Nielsen (2010: 18-19) definerer en leder som en, der informerer, træffer beslutninger, motiverer, og hvor kommunikation spiller en central rolle. Ifølge Hauberg (2003: 39) kan en læge diagnosticere, tage beslutninger om patientens behandlingsforløb, motivere patienten, og det er i høj grad vigtigt, at lægen kan kommunikere med patienten. Lægen og lederen vil ydermere ofte have adgang til viden og information, som ikke er tilgængelig for patienten og medarbejderen. Slutteligt er både lederen og lægen en faglig autoritet. Vi sidestiller ikke lederpositionen med lægepositionen, da læge-patient relationen naturligvis ikke i alle aspekter kan sammenlignes med en leder-medarbejder relation. Der er dog en række karakteristiske handlinger, som gør sig gældende for en læge såvel som en leder.

Med afsæt i Nielsens (2010) analyse af mellemlideres positionering, vil vi i det følgende præsentere en række handlinger, som samtalepartnerne kan udføre, der kan positionere dem på forskellige måder. Disse handlinger og deres betydning for læge-patient relationen vil vi inddrage i analysen.

Emnestyring

En samtalepartner kan initiere et emne ved at begynde at tale om det eller ved at lade et tidligere emne udvikle sig til et nyt (Nielsen, 2010: 61). Et emne kan også blive accepteret eller afvist. Emnestyring er med til at sætte rammerne for, hvad der kan tales om og ikke tales om (Nielsen, 2010: 61). Det kan for os være interessant at undersøge emnestyringen, fordi det siger noget om, hvem der sætter dagsordenen, og hvad der er meningsfuldt at tale om.

Korrektioner

Samtalepartnerne kan korrigere egne og andres ytringer (Nielsen, 2010: 80). Begrebet er interessant, fordi det siger noget om kampen om definitionsmagten. Hvis lægen eksempelvis siger: *"Du har problemer med dit knæ"*, hvortil patienten

svarer: "Nej jeg er overbevist om, at det stammer fra ryggen", har patienten korrigeret lægens ytring og benyttet definitionsmagten.

Vi vil tage afsæt i Nielsens beskrivelse af aktørers positioneringsmuligheder og begrænsninger, når vi i empirien finder eksempler på emnestyring og korrektion.

Samtaleparternes positioneringer afhænger af de sproglige handlinger. For at få indsigt i hvordan samtaleparterne positionerer sig selv og hinanden, har vi valgt at inddrage begreber fra sprogbrugsanalysen. Ved at inddrage begreber fra talehandlingsteori vil vi undersøge, hvordan sproglige elementer i samtalen konstruerer relationer (Davies & Harré, 2014: 19-20). Davies og Harré (2014: 24) skriver, at analytiske begreber, der kan fremstille samtalen som en struktureret række sproghandlinger, der undersøger samtaleparternes handlingsmæssige nuancer, må inddrages for at forstå samtaleparternes positioneringer. I det følgende afsnit vil vi præsentere den pragmatiske sprogbrugsanalyse for derefter at fremstille de valgte analytiske begreber.

6.3. Pragmatisk sprogbrugsanalyse og talehandlinger

Vi har valgt at inddrage analytiske begreber fra den pragmatiske sprogbrugsanalyse, der henter inspiration fra semiotikken og pragmatikken.

Semantikken studerer det semiotiske begreb *betydning*, der betegner forholdet mellem tegn og genstand. Betydning er et stabilt og fast begreb. Pragmatikken beskæftiger sig med *mening*, der er mere flygtigt og kontekstafhængigt (Vagle, Sandvik & Svennevig, 1993: 81). Vi er kun interesseret i ytringers grammatiske struktur og betydning for at kunne argumentere for vore tolkninger i analysen, men vores hovedinteresser er den sproglige mening. Vi anvender en række sprogbrugsanalytiske begreber til at kunne sige noget om den pragmatiske mening i den konkrete kontekst. De analytiske begreber vil blive præsenteret i afsnit 6.4. "Præsentation af analysebegreber".

Pragmatikken fokuserer på samtaleparternes *sprogbrug* i den kommunikationssituation, hvori sproget aktivt bruges (Alrø & Kristiansen, 1988: 31). Pragmatisk sprogbrugsanalyse forholder sig problematiserende til

kommunikation, idet den undersøger både manifeste og latente betydningslag såsom udsagte præmisser og konklusioner for det, der direkte ytres (Alrø & Kristiansen, 1988: 31). Pragmatikken medindregner samspillet mellem kontekst og det konventionelle indhold af sætninger til at skabe en specifik mening i den situationelle kontekst (Vagle, Sandvik & Svennevig, 1993: 81).

Med sin sprogfilosofi undersøger John L. Austin, hvordan vi bruger hverdagsproget til at handle. Når vi interagerer med hinanden, refererer og beskriver vi ikke en allerede eksisterende, struktureret verden, men vi handler og skaber den sociale verden (Andersen & Bredsdorff, 1997: 22). Austins (1997: 37) påstand er, at mennesket igennem ytringer ikke kun beskriver, hvad der gøres, men at ytringen kan være det samme, som det at gøre noget - altså at handle. At forstå sproglige ytringer som talehandlinger er i overensstemmelse med specialets socialkonstruktivistiske tilgang, hvor sprogets pragmatiske og performative aspekter betegnes (Rasborg, 2012: 351). Set i et magt- og positioneringsperspektiv kan talehandlingsteorien hjælpe os til at forstå, hvordan mennesker handler gennem ytringer, og hvordan disse handlinger positionerer os forskelligt. På baggrund af sproglige og parasproglige udtryk, relationer og den konkrete kommunikationssituation kan vi undersøge, hvordan en sproghandling eksempelvis bliver en undskyldning, en anbefaling eller et spørgsmål.

I begyndelsen af Austins forfatterskab inddeler han ytringer i to kategorier: *konstater* og *performativer* (Austin, 1997: 37). Performativer er sproglige handlingsmarkører, som rummer både betydning og konventioner (Andersen & Bredsdorff, 1997: 11; Austin, 1997: 126). Konventioner forstår vi som semantiske regler for, hvordan vi kan tale meningsfyldt i en given samtalsituation. Senere reviderer Austin kategoriseringen ved erklære, at alle ytringer er performative og inddeler dem i tre handlingsniveauer: *lokution*, *illokution* og *perlokution* (Austin, 1997: 132).

Lokution

Det *lokutionære* niveau er artikulationsniveauet og handler om selve fremførelsen af ytringen, for eksempel "solen skinner" (Wille, 2007: 198). Austin

(1997: 132) beskriver det, som at ytre en bestemt sætning med en vis betydning og reference. Det lokutionære niveau giver et billede af, hvad sætningen betyder i sig selv, og det vi kan sige om indholdet løsrevet fra konteksten (Vagle, Sandvik, Svennevig, 1993: 82).

Illokution

Det *illokutionære* niveau handler om at udtrykke en sproglig intension med ytringen (Husted, 1996: 241). Ifølge Austin (1997: 122) er det at udføre en lokutionær handling samtidig at udføre en illokutionær handling. Den illokutionære kraft er at handle i og med, at man siger noget (Austin, 1997: 123). Ytringen kan blandt andet tælle som en advarsel, et løfte, en ordre og så videre. Det illokutionære niveau er genstandsfelt for specialets analyse, idet ytringernes kommunikative funktion i konteksten kan undersøges og analyseres. Det er samtaleparternes illokutionære niveau, der skaber de interpersonelle relationer (Alrø & Kristiansen, 1988: 32).

Perlokution

Det *perlokutionære* niveau handler om den tilsigtede effekt på modtageren, for eksempel at gøre ham forskrækket eller berolige ham (Austin, 1997: 138). Virkningen opnås ikke altid. For at en perlokutionær handling er udført, skal der være opnået en bestemt virkning som resultat eller konsekvens af ytringen - ytringen bruges dermed som middel til at opnå denne virkning (Husted, 1996: 240).

Da vi ikke har adgang til menneskets psykologiske indre, kan vi ikke udtale os om hverken lægen eller patients psykologiske intentionalitet. Vi vil kun beskæftige os med den sproglige intentionalitet. Vi vil ikke undersøge aktørernes følelser, oplevelser eller intentioner med mindre sådanne italesættes. Ved at undersøge forholdet mellem den sproglige ytring, samtalepartneren og den konkrete kontekst vil det være muligt at undersøge den sproglige intention. Vores opgave er ikke at undersøge aktørernes indre intentionalitet, men at undersøge den sproglige handlings tilskrevne modalitet.

Til at forklare sammenhængen mellem handling og intention har vi valgt at inddrage den danske filosof Finn Collin og hans beskrivelse af konstruktionen af den sociale virkelighed (Collin, 1999). Ifølge Collin er handlinger sociale konstruktioner af adfærd fortolket i lyset af menneskelige intentioner. Det vil sige, at en handling først bliver en handling, idet der foreligger en intention for handlingen. Collin (1999: 14) nævner følgende eksempel: *"En illustration af forholdet mellem handling og intention forekommer, når man midt i en handling glemmer sin hensigt. I samme øjeblik reduceres handlingen til kropsbevægelse"*. Først når menneskelig adfærd fortolkes i lyset af en given mening, opstår handling. Den sociale sfære bestående af menneskelige handlinger skabes ved den intentionelle beskrivelse af menneskelig adfærd (Collin, 1999: 14). Fordi vi ikke kan få adgang til individets indre, psykologiske intentionalitet, vil vores tolkninger af lægerne og patienternes handlinger og intentioner være med afsæt i det, vi har kunnet se og høre: sproglige ytringer og det parasproglige. Analysen af lægerne og patienternes handlinger vil være vores begrundede og argumenterede tolkninger. Collin (1999: 15) skriver, at resultatet bliver en form for socialkonstruktivisme: *"Det sociale fællesskab skaber den sociale virkelighed ved at fortolke adfærd intentionelt."* Vi har med ovenstående beskrivelse af sammenhængen mellem intention og handling forsøgt at forklare, hvordan et begreb som intentionalitet, der kan forbindes med en psykologisk bevidst, kan anvendes i et speciale som dette, der ikke beskæftiger sig med indre, psykologiske tilstande.

Austin opstillede fem overordnede sproghandlingstyper, som filosofen John Searle senere videreudviklede og specificerede: assertive, direktive, kommissive, ekspressive og deklarativer sproghandlinger (Searle, 1979: 8). Vi har valgt at tage udgangspunkt i de assertive, direktive, kommissive og ekspressive sproghandlinger, da det er dem, vi finder mest relevante i forhold til empirien fra Vejle Sygehus. Sproghandlingstyperne kan hjælpe os til at forstå samtaledeltagernes illokutionære handlinger, og hvordan de kan positionere dem i beslutningstagningen.

Assertive sproghandlinger

Med assertive sproghandlinger fremstilles et givent forhold som værende sandt eller faktisk ifølge afsenderen (Searle, 1979: 8; Wille, 2007: 204). Assertiver behøver ikke at være sande, men fremstilles faktisk eller konstaterende. Assertive sproghandlinger kan også antage eller hævde, at noget er rigtigt (Arndt, 2007: 30). Når en afsender hævder noget, sender det et signal til modtageren om, at der tages forbehold (Arndt, 2007: 30) og dermed downgrades rigtigheden af afsenderens oplysninger. Begrebet *downgrade* præsenteres i afsnit 6.4. "Præsentation af analysebegreber".

Direktive sproghandlinger

Formålet med denne type sproghandling er at få modtageren til at gøre noget, som afsenderen ønsker gjort (Searle, 1979: 8; Wille, 2007: 204). Direktive sproghandlinger er rettet mod en fremtidig handling eller tilstand, hvor noget skal bringes i overensstemmelse med ytringen (Wille, 2007: 204). Direktiver kan indeholde verber som: bede om, forlange, anmode om, kræve og beordre. En direktiv sproghandling kan som eksempel være, når en læge råder en patient til at få foretaget en bestemt operation.

Kommissive sproghandlinger

Formålet med kommissive sproghandlinger er omvendt direktiver at forpligte afsenderen på en bestemt fremtidig handling (Searle, 1979: 8; Wille, 2007: 2004). Retningen er ligesom ved direktiver fra ytring til handling. Eksempler på kommissiver er at sværge, at love eller planlægge. Et eksempel på en kommissiv sproghandling kan være, når en patient lover at faste 12 timer før en operation.

Både direktive og kommissive sproghandlinger kalder Arndt (2007: 28) for *regulativer*, fordi de søger at forpligte andre eller den talende selv. Regulativer siger noget om, hvad vi *vil*: hvad man har til hensigt, eller hvad vi ønsker andre skal gøre (Arndt, 2007: 49).

Ekspressive sproghandlinger

Ekspressive sproghandlinger udtrykker afsenderens holdning til det, som ytres (Searle, 1979: 8; Wille, 2007: 204). Typiske ekspressive talehandlinger er at

takke, undskylde, lykønske eller beklage. Ekspressiver kan som eksempel forekomme, hvis en læge undskylder for en fejlbehandling, eller hvis patienten takker for en vellykket operation.

Indirekte sproghandlinger

Udover de fire ovenstående sproghandlingstyper vil vi også undersøge *indirekte talehandlinger* (Arndt, 2007: 59). En indirekte sproghandling kan eksempelvis være "Har du en lighter?", hvis umiddelbare mening kan være et spørgsmål, om modtageren har en lighter. Udfordringen ved talehandlinger er, at de hviler på en forestilling om, at der er en direkte måde at udtrykke sig på (Arndt, 2007: 60). Et spørgsmål som "Har du en lighter?" behøver ikke nødvendigvis være en anmodning om en bestemt information, det kan eksempelvis også være en opfordring. Forholdet mellem direkte og indirekte talehandlinger er en variant af forholdet mellem lokution og illokution, idet en bestemt lokutionær formulering kan betyde meget mere end ytringens semantiske betydning (Arndt, 2007: 60).

Austin opererer på et sprogbrugsfilosofisk niveau, og en begrænsning ved anvendelsen af ham er, at han ikke præsenterer et begrebsapparat til analyse af sproglige ytringer udover ovennævnte tre talehandlingsniveauer og fem talehandlingstyper. Vi har supplerende valgt at inddrage analysebegreber fra den pragmatiske sprogbrugsanalyse.

6.4. Præsentation af analysebegreber

For at forstå hvordan lægerne og patienterne handler med deres sproglige ytringer, er det nødvendigt at inddrage nogle analysebegreber, som på et tekstnært niveau kan hjælpe os til at eksplicite fortolkninger. De analytiske redskaber skal hjælpe os til at forstå, hvordan sproget bliver brugt i den lokale, specifikke kontekst. I det følgende vil vi præsentere de begreber, vi har udvalgt til analysen.

Præsupposition

Et kendetegn ved en handling er, at den har et formål, men foruden et mål har en handling også forudsætninger (Harder & Poulsen, 1980: 13). Vi går oftest ud fra noget, når vi handler (Harder & Poulsen, 1980: 13). *Præsuppositioner* handler om

forhåndsantagelser og underforståede forudsætninger (Wille, 2007: 218). Ikke al mening ligger eksplicit i det talte - mening kan også findes i det usagte. Præsuppositioner gælder de implicitte eller forudsatte informationer i en sætning som for eksempel "*Er du holdt op med at ryge?*". Den forudsatte information er her, at personen ved, hvad rygning er og har røget før. Præsuppositionerne kan sige noget om den talendes perspektiv og vedkommendes antagelse om verden (Harder & Poulsen, 1980: 16).

Modalitet

Ordet modalitet betyder "måde", og analyser af modalitet fokuserer på samtaleparternes grad af tilslutning til en sætning (Jørgensen & Phillips, 2010: 95). *Sproglig modalitet* kan opfattes som et udtryk for afsenderens forhold til illokutionen (Wille, 2007: 210). Modalitet kan ses som knyttet til verbets form, hvor vi på dansk har bøjningsformerne *indikativ* og *imperativ*. Under modalitet hører *modalverber* såsom *kunne, skulle, ville, burde, turde, måtte, gide*, og der kan disse verber være med til at udtrykke sætningssubjektets forhold til handlingen (Wille, 2007: 210). *Mådesadverbier* indgår under modalitet og kan for eksempel være *formentlig, måske, utvivlsom* og *nødvendigvis* (Wille, 2007: 211). *Gradsadverbier* betegner i hvor høj grad noget er tilfældet og kan for eksempel være *vældig, gevaldig* og *særligt*. *Sikkerhedsadverbier* kan sige noget om sikkerheden i en ytring, og kan for eksempel være *sandsynligvis* og *nok*²¹. Mådesadverbier, gradsadverbier og sikkerhedsadverbier kan modificere sproghandlingen og fortælle, hvordan ytringen kan forstås.

Upgraders og *downgraders* er sproglige signaler, som omhandler, hvor meget styrke afsenderen lægger i sin ytring, såsom *helt sikkert, nogenlunde, måske, lidt, og lidt i tvivl om*. Up- og downgraders kan modificere og tone en ytring op eller ned og kan influere på "sikkerheden" i en ytring (Alrø & Kristiansen, 1998: 200). Brug af up- og downgraders kan være med til at sige noget om afsenderens positionering og autoritet over for modtageren.

²¹ Dsn.dk. Adverbier

Hvilken modalitet der vælges, får konsekvenser for diskursens konstruktion og mening med ytringen. Modalitet er i specialet et nyttigt sprogbrugsanalytisk redskab, idet det kan give os indsigt i sætningssubjektets graduering og forhold til handlingen, som kan påvirke lægen og patientens positioneringsforhold. For eksempel kan en læges sætning: *"Du skal helt sikkert opereres nu"* udtrykke en høj grad af sikkerhed. Lægen sætter sig her i en position, hvor det er muligt at diktere en bestemt handling. Lægens positionering kan her ses som autoritær og bestemmende.

Deiksis

Deiksis betegner en række sproglige udtryk, som har det tilfælles, at deres mening er forankret i talesituationen og i afsenderens perspektiv (Wille, 2007: 208). Det kan for eksempel være ord som *jeg, vi, du, I, her, nu* og sproglige udtryk såsom *henne i hjørnet* og *i dag*. *Deiksis* kan være med til at belyse, hvordan afsenderen kan positionere sig ved at anvende personlige pronomener. Et eksempel på dette kunne være, at lægen bruger *vi* om patienten og sig selv, hvor lægen dermed inkluderer patienten. I stedet kunne lægen have brugt *du* og *jeg* og have skabt et mere distanceret tilhørsforhold til patienten. *Deiksis*begrebet kan bruges til at analysere afsenderens perspektiv.

Metafor

Metafor er et sprogligt udtryk, hvor overførslen sker ved, at det normale eller forventede udtryk erstattes af et udtryk, der kun kan forstås overført (Wille, 2007: 257). Vi har valgt at medtage metaforbegrebet, idet samtaleparterne gennem metaforiske billeder kan forklare en problemstilling på en mere billedlig måde. For eksempel bruger en af lægerne en "fjord"-metafor til at forklare patientens røntgenbillede:

*Der skal være en god afstand mellem knoglerne [P: ja]. Det skal være ligesom sådan en norsk fjord man kan sejle igennem. Og den skal være lige bred hele vejen over.
(...) Så går vi hened. Der kan du godt se der er ligesom ikke nogen norsk fjord henede [P: ja].*

(Bilag 11, LP29)

Parasprog

Parasprog er en overordnet begrebsramme, som betegner lydlige, non-verbale kvaliteter, som ledsager verbal-sproget. Dette kan for eksempel være betoning, stemmestyrke, suk, pauser, tøven og intonation (Alrø & Kristiansen, 1998: 187). Vi ønsker at inddrage den parasproglige dimension, når det influerer på det illokutionære niveau i talehandlingen. En læge, som siger: "Jeg er *helt sikker*" i høj stemmeføring er et eksempel på parasprog, som ledsager verbalsproget. Den parasproglige dimension kan hjælpe os til at tolke og underbygge, hvad meningen kan være.

Perspektiv

Vi har valgt at anvende *perspektiv*, der handler om den synsvinkel, vi betragter noget ud fra. Perspektiv kan både referere til rent fysiske forhold, for eksempel hvordan to individer i en samtale er placeret i forhold til hinanden, samt perspektiv set i en overført betydning. Perspektivet i overført betydning omhandler, hvilket "filter" vi ser og oplever virkeligheden gennem (Alrø & Kristiansen, 2006: 217). Perspektivet er bestemt af de erfaringer, forudsætninger og interesser, vi har, og et individs perspektiv influerer på, hvad vi vælger at se, høre, sige og forstå i forskellige situationelle kontekster (Alrø & Kristiansen, 2006: 217).

Et individs perspektiv viser sig i sproget, og påvirker det, vi vælger at tale om, den måde vi spørger på, og hvordan vi vælger at forstå noget (Alrø & Kristiansen, 2006: 217). For eksempel kan en læge med en holistisk tilgang til lægefaget spørge, om patienten har smerter andre steder, eller hvordan patienten har det rent emotionelt. En læge med et mere snævert specialiseret perspektiv vil givetvis kun spørge ind til patientens specifikke skade. Lægens perspektiv kan blandt andet være bestemt af deres faglige og personlige erfaringer, kompetencer og positioner. Lægen og patienten kan have et forskelligt perspektiv på patientens symptomer, og de kan også have forskellige perspektiver på hinanden og deres indbyrdes relation (Alrø & Kristiansen, 2006: 219). Parterne kan ydermere have forskellige opfattelser af den kontekst, som samtalen foregår i. Lægen kan for eksempel tale ud fra et dialogisk og

patientcentreret perspektiv, og hvis patienten ikke ønsker at indgå i dialogisk praksis med lægen, men derimod ønsker direktiver, kan der opstå en magtkamp om, hvem der får lov at definere handlerummet.

Metakommunikation

Kommunikation kan siges at fungere i et hierarki, hvor visse budskaber kan klassificere andre budskaber og hjælpe os til at tolke, hvad meningen kan være (Jensen, 2006: 70). Visse budskaber kan være "meta" i forhold til andre, idet de kan sige noget om, hvordan andre budskaber skal forstås. Metakommunikation kan udtrykkes sprogligt og gennem måden, vi siger noget på. For eksempel hvis jeg siger til min specialemakker: "Du er da lidt dum" med latter i stemmen og et smil på læben, så kan ansigt og stemme være meta i forhold til den verbale ytring og formidle, at det sagte er ment i spøg (Jensen, 2006: 71). Rent sprogligt kan metakommunikation italesættes som: "*Når jeg siger operation, så mener jeg...*" Lægerne kan bruge metakommunikation til at afklare forståelser og dermed undgå, at patienten misforstår en væsentlig pointe (Alrø & Kristiansen, 2006: 220).

6.5. Kontekstbegreb

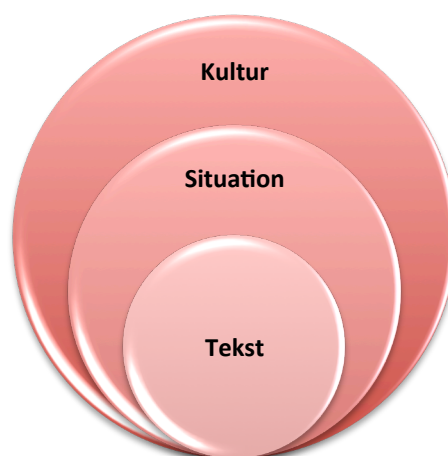
Som vi flere gange har nævnt, er konteksten vigtig i analysen af læge-patient samtalerne, men indtil nu har vi ikke defineret, hvad vi forstår ved kontekst.

Det har ikke været muligt for os i den socialkonstruktivistiske litteratur at finde en egentlig definition af konteksten, som ellers er meget central i tilgangen. Vi har søgt efter en definition af kontekstbegrebet hos Burr, Järvinen og Mik-Meyer, Gergen, Berger og Luckmann og Davies og Harré, der alle nævner vigtigheden i at inddrage konteksten. Desværre præsenterer ingen af ovenstående en decideret definition af kontekstbegrebet.

Vi har derfor ladet os inspirere af Michael Hallidays kontekstforståelse. Ifølge Halliday opererer sproget altid i en kontekst, og derfor må ytringer analyseres i lyset af dets mening (Halliday, 2014: 32). Sproget udfører en funktion i en given situation, hvor kontekst er informationer, der er nødvendige for at forstå meningen med aktiviteter (Halliday, 2014: 32). Som eksempel kan mange

sproghandlinger bygge på sproglige elementer, der uden den givne kontekst kan tolkes som en anden modalitet end, hvad der var den sproglige intention (Austin, 1997: 44+164). Vi kan altså ikke forstå lægerne og patienternes ytringer uden at inddrage konteksten. Vi forstår konteksten som den centrale røde tråd i de valgte teorier, idet det er konteksten, der afgør, hvordan en talehandling må forstås, hvordan en aktør positioneres, og om aktøren handler meningsfuldt ud fra den konkrete, diskursive praksis. For at de sproglige handlinger kan tilskrives modalitet, må man være bekendt med forhistorier, indbyrdes relationer og samtalsituationens betydning og mening.

Halliday arbejder med tre kontekstniveauer: *tekst*, *situation* og *kultur*, der forholder sig til hinanden, som illustreret i følgende model:



(Model 4. *Kontekst*. Inspireret af Frimann, 2004: 24)

Tekst er en udveksling af mening eller sagt på en anden måde interaktion mellem kommunikerende mennesker (Frimann, 2004: 25-26). Tekst vil med afsæt i specialets case være ytringsudvekslingerne mellem læge og patient. Læge og patient skaber social mening i en konkret situationskontekst.

Teksten eller de sproglige ytringer giver kun mening i kraft af situationskonteksten (Halliday, 2014: 26-27). Austin (1997: 101) taler om *ytringssituationen*, som er de omstændigheder ytringen fremsættes i. Situationskonteksten kan konkretiseres til kontekstuelle forhold, der afspejler

sammenhængen mellem tekst og kontekst (Frimann, 2004: 28): *felt, tenor* og *formidlingsform*.

Felt fortæller, hvad der foregår i situationen med fokus på den sociale handling (Halliday, 2014: 33). Den sociale handling, vi i specialet undersøger, er læge-patient samtalen. Her er det som eksempel værd for læseren at vide, hvilken afdeling samtalerne foregår på, hvilken type konsultation, der er tale om, samt hvilke emner samtalen kommer omkring. Vi har forsøgt at tydeliggøre kontekstuelle forhold i casebeskrivelsen såvel som metodeafsnittet. Vi vil ligeledes inddrage kontekstuelle forhold direkte i analysen.

Tenor siger noget om relationen mellem samtaleparterne (Halliday, 2014: 33). Det gælder eksempelvis, hvem samtaledelegerne er i forhold til status og position. Dette forhold vil vi undersøge gennem en positioneringsanalyse af lægerne og patienternes handlinger.

Formidlingsform fokuserer på tekstens funktion i interaktionen mellem samtaleparterne (Halliday, 2014: 33). Samtalens funktion er for læge og patient at undersøge et givent problem, som patienten kommer med, og på baggrund af dette træffes en beslutning om patientens behandlingsforløb. Formidlingsform dækker også over, hvad samtaleparterne rent sprogligt kan forvente i situationskonteksten (Frimann, 2004: 31). Diskursanalysen vil hjælpe os til at forstå, hvilke diskurser lægerne og patienterne trækker på i konsultationerne samt hvilke rammer, de diskursive praksisser sætter for meningsfuld tale og handling. Formidlingsformen er interpersonel kommunikation, som vi forstår som ansigt til ansigt kommunikation mellem to eller flere mennesker, som er i direkte kontakt med hinanden (Alrø & Kristiansen, 1988: 11). Parterne skiftes til at udtrykke sig og har mulighed for at reagere spontant på hinandens verbale og nonverbale udspil (Alrø & Kristiansen, 1988: 11). Vi forstår interpersonel kommunikation som et udtryk for en dynamisk proces, hvor parterne kommunikerer aktivt.

Det sidste niveau i Hallidays (2014: 33) kontekstforståelse er teksten og situationskontekstens kulturelle og samfundsmæssige kontekst. Halliday (2014: 33) beskriver, at det er en omfattende opgave at sætte sig ind i og forstå den

kulturelle kontekst. Det er ikke umuligt, men det kræver tid og ressourcer. Vi opererer inden for en institutionel kontekst - sygehusvæsnet, men vil kun i begrænset omfang inddrage den institutionelle kontekst. Det skyldes, at vores fokus på den interpersonelle relation mellem læge og patient er på et mikro- og mesoniveau og ikke det samfundsmæssige makroniveau.

Kommunikation og kontekst står i et dialektisk forhold til hinanden. På den ene side sætter konteksten rammerne for, hvad der kan tales om, og på den anden side er den aktuelle kommunikation med til at definere den konkrete kontekst og gøre den unik (Alrø & Kristiansen, 1998:183).

Med specialets socialkonstruktivistiske tilgang forstår vi sproget som et produktivt potentiale. Sproget er et aktivt redskab, når vi skal beskrive os selv og andre i en konkret situationskontekst. Samtidig foreligger der nogle diskursive praksisser, der strukturerer, hvordan vi kan handle og tale meningsfyldt i en given situation. For Halliday er sproget ikke en afspejling af en virkelig verden, men derimod et medie til at udtrykke mening (Frimann, 2004: 20-21). Halliday vil måske snarere sige, at det er nogle kulturelle normer, der har indflydelse på sproget og ikke diskursive praksisser. Den socialkonstruktivistiske tilgang vil formentlig tillægge sprogets produktive kraft større betydning end Halliday, der, som vi forstår det, anfører, at den kulturelle- og situationelle kontekst har stor indflydelse på sproget.

7. Analyse

Vi vil nu med afsæt i konsultationerne på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium undersøge, hvordan læge og patient kommer frem til en konkret beslutning om patientens behandlingsforløb. Gennem en analyse af samtaleparternes talehandlinger og positioneringer i de diskursive praksisser vil vi undersøge hvilke relationelle forhold, som kan påvirke beslutningstagningen.

Analysen er struktureret i to hovedafsnit, hvor det ene undersøger lægens position i forhold til patienten, og det andet tager afsæt i patientens position i samtalen med lægen.

Vi har overvejet, hvordan vi undgår at komme til at "forelske os" i enten lægen eller patientens perspektiv, og tildele det ene mere opmærksomhed end det andet. Vi har helt bevidst valgt at inddele analysen i henholdsvis lægens og patientens position for at udfordre os til at se forskellige relationelle forhold fra begge perspektiver.

Når man som vi har et relationelt fokus på lægen og patientens positionering af hinanden, vil det ikke være muligt at omtale lægens position uden at nævne patientens. Vi vil derfor ikke have fokus på eksempelvis lægen isoleret fra patienten, men vil tage udgangspunkt i først lægens perspektiv i relation til patienten og derefter patientens perspektiv.

Hvert hovedafsnit er inddelt i underafsnit tematiseret efter de forskellige tendenser, vi har fundet under kategoriseringen af empiri. Udover at være inspireret af empirikategoriseringen har vi også haft vores undersøgelsesspørgsmål in mente.

I analysens underafsnit vil vi inddrage eksempler fra transskriberingerne, som vil eksemplificere tendenser fra empirikategoriseringen. Med afsæt i eksemplerne vil vi undersøge ytringerne først på et tekstnært niveau, hvor vi inddrager de analytiske begreber beskrevet i teori præsentationen. Dernæst vil vi undersøge, hvordan ytringerne kan positionere samtaledelegerne i de diskursive praksisser under samtalen og belyse, hvilken betydning dette kan have for beslutningstagningen.

Når vi refererer til transskriptionerne, vil det foregå på følgende måde:

Læge-patient konsultationer:	Bilag 11	LP1, LP2, LP3, LP4 osv.
Læge interviews:	Bilag 12	L1, L2, L3, L4 osv.
Patient interviews:	Bilag 13	P1, P2, L3, L4 osv.

(Figur 2. Bilagsoversigt. Egen illustration)

Sluttelig vil vi sammenfatte analysens resultater og knytte dem op på specialets problemformulering ved at forholde os til, hvordan lægerne og patienterne kommer frem til en konkret beslutning og hvilke relationelle forhold, der påvirker beslutningstagningen.

7.1. Lægens position

Vi har inddelt hovedafsnittet i otte tematiserede underafsnit, der illustrerer forskellige handlinger, som lægerne foretager under samtalerne: *lægen giver anbefalinger, lægens begrænsninger, lægens definitionsmagt, lægens forståelse for patientens perspektiv, lægens inklusion af patientens perspektiv, lægens eksklusion af patientens perspektiv og lægens kommunikative virkemidler.*

7.1.1. Lægen giver anbefalinger

Under de 29 observerede konsultationer har en gennemgående tendens blandt lægerne været handlingen *at give anbefalinger*. Når lægen giver anbefalinger, udføres en regulativ, direktiv sproghandling. På grund af sin faglige viden er lægen i en position, hvor det er muligt at give anbefalinger til patienten (Hauberg, 2003: 39). Det gælder imidlertid ikke alle typer af anbefalinger. Lægen er for eksempel ikke i en position, hvor det er meningsfyldt at give patienten mode- eller frisureråd. Anbefalingerne må være inden for lægens faglige kompetenceområde. Det Ethiske Råd (2003: 13) skriver, at den lægefaglige kompetence er den medicinske undersøgelse, diagnostik og behandling, som patienten tilbydes. Den lægefaglige kompetence er altovervejende baseret på et naturvidenskabeligt og teknologisk grundlag (Hauberg, 2003: 39).

I det følgende vil vi med afsæt i to eksempler fra læge-patient samtalerne undersøge, hvordan lægerne giver patienterne anbefalinger.

Eksempel 1)

I det følgende eksempel er en mandlig patient ankommet på ambulatoriet med en gammel skulderskade. Patienten er tidligere blevet opereret af lægen, og de

kender derfor hinanden (Bilag 7, LP5). Patienten og den kvindelige læge har talt sammen i telefonen inden konsultationen og har aftalt, at patienten skal opereres. Konsultationen er derfor en uformel samtale om den forestående operation, hvor patienten informeres om, hvad der skal ske med skulderen, og hvad han skal være forberedt på som eksempelvis fasteregler. Som led i forberedelserne til operationen spørger lægen:

LP5: L: (...) Ryger cirka 25 dagligt... er det rigtigt? [P: Men] (P sukker). Men altså jeg ville blive glad hvis du holdt op.

P: Det ville jeg også selv... være glad for. Men det er jo når man går derhjemme nu ikke også... og ikke kan noget jamen... så ryger jeg altså bare meget mere. Sådan er det bare.

L: Men man kan sige der er jo risiko ved at skulle opereres. Den er lille men den eksisterer. Men du kan faktisk halvere risikoen for at få betændelse ved at holde med at ryge fire uger før operationen [P: okay] (...).

Lægen kan ud fra journalen læse, at patienten ryger 25 cigaretter dagligt og vil konfirmere, om det er rigtigt. Lægens anbefaling ses i eksemplets sidste sætning *"men jeg ville altså blive glad hvis du holdt op"*. Modalverbet *ville* indikerer, at lægen ville blive glad, hvis patienten stoppede med at ryge og præsupponerer, at hun ikke er glad nu. Med den personlige deiksis *jeg* og *du* understreger lægen, at det er hende (jeg), der ønsker, at patienten (du) skal stoppe med at ryge. Ytringen er ikke en ordre, som ville være tilfældet, hvis lægen som eksempel havde anvendt modalverbet *skal* *"Du skal holde op med at ryge"*. Modalverbet *ville* er det, der gør ytringen til en anbefaling og ikke får modalitet som en ordre.

Sætningens lokutionære niveau fortæller, at lægen vil ændre humørtilstand, hvis patienten stopper med at ryge. Sætningens mening bliver først tydeligt med det illokutionære niveau og i kraft af situationskonteksten, som er, at patienten skal opereres og derfor set fra lægens perspektiv ville gøre klogt i at stoppe med at

ryge. Ytringens illokutionære kraft er den direkte opfordring fra lægens side om at få patienten til at stoppe med at ryge.

Med modalverbet *ville* i ytringen "*det ville jeg også selv... være glad for*" erklærer patienten sig enig med lægen og præsupponerer, at han heller ikke er tilfreds med den nuværende situation. Med den efterfølgende sætning skifter patienten emne og fortæller, at når han går derhjemme, så ryger han mere. Når patienten siger, at han går derhjemme, refererer han til det faktum, at han er førtidspensioneret på grund af sine smerter i skulderen (L2). Patienten præsupponerer, at det vil være svært, hvis ikke umuligt for ham at stoppe med at ryge og upgrader ytringen med "*altså bare meget mere*". Med den afsluttende sætning og upgradering "*sådan er det bare*" benytter patienten definitionsmagten til at erklære over for lægen, at han ryger og fastslår, at det bliver der ikke lavet om på.

Lægen har udført den illokutionære, direkte sproghandling at anbefale et rygestop. Den perlokutionære virkning er ønsket om, at patienten stopper med at ryge. At patienten ikke vælger at acceptere anbefalingen ændrer ikke på den perlokutionære virkning.

Lægen informerer patienten om, at der er risici forbundet med en operation ved den assertive talehandling "*men man kan sige der er jo risiko ved at skulle opereres*". Lægen tilføjer herefter den konstaterende ytring "*du kan faktisk halvere risikoen for at få betændelse ved at holde med at ryge fire uger før operationen*", hvor lægen trækker på sin faglige viden. Den faktuelle ytring kan karakteriseres som en assertiv sproghandling. Lægen argumenterer for, at patienten kan halvere risikoen for betændelse ved at stoppe med at ryge og upgrader ytringen med *faktisk*. Lægen præsupponerer, at patienten bør stoppe med at ryge.

Lægens perspektiv er i henhold til lægeløftet at anvende sine faglige kundskaber til menneskets gavn (Hvas, 2003: 35). Lægen skal i så vidt omfang som muligt informere patienten om sygdom, mulige behandlingsforløb samt oplysninger om

risici og komplikationer ved den anbefalede behandling (Hauberg, 2003: 41). I eksemplet giver lægen sin patient de anbefalinger, som ud fra hendes faglige vurdering kan være til gavn for patientens helbred. Lægen forsøger at begrænse patientens handlerum ved at anbefale ham at lægge cigaretterne på hylden.

Den pågældende læge fortæller i interviewet, at den mandlige patient har svært ved at lave sit liv om (L2). Lægen fortæller, at patienten har indlæringsproblemer og muligvis ADHD. Han drikker mere end gennemsnittet og ryger alt for meget. Lægen nævner i forlængelse heraf, at hvis det er tilfældet, at patienten har ADHD, kan cigaretterne fungere som selvmedicinering, og i så fald skal man ikke tage "medicinen" fra ham (L2). Med sådanne kontekstuelle informationer in mente forstår vi episoden sådan, at patienten fraskriver sig lægens anbefaling om at droppe cigaretterne, fordi det at ryge for patienten er en aktivitet, der beskæftiger og beroliger ham i en arbejdsløs tilværelse. Patienten accepterer dermed ikke lægens positionering af ham ved ikke at lade hende begrænse sit handlerum.

Det Ethiske Råd (2003: 11) skriver, at læge-patient forholdet rummer et ideal om, at lægen i udgangspunktet ikke bør træffe beslutninger på patientens vegne. Det forventes, at lægen informerer patienten i så tilstrækkelig grad, at patienten selv er i stand til at træffe beslutninger i overensstemmelse med patientens livsværdier og perspektiv. En diskurs stiller en række mulige positioner til rådighed, hvorudfra en aktør kan tale og handle på en meningsfuld og legitim måde. Lægens håndtering i ovenstående eksempel kan siges at være i overensstemmelse med en behandlerdiskurs, hvor patienten skal informeres om, hvad der ud fra en lægefaglig vurdering vil være til patientens eget bedste. Ifølge Mabeck (2005: 25-26) kan lægen indtage en position som rådgiver, hvor det er lægens opgave at informere og rådgive patienten.

I kraft af sin betydnings- og meningsramme sætter diskursen en række muligheder for, hvordan individet kan handle (Foucault, 1990). Ved at give patienten anbefalinger positionerer lægen sig som en, der med afsæt i sin faglige viden har autoritet til at fortælle patienten, hvad der ville være bedst at gøre i en

given situation. Lægen har i kraft af sit ansvar for patienten, som hun har forpligtiget sig til med lægeløftet, kun i begrænset omfang mulighed for ikke at positionere sig som faglig autoritet. Det ligger i lægediskursen, at en læge skal informere og rådgive til patientens eget bedste, ellers handler lægen ikke meningsfuldt og i overensstemmelse med diskursen.

Lægen skal uden forbehold erkende og acceptere, at det er patienten, der har retten til at sige ja eller nej til et tilbud eller en anbefaling, og patientens valg skal accepteres (Hauberg, 2003: 40). I ovenstående eksempel dikterer lægen ikke en bestemt handling, men opfordrer patienten til at følge sin anbefaling.

Ifølge Det Ethiske Råd (2003: 11) er det lægens opgave at rådgive patienten. Desværre kan det være en udfordring, fordi mediernes store fokus på sundhedsrisici gør det tæt på uopnåeligt at leve en sund livsstil (Koch, 2003: 128). Som følge heraf kan de lægelige anbefalinger miste deres autoritet, idet patienterne ikke følger de faglige råd (Koch, 2003: 128). Ovenstående eksempel kan forstås sådan, at patienten ikke vurderer, at lægens anbefaling er vigtig nok til, at han vil følge den. Patienten positionerer sig som en, der har autonomi til at bestemme, om han vil følge lægens råd eller ej. Det behøver dog ikke nødvendigvis at handle om, hvorvidt patienten ønsker at følge lægens anbefaling eller ej. Det kan også handle om patientens egen selverkendelse i forhold til at stoppe med at ryge.

Understøttende hertil skriver Mabeck (1999: 22), at lægernes velmente ordinationer ikke altid er så gode, som de tror, fordi lægen forsøger at forstå patientens problemer ud fra en medicinsk tankegang. Patienten handler ikke nødvendigvis på grundlag af lægens information, men tager en selvstændig tolkning af de givne informationer og handler på baggrund heraf.

Eksempel 2)

I dette eksempel er en mandlig patient blevet henvist til ambulatoriet, fordi han har problemer med sin akillessene. Patienten er gymnasielærer og løber meget - for meget ifølge den kvindelige læge, der mener, at patientens problem i høj grad

forværres af mandens løbevaner (LP1). Forud for citatet har patienten spurgt lægen, om en saltvandsindsprøjtning, han har fået anbefalet af sin fysioterapeut, ville være en behandlingsmulighed for ham, hvortil lægen svarer:

LP1: L: Jeg vil sige at det er meget på det teoretiske plan og hvis det var min akillessene så var der ikke nogen der kom i nærheden af den med en sprøjte og en halv liter saltvand er det de sprøjter ind [P: ja] (...) Ja. Det kan jeg ikke anbefale [P: nej].

Med ytringen "*hvis det var min akillessene*" inddrager lægen sit eget perspektiv ved brug af det personlige pronomen *min*. Ytringen kan forstås som en indirekte direktiv sproghandling, hvor den illokutionære handling er et råd konstrueret som "*hvis jeg var dig*". Den perlokutionære virkning er et ønske fra lægens side om, at patienten ikke skal anvende behandlingsformen.

At lægen bruger sig selv som eksempel kan forstås som et forsøg på at sætte sig i øjenhøjde med patienten. Der kan argumenteres for, at brugen af det personlige pronomen kan illustrere et forsøg fra lægens side på at vise patienten, at hun ikke kun taler fra et lægeperspektiv, men også kan sætte sig ind i, hvad det vil sige at være patient. Lægen præsupponerer, at hun ikke ville tillade en saltvandsindsprøjtning i sin akillessene.

Med den regulative, direktive sproghandling "*det kan jeg ikke anbefale*" præsupponerer lægen, at hun ikke vil tilbyde behandlingsformen.

I eksemplet siger lægen, "*at det er meget på det teoretiske plan*". Ytringen kan forstås sådan, at behandlingsformen med afsæt i teoretisk evidens ikke viser gode resultater for patienter. Vi vil argumentere for denne tolkning, idet lægen efterfølgende ytrer:

"Der var ikke rigtig noget der viste at virke som specielt godt i mere end et par dage." (LP1).

Som nævnt i teori afsnittet kan aktører forhandle om definitionsretten og positionere sig ud fra forskellige vidensopfattelser. Ved at referere til sin egen teoretisk funderede viden positionerer lægen sig som en aktør, der med afsæt i sin lægefaglige viden enten kan anbefale eller fraråde en bestemt behandlingsform. Lægen kan indtage en ekspertrolle, hvor lægen kan afgøre, hvad der er problemet, og hvordan problemet kan løses (Mabeck, 2005: 25).

I læge-patient relationen findes en indbygget ulighed, idet lægen ofte vil være mere veluddannet og have større viden om blandt andet behandlingsmuligheder (Hvas, 2003: 33-34). Lægen kan dermed indtage en position, hvor det er muligt at benytte definitionsmagten i forhold til hvilket behandlingsforløb, der er bedst egnet til patienten. Nielsen (2010: 160) beskriver, hvordan det, hun kalder ekspertmagt, giver legitimitet gennem viden, som kan resultere i "uimodsigelighed". I eksempel 1) så vi, hvordan en patient kan modsige sig lægens ekspertmagt og afvise at følge en bestemt anbefaling. I dette eksempel vælger patienten at følge lægens anbefaling.

Som kontekstuel tilføjelse til dette eksempel vil vi nævne, at patienten giver udtryk for et ønske om en operation eller andet tilsvarende indgreb, fordi det irriterer ham ikke at kunne løbe, som han er vant til (P1). Lægen vil ikke operere patienten og anbefaler, at patienten i stedet forsøger ikke at overbelaste sin akillessene, hvortil hun spørger:

LP1: L: Giver det mening?

P: Ja det giver mening. Det er selvfølgelig ærgerligt [L: Ja ja]. Men det giver mening [L: Ja ja]

Patienten udtrykker ekspressivt, at han er ærgerlig over, at der ifølge lægen ikke er noget at stille op, men følger hendes lægefaglige anbefaling. Selvfølgelighedsmarkøren, som vi har valgt at kalde den, *selvfølgelig* markerer, at patientens ærgrelse må forstås som en selvfølgelighed. Hvor patienten i eksempel 1) havde muligheden for at afvise eller acceptere lægens anbefaling, har patienten i dette eksempel i princippet ikke andre valg end at følge lægens

vejledning. Det er i dette tilfælde ikke muligt for ham at kræve en operation. Kontekstuel ved vi ikke, om det er muligt for patienten at kræve saltvandsindsprøjtningen, som fysioterapeuten havde anbefalet. Det blev under alle omstændigheder aldrig italesat som en mulighed i konsultationen.

7.1.1.1 Lægens anbefalinger i beslutningstagningen

Eksempel 1) og 2) viser, at lægen med sin faglige viden og autoritet har mulighed for at give patienten anbefalinger i beslutningstagningen. Ved at give anbefalinger kan lægen begrænse patientens handlerum i retning af den anbefalede adfærd. Som illustreret i eksempel 1) kan patienten enten acceptere eller afvise lægens anbefaling og er ikke nødsaget til at gøre, som lægen siger.

De lægelige anbefalinger er interessant for beslutningstagningsprocessen, fordi de sætter fokus på lægens faglige viden og autoritet til at kunne handle på forskellige måder. Adgangen til den kontekstuel rigtige vidensopfattelse muliggør, at lægen kan indtage en rådgivende og vejledende position.

Det interessante er, at patienten også kan indtage en betydningsfuld magtposition i kraft af sin mulighed for at afvise eller acceptere lægens anbefaling. I eksempel 1) var det patienten, der havde definitionsmagten til at bestemme, hvad der skulle ske. I eksempel 2) begrænsede lægen patientens handlefelt ved at udelukke en behandlingsform. Her havde patienten ingen valgmuligheder, fordi lægen havde indtaget en definerende magtposition.

7.1.2. Lægens begrænsninger

En vigtig del af patientens medbestemmelsesret er, at lægen skal informere patienten så tilstrækkeligt, at der foreligger et realistisk grundlag for at kunne tage en beslutning til patientens eget bedste (Hartling, 2003: 60). Mabeck (1999: 18) skriver, at hvis patienten skal tage ansvaret for beslutningstagningen, skal patienten have det nødvendige informationsgrundlag. Derfor har patienten krav på oplysninger om diagnose, hvad det vil betyde for patientens liv samt hvilke mulige behandlinger, der foreligger (Mabeck, 1999: 18). I empirien har vi fundet flere eksempler på det, vi har valgt at kalde *lægens begrænsninger*, hvor lægen af

forskellige årsager ikke kan give patienten et klart svar eller diagnose. I de fleste tilfælde har lægens begrænsning været en manglende evidensmæssig indsigt i patientens problem.

Eksempel 3)

Vi har udvalgt to citater, der understøtter hinanden. I det første citat er en ung kvinde til konsultation, fordi hun efter en knæoperation pludseligt oplever store gener med sit knæ. Den kvindelige læge kan ikke umiddelbart se noget under den fysiske undersøgelse. Patienten er blevet opereret adskillige gange, og speciallægen er derfor tilbageholden med at foreslå en ny operation. Lægen mistænker, at der er bruske på den indvendige side af patientens knæskal, og det vil en MR scanning måske kunne give et svar på:

LP8: L: (...) det er jo ikke hundrede procent garanti med sådan en scanning men så kan vi i hvert fald få en ide om... om det er det. (...)

Lægen downgrader sit assertive postulat om, at en MR scanning kan give dem ny information med "*ikke hundrede procent garanti*". Lægen præsupponerer, at muligheden for, at de ikke bliver klogere på problemet ved at foretage en MR scanning foreligger. Lægen kan ikke med sikkerhed stille en diagnose, men indikerer med ytringen, "*men så kan vi i hvert fald få en ide om om det er det*", at det vil være en god ide at få knæet scannet. Med modalverbet *kunne* tydeliggør lægen, at det er en mulighed, men downgrader samtidig også, at det ikke er sikkert. Ytringen kan forstås som en indirekte direktiv anbefaling.

I det andet citat er en ældre mand blevet henvist til ambulatoriet af sin læge, fordi han fortsat har problemer med sin hånd efter en operation. Den mandlige håndlæge fraråder patienten at få foretaget endnu en operation. Lægen anbefaler i stedet en ny enzymbehandling, som måske kan hjælpe på patientens håndmerter. Lægen informerer patienten om behandlingsmetoden og siger:

LP18: L: (...) Det kunne vi gøre. Og så... men jeg kan ikke garantere noget.

Med modalverbet *kunne* understreger lægen, at enzymbehandlingen er en potentiel mulighed. Lægen præsupponerer enten, at der foreligger andre behandlingsmuligheder eller, at patienten ikke behøver at tage imod behandlingen. Ytringen kan forstås som en regulativ sproghandling, som kan forpligte både patienten og lægen på at gennemføre behandlingen. Modalverbet *kunne* downgrader sikkerheden i ytringen. Lægen anvender den personlige deiksis *vi*, som inkluderer patienten i den potentielle, fremtidige handling. Lægen downgrader herefter sin ytring med "*jeg kan ikke garantere noget*" og præsupponerer, at der foreligger en mulighed for, at behandlingen ikke vil virke.

I sådanne situationer, hvor patienten efterlades uden et entydigt svar på diagnose eller behandlingsresultater, kan det være svært for patienten at tage en beslutning. Empirien har vist, at patienter i sådanne tilfælde ofte vil følge lægens anbefaling. Patienten fra første eksempel (LP8) vælger at takke ja til at få en MR scanning. Under det efterfølgende interview spurgte vi patienten, hvad hendes forventninger havde været til konsultationen, hvortil hun svarede:

P8: P: Åååh det var faktisk... bare at få et eller andet ud af det... at blive sendt videre for nu har jeg bare prøvet det så mange gange og jeg har så ondt. Så jeg fik faktisk det ud af det som jeg gerne ville.

Patienten giver udtryk for den ekspressive talehandling, at hun synes det er godt, at der bliver taget initiativ til en MR scanning, og at hendes forventninger til samtalen er blevet indfriet. Patienten upgrader med *så*, at hun er blevet opereret mange gange og har ondt og kan siges at præsupponere, at nu er det på tide, at der sker "*et eller andet*", som hun udtrykker det.

Vi forstår det sådan, at det ikke har været et stort problem for patienten, at lægen ikke kunne stille en konkret diagnose. Som hun beskriver videre i interviewet (P8), er det vigtigst for hende, at der bliver vist initiativrighed samt handlekraft, og at hun oplever at blive taget seriøst af lægen. Lægens begrænsede mulighed for at stille en diagnose er ikke et problem for patienten.

Vi vil argumentere for, at de lægefaglige begrænsninger i læge-patient samtalerne, som i de to ovenstående citater, knytter sig til den lægefaglige videns begrænsninger snarere end lægen som aktør. Lægen er afhængig af sin faglige viden for at kunne agere meningsfuldt ud fra lægediskursen. Manglende lægefaglig evidens vil derfor komme til at syne, som en manglende kvalitet knyttet til lægens subjektposition. I de to ovenstående eksempler er det ikke lægens faglige kunnen, der begrænser patienten og lægen i at tage en beslutning, men derimod den lægefaglige viden, som lægen er afhængig af for at kunne positionere sig som læge.

Patienten i det andet citat (LP18) vælger ligeledes at følge lægens anbefaling og takker ja til den nye enzymbehandling. Som vi vil illustrere med næste eksempel er det ikke altid, at lægens begrænsninger forløber så gnidningsfrit for beslutningstagningen og relationen mellem læge og patient.

Eksempel 4)

Patienten i følgende citat er en ung kvinde, der har været igennem et årelangt behandlingsforløb med sine hænder, arme og skuldre. Tilstede er en mandlig håndkirurg, der har opereret patienten syv gange, men intet har hjulpet på hendes smerter. Patientens er derfor til konsultation for at finde ud af, hvad der nu skal ske (P21). Patientens har sin far med som pårørende. Den pårørende fortæller, at kvinden er meget besværet af sine smerter i hverdagen (LP21). Patientens og hendes far fortæller, at de har fået det samme at vide hver gang, de har været til undersøgelse på ambulatoriet, og at de er frustrerede og trætte af situationen (P21). Efter en lang samtale om patientens smerter og mulige diagnoser siger lægen:

LP21: L: Det er svært at sige hvordan...hvad man kan ellers når vi ikke kender præcis hvad du fejler. Men vi fortsætter (...) Jeg tror ikke at det er noget kirurgisk mere.

Lægens ytring er vag i sit udtryk. Sikkerheden af lægens metakommunikering ytring om at "*det er svært at sige*" downgrades med mådesadverbiet *svært*. Lægen

præsupponerer for patienten og den pårørende, at han ikke ved, hvilken diagnose han skal stille, eller hvordan de kommer videre i behandlingsprocessen. Lægen skifter herefter retning og fastslår "*vi fortsætter*" og kan siges at indikere, at han endnu ikke har givet op på at finde en løsning på patientens problem. Med den efterfølgende ekspressive sproghandling "*jeg tror ikke at det er noget kirurgisk mere*" giver lægen udtryk for, at patientens problem ikke er kirurgisk. Ytringen kan på samme tid også forstås som en assertiv talehandling, idet lægen giver udtryk for en faktisk antagelse. Lægen downgrader sikkerheden af udsagnet ved at sige, at han ikke *tror*, det er kirurgisk. Lægen kan siges at være usikker på rigtigheden af informationen.

Situationskonteksten kan tilføje til den sidste del af ytringen, at lægen ikke vurderer, at han med sin kirurgiske specialisering kan gøre mere for dem og vil henvise dem til en neurolog (LP21). Følgende citatsekvens uddyber lægens begrænsede handlemuligheder og patienten og den pårørendes frustration over, at der ikke sker forbedringer:

LP21: L: Men hvad er det præcist I ønsker så?

PÅ: (...) vi har jo et ønske om at vi ikke skal sidde og høre det samme nu for sjette gang...så vil vi bare høre jamen det er det her der er galt eller vi kan ikke hjælpe dig eller det må du leve med resten af dit liv.

L: Jamen det vil jeg ikke sige...vi skal finde ud [PÅ: ja]...så jeg som kirurg kan ikke hjælpe men jeg håber at en neurolog kan hjælpe [PÅ: ja].

Lægen spørger opklarende, hvad patienten og den pårørende ønsker, og ytringen kan forstås som, at lægen forsøger at forstå patienten og den pårørendes perspektiv og forventninger. Lægen specificerer ytringen med mådesadverbiet *præcist* og kan siges at indikere, at han endnu ikke er helt sikker på, hvad patienten og den pårørende forventer af ham.

Den pårørende giver med den ekspressive sproghandling udtryk for, at de ikke vil *"høre det samme nu for sjette gang"* og præsupponerer, at han har behov for at få en afklaring, hvilket uddybes i ytringens næste sætning. Den pårørende metakommunikerer som svar på lægens spørgsmål, at de ønsker at få stillet en konkret diagnose eller få afklaret, om de bør opgive. *"Nu for sjette gang"* kan siges at upgrade ytringen. Man kan også argumentere for, at ytringen *"så vi vil bare høre"* er en direktiv sproghandling, fordi den pårørende forpligter lægen på at fortælle dem, hvad de skal stille op.

Lægen skifter retning med *jamen* og kan med ytringen *"det vil jeg ikke sige"* give udtryk for den ekspressive holdning, at der er noget, man kan gøre for patienten. Med den næste ytring *"så jeg som kirurg kan ikke hjælpe men jeg håber at en neurolog kan hjælpe"* skifter lægen igen retning og siger, at det ikke er ham som kirurg, der kan hjælpe patienten. Lægen giver udtryk for den assertive formodning, at en neurolog kan hjælpe patienten. *"jeg håber"* downgrader sikkerheden af lægens ytring.

Lægen må viderestille patienten til en læge med en anden specialisering end sin egen, da lægens specialiserede viden er begrænset i forhold til patientens problem. Patienten og den pårørende har nogle forventninger til lægediskursen, som lægen i det konkrete tilfælde ikke kan imødekomme. Patienten og den pårørende positionerer interaktivt lægen som en, der skal stille en diagnose og hjælpe patienten, men grundet lægens begrænsede viden på området, kan denne position ikke indtages. På grund af lægens begrænsning efterlades så at sige en "tom positioneringsplads", som den konkrete læge ikke kan indtage. Lægen har ikke mulighed for reflektivt at positionere sig som en fagperson, der kan hjælpe patienten. Patienten og den pårørendes forventninger til lægediskursen bliver derfor ikke indfriet. Det vil måske være muligt for en læge med speciale i neurologi at indfri patienten og den pårørendes forventninger til lægediskursen.

Ulig citaterne i eksempel 3) har lægen ikke den rette specialisering til at stille en diagnose i det konkrete tilfælde. Lægens begrænsning er ikke den lægefaglige

evidens, men derimod lægens specialiserede viden. Det kan forstås som en begrænsning for lægens subjektposition i den konkrete relation til patienten.

Vores forståelse af samtalen er, at det i og for sig ikke er lægens begrænsninger, der er et problem for patienten og den pårørende. Det, der skaber frustrationer, er, at lægen ikke erkender eller italesætter sine begrænsninger. Vi underbygger denne tolkning med afsæt i følgende citat af patientens far fra patientinterviewet:

P21: PÅ: Det er sgu det vi savner allermest. Det er... jamen tænk ud af boksen... hvad er der af andre løsningsmuligheder. Er der andre der lige skal kigge på det (...) Han skal sgu sige at det er det her vi skal gøre og jeg skal sgu hjælpe jer [P: mm] og det savner vi simpelthen at han har gjort i de sidste par år ja (...)

Den pårørende giver udtryk for den ekspressive holdning, at de har brug for, at lægen viser initiativrighed og udvider sin horisont i forhold til løsningsmuligheder. Med ytringen *"er der andre der lige skal kigge på det"* præsupponerer den pårørende, at der er en mulighed for, at det ikke er den pågældende læge, der kan hjælpe patienten. Den pårørende giver udtryk for sit eget og patientens perspektiv med det personlige pronomen *vi* og giver med den ekspressive holdning udtryk for, at han ikke synes, at lægen har hjulpet patienten de sidste par år.

7.1.2.1 Lægens begrænsninger i beslutningstagningen

Eksempel 3) og 4) har illustreret, at lægen i beslutningstagningsprocessen kan have visse faglige begrænsninger, der kan udfordre lægen i at informere patienten tilstrækkeligt om behandlingsforløb eller stille en konkret diagnose. Lægens faglige begrænsning behøver ikke i sig selv at være et problem, men det kan lægens manglende erkendelse af egne begrænsninger derimod være.

For beslutningstagningen kan lægens manglende indsigt i egne begrænsninger medføre, at patienten ikke bliver informeret tilstrækkeligt og kan have svært ved

at tage en kvalificeret beslutning. Vi anerkender, at manglende selvindsigt og manglende forståelse for den andens perspektiv altid vil være udfordringer i menneskelig interaktion. Udfordringen i læge-patient relationen er, at lægen, som vi så i forrige afsnit, er i en position, hvor det er muligt at give faglige anbefalinger. Hvis lægen ikke er bevidst om egne faglige begrænsninger eller har en indgående forståelse for patientens perspektiv, kan lægen give anbefalinger, som ikke nødvendigvis er til patientens bedste.

Omvendt beskriver Det Ethiske Råd, at det moderne menneske opfatter sig selv som en forbruger, der ønsker at blive repareret og blive som ny, hvis man bliver syg eller får en skade (Hauberg, 2003: 42). Hauberg (2003: 42) argumenterer for, at der på nogle områder er et misforhold mellem forventninger og reelle behandlingsmuligheder. Ydermere har den teknologiske udvikling skabt en forventning om, at det er muligt at diagnosticere og behandle en hvilken som helst sygdom eller skade (Det Ethiske Råd, 2003: 15). Det kan sætte lægen i en udsat situation, fordi forventningerne er udtryk for en urealistisk tiltro til sundhedsvæsenet (Det Ethiske Råd, 2003: 15).

Om udfordringerne skyldes lægens manglende indsigt i egne begrænsninger eller patienternes urealistiske tiltro til sundhedsvæsenet, kan vi ikke sige noget om. Vi kan kun udlede, at vi i empirien har detekteret en tendens til, at lægen i relation til patienten og patientens problem kan have visse faglige begrænsninger, og at det kan vanskeliggøre beslutningstagningen.

7.1.3. Lægens definitionsmagt

I empirien har vi fundet en tendens blandt lægerne til at definere patientens problem og handlerum. Man kan indvende, at det ikke er nogen overraskelse, da en af lægens vigtigste opgaver er at diagnosticere patientens problem. Alligevel er vi interesseret i at undersøge, hvordan lægerne definerer patienternes problemer, og hvilken betydning det kan få for beslutningen.

Eksempel 5)

I den følgende citatsekvens er en ældre kvinde til kontrol ved en mandlig læge efter at være blevet opereret i sit knæ. Kvinden fortæller, at hun stadig har ondt i knæet og kan ikke forstå, hvorfor smerterne ikke forsvinder. Den mandlige læge undersøger patientens knæ og kan se, at der er meget væske i knæet. Observatøren oplevede under konsultationen en skarp tone mellem læge og patient (Bilag 7, LP9). Patienten foreslår som eksempel om en blokade kunne hjælpe, hvorpå lægen spørger, om hun er glad for blokader. Patienten svarer, at det ved hun ikke, for hun har aldrig prøvet det. Lægen spørger herefter, hvorfor hun i så fald efterspørger en blokade, hvorpå patienten kort og bestemt svarer: *"Jamen det må du jo vide om det ikke er det bedste?"* (LP9).

Som optakt til ytringssekvensen har lægen spurgt patienten, hvor mange gange hun laver de øvelser, hun har fået af fysioterapeuten i genoptræningsforløbet. Patienten fortæller, at hun laver øvelserne to gange om ugen:

LP9 L: Kun to gange om ugen? [P: ja] jeg tror ikke på dig det er det der er problemet.

P: Tror du ikke på mig?

L: Det er for meget. Du laver for meget [P: laver for meget?]. På en eller anden måde er det for meget. Det er hverken dig eller mig eller instruktøren eller fysioterapeuten eller nogen som helst der kan bestemme hvor meget der er for meget. Det er knæet der bestemmer det. (lang pause). Knæet er hævet. To gange om ugen... hvornår var sidste gang så?"

P: "Det var i... det var i fredags... (...)"

L: Ja men det er for meget så hvis du trænede sidste gang i fredags og nu har vi onsdag og der er stadig væske i knæet så laver du for meget. Så enkelt er det.

Sekvensen er interessant, fordi lægens definition i høj grad overrasker patienten og vender op og ned på hendes forståelse af problemet.

Med den ekspresive talehandling giver lægen udtryk for den holdning, at han ikke tror på patientens udsagn om, at hun kun træner to gange om ugen og præsupponerer dermed den indirekte påstand, at patienten lyver. Lægen korrigerer herefter sit eget udsagn og konstaterer med den assertive sproghandling, at patienten laver for meget. Ytringen kan forstås sådan, at det er patientens høje aktivitetsniveau, der giver hende problemer med knæet. Lægen downgrader herefter sin ytring med "*på en eller anden måde*", der uspecificerer lægens definition af patientens problem. Sluttelig fastslår lægen med den assertive sproghandling "*knæet er hævet*" en faktuel konstatering.

Patienten informerer, at hun sidst trænede fredagen forinden, og lægen konstaterer med den assertive sproghandling "*der er stadig væske i knæet så laver du for meget*", at patienten er for aktiv. Ytringens illokutionære kraft kan også siges at være en indirekte direktiv anbefaling til patienten om at sænke sit aktivitetsniveau, hvor den perlokutionære virkning kan være et ønske om at få patienten til at udføre færre fysiske aktiviteter. Udsagnet opgraderes med den efterfølgende ytring "*så enkelt er det*". Lægens ytring kan indikere, at lægen er sikker i sin definition eller, at sammenhængen mellem patientens aktivitetsniveau og hendes væskesamling i knæet ikke er kompliceret.

Patienten er overrasket over lægens "dom" over hendes knæ og fortæller, at hendes fysioterapeut har bedt hende træne mindst tre gange om ugen.

LP9: L: Ej det er... han kan sige hvad han vil men når dit knæ reagerer så skal du høre efter hvad dit knæ siger (...) Det skal trænes op men inden for bestemte grænser altså man skal ikke piske det. Man træner det ja men hvis det reagerer så er det for meget. Så enkelt er det.

P: Gud jeg troede det var for lidt.

L: Nej det... så... (L griner)

P: Jamen det var jeg sikker på.

Lægen korrigerer fysioterapeutens anbefaling og konstaterer, at fysioterapeuten ikke har ret, og at patienten skal følge lægens råd og lytte til knæets "behov". Ved at korrigere fysioterapeutens anbefaling positionerer lægen sig i en autoritetsposition over fysioterapeuten, der kan korrigere eller underkende andre behandleres anbefaling.

Lægen ytrer den assertive konstatering "*men hvis det reagerer så er det for meget*" og bruger sin faglige autoritet til at definere patientens problem. Lægen kan trække på sin faglige viden og vurdere, at patientens problem skyldes et for højt aktivitetsniveau. Lægens afsluttende ytring "*så enkelt er det*" understreger og upgrader sikkerheden i lægens assertive sproghandling.

Patienten giver udtryk for sit perspektiv og giver med en ekspressiv talehandling udtryk for, at hun var sikker på, at hun trænede for lidt. Lægens *nej* kan enten knytte sig til patientens ekspressive talehandling og kan dermed siges at fornægte patienten sin oplevelse af problemet, idet *nej* kan forstås som "*nej det troede du ikke*". Lægens *nej* kan derimod også korrigere det faktum, at patienten ikke træner for lidt. Vi vil argumentere for, at lægens intention med nægtelsen har været sidstnævnte.

Patienten kan have opfattet lægens ytring som en benægtelse af patientens oplevelse, idet patienten efterfølgende ytrer "*jamen det var jeg sikker på*", hvor *jamen* og *sikker* upgrader sikkerheden af ytringen. Ytringen kan forstås som et forsøg fra patientens side på at gøre krav på den oplevelse, hun tidligere havde af problemet, som lægen ikke kan tage fra hende. Patientens bestemte og kontante parasproglige levering af ytringen med betoning på *troede* understøtter vores tolkning af, hvordan patienten har forstået lægens korrektion.

Lægen korrigerer patientens forståelse af problemet. Diagnosen kommer bag på patienten, idet lægens udlægning eller version af "sandheden" ikke var i overensstemmelse med patientens forståelse af problemet. Vi forstår det sådan, at patienten accepterer lægens definition af problemet. I patientinterviewet fortæller kvinden:

P9: I: Du blev meget overrasket?

P: Ja det gjorde jeg virkelig. (...) Jeg kan ikke fatte det der. Jeg synes jeg sidder alt for meget og er blevet fed. Jeg kan slet ikke forstå det. Nej men jeg er nødt til det... så tager jeg min cykel i stedet. Fordi han har jo ret.

Patienten giver i citatet udtryk for den ekspressive talehandling, at hun blev overrasket over lægens udmelding. Patienten upgrader graden af sin overraskelse med *virkelig* i "*det gjorde jeg virkelig*" og *slet ikke* i "*jeg kan slet ikke forstå det*". Patienten præsupponerer med det understøttende mådesadverbium *nødt*, at der ikke er andre muligheder end at acceptere lægens definition. Særligt ytringen "*han har jo ret*" understøtter vores forståelse af, at patienten accepterer lægens definition af problemet. Selvfølgelighedsmarkøren *jo* understreger, at det må forstås som en selvfølgelighed, at lægen har ret.

Sekvensen fra læge-patient samtalen og patientens understøttende ytring i patientinterviewet viser, hvordan lægen med sin faglighed og autoritet kan redefinere patientens forståelse af et problem.

7.1.3.1. Lægens definitionsmagt og beslutningstagningen

Som vi har illustreret i forrige afsnit har lægen i kraft af sin faglige autoritet og position mulighed for at give anbefalinger, men kan også, som vi har set i ovenstående samtalesekvens, definere patientens problem. Det giver lægen mulighed for at begrænse og sætte rammerne for patientens aktørmuligheder.

Som vi tidligere har set trækker lægerne ofte på deres faglige viden, når de giver patienterne anbefalinger, hvilket også er tilfældet, når et problem eller handlerum defineres. Lægen har kvag sin faglige position mulighed for at stille

en diagnose. Mabeck (1999: 55) skriver, at det ikke er patientens oplevelse, der er afgørende for lægen, når der skal stilles en diagnose, men derimod den fysiske undersøgelse. I eksempel 5) var det væskeansamlingen i patientens knæ, der for lægen afgjorde, at patientens aktivitetsniveau var for højt.

Empirien viser, at lægens definition af patientens problem ofte sker gennem assertive sprog handlinger, hvor udsagn fremsættes som faktuelle forhold. Dette illustreres med følgende citater, hvor vi har markeret de konstaterende ytringer med fed:

LP4: L: (...) Men en af de ting der kan ske det er hvis man har sådan en forkalkning (...) **Og den forsvinder på et tidspunkt. Og det ved vi den gør.** (...)

LP5: L: (...) **Men man ved fra... fra erfaring** at det at fjerne en del fra knoglen giver smertelindring (...)

LP6: P: Ja. Og det mener du kommer sig af at jeg har det i ryggen?

L: Det ved jeg.

Når lægen med sin faglige autoritet fremlægger forhold som faktuelle kendsgerninger, kan det være vanskeligt for patienten at modstille sig lægens viden. I beslutningstagningen positioneres lægen med sin faglige viden, som en, der kan påtage sig definitionsmagten og definere patientens problem. Lægen kan, som vi så i eksemplets samtalesekvens, korrigere patientens forståelse af hans eller hendes problem. Strøier (2011: 176-177) beskriver, at viden og ekspertise kan bruges til at styre og forme andres handlefelt og kan skabe specifikke former for sandhed. Fordi magt og viden hænger uløseligt sammen (Foucault, 1990), har lægen på grund af sin ekspertposition mulighed for at definere og styre patientens handlefelt.

Som vi illustrerede i det forrige afsnit, kan lægen have visse begrænsninger i relation til patienten. I tilfælde, hvor lægen er usikker på en behandlings udfald eller ikke kan stille en konkret diagnose, vil lægen ikke i så høj grad have

mulighed for at definere patientens problem eller handlerum. Man kan sige, at lægens aktørmulighed for at benytte definitionsmagten i forhold til patientens problem eller handlefelt stiger i forhold til, hvor sikker lægen er i sit assertive, faktuelle udsagn.

Det må ikke fremstå som om, at patienten er i en magtesløs position. Patienten vil ofte have mulighed for at acceptere eller afvise en positionering, hvis handlingen ikke er i overensstemmelse med aktørens forståelse af situationen. Dermed ikke sagt, at patienten altid vil have ressourcer eller indsigt i relationen til at kunne afvise en positionering.

I afsnittet om lægens anbefalinger så vi, hvordan en patient kan vælge at afvise lægens anbefaling som for eksempel patienten, der ikke ønskede eller kunne stoppe med at ryge. Når lægen anvender sin definitionsmagt er sagen dog anderledes. Det er væsentligt sværere for en patient at afvise en diagnose eller definition af et problem end at afvise en given anbefaling. Det er relativt svært for patienten at sige "*nej sådan er det ikke*" og modsætte sig lægens faglige viden. Patienten har en indsigt i egen krop og kan i nogle tilfælde definere, hvordan en smerte føles, eller hvor det gør ondt. Under sådanne forhold kan patienten problemfrit tage definitionsmagten til sig, men når det gælder medicinske diagnoser, er patientens aktørmuligheder begrænset i forhold til lægens ekspertposition og definitionsmagt. Desuden er lægen afhængig af patientens indsigt i egen krop, for som Mabeck (1999: 19) skriver, har lægen gennem samtale med patienten adgang til de oplysninger om symptomer og sygdomsforløb, som er nødvendige for at kunne stille en diagnose. Kun ved at tale med patienten kan lægen få et indblik i, hvordan patienten har det, og hvad symptomerne betyder for ham eller hende.

Mabeck (1999: 20) skriver, at den medicinske diagnose ikke tager hensyn til, hvad sygdommen betyder for patienten. Lægen har så at sige den diagnosticerende definitionsmagt, hvor patienten har definitionsmagten på oplevelsen af problemet. I samtalesekvensen i eksempel 5) blev det illustreret, hvordan patienten har definitionsmagten, når det kommer til patientens

oplevelse af et problem. Patientens oplevelse kan lægen ikke fratage patienten. Da lægen redefinerer patientens forståelse af problemet, bliver patienten overrasket, men vælger at tage lægens ord for gode varer. Om det skyldes, at patienten lytter til lægens autoritet, om det er fordi diagnosen giver mening for patienten eller en kombination af de to, ved vi ikke.

7.1.4. Lægens forståelse for patientens perspektiv

At forsøge at forstå sin samtalepartners perspektiv kan være en udfordring i al interpersonel kommunikation. En generel tendens i empirien har været et forsøg fra lægens side på at forstå patientens perspektiv. Vi forstår det, at lægen sætter sig i patientens sted, som at lægen for et øjeblik træder ud af sit perspektiv som læge og forsøger at forstå, hvordan det må være at være patient.

Eksempel 6)

I nogle eksempler er forsøget på at sætte sig i patientens perspektiv udformet utraditionelt som en direktiv sproghandling *"hvis jeg var dig ville jeg"* eller den udvidede udgave *"som menneske kan jeg godt forstå du tænker som du gør, men som læge ville jeg anbefale dig at..."*.

I det følgende citat er en ung mand til konsultation ved en mandlig læge med speciale i håndkirurgi. Manden er blevet opereret et halv år forinden, men oplever stadig problemer med sin hånd. Konsultationen er ganske interessant, fordi hele samtalen mellem læge og patient er en magtkamp om definitionsretten af patientens problem. Patienten ønsker at få tjekket op på, om alt er, som det skal være og kan ikke forstå, at han stadig har ondt så lang tid efter operationen. Lægen forstår heller ikke, hvorfor patienten har ondt, fordi den fysiske undersøgelse og røntgenbillederne ikke viser tegn på nogle problemer. Lægen nævner, at endnu en operation kan være en mulighed, men han vil ikke anbefale det:

LP27: L: (...) Hvis det var mig så ville jeg... så ved jeg så ville jeg gå og tvivle skal jeg nu få det gjort men... men... altså det ville personen *** (L nævner sit

eget navn) sige. Men lægen ville nok sige hold fingrene væk fordi det er sørme for farligt [P: ja]. (...)

Lægens direktive anbefaling er, som tidligere illustreret, udformet med konstruktionen "*hvis det var mig så ville jeg*". Det modsætningsfyldte i talehandlingen er, at lægen præsupponerer, at han faktisk ikke er patienten, hvilket kan siges at være et fejlslået forsøg på at sætte sig i patientens sted. Den efterfølgende sætning formuleres i kraft af "*så ved jeg*" som en faktisk assertiv sproghandling, der upgrader sikkerheden af lægens udsagn. Det personlige pronomener og deiksis *jeg* understreger, at lægen refererer til sig selv, hvilket understreges ved referencen til sig selv som *personen* efterfulgt af lægens navn. Lægen illustrerer ved brug af de personlige pronomener, at han faktisk taler fra eget perspektiv og ikke patientens. Herefter skifter lægen retning og perspektiv med "*men lægen ville nok sige*" og positionerer sig ud fra en lægediskurs med den indirekte anbefaling til patienten om ikke at blive opereret.

Vi forstår "*hvis det var mig så...*"-vendingen som et fejlslået forsøg på at sætte sig i patientens sted. Mabeck (2005: 76) skriver, at det er misforstået, at lægen solidariserer sig med patienten ved at sætte sig i patientens sted som i ovenstående citat. Det der ofte sker er snarere, at lægen sætter patienten i sit perspektiv og siger "*hvis du var mig så ville du...*", og det kan patienten ikke bruge til noget (Mabeck, 2005: 76). Lægen vil med al sandsynlighed gøre det med den bedste intention om at hjælpe patienten, men pointen er, at det ikke siger noget om patientens perspektiv, men om lægens. Lægen vil bevidst eller ubevidst sætte sig i patientens sted og projicere sin egen personlige forståelse over på patienten (Mabeck, 1999: 194). I stedet for at lytte til patientens opfattelse af et givent forhold, fortæller lægen, hvad der er rigtigt at gøre. Mabeck (1999: 194) skriver, at det i og for sig kan fungere fint i samtalen, fordi mennesker har så relativt mange ting til fælles, men at det beror på tilfældigheder.

Eksempel 7)

Med dette eksempel vil vi illustrere, at der er andre måder, hvorpå lægen kan forsøge at sætte sig i patientens sted. En gennemgående tendens i empirien har

været, at lægerne spørger ind til eksempelvis patientens arbejdsmæssige og personlige forhold:

LP1: L: Hvad laver du til daglig?

LP6: L: Og til daglig der siger du at der sidder du bag ved et skrivebord?

LP8: L: Men det vil sige hvad... overhovedet ikke noget sport i fritiden eller motion eller?

LP16: L: Ja nå men har du det ellers godt?

Når lægen spørger ind til personlige eller arbejdsmæssige forhold som i det ovenstående, vil det ofte være i forbindelse med konsultationens indledende snak om det problem, patienten kommer med. Mere sjældent sker det, at lægen spørger til patientens perspektiv i forbindelse med vurderingen af behandlingsmuligheder.

I det følgende citat er en ung kvinde til kontrol ved en kvindelig læge med speciale i knæ. Kvinden er blevet opereret to år forinden, men har nu igen fået problemer med sit knæ. I det følgende spørger lægen, om patientens knæ begrænser hende i forholdet til hendes små børn. Patienten fortæller, at hun er udfordret i lege rundt med børnene, hvorpå lægen svarer:

LP8: L: Nej nej så finder du selvfølgelig på nogle andre måder du kan lege med ham på jo men der er jo nogle ting som du gerne ville jo som er [P: det er hårdt at man] ja ja at man ikke bare lige kan det man gerne vil. Selvfølgelig er det det. Det kan jeg da sagtens forstå. Så øh. Jamen det er jeg da ked af at høre (...)

Lægen omtaler patientens perspektiv, hvilket ses ved den personlige deiksis *du*. Ytringens illokutionære kraft kan siges at være en ekspressiv anerkendelse af, at det er hårdt for patienten, at hun ikke kan lege med sine børn på grund af knæet. Med selvfølgelighedsmarkøren og sikkerhedsadverbiet *selvfølgelig* i "*selvfølgelig er det det*" upgrader lægen sin ekspressive anerkendelse af patientens problem. Med sætningerne "*det kan jeg da sagtens forstå*" og "*jamen det er jeg da ked af at*

høre” skifter lægen tilbage til eget perspektiv og anerkender fra sin subjektposition patientens udfordringer. En mulig tolkning kan være, at lægen i sekvensen måske i højere grad positionerer sig som en kvinde eller måske mor, der forstår og anerkender en anden kvinde og mors udfordringer. Lægens gentagne brug af *da* upgrader sikkerheden af ytringen.

Modsat eksempel 5) forsøger lægen ikke at sætte patienten i eget perspektiv, men adskiller patientens perspektiv fra sit lægeperspektiv. Det understøttes af lægens adskilte brug af de personlige pronomener *du* i ytringens begyndelse og afsluttende *jeg*.

Ved at spørge ind til patientens personlige forhold inddrager lægen aktivt patienten i beslutningstagningen. Det skyldes, at hvor lægen er ekspert i lægevidenskab, har patienten en indsigt i eget liv og krop. Patienten positioneres interaktivt som betydningsfuld i beslutningstagningen, fordi det kun er patienten, der kan bidrage med information om patientperspektivet.

Det problematiske ved ovenstående citat er, at lægen i flere tilfælde antager ting på vegne af patienten som for eksempel *”nej nej så finder du selvfølgelig på nogle andre måder du kan lege med ham”* og *”men der er jo nogle ting som du gerne ville”*. I stedet for at spørge, om det forholder sig sådan, at patienten finder på andre måder at lege med sit barn, kommer lægens ytring til at fremstå som en assertiv, faktuel talehandling, hvor det forholder sig, som lægen beskriver. Lægen upgrader sikkerheden af den konstaterende talehandling med selvfølgelighedsmarkørerne *jo* og *selvfølgelig*. Patienten bekræfter lægens udsagn ved parasprogligt at nikke og smile, men som Mabeck (1999: 194) beskriver, vil det bero på tilfældigheder. Lægens antagelse kunne lige så vel have været et fejlskud.

7.1.4.1 Lægens forståelse for patientens perspektiv i beslutningstagningen

Mennesker forstår hinanden i det omfang, at man er aktør i nogle fælles diskurser og handler i overensstemmelse med de positioner, diskursen muliggør for aktørerne. Patienten og lægen vil have det til fælles, at de er aktører i den

samme samfundsmæssige og til dels også kulturelle kontekst. Ifølge Mabeck (1999: 51) er mødet mellem læge og patient et møde mellem mennesker med forskellige baggrund og videnskabelig indsigt.

Når lægen som i eksempel 5) forsøger at sætte sig i patientens sted, men snarere ender med at sætte patienten i eget sted, kan man argumentere for, at lægen i stedet for at inkludere patientens perspektiv i samtalen faktisk ender med at ekskludere patientperspektivet. For beslutningstagningen betyder det, at lægen ikke får indsigt i patientens perspektiv, og det kan være problematisk for en fælles beslutningstagning. Det Ethiske Råd (2003: 11) skriver, at patientens livsværdier i videst mulig udstrækning skal respekteres af lægen, og at behandlingsforløbet skal afspejle patientens interesser og livsvilkår. Det er vanskeligt for en læge at give anbefalinger, der er i overensstemmelse med patientens livsværdier, hvis lægen ikke har indsigt i patientens perspektiv.

Patienten er naturligvis ikke uden ansvar. Lægen skal være opmærksom på patientens personlige forhold, men det er patienten, der har indsigt i egen krop og egne livsvilkår og har derfor et ansvar for at inddrage viden, som fra patientens perspektiv kunne være relevant i beslutningstagningen.

7.1.5. Lægens inklusion af patientens perspektiv

I dette afsnit vil vi sætte fokus på sproglige handlinger lægen kan foretage, som kan inkludere patienten i beslutningstagningen. Det første eksempel vil undersøge, hvordan lægen kan inddrage patienten i beslutningen ved at spørge ind til patientens forventninger til samtalen eller behandlingsforløbet. Andet eksempel sætter fokus på, hvordan lægen kan stille opklarende spørgsmål til patientens oplevelse af problemet.

Eksempel 8)

I følgende citat er en ældre mand til konsultation ved en mandlig håndkirurg. Manden har fået opereret begge hænder, men patienten har en række følgefyrrelser efter operationen, hvoraf en af dem er en snurren og stikken ud i fingrene. Patienten er ikke helt tydelig i sin udmelding, idet han både

downgrader problemet ved at sige, at det er blevet bedre og ikke er så slemt længere, men upgrader samtidig problemet ved at sige, at han ikke er tilfreds med operationens udfald (LP18). Til patientens tvetydige udmelding spørger lægen:

LP18: L: Så skal jeg så høre... ikke for at være næbbet men hvad forventer du?

Lægen metakommunikerer med ytringen *"så skal jeg høre... ikke for at være næbbet"* og indikerer med det personlige pronomen *jeg*, at han gerne vil vide, hvad patienten forventer. Med spørgsmålet præsupponerer lægen, at han ikke ved, hvad patienten forventer af samtalen. Vi vil argumentere for, at lægens spørgsmål kan forstås som en direktiv sproghandling, idet lægen forpligter patienten på at give udtryk for hans forventninger til konsultationen. Til spørgsmålet svarer patienten:

LP18: P: Rigdom [L: hvad er slutresultatet] og lykke... (P og L griner) ej. Jeg forventer... jeg ville bare spørge om det er helt naturligt at det er sådan der?

Svaret giver lægen indsigt i patientens forventning til konsultationen. Med den indirekte ekspressive sproghandling *"jeg ville bare spørge om det er helt naturligt at det er sådan der"*, giver patienten udtryk for sin forventning til konsultationen og til lægen. *"jeg ville bare spørge"* er en metakommunikerende gambit (Alrø & Kristiansen, 1998: 177), hvor patienten signalerer, at han vil stille lægen et spørgsmål. Ytringen bliver en indirekte ekspressiv sproghandling på grund af den metakommunikerende konstruktion *"jeg ville bare spørge"*, der på alternativ vis giver udtryk for talehandlingens illokutionære kraft, som er patientens forventning til lægen og samtalen.

Med den ekspressive ytring *"jeg forventer"* giver patienten udtryk for sin forventning til lægen og samtalen. Herefter skifter patienten retning og downgrader sit udsagn med modalverbet *"ville"* og sikkerhedsadverbiet *"bare"*.

Ved at spørge ind til patientens forventninger til konsultationen eller et behandlingsforløb inddrager lægen patienten i beslutningstagningen, fordi patientens ønsker, forventninger og perspektiv inkluderes. Ifølge patientinddragelsesparadigmet, præsenteret i specialets forskningsreview, er det centralt, at patientens behov og værdier inkluderes i beslutningstagningen. Det kan forstås sådan, at lægen, der på grund af patientens tvetydige udmeldinger, kan være i tvivl om patientens forventning til ham. Ved aktivt at inddrage patientens forventninger får lægen en forståelse for patientens ønsker og behov i beslutningstagningen.

Når patienten skal inddrages i beslutningstagningen, er det vigtigt, at lægen har en forståelse for patientens perspektiv. Det får lægen ifølge Mabeck (1999: 158) kun ved at få patienten til at konkretisere sine ønsker og betænkeligheder i forbindelse med valg af behandling eller behandlingens gennemførelse. Uden en forventningsafstemning mellem læge og patient kan lægen ikke tilpasse sine forklaringer eller anbefalinger til den individuelle patient.

Eksemplet illustrerer en tendens i empirien til, at lægen spørger til patientens forventninger til behandlingsforløbet eller konsultationen. Når lægen inddrager patientens perspektiv og forventninger i konsultationen, positionerer lægen patienten som en betydningsfuld aktør i samtalen, der rummer information, som er vigtig at inddrage. Det kræver, at lægen ikke kun spørger til patientens forventninger, men at lægen også rent faktisk inddrager patientens forventninger i beslutningen. Man kan sige, at lægen ved at spørge til patientens forventninger foretager en kommissiv sproghandling, idet lægen forpligter sig selv på at høre patientens forventninger.

Eksempel 9)

I dette eksempel har vi udvalgt en række citater, der illustrerer en tendens i empirien til, at lægerne stiller opklarende spørgsmål, følger op på samtalen eller tjekker patientens forståelse i forhold til egen. Det er gennemgående for lægernes spørgsmål, at de har karakter af at være metakommunikerende. Vi har udvalgt citater, der understøtter tendensen, men som samtidig nuancerer de

forskellige måder, lægen kan metakommunikere og undersøge patientens perspektiv.

Det første citat, vi har udvalgt, viser, hvordan en kvindelig læge indbyder en ung kvinde med smerter i skinnebenene til at beskrive den smerte, hun oplever:

LP2: L: Er det den kendte smerte du kender fra allerede inden du blev opereret i benene? [P: Øhh] Eller er det en anden smerte?

Ytringens illokutionære kraft er et ønske fra lægen om at forstå patientens oplevelse af smerten. Lægen kan ikke opleve patientens smerte og er dermed afhængig af patientens beskrivelse af oplevelsen. Lægens brug af det personlige pronomen *du* viser, at det er patientens perspektiv, lægen er interesseret i. Ved at spørge ind til patientens oplevelse af eksempelvis en smerte, positionerer lægen interaktivt patienten som en betydningsfuld aktør i konsultationen.

Lægen kan ydermere tjekke, om der er overensstemmelse mellem lægens forståelse af et givent forhold og patientens. Det følgende citat er hentet fra samme konsultation som det ovenstående. Lægens vurdering er, at kvinden har skinnebetsbetændelse og det på trods af, at patienten tidligere har fortalt, at hun en periode er blevet behandlet for skinnebetsbetændelse, men uden virkning. Patienten virker modvillig over for lægens diagnose. Efter at have forklaret patienten, hvorfor hun vurderer, at patientens problemer skyldes skinnebetsbetændelse, spørger lægen:

LP2: L: Giver det mening når jeg mener du har skinnebetsbetændelse?

Ved at stille spørgsmålet til patientens forståelse af problemet kan lægen få indsigt i, om patienten er enig i lægens diagnose. Ytringen er udover at være et spørgsmål også en ekspressiv talehandling, hvilket illustreres med *"jeg mener"*, idet lægen giver udtryk for, at patienten ifølge hende har skinnebetsbetændelse. Lægens ytring kan samtidig forstås som en assertiv talehandling, der giver udtryk for lægens vurdering af, hvad patientens problem skyldes. *"jeg mener"*

downgrader sikkerheden i lægens faktuelle ytring, der kunne have været opgraderet, hvis lægen havde sagt "*jeg er sikker på at...*".

Ligesom ved at stille uddybende spørgsmål inddrager lægen patientens perspektiv i samtalen ved at tjekke patientens forståelse. Ifølge Mabeck (1999: 19) er idealet for læge-patient samtalen at få skabt en fælles forståelse mellem læge og patient og dermed et fælles grundlag for at tage en fælles beslutning. Mabeck (1999: 18) skriver, at det ikke i alle tilfælde kan lade sig gøre, men at det må være et ideal for læge-patient relationen. I praksis kan idealet være vanskeligt at udføre på grund af patienten og lægens forskellige magtpositioner og vidensgrundlag.

Ligesom med førnævnte citat er der kun tale om reel inddragelse af patientens perspektiv i beslutningstagningen, hvis lægen aktivt involverer patientens forståelse i samtalen. I dette tilfælde giver det mening for patienten, at hun har skinnebetsbetændelse. Havde patienten eksempelvis ikke været enig med lægen, ville det, hvis man arbejder med fælles beslutningstagning som ideal, være vigtigt, at lægen går i dialog med patienten om uoverensstemmelserne for at forstå patientens perspektiv. Der kan forekomme situationer, hvor læge og patient ikke kan komme til enighed, og hvor det formodentligt vil være lægen, der i kraft af sin autoritet og faglige viden må tage en beslutning. Det kan eksempelvis være i forbindelse med lægens definitionsmagt til at stille en bestemt diagnose, som patienten ikke er i position til at gøre. Det er altså i sig selv ikke kun den illokutionære intention om at få indblik i patientens forståelse, der er nødvendig for reel patientinddragelse, men også forventningen om nogle bestemte perlokutionære virkninger om at inddrage patientens perspektiv.

7.1.5.1. Lægens inklusion af patientens perspektiv i beslutningstagningen

Med eksempel 8) og 9) har vi erfaret, at den egentlige inddragelse af patienten i beslutningstagningen kun sker, når lægen aktivt inddrager patientens perspektiv - det vil sige patientens behov, forventninger og oplevelse. Dermed ikke sagt, at lægen ubetinget skal tilsidesætte eget lægefagligt perspektiv, men derimod inkludere patientperspektivet aktivt i samtalen. Det kan opfattes som en

indirekte kommissiv og direktiv sproghandling, når lægen spørger til patientens forventninger, stiller opklarende spørgsmål eller tjekker forståelse, idet lægen forpligter sig selv og patienten til at inkludere patientperspektivet i samtalen.

7.1.6. Lægens eksklusion af patientens perspektiv

Ligeså vel som at lægen kan inkludere patienten i beslutningen, kan patientperspektivet også blive ekskluderet fra beslutningstagningen. Inden vi undersøger de udvalgte citater, vil vi først gøre opmærksom på, at lægens eksklusion af patientens perspektiv ikke altid sker helt eksplicit i lægens sproglige ytringer. Vi har alligevel fundet eksempler i empirien, hvor lægen eksplicit ekskluderer patienten fra beslutningstagningen. Det sker, når lægen lægger en plan for patientens behandlingsforløb uden direkte at inkludere patienten ved for eksempel at tjekke forståelse, spørge til patientens forventning eller stille opklarende spørgsmål, som illustreret i det forrige afsnit.

Eksempel 10)

I følgende citat er en ældre mand med store skuldersmerter til konsultation ved en kvindelig læge. Manden er tidligere blevet opereret i skulderen af speciallægen, men oplever igen problemer. Lægen spørger, hvad patientens forventning til dagens konsultation er, hvorpå patienten svarer, at der bare skal ske noget (LP4). Speciallægen undersøger patienten og spørger ind til personlige forhold såsom arbejde og sygdomshistorik. Efter den fysiske undersøgelse siger lægen:

LP4: L: (...) Så ja... min plan det er en blokade i dag [P: yes] (...)

Vi vil argumentere for, at lægen med "*min plan det er en blokade i dag*" ytrer en assertiv sproghandling, hvori lægen præsupponerer, at en blokade er en mulig behandlingsform. Ytringen er ikke en assertiv sproghandling i klassisk forstand, men lægens måde at fremføre den indirekte illokutionære anbefaling om at få en blokade får karakter af en faktuel konstatering. Lægens ytring kan samtidig forstås som en kommissiv og direktiv sproghandling, idet hun forpligter sig selv og patienten til en fremtidig handling. Den sproglige eksklusion af patienten

understreges ved lægens brug af det personlige pronomen *min*, der understreger, at det er lægens plan og ikke en fælles plan mellem læge og patient.

Udover at spørge til patientens forventninger til konsultationen inddrager lægen ikke patienten i beslutningen om behandlingen. Lægen konstaterer, at hendes plan er at foretage en blokade uden direkte at spørge patienten, om han er enig.

Vi ønsker at understrege, at lægen ikke tvinger patienten til at få foretaget en blokade. Selvom lægen på intet tidspunkt direkte spørger patienten, om han er interesseret i at få en blokade, var det observatørens oplevelse, at patienten i høj grad var tilfreds og glad for lægens tilbud om en blokade. Desuden kunne patienten også have valgt at protestere mod lægens plan, idet patienten ikke er nødsaget til at få foretaget en blokade.

Selvom lægen rent sprogligt ekskluderer patienten fra beslutningen, er det et interessant spørgsmål, om patienten alligevel oplever, at han har været en del af beslutningstagningen. Vi opdagede først lægens sproglige ekskludering under empiribearbejdningen, hvorfor vi desværre ikke spurgte manden i patientinterviewet, om han oplevede at være blevet inkluderet eller ekskluderet i beslutningen. Vi spurgte derimod ind til patientens oplevelse af samtalen med lægen, som kan give en idé om patientens oplevelse af relationen:

P4: P: (...) hun har meget respekt for... altså jeg føler ikke at det er en læge. Hun hjælper mig. Så den er... der føler jeg ikke at jeg sådan er den lille patient. Overhovedet ikke.

Ud fra ovenstående citat og observatørens oplevelse af patienten under samtalen, forstår vi det ikke sådan, at patienten har oplevet at være blevet ekskluderet. Med den ekspressive ytring "*jeg føler ikke det er en læge*" kan det siges, at patienten indikerer, at han ikke oplever, at lægen bruger sin autoritet imod ham. Vi underbygger denne tolkning med patientens konstaterende ytring "*hun hjælper mig*" og den ekspressive ytring "*der føler jeg ikke at jeg sådan er den*

lille patient", hvor sidstnævnte kan indikere, at patienten ikke oplever, at lægen har brugt sin autoritet mod ham. Vi forstår det sådan, at patienten giver udtryk for sit patientperspektiv og beskriver relationen til lægen som, at lægen hjælper ham, men uden at anvende sin definitionsmagt mod ham. *"overhovedet ikke"* styrker tilknytningen til patientens ekspressive holdning.

En mulig forklaring på lægens manglende inddragelse af patienten i beslutningen kan skyldes, at der findes en patientgruppe, som har brug for, at lægen definerer deres handlefelt og fortæller, hvad der er galt, og hvad der skal gøres ved problemet (Joseph-Williams, Elwyn & Edwards, 2013: 13). Understøttende til denne forklaring fortæller speciallægen om konsultationen med patienten:

L2: L: Han skal bare have at vide hvad der er galt og hvad der kan gøres ved det og så kører det. Han behøver ikke at have så mange spørgsmål bare han lige har forstået hvad det drejer sig om så er han tilfreds. Så den er nem.

Med den assertive sproghandling *"han skal bare have at vide hvad der er galt og hvad der kan gøres ved det"* konstaterer lægen, at hun har vurderet, at det er patientens behov, at hun tager styringen i beslutningen. Patientens store smerter kan have været endnu en årsag til, at lægen har handlet på vegne af patienten ud fra, hvad hun fagligt vurderede ville være bedst for ham. Patientens kan ikke have været mentalt i stand til at tage en beslutning på grund af sine store smerter. Én forklaring på den manglende inddragelse af patienten kan derfor være, at patienten reflektivt har positioneret sig som en patient, der har brug for, at lægen tager styringen i konsultationen og definerer patientens handlerum. Mabeck (1999: 195) skriver, at nogle patienter vil undgå at tage ansvaret for beslutningerne, og at lægen derfor kan være tilbøjelig til at tage styringen i behandlingen (Mabeck, 1999: 17). Desuden er der en hårdfin grænse mellem at tage ansvaret *for* patienten og tage ansvaret *fra* patienten (Mabeck, 1999: 196).

Der kan også ske det, at lægen tager styringen i samtalen og ekskluderer patienten, men hvor patienten ikke tillader, at lægen begrænser hans handlerum

og selv tager styringen i samtalen. Dette vil vi undersøge mere dybdegående under patientens position i afsnit 7.2.2. "Patienten sætter dagsordenen".

7.1.6.1. Lægens eksklusion af patientens perspektiv i beslutningstagningen

Eksempel 10) har illustreret, hvordan lægen sprogligt kan ekskludere patienten fra den egentlige beslutningstagning. Vi har diskuteret, hvad der kan være bevæggrunden for lægens eksklusion af patientens perspektiv og fremhævet, at en mulig forklaring kan være, at patienten positionerer sig som en aktør, der har brug for, at lægen definerer patientens handlerum.

I empirien har vi opdaget en tendens til, at lægens eksklusion ikke forekommer i eksplicite handlinger, men derimod snarere ligger i udeblivelsen af en handling. Det kan være en forklaring på, hvorfor det har været svært for os at finde sproglige eksempler på lægens eksklusion af patientens perspektiv. Lægen ekskluderer patientens perspektiv fra beslutningstagningsprocessen ved ikke at forventningsafstemme, spørge uddybende ind til patientens oplevelse eller tjekke forståelse. En udeblivelse af handling må i læge-patient samtalen i forhold til patientinddragelse forstås som netop det at handle - at ekskludere patientperspektivet.

7.1.7. Lægens understøttende kommunikative virkemidler

Afsluttende vil vi kort nævne en række kommunikative virkemidler, som lægen kan bruge understøttende til at informere patienten. Empirien har særligt vist en tendens til, at lægerne anvender visuelle objekter såsom film, modeller eller tegninger. Endeligt anvender lægerne også metaforer, når de skal forklare et givent forhold.

Eksempel 11)

Lægens inddragelse af film, tegninger og modeller betyder for beslutningstagningen, at lægen er i en position, hvor det bliver nemmere for lægen at forklare patienten enten, hvad der skal ske under en operation eller, hvor patientens problem fysiologisk sidder. Patienten har kun sin krop og fysiske oplevelser til at forklare lægen, hvad problemet er.

I det følgende citat har en kvindelig læge netop hentet en tredimensionel tegning af en skulders indre opbygning til at forklare en mandlig patient med en skulderskade, hvordan hans forestående operation vil forløbe:

LP5: L: Det er fordi det der med hvordan skulderen ser ud og fungerer det kan godt være lidt svært med de der tre dimensioner at få et overblik over. Hvis man nu kigger ind her... hvis du nu forestiller dig... kan du se hvad der er hvad her? (...)

Med den assertive talehandling "*det der med hvordan skulderen ser ud og fungerer det kan godt være lidt svært*" konstaterer lægen, at det er svært at forestille sig, hvordan skulderen ser ud inden i. *Lidt svært* downgrader graden af, hvor svært det er at forstå. Lægen kan siges at præsupponere, at det er okay, hvis patienten synes, at det er svært at forstå. Vi vil derfor argumentere for, at ytringen også kan forstås sådan, at den illokutionære kraft er en indirekte anerkendelse af patientens perspektiv.

Med det visuelle objekt kan lægen bedre videregive den tilstrækkelige information, som er nødvendig for, at patienten vil være i stand til at forholde sig til sin situation og træffe beslutninger i henhold til behandlingsforløbet.

Eksempel 12)

Et andet gennemgående kommunikativt virkemiddel, som lægerne benytter i konsultationerne, er brugen af metaforer. Det følgende citat tager udgangspunkt i en konsultation mellem en kvindelig knækirurg og en ældre mand med knæ og rygsmerter. Lægen fortæller, at med den type smerter patienten oplever, ville hun normalt anbefale, at det skulle trænes væk, men hun mener ikke, at det vil hjælpe patienten i dette tilfælde og forklarer:

LP6: L: (...) For du kan træne herfra og resten af dit liv men når ledningen ikke virker...den der kommer med strøm heroppefra og ned til musklerne [P:

hmm] så kan du gøre alt hvad du kan men du kan ikke få strømmen til at løbe hurtigere (...)

Lægen sammenligner patientens beskadigede nerver eller sener med elektriske ledninger, der ikke virker, og kan derigennem siges at forsøge at forklare patienten, hvorfor træning ikke vil hjælpe ham.

At lægen netop bruger en "håndværker"-metafor kan skyldes, at patienten arbejder i byggebranchen. Om sit valg af metafor fortæller lægen:

L1: L: (...) som samtalen skred frem at så fornemmede jeg at måske var der nogle ting der dæmrede men jeg skulle ind og snakke med noget ledninger og noget sådan [I: ja] meget håndgribeligt.

I: Så du brugte hans erhvervserfaring til at få det...altså bearbejdet?

L: Jeg brugte i hvert fald et eller andet jeg...et billede jeg tænkte...det her er noget han kan relatere til.

Lægen vurderede, at et billede af patientens problem forklaret ud fra byggetekniske begreber ville være mere håndgribeligt og lettere for patienten at forstå og relatere sig til.

I det næste citat er en ung mand til en kontrolsamtale med en mandlig læge efter at være blevet opereret i sin hånd. Patienten kan ikke forstå, hvorfor han stadig oplever problemer med hånden et halvt år efter operationen. Håndkirurgen bruger en "knækket gren"-metafor til at forklare patienten, hvorfor han stadig kan have smerter:

LP27: L: (...) det er jo ligesom en gren der er knækket og der er en masse småstykker der ikke passer sammen længere (...)

På billedlig vis sammenligner lægen patientens knogler i hånden med en gren, der er knækket i mange dele, som derfor kan være en udfordring at sætte rigtigt sammen igen.

Det er imidlertid ikke altid, at lægens brug af metaforer hjælper på patientens forståelse af problemet. I samme konsultation som ovenstående citat forsøger håndkirurgen at forklare den unge mand, at han har en senehinde inde i hånden, som holder alle hans muskler på plads. Lægen sammenligner det med, når man skal gøre en culottesteg i stand. Patienten har aldrig gjort en culottesteg i stand og forstår derfor ikke metaforen. Metaforen virker kun, hvis patienten kender til det ene af de to forhold, der sammenlignes, som for eksempel i tilfældet med patienten i byggebranchen.

Mabeck (1999: 203) skriver, at det kan være svært for patienten at forstå de medicinske sundhedsvidenskabelige forklaringer på patientens problem, og at en metaforisk forståelse af tekniske spørgsmål ofte vil resultere i en såkaldt pseudoforståelse. Metaforer må dermed ikke forstås som et mirakelvirkemiddel i overbringelsen af information. Det kan skabe en falsk tryghed i forhold til, hvorvidt informationsoverdragelsen er vellykket eller ej. Mabeck (1999: 151) skriver, at patienten kan virke tilfreds, fordi han eller hun har fået en forklaring på, hvad der er galt uden egentlig at have forstået det.

I tilfældet, hvor den kvindelige læge anvender en byggeteknisk metafor, er det væsentligt for forståelseseffekten, at lægen er bekendt med begge forhold, som der sammenlignes med. Hvis den kvindelige læge i eksemplet ikke har helt styr på de byggetekniske begreber, hun refererer til, kan der ske det, at den perlokutionære virkning om at få patienten til at forstå et givent forhold mislykkes. Lægen kan ved at anvende begreber fra et fagområde, som hun ikke er i position til at klogge sig på, downgrade sin faglige autoritet og positionere sig uheldigt i forhold til patientens faglige viden.

7.1.7.1 Lægens virkemidler i beslutningstagningen

Eksemplerne i dette afsnit har illustreret en tendens i empirien til, at lægerne kan anvendte visuelle objekter eller metaforer til at understøtte en kommunikativ ytring. Lægens anvendelse af understøttende kommunikative virkemidler kan bidrage til, at patienten bedre kan forstå den information, som lægen giver. For beslutningstagningen kan virkemidlerne betyde, at patienten får lettere adgang til den viden, lægen sidder inde med, og dermed kan tage en beslutning på et mere velinformeret grundlag (Mabeck, 1999: 203).

7.2. Patientens position

I dette afsnit vil vi undersøge patienternes positioner under læge-patient samtalerne og undersøge, hvordan disse påvirker relationen til lægen og beslutningstagningsprocessen. Vi har inddelt afsnittet i fire underkategorier: *patienten afgiver definitionsmagten*, *patienten sætter dagsordenen*, *patientens begrænsninger* og *patientens ekspertviden*.

7.2.1. Patienten afgiver definitionsmagten

En gennemgående tendens i empirien er, at patienter afgiver definitionsmagten til lægen. Den nuværende opfattelse af læge-patient relationen er, at lægen videregiver information om patientens muligheder, så patienten selv kan træffe beslutningen om det videre behandlingsforløb (Det Ethiske Råd, 2003: 11). Det er derfor ikke givet på forhånd, at patienten skal afgive definitionsmagten til lægen. Vi finder det interessant at undersøge, når patienten afgiver definitionsmagten til lægen i forhold til fælles beslutningstagning, fordi modellen beror på, at patienten og lægen er samarbejdspartnere. Vi vil i det følgende undersøge to udvalgte citatsekvenser, der på forskellig vis illustrerer, hvordan patienten kan afgive sin definitionsmagt.

Eksempel 13)

I det følgende eksempel er en mandlig patient til kontrolbesøg efter en knæoperation. Patienten har været hos den pågældende mandlige læge fire gange før, og de har derfor en etableret relation til hinanden (P16). Patienten har

efter operationen oplevet, at knæet har låst sig fast. Lægen forklarer, at en operation er deres eneste mulighed for at undersøge, om patientens menisken er sprunget op eller, om der er noget andet galt. Nedenstående sekvens illustrerer lægen og patientens samtale vedrørende muligheden for og fordelene ved en operation:

LP16: L: Jeg siger ikke at du skal...

P: men det er lidt... jeg tager selvfølgelig din anbefaling hvad du synes bedst vi skal.

L: Jeg synes vi er nødt til at vide det. Om der er noget. Vi kan godt vente tre uger og så se hvordan det går. Men det rykker jo også bare for dig. Fordelen ved at kigge ind det er jo at så kan vi se... vi tester jo er der noget her. Det kan også være det er helet og at der er noget andet der kommer i klemme for dig og at det er smertebetinget det er også svært at sige. Man skal passe på med at man ikke rører for hurtigt ved det. Og men det er den måde du får en sikker afklaring på og fordelene er så kan vi gøre noget med det samme.

P: Det tager vi.

Lægens metakommunikerende ytring "*jeg siger ikke at du skal*" refererer til lægens anbefaling om en operation, hvilket vi ved grundet situationskonteksten. Den illokutionære ytringsintention er, at lægen ikke vil tvinge patienten til at blive opereret, men anbefaler det, fordi det er den eneste måde, de reelt kan finde ud af, hvad der er galt med patientens knæ. Lægen dikterer ikke en bestemt beslutning eller udstikker en ordre til patienten.

Patienten downgrader dernæst sin ytring med *lidt* i ytringen "*men det er lidt*", der kan forstås som en indikation på, at han er usikker på, hvad han vil. Patienten afbryder sig selv, og vi ved derfor ikke, hvad han forsøgte at ytre. Patienten ytrer efter sin korrektion af sig selv "*jeg tager selvfølgelig din anbefaling hvad du synes*

bedst vi skal". Den illokutionære kraft kan ses som assertiv, idet patienten konstaterer, at han følger lægens anbefaling. Han upgrader dernæst sin tilslutning til lægens anbefaling ved at knytte selvfølgelighedsmarkøren og sikkerhedsadverbiet *selvfølgelig*, hvilket forstærker udsagnet, så det fremstår som indlysende, at patienten følger lægens anbefaling. Ved at følge lægens anbefaling og med ytringen "*hvad du synes bedst vi skal*" kan patienten siges at præsupponere, at lægen ved bedst.

Lægen ytrer "*vi er nødt til at vide det*", hvor han med det personlige pronomen *vi* inddrager patienten i den indirekte direktive talehandling. Ytringen kan også forstås som en ekspressiv, idet lægen giver udtryk for sin personlige holdning om, at patienten bliver nødt til at få foretaget operationen for at få vished. Mådesadverbiet *nødt til* kan indikere, at der ikke er andre muligheder end operationen, og at patientens handlemuligheder er afgrænset til netop denne behandlingsform. Lægen trækker på sin faglige viden i ytringen "*fordelen ved at kigge ind det er jo at så kan vi se... vi tester jo er der noget*", og den faktuelle ytring kan karakteriseres som en assertiv sproghandling. Lægen upgrader sikkerheden i sin ytring ved at bruge selvfølgelighedsmarkøren *jo*, hvilket også er tilfældet med *sikker* i ytringen "*du får en sikker afklaring*". Upgraderne *jo* og *sikker* illustrerer lægens tilslutning til den potentielt forestående operation.

Den illokutionære kraft i lægens ytring kan yderligere forstås som en direktiv og kommissiv talehandling. Lægen anbefaler, at patienten lader sig operere og forpligter både sig selv og patienten til en fremtidig handling. Lægens intention kan være at få patienten til at lade sig operere og forpligter sig dermed til at finde tid og udføre operationen i en nær fremtid.

Vi har i analyseafsnit 7.1.1. "Lægens anbefalinger" illustreret, at lægen på grund af sin position har mulighed for at give anbefalinger. I ovenstående eksempel vil vi argumentere for, at patienten handler ud fra et perspektiv om, at lægen ved bedst, fordi patienten vælger at følge lægens anbefaling. Patienten sætter ikke spørgsmålstejn ved lægens ekspertise, men handler ud fra, at lægen er kompetent og kun vil anbefale den behandlingsform, som er bedst for patienten.

Ved at følge lægens anbefaling positionerer patienten interaktivt lægen som en, der er værd at lytte til og som har kompetencer, patienten kan drage nytte af. Mange patienter er af den overbevisning, at læger ved bedst, og at deres egen viden er overflødig i den fælles beslutningstagning (Joseph-Williams et al., 2013: 13).

Patienten afgiver i den ovenstående sekvens definitionsmagten til lægen og tillader, at lægen definerer patientens handlerum. Patienten har imidlertid mulighed for selv at definere sit handlingsrum, idet lægen giver patienten mulighed for selv at træffe beslutningen om det videre behandlingsforløb. Vi kan kontekstuel tilføje, at lægen giver patienten muligheden for at vælge mellem enten at få fjernet menisken eller, at lægen syer menisken sammen på ny.

Lægen afgrænser patientens handlemuligheder ved at sige, at en operation er nødvendig, men muliggør herefter, at patienten kan vælge mellem to forskellige behandlingsformer. Patienten har til dels mulighed for aktivt at indgå i beslutningstagningen ved at vælge mellem to behandlingstilbud. Selvom patienten til dels indgår aktivt i beslutningstagningen, afgiver patienten definitionsmagten i den forstand, at han vælger at følge lægens klare anbefaling om at få foretaget en operation.

Patienten handler ud fra en patientdiskurs, hvor lægen er den fagkyndige, der giver anbefalinger, som patienten kan vælge at følge. Lægen har ikke taget definitionsmagten ved for eksempel at beordre, at patienten skal lade sig operere. Det er patienten, der finder det meningsfuldt og legitimt ikke at indlede en diskussion om, hvorvidt en operation nu også er den bedste behandlingsform.

Som vi tidligere har været inde på, har patienten viden om sin egen krop, hvorimod lægen har medicinsk ekspertise (Friis-Hasché & Witt, 2013: 253). Der er ikke tale om et "lighedsideal", hvor patient og læge skal vide lige meget (Hansen, 2003: 85). Læge-patient relationen er derimod kendetegnet ved, at samtaleparterne har forskellige kompetenceområder. Patientens videnskæssige kompetencer vil vi undersøge nærmere i afsnit 7.2.4. "Patientens ekspertviden".

Eksempel 14)

I det følgende eksempel er en mandlig patient til forundersøgelse ved en kvindeligt knækirurg. Patienten kender ikke lægen på forhånd og fortæller indledningsvist lægen om sine svære knæ- og rygsmerter. Efter den fysiske undersøgelse konstaterer den kvindelige læge, at hun ikke kan tilbyde en knæoperation, da knæsmertterne formodentlig stammer fra patientens diskusprolaps (LP6). Lægen tilbyder at henvise ham tilbage til det hospital, hvor patienten førhen er blevet opereret, og som er specialiseret i rygskader. Patienten vælger at følge lægens anvisning. Nedenstående eksempel illustrerer patientens selverkendelse af, at han ikke har samme medicinske viden som lægen:

LP6: P: Skal folk have bygget hus så skal jeg nok fortælle hvordan det skal gøres. Det har jeg forstand på... det her har jeg ikke (P griner).

Stedsadverbiet *her* er en lokaldeiksis, som forankrer patientens ytring til den specifikke situation. *Her* refererer til lægens faglige kompetencer, som patienten ikke har indsigt i. Patienten henviser til lægens faglige indsigt, som lægen har demonstreret i konsultationen ved at fortælle om patientens problem fra et medicinsk perspektiv.

Med den ekspressive talehandling "*skal folk have bygget hus så skal jeg nok fortælle hvordan det skal gøres*" giver patienten udtryk for, at han har viden inden for det byggetekniske område. Ytringen "*det har jeg forstand på*" kan forstås som en faktisk konstatering af, at patienten har forstand på at bygge et hus. Med den assertive ytring "*det her har jeg ikke*" konstaterer patienten, at han ikke har viden inden for det medicinske fagområde.

I forhold til det parasproglige aspekt vil vi kontekstuelte nævne, at patienten griner sideløbende med den sidste sætning. Vi forstår patientens grin sådan, at han ikke påpeger den ulige vidensrelation som en kritik af lægen, eller fordi han føler sig umyndiggjort. Vi forstår patientens grin sådan, at patienten konstaterer

det åbenlyse: at lægen har en større medicinsk viden end ham, og at det er helt okay. Patienten modstiller i ytringen sin byggeviden med lægens medicinske viden og indikerer, at der er en asymmetri i vidensforholdet mellem de to.

Ved at inddrage sin personlige baggrund får lægen et indblik i det perspektiv hvor ud fra patientens taler. Man kan sige, at patienten indikerer, at han ser verden gennem et andet filter, end lægen gør. Hvis lægen og patienten skulle bygge hus sammen, ville patienten være den mest vidende og kunne give anbefalinger til lægen. Kvag situationskonteksten ved vi, at patienten befinder sig på lægens "territorium", hvor lægen gennem sin uddannelse har en større viden om medicinsk terminologi og indsigt i forskellige behandlingsformer. Patienten positioneres som mindre vidende i forhold til den professionelle læge, der kan siges at have den kontekstuelte rigtige faglige viden. Det kan ses som en refleksiv positionering af patienten selv, idet patienten italesætter den ulige vidensrelation.

Der kan være forskellige årsager til, at en patient afgiver definitionsmagten. Det kan blandt andet være et stærkt tillidsbånd mellem læge og patient eller, at patienten har erkendt, at han ikke ser sig i stand til at være med til at træffe beslutningen.

Tillid kan have betydning for, hvordan lægen og patienten positionerer sig i forhold til hinanden, og hvordan en beslutningstagningsproces forløber. Tillid mellem læge og patient kan ses som både en barriere og styrke for den fælles beslutningstagning (Joseph-Williams et al., 2013: 15). Et tillidsfuldt forhold mellem læge og patient kan resultere i, at patienten forholder sig passiv under konsultationsbesøget, hvilket kan være en barriere for en fælles beslutningstagning (Joseph-Williams et al., 2013: 15). Patienten vil givetvis ikke udfordre og forholde sig kritisk til lægens anbefalinger, idet patienten har tillid til, at lægen vil patienten det bedste. Et tillidsfuldt forhold kan også fordrer til, at patienten åbner op og ønsker at diskutere eventuelle bekymringer og personlige informationer. Patienten kan tilskyde lægen autoritet, når patienten fatter tillid

til lægens merviden og fornemmer, at lægen formår at sætte sig ind i patientens forståelse af sin sygdom (Busch, 2003: 93).

Tillidsbåndet mellem lægen og patienten i eksempel 13) kan have influeret på det indbyrdes relationelle forhold. Lægen og patienten kendte hinanden i forvejen, og patienten fortæller i det individuelle interview, at han er tryk ved lægen, og at han ikke har følt, at lægen har tvunget en beslutning ned over hovedet på ham (P16). Lægen har ifølge patienten ikke indskrænket hans handlefelt, idet han selv har haft mulighed for at vælge, hvilken behandlingsform han ønsker. Lægen har ikke handlet i uoverensstemmelse med patientens behov og ønsker, og patienten italesætter, at han ikke har set nogen grund til ikke at følge lægens anbefalinger (P16). Patienten har øjensynlig tillid til lægens vurdering, hvilket vi begrundes med patientens positionering af lægen som en autoritet, der kan give faglige anbefalinger, der er værd af følge. Tillid næres til en persons egenskaber og karakter (Busch, 2003: 92), og i eksempel 13) argumenterer vi for, at patienten har tillid til lægens faglige egenskaber.

Patienten i eksempel 14) giver lægen mulighed for at definere sit handlingsfelt. Patienten italesætter vidensforholdet mellem lægen og ham selv som værende asymmetrisk, idet lægen har en større medicinsk viden om patientens diagnosticering og behandlingsmuligheder. Patienten afgiver definitionsmagten til lægen, og patienten indikerer, at han ikke selv har viden til at kunne træffe beslutningen uden lægens ekspertviden og anbefalinger.

7.2.1.1. Patienten afgiver definitionsmagten i beslutningstagningen

Selvom patienterne i ovenstående eksempler ikke har den medicinske viden, så har de handlemulighed for at tage eller afgive definitionsmagten til lægen. Patienten kan selv vælge at frasige sig definitionsmagten, men de kan også vælge at benytte sig af deres autonomiret.

7.2.2. Patienten sætter dagsordenen

Empirien har vist en tendens, hvor patienter i specifikke tilfælde har mulighed for at tage definitionsmagten. Hvis patienten ikke anser lægen som mere vidende

end patienten selv, er der ingen grund til at opsøge lægen. Det betyder imidlertid ikke, at patienter anser læger for at være fejlfri og møder dem ukritisk (Busch, 2003: 92). Det er patienten, der har et behov for lægens faglige indsigt, og samtaleens specifikke emne er derfor defineret forud for konsultationen i form af patientens problem. Hvordan, der tales om emnet, er imidlertid ikke defineret forud for samtalen, men skabes i interaktionen mellem læge og patient. Patienten kan forud for samtalen have en bestemt forventning til, hvad lægen kan gøre for ham (Hauberg, 2003: 42) og kan ydermere have en forventning om, hvordan en læge *bør* opføre sig (Joseph-Williams et al., 2013: 13). Patienten kan have en formodning om, at det er lægen, der træffer beslutningen, og at det er normalt for patienten at positionere lægen som ubetinget ekspert, hvor det forventes, at patienten ukritisk følger lægens anbefaling (Joseph-Williams, 2003: 13). Vi vil i nedenstående undersøge, hvordan patienter kan italesætte behov og i specifikke tilfælde tage definitionsmagten.

Eksempel 15)

I det følgende eksempel er en kvindelig patient til forundersøgelse med smerter i sin finger. Hun har tidligere været ved den mandlige læge med samme problemstilling. Patienten refererer i nedenstående citat til sin praktiserende læge, der har foreslået en ukompliceret behandlingsmetode af patientens finger (LP28). Patienten foreslår behandlingsmetoden til lægen, og nedenstående citat illustrerer deres korrespondance om dette. Lægen har forud for citatet fortalt, at Vejle Sygehus ikke tilbyder denne metode:

LP28: P: Han sagde nemlig at det var meget in.

L: Ja det kan godt være.

P: Det er det sidste nye sagde han.

L: Det kan godt være. Det bruger vi ikke her.

Patienten upgrader i den første ytring sin tilknytning til sin praktiserende læges forslag ved at bruge sikkerhedsadverbiet *nemlig* og gradsadverbiet *meget*. Det personlige pronomen *han* indikerer, at patientens refererer til sin praktiserende

læge. Ytringen kan karakteriseres som en assertiv sproghandling, idet patienten refererer til den praktiserende læges faktuelle beskrivelse af behandlingen som værende in.

Med modalverbet *kan* i den assertive ytring "*ja det kan godt være*" konstaterer lægen i første omgang, at der foreligger en mulighed for, at metoden er in. I anden omgang konstaterer lægen, at det er muligt, at metoden er det sidste nye.

Lægen afviser ikke, at behandlingen er in, men ytrer heller ikke eksplicit sin holdning til metoden. Vi argumenterer for, at talehandlingen "*det bruger vi ikke her*" er assertiv, idet lægens ytring kan forstås som en konstatering. Lægen bruger lokaldeiksissen *her*, som jævnfør konteksten refererer til Vejle Sygehus. Med det personlige pronomen *vi* refererer lægen til det institutionelle system, ham selv inklusiv. Lægens ytring kan ydermere forstås som en emneafrundning (Arndt, 2007: 107), idet han ikke lægger op til, at emnet skal diskuteres yderligere.

Eksempel 15) er interessant, da der mellem patienten og lægen synes at være en kamp om definitionsretten til at bestemme, hvorvidt den konkrete behandlingsmetode er en relevant mulighed eller ej. Patienten har tilegnet sig en viden hos den praktiserende læge og foreslår selv indgrebet. Patienten tager emnestyringen i samtalen og bestemmer i ovenstående sekvens, hvad samtalen skal handle om. Lægen deler ikke samme holdning som den praktiserende læge. Han underkender ikke patientens viden, men forklarer, at Vejle Sygehus ikke tilbyder netop denne metode. Om situationskonteksten vil vi nævne, at patienten vælger fortsat at diskutere behandlingsmetoden på trods af, at lægen har forsøgt at begrænse samtalens handlefelt ved at udelukke den konkrete behandlingsmetode. Patienten lader sig ikke intimidere af lægens afvisning, men udfordrer ham ved fortsat at tale om proceduren og sætter dermed dagsordenen.

Patienten positionerer sig som en vidende patient, der er aktiv i samtalen. Lægen positionerer sig ud fra sin autoritet som en, der kan afgøre, hvorvidt en bestemt behandlingsform kan foretages eller ej. I dette tilfælde er det et institutionelt

forhold, det afgør, at behandlingen ikke kan lade sig gøre. Patienten har mulighed for at positionere sig som en vidende patient, men lægen har også mulighed for at begrænse patientens handlefelt. I dette tilfælde vælger lægen at begrænse patientens råderum, idet patientens forslag ikke er en realistisk mulighed på Vejle Sygehus. Patienten kan derimod vælge at finde en anden læge, der kan udføre behandlingsmetoden på grund af det frie sygehusvalg.

Eksempel 16)

Følgende citatsekvens illustrerer en patient, der tager definitionsmagten og fremsætter et specifikt behov. Eksemplet omhandler samme læge-patient samtale som eksempel 15).

Patienten og lægen har drøftet muligheden for at foretage en enzymbehandling. Patienten indvilliger i at få foretaget indgrebet, men fortæller, at hun har oplevet smerter i fingeren. Lægen finder det problematisk, da indgrebet forudsætter, at patienten ikke er øm eller har smerter. Nedenstående sekvens illustrerer diskussionen mellem læge og patient om, hvorvidt patienten kan få foretaget enzymbehandlingen i den nærmeste fremtid:

LP28: L: Fordi så kan jeg godt finde på at sige at så skal du komme igen om nogle måneder og så må vi se på det igen.

P: Neej... skal vi ikke bare sætte en tid og så kan jeg se om den bliver ved med at gøre ondt.

Lægens metakommunikerende ytring "*fordi så kan jeg godt finde på at sige*" er utraditionelt konstrueret. Lægens brug af modalverbet *kan* illustrerer, at lægen potentielt set kunne finde på ytre den direkte anbefaling "*at så skal du komme igen*". Modalverbet *kan* downgrader udsagnet og understøttes af *godt finde på*, som ligeledes downgrader sikkerheden i udsagnet. Lægen metakommunikerer om en talehandling, han potentielt set har tænkt sig at sige, men ved at italesætte det, har han ytret den direkte anbefaling, at patienten skal komme igen om et par måneder. Lægens metakommunikerende direkte ytring er tvetydig, idet

det kan være svært for patienten at udlede, hvad lægen mener. Det kan være udfordrende for patienten at gennemskue, hvorvidt ytringen skal forstås som en anbefaling eller, om lægen allerede har truffet en beslutning på patientens vegne. Den direktive sproghandling er rettet mod en fremtidig handling, og lægen kan siges at anbefale, at de ikke på nuværende tidspunkt skal sætte sig fast på en operation.

Patienten kan siges at udtrykke, at hun ikke er enig i lægens anbefaling ved at bruge ordet *nej*. Hun holder en pause, hvorefter hun bruger modalverbet *skal* i "*skal vi ikke bare sætte en tid*". Patienten giver med den ekspressive talehandling udtryk for, at hun ønsker at få fastsat en tid til operation med det samme og går dermed imod lægens anbefaling om at se tiden an.

Patienten kan siges at indikere, at hun har en forventning om at få fastsat en tid til operation med det samme, og at hun ikke tillægger den ømme finger stor betydning. Den illokutionære kraft i patientens ytring har karaktertræk af både en direktiv og kommissiv talehandling, idet hun både forpligter lægen og sig selv på en fremtidig handling.

Lægen positionerer sig, som vi tidligere har undersøgt, som en autoritet, der kan give anbefalinger til patienten. Patienten positionerer sig som en, der har autonomi til at bestemme, om hun vil følge lægens råd eller ej. Hun udfordrer og korrigerer lægens udspil og positionerer sig som en aktør, hvis synspunkt og præferencer er betydningsfulde i samtalen. Hun præsupponerer med ytringen "*så kan jeg se om den bliver ved*", at hun selv kan vurdere, hvorvidt hun er i stand til at lade sig operere.

Patienten har gennem sin særlige patientposition og dertilhørende fortolkende repertoire mulighed for at personalisere sit udtryk inden for patientdiskursen (Potter & Wetherell, 1987). Patienten i ovenstående eksempel italesætter selv sin præference og agerer aktivt i beslutningstagningen. Patienten positionerer sig ud fra en mere aktiv og involverende patientdiskurs, end vi eksempelvis så i

eksempel 10). Patienten anerkender lægens anbefalinger, men udtrykker klart, at hun ønsker at blive opereret inden for den nærmeste fremtid.

Eksempel 17)

I dette eksempel har den tidligere nævnte mandlige patient med svære knæ- og rygsmærter fortalt den kvindelige læge, at han har mange smerter. Lægen har forud for nedenstående citatsekvens spurgt, hvornår patienten oplever smerterne:

LP6: L: Så det er primært låret du har ondt eller hvad?

P: Næ næ...altså du skal høre det hele [L: mm] Undskyld jeg siger sådan men det er vigtigt at du for...altså det er knæene der gør ondt men jeg har også ondt her i mit lår (...)

Patienten svarer *næ næ*, som kan udtrykke en benægtelse af lægens spørgsmål. Patienten præsupponerer med "*altså du skal høre det hele*", at lægen ikke har hørt det hele og indikerer, at lægen ikke har fået den nødvendige information til at antage, at smerterne primært er lokaliseret i låret. Patienten downgrader sin forrige ytring med den ekspressive talehandling "*undskyld jeg siger sådan*", som er med til at modificere styrken i det forrige udsagn. Ytringen er også en metakommunikerende gambit (Alrø & Kristiansen, 1998: 177), hvor patienten undskylder sin forrige ytring "*næ næ...altså du skal høre det hele*".

Patienten refererer til sit eget perspektiv ved at bruge upgraderen *vigtigt*, som kan være med til at give lægen et indblik i, hvad patienten anser som vigtigt i henhold til sin sygdomshistorik. Patientens ytring kan ses som en indirekte ekspressiv talehandling, idet han indikerer, at han ikke synes, at lægen har det fulde billede af hans sygdomshistorik. Den indeholder imidlertid også en assertiv sproghandling, idet patienten med "*det er knæene der gør ondt men jeg har også ondt her i mit lår*" faktisk informerer lægen om sin tilstand.

Når patienten hævder, at lægen skal høre det hele, kan det sende et signal til lægen om, at patienten synes, at hans informationer er vigtige i konsultationen med lægen. Patienten har måske en forventning om, at lægen ikke kan stille en korrekt diagnose eller finde den rette behandling uden det fulde billede af patientens sygdomshistorik. Med den ekspresive talehandling "*altså du skal høre det hele*" kan patientens siges at indikere, at han ønsker, at lægen ikke skal drage forhastede konklusioner, men i stedet lytte til patientens informationer. Dette kan ses som det perlokutionære niveau i talehandlingen: at patientens intention er, at få lægen til at lytte til ham.

Patienten korrigerer lægens ytring og tager definitionsmagten. Patienten positionerer lægen som en aktør, der har brug for patientens information, hvilket kan ses som en interaktiv positionering. Patientens sproghandling kan ses som et eksempel på, at patienten kan være med til at definere, hvad der skal tales om og hvornår, der skal tales om det. Lægen tillader, at patienten korrigerer hende og samtidig tager definitionsmagten.

7.2.2.1. Patienten sætter dagsordenen i beslutningstagningen

Vi har i eksempel 15) og 16) set citatsekvenser, hvor patienten positionerer sig ud fra en patientdiskurs, i hvilken de har mulighed for at være med til at bestemme dagsordenen og italesætte egne præferencer. Eksempel 17) illustrerer, at patienten kan korrigere en læge og stadig tale meningsfuldt ud fra patientdiskursen. Fælles beslutningstagning beror på, at patienter er kvalificerede til at italesætte deres behov og forventninger, og at de er i stand til at træffe beslutninger om, hvad de har brug for, og hvad de ønsker for deres videre behandlingsforløb (Pelzang, 2010: 912).

Lægen kan med en lægelig, samarbejdsvillig tilgang muliggøre positioneringsmuligheder, hvori patienten kan være med til at træffe beslutninger om behandlingsforløbet. Patientens positionering afhænger i høj grad af, hvilke positioneringsmuligheder lægen stiller til rådighed. Det skal ikke forstås sådan, at patienten ikke har mulighed for at positionere sig på en bestemt måde uafhængigt af lægens positionering. Patienter har mulighed for at

positionere sig som medbestemmende eller passive, men hvorvidt lægen opfatter det som meningsfuldt og legitimt og accepterer det kommer an på, hvilken lægediskurs lægen positionerer sig ud fra. I eksempel 15) og 16) accepterer lægen, at patienten er med til at bestemme dagsordenen, og at patienten italesætter sine præferencer. Lægen har her mulighed for at vurdere, hvorvidt den specifikke dagsorden er relevant for konsultationen og hvorvidt, der er belæg for at følge patientens præferencer ud fra et lægefagligt perspektiv.

Vi har i eksempel 15) set, at en patient har italesat et ønske, som ikke direkte var i overensstemmelse med lægens anbefaling. Citatet illustrerer en tendens til, at patienter i højere grad end førhen benytter sig af deres autonomi og tillader sig at udfordre lægen og beskrive egne behov og præferencer (Pelzang, 2010: 912 & Hauberg, 2003: 41). Patienten i eksempel 16) benytter sig af sin autonomi og italesætter en specifik forventning om at blive opereret inden for den nærmeste fremtid. Patienten er i eksempel 17) ikke direkte blevet inviteret af lægen til at tage styringen. Patienten tog selv initiativ til at eksplicitere sine holdninger.

Vi har set en tendens, hvor den illokutionære kraft i patienternes ytringer er assertive eller ekspressive: de knytter deres ytring op på den viden, de har om deres krop, der fremlægges som faktuel viden eller holdninger. Patienter har oftest ikke mulighed for at postulere noget ud fra videnskabelig forskning. De kan i stedet bruge deres viden om egen krop til at tage definitionsmagten, sætte dagsordenen og være aktiv deltagende i konsultationen.

Der findes i dag samfundskritiske patienter med skepsis for autoriteter (Mandag Morgen, 2002). I samfundet er der udviklet en stor mangfoldighed i anskuelser og holdninger til forskellige aspekter i tilværelsen, og det skaber større individualisme og mindre autoritetstro (Det Ethiske Råd, 2003: 12). Den kritiske patient følger ikke uden videre autoriteter og ordrer, men vurderer i den konkrete situation, hvad der virker rimeligt (Mandag Morgen, 2002; Hauberg, 2003: 43). Patienten kan benytte sin autonomi til at træffe selvstændige beslutninger uafhængigt af autoriteten.

Det er imidlertid ikke alle patienter, der har ressourcer til selv at initiere dagsordenen, udfordre lægens anbefaling og tage definitionsmagten. Fælles beslutningstagning sætter krav til patienten, idet patienten skal have mod på og kompetencer til at beskrive deres præferencer, livssituation og skade, hvilket er gældende for patienterne i eksempel 15-17). Det er ikke alle patienter, der har mulighed for og lyst til at tage definitionsmagten, da de ikke ser sig i stand til at træffe en beslutning (Joseph-Williams et al., 2013: 13). Dette illustrerede vi i afsnit 7.1.6. "Lægens eksklusion af patientens perspektiv" i eksempel 10).

Patientens autonomi er imidlertid ikke uden restriktioner. Der er beslutninger, som patienten ikke på egen hånd kan bestemme (Friis-Hasché & Witt, 2013: 242). Dette synliggjorde vi i eksempel 15), hvor patienten ønskede et indgreb, som ifølge lægen ikke var muligt at få foretaget på Vejle Sygehus. Patientens handlerum blev begrænset af lægen i den konkrete situation og relation, men da patienten kan vælge et andet sygehus, er denne begrænsning ikke definitiv.

7.2.3. Patientens begrænsninger

Som vi tidligere har nævnt, har de sundhedsprofessionelle en stor sundhedsfaglig viden (Bredahl & Baker, 2014: 145). Der kan imidlertid være stor forskel på, hvad de vælger at kommunikere ud til patienten samt måden, hvorpå de gør det. Lægen kan bevidst eller ubevidst holde lægefaglige informationer tilbage for patienten, og det kan være svært for patienten at spørge ind til et specialiseret område, som patienten ikke har en velfunderet viden om (Joseph-Williams et al, 2013: 17).

Vi har ved gennemgang af vores empiri set en tendens, hvor lægen informerer patienten om et behandlingsforløb, som patienten forinden ikke vidste var en mulighed. For at patienten kan være med til at træffe en fælles beslutning med lægen om det videre behandlingsforløb, kræver det, at sundhedspersonalet informerer patienten (Campos & Graveto, 2009: 1067). Det kan derfor eksempelvis være en begrænsning for patientens involvering i beslutningstagningen, at patienten ikke har samme indsigt i behandlingsmuligheder som lægen.

Eksempel 18)

I dette eksempel er en mandlig patient til forundersøgelse hos en mandlig læge, idet han oplever smerter i sine fingre. Han er tidligere blevet opereret af selvsamme læge. Patienten beskriver sine symptomer, og lægen undersøger patientens fingre. Lægen italesætter, at patienten ikke nødvendigvis behøver at gennemgå et kirurgisk indgreb, men i stedet kan få sprøjtet et enzym ind i fingeren, som kan afhjælpe smerterne:

LP18: L: (...) Den der finger den behøver vi altså ikke at operere. Den kan vi udmærket bruge den nye enzym til [P: ja].

P: Nå det kan vi?

L: Det kan man sagtens.

Lægen downgrader i sin første ytring sin tilslutning til operation ved at bruge verbet *behøver* og *altså*. Med modalverbet *kan* i ytringen "*den kan vi udmærket bruge den nye enzym til*" understreger lægen, at enzymbehandling er en mulighed. Lægen anvender persondeiksissen *vi*, som inkluderer patienten i en mulig fremtidig handling. Lægen kan med det personlige pronomener også henvise til Vejle Sygehus som institution eller det sundhedsmæssige system. Med sidstnævnte forståelse konstaterer lægen, at enzymbehandling er en mulighed på et institutionelt plan.

Den illokutionære kraft i sproghandlingen kan ses som både assertiv og direktiv. Lægen trækker på sin faglige viden, og den faktuelle ytring kan dermed karakteriseres som en assertiv sproghandling. Lægen kan ydermere siges at give udtryk for den indirekte anbefaling, at patienten ikke bør vælge at lade sig operere, men i stedet vælge enzymbehandling. Lægen anbefaler ikke eksplicit, at patienten bør vælge denne behandlingsform, men upgrader sin tilslutning til enzymbehandling ved at bruge mådesadverbiet *udmærket*.

Patienten responderer med udsagnet "*nå det kan vi*", som kan ses som et konstaterende svar til lægens udmelding. For at kunne analysere meningen med ytringen, har vi i dette tilfælde fundet det anvendeligt at inddrage den parasproglige dimension, idet patienten siger ytringen med et sådan tryk, at det kan forstås som et spørgsmål. Vi har derfor valgt at sætte et spørgsmålstegn efter ytringen for at illustrere netop denne sproglige dimension. Patienten præsupponerer, at han ikke vidste, at enzymbehandling var en mulighed. Lægen svarer med ordet *sagtens*, hvilket kan ses som en opgradering af hans tilknytning til enzymbehandling.

Patienten kender ikke på forhånd til enzymbehandling, og der kan argumenteres for, at patienten er begrænset i den henseende, at han ikke selv har en viden om muligheden på forhånd og derfor må tage lægens ord for gode varer. Patienten positionerer sig ud fra, at lægen ved bedst og indtager en traditionel patientposition (Joseph-Williams et al., 2013: 13), som vi også så i eksempel 13) og 14).

Patienten er afhængig af, at lægen informerer om forskellige muligheder og indvilliger patienten i relevante procedurer. Det kan være svært for patienten at gennemskue og forholde sig til lægefaglig information (Joseph-Williams et al., 2013: 17), og patienten kan siges at være begrænset i forhold til at spørge ind til lægens anbefaling samt udfordre og stille kritiske spørgsmål. Patientens handlefelt stilles i ovennævnte eksempel til rådighed gennem lægens behandlerdiskurs.

Eksempel 19)

Patienter kan opleve begrænsninger vedrørende behandlingsmuligheder i det videre behandlingsforløb. I den følgende citatsekvens er en mandlig patient blevet syet i hånden og oplever nu smerter omkring såret. Han er til forundersøgelse hos en mandlig læge, som han ikke kender i forvejen. Lægen kigger indledningsvist på hånden og spørger ind til patientens symptomer. Lægen forklarer patienten, at smerterne sandsynligvis skyldes arvæv, og at der ikke vil være stor gevinst ved at fjerne arvævet, idet en operation blot vil skabe

nyt arvæv. Han ekspliciterer imidlertid, at smerterne også kan skyldes en dysfunktionel sene, men at sandsynligheden for dette er lille, idet patientens strækgener ikke er værre.

Nedenstående sekvens er fra beslutningstagningen, hvor lægen og patienten taler om, hvad der vil være mest fordelagtigt for patienten:

LP23: L: Det ved jeg ikke hvad du siger... hvis du er meget insisterende så kan vi forsøge det...

P: Det er bare lidt irriterende (...) Det er bare irriterende når jeg arbejder og sådan bevæger den for meget så får jeg meget ondt.

L: Men det er stadig rimelig frisk arvæv du har.

Lægens første udsagn refererer til lægens forestående forklaring om mulige behandlingsformer, hvor han har anbefalet, at patienten ikke lader sig operere. I den ekspressive ytring "*hvis du er meget insisterende så kan vi forsøge det*" upgrader lægen med *meget insisterende* sin tilslutning til præsuppositionen, at lægen kun vil operere patienten, hvis patienten insisterer på det. Sproghandlingen kan ses som en indirekte direktiv, hvor lægen gennem sin sproghandling anbefaler patienten ikke at få foretaget operationen.

Ud fra den situationelle kontekst og lægens foregående anbefaling kan meningen med ytringen forstås sådan, at lægen forelægger patienten muligheden for en operation, men at han ikke vil anbefale det. Lægen indikerer ved brug af ordet *forsøge*, at patienten ikke er garanteret, at operationen vil mindske smerterne.

Patienten responderer ikke med et direkte svar på lægens ytring, men giver derimod udtryk for sit eget perspektiv. Patienten upgrader, at han har *meget ondt*, når han arbejder og giver ekspressivt udtryk for, at det irriterer ham i sit hverdagsliv. Patienten indvier lægen i sin livssituation, og ytringen kan ses som et forsøg fra patientens side på at fortælle lægen om egne præferencer og

smerternes påvirkningsgrad. Patienten bruger gradsadverbiet *meget*, som kan ses som en styrkelse af, at han har mange smerter og kan samtidig siges at indikere, at han på nuværende tidspunkt ikke er tilfreds med situationen.

Det illokutionære niveau i ytringen kan være et ønske om at gøre lægen opmærksom på, at han ikke er tilfreds. Den tilsigtede perlokutionære effekt kan være, at lægen får et indblik i, hvilken negativ konsekvens skaden har i patientens daglige virke.

Lægen spørger ikke yderligere ind til patientens behov, men konstaterer faktisk, at patienten har nyt arvæv. Lægen bruger indledningsvist ordet *men* i ytringen "*men det er stadig rimelig frisk arvæv du har*", som kan bruges til at forbinde to sideordnede sætninger, hvorimellem der er en modsætning. Modsætningen kan ses i patientens svar, hvor lægen sideordner sin første og anden ytring i sekvensen. Den sidste sætning kan ses som en opfølgning for at styrke lægens direkte anbefaling om, at patienten ikke skal lade sig operere. Med *rimelig* upgrader lægen graden af patientens friske arvæv.

Eksemplet viser, at det er forskelligt, hvad der tillægges mening fra henholdsvis lægen og patientens perspektiv. Vi argumenterer for, at lægen taler ud fra et lægefagligt perspektiv, hvorimod patienten taler ud fra sin egen sygdomshistorik med inddragelse af konsekvenserne for sin skade i dagligdagen.

Patienten positionerer sig som en patient, der kan trække på personlige erfaringer. Vi argumenterer for, at lægen begrænser patientens handlemuligheder, idet han fraråder patienten at få en operation og i stedet anbefaler patienten at se tiden an. Lægen vælger at begrænse patientens aktørmuligheder ved ikke at spørge yderligere ind til smerternes omfang og patientens præferencer. Patienten udfordrer ikke lægens anbefaling, men accepterer, at lægen har begrænset sit handlefelt.

Understøttende til denne argumentation fortæller patienten i patientinterviewet:

P23: P: (...) jeg syntes bare at han sagde noget og jeg sagde noget... det var bare to forskellige ting han kom ind på og jeg kom ind på.

Patienten tilkendegiver sin personlige holdning med ordene *jeg syntes*, og ytringen kan karakteriseres som en ekspressiv sproghandling. Ovenstående citat fra det individuelle interview med patienten understøtter vores analyse af, at patienten og lægen taler ud fra to forskellige perspektiver.

Lægens perspektiv kan siges at være specialiseret til den specifikke skade. Lægen undersøger ikke patienten ud fra en holistisk tilgang, men forholder sig til den aktuelle problemstilling. Havde patienten ikke selv fortalt, at han var påvirket af sine smerter i dagligdagen, ville lægen ikke have fået indsigt i dette.

Lægen indikerer gennem sine sproghandlinger, at han ud fra sin lægefaglige viden ikke ser behov for at operere. Lægen tager ikke forbehold for, at patienten måske har en anden opfattelse af skaden, og deres forskellige perspektiver kan påvirke den fælles beslutningstagningsproces, idet de ikke samarbejder om at komme frem til en given beslutning, men i højere grad taler parallelt med hinanden.

I interviewet efterspurgte patienten den emotionelle og samarbejdende dimension under konsultationen med lægen, hvilket resulterede i, at patienten begrænsede sine informationer til lægen og ikke havde lyst til at dele personlige oplysninger (P23).

Lægers sociale kompetencer efterspørges i højere grad af patienter i dag (Hauberg, 2003: 40), og det forudsætter, at lægerne har ressourcer og kompetencer til blandt andet at være empatiske. Fælles beslutningstagning kræver særlige relationelle kompetencer, og når en læge ikke lytter og spørger ind til patientens bekymringer, vil patienten ofte trække sig fra beslutningstagningen (Bredahl & Baker, 2014: 163). Dette har vi illustreret i eksemplet med patient 23.

7.2.3.1. Patientens begrænsninger i beslutningstagningen

Vi har i eksempel 18) og 19) illustreret, at patientens råderum kan begrænses. I eksempel 18) så vi vigtigheden i, at lægen informerer om mulige behandlingsformer, idet patienten ikke har samme lægefaglige viden som lægen og derfor er afhængig af, at lægen indvier patienten i relevant lægefaglige viden.

For at patienten kan udøve autonomi og tage del i beslutningstagningen, skal lægen informere patienten om behandlingsmuligheder på en forståelig måde, så patienten har mulighed for at vælge den behandlingsform, som er bedst (Hauberg, 2003: 41). I eksempel 19) så vi, hvordan lægen og patienten talte ud fra to forskellige perspektiver, og hvor lægen ikke spurgte ind til patientens præferencer og behov. Lægen vurderede patientens problem ud fra et behandlerperspektiv uden at tage højde for og tilpasse behandlingsmuligheder til patientens ønsker.

I empirien har vi flere gange set, at lægen inddrager patientens behov og præferencer, hvilket vi også har illustreret i blandt andet eksempel 13), 16) og 17). Vi har dog ligeledes set en tendens, hvor lægerne ikke inddrager patientens symptomer og livssituation, hvilket vi har illustreret med eksempel 19) og nævnt i afsnit 7.1.6. "Lægens eksklusion af patientens perspektiv".

7.2.4. Patientens ekspertviden

Patienten har en indsigt i egen krop samt livsomstændigheder og kan bruge denne viden aktivt i beslutningstagningen. Når vi i det følgende skriver, at patienten indtager en ekspertposition, er det ikke forstået i traditionel forstand, hvor en aktør har en specialiseret faglig viden inden for et givent felt. Patientens kan indtage en "ekspertposition" i relation til lægen, fordi patienten har adgang til en kropslig indsigt, som lægen kun kan få adgang til gennem patientens beskrivelse af den kropslige oplevelse (Campos & Graveto, 2009: 1067). Vi er opmærksomme på, at patienten ikke altid er bevidst om egne kropslige oplevelser eller i stand til at kommunikere det til lægen. Vi vil derfor ikke sidestille lægens faglige ekspertposition med patientens "ekspertposition".

Med dette afsnit vil vi illustrere, hvordan patienten kan bruge sin indsigt i krop og livssituation til at opnå et givent ønske i beslutningstagningen.

Eksempel 20)

I dette eksempel diagnosticerer en mandlig håndkirurg en patient med slidgigt i begge hænder. Lægen og patienten snakker indledningsvist om patientens behandlingsmuligheder, og lægen ytrer eksplicit, at han ikke vil anbefale en operation, men foreslår alligevel mulige behandlingsinitiativer. Forud for citatsekvensen har lægen fortalt, at hvis patienten får yderligere smerter, vil lægen tilbyde en operation, hvorpå patienten fortæller:

LP29: P: Nu er jeg i den situation at jeg er udsat derhjemme. Jeg har en hustru der har mistet stemmen og kan ikke tale og kan ingen ting så det er mig der står for det hele (...)

L: Ja jamen jeg synes ikke vi skal gøre noget.

Patienten bruger persondeiksissen *jeg* og refererer til sin nuværende livsomstændighed ved at bruge den temporale deiksis *nu* i ytringen "*nu er jeg i den situation*". Måden, hvorpå patienten bruger de forskellige deiksisser, kan være med til at belyse, hvilket perspektiv han taler ud fra. Patientens ytring, at han er udsat og indikerer dermed, at en operation ville besværliggøre hans i forvejen udsatte situation. Han italesætter, at hans kone ingenting kan og indikerer, at hun er afhængig af ham.

Patientens ytring giver lægen en indsigt i patientens perspektiv og præferencer, idet patienten bruger sin livssituation som forklaring på, hvorfor han ikke ønsker at få foretaget en operation. Patientens ytring kan ses som en ekspressiv sproghandling, hvor han ved at inddrage sin livssituation tilkendegiver, at en operation vil besværliggøre hans liv yderligere. Ytringen kan også have karakter af en assertiv sproghandling, idet patienten fastslår en række faktuelle forhold om sin livssituation.

Lægen responderer med ytringen *"jeg synes ikke vi skal gøre noget"*, hvor den illokutionære kraft kan ses som en ekspressiv talehandling, idet lægen tilkendegiver sin holdning til operationen.

Patienten positionerer sig ud fra en patientdiskurs, hvor han aktivt involverer sig i beslutningstagningen, idet han selv initierer til at inddrage sin livssituation. I en efterfølgende samtalesekvens bruger patienten sin autonomiret ved at sige: *"Vi gør ikke mere ved det [L: nej]. Vi stopper her."* (LP29). Med den assertive, konstaterende ytring positionerer patienten sig ud fra en patientdiskurs, hvor patienten kan afgrænse samtals handlefelt ved at sige *"vi stopper her"*. Patienter positionerer sig som en aktiv aktør, der er i stand til at træffe en beslutning i samråd med lægen.

Eksempel 21)

I det følgende citat vil vi illustrere, hvordan en patient, der ved at italesætte kropslige begrænsninger, kan give information, der kan bidrage til beslutningens udfald.

I nedenstående eksempel er en mandlig patient til forundersøgelse med smerter i sin akillessene. Den kvindelige læge spørger indledningsvist til patientens symptomer og træningsrutiner, hvortil patienten svarer:

P1: P: Sidste forår der kunne jeg løbe ti tolv tretten uden problemer og med højere fart og sådan noget ikke [L: mm]. Så jeg er ked af at det der er kommet igen og ikke er til at løse.

L: Det er da også irriterende.

Patienten beskriver, hvordan han tidligere kunne løbe uden problemer og præsupponerer, at han ikke på nuværende tidspunkt er i stand til at løbe den samme distance med samme høje hastighed.

Med ytringen "så jeg er ked af at det der er kommet igen og ikke er til at løse" giver patienten udtryk for det ekspressive synspunkt, at han er ked af de begrænsninger, han oplever i sit dagligdagsliv. Ytringen kan også ses som en assertiv sproghandling, hvor patienten fremlægger sine faktuelle begrænsninger. Patienten taler ud fra sit perspektiv som en begrænset og bekymret patient. Patienten er frustreret over have fået begrænset sit handlefelt af den pågældende skade.

Mabeck (1999: 24) beskriver, at ethvert problem, der har ført patienten til at søge professionel hjælp, er forbundet med følelser. Vi argumenterer for, at den perlokutionære virkning i patientens ytring er ønsket om, at lægen skal sympatisere og forstå patientens begrænsninger.

7.2.4.1. Patientens understøttende virkemidler i beslutningstagningen

Vi har med eksempel 20) og 21) illustreret, hvordan patienten kan inddrage sin viden om egen krop og livssituation i konsultationen og agere ud fra en "ekspertposition". Gennem viden om patientens egen krop, livssituation og præferencer har patienten mulighed for at præge samtalen i en bestemt retning og aktivt tage del i beslutningstagningen.

For beslutningstagningen kan patientens indsigt i krop og livssituation få den betydning, at en behandlingsmulighed må forkastes som i eksempel 20), eller at patienten kan understrege vigtigheden i, at der bliver gjort noget ved problemet som i eksempel 21).

Måden, hvorpå et problem og behov italesættes, kan påvirke beslutningstagningen, idet patienten kan upgrade eller downgrade betydningen af det givne problem og derigennem give lægen en bestemt opfattelse af patientperspektivet.

Fælles beslutningstagning forudsætter, at både læge og patient får indsigt i hinandens perspektiv, da det giver adgang til viden og kan ydermere være med til at skabe gode mellemmenneskelige relationer (Jørgensen, 2014: 9). Det

kræver, som vi tidligere har nævnt under lægens position, at den sundhedsprofessionelle er imødekommende over for patientperspektivet i et forsøg på at etablere en tillidsfuld og tryk relation, hvor lægen kan tilbyde den bedst mulige behandling for den enkelte patient (Jørgensen, 2014: 9).

Fælles beslutningstagning kræver imidlertid også noget af patienten, idet patienten har et ansvar for i videst mulige omfang at informere lægen om helbredsmæssige og personlige forhold. Patienten fra eksempel 21) beskriver i interviewet sin position som følgende: "(...) jeg skulle jo levere nogle oplysninger så hun kunne foretage nogle vurderinger (...)" (P1).

Patienten er bevidst om, at der kræves noget af ham i læge-patient relationen for at få en kvalificeret behandling. For at komme nærmest en reel fælles beslutningstagning må patienten positionere sig som en aktiv patient i samtalen, der ikke blot forventer, at lægen skal styre behandlingsforløbet uden at inddrage ham.

7.3. Sammenfatning af analyse

Med dette afsnit vil vi sammenfatte de tendenser, vi har undersøgt i analysen og holde dem op mod specialets problemformulering.

Først vil vi med afsæt i analysen forklare, hvordan lægerne og patienterne kommer frem til en konkret beslutning om patientens behandlingsforløb. Vi vil dernæst redegøre for de relationelle forhold, som kan have betydning for beslutningstagningen og forklare, på hvilken måde disse forhold kan påvirke læge-patient relationen og beslutningen. Sluttelig vil vi afsæt i analysen beskrive de forskellige måder, hvorpå læge og patient kan positionere sig i læge-patient relationen.

7.3.1. Beslutningstagning i læge-patient samtalen

Med afsæt i analysen af eksempler fra de observerede læge-patient konsultationer har vi fundet frem til fire forskellige måder, hvorpå læge og patient kan komme frem til en konkret beslutning.

Den lægefaglige beslutning

Den første beslutningstagningsstype har vi valgt at kalde "*Den lægefaglige beslutning*". I empirien har vi set flere eksempler, hvor lægen tager en beslutning på patientens vegne med afsæt i lægens faglige autoritet og viden. Patienten forholder sig af forskellige årsager passivt i beslutningstagningen, men accepterer lægens beslutning. Lægen kan aldrig tage en reel beslutning uden patientens accept, medmindre lægen afviser at ville foretage en bestemt behandling. Dette vil vi komme ind på under den fjerde beslutningstagningsstype "*Patientens afviste behandlingsønske*".

I analyseafsnittet undersøgte vi et eksempel, hvor en kvindelig læge valgte at lægge en blokade på en ældre mand med stærke skuldersmerter (LP4). En sådan beslutningstagning vil falde under denne kategori. Den mandlige patient er ikke uenig med lægens beslutning, men forholder sig passivt og lader lægen afgøre, hvad der er den rigtige beslutning.

Et andet eksempel er den mandlige knækirurg, der redefinerer en kvindelig patients forståelse af hendes hævede, væskede knæ (LP9). Lægen begrundede kvindens knæproblemer med et for højt aktivitetsniveau og beslutter, at patienten skal holde sit knæ i ro. Patienten er overrasket over lægens diagnose, men accepterer den direkte anbefaling.

I specialets forskningsreview skrev vi, at fælles beslutningstagning ikke kan lade sig gøre, hvis patienten indtager en passiv position og lader den sundhedsprofessionelle tage en beslutning (Bredahl & Baker, 2014: 151). "*Den lægefaglige beslutning*" kan dermed ikke karakteriseres som fælles beslutningstagning, da lægen med afsæt i sin autoritet og faglige viden vurderer, hvad der er bedst for patienten uden at inddrage patienten aktivt i beslutningen.

Den anbefalede beslutning

Den anden beslutningstype har vi valgt at kalde "*Den anbefalede beslutning*", som også har vist sig gentagne gange i empirien. Denne beslutningstype adskiller sig

fra "Den lægefaglige beslutning" ved en mere aktiv, involveret patientposition. Lægen vil på baggrund af den stillede diagnose typisk anbefale to eller flere forskellige behandlingstilgange, som patienten aktivt kan vælge imellem.

Fra analysen er et eksempel på denne type beslutningstagning den mandlige håndkirurg, der tilbyder en ældre mand enten at foretage en omfattende operation eller modtage en mindre omfattende enzymbehandling (LP18). Patienten vælger aktivt enzymbehandlingen.

Et andet eksempel på "Den anbefalede beslutning" er tilfældet med den mandlige læge, der fortæller en ung mandlig patient, at en knæoperation er nødvendig (LP16). Patienten får valget mellem to mulige operationer: enten kan de helt fjerne patientens menisken eller også vil lægen forsøge at sy menisken sammen. Patienten vælger aktivt sidstnævnte mulighed på baggrund af lægens direkte anbefaling.

Som ovenstående læge-patient samtale (LP16) er eksempel på, kan nogle læge-patient beslutninger indeholde elementer fra flere beslutningstagningstyper. I dette eksempel tager lægen en lægefaglig beslutning og åbner herefter op for, at patienten kan tage et aktivt valg.

Et problematisk forhold ved "Den anbefalede beslutning" er, at det umiddelbart lader til, at patienten og lægen i fællesskab finder frem til en konkret beslutning. Problemet ligger i, at lægen i udgangspunktet har taget en beslutning uden at involvere patienten aktivt. Først herefter aktiveres patienten ved, at lægen lader patienten vælge mellem en række mulige behandlinger som i tilfældet med patient 16. Lægen lader til at inkludere patienten ved at lade ham vælge mellem forskellige behandlingsmuligheder, men realiteten er den, at lægen allerede selvstændigt har taget den beslutning, at patienten skal opereres. Vi anklager ikke lægen for at tvinge en beslutning ned over patienten for, som vi var inde på i analysen, har patienten altid muligheden for enten at acceptere eller afvise lægens beslutning.

Vi skrev i forskningsreviewet, at der ikke er tale om fælles beslutningstagning, hvis lægen indtager en konsulentposition, hvor viden fremlægges og på baggrund heraf træffer patienten en beslutning om den ene eller anden behandlingsmetode (Bredahl & Baker, 2014: 151). Vi stiller derfor spørgsmålstejn ved, om "Den anbefalede beslutning" reelt set kan betragtes som en fælles beslutning.

Patientens beslutning

Den tredje beslutningstype kalder vi "*Patientens beslutning*". Ved denne type beslutning fremsætter patienten et ønske om en bestemt behandling, som lægen imødekommer og på baggrund heraf tages en beslutning. Sådanne beslutninger forekommer ikke ofte i empirien, men omfatter alligevel tre eksempler.

Et eksempel på "Patientens beslutning" fra analysen er den unge kvindelige patient og hendes far, der beder den mandlige håndkirurg om at henvise dem til en neurolog, da de ikke er af den opfattelse, at håndkirurgen kan hjælpe dem længere (LP21). Lægen accepterer patienten og den pårørendes ønske.

Et andet eksempel findes i samtalen mellem den ældre mandlige patient og mandlige håndkirurg, hvor lægen, vel at mærke uden at anbefale det, har fortalt om en mulig operation, patienten kan få foretaget (LP29). Patienten giver udtryk for, at han ikke er interesseret i en operation, hvilket lægen accepterer.

Det sidste eksempel har vi ikke behandlet i analysen, men omhandler en konsultation, hvor en ældre kvinde med håndsmærter italesætter et behov for at få lagt en blokade, fordi det tidligere har hjulpet hende (LP26). Lægen går med patientens ønske og lægger en blokade.

I de tre eksempler, vi har karakteriseret som "Patientens beslutning", har lægen tilsluttet sig patientens ønske. Uden lægens tilslutning vil patienten ikke være i stand til at tage en beslutning, med mindre patienten nægter at tage imod en given behandling. Patienten kan ikke kræve en bestemt behandling, men er afhængig af lægens tilslutning.

Umiddelbart er det denne type beslutning, som kommer tættest idealet om fælles beslutningstagning. I eksemplerne har vi oplevet ressourcestærke patienter, der har været afklaret med deres forventninger og ønsker til konsultationen og lægen. Det kan dog ikke forventes, at alle patienter er lige velovervejede og har lige meget indsigt i problemet som i de tre eksempler.

Fælles beslutningstagning skal ses som et partnerskab mellem læge og patient. I forhold til første eksempel (LP21) skal det kontekstuel nævnes, at det ikke var observatørens oplevelse, at beslutningen blev taget i et fælles partnerskab mellem læge, patient og den pårørende. Snarere var konsultationen en magtkamp mellem på den ene side lægen, der forsøgte at finde ud af, hvad patienten forventede af ham og på den anden side patienten og den pårørende, der forlangte, at der skulle tages nye initiativer.

I det andet (LP29) og tredje eksempel (LP26) oplevede vi derimod et partnerskab mellem læge og patient, der i fællesskab søgte at finde frem til den mest optimale behandling for patienten.

Patientens afviste behandlingsønske

Den fjerde og sidste beslutningstagningstype har vi valgt at kalde "*Patientens afviste behandlingsønske*". Patienten fremsætter ligesom i "Patientens beslutning" et ønske om en bestemt behandling, men her tager lægen en beslutning om ikke at imødekomme patientens ønske. Der kan være forskellige årsager til, at lægen afviser patientens behandlingsønske. Denne beslutningstype har vi fundet få eksempler på i empirien, og har ligesom "Patientens beslutning" ikke været en gennemgående tendens.

Den ældre kvindelige patient, der af sin praktiserende læge havde fået anbefalet en bestemt behandlingsform til sin krumme finger, fik sit ønske afvist af lægen (LP28) og er dermed et eksempel på beslutningstypen "Patientens afviste behandlingsønske".

En konsultation kan indeholde flere beslutningstagningsprocesser. Et andet eksempel på "Patientens afviste behandlingsønske" er den tidligere nævnte patient 9 med hævet, væsket knæ, der foreslår lægen, at han skal lægge en blokade på hende (LP9). Lægen afviser patientens forespørgsel og forklarer det med, at patientens hævelser vil falde, når hun sænker sit aktivitetsniveau.

Vi vil ikke karakterisere denne sidste beslutningstagningsproces som fælles beslutningstagningsproces. Lægen begrænser egenrådigt på baggrund af sin autoritet og lægefaglige viden patientens handlingsrum ved at afvise at foretage den ønskede behandling. Fælles beslutningstagningsproces ville have krævet, at lægen med en åben samarbejdende tilgang havde drøftet muligheder og begrænsninger ved patientens ønskede behandlingsform i stedet for blot at afvise den. Som vi har oplevet på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium, er der desværre ikke altid tid til sådanne imødekomende, pædagogiske samtaler med patienten.

7.3.2. Relationelle forhold i beslutningstagningen

Vi har i vores analyse fundet seks forhold, som kan påvirke beslutningstagningsprocessen: *asymmetrisk vidensgrundlag, asymmetrisk magtbalance, behov, tillid, empati og forskellige forventninger og perspektiv.*

Asymmetrisk vidensgrundlag

Vi har ved gennemarbejdningen af vores empiri og analyse set et mønster, hvor læge og patient taler ud fra forskellige vidensgrundlag. Lægen har en sundhedsvidenskabelig viden, hvorimod patienten har indsigt i egen krop og egne livsvilkår. Lægen har i kraft af sin faglige autoritet mulighed for at give anbefalinger og definere patientens problem. Vi erfarede i analysen, at lægen gennem direkte sproghandlinger kan give anbefalinger funderet på faglig viden. Lægens definition af patientens problem sker ofte gennem assertive sproghandlinger, hvor udsagn fremsættes som faktuelle forhold.

Patienterne har viden om egen krop og behov og har dermed viden om, hvordan de oplever symptomerne og begrænsninger i deres dagligdag. Analysen har vist,

at når patienterne informerer lægerne om deres skade, så var den illokutionære kraft i deres ytring overvejende assertiv. Patienterne bidrager med informationer til den diagnosticerende proces, som giver lægen indblik i patientens problem. Vi har i analysen illustreret, hvordan lægen kan bruge patientens italesættelse af problemet og den fysiske undersøgelse til at stille en diagnose. I kraft af patientens fraværende faglige viden begrænses patienterne ofte i beslutningstagningen, da de ikke på lige fod med lægen kan foreslå mulige behandlingsformer og vurdere eventuelle risici ved en operation. En patient fra vores analyse italesætter, at han ikke har forstand på det medicinske genstandsfelt, og han vælger at følge lægens anbefaling uden indvendinger, idet han ikke har den nødvendige viden til at foreslå en alternativ behandlingsform (LP6). Det asymmetriske vidensforhold kan begrænse patienten til at tale om egen specifikke livssituation og præferencer.

Asymmetrisk magtbalance

Dette forhold skal ses i relation til lægens og patientens asymmetriske vidensforhold, da magt og viden ifølge Foucault hænger uløseligt sammen. Patienter opsøger lægen for at få stillet en diagnose, og de er afhængige af lægens faglige ekspertise. Patienter tager til lægen, fordi de ikke selv er i stand til at definere og behandle et problem, og de er derfor afhængige af lægens hjælp. Lægen har i mange henseender autoritet til at definere patientens handlerum ud fra sin faglige viden. Vi har i vores analyse set en tendens, hvor lægen opfordrer patienten til at få foretaget en bestemt behandling, som patienten ofte accepterer. Beslutningstagningen har været domineret af lægens faglige viden, der har været rettesnor for konsultationen.

Patienten har autonomiret og kan vælge ikke at følge lægens anbefaling eller udfordre lægens anbefaling. En patient italesætter, at hans livssituation vil blive forværret yderligere, hvis han skulle gennemgå en operation (LP29). Han fortæller eksplicit, at han ikke ønsker en operation, selvom det ifølge lægen kan blive nødvendig. En anden patient italesætter, at hun ønsker at få en aftale om at blive opereret snarest, selvom lægen anbefaler hende at se tiden an (LP28). De to

ovenstående eksempler illustrerer, at patienter har mulighed for at italesætte deres præferencer.

Behov

Patienten og lægen har forskellige behov. Lægerne på ambulatoriet på Vejle Sygehus har til opgave at tilse og operere patienter, der er blevet indstillet af deres praktiserende læger. Lægen er på arbejde. Patienten har derimod behov for at få stillet en diagnose og blive behandlet. Patientens behov er dermed omdrejningspunkt for konsultationen. Hvis lægen ikke under konsultationen får en forståelse for patientens individuelle præferencer og behov kan det influere på beslutningstagningen, da lægen ikke kan tilpasse behandlingen til patientens specifikke behov.

Tillid

Vi så i vores analyse, at tillid er en væsentlig relationel faktor, som kan påvirke beslutningstagningen mellem læge og patient. Patienter kan have tillid til, at lægen vil patienten det bedste, hvilket kan bevirke, at patienten vælger at følge lægens anbefaling uden at stille sig kritisk over for det. Vi illustrerede dette med patienten, der beskrev, at det var hans oplevelse, at lægen ville ham det bedste, og han valgte derfor at følge lægens anbefaling (P16). Selvom vi ikke har behandlet det eksplicit i analysen, så vi en tendens i patientinterviewene til, at flere patienter havde fundet lægerne kompetente og nærede tillid til deres faglige egenskaber (Bilag 13).

Empati

Analysen viste en tendens til, at lægen udviste forståelse, når patienten italesatte symptomatiske oplevelser og begrænsninger i det daglige virke. Lægens empatiske evner kan påvirke det relationelle forhold mellem læge og patient, da det kan få patienten til at føle sig forstået og anerkendt. Manglende empati kan resultere i, at patienten ikke ønsker at dele personlige informationer og deltage i beslutningstagningen. En patient nævnte eksempelvis, at han havde oplevet, at lægen havde været meget respektfuld og empatisk over for ham (P4). Lægen havde ifølge patienten mødt ham, hvor han var. Vi har dog også erfaret, at

patienter ikke har været tilfredse med lægens empatiske evner. En patient fortalte, at lægen ifølge ham havde været ufølsom, og at han derfor ikke ønskede at åbne sig og fortælle om sin livssituation (P23). Lægens empatiske evner kan påvirke beslutningstagningen, da det kan være med til at etablere en gensidig relation og forståelse mellem de to forskellige parter.

Forskellige forventninger og perspektiv

Det sidste forhold, der kan have en betydning for beslutningstagningsprocessen, er lægen og patientens forskellige perspektiv og forventninger. Analysen viste en tendens til, at lægen taler ud fra et lægefagligt perspektiv, hvor patienten taler ud fra et patientperspektiv, når et forhold skal drøftes som eksempelvis patientens problem. Vi så flere eksempler, hvor lægen og patienten eksplicit gav udtryk for hvilket perspektiv, de talte fra. Samtalepartnerens perspektiv kan påvirke beslutningstagningen, da der kan opstå misforståelser og miskommunikation, hvis lægen eller patienten ikke er bevidste om, at de taler ud fra forskellige perspektiver. En patient oplevede, at lægen og han talte ud fra to forskellige perspektiver og ikke lyttede til hinanden (L23). Lægen kan få indsigt i patientens perspektiv ved at spørge til livssituation og behov, og patienten kan gennem metakommunikation spørge, hvordan lægens ytring for eksempel skal forstås.

Vi har erfaret flere tilfælde, hvor læge og patient forventningsafstemmer. En læge spørger direkte ind til patientens ønske og kan derigennem få et indblik i patientens præferencer og behov (LP21). Forventningsafstemning kan i fælles beslutningstagning være med til at sætte rammerne for konsultationen, så læge og patient i fællesskab tager udgangspunkt i det samme. Vi oplevede dog ikke en generel tendens, hvor lægerne indledningsvist spurgte til patienternes forventningerne til konsultationen og det videre behandlingsforløb.

Vi har i analysen erfaret, at ovennævnte forhold alle kan påvirke relationen mellem læge og patient, men i hvilken grad de influerer på beslutningstagningen i de forskellige konsultationer, kan vi kun gisne om.

7.3.3. Positioneringsmuligheder i læge-patient samtalen

Vi vil med afsæt i analysen beskrive de forskellige måder, hvorpå læge og patient kan positionere sig i læge-patient relationen.

Vi har erfaret, at lægen kan positionere sig på forskellige måder i samtalen med patienten alt afhængig af situationskonteksten. I de forskellige positioneringer vil lægens aktørmuligheder ofte overlape hinanden. Til dette afsnit har vi hentet inspiration fra Sundhedsstyrelsens (2013) beskrivelse af de syv lægelige roller til at belyse lægens positioneringsmuligheder.

Vi har set eksempler på, at lægen positionerer sig som medicinsk ekspert, der har de rette kompetencer til at stille diagnoser og give lægefaglige anbefalinger. Denne lægeposition undersøgte vi blandt andet i afsnit 7.1.1. "Lægen giver anbefalinger".

Analysen har endvidere vist, at lægen kan positionere sig som en såkaldt sundhedsfremmer (Friis-Hasché & Witt, 2013: 244). Som sundhedsfremmer er lægen i en position, hvor hun kan identificere sundhedsproblemer og motivere, rådgive og informere om, hvordan sundhed kan fremmes hos patienten. En sådan lægeposition så vi i eksempel 1), hvor en læge anbefalede et rygestop.

Lægen kan også agere som professionel læge, hvormed det forventes, at lægen har indsigt i den professionelle kliniske praksis, lovgivning samt klinisk kvalitetsudvikling. Den professionelle læge ses blandt andet i eksempel 15), hvor en læge fraråder en specifik behandlingsmetode, som ikke udføres på et institutionelt plan.

Vi har ydermere set eksempler på, at lægerne kan positionere sig som akademikere ved blandt andet at holde sig opdateret med evidensbaseret forskning samt forholde sig reflektivt og kritisk hertil. Et eksempel på en sådan lægeposition findes i eksempel 2), hvor en læge forholdt sig kritisk til en saltvandsindsprøjtningss metode på et teoretisk plan.

Endvidere har vi set, at lægen kan positionere sig som kommunikator i samtalen med patienten. Som kommunikator skal lægen etablere en faglig kommunikation, hvor informationer og problemer kan diskuteres. Analysen har vist adskillige eksempler på lægens positioneringsmuligheder som kommunikator, hvor vi blandt andet vil fremhæve eksempel 7) og 18).

Slutteligt kan lægen agere ud fra en position som samarbejdspartner. Friis-Hasché og Witt (2013: 244) beskriver, at lægen skal have evner til at skabe gode kliniske arbejdssituationer til kollegaer og sundhedsvæsenet. Vi vil forbeholde os retten til at tilføje endnu en forståelse til lægen som samarbejdspartner - nemlig i forhold til patienten. I afsnit 7.1.5. "Lægens inklusion af patientens perspektiv" undersøgte vi, hvordan lægen ved at forventningsafstemme, tjekke forståelse og stille uddybende spørgsmål kan inddrage patientens perspektiv i samtalen. Med afsæt i den forståelse vi har af fælles beslutningstagning, vil vi argumentere for, at lægen, ved at invitere patienten til at deltage i beslutningstagningen positionerer sig som samarbejdspartner.

Til at beskrive patientens forskellige positioneringsmuligheder har vi ladet os inspirere af Riiskjær, Ammentorp, Nielsen og Kofoeds (2011: 572) beskrivelse af de tre klassiske modeller for sammenspil mellem læge og patient: *den paternalistiske model, samarbejdsmodellen og forbrugermodellen*.

Analysen har vist, at patienten i relation til lægen kan positionere sig som en passiv aktør, der har brug for, at lægen definerer patientens handlerum. Den paternalistiske model beskriver relationen mellem den passive patient og den aktive professionelle (Riiskjær et al., 2011: 572). I forlængelse heraf vil den paternalistiske relation ofte betyde, at lægen kan træffe beslutninger for patienten (Hauberg, 2003: 41). En sådan patientpositionering erfarede vi blandt andet i eksempel 14), hvor patienten beskrev det asymmetriske vidensforhold mellem læge og patient og overgav definitionsmagten til lægen.

Vi har endvidere erfaret, at patienten kan positionere sig som en aktiv medspiller i relation til lægen ved eksempelvis at stille krav til lægen eller forholde sig kritisk til lægens anbefalinger. Denne patientposition er i overensstemmelse

med patientperspektivet i forbrugermodellen, der beskriver patienten som den aktive og autonome aktør, der vælger udbyder efter behov (Riiskjær et al., 2011: 572). I afsnit 7.2.2. "Patienten sætter dagsordenen" blev det illustreret, hvordan patienten kan stille krav til lægen ved blandt andet at foreslå en bestemt behandlingsmetode.

Sluttelig har analysen vist eksempler på en patientposition, hvor patienten indgår i et aktivt samarbejde med lægen om eksempelvis at vælge den rigtige behandling til patienten. Vi oplever ligheder med denne patientposition og patientperspektivet i samarbejdsmodellen, hvor ansvaret for behandlingen deles mellem patienten og den professionelle (Riiskjær et al., 2011: 572). Samarbejdsmodellen forstår vi som den af de tre modeller, der minder mest om fælles beslutningstagning i forhold til den samarbejdende læge-patient relation. I eksempel 13) så vi, hvordan lægen og patienten i et kommunikerende samarbejde fandt frem til den behandlingstilgang, der var bedst egnet for patienten.

7.3.4. Fælles beslutningstagning i praksis

Som det fremgår af afsnit 7.3.1. "Beslutningstagning i læge-patient samtalen" har vi kun i meget få tilfælde fundet det relevant at tale om reel fælles beslutningstagning i de undersøgte læge-patient samtaler. De relationelle forhold, som vi har fremhævet i afsnit 7.3.2. "Relationelle forhold i beslutningstagningen", påvirker læge-patient relationen og besværliggør en reel fælles beslutningstagning. Det gælder særligt det asymmetriske magt- og vidensforhold.

På baggrund af analysen stiller vi det spørgsmål, om det er realistisk at udføre fælles beslutningstagning i praksis eller, om modellen i stedet bør være et ideal for læge-patient samtalen. Dette vil vi diskutere i det følgende afsnit.

8. Diskussion

Dette afsnit har til formål at diskutere fælles beslutningstagningsmodellen i lyset af den forståelse analysen har bidraget med. Vi vil diskutere, hvorvidt lægen kan holdes til ansvar for at inddrage patienten i beslutningstagningen, eller i hvor høj grad patienten også har et medansvar.

Herefter vil vi diskutere, hvorvidt fælles beslutningstagning er til fordel for alle patientgrupper, eller om modellen kommer til kort over for den ressourcetsvage patient. Sluttelig vil vi diskutere det spørgsmål, vi stiller med specialets titel: kan fælles beslutningstagning lade sig gøre i virkeligheden, eller må modellen forblive et ideal for læge-patient relationen?

8.1. Bærer lægen ansvaret for at inddrage patienten?

De Danske Regioner offentliggjorde i 2007 et strategipapir, som påpegede, at sundhedsvæsenet skal gøre sit for, at patienten bliver lyttet til og inddraget i det videre behandlingsforløb (Askehave, Holmgreen, Lassen & Strunck, 2010: 156). Patienten skal endvidere tilbydes information og støtte. Mandag Morgen (2014: 5) beskriver, at patienter ikke skal rejse ind i sundhedsvæsenets ofte uigennemsigtige verden, men at sundhedssektoren i stedet skal rejse ind i patientens verden. Ovenstående udtalelser indikerer, at sundhedsvæsenet bærer et stort ansvar for at inddrage patienter aktivt i beslutningstagningsprocessen.

Fælles beslutningstagning opfordrer til, at lægen stiller patienten spørgsmål, giver patienten brugbare informationer og lytter til patientens præferencer. Fælles beslutningstagning fordrer imidlertid også til, at patienten positionerer sig som en aktiv aktør, der ønsker at tage del i beslutningstagningen. Hvis patienten ikke er indstillet og motiveret til at være en aktiv medspiller og til at træffe en beslutning om det videre behandlingsforløb, kan det være udfordrende for sundhedspersonalet at udføre fælles beslutningstagning. Spørgsmålet er, om det i sådanne tilfælde er lægens ansvar, at fælles beslutningstagning ikke kan lade sig gøre?

Der kan være flere årsager til, at fælles beslutningstagning mislykkes i praksis, og det vil være forkert udelukkende at lægge ansvaret over på lægens kompetencer til at inddrage patienten. Patienten har også et ansvar for at få fælles beslutningstagning til at lykkes, da modellen beror på et samspil mellem læge og patient. Analysen viste, at patienterne i flere tilfælde forholdt sig passive og valgte at følge lægens anvisning uden at spørge yderligere ind til behandlingsforhold. Analysen viste også, at det kan være svært for patienten at udfordre lægens anbefaling og deltage på lige fod med lægen, når vidensforholdet ikke er symmetrisk. En bevæggrund for patienternes til tider passive adfærd i beslutningstagningen kan have været, at patienterne ikke har fundet det meningsfuldt at stille kritiske spørgsmål og aktivt tage del i beslutningsprocessen. En anden forklaring kan være, at patienterne ikke har vidst, hvordan de skulle deltage aktivt i beslutningstagningen.

Vi har ikke oplevet eksempler i empirien, hvor lægerne eksplicit har forventningsafstemt om konsultationens formål med patienterne (Bilag 11). Ved at forventningsafstemme kan lægen og patienten få indsigt i, hvad de hver især ønsker og dermed få indblik i hinandens perspektiv. Det kan være svært for en patient at initiere en forventningsafstemning, og her kan lægen med fordel eksemplificere, at patienten opfordres til at være en aktiv samarbejdspartner i beslutningstagningen. Kvag sin magtposition og autoritet kan lægen siges at have et større ansvar for at sætte rammerne for samtalen end patienten.

Fælles beslutningstagning stiller krav til lægens faglige og sociale kompetencer, herunder lægens kommunikative, samarbejdende og empatiske evner (Hauberg, 2003: 40-41). Analysen viste, at patienter tillagde lægens empatiske evner betydning (P23 & P28). Hvis en patient ikke føler sig forstået, anerkendt og mødt med tillid kan det resultere i, at patienten trækker sig fra beslutningstagningen (Bredahl & Baker, 2014: 163). Fælles beslutningstagning kan give patienten mulighed for at udfordre lægens faglighed, hvormed lægen skal være i stand til kommunikativt at informere og argumentere for sin lægefaglige viden samtidig med, at lægen skal vise forståelse og omsorg (Hauberg, 2003: 45-46). Lægen skal i højere grad forholde sig til patientens modspil og den viden, som patienterne

blandt andet kan have tilegnet sig på internettet og ved personlige oplevelser (Bredahl & Baker, 2014: 162; Carlsson, 2013: 265). Lægen kan dermed både blive udfordret på sine faglige og sociale kompetencer.

Lægen har som illustreret i det ovenstående et ansvar for at involvere patienten i beslutningen. En læge kan med en samarbejdende indstilling opfordre patienten til at være en aktiv aktør, men hvis patienten ikke har et behov for eller føler sig kompetent til at deltage som lægens samarbejdspartner, kan fælles beslutningstagning ikke lade sig gøre i praksis. Patienten har derfor også et ansvar for at engagere sig i samtalen og forholde sig reflektivt til lægens informationer.

Vi har i specialets forskningsreview kort beskrevet Calgary Cambridge modellen, som kan ses som et værktøj, hvormed lægerne kan blive mere bevidste om at stille kvalificerede spørgsmål til patienten (Kurtz, Silverman & Draper, 1998: xxiii). Kurtz, Silverman og Draper (1998: 8) skriver, at kommunikation er en klinisk færdighed, som kan læres. Modellen opererer imidlertid ikke med værktøjer til, hvordan en læge for eksempel kan blive en god lytter, vise omsorg eller udvise lyst til at rådgive patienten. Vi antager, at det kan være svært for en læge at tillære sig for eksempel empatiske evner gennem et kursus, og at det vil være en langvarig proces for nogle læger at ændre adfærd og fokusere mere på deres kommunikative evner. Calgary Cambridge modellen nævner fælles beslutningstagning, men går ikke ind og definerer og eksemplificerer, hvordan det udføres, eller hvad det konkret kræver af lægerne (Kurtz, Silverman & Draper, 23-25). Modellen har sine udfordringer, idet den figurerer på et teoretisk niveau, som kan gøre det svært for lægerne at overføre modellen til den situationelle læge-patient relation, hvor lægerne skal tage udgangspunkt i patienternes præferencer og livssituation.

Vi skrev i forskningsreviewet, at Calgary Cambridge modellen ikke bør ses som en tjekliste, da det kan hindre konsultationens dynamiske karakter. Vi argumenterer for, at modellen kan bruges som et fundament, som lægen tager udgangspunkt i og tilpasser til den enkelte patient.

Fælles beslutningstagning kræver, at de sundhedsfaglige eksperter skal have kommunikative kompetencer og være villige til at samarbejde ligeværdigt med patienten. Hvis lægen vælger kun at fokusere på sine lægelige kompetencer og dermed negligerer det kommunikative og samarbejdende aspekt, kan det være svært for patienten at være lægens samarbejdspartner. Vi argumenterer for, at lægens sociale og kommunikative kompetencer er helt centrale for at fælles beslutningstagning kan lykkes. Hvis lægen ikke er i stand eller villig til at sætte sig i patienten sted og være lydhør over for patientens præferencer, kan det besværliggøre den fælles beslutningsproces.

Lægerne kan tilegne sig faglige kompetencer på medicinstudiet, hvorimod de sociale kompetencer ikke er noget, de på samme måde kan læse sig til. Medicinsk kommunikation er en disciplin, som førhen ikke figurerede på medicinstudiet, idet det blev forventet, at lægerne beherskede det uden oplæring og træning (Høst & Møller, 2014: 2). Først inden for de seneste 10-15 år er kommunikation blevet en del af medicinstudiernes curricula (Høst & Møller, 2014: 2). Det er derfor ikke alle læger i sygehusvæsenet, der har gennemført kommunikationstræning. Vi spurgte under vores besøg på Vejle Sygehus lægerne, om de var blevet undervist i kommunikation (Bilag 12). Langt størstedelen af lægerne er ikke blevet trænet i deres kommunikative kompetencer, da de er uddannet på medicinstudiet for mere end 10 år siden. De italesatte, at de handlede ud fra deres tilegnede erfaring og intuition. Lægerne er ikke blevet trænet i, hvilke redskaber de med fordel kan anvende for at inddrage patienterne i beslutningstagningsprocessen. Kort efter vores besøg skulle det lægefaglige personale på Ortopæd Kirurgisk Afdeling imidlertid gennemføre et kommunikationstræningskursus, der blandt andet tager afsæt i fælles beslutningstagning.

Flere medicinstudier tager udgangspunkt i Calgary Cambridge modellen, hvor medicinstuderende forankrer præmisserne med rollespil, videooptagelser og simulerede patienter (Kurtz, Silverman & Draper, 1998: 43+62; Høst & Møller, 2014: 2). Megen viden antyder, at kommunikativ læring bedst adapteres og

integreres i lægernes hverdag ved at være virkelighedsnær (Høst & Møller, 2014: 2). Hvorvidt kommunikationstræningen på medicinstudiet er omfattende og brugbar for lægerne i praksis, kan vi kun gisne om. Calgary Cambridge modellen og fælles beslutningstagning modellen står begge over for den udfordring, som vedrører patientens aktive involvering, som ikke på forhånd kan forudsiges i den specifikke situationelle kontekst. Lægerne skal være i stand til at tilpasse deres kommunikation til patientens livssituation, præferencer og persona.

Lægerne kan kvalificere sig til og få stillet nogle redskaber til rådighed for at blive bedre kommunikatører, men det kræver både tid og ressourcer at ændre lægepraksissen. Lægerne står ligesom patienterne over for forskellige udfordringer, som skal overkommes for at fælles beslutningstagning kan fungere hensigtsmæssigt i praksis.

Lægerne bærer ikke det fulde ansvar for den fælles beslutningstagning. Et ideal i modellen er, at læge og patient agerer som samarbejdspartnere, hvorfor det ville være i strid med modellens udgangspunkt at lade den ene aktør bære det fulde ansvar. Man kan ikke komme uden om, at lægen kvag sin magtposition har en betydningsfuld position i samtalen med patienten. Lægen kan indbyde til, at patienten positionerer sig som en aktiv samarbejdspartner, men det kræver også en indsats fra patientens side. Desuden kræver fælles beslutningstagning sociale og kommunikative kompetencer af lægen, som kan være vanskeligt at tilegne sig.

8.2. Er fælles beslutningstagning til patientens fordel?

I analysen har vi erfaret, at det ikke altid er i patientens interesse at deltage aktivt i beslutningstagningen. Flere af patienterne positionerede sig i konsultationerne ud fra en paternalistisk relation til lægen, hvor det blev forventet, at lægen definerede patientens problem og tog en beslutning om det videre behandlingsforløb.

På baggrund af analysen stiller vi spørgsmålet, om de ressourcer det kræver at udføre fælles beslutningstagning i alle dets aspekter kan forventes af alle patientgrupper. Hvad med den resourcesvage patient, der ikke på forhånd har

gjort op med sig selv, hvilke forventninger patienten har til konsultationen og behandlingen? Er det til denne patientgruppes fordel, at det forventes, at patienten positionerer sig som "ekspert" i egen krop og livssituation i læge-patient relationen?

Det Ethiske Råd (2003: 14) skriver, at det er indlysende, at en aktiv og involverende patientposition er til fordel for den stærke patient, der møder velforberedt og velovervejet op til en konsultation - en patientgruppe, som har de psykiske ressourcer til at stille krav til lægen (Bredahl, 2014: 162). Patientpositionen, som fælles beslutningstagning lægger op til, er derimod ikke nødvendigvis en fordel for den resourcesvage patient, der ikke på samme måde formår at stille krav og italesætte forventninger i beslutningstagningen (Det Ethiske Råd, 2003: 14; Jønsson, Baker, Jacobsen, Pedersen, 2015: 8). Bredahl og Baker (2014: 162) skriver som tilføjelse, at patienter, der er kognitivt hæmmede eller i krise, kan have svært ved at deltage i en fælles beslutningstagning. Andre patienter føler sig i vejen i konsultationen med lægen og undlader derfor at stille spørgsmål, fordi de ikke vil stemples som besværlige (Bredahl & Baker, 2014: 162). Sådanne patienter deltager ikke aktivt i beslutningstagningen, fordi de vurderer, at de sundhedsprofessionelle ikke ønsker deres hjælp (Bredahl & Baker, 2014: 162).

Et uheldigt resultat kan blive, at patienter, der kan argumentere bedst for deres sag i beslutningstagningen, får fordel af fælles beslutningstagning. Fordelingen af ressourcer bør i stedet være rettet mod hvem, der har det relevante sundhedsmæssige behov (Det Ethiske Råd, 2003: 14). En sådan udvikling kan tabe den resourcesvage patient i sundhedssystemet.

Fælles beslutningstagning behøver ikke altid at være til patientens fordel. Nogle patienttyper har, som vi så i analysen, ikke ressourcer eller lyst til at tage stilling til eksempelvis forskellige behandlingstilbud. Sådanne patienter har en forventning om, at den professionelle læge med afsæt i sin faglige viden skal tage en beslutning, der er til patientens bedste.

8.3. Fælles beslutningstagning: ideal eller virkelighed?

Vi har i analysens sammenfatning opstillet fire forskellige typer beslutningstagning, som vi har erfaret i analysen. Vi har fundet det udfordrende at karakterisere beslutningstagnings typerne som fælles beslutningstagning. Vi har ikke været klar over, hvordan vi konkret i praksis skulle udpege konsultationer, der reelt set kunne karakteriseres som fælles beslutningstagning. I specialets forskningsreview præsenterede vi fire grundprincipper for fælles beslutningstagning: både læge og patient skal være aktivt involveret i beslutningstagningen, begge parter skal dele deres viden, begge parter skal dele deres præferencer og slutteligt skal partnere nå til enighed (Bredahl & Baker, 2014: 151). Vi har detekteret flere elementer eller forhold, der peger i retning af fælles beslutningstagning. De har imidlertid ikke været gennemgående i konsultationerne i en sådan grad, at vi har fundet det relevant at karakterisere beslutningerne som en fælles beslutning.

Vores udfordringer med at karakterisere konsultationerne kan blandt andet skyldes, at fælles beslutningstagning ikke er en færdig udfoldet og beskrevet model (Elwyn et al., 2012: 1361; Elwyn et al., 2000: 892; Joseph-Williams et al., 2013: 17). Vi er ikke klar over, om samtalerne blot skal indeholde elementer af fælles beslutningstagning, eller om det samarbejdende partnerskab mellem læge og patient skal gennemsyre læge-patient relationen. Sagt på en anden måde er vi ikke klar over hvilke forhold, der skal være tilstede, før man kan tale om reel fælles beslutningstagning.

Bredahl og Baker (2014: 154) foreslår med inspiration fra Informed Medical Decisions Foundation seks trin til fælles beslutningstagning. Først skal lægen invitere patienten til at deltage, præsentere muligheder, informere om fordele og risici og lade patienten evaluere mulighederne i lyset af, hvad der er vigtigt for patienten. Lægen skal herefter facilitere den egentlige beslutningstagning og slutteligt støtte patienten i at gennemføre behandlingen (Bredahl & Baker, 2014: 157).

Tager vi udgangspunkt i, at alle seks trin skal være opfyldt, før en beslutningstagningsproces kan karakteriseres som fælles beslutningstagning, har ingen af de undersøgte konsultationer været reel fælles beslutningstagning. Analysen viste, at lægerne ofte præsenterede forskellige behandlingsmuligheder for patienten og informerede om fordele og risici ved behandlingerne. Lægerne opfordrede derimod sjældent eksplicit patienterne til at deltage aktivt i beslutningen ved eksempelvis at påpege den samarbejdende relation mellem læge og patient (Bredahl og Baker 2014: 154). Lægerne lod heller ikke patienterne evaluere behandlingsmulighederne i lyset af det, der måtte være af betydning for patienten. Lægernes inddragelse af patienternes personlige livsforhold forekom ofte i forbindelse med diagnosticering af patientens problem og ikke under evaluering af behandlingsmuligheder. De seks trin lægger op til, at lægen eksplicit italesætter og tydeliggør, at der skal træffes en beslutning. Empirien viste ikke et eksempel på en sådan eksplicit italesættelse fra lægen.

Hvis det med de seks trin forventes, at alle trin skal gennemføres før en beslutning er fælles beslutningstagning, kan vi ikke karakterisere nogen af de undersøgte læge-patient samtaler som fælles beslutningstagning. Derimod indeholder samtalerne, som tidligere nævnt, flere elementer af fælles beslutningstagning. Seks-trins tilgangen afhænger i høj grad af lægens formåen og kunnen i relation til patienten - om lægen formår at inddrage patienten. Den fordrer til, at det er lægen, der skal motivere og aktivere patienten i samtalen. Den forståelse, vi har tilegnet os af fælles beslutningstagning fra forskningsreviewet, har en patientposition, der er informationssøgende og en aktiv samarbejdspartner i relation til lægen. Som vi diskuterede i afsnittet om lægens ansvar i beslutningstagningen, forstår vi det sådan, at patienten også har et ansvar for at engagere sig i processen. Ansvarsfordelingen må være mere lige, hvis der skal være tale om et jævnbyrdigt, samarbejdsforhold.

Et forhold, vi i analysen har erfaret ofte spænder ben for en reel fælles beslutningstagning, er det asymmetriske magt- og vidensforhold mellem læge og patient. På baggrund af analysen af de udvalgte læge-patient samtaler stiller vi spørgsmålet, om det er muligt at komme udover det asymmetriske læge-patient

forhold og opnå reel fælles beslutningstagning. Forholdet, at patienten går til lægen, fordi patienten har brug for lægens faglige kompetencer, eller at lægen har den diagnosticerende definitionsmagt, kan vi ikke komme uden om (Hvas, 2003: 33).

Spørgsmålet er, om vi kan imødekomme udfordringerne, der er indlejret i læge-patient relationens magtforhold ved at blive bedre til at italesætte det. Hvas (2003: 34) skriver, at det i dag er et udpræget tabu at tale om magt. Læge-patient relationen ville være bedre tjent med at få magtforholdet frem i lyset, gennemgå et grundligt eftersyn og spørge, om magten udøves på en rimelig måde (Hvas, 2003: 34). Det store spørgsmål i forhold til magtforhold og fælles beslutningstagning er, om lægen kan afgive noget af magten uden, at det går ud over de lægefaglige kerneydelser (Hvas, 2003: 34). Er det rent faktisk hensigtsmæssigt at forsøge at nedbryde magtforholdet mellem læge og patient? I forhold til den resourcesvage patient er det som eksempel ikke nødvendigvis en styrke for beslutningstagningen at forsøge at nedbryde magtforholdet og den paternalistiske læge-patient relation.

Det er vores oplevelse, at det ville gavne fælles beslutningstagningsmodellen at have et større fokus på uenighed og forskelligheder end på fælles forståelse og beslutning. Som Hvas (2003: 34) skriver, er uenighed uomgængeligt i læge-patient relationen, og hun stiller spørgsmålet, hvem der i praksis tager beslutningen, når uenighed opstår. Analysen har illustreret, at det i sådanne tilfælde ofte vil være lægen, der på baggrund af sin faglige viden og autoritet definerer handlefeltet ved enten at udelukke en behandlingsmetode eller fraråde den. Bredahl og Baker (2014: 162) skriver, at læger kan frygte, at en behandling vil bevæge sig i en retning, som den sundhedsprofessionelle ikke finder hensigtsmæssig, hvis der indledes en reel fælles beslutningstagning. Lægen vil derfor forsøge at få patienten til at forstå og samtykke til fordel for den sundhedsprofessionelles forslag, hvilket går imod idealet i fælles beslutningstagning. Underbyggende hertil fortalte en af lægerne følgende i lægeinterviewet: *"(...) det eneste jeg kunne tilbyde hende det var en blokade [I1: ja] og det fik jeg hende så heldigvis også sådan manipuleret ud af (...)"* (L1).

Spørgsmålet er, hvordan aktørerne skal agere, når der opstår uenig? Uenighed vil opstå, da det er en del af den menneskelige interaktion. Det er utopi at tro, at læge og patient til enhver tid vil være i stand til at træffe en fælles beslutning.

Bredahl og Baker (2014: 153) skriver, at fælles beslutningstagningsmodellen indebærer, at uenigheder og det asymmetriske magtforhold bliver tydelige i relationen mellem læge og patient. Ifølge Bredahl og Baker (2014: 153) skal særligt lægen have en velovervejet tilgang til konflikthåndtering samt mestre kunsten at indgå i et behandlingssamarbejde baseret på kompromiser. Endnu engang tillægges lægen et stort ansvar. Bredahl og Baker (2014) beskriver ikke, hvordan det asymmetriske magtforhold og uenigheder i praksis tydeliggøres eller hvordan lægens bør konflikthåndtere i relation til patienten. Det synes dermed uklart, hvordan læge og patient i praksis håndterer uenighed og det asymmetriske magtforhold.

Når man arbejder med fælles beslutningstagning, er det vigtigt at være opmærksom på de begrænsninger modeller indeholder som eksempelvis magtforholdet mellem læge og patient. Er man ikke bevidst om sådanne forhold, kan beslutningstagningsprocesser, der umiddelbart synes at være samarbejdende og inkluderende i realiteten vise sig være alt andet end fælles beslutningstagning.

Bredahl og Baker (2014: 162) skriver, at det i og for sig ikke behøver at være et problem, at patienten ikke positionerer sig som en aktiv aktør i samtalen. Det kræver i så fald, at lægen direkte spørger patienten og ikke vælger et inddragelsesniveau ud fra sine fornemmelser. Det lægger imidlertid et stort ansvar på lægens skuldre i beslutningstagningen, der ideelt set burde være ligebyrdig mellem to samarbejdspartnere.

Fælles beslutningstagning kræver nogle specifikke relationelle kompetencer af patienten, men særligt af lægen. Hvis lægen eksempelvis dominerer samtalen og ikke lytter til patienten, vil patienten ofte trække sig fra beslutningstagningen (Bredahl & Baker, 2014: 163). Lægens særlige magtposition og faglige viden

giver lægen en betydningsfuld aktørposition i beslutningstagningen ved at aktivere patienten.

Når alt kommer til alt, er spørgsmålet, om en jævnbyrdig samarbejdsrelation kan udføres i praksis i beslutningstagningen mellem to aktører med asymmetriske ansvarsområder samt videns- og magtforhold. Med denne diskussion mener vi at have illustreret, at der under alle omstændigheder er adskillige udfordringer ved fælles beslutningstagningsmodellen. Magtrelationen mellem læge og patient lægger ikke ubesværet op til fælles beslutningstagning, men dermed ikke sagt, at det er umuligt. Der er uden tvivl konstruktive, demokratiserende elementer i modellen, der kan afhjælpe nogle af de udfordringer, vi illustrerede i specialets indledning. Men det vil kræve en fortsat arbejdsindsats mod at udvikle modellen i praksis. Fælles beslutningstagning er en model med idealet om at imødekomme nogle af de udfordringer, som diskursivt er indlejret i læge-patient relationen. Den har dog som så mange andre modeller sine begrænsninger i praksis.

Vores erfaring fra litteratursøgningsprocessen og vores besøg på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium er, at et videre arbejde med fælles beslutningstagning ikke skal foregå udelukkende på et teoretisk plan. Som vi beskrev i forskningsreviewet er fælles beslutningstagning ikke til fulde defineret og implementeret i sygehusvæsenet. Det er vores oplevelse, at der mangler vejledning om, hvordan det sundhedsfaglige personale reelt integrerer fælles beslutningstagning i den kliniske praksis.

Et videre arbejde med modellen bør derfor foregå i den kliniske praksis, hvor der tages hensyn til organisatoriske begrænsninger såsom tid og økonomi. Forskere der arbejder med fælles beslutningstagning bør tage udgangspunkt i de dagligdags omstændigheder, hvori modellen skal praktiseres (Jønsson et al., 2015: 15). Forskere skal opnå en forståelse af de begrænsninger, det sundhedsfaglige personale kan opleve i forbindelse med udførelsen af fælles beslutningstagning.

Vi forestiller os, at et samarbejde mellem det sundhedsfaglige personale, patienter og forskere vil give en nødvendig indsigt i forskellige relevante perspektiver, som kan bidrage til udviklingen af modellen. Som vi har diskuteret i det ovenstående kræver fælles beslutningstagning også noget af patienten. Derfor forestiller vi os, at et fortsat arbejde med patientuddannelsesprogrammer vil styrke patientens forståelse af sin aktive patientposition i relation til den lægelige konsultation.

Vi er af den overbevisning, at eksempelvis et initiativ som det Vejle Sygehus har igangsat, hvor det sundhedsfaglige personale "uddannes" i klar tale med patienten som partner, kan bidrage til udviklingen af fælles beslutningstagningsmodellen. Dermed ikke sagt at det er løsningen på alle modellens udfordringer som eksempelvis patientens passive position, men det kan være et skridt på vejen.

9. Konklusion

Vi har med specialet søgt at besvare nedenstående problemformulering med afsæt i casen på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium, Vejle Sygehus:

Hvordan kommer læge og patient frem til en konkret beslutning om patientens behandlingsforløb, og hvilke relationelle forhold kan påvirke beslutningstagningsprocessen i samtalen?

Vi har med afsæt i diskurspsykologi, positioneringsteori og talehandlingsteori undersøgt de observerede konsultationer og læge-patient interviews. Vi har i analysen detekteret fire forskellige måder, hvorpå læge og patient kan komme frem til en konkret beslutning. Den første type har vi valgt at kalde "Den lægefaglige beslutning", hvor lægen tager en beslutning på patientens vegne med afsæt i sin faglige autoritet og viden. Den anden beslutningstype er "Den anbefalede beslutning", hvor patienten har en mere aktiv position end den første type. "Patientens beslutning" er den tredje beslutningstype, hvor patienten fremsætter et ønske om en specifik behandling, og på baggrund heraf træffes en beslutning. Den sidste tendens har vi valgt at kalde "Patientens afviste behandlingsønske", som har mange fælles karaktertræk med den forrige type. Patienten fremsætter et ønske om en bestemt behandling, men lægen tager en beslutning om ikke at efterkomme patientens ønske.

Vi har i analysen fundet seks forskellige forhold, som kan påvirke beslutningstagningsprocessen: *asymmetrisk vidensgrundlag, asymmetrisk magtbalance, behov, tillid, empati og forskellige forventninger og perspektiv.*

Asymmetrisk vidensgrundlag og magtbalance hænger uløseligt sammen. Lægen har kvag sin sundhedsfaglige position en videnskabelig, medicinsk viden, som patienten ikke har adgang til. Det giver en asymmetri både i forhold til vidensforhold og dermed magtforhold. Lægen har i kraft af sin faglige autoritet mulighed for at give anbefalinger samt definere patientens handlerum. Patienten kan ikke på lige fod med lægen foreslå mulige behandlingsformer og kan derfor

blive begrænset i beslutningstagningen. Patienten har imidlertid autonomiret og kan vælge ikke at følge lægens anbefaling. De forskellige magt og vidensforhold mellem læge og patient kan være en udfordring, hvis idealet for konsultationerne er fælles beslutningstagning.

Vi har tillige erfaret, at lægen og patientens behov, forventninger og perspektiver kan være relationelle forhold, som kan påvirke beslutningstagningen. Vi så ydermere, at tillid og lægens empatiske evner er en væsentlig relationel faktor, som kan etablere en gensidig relation og forståelse, der kan påvirke beslutningstagningen.

Vi har i analysen set positioneringsmønstre for både lægen og patienten. Vi har erfaret, at lægen kan positionere sig på forskellige måder i konsultationen med patienten alt afhængig af situationskonteksten. Vi har set eksempler, hvor lægen positionerer sig som medicinsk ekspert, sundhedsfremmer, professionel, akademiker, kommunikator og samarbejdspartner i varierende grad. Patienten kan i relation til lægen positionere sig som en passiv aktør, der har brug for at lægen definerer patientens handlerum. Vi har ligeledes erfaret, at patienten kan positionere sig som en aktiv medspiller, der stiller krav til lægen og forholder sig kritisk til lægens anbefalinger. Sluttelig så vi eksempler, hvor patienten indgår i et aktivt samarbejde med lægen i beslutningstagningen.

Vi har fundet det udfordrende at karakterisere beslutningstagningstyperne som fælles beslutningstagning. Vi har i analysen set flere elementer eller forhold, som peger i retning af fælles beslutningstagning, men ikke i en tilstrækkelig grad til at karakterisere beslutningerne i konsultationerne som fælles beslutningstagning. På baggrund af analysen stiller vi spørgsmålet, om det er realistisk at udføre fælles beslutningstagning i praksis eller om modellen i stedet bør være et ideal for læge-patient samtalen.

Specialet har vist, at fælles beslutningstagningsmodellen imødekommer en række af de udfordringer, som er indlejret i læge-patient relationen. Fælles beslutningstagning har som så mange andre modeller sine begrænsninger, og vi

lægger derfor op til et fortsat arbejde med modellen i praksis. Vi forestiller os, at det videre arbejde med fælles beslutningstagning skal foregå i et samarbejde mellem det sundhedsprofessionelle personale, patienter og forskere. Udviklingen af modellen bør foregå i praksis, hvor der tages hensyn til organisatoriske begrænsninger og udfordringer i den kliniske praksis.

10. Refleksivt efterskriv

Vi vil med dette afsnit indvie læseren i refleksioner, vi har gjort os om specialets konklusioner. Intentionen er at gøre opmærksom på, at vi er bevidste om, at specialets konklusioner må forstås i et særligt metodologisk perspektiv. Vi vil derfor sætte fokus på konklusionens præmisser samt kort præsentere teoretisk tankegods, som vi mener kan bidrage med relevante perspektiver til specialets analyse.

Specialets tilgang har været kvalitativ, idet vi har søgt at forstå de interpersonelle erfaringsprocesser i læge-patient samtalen i henhold til, hvordan beslutninger træffes (Brinkmann & Tanggaard 2010: 17-18). Specialets konklusion må derfor forstås i lyset af nogle kvalitative kriterier for god forskning og ikke kvantitative krav såsom validitet, reliabilitet og generaliserbarhed (Brinkmann & Tanggaard 2010: 490). En kvantitativ undersøgelse af vores problemstilling kunne have givet os et indblik i eksempelvis, hvor ofte de forskellige beslutningstyper forekommer i læge-patient samtalen. Vi kunne ligeledes have udfærdiget et spørgeskema om, hvilke relationelle forhold, der kunne være en barriere i relationen mellem læge og patient som eksempelvis tillid.

Vi har ladet os inspirere af Elliot, Fischer og Rennies (1999: 221-241) syv kriterier for god kvalitativ forskning. Vi har efterstræbt at gøre sammenhængen mellem metode, teori og analyse så tydelig for læseren som muligt. Det har eksempelvis været vigtigt for os i metodeafsnittet at gøre det transparent, hvordan empiriindsamlingen har fundet sted. Vi har i teoriafsnittet søgt at tydeliggøre, hvordan de forskellige teoretiske tilgange har hjulpet os til at forstå

forskellige niveauer i læge-patient samtalerne - fra et analytisk anvendeligt tekstnært niveau til et mere abstrakt diskursivt forståelsesniveau. Vi har endvidere søgt at beskrive, hvordan teorierne komplementerer hinanden, samt hvor de adskiller sig fra hinanden i forhold til forståelse eller tilgang. Vi har underbygget vores valg og analytiske anskuelser ved at give eksempler i metodeafsnittet såvel som i analysen. Vi har derved tydeliggjort sammenhængen mellem vores forståelse og den egentlige empiri. Med specialets socialkonstruktivistiske tilgang anerkender vi, at der eksisterer forskellige forståelsesmuligheder. Vi har derfor løbende i processen søgt at påpege og reflektere over alternative fortolkninger for hinanden, der har kunnet nuancere og udfordre empiriens tendenser.

Specialets konklusioner skal forstås som forankret i en konkret lokal kontekst, hvorfor der ikke er tale om en generaliserbar konklusion. I stedet håber vi, at den forståelse vi i specialet har skabt om beslutningstagningsprocessen mellem læge og patient kan bruges til at arbejde videre med fælles beslutningstagning i praksis som beskrevet i diskussionen. Vi skal endvidere afholde et møde med speciallægerne på Ortopæd Dagkirurgisk Ambulatorium, hvor vi vil fremlægge specialets resultater. Intentionen med mødet er ikke at give anbefalinger eller forbedringsforslag, men derimod at præsentere lægerne for den forståelse analysen og diskussionen har givet af beslutningstagningsprocessen. Vores opgave har ikke været normativt at bedømme lægerne, men derimod at undersøge forskellige nuancer af den menneskelige interaktion mellem læge og patient i en række specifikke konsultationer.

Vi konkluderer i specialet blandt andet, at der i læge-patient relationen er indlejret et asymmetrisk magtforhold, som gør reel fælles beslutningstagning udfordrende at udføre i praksis. Vi mener, at det vil være interessant at arbejde videre med analysens konklusion i et partcipatorisk teoriperspektiv. Som vi beskrev i diskussionen, er det vigtigt at arbejde videre med fælles beslutningstagning i praksis. Vi mener imidlertid stadig, det er relevant at undersøge teoretiske perspektiver, der kan udvikle fælles beslutningstagning på et teoretisk niveau og inspirere til udviklingen i praksis.

Vi har i specialet diskuteret, hvorvidt det kan lade sig gøre at komme ud over det asymmetriske magtforhold mellem læge og patient, og om det i givet fald vil være gavnligt for den lægelige konsultation. Participatorisk teori har fokus på, hvordan magtforhold påvirker sociale relationer og undersøger, hvordan bestemte diskurser eller stemmer vinder indpas som legitime sandheder, mens andre ekskluderes eller marginaliseres (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 2011; 2012a; 2012b; 2014).

Vi er af den opfattelse, at det vil være oplagt og relevant at undersøge mere dybdegående, hvorvidt medbestemmelse reelt set kan lade sig gøre i læge-patient relationen. Som vi nævnte i diskussionen, er det vigtigt, at fælles beslutningstagning ikke bliver en falsk harmoniopfattelse, men at magtforhold kommer frem i lyset, så der i stedet kan arbejdes med en sand konfliktopfattelse. Idealet i participatorisk teori er at oplyse og bevidstgøre mennesker om eksisterende interesse modsætninger, så de kan agere i overensstemmelse med disse. Den participatoriske teori arbejder endvidere med et begreb om ligestillede professionelle (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 2012a; 2012b), som vi finder interessant i henhold til fælles beslutningstagning mellem læge og patient.

Vi finder det relevant at arbejde videre med emnet læge-patient kommunikation i forhold til participatorisk teori, som kan sætte specialets konklusioner i et nyt perspektiv.

11. Litteraturliste

Bøger

- Alrø, H. & Kristiansen, M. (1988). *Kan du se, hvad jeg sagde? - mennesker ansigt til ansigt*. Aalborg: Holistic Bogforlag.
- Alrø, H. & Kristiansen, M. (1998). *Supervision som dialogisk læreproces*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag og Institut for Kommunikation.
- Alrø, H. & Kristiansen, M. (2006). *Et dialogisk perspektiv*. I: Nielsen, M. S. & Rom, G. (2006). *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. København: Munksgaards. s. 199-255.
- Alversson, M. & Kärreman, D. (2005). *At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner i teoriudvikling*. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter*. København K: Hans Reitzels Forlag. s. 121-145.
- Andersen, J. & Bredsdorff, T. (1997). I: Austin, J. (1997). *Ord der virker - How to do things with words*. København: Gyldendal. s. 7-29.
- Arndt, H. (2007). *Talehandlinger - og anden sprogbrug*. Dansk lærerens Forlag A/S.
- Askehave, I., Holmgreen, L.L., Lassen, I. & Strunck, J. (2010). *At styrke patienten i en New Public Management verden: En udredning af betydningspotentialiet i begrebet patient empowerment*. I: Horsbøl, A. & Sørensen, M. (2010). *Sundhedskommunikation på sygehuset*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag. s. 147-181.
- Austin, J. (1997). *Ord der virker - How to do things with words*. København: Gyldendal.
- Bredahl, C. & Baker, V. H. (2014). *Fælles beslutningstagning*. I: Jørgensen, K. (2014). *Kommunikation - for sundhedsprofessionelle*. (3. udgave). Gads Forlag. s. 145-167.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Eds.): *Kvalitative metoder - en Grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Burr, V. (1995). *An introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Busch, C. J. (2003). *Læge-patient-forholdet – en balanceret ubalance*. I: Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner. Antologi*. s. 91-103.
- Carlsson, P. (2013). *Kommunikation*. I: Friis-Hasché, E., Frostholm, L. & Schröder, A. (2013). *Klinisk sundhedspsykologi* (2. udgave). Munksgaard. s. 261-274.
- Davies, B. & Harré, R. (2014). *Positionering: diskursiv produktion af selver*. København: Forlaget Mindspace.
- Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner. Antologi*.
- Foucault, M. (1990). *The History of Sexuality. Volume 1: An Introduction*. Vintage Books, Random House.
- Friis-Hasché, E. & Witt, K. (2013). *Behandleren*. I: Friis-Hasché, E., Frostholm, L. & Schröder, A. (2013). *Klinisk sundhedspsykologi* (2. udgave). Munksgaard. s. 237-255.
- Frimann, S. (2004). *Kommunikation – tekst i kontekst. Tekstanalyse med Systemisk Funktionel Lingvistik*. Aalborg Universitetsforlag.
- Goffman, E. (2004). *Rolledistance*. I: Jacobsen, M. Kristiansen, S. (Eds.). *Erving Goffman. Social samhandling og mikrosociologi*. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 7. s. 194-210, 216-218.
- Halliday, M. (2014). *Halliday's introduction to functional grammar*. Fourth edition. London and New York. Routledge.
- Hansen, B. (2003). *Med hatten i hånden*. I: Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner. Antologi*. s. 81-91.
- Harder, P. & Poulsen, A. (1980). *Hvad går vi ud fra? Om forudsætninger i sprog og handling*. Nordisk Forlag A. S.
- Hartling, O. (2003). *Lægens magt og magtesløshed*. I: Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner. Antologi*. s. 57-67.

- Hauberg, A. (2003). *Lægerollen og læge-patient-forholdet i det 21. århundrede*. I: Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner*. Antologi. s. 39-49.
- Henriksen, O. (2014). *Oversætterens introduktion*. I: Davies, B. & Harré, R. (2014). *Positionering: diskursiv produktion af selver*. København: Forlaget Mindspace. s. 10-16.
- Husted, J. (1996). *Austin og Searle: Talehandlinger*. I: Lübcke, P. (1996) *Vor tids filosofi – Videnskab og sprog*. Copenhagen: Politikens Forlag A/S. s. 236-249.
- Hvas, L. (2003). *Lighedens illusion – at gå til læge er ikke det samme som at gå til købmand*. I: Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner*. Antologi. s. 29-39.
- Jacobsen, M. & Kristiansen, S. (2002). *Erving Goffman – sociologien om det elementære livs sociale former*. Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, P. (2006). *Et systemteoretisk perspektiv*. I: Nielsen, M. S. & Rom, G. (2006). *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. København: Munksgaards. s. 41-99.
- Jørgensen, K. (2014). *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle*. (3. udgave). Gads Forlag.
- Jørgensen, M. & Phillips, L. (2010). *Diskursanalyse som teori og metode*. Samfundslitteratur – Roskilde Universitetsforlag.
- Koch, L. (2003). *Forholdet mellem læge og patient i den forudsigende medicin*. I: Det Ethiske Råd. (2003). *Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner*. Antologi. s. 125-135.
- Kristiansen, M. & Bloch-Poulsen, J. (2011). *Participation as enactment of power in dialogic organizational action research – Reflections on conflicting interests and actionability*. I: *International Journal of Action Research*. Volume 7, issue 3. Page 347-380.

- Kristiansen, M., & Bloch-Poulsen, J. (2012a). *Participation i aktionsforskning – mellem metode og verdenssyn, deltagelse og medbestemmelse*. I: Bilfeldt, A. Bloch-Poulsen, J. Børsen, T.
- Kristiansen, M., & Bloch-Poulsen, J. (2012b). *Participatory Knowledge Production and Power – Co-Determination through Dissensus in Dialogic Organisational Action Research*. I: Phillips, L.
- Kristiansen, M. & Bloch-Poulsen, J. (Eds.)(2014). *Participation and Power in Participatory research and Action Research*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag. (In press).
- Kristiansen, S., & Krogstrup, H.K. (1999). *Deltagende observation*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press Ltd.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView – introduktion til et håndværk* (2. Udgave). København K: Hans Reitzels Forlag.
- Mabeck, C. (1999). *Samtalen med patienten – kommunikation og forståelse*. København: Lægeforeningens forlag.
- Mabeck, C. (2005). *Introduktion til den motiverende samtale*. København: Munksgaard Danmark.
- Nielsen, M. F. (2010). *Positionering. Mellemlideres kommunikative arbejde med at skabe ledelsesrum og ledelsesret*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Nilsson, R. (2009). *Michel Foucault – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Olsen, T. (2014). I: Davies, B. & Harré, R. (2014). *Positionering: diskursiv produktion af selver*. København: Forlaget Mindspace. s. 7-9
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology – Beyond Attitudes and Behaviour*. Sage Publications Ltd.
- Rasborg, K. (2012). *Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi*. I: Bitsch, P. Fuglsang, L. (2012). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag. s. 349-386.

- Searle, J. R. (1979). *Ekspression and Meaning. Studies in the Theory of Speech Acts*. New York: Cambridge University Press.
- Strøier, V. (2011). *Konsulenten grønspættebog – Systemisk og eksistentiel tilgang til konsulentarbejde*. Dansk erhvervspsykologisk Forlag.
- Wille, N. E. (2007). *Fra tegn til tekst – en indføring i teorier om sproglig kommunikation*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. (4. udgave). Sage Publications, Inc.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. (5. udgave). Sage Publications Inc.

Undersøgelser

- Brandt, A., Freil, M., Nyborg, M., Pedersen, L., & Wandel, A. (2014). *Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse - En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler*. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. København.
- Campos, D. C. F. & Graveto, J. M. G. N. (2009). *The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making process*. Rev Latino-am Enfermagem 2009 novembro-dezembro; 17(6): s. 1065-1070.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). *Shared decision-making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in health care choices*. British Journal of General Practice, 50. s. 892-897.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. J Gen Intern Med 27(10). s. 1361–1367.
- Fuglsang, M., Frank, E., & Samson, K. (2014a). *Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet. En kvalitativ analyse blandt patienter, pårørende og sygeplejersker*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed & TrygFonden.
- Fuglsang, M., Kyed, D., Samson, K. & Østerbye, T. (2014b). *Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet – En spørgeskemaundersøgelse blandt patienter*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed & TrygFonden.

- Gravel, K., Légaré, F., & Graham, I. D. (2006). *Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perception*. *Implementation Science* 2006 1:16. BioMed Central Ltd.
- Jacobsen, C., Pedersen, V. & Albeck, K. (2008). *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed*. Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut. København S.
- Linnemann, L. & Lipczak, H. (2014). *Patientsikkerhed i kræftforløb. Analyse af utilsigtede hændelser fra Dansk -Patientsikkerhedsdatabase rapporteret af kræftpatienter og den primære sundhedssektor*. Kræftens Bekæmpelse. København Ø.

Artikler

- Ammentorp, J., Graugaard, L. T., Engelbrecht Lau, M., Andersen, T. P., Waidtløw, K. & Kofoed, P. E.. (2014). *Mandatory communication training of all employees with patient contact*. *Patient Education and Counseling*.
- Borum, F. (2005). *Sygehuset – en omstridt organisation*. Nordiske Organisasjonsstudier Fagbokforlaget 7(2): 114-136.
- Center for Kvalitet. (2014). *Patientinddragelse i Region Syddanmark*. Katalog 2014. Region Syddanmark.
- Collin, F. (1999). Socialkonstruktivisme – et erkendelsesteoretisk og ontologisk standpunkt. I: (1999). *Kvan – et tidsskrift for læreruddannelsen og folkeskolen*. Nr. 54., s. 7-18.
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). *Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields*. *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 38. The British Psychological Society. s. 215-229.
- Gionfriddo, M. R., Leppin, A. L., Brito, J. R., LeBlanc, A., Boehmer, K., Morris, M. A., ... Montori, V. M. (2014). *A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol*. *Systematic Review*. 3:38.

- Gregersen, K. (1992). *Dansk Standard for Udskrifter og Registrering af Talesprog* (2. udgave). Odense: Institut for Sprog og Kommunikation, Odense Universitet.
- Høst, D. L & Møller, J. E. (2014). *Klinisk kommunikationstræning er en uddannelsesmæssig udfordring*. Ugeskrift Læger 2014; 176: V01140016.
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2013). *Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making*. Patient Education and Counseling.
- Jønsson, A. R., Baker, V. G., Jacobsen, C. B. & Pedersen, L. H. (2015). *Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden*. Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund, nr. 22, 5-17.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J. & Draper, J. (2003). *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary Cambridge Guides*. Academic Medicine, vol 78, no. 8. s. 802-809.
- Kvale, S. (1988). *The 1000-Page Question*. Phenomenology + Pedagogy Volume 6 Number 2.
- Lauth, S. (2014). *Patientsikkerhedskonference 2014*. Region Syddanmark.
- Mandag Morgen. (2014a) *Lægens blinde vinkel: patienten*. Nr. 5.
- Mandag Morgen. (2014b). *Sundhedsvæsnets nødvendige revolution*. Nr. 32.
- Mandag Morgen. (2002). *Fremtidens velfærdsborger – en krævende gør-det-selv-borger*. Nr. 19. s. 16-19.
- Pelzang, R. (2010). *Time to learn: Understanding patient-centred care*. British Journal of Nursing. Vol. 19, no. 14. s. 912-917.
- Region Sjælland. (2015). *Patient, pårørende og sundhedsvæsen - et stærkt og udviklende partnerskab*.
- Region Sjælland. *Patienten som partner*. (2013). *Strategi for styrkelse af patientens rolle i egen behandling*.
- Riiskjær, E. Ammentorp, J. Nielsen, J. Kofoed, P. (2013). *Internettet påvirker læge-patient relationen*. Ugeskrift for Læger, vol 173, nr. 8, s. 572-577.

- Sundhedsstyrelsen. (2013). *De syv lægeroller*. København S: Sundhedsstyrelsen, 2013.
- Vagle, W., Sandvik, M., & Svennevig, J. (1993). *Tekst og kontekst: en innføring i tekstlingvistikk og pragmatikk*. Fagbokforlaget, skriftserie, årgang nr. 73.
- Vinge, S. (2005). *Arbejdsorganisering og organisationsforståelse i sygehussektoren*. Nordiske Organisasjonsstudier Fagbokforlaget 7(2): 93-113.

Hjemmesider

- Berlingske. (2009). Syg dialog mellem læge og patient.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.b.dk/i-laegens-haender/syg-dialog-mellem-laege-og-patient>
- Dansk Sprognævn. (2015). Adverbier.
Lokaliseret d. 19.05.2015 på:
<http://www.dsn.dk/sproghjaelp/sproghjaelp-1/Adverbier.pdf>
- Danske Regioner. (2014). Fakta om sundhedsvæsenet - sundhedsvæsenet i tal.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.regioner.dk/aktuelt/temaer/fakta+om+regionernes+effektivitet+og+%C3%B8konomi/kopi+af+fakta+om+sundhedsv%C3%A6senet>
- DR. (2011). Lægerne skal lære at kommunikere.
Lokaliseret d. 16.04.2015 på:
<http://www.dr.dk/sundhed/Behandling/Sundhedsvaesen/Artikler/2011/0527145808.htm>
- DR. (2009). Kommunikation kan forhindre patientklager.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.dr.dk/sundhed/Behandling/Sundhedsvaesen/Artikler/2009/065355.htm>
- Kræftens Bekæmpelse. (2014). Patienter kommer til skade på grund af svigt i kommunikation.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.cancer.dk/nyheder/patienter-kommer-til-skade-pa-grund-af-svigt-i-kommunikation-p3/>

- Mandag Morgen. (2014). Patienter savner dialog med læger.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<https://www.mm.dk/patienter-savner-dialog-laeger>
- Nyhederne. (2014). Dårlig dialog – læger taler ikke nok med patienter.
Lokaliseret d. 30.03.2015 på:
<http://nyhederne.tv2.dk/samfund/2014-09-22-daarlig-dialog-laeger-taler-ikke-nok-med-patienter>
- Patientsikkerhed. (2014). En fjerdedel af patienterne får ikke talt med lægen om deres spørgsmål og bekymringer.
Lokaliseret d. 16.04.2015 på:
<http://patientsikkerhed.dk/nyheder?logId=7416>
- Politiken. (2014). Relationen mellem læge og patient er sygdomsramt.
Lokaliseret d. 16.04.2015 på:
<http://politiken.dk/debat/ECE2347276/relationen-mellem-laege-og-patient-er-sygdomsramt/>
- Region Nordsjælland. (2013). Sundhedsaftaler med patienten i centrum.
Lokaliseret d. 30.03.2015 på:
<http://www.rn.dk/Service/Nyhedsliste-RN/Nyhed?id=7d06d72e-c540-4500-9f7a-7ce3747d1cf5>
- Region Syddanmark. (2013). Sygehus Lillebælt.
Lokaliseret d. 01. 04.2015 på:
<http://sygehuslillebaelt.dk/wm420467>
- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2014). Dagkirurgisk afsnit.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm439335>
- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2015). Forundersøgelse i ambulatoriet.
Lokaliseret d. 09.04.2015 på:
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm454647>
- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2015). Om håndsektoren.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm454665>
- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2015). Om knæsektoren.

Lokaliseret d. 01.04.2015 på:

<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm454641>

- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2014). Om skuldersektoren.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm454654>
- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2014). Projekter.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm439336>
- Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt. (2014). Vision og Værdier.
Lokaliseret d. 01.04.2015 på:
<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm335379>