30 TRYK, 2 PUST

Et samtaleanalytisk studie af sundhedskommunikativ simulationspraksis

Amalie Kristine Løhr Simonsen

Vejleder: Malene Kjær | Antal anslag: 161.129

AALBORG UNIVERSITET

ABSTRACT

This master thesis examines how conversations and learning situations take place during simulated cardiac arrests. The statement of this thesis is: *How does healthcare personnel interact in situations, where they deviate from their role as professional life-savers?*

This thesis investigates how healthcare personnel interact with each other during simulated cardiac arrests, when they deviate from their role as life-savers. The purpose of this thesis is to show how these interactions take place. With the use of *conversation analysis,* it is the purpose to shed light on this area. Conversation analysis is an inductive method and theory, which is why the focus of the thesis evolves to investigate the moment of the conversation that takes place when the health care personnel arrives at the ward until the cardiac massage begins. In addition, the focus has also evolved to the closing of this cardiac arrest, when the doll wakes up from simulation. Furthermore, the thesis investigates how *epistemic status* and *embodied interaction* is shown through verbal and nonverbal interaction.

The primary theoreticians are Mie Femø Nielsen and Søren Beck Nielsen, Jakob Steensig, John Heritage as well as Charles Goodwin. Furthermore, the thesis encompasses a thesis literature review, which has been made as a preliminary study to explore, which scientific field this thesis can be written within.

In conclusion, the thesis discovers that the healthcare personnel call for assistance, before they concede the cardiac arrest. Furthermore, the thesis concludes that the number of healthcare personnel on the ward has an effect on the first aid. It also shows that learning takes place within three areas: individual, in unison and organizational. Due to the statement, the thesis shows that there exist patterns in the way that healthcare personnel address the facilitator and in addition they acknowledge his authority.

FORORD

Indeværende speciale er udarbejdet i forårssemestret 2019 på Kommunikation ved Institut for Kommunikation og Psykologi af Amalie Kristine Løhr Simonsen.

Specialet undersøger, hvordan sundhedspersonalet interagerer i simulerede hjertestopsituationer på sygehuse. Interaktionerne analyseres med en samtaleanalytisk tilgang, hvor der er fokus på både verbale og nonverbale handlinger, hvorfor tankegange om epistemisk status og kropslige handlinger også inddrages.

Først og fremmest en kæmpe tak til min vejleder, Malene Kjær, som kyndigt har vejledt, opmuntret og udfordret mig igennem mit speciale. Malene har bidraget med stor viden inden for det sundhedskommunikative felt, der har givet mig mulighed for faglig diskussion og refleksion.

Dernæst en stor tak til Ledende Overlæge Peter Hallas, som har givet mig mulighed for at arbejde med videomaterialet. Peter har stået til rådighed fra dag et og har besvaret mine mange spørgsmål om videomaterialet og den sundhedsfaglige viden.

Rigtig god læselyst.

Indholdsfortegnelse

LÆSEVEJLEDNING **5**

1 INDLEDENDE KAPITEL **7**

1.1 INDLEDNING **7**

2 SETTING THE SCENE **8**

2.1 INDTRÆDEN TIL FELTET **8**

2.1.1 LITTERATURREVIEW 9

2.1.2 AFRUNDING 13

2.2 FORUNDERSØGELSE **14**

2.2.1 AUTOETNOGRAFI 14

2.2.2 DATA-SESSION 15

2.3 PRÆSENTATION AF CASE **16**

2.3.1 HVORDAN BEHANDLES ET HJERTESTOP? 18

3 VEJEN TIL FÆNOMENET **20**

3.1.1 VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED 20

3.2 SEMISTRUKTURERET INTERVIEW OG INTERVIEWGUIDE **23**

3.2.1 ETISKE OVERVEJELSER 24

3.3 BEHANDLING AF VIDEO-EMPIRI **24**

3.3.1 INDSAMLING AF VIDEOMATERIALE 24

3.3.2 TRANSSKRIPTION 25

3.4 OPSAMLING **28**

4 BEHANDLING AF FÆNOMENET **29**

4.1 SAMTALEANALYSE (CA) SOM METODE OG TEORI **29**

4.1.1 TI PRINCIPPER 31

4.2 JOHN HERITAGE OG EPISTEMICS IN ACTION (2012) **36**

4.3 CHARLES GOODWIN OG ACTION AND EMBODIMENT WITHIN SITUATED HUMAN INTERACTION (2000) **36**

5 ANALYSESTRATEGI 38

5.1 HVAD VED JEG NU? 39

5.2 PROBLEMFORMULERING 41

6 ANALYSE AF FÆNOMENET 43

6.1 OPTAKT TIL HJERTEMASSAGE 45

6.1.1 BIN 18, LINJE 29-84 (JF. BILAG 5) 45

6.1.2 BIN 26, LINJE 7-42 (JF. BILAG 6) 55

6.2 AT AFVIGE FRA ROLLEN 60

6.2.1 BIN 18, LINJE 135-156 (JF. BILAG 5) 60

6.2.2 BIN 26, LINJE 225- 245; 308-327(JF. BILAG 6) 64

6.3 AFSLUTNING PÅ ØVELSEN 73

6.3.1 BIN 18, LINJE 245-273 (JF. BILAG 5) 73

6.3.2 BIN 26, LINJE 329-359 (JF. BILAG 6) 77

6.4 OPSAMLING PÅ ANALYSEN 80

7 DISKUSSION 83

7.1 DISKUSSION AF FUND I ANALYSEN 83

7.1.1 NÅR SOCIALFÆNOMENOLOGIEN SPILLER EN ROLLE 83

7.1.2 SIMULATIONSPRAKSIS 84

7.2 BIDRAG 86

8 KONKLUSION 88

9 LITTERATURLISTE 90

Læsevejledning

Før læsning af specialet starter, vil jeg indledningsvis beskrive specialets struktur. Dernæst vil jeg beskrive den måde, hvorpå jeg anvender begreber og mit referencesystem.

Specialets struktur

Specialet er opbygget af otte kapitler. Det første kapitel vil være indledningen til selve specialet. Dernæst følger kapitel to, hvor jeg vil beskrive og argumentere for valg af specialets metodiske og teoretiske tilgange, og hvad der danner fundamentet for netop denne tilgang. I kapitel tre vil jeg præsentere vejen til fænomenet, der indeholder mit videnskabsteoretiske ståsted og behandling af videoempiri. I kapitel fire præsentere jeg behandlingen af fænomenet, og derved de teoretiske baggrunde til min analyse. Min analysestrategi og problemformulering er i kapitel fem, efterfølges af selve analysen i kapitel seks. Kapitel syv indeholder diskussion af min analyse, hvor jeg vil inddrage pointer fra mit litteraturreview. Kapitlet vil også indeholde mit bidrag til feltet. Det afsluttende kapitel otte vil være konklusionen.

Ved hvert nyt kapitel og ved enkelte overskrifter vil der være en metatekst. Formålet med metateksten er at give læseren et ind– og overblik over, hvad det kommende kapitel og/eller afsnit vil omhandle. Metateksterne er skrevet i kursiv.

Begreber, tal, navne mm.

Første gang jeg i specialet nævner en teoretiker vil vedkommendes fulde navn blive anvendt. Efterfølgende vil kun vedkommendes efternavn blive anvendt.

Eksempel:

Elizabeth Stokoe

Dernæst

Stokoe

Første gang et begreb nævnes i specialet vil det være i kursiv og skrevet ud og eventuelt efterfulgt af en forkortelse i parentes. Efterfølgende vil begrebet ikke være i kursiv, og hvis begrebet har en forkortelse, vil jeg referere til denne.

Eksempel

Samtaleanalyse (CA)

Dernæst

CA

Foruden dette vil tal mellem et og ti være skrevet ud med bogstaver, mens tal over ti vil skrives i tal eksempelvis 18. Alle titler på bøger og artikler vil være i kursiv.

Referencesystem

Specialets referencesystem tager udgangspunkt i *American Psychological Associations (APA)* (American Psychological Association, 2010).

Citater inde i teksten angives med ”citationstegn”. Ved citatets slut vil der være en parentes, der angiver, hvem forfatteren er, hvilket års– og sidetal. Hvis et citat indeholder under 40 ord, inkorporereres det flydende i teksten, hvorimod et citat, der besidder mere end 40 ord, vil være i eget indrykket afsnit og uden citationstegn. Citaterne i specialet er skrevet, som det fremgår i teksten, der refereres til. Hvis eksempelvis et ord i citatet er i kursiv, er det altså ikke min egen kursivering. Hvis jeg har foretaget ændringer i citaterne, vil ændringen fremgå med klammer [ ].

Afslutningsvis vil jeg blot gøre opmærksom på at videomaterialet, som jeg bruger i mit speciale, stammer fra en tidligere undersøgelse af kvalitetssikring af hjertestopbehandling i Region Syddanmark. Grovtransskriptionerne, som jeg har overtaget, er indimellem mangelfulde, men de to eksempler, jeg tager udgangspunkt i, har jeg videreudviklet.

1 Indledende kapitel

Dette indledende kapitel indeholder ét afsnit – indledningen. Formålet med afsnittet er at præsentere min faglige interesse for det sundhedskommunikative felt og konteksten for empirien.

1.1 Indledning

Undervejs i mit uddannelsesforløb har jeg altid været interesseret i de måder, hvorpå mennesker omgås med hinanden. Dengang jeg skulle søge ind på universitetet, var Medievidenskab egentlig ikke mit primære valg, men da jeg blev optaget og kom i gang, blev det tydeligt for mig, at den kommunikation, der finder sted mellem mennesker, er interessant. Kommunikationen mellem mennesker kan foregå på flere måder. Det strækker sig fra, hvordan journalisterne påvirker dagsordenen og samfundsdiskurserne, hvordan forfattere har skrevet tekster tilbage i romantikken, hvordan deltagere i reality-TV skaber en ny identitet gennem reality-programmer til; hvordan organisationer kommunikerer med potentielle kunder, hvordan organisationerne internt fungerer til; hvordan oplevelsesdesign spiller en rolle for museer. Da valget skulle falde på en kandidatgrad, blev jeg opmærksom på, at det, der interesserede mig, var den måde, hvorpå mennesker er til stede sammen og den dynamik, der er til stede imellem dem.

På 8. semester blev interessen for kommunikation inden for det sundhedsfaglige felt vækket med valgfaget Sundhedskommunikation. Sundhedskommunikation gjorde mig opmærksom på, at 80% af patienthenvendelserne til sundhedsvæsenet omhandler kommunikation mellem læge og patient. Min første tanke var, at det måtte kunne optimeres og effektiviseres på den ene eller den anden måde. I faget havde vi fokus på centrale udviklinger og udfordringer i det sundhedsvæsen, som vi har i dag. Da jeg hørte om muligheden for at blive tilknyttet autentisk sundhedskommunikativt data, vidste jeg, at det skulle være mit speciales omdrejningspunkt. Og omdrejningspunktet for specialet er det blevet. Jeg har fået lov til at tilgå det autentiske, sundhedskommunikative data, hvor sundhedspersonalet befinder sig i simulerede hjertestopsituationer. De simulerede hjertestopsituationer er optaget i forbindelse med et kvalitetssikringsprojekt af hjerte-lunge-redning i Region Syddanmark. Mine faglige kompetencer rækker ikke til at undersøge dette, men jeg har mulighed for at kaste mig ud i noget, jeg aldrig har prøvet før: *Samtaleanalyse*.

2 Setting the scene

Dette kapitel har til formål at introducere mit speciales indtræden til feltet. Afsnittet indeholder mit litteraturreview; mine forundersøgelse; samt præsentation af den case, jeg arbejder med.

2.1 Indtræden til feltet

Formålet med dette afsnit er at tilegne mig en forståelse for det videnskabelige felt, som mit speciale kan placeres inden for. Derudover er dette afsnit – sammen med det videnskabsteoretiske afsnit – med til at danne fundamentet for specialets fokus. Med udgangspunkt i Diana Ridley (2012) har jeg foretaget et *thesis literature review*, hvis funktion "is to show how the related work in the field shapes and influences your research" (Ridley, 2012, s. 23) Jeg foretager denne form for litteraturreview med henblik på at forholde mig til det eksisterende videnskabelige materiale inden for feltet samt at undersøge et så vidt muligt uudforsket område i feltet (Ridley, 2012). I forlængelse af Ridley (2012) anbefaler Bryman (2016), at en måde, hvorpå indsamling af relevant videnskabelig litteratur kan finde sted, er ved at lede i videnskabelige databaser, journaler og teoretiske værker.

Måden, hvorpå jeg har undersøgt og indsamlet videnskabelige artikler og tekster, har været ved at anvende Aalborg Universitetsbibliotek (AUB). Her har jeg søgt efter bøger, journaler og peer-reviewed artikler. Jeg har i min søgning anvendt følgende ord på både dansk og engelsk, samt i forskellige kombinationer: *humaniora*, *sundhed*, *sundhedskommunikation*, *hjertestarter*, *simuleret læring*, *læringssituationer*, *sygeplejersker*, *fællesskab*, *hospital* og *sygehus*. Jeg har i min jagt på relevant litteratur læst flere abstracts og konklusioner end dem, der bliver præsenteret i det kommende afsnit. Dette har jeg gjort for at kunne vurdere, hvilke artikler der har størst relevans for specialets fokus. Jeg har blandt andet læst forskningsartiklen *Lovmæssige og etiske dilemmaer ved brug af hjertestartere på plejehjem* af Annemi Joensen og Elisabeth Hall (2018). Om end det er en artikel med hjertestartere i højsædet, er det også en artikel, der har et større fokus på de etiske dilemmaer ved hjertestartere på plejehjem. Selvom der er nogle lighedspunkter, er det svært at kunne drage et relevant perspektiv og bidrag til mit speciale.

2.1.1 Litteraturreview

De kommende afsnit vil præsentere fem artikler, der hver især beskæftiger sig med lærings– og sundhedsfaglige perspektiver. Der vil være en beskrivelse af artiklernes resultater; de pointer, der vurderes at være relevante for at kunne drage perspektiver til mit speciale; samt en fremhævning af, hvordan og hvorfor jeg vurderer artiklen til at være relevant for mit speciale.

2.1.1.1 Humanistisk Sundhedsforskning (2006)

Peter Elsass og Peter Lauritsen har i 2006 udgivet bogen *Humanistisk Sundhedsforskning*. De beskriver i deres bog, hvordan sundhedsverdenen siden det fjortende århundrede har befundet sig i forskellige perioder: Den medicinske periode afspejler en sammenhæng mellem troen på Gud og det medicinske fag. Sammenhængen var i høj grad centreret omkring en optagethed af sygdomme. Den lægevidenskabelige periode afspejler overgangen fra tro til viden, hvor der forsøges at finde mening gennem den biologiske forståelsesramme. Perioden, vi befinder os i nu, kalder de for den sundhedsvidenskabelige. Denne periode har et større fokus på den mentale sundhed og den kontekst, man er i. Det er også denne periode, der i større grad inddrager fagligheder fra den humanistiske og samfundsfaglige verden såsom psykologi, antropologi og sociologi. Elsass og Lauritsen (2006) påpeger, at humanistisk sundhedsforskning er ”videnskabelig refleksion over en praksis med mange forskellige aktører og ikke en speciel humanistisk, ideologisk indstilling” (s. 15). De beskriver den humanistiske sundhedsforskning som et tværdisciplinært felt, hvor det netop ikke kun er den naturvidenskabelige forskning, der spiller en rolle.

Denne bog danner altså grundlaget for, hvilken sundhedsfaglig periode vi befinder os i ved udarbejdelsen af dette speciale. Derudover er det også interessant for specialet, at Elsass og Lauritsen (2006) beskriver humanistisk sundhedsforskning som ikke at have en speciel humanistisk, ideologisk indstilling. Dette kommer sig formentlig af den periode, vi befinder os i, hvilket også kan danne grobund for yderligere forskning inden for det samtale-kommunikative felt.

2.1.1.2 At uddanne sygeplejestuderende til klinisk fantasi og relevansvurdering (2015)

Gitte Jensen og Britta Fuhlendorff (2015) undersøger i deres artikel *At uddanne sygeplejestuderende til klinisk fantasi og relevansvurdering*, hvorvidt sygeplejestuderende lærer mere af den ordinære form for undervisningsforløb eller ved undervisningsforløb i Nursing Skills Lab. I Nursing Skills Lab

indgår de studerende i forskellige simulerede situationer, hvor de studerende har mulighed for at øve sig på akutte situationer som eksempelvis hjertemassage. Derudover er det også for at give de sygeplejestuderende så godt et fundament som muligt, og for at "kunne organisere og lede sygeplejen, om tværfaglige samarbejdsevner og om relevante vurderings- og handlekompetencer i de enkelte patientsituationer" (Jensen og Fuhlendorff, 2015, s. 44). Jensen og Fuhlendorff (2015) tager udgangspunkt i Patricia Benners begreber *klinisk fantasi* og *relevansvurdering.* Klinisk fantasi er at kunne forestille sig, hvordan en situation over tid kan udvikle og ændre sig. Øvelsen af at tilegne sig den kliniske fantasi forstår de som en nødvendig kompetence, da den studerende skal trænes i at se mulighederne, ressourcerne og begrænsningerne ved den enkelte situation. Når disse muligheder, ressourcer og begrænsninger er fundet, skal der vurderes hvilke tiltag, der er relevante at bruge. Dette kaldes for relevansvurdering.

Resultaterne af Jensen og Fuhlendorffs (2015) undersøgelse viser, at "de studerende tænker altså tilbage på, hvad de lærte i de fiktive situationer" (s. 50). Disse tanker er dog både med negativ og positiv refleksion – nogle studerende så det negative ved en kaotisk situation, hvorimod andre så det som en positiv oplevelse af at stå i en kaotisk situation under kontrollerede forhold. På trods af at de studerende føler sig bedre rustet til at vurdere og handle i givne situationer, kan det ikke fastslås, hvorvidt undervisningsforløbet i Nursing Skills Lab giver den studerende mulighed for at handle på en forsvarlig måde i en 'virkelig' situation.

Artiklen giver mig et indblik i, hvordan simulerede situationer foregår på sygeplejerskeuddannelsen. Dette betyder jeg har fået en forståelse for, hvorfor en af årsagerne til øvelserne med simulerede hjertestop finder sted på sygehusene. Derudover har jeg fået en forståelse af, at klinisk fantasi og relevansforståelse kan spille en rolle for, hvordan sygeplejerskerne agerer i eksempelvis hjertestopsimulationer. Den kliniske fantasi og relevansvurdering kan bidrage til min forståelse af, hvordan sundhedspersonalet ser muligheder, ressourcer samt begrænsninger og dernæst hvordan de vurderer det næste tiltag.

2.1.1.3 The (In)authenticity of Simulated Talk: Comparing Role-Played and Actual Interaction and the Implications for Communication Training (2013)

I forlængelse af Jensen og Fuhlendorff (2015) er det interessant at inddrage Elizabeth Stokoes (2013) artikel *The (In)authenticity of Simulated Talk: Comparing Role-Played and Actual Interaction and the Implications for Communication Training*. Stokoe undersøger autenticiteten ved politiafhøringer. Dette gør hun gennem 120 lydoptagelser af 'rigtige' afhøringer af mistænkte og 100 lydoptagelser af simulerede situationer. Hendes analyse fokuserer på, hvordan åbningen af afhøringerne finder sted. Hun beskriver en forskel på de simulerede og rigtige situationer, hvor betjentene i simulerede situationer bruger længere tid på at introducere sig selv og gøre de mistænkte opmærksomme på deres rettigheder. Stokoe (2013) skriver, at

> [i]f simulations contain actions that are *not present* in actual encounters, or if actions are *formulated differently* in them, then, a person may receive a high score for, say, the presence of rapport-building features in training when such features may not appear in their actual workplace interaction
>
> s. 183

Netop dette sætter fokus på, at der *er* en forskel mellem rigtige og simulerede forløb. Betjentene åbner begge samtaler med den samme handling, men i de simulerede situationer brugte betjentene længere tid på åbningssekvensen. I simulationssituationerne var betjentenes verbale og nonverbale handlinger mere detaljeret, hvilket betyder, at handlingerne blev mere interaktionelt synlige end i de rigtige situationer. Stokoe (2015) beskriver, at rollespil er anset for at være "authentic enough" (s. 165), hvorfor sådanne træningssituationer bruges til at træne folk til kommunikation i den virkelige verden. Hun mener derfor, at betjentene tager den simulerede situation som øvelse for givet.

På trods af at de rigtige og simulerede situationer adskiller sig fra hinanden, og selvom jeg ikke foretager en sammenligning af rigtige og simulerede situationer, kan denne artikel stadig bruges til at give mig en idé om, hvordan fagfolk agerer i simulerede situationer.

2.1.1.4 Simulation and its role in medical education (2012)

I forlængelse af Stokoes (2013) samt Jensen og Fuhlendorffs (2015) artikler, vil jeg kort redegøre for Rashmi Datta, KK Upadhyay og CN Jaideeps forskningsartikel *Simulation and its role in medical education* fra 2012. Deres artikel undersøger simulationstræning for læger og sygeplejersker, der er tilkoblet militæret. De beskriver simulation som "an artificial representation of a complex real-world process with sufficient fidelity with the aim to facilitate learning through immersion, reflection, feedback, and practice minus the risks inherent in a similar real-life experience" (Datta, Upadhyay og Jaideep, 2012, www.ncbi.nlm.nih.gov). De plæderer for at simulationstræning vil flytte lægevidenskaben fra metoden "See one, Do one, Teach one" (Datta m.fl., 2012) til metoden "See one, Practice many, Do one" (Datta m.fl., 2012). 'Practice many'-delen skal forstås som simulationstræning. De mener, at det er en model, der vil skabe mere succes på den måde, sundhedspersonalet håndterer uforudsete og/eller stressede situationer. Datta m.fl. (2012) argumenterer for, at før simulationstræning kan blive et effektivt uddannelsesredskab, skal det blandt andet blive en interdisciplinær tilgang, tildeles dedikerede finanser samt have det rigtige udstyr til at gennemføre øvelserne. Konklusionen i deres artikel påpeger dog, at det ikke er muligt at afklare, hvorvidt simulationstræning forbedrer den professionelles udførelse af sit arbejde i de 'rigtige' situationer.

Datta m.fl.'s (2012) artikel påviser nogle af de samme pointer, som Jensen og Fuhlendorff (2015) samt Stokoes (2012) artikler præsenterer. Om end ingen af disse artikler påpeger, at simulationstræning har en positiv effekt eller betyder noget for, hvordan mennesket agerer i 'rigtige' situationer, giver artiklen mig et indblik i, at simulationstræning praktiseres internationalt. Derudover også at der findes international forskning af, hvordan det anvendes, hvor det anvendes og det eventuelle udfald.

2.1.1.5 En social teori om læring (2003)

Etienne Wenger fremlægger i kapitlet *En social teori om læring* (2003) i *Situeret læring og andre tekster* fire komponenter, som, han mener, karakteriserer social deltagelse som en proces med læring og indsigt som omdrejningspunkt. Disse komponenter er: *praksis*, *fællesskab*, *identitet* og *mening* (Wenger, 2003, s. 131). Disse fire komponenter beskriver han således:

Begreb	Begrebsafklaring
Mening	udtryk for vores (skiftende) evne til – individuelt og kollektivt – at opleve vores liv og verden som meningsfuld.
Praksis	Udtryk for de fælles historiske og sociale ressourcer, rammer og perspektiver, som kan støtte et gensidigt engagement i handling
Fællesskab	Udtryk for de sociale konfigurationer, hvor vores handlinger defineres som værd at udføre, og vores deltagelse kan genkendes som kompetence.
Identitet	Udtryk for, hvordan læring ændrer, hvem vi er, og skaber personlige tilblivelseshistorier i forbindelse med vores fællesskaber.

Model med afklaring af Wengers (2003) begreber (s.132)

Wenger anvender *praksisfællesskab* som fællesbegreb for de fire komponenter. Han argumenterer for, at alle mennesker tilhører forskellige praksisfællesskaber: i hjemmet, på arbejdet, i skolen, etc. (Wenger, 2003). Læring sker på tre planer – individplan, fællesskabsplan og organisationsplan. På individplanet betyder det, at der skal være et engagement og bidrag til fællesskabers praksis. På fællesskabsplanet betyder det, at læringen er et spørgsmål om forfinelse af praksis og sikre nye generationer af medlemmer. På organisationsplanet betyder det, at der skal opretholdes indbyrdes forbundne praksisfællesskaber – herigennem bliver organisationen effektiv og værdifuld. Wenger (2003) påpeger, at chancen for læring er større, jo nærmere mennesket er på praksis og jo større brugerinvolvering.

Perspektiverne, som Wenger (2003) påpeger, giver mig en vinkel og en forståelse for den måde, hvorpå sygeplejerskerne interagerer i læringssituationen. Dette både være sig i det praksisfællesskab, som de befinder sig i, og i de forskellige planer, de lærer i og på: som individ, i et fællesskab og i organisationen.

2.1.2 Afrunding

Den ovenstående redegørelse for videnskabelige forskningsartikler og bøger, har bidraget til min forståelse for sundhedssektoren, læring i fællesskab og i simulerede situationer. Som beskrevet

først i dette afsnit, er det blandt andet litteraturreviewet, der danner fundament for mit speciales fokus. Jeg er derudover også blevet klogere på det videnskabelige felt, som jeg skriver mig ind i. Dette betyder, at den viden, jeg nu har tilegnet mig, vil danne baggrund for den måde, hvorpå jeg forstår begreber og kontekster fremadrettet.

2.2 Forundersøgelse

I forbindelse med min indsamling af empiri til specialet har jeg foretaget to undersøgelser*. Den ene undersøgelse er i form af et kursus i hjerte-lunge-redning, den anden er deltagelse i et forskersamarbejde med datasessioner. Dette afsnit har derfor til formål først at bearbejde den oplevelse, jeg fik, da jeg modtog et kursus i hjerte-lunge-redning. Dette vil jeg gøre ved hjælp af metoden autoetnografi. Dernæst vil jeg beskrive det at være en del af en datasession samt fremlægge de observationer, som jeg kunne tage med derfra.*

2.2.1 Autoetnografi

Min mor, som er anæstesisygeplejerske og certificeret instruktør på hjerte-lunge-redning (HLR)-kursus på Næstved Sygehus, tilbød mig et kursus i basal HLR. Selvom dette ikke er en direkte del af mit projekt, har det stadig sat nogle tanker i gang hos mig. Samtidig har jeg fået mulighed for at opleve noget af det, som sundhedspersonalet oplever i de simulerede situationer. Jeg gjorde mig nogle overvejelser om, hvordan jeg bedst kunne bruge denne oplevelse. Fra tidligere fag har jeg arbejdet med metoden *autoetnografi*. Autoetnografi er en antropologisk tilgang, der giver mulighed for at undersøge og beskrive en kultur ud fra forfatterens eget perspektiv (Adams, Jones og Ellis, 2015). Adams, Jones og Ellis (2015) argumenterer for, at forfatteren til en autoetnografi inddrager sin egen identitet, følelser, tanker, oplevelser og egne forhold til de fællesskaber og kulturer, hvor det bliver muligt at bearbejde og reflektere over eksempelvis sine følelser og oplevelser. Formålet med at inddrage autoetnografien er at give læseren (og mig selv) mulighed for at forstå processen bag 'undersøgelsen'.

2.2.1.1 Personlig autoetnografi - refleksioner

Jeg ankommer til Næstved Sygehus sammen med min mor. Vi er gået de tre kilometer derned, for hun har endnu ikke nået hendes daglige mål på 10.000 skridt. Min mor er instruktør og underviser

ansatte på sygehusene i Region Sjælland og på grund af det overordnede emne for mit speciale, har hun tilbudt mig et kursus i basal HLR. Efter lidt tid på kaffestuen og en lille jagt efter nøgle til rummet med udstyret, træder vi ind på stuen, hvor dukken ligger i en seng. Min mor starter PowerPoint-showet – det skal jo gøres ordentligt. Jeg bliver klogere på blandt andet rytmen og algoritmen for hjertemassage og ventilation, for hvert minut der går, hvor der ikke ydes førstehjælp, øges risikoen for varige mén og risikoen for død stiger med 10%. Der skal altså tænkes hurtigt, hvis man skulle være uheldig og ende i en situation, hvor en person har brug for HLR. Jeg får øvet mig på at give hjertemassage, og jeg bliver noget overrasket over hvor hårdt, der skal trykkes på brystkassen, og at hastigheden i rytmen ikke er ligegyldig. Jeg finder også ud af, at det faktisk ikke er helt lige til at skulle ventilere en med Rubens ballon. Man skal sørge for, at vedkommendes hoved er ordentligt tilbage. Man skal holde på en bestemt måde, og man må ikke trykke masken på ballonen for hårdt ned. Jeg var kun mig selv, og skulle varetage både hjertemassage og ventilation. Den endelige prøve var kun på to minutter, men det var hårdt for mine arme og min koncentrationsevne, da der var mange ting at have in mente. Heldigvis bestod jeg.

Efter prøven snakkede jeg med min mor om, hvordan og hvor ofte prøverne foregår. Personalet på sygehuset skal recertificeres i hjerte-lunge-redning (HLR) hvert andet år. I en gruppe modtager de teoretisk undervisning, hvor blandt andet konventionerne for HLR bliver præsenteret og genopfrisket. Herefter har de mulighed for at øve sig på dukken, inden prøven bliver igangsat. Min mor fortæller mig, at langt de fleste består HLR-kurset, men de få, som i de få tilfælde, hvor kurset ikke bestås, får deres leder besked herom. Min mor fortæller mig, at hjertestop sker forholdsvis sjældent på Næstved Sygehus (otte gange sidste år), hvorfor der er et ønske om fra undervisernes side, at personalet på sygehuset recertificeres hvert år i stedet for hvert andet for at vedligeholde det på bedst mulig vis.

2.2.2 Data-session

Nielsen og Nielsen (2011) påpeger, at mødet med andre forskere kan være en hjælp til at få kendskab til de kriterier andre bruger for at have mulighed for at ”vurdere deres argumentation, for at kunne gøre deres observationer efter, og for at kunne gå dem efter i sømmene” (s. 197). I løbet af foråret var jeg så heldig at blive inviteret med til en data-session i forskersamarbejdet MOVIN. Til

denne data-session skulle jeg præsentere mit speciales videomateriale, transskriptioner samt daværende problemstillinger, hvorefter jeg fik mulighed for at vende mine tanker og foreløbige resultater med forskere inden for det samme teoretiske og metodiske felt. Efter min præsentation kunne de andre byde ind med deres umiddelbare tanker om videomaterialet og transskriptionen. Til denne session fik jeg input til, hvordan jeg fremadrettet kunne videreudvikle de daværende transskriptioner, hvordan jeg kunne se på videomaterialet og hvad jeg kunne se efter i materialet samt hvordan samtalen udvikles og ændres, når kommunikationen foregår med en simulator.

2.3 Præsentation af case

I det kommende afsnit vil analysens videomateriale blive præsenteret. Afsnittet vil redegøre for baggrunden af indsamlingen af videomaterialet og tekniske viden om eksempelvis dukken, der fremtræder i videomaterialet. De internationale konventioner for hjerte-lunge-redning vil efterfølgende blive præsenteret. Præsentationen tager udgangspunkt i min samtale med ledende overlæge Peter Hallas. Samtalen er på grund af tekniske fejl desværre ikke blevet optaget.

Det videomateriale, der danner fundamentet for analysen i mit speciale, udspringer fra et tidligere undersøgelsesprojekt. Overordnet set består det udleverede videomateriale af 55 mapper med hver to til tre videoklip i. Videoerne skildrer et simuleret hjertestop, HLR og sundhedspersonalets tilkendegivelse af deres navne. Længden af disse videoer varierer, hvorfor nogle samlede mapper af på 12 minutter, mens andre er på omkring 17 minutter. Antallet af sundhedspersonale ved hjertestoppet varierer også, hvorfor der i nogle videoer 'kun' er to sygeplejersker (eksempelvis BIN18) modsat andre videoer, hvor der er tre sygeplejersker og to læger (eksempelvis BIN26). I langt de fleste situationer anvendes defibrillator, men i nogle af tilfældene anvendes de ikke (jf. bilag 1).

På grund af min manglende viden på det sundhedsfaglige område, vurderede jeg det nødvendigt med en samtale omkring nogle af de ting, jeg undrede mig over. Jeg afholdt samtalen med den ledende overlæge Peter Hallas, der tidligere har bearbejdet noget af det videomateriale, som jeg også anvender. Herunder hvordan dukken fungerer og om sundhedspersonalet havde fået instruktioner eller en introduktion til den simulerede situation. Derudover var jeg heller ikke klar over baggrunden og formålet for indsamlingen af videomaterialet. Jeg havde udarbejdet en

interviewguide med temaer og derunder uddybende spørgsmål. Hvordan denne er udarbejdet, vil jeg vende tilbage til senere i specialet (jf. 3.2 Semistruktureret interview).

Jeg har, som tidligere nævnt, i forbindelse med udarbejdelsen af mit speciale også selv modtaget undervisning i basal HLR. Denne undervisning fandt sted på Næstved Sygehus, hvor jeg skulle give hjertemassage og ventilere en dukke magen til den, der anvendes i de simulerede situationer i videoerne (jf. 2.2 Forundersøgelse, s.14).

Med udgangspunkt i det afholdte interview med ledende overlæge Peter Hallas, vil jeg beskrive nogle af de sundhedsfaglige opfattelser og spørgsmål, som jeg sad inde med. Hallas er ledende overlæge på akutafdelingen på Holbæk Sygehus, men da videomaterialet blev indsamlet, var han forskningsansvarlig på Køge Sygehus. Videomaterialet er indsamlet i forbindelse med kvalitetssikring af den måde, hvorpå sundhedspersonalet agerer i forbindelse med hjertestop på sygehusene. Videomaterialet er indsamlet af Johhny Lauridsen og Mikkel Brabrand – sidstnævnte er observatør i videoerne – på sygehusene i region Syddanmark. Videoerne er optaget på forskellige sengeafdelinger, og sundhedspersonalet er notificeret om de simulerede situationer, men de har ikke vidst, hvornår det ville foregå. De simulerede hjertestop er sket som et led i den daglige arbejdsgang, hvorfor sundhedspersonalet ikke har kendt tid og sted for hjertestoppene. Ved min første gennemgang af videoerne, undrede jeg mig meget over, at dukken altid ville vågne til sidst i situationen, uanset hvordan HLR var blevet udført. Peter Hallas gjorde mig opmærksom på, at forskning har påvist negative konsekvenser hos sundhedspersonalet, hvis dukken i eksempelvis et simuleret hjertestop ikke overlevede. Det skal dog påpeges, at andet forskning påviser positive konsekvenser, hvis man lader dukken dø under simulationstræning (Corvetto og Taekman, 2013; Tripathy, Miller, Berkenbosch, McKinley, Boland, Brown og Calhoun, 2016). Marcia Covetto og Jeffrey Taekmans (2013) artikel *To Die or Not To Die* tager udgangspunkt i interview af 94 simulationsfacilitatorer. I 84% af tilfældene lader facilitatorerne simulationsdukken dø. Dette kan dog ikke være retvisende, da disse tilfælde af død også inkluderer øvelser, hvor sundhedspersonalet skal træne samtale med pårørende efter et dødsfald. Hvad, de to studier er enige om og argumenterer for, er, at der findes tre former for død under simulationstræning: forventet død af både facilitator og dem der yder HLR, ikke-forventet død af den der yder HLR samt død af handling eller mangel på handling. De argumenterer for både fordele og ulemper ved død under

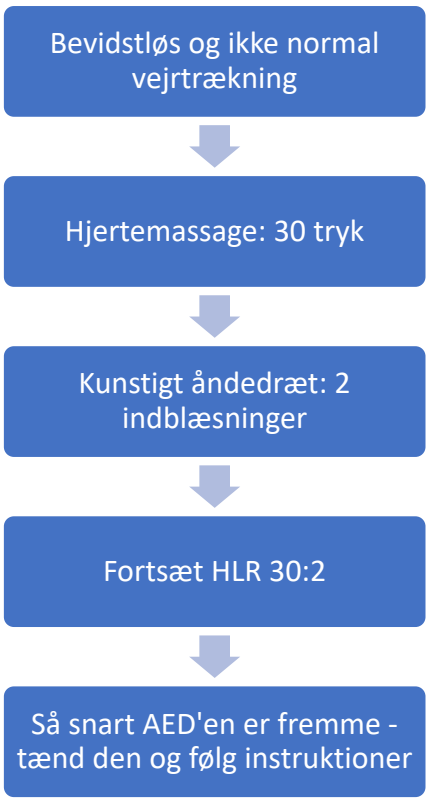
simulationstræning. Fordele i form af erfaring, læring i trygge omgivelser og mulighed for at reflektere over personlige følelser. Ulemper i form af distrahering fra det, øvelsen egentlig handler om, risici for psykologisk skade af den studerende samt manglende lyst til simulationstræning fremadrettet. Corvetto og Taekman (2013) anbefaler blandt andet, at der ikke skal være dødsfald for begyndere, men gerne for øvede (så længe det ikke er en straf); at der altid skal være en debriefing, hvor facilitator og studerende har mulighed for at gennemgå seancen for at snakke om det gode og det dårlige med henblik på konstruktiv kritik; derudover den psykologiske sikkerhed for den studerende være til stede, så vedkommende ikke får følelsen af at fejle. Efter mailkorrespondance med forskere og ledere fra Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) blev jeg klogere på, at der ikke praktiseres død i simulationstræning ved HLR-simulation på deres institut. Dette på baggrund af, at "generelt er der enighed om i simulationsverdenen om ikke at lade patienten dø" (jf. bilag 2).

Dukken er desuden tilkoblet en computer, der tæller antal tryk og måler trykket af hjertemassagen samt mængden af ilt, der ventileres ind i patienten (der skal være omkring en halv liter).

2.3.1 Hvordan behandles et hjertestop?

Først skal hjertestoppet identificeres. Dernæst skal der tilkaldes hjælp – for civile vil det være at ringe 112, for sundhedspersonalet vil det være at tilkalde hjertestopholdet og mere personale på sygehuset. HLR indeholder to trin: hjertemassage og kunstigt åndedræt. Processen for HLR er 30 tryk midt på brystkassen efterfulgt af to indblæsninger af ilt via mund eller i nødstilfælde næse. Vedkommende, der foretager hjertemassagen, skal trykke cirka en tredjedel ned på brystkassen for at kunne 'støde ordentligt' med det formål at få pumpet blod og ilt rundt i kredsløbet (Dansk Rådgivning for Genoplivning, u.å., http://genoplivning.dk/hjertelungeredning/). AED er forkortelse for automatisk ekstern defibrillator, og denne skal påsættes og anvendes på den bevidstløse hurtigst muligt. AED'en foretager undersøgelser af hjerterytmen for at bedømme om der er en stødbar rytme. AED'en giver eventuelt stød, hvis den finder det nødvendigt. Når AED'en åbnes er der en stemme, der fortæller, hvordan den skal bruges. Finder AED'en ikke en stødbar hjerterytme vil den bede en om at fortsætte med HLR. Alt, AED'en siger, gentages tre gange.

Nedenstående model viser processen for identifikation af hjertestop, som både civile på gaden og sundhedspersonalet på et sygehus (bør) agerer efter:



(HLR-AED processen redigeret). (European Resuscitation Council, 2016)

3 Vejen til fænomenet

Følgende kapitel har til formål at præsentere metoderne til udarbejdelsen af specialet. Først vil jeg præsentere mit videnskabsteoretiske ståsted, dernæst vil jeg redegøre for metoden bag det udførte interview med Peter Hallas, der anvendes til kontekst– og baggrundsbeskrivelse af hele projektet (jg. 2.3 Præsentation af case, s. 16). Slutteligt vil jeg redegøre for behandlingen af min videoempiri.

3.1.1 Videnskabsteoretisk ståsted

Dette afsnit har til formål at præsentere og redegøre for det videnskabsteoretiske ståsted, og hvilken betydning dette har for udarbejdelsen af specialet. Det videnskabsteoretiske afsnit danner fundamentet for specialet sammen med litteraturreviewet.

> Schutz insisted that the social world is, in the first instance, experientially interpreted by its members as meaningful and intelligible in terms of social categories and constructs.
>
> Heritage, 1984, s. 45

Således beskriver John Heritage (1984) det særlige ved Alfred Schutzs syn på verden – et studie af en social verden, som han forstår gennem kategorier og konstruktioner. Schutz udviklede den særlige gren socialfænomenologi, der udspringer af Edmund Husserls fænomenologi.

Mit speciales videnskabsteoretiske ståsted er socialfænomenologisk. Socialfænomenologien er inspireret af Husserls fænomenologi fra den filosofiske skole, der er grundlagt i begyndelsen af 1900-tallet (Jacobsen, Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 217). Husserl og fænomenologien forsøger at belyse fænomener ”som de er i sig selv, hvilket vil sige, at vi skal søge at gå bag om de mange ideer, stereotyper og indtryk, som vi har med os” (Jacobsen m.fl., 2015, s. 218). Fænomenologien kan altså – bredt anskuet – beskrives som en filosofi og/eller teori, der beskæftiger sig med undren, refleksion og undersøgelse af det unikke og uerstattelige ved vores hverdagsfænomener. Fænomenologien udfolder sig i mange retninger herunder den socialfænomenologiske tilgang, der, som nævnt, er mit speciales ståsted.

Alfred Schutz er i socialfænomenologien inspireret af Husserls tankegange, og på et af de punkter, hvor de især minder om hinanden, er antagelsen om, "at subjektets refleksive bevidsthed forudsætter en underliggende >>levet oplevelse<< (Erlebnis), der er kontinuerlig og ikke-differentieret" (Skovlund, 2002, s. 18). Schutz mener, der bør skelnes mellem differentieret og ikke-differentieret oplevelser, da det ikke er alle oplevelser, man kan reflektere over. Det, der i høj grad danner ramme om Schutz socialfænomenologi, beskriver Skovlund (2002) som værende en "Levet oplevelse som synonym med subjektets umiddelbare oplevelse af en given social livsverden" (s. 19).

Subjektets umiddelbare oplevelse af den sociale livsverden er den forståelse af socialfænomenologi, som jeg ønsker at referere tilbage til i mit videre arbejde. I udarbejdelsen af mit speciale betyder det, at jeg undersøger sundhedspersonalets umiddelbare oplevelse af at befinde sig i de simulerede (lærings)situationer.

Schutz socialfænomenologi kan beskrives som et klassisk forsøg på at undersøge og "beskrive opbyggelsen [af] vores sociale virkelighed fra det oplevende subjekts synsvinkel" (Skovlund, 2002, s. 18). Denne opbygning sker på baggrund af det, som Schutz beskriver som en "common-world" (Heritage, 1984, s. 54) indstilling. C*ommon-world* indstillingen betyder, at selvom mennesket besidder hver sin individuelle virkelighed, giver det alligevel mennesket mulighed for at fungere med hinanden og omverdenen, da mennesket tror, at deres egen virkelighed er identisk med de andres – og mennesket lever faktisk også efter denne overbevisning. Dette kaldes også for "the problem of intersubjectivity" (Heritage, 1984, s. 54). Mennesket performer to grundlæggende idealiseringer: *The idealization of the interchangeability of standpoints* og *The idealization of the congruency of the system of relevances* (s. 55). Første grundlæggende idealisering beskriver, hvordan mennesket antager, at et andet menneske ville gøre det samme som en selv, hvis de stod i samme situation. Den anden grundlæggende idealisering beskriver, hvordan eventuelle forskelle i menneskers perspektiver ikke har en særlig betydning for, hvordan de handler. Skulle der opstå afvigelser mellem the system of relevance, er det noget, mennesket erkender retrospektivt (Heritage, 1984; Skovlund, 2002).

Det vil fremadrettet for specialet betyde, at den socialfænomenologiske tilgang, giver mig en idé om, at sundhedspersonalet besidder en common-world indstilling. De to idealiseringer

danner fundamentet for den måde, hvorpå jeg forstår de handlinger, som sundhedspersonalet foretager sig.

Fænomenologien spillede en vigtig rolle i Harold Garfinkels udvikling af etnometodologi. Etnometodologien er en sociologisk tilgang. Sociologen John Heritage (1984) tager afsæt I Harold Garfinkels afklaring af begrebet, og Heritage beskriver etnometodologi som et

> study of a particular subject matter: the body of common-sense knowledge and the range of procedures and considerations by means of which ordinary members of society make sense of, find their way about in, and act on the circumstances in which they find themselves.
>
> Heritage, 1984, s. 4

Etnometodologien forsøger således at afdække hverdagsinteraktioner og –praksisser for at undersøge menneskets hverdagsstrukturer. Strukturerne eksisterer i menneskets sociale interaktion, men interaktionen er ikke nødvendigvis bevidst (Heritage, 1984, s. 59). Heritage (1984) beskriver, hvordan etnometodologien primært forsøger at afdække, hvordan social interaktion finder sted. Med et afsæt i socialfænomenologien forstår jeg, at den viden, som mennesket besidder, bygger på vaner. Ingen mennesker har været udsat for de samme oplevelser og har opfattet det på sammen måde, hvilket indikerer, at ingen mennesker besidder den samme viden. Når mennesker forsøger at skabe en fælles forståelse, bygger det på forskellige udgangspunkter og viden. Forsøget på at skabe en fælles forståelse ud fra forskellige individers udgangspunkter og viden er den måde, hvorpå jeg ønsker at anskue mit videomateriale på. Derigennem ønsker jeg også at undersøge, hvordan sundhedspersonalets (ubevidste) interaktion med hinanden finder sted i læringssituationer.

Heritage (1984) beskriver Garfinkels tre overordnede præmisser, der er gennemgående for den måde, hvorpå samtaleanalysen anvendes og udfoldes på. Det første præmis er, at interaktion og derved samtaler er strukturalt organiseret. Heritage (1984) beskriver, at ”interaction can be found to exhibit organized patterns at stable, recurrent structural features” (s. 241). Det andet præmis er, at er en samtaledeltagers handlinger kontekstbaserede, idet deltagerens handlinger ikke kan forstås uden at have kontekst in mente. Det tredje præmis er, at ”no order of detail in interaction can be

dismissed *a priori*" (Heritage, 1984, s. 242). Heritage (1984) argumenterer for, at a priori har haft konsekvenser for samtaleanalytikere, som har været under indflydelse af empiriske tilgange ved undersøgelse af social interaktion, idet analytikeren skal gå til analysen af social interaktion uafhængigt af erfaringer.

3.2 Semistruktureret interview og interviewguide

Formålet med afsnittet er at redegøre for valget af det semistrukturerede interview samt de etiske overvejelser, jeg har gjort mig i forbindelse med interviewet og videomaterialet.

Udvælgelsesprocessen og transskribering af videomaterialet har ledt mig til en undren om blandt andet, hvorfor videomaterialet er blevet indsamlet. Formålet med dette interview er altså at få en dybere forståelse for, hvilke omstændigheder videomaterialet er indsamlet under og derudover blive klogere på nogle af de sundhedsfaglige udtryk, som jeg ikke er bekendt med. Derudover er formålet at undersøge, hvordan teknologien rent teknisk fungerer – eksempelvis om dukken er udstyret med en form for algoritme. Dette interview kan derfor klassificeres som et faktuelt interview (Kvale og Brinkmann, 2009). Det faktuelle interview ønsker at fokusere på interviewpersonens fortælling som en vej til pålidelig information om en kollektiv fortid, men uden at fokusere på den interviewedes perspektiver på disse fortællinger. Dette interview er foretaget som en del af det etnografiske forarbejde, da jeg ikke har haft mulighed for at være til stede ved eksempelvis indsamlingen af videomaterialet.

Brinkmann og Tanggaard (2015) præsenterer forskellige former for interview heriblandt det semistrukturerede interview. Det semistrukturerede interview giver både interviewer og den interviewede mulighed for at afvige fra interviewguiden for eksempelvis at kunne følge sin mavefornemmelse af, hvor samtalen er på vej hen. Min interviewguide (jf. bilag 3) er udarbejdet med det formål at belyse de temaer, der er relevante for udarbejdelsen af mit speciale. Interviewguiden er derfor delt op i *tema* og *interviewspørgsmål*. Da jeg er bosat i Aalborg og interviewpersonen er bosat og arbejder på Sjælland, blev interviewet af praktiske årsager afholdt per telefon. Det blev optaget på diktafon med henblik på en efterfølgende transskription, men på

grund af problemer med teknikken er kun syv sekunder blevet optaget. Se jf. bilag 4 for mailkorrespondance omkring planlægning og aftale af møde.

3.2.1 Etiske overvejelser

Ved både afholdelse af interview og transskribering af videomaterialet har jeg gjort mig nogle etiske overvejelser. Brinkmann (2015) opstiller tre tommelfingerregler: informeret samtykke, fortrolighed og forskerrolle. Disse 'regler' har jeg valgt at medtænke i indeværende speciale.

Efter at have set videomaterialet er det klart, at de medvirkende er indgået i en eller anden form for samtykke, men da det ikke er klart for mig, hvilken aftale de har indgået, anonymiseres de medvirkende. Derudover anonymiseres de også ud fra det aspekt, som Brinkmann (2015) kalder for den mikroetiske dimension. Da forskningen kan resultere i konsekvenser for de medvirkende, foretages anonymiseringen for at undgå konsekvenser, der kan være uhensigtsmæssige for de medvirkende. Et uhensigtsmæssigt eksempel kunne være, at de medvirkende udtaler sig negativt omkring deres arbejdsplads, hvorfor de eksempelvis kunne stå over for en fyring. Anonymiseringen i den skriftlige del af transskriptionen kommer til udtryk ved deres navne. Navnene er blandt andet P1, P2, etc. Numrene angives i forhold til den rækkefølge, sundhedspersonalet kommer til syne i videoen. I den visuelle del af transskriptionen er de medvirkende anonymiseret ved hjælp af redigeringsprogrammet PhotoShop. Jeg har taget et skærmbillede af situationen, der er relevant for analysen, hvorefter jeg har lagt et filter på billedet, der slører de medvirkendes identitet (jf. 3.3.2 Transskription s. 25)

3.3 Behandling af video-empiri

Afsnit 3.3 har til formål at beskrive indsamlingen af videomaterialet og den måde, hvorpå materialet er blevet behandlet.

3.3.1 Indsamling af videomateriale

Videomaterialet, som jeg er blevet tilknyttet, er arvet fra et kvalitetssikringsprojekt foretaget i 2012 og 2013 (Hallas, Lauridsen og Brabrand, 2018). Da jeg modtog videoerne, var de grovtransskriberet. Det bør dog påpeges, at grovtransskriptionen er mangelfuld. Samtlige grovtransskriptioner kan findes i jf. bilag 1. De to videoer, som jeg har valgt at analysere i mit speciale, er blevet

grovtransskriberet på ny (med udgangspunkt i det første) og dernæst fintransskriberet (jf. bilag 5 og 6).

3.3.2 Transskription

Transskriptionen skal forstås som en proces. Denne proces starter allerede ved indsamling og klargøring af materialet. Indsamlingen af materialet er foretaget med forskellige videokameraer i lokalet. Klargøringen af materialet består blandt andet af at klippe videooptagelserne sammen. Videoerne er optaget fra forskellige vinkler, hvorfor der i de færdige videoklip er forskellige vinkler. Efter klargøring/sammenklipning af videoen foretages det, som Davidsen og Krummheuer (2018) kalder "grovtransskription" (s. 98). Grovtransskriptionen skal give forskeren et indblik i handlingens sekventielle forløb. Grovtransskriptionen er udført med en minimalistisk tilgang til Jeffersonian Transcript System (JTS). "En god grovtransskription er et vigtigt værktøj for det videre arbejde med transskription og analysen" (Davidsen og Krummheuer, 2018, s. 102), men de påpeger også, at sådan en grovtransskription mangler nuancer for at kunne undersøge eksempelvis meningskonstruktion.

Efter grovtransskription og gennemgang af hvilke sekvenser, der er relevante for undersøgelsen, foretages fintransskription. Fintransskriptionen foretages blandt andet for at kunne påvise nuancer og detaljer ved det verbale. Specialer har fokus på det multimodale, hvorfor det visuelle også er en vigtig faktor. Det visuelle er ikke med i grovtransskriptionen, men er med i fintransskriberingen for at påvise vigtige detaljer, eksempelvis når sygeplejerskerne hopper op i sengen for at give hjertemassage. Ved hjælp af nedenstående transskriptionskonventioner vil videomaterialets verbale og nonverbale blive transskriberet.

Tegn	**Beskrivelse**	**Eksempel**
(0.2)	Pauser mellem ture, det kan være mellem to talere eller inden for ens egen taletur. Pauser fra deres egen linje, fordi ingen af deltagerne ejer pausen. Pausen bliver målt i tiendedele af et sekund. I multimodale transskriptioner	N: en:: (0.3) N: to:: (0.3) N: tre::

	forekommer disse pauser i mindre grad, da deltagernes kropslige interaktion ofte fortsætter.	(0.6) N: f:: (1.7) P: NEI
(( ))	Noget, der er svært at transskribere, bliver præsenteret inden for dobbelte parenteser. Usikkerheden om det sagte kan indikeres med forslagene delt af en skråstreg.	N: ((det/den)) Ja
(ser på skærmen)	Inden for enkeltparenteser præsenteres visuelle eller kropslige handlinger.	P: (ser på skærmen)
:, ::, :::	Forlængelse af vokal eller endelsen. Antal af kolon indikerer længden.	N: en::
Store bogstaver	Viser, at den del af ytringen bliver sagt højere (fx råbt).	P: NEI
°lav snak°	Bogstaver inden for gradtegn bliver sagt med lavere stemmeføring (hvisken).	N: °vær sti:lle°
.hh og hh	Ind- og udånding.	P: jaha .hh
[	Indikerer overlap af handlinger (tale og/eller visuel adfærd). Overlap kan afsluttes med en anden parentes [ ] for at vise afslutning på overlap.	P: [og du tar ( )] N: [og det er derfor] jeg sir [((sætter to fingre på skærmen))
↑↓	Tydeligt intonationsspring op eller ned.	P: så↑dan
Visuelle handlinger	Vi anbefaler at fremstille visuel adfærd i en egen række (TR. 3) eller med billede, som bliver refereret til i transskription (se TR. 4).	
Længde af visuelle handlinger	Kan fremstilles med bindestreg.	P: [og det er derfor jeg sir [blik på skræm ----------

Davidsen og Krummheuer, 2018, s. 101

Udover de ovenstående transskriptionskonventioner har jeg markeret visuelle handlinger med blå skrift for at give et bedre overblik i forhold til at se, hvornår noget er en verbal eller nonverbal handling. Ved de sekvenser, hvor den billedlige del af materialet findes relevant for analysen, vil der være slørede skærmbilleder. Se nedenfor for eksempel:

Eksempel på anonymisering (BIN26)

Transskriptioner kan beskrives som et resultat af en nødvendig selektions- og beslutningsproces i arbejdet med videodata (Davidsen og Krummheuer, 2018, s. 92), og det er vigtigt at redegøre for selektionen og derved reflektere over eventuelle konsekvenser ved beslutningsprocessen. Specialet ”har særligt fokus på transskriptionen i forbindelse med næranalyse af videodata, som fokuserer på samspillet mellem menneskers multimodale handlinger (tale, mimik, fagter, kropslige positionering osv.) og objekter i rum og tid” (Davidsen og Krummheuer, 2018, s. 88). Det særlige fokus skyldes, at jeg tager udgangspunkt i, at ”den sociale virkelighed skabes i interaktionen mellem mennesker” (Steensig, 2015, s. 321), hvorfor transskriptionen af multimodale handlinger skal være så nøjagtig som mulig.

3.4 Opsamling

For overblikkets skyld viser nedenstående illustration hvilke områder, jeg har berørt i forrige kapitler på nuværende tidspunkt i specialet.

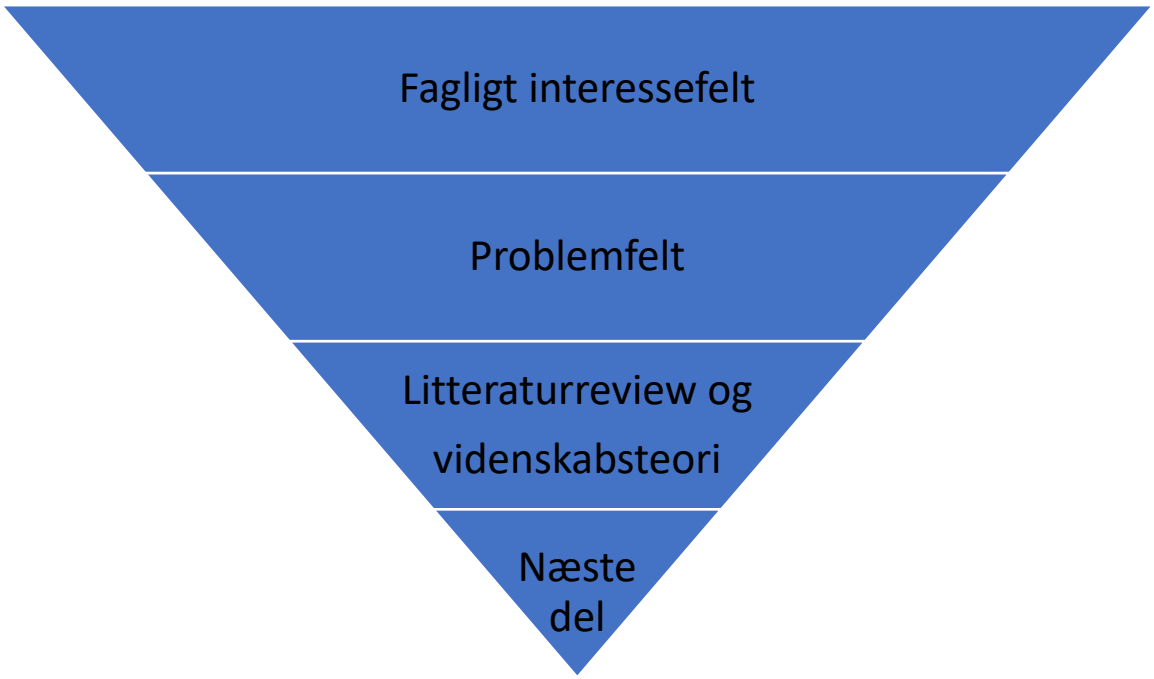


Illustration over specialets berørte områder.

4 Behandling af fænomenet

Kapitel fire har til formål at præsentere samtaleanalysen (CA) som metode og teori. CA vil danne grundlaget for analysen i mit speciale. I afsnittet vil jeg redegøre for CA og for de begreber, der bliver relevante for min analyse. Derudover vil jeg kort redegøre for Charles Goodwins (2000) teori om action and embodiment samt John Heritages (2012) brug af epistemics.

> Et perspektiv er ikke nogen opskrift; det siger ikke noget om, hvad man præcis skal gøre. Det er snarere en vejledning i, hvad man skal lægge mærke til, hvilke vanskeligheder man kan vente, og hvordan man skal gribe problemer an.
>
> Wenger, 2003, s. 137

Således indleder Wenger (2003) sit afsnit om *Teoriens praktiske funktioner* (s. 137). Dette speciale er som tidligere beskrevet induktivt, hvorfor jeg ikke fra begyndelsen har haft et forskningsspørgsmål. Tværtimod er jeg ved at se videomaterialet igennem blevet inspireret og nysgerrig. Dette betyder også, at jeg fra starten af, ikke har haft et teoretisk fokus. I min '5. Analysestrategi' (s. 38) beskriver jeg, hvordan min interesse skal findes i de situationer, hvor sundhedspersonalet træder ud af deres rolle og interagerer med observatøren på stuen. Dette ønsker jeg som sagt at undersøge med udgangspunkt i CA og derudover inddrage perspektiver fra Charles Goodwin (2000) samt John Heritage (2012).

4.1 Samtaleanalyse (CA) som metode og teori

Jævnfør '3.1.1 Videnskabsteoretisk ståsted' (s. 20) beskriver jeg etnometodologien som et forsøg på at undersøge menneskets hverdagslige strukturer ved at afdække deres hverdagsinteraktioner og –praksisser. Som jeg også beskriver tidligere, er formålet med specialet at undersøge sundhedspersonalets samtaler ved simulerede hjertestopsituationer. Mortensen og Wagner (2018) beskriver yderligere, at "Etnometodologien, og dermed også CA, er interesseret i social praksis, som den fremgår af folks 'metoder', dvs. deres måder at handle på." (s. 119). Den sociale praksis er opbygget af systematiske og metodiske fundamenter, hvilket er det, jeg ønsker at undersøge forekomsten af ved simulerede hjertestopsituationer på hospitaler. Steensig (2015) argumenterer for, at CA er en videreudvikling af etnometodologien, og han beskriver CA som "en tilgang, som på

basis af optagelser og udskrifter af autentisk interaktion forsøger at udlede regelmæssigheder om social og kommunikativ adfærd" (s. 321). CA adskiller sig dog fra etnometodologien ved at have et større fokus på regelmæssigheder og resultater, hvorimod etnometodologien har større fokus på, at de metoder, der undersøges, er situerede og specifikke for den enkeltstående case (Steensig, 2015). Kombinationen af CA og etnometodologien – altså EMCA – giver mig derfor mulighed for at undersøge både regelmæssighederne og resultaterne samt have fokus på metoderne.

Det skal ved denne tilgang forstås, at den sociale virkelighed skabes i interaktionen mellem mennesker (Steensig, 2015; Wagner og Mortensen, 2018) – i mit tilfælde både det verbale og nonverbale. Valget af CA som specialets analytiske tilgang, skal findes i, at jeg er interesseret i at undersøge, hvordan samtalen finder sted og udvikler sig sundhedspersonalet imellem ved simulerede hjertestop på sygehusene. Nielsen og Nielsen (2011) beskriver CA som værende en induktiv metode og i forlængelse af dette påpeger Mortensen og Wagner (2018), at "CA adskiller sig fra mange andre former for videnskab, ved at den ikke begynder med en hypotese eller et præcist forskningsspørgsmål, men er en opdagende videnskab" (s. 120). CA-analytikerens fokus er at afdække samtalens iboende orden, der giver analytikeren mulighed for at undersøge "hvilke praksisser samtaledeltagerer i almindelighed behersker uden nødvendigvis at være bevidste om dem" (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 22). Disse praksisser kaldes inden for CA-verdenen medlemskompetence. Nielsen og Nielsen (2011) fremhæver i dette tilfælde en undersøgelse, der er foretaget af Emanuel Schegloff (1979). Hans resultater af undersøgelsen viser blandt andet, at de samtaledeltagende er hurtige til at "drage de relevante og nødvendige konklusioner for at samtalen kan fortsætte" (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 23).

De indledende faser ved CA beskrives som "*unmotivated looking"* (Mortensen og Wagner, 2018 s. 120; Nielsen og Nielsen, 2011, s. 23). I de indledende faser drives analytikeren ikke af en problemformulering eller hypotese (jf. ovenstående citat Mortensen og Wagner, 2018, s. 120). Analytikeren drives af data og undersøger derigennem det, som analytikeren finder relevant at undersøge. Nielsen og Nielsen (2011) beskriver, hvordan analytikeren herefter eksempelvis kan foretage en "dybdeanalyse af en sekvens eller samtale med henblik på at få indblik i et bestemt fænomen eller i interaktionen som sådan" (s. 24). De argumenterer for, at hvis ét særligt fænomen

forekommer, giver det grobund for en indsigt til at undersøge, hvad der gør, at dette fænomen forekommer. Analysen af dette ene fænomen kaldes for "*single case analysis"* (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 24). Hvis det ønskes at undersøge flere forekomster af samme fænomen, kaldes dette for "*collections"* (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 24). Hvis der i analytikerens collection eksisterer afvigelser, kaldes dette for "*devient cases"* (Mortensen og Wagner, 2018, s. 125). Da jeg ønsker at undersøge et bestemt fænomen, vil jeg foretage en single case analysis.

4.1.1 Ti principper

Steensig (2015) præsenterer i *Konversationsanalyse* ti grundprincipper om CA. Disse ti principper dækker en central del af det, som CA tager udgangspunkt i (Steensig, 2015). Selvom det er Steensig (2015), der har opdelt de ti principper, vil jeg under nogle principper supplere med Nielsen og Nielsen (2015).

4.1.1.1 Forståelse

> Forståeligheden er et resultat af en umærkelig men kompleks indsats som vi hele tiden udfører i vores omgang med verden.
>
> Steensig, 2015, s. 323

Steensig (2015) tegner et billede af, hvordan CA ønsker at beskrive de indsatser og procedurer, som vi udfører i hverdagen i vores omgang med verden. Han skriver, at "*Konversationsanalysen handler om hvordan folk forstår verden og hvordan de opbygger og opretholder orden og normer i deres tilstedeværelse"* (Steensig, 2015, s. 323). Han argumenterer for vigtigheden i, at de mennesker, der indgår i en samtale, har en forståelse for samtalens kontekst. Derudover påpeger Steensig (2015), at forståelsen for samtalens indhold bygger på, at de deltagene har en fælles opfattelse af, hvad bestemte ord bruges til, og hvilke situationer samt referencer disse ord bærer med sig. Steensig (2015) fremhæver et eksempel på *affiliation* – hvordan mennesker forhandler og giver udtryk for overensstemmelser og uoverensstemmelser. Menneskets kategorisering af spørgsmål afhænger af formuleringen og den kontekst, som spørgsmålet bliver stillet i. Nielsen og Nielsen (2011) påpeger, at kontekstbegrebet kan bruges til "at observere, hvordan deltagerne orienterer sig indeksikalt imod hinandens handlinger, [hvorfor forskeren kan] studere deres forståelser af den sociale verden" (s.

112-3). Indeksikalitet spiller derved en rolle for kontekst og forståelse, da handlingerne orienterer sig mod den kontekst, de befinder sig i.

4.1.1.2 Interaktionel kompetence

En af de kompetencer, som mennesket besidder, er evnen til at deltage i og bidrage til en betydningsskabelse. De mennesker, der indgår i en samtale, skal besidde evnen til at deltage i den. Steensig (2015) påpeger, at "*It takes two to tango*" (s. 324), hvorfor samtalen som minimum skal have én afsender og én modtager. I forlængelse af dette beskriver han også, at analytikeren ikke kan tolke på en ytring før denne ved, hvordan ytringen behandles af modtageren. Steensig (2015) argumenterer derfor for, at "en af de vigtigste kompetencer vi har som sociale væsener, er lige præcis vores evne til at deltage i og bidrage til denne betydningsskabelse" (s. 324).

4.1.1.3 Fremvisning af forståelse

I forlængelse af interaktionel kompetence bør fremvisning af forståelse fremhæves. Deltagerne i samtalen skal vise en gensidig forståelse af samtalens indhold for at kunne tage samtalen videre. Steensig (2015) forklarer, at fremvisning af forståelse eksempelvis kan ske i forbindelse med ytringer, der begynder med ordet 'fordi'. Derudover beskriver han, at ytringer der indeholder et negativ, eksempelvis 'ikke', vil besvares med en negativ bekræfter, eksempelvis 'nej'. På denne måde kan deltagerne i samtalen fremvise forståelse. I forlængelse af dette argumenterer han også for, at ordet 'ikk' kun bruges efter positive ytringer, og ordet 'vel' bruges efter negative ytringer. På den måde kan afsenderen påvirke modtageren til en forståelse af hvilken ytring, der er den overordnede og hvilken, der er den underordnede.

4.1.1.4 Optagelser og transskriptioner

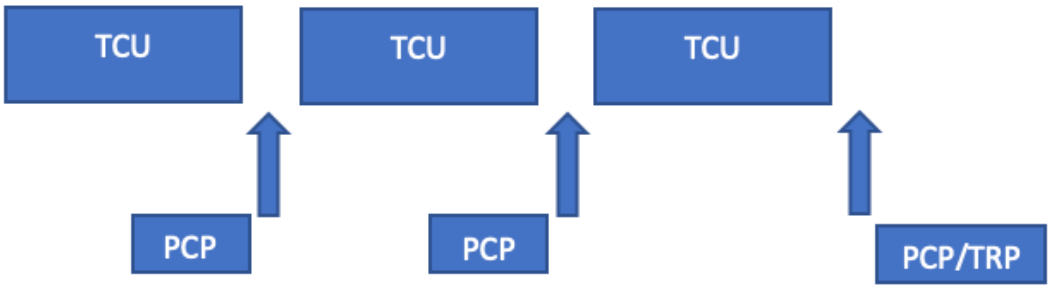
Som jeg har beskrevet tidligere (jf. Behandling af video-empiri) gør brugen af (video-)optagelser det muligt at indfange, genhøre samt gense den måde, hvorpå de deltagene i samtalen interagerer. Samtalen transskriberes for bedre at kunne analysere og undersøge præcis hvilke vendinger, intonationer, etc. der finder sted i samtalen. Optagelsen og transskriptionen giver analytikeren mulighed for at kunne undersøge de små detaljer, der finder sted i en samtale.

4.1.1.5 Handlinger

De fleste af de handlinger, mennesket foretager, beskriver Nielsen og Nielsen (2011) som sociale handlinger, da essensen af sociale systemer er handling. De giver eksempler på, hvad en social handling kan være: ”invitation, irettesættelse, ros, tilbud, afslag, accept, rapportering, nyhedsrapport, redegørelse, forklaring, undskyldning og anklage” (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 30). Handlinger kan både være verbal og nonverbal, og Steensig (2015) beskriver, at mennesket sjældent kun interagerer for at videregive informationer, ”*men derimod for at udføre handlinger for, med og mod hinanden*” (s. 326). CA’s primære fokus er at undersøge den sociale handlings struktur. ”Confirming allusions” (Steensig, 2015, s. 327) er et eksempel på CA’s princip om, at handlinger altid skal undersøges. Confirming allusions betyder at bekræfte en hentydning, hvilket blandt andet kommer til udtryk gennem gentagelse af den forudgående talers ytring.

4.1.1.6 Taleture

Taleture udgøres af verbale handlinger. Taleture udgøres af turkonstruktionsenheder (TCU), der ”er et stykke tale som kan udgøre en kommunikativ handling” (Steensig, 2015, s. 327). Samtalen er opbygget af et fælles turtildelingssystem, som afgør hvem der skal/kan tale, når en TCU er afsluttet. Nielsen og Nielsen (2011) beskriver, hvordan *turallokering* har en betydning for, at mennesker ikke taler i munden på hinanden under en samtale. Turallokering kan også beskrives som tildeling af taleture. Nedenfor ses en grov skitsering af taleture:



Model over taletur (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 35)

TCU	Turn constructional units (turkonstruktionsenheder)
PCP	Possible, completion points (mulige færdiggørelsespunkter)
TRP	Transition relevance places (overgangsrelevante steder)

Nielsen og Nielsen (2011) argumenterer for, at det er de tre ovenstående fænomener, der "muliggør mundtlig kommunikation på en struktureret og meningsfuld måde" (s. 35). De beskriver, at det netop ved inddragelse af nonverbale handlinger besværliggør dét at opstille en så firkantet model, og derudover kan det også være svært at afgøre, hvornår taleturen skifter. Nielsen og Nielsen (2011) citerer Steensig for "det en deltager siger, til han/hun begynder til han/hun holder op" (s. 35), hvilket er den definition af taletur, der anvendes i specialet.

4.1.1.7 Turkonstruktionsenheder og projicering

Steensig (2015) forklarer, at ved hjælp af genkendelige metoder fra samtaledeltagerens interaktionelle kompetence opbygges turkonstruktionsenheder (TCU) og yderligere, at "dette gør at samtaledeltagere kan forudsige hvad der skal til for at en påbegyndt enhed kan afsluttes" (s. 329). Denne metode kaldes for projicering og er vigtigt for funktionen af turtildelingssystemet. For at kunne vurdere hvorvidt en ytring med overlap er en afbrydelse eller koordination, er det vigtigt at have indsigt i turkonstruktionen. Nielsen og Nielsen (2011) beskriver, at "Sprogbrugere har en forbløffende evne til at orientere sig efter mulige færdiggørelsespunkter og koordinere deres tale derefter" (s. 45). Denne evne betyder, at eksempelvis overlappende tale og pauser mellem taleture meget sjældent finder sted, til trods for at taleture ikke på forhånd er fastlagt i hverdagslige samtaler.

4.1.1.8 Sekvenser

Som jeg beskriver tidligere, kan handlinger både være verbale og nonverbale. Hver af disse handlinger skal sættes i forbindelse med en handlingssekvens. Hver handling opstiller betingelser for, hvad der som den næste handling er relevant og hvordan dette skal fortolkes (Steensig, 2015, s. 330). Handlingsbetingelserne og relevante respons dertil er altså sekvenser. Sekvenser kan også beskrives som genkendelige handlingsforløb. Et af de mest genkendelige handlingsforløb er *adjacency pairs* (ytringspar), der er en sekvens, som består af minimum to handlinger eksempelvis spørgsmål-svar, hilsen-hilsen og anmodning-imødekommelse/afvisning (Steensig, 2015). Et turpar kan udvides til længere sekvenser. Forlængelse af sekvenser kan gøres ved brug af preliminary, hvilket kan medvirke til en handling ikke tolkes dispræfereret (jf. 4.1.1.9 Præferencer) af modtageren. Handlingerne skal være produceret af forskellige personer (Nielsen og Nielsen, 2011).

Det er også her *conditional relevance* (konditionel relevans) spiller en rolle, da "Givet den første, bliver den anden forventelig (…) alt dette er givet af forekomsten for den første" (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 62). Ved en forsinkelse eller fravær af den næste pardel (conditional relevance), vil forsinkelsen eller fraværet behandles som *accountable*. Accountable betyder, at der forlanges en forklaring på den manglende pardel.

4.1.1.9 Præferencer

Præference-begrebet dækker over noget strukturelt, hvor taleren har mulighed for at besvare med flere alternative handlinger. Ud af disse handlinger er der én handling, der er særlig oplagt eller uproblematisk (præfereret). Steensig (2015) uddyber, at "*Normerne for hvilken handling, der er præfereret (…), kan nemlig ses ved at denne handling udføres uden videre*" (s. 333). Med begrebet præference forsøger man at gøre opmærksom på den måde, hvorpå samtaledeltagerne svarer det, der er oplagt og socialt forventet af dem eller det modsatte (dispræfereret). Steensig (2015) argumenterer for, at det ved hjælp af præference-begrebet er muligt at undersøge sociale og kulturelle normer, hvorfor det er et stærkt analytisk redskab.

4.1.1.10 Reparatur

Reparatur beskriver den måde, hvorpå deltagerne forholder sig til problemer i samtalen. Det er primært taleren selv, der foretager reparaturen (Steensig, 2015). Reparaturer er en del af menneskets interaktionelle kompetence og de findes i forskellige former: selvinitieret reparatur og andeninitieret reparatur. Et selvinitieret reparatur er, når samtaledeltageren reparerer på sin egen ytring. De er de oftest forekommende. Et andeninitieret reparatur er, når samtaledeltageren reparerer på en andens ytring. Disse forekommer sjældnere. Reparaturerne er typisk at finde:

> - I første tur, dvs. i den samme tur som 'problemet' opstår i (…).
> - I næste tur, dvs. af en anden taler og i turen lige efter problemkilden (…).
> - Eller i den efterfølgende tur af den oprindelige problemkildeproducent, dvs. af førstetaler i tredje tur (…).
>
> Nielsen og Nielsen, 2011, s. 81-2

4.2 John Heritage og Epistemics in Action (2012)

John Heritages (2012) artikel Epistemics in Action *inddrages med henblik på at kunne drage på nogle af de aspekter, der gør sig gældende i samtaledeltagernes vidensområde. Det er ikke alle hans begreber, der inddrages.*

Heritages (2012) *Epistemics in Action* bygger på samme tradition som CA. Heritage (2012) præsenterer to epistemiske status: K+ og K-. Den epistemiske status K+ er "more knowledgeable" (s.4), hvilket betyder at det, der tales om, er inde for talerens epistemiske domæne. Den epistemiske status K- er "less knowledgeable", hvilket betyder, at samtalen er uden for talerens epistemiske domæne. Talerens epistemiske status vil variere alt efter, hvilken kontekst vedkommende befinder sig i (Heritage, 2012). En talers epistemiske status kan som resultat af interaktionel erfaring udvikle sig over tid. Heritage (2012) uddyber, at "epistemic territories embrace what is known, how it is known, and persons' rights and responsibilities to know it" (s. 5-6).

Han argumenterer for, at en samtaledeltager kan have en epistemisk forrang i samtalen. Den epistemiske forrang kan komme til udtryk gennem verbale og nonverbale handlinger, såsom at optone eller nedtone en handling. Som udgangspunkt er det den første taler i samtalen, der har den epistemiske forrang, men det er muligt at ændre denne forrang og nedtone ved hjælp af eksempelvis "måske" og "jeg tror". Heritage (2012) beskriver, at *tag-questions* (påhængsspørgsmål) har to formål. Det første er at bede om informationer. Det andet er, når taleren har behov for bekræftelse af sin ytring. Påhængsspørgsmålene kommer ofte til udtryk ved først at have en ytring og dernæst et minispørgsmål (Heritage, 2012) eksemeplvis 'ik os'.

4.3 Charles Goodwin og Action and Embodiment within situated human interaction (2000)

Charles Goodwins (2000) artikel Action and Embodiment within situated human interaction *inddrages for at kunne belyse de handlinger, der udføres nonverbalt.*

Charles Goodwin (2000) argumenterer for, at menneskelig interaktion udgøres af forskellige semiotiske ressourcer, hvorfor det ikke kun er deltagerne, der sætter rammen, men alle de ting, der indgår i interaktionsrummet. Han påpeger, at "Talk itself contains multiple sign systems with

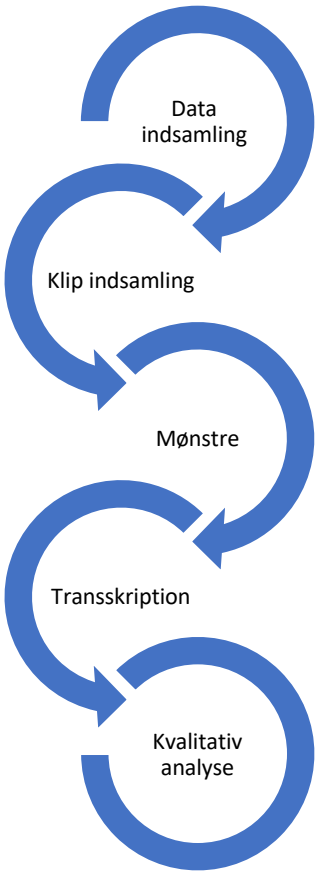
alternative properties (…). The body is used in a quite different way to perform gesture" (Goodwin, 2000, s. 1489), hvilket eksempelvis kan komme til udtryk, når sundhedspersonalet tager sengegærdet af i hjertestopsituationen. Denne type af handling beskriver han som *Contextual configuration* (kontekstuel konfiguration) (Goodwin, 2000). Han mener her, at mennesket har flere modaliteter til rådighed, som de trækker på det, når de har brug for det. De semiotiske ressourcer, der er relevante, skal man tage højde for og i så fald anvende. Når de trækker noget ind, bliver det en del af deres kontekstuelle konfiguration, og når det har udgjort sin rolle, kan det meldes det ude igen. Deltagerne i en samtale koordinerer deres handlinger ud fra konteksten og de omgivelser, de befinder sig i. Da konteksten og omgivelserne er foranderlige, ændrer den kontekstuelle konfiguration sig kontinuerligt (Goodwin, 2000).

Foruden contextual configuration, fremhæver Goodwin (2000) *participation framework*, som han har fået inspiration til gennem Erving Goffman. Med begrebet participation framework forsøger analytikeren at afdække de forskellige interaktionelle roller som mennesket og andre semiotiske ressourcer udgør. Både den kropslige ageren og de andre semiotiske ressourcer, der stilles til rådighed, har en betydning for interaktion. Goodwin 2000) påpeger, at verbale og nonverbale handlinger er gensidigt afhænge, og at meningsdannelse sker igennem brugen af disse semiotiske ressourcer. Eksempelvis snakker sundhedspersonalet ikke kun sammen; de snakker sammen mens de går rundt på stuen og hopper op i sengen. Goodwin (2000) stiller skarpt på, hvad der ellers sker i samtalen, og hvilken betydning det kan have for samtalens udfoldelse.

5 Analysestrategi

Kapitel fem vil der blive redegjort for den måde, hvorpå jeg vil gribe analysen an. Kapitlet starter med beskrivelse af min vej frem til udformningen af specialets problemformulering, der vil blive præsenteret afslutningsvis.

Videoerne er blevet gennemset af flere omgange. Da specialet er induktivt, var den første gennemgang af videoerne for at kunne danne mig et overblik. For det første for at undersøge hvad de forskellige videoer omhandler, hvor jeg løbende har noteret ned, hvornår der sker hvad eksempelvis hvornår hjertestoppet kaldes og hvornår hjertemassage påbegyndes. Dernæst for at undersøge hvilke øjeblikke, som jeg fandt interessante at undersøge nærmere.



Oversigt over specialets induktive analysefremgang

Den ovenstående model beskriver min proces omkring min dataforståelse, udvælgelse, finde mønstre, transskription af det udvalgte materiale og afslutningsvis arbejdet hen mod analysen. Før der arbejdes videre med analysen i næste afsnit, vil jeg redegøre og argumentere for valg af analysefokus. Det, der er kendetegnet ved CA, er "at sætte sprog på *the seen but unnoticed*" (Wagner og Mortensen, 2018, s. 122).

5.1 Hvad ved jeg nu?

For at kunne have et overblik over, hvad jeg har set og mine tanker undervejs, har jeg opstillet en tabel i et word-dokument (jf. bilag 7), hvor jeg har fire spalter. Navnene på disse fire spalter er: *Navn på video + længde*, *Handlingsforløb*, *Analyse* og *Relevans/komm*. Formålet med dette er at lære mit data bedre at kende. Nedenunder ses et udklip fra den måde, jeg har gjort det på:

Navn på video + længde	**Handlingsforløb**	**Analyse**	**Relevans/komm.**
BIN11 *09:15* *00:59* *00:19*	Observatøren er der **Klip 1:** kommer ind på stuen 01:17. Kalder hjertestop 01:52. Påbegynder hjertemassage 02:00. Åbner defibrillator 03:44. Sat på 04:00 Sygeplejerskerne snakker og griner. **Klip 2**: Den ene sygeplejerske står lænet op ad sengegærdet – er det normalt under et 'rigtigt' hjertestop? Trækker vejret 00:42 Sygeplejerskerne griner af dukkens 'kommentarer' **Klip 3**: Viser navne	Undersøg defibrillatorens affordances. Turtagning af hjertemassage.	Defibrillator anvendes.

Eksempel på behandling af empiri (jf. bilag 7)

Efter at have gennemset videomaterialet er jeg blevet opmærksom på nogle af de mønstre, som optræder ved de simulerede hjertestop. I materialet eksisterer der forskellige mønstre i interaktionen blandt andet i den måde, hvorpå sundhedspersonalet henvender sig til dukken. Eksempelvis henvender sundhedspersonalet, der træder ind på stuen, sig altid til dukken ved at hilse på dukken for derefter at spørge, hvordan den har det. Dukken reagerer altid ved at svare, at den "har det skidt"/"har det dårligt" (jf. bilag 1). Forskningsartiklen *Sensemaking in the formation of basic life support teams - a proof-of-concept, qualitative study of simulated in-hospital cardiac arrests* (2018) fremhæver et af de mønstre, der eksisterer i cirka en fjerdedel af videomaterialet. Hallas, Lauridsen og Brabrand (2018), der er forfattere af førnævnte artikel, beskriver, hvordan sundhedspersonalet i de respektive videoer søger en bekræftelse af hinanden for at erkende hjertestoppet.

Et af de andre mønstre, der går igen i videomaterialet, er, at sundhedspersonalet de fleste af gangene griner, når de netop henvender sig til dukken (jf. bilag 1). Når sundhedspersonalet har erkendt et hjertestop, lader det til, at de træder ind i rollen, hvor de skal give livreddende førstehjælp og det virker som, de glemmer, det er en dukke, de behandler. Når dukken vågner igen, træder de ud af rollen og begynder dernæst at grine igen – som om, de kommer i tanke om, hvilken situation det er, de har stået i.

Selvom jeg ikke er uddannet inden for det sundhedsfaglige felt, har jeg hæftet mig ved den måde, hvorpå sundhedspersonalet går til opgaven på. Der er forskellige procedurer, som de foretager sig. De sænker sengen til laveste niveau som muligt og sørger for at patienten ligger så fladt som muligt. De fjerner sengegavlen og skubber sengen ud fra væggen, så det er muligt at bevæge sig rundt om sengen. Indimellem ligger de et bræt ind under patienten, formentlig med det formål at få en hårdere underflade, så hjertemassagen bliver så effektiv som muligt.

Noget, jeg undrede mig meget over, var, at dukken altid vågnede op efter cirka 8 minutters hjertemassage. Som jeg også beskriver i præsentation af casen, forklarede Peter Hallas mig, at der er negative konsekvenser ved dødsfald i simulerede situationer, da sundhedspersonalet, der står i situationen, får en følelse af at fejle, hvilket betyder de får et dårligere selvværd. Jeg ville gerne have kendt til den pointe fra start, da det kunne have sparet mig for meget undren.

Andet, jeg observerede undervejs i min gennemgang af videomaterialet, er den læringsatmosfære, der befinder sig under de simulerede hjertestop. Sundhedspersonalet har overordnet styr på at yde den livreddende HLR, men der er også situationer, hvor sygeplejerskerne retter på hinanden ved at opfordrer til at køre i et enten hurtigere eller langsommere tempo, at trykke hårdere ved selve massagen eller gøre opmærksom på andre faktorer, der kunne gøre HLR-situationen lettere.

Derudover lagde jeg også mærke til et mønster i hierarkiet blandt sundhedspersonalet. I mit videomateriale er det sygeplejersker, der først træder ind på stuen. Dette hænger sammen med, at det er sygeplejersker, der bliver tilkaldt, når dukken (observatøren) hiver i snoren for hjælp. Her er det som regel den første sygeplejerske på stuen, der danner sig et overblik. Dette overblik overlader sygeplejersken til den læge, der (i de fleste tilfælde) træder ind på stuen. Eksempelvis i BIN26, som jeg vil gå i dybden med i min analyse. Her kommer lægen øverst i hierarkiet, selvom hun er den sidste, der træder ind på stuen. Efter hende ankommer en ældre læge, der bliver ny øverste mand i hierarkiet.

Analysestrategien berører forskellige mønstre i videomaterialet. Den induktive tilgang har gjort mig opmærksom på tidspunkter, hvor sundhedspersonalet afviger fra deres rolle. Det næste afsnit vil uddybe præsentere min problemformulering.

5.2 Problemformulering

Et forskningsspørgsmål skal forstås som en ledestjerne for de beslutninger, der træffes gennem udarbejdelsen af eksempelvis et speciale (Gravengaard og Kjær, 2018). Ved udarbejdelsen af et sådan forskningsspørgsmål bør man have disse tre spørgsmål med i sine overvejelser: ”Hvad ved vi allerede om det givne emne? […] Hvad ved vi ikke? […] Hvad vil vi gerne vide?” (Gravengaard og Kjær, 2018, s. 288). Der eksisterer ikke meget forskning inden for det givne emne. Jævnfør ’2.1.1 Litteraturreview’ (s. 9) klarlægger jeg beskrivelser og argumentationer for, hvilken forskning der eksisterer inden for simulerede læringssituationer (Stokoe, 2015; Jensen og Fuhlendorff, 2015), hvordan simulationstræning anvendes internationalt (Datta m.fl., 2012), og hvordan mennesket tilegner sig viden og lærer i de praksisfællesskaber, de befinder sig i (Wenger, 2003). I afsnittet ’2.3 Præsentation af case’ (s. 16), inddrager jeg en artikel, der er udarbejdet af Hallas, Lauridsen og

Brabrand (2018), der arbejder med samme data, som jeg gør. De har særligt haft fokus på at identificere tre elementer af meningsdannelse gennem samtale: *co-orientation*, *re-presentation* og *sub-ordination* (Hallas m.fl., 2018). I samme afsnit inddrager jeg to artikler *To Die or Not To Die* af Covetto og Taekman (2013) samt *When the Mannequin Dies, Creation and Exploration of a Theoretical Framework Using a Mixed Methods Approach* af Tripathy, Miller, Berkenbosch, McKinley, Boland, Brown og Calhoun (2016). Artiklerne berører feltet omkring, hvorvidt dukken skal overleve i simulationsøvelser samt fordele og ulemper ved begge udfald.

På baggrund af de pointer og den viden, jeg har tilegnet mig gennem mit '2.1.1 Litteraturreview' (s. 9) og yderligere i '2.3 Præsentation af Case' (s. 16), er jeg blevet opmærksom på, hvad vi ikke ved om feltet. Jeg ikke kunne finde forskning i eller undersøgelser af, hvordan samtalen udfolder sig, når en simulator udfylder en af samtalerollerne, og derudover er manglen på forskning inden for feltet omkring simuleret genoplivning og den læring, der finder sted derigennem, meget lille og til mit kendskab ikkeeksisterende i kombinationen med CA. Disse tanker og observationer af videomaterialet leder mig frem til følgende problemformulering:

> Hvordan interagerer sundhedspersonalet i de situationer, hvor de afviger fra deres rolle som livreddende fagpersonel?

For at besvare min problemformulering vil jeg foretage analyser af to videoer henholdsvis video BIN18 og video BIN26. Fra hver video vil jeg uddrage nogle sekvenser, og for de sekvenser, der inddrages i analysen, vil jeg indledningsvis lave en kontekstbeskrivelse. Dernæst vil jeg analysere sekvenserne, og afslutningsvis i kapitlet vil jeg opsamle i en delkonklusion. Transskriptionen vil være lige efter kontekstbeskrivelse, hvor skærmbilleder fra videoen vil være at finde i små udgaver sammen med transskriptionen. Skærmbillederne vil være i større udgave efterfølgende.

6 Analyse af fænomenet

Jævnfør '5. Analysestrategi' (s. 38), er der mønstre i den måde, hvorpå sundhedspersonalet håndterer det simulerede hjertestop på. I sjette kapitel, der udgør specialets analyse, ønsker jeg at undersøge to situationer, hvor sundhedspersonalet træder ud af rollen som livreddende førstehjælp og derimod begynder at henvende sig til observatøren. I hver af de to analysedele vil mit fokus være på, hvornår og hvordan sundhedspersonalet bryder ud af denne rolle. Afslutningsvis vil jeg sammenholde de to analysedele for at undersøge, hvorvidt der eksisterer sammenligninger i de to forskellige situationer.

Analysen vil, som jeg tidligere har beskrevet, tage udgangspunkt i to cases: BIN18 (jf. bilag 5) og BIN26 (jf. bilag 6). I video BIN18 er der foruden observatøren to sygeplejerske, og i video BIN26 er der foruden observatøren tre sygeplejersker og to læger. Som jeg nævner i afsnittet '2.3 Præsentation af case' (s. 16), består hver mappe af to til tre videoer, hvorfor der i feltet "navn på video + længde" er angivet længde på tre klip i en mappe. Den nedenstående tabel viser, hvad jeg noterede mig første gang, jeg så videoerne:

Navn på video + længde	**Handlingsforløb**	**Analyse**	**Relevans/komm.**
<u>BIN18</u> *09:15* *03:56* *00:32*	**Observatøren er der** **Klip 1**: Sygeplejerske ankommer 'først' 02:28. Hjertestop 03:07. Påbegynder hjertemassage 04:20. Ventilator driller. 05:15 påbegynder anden omgang hjertemassage. Hiver i snor til hjertestop 06:30. To sygeplejersker. Defibrillator sættes på 09:10 **Klip 2**: Sygeplejerskerne har glemt at fjerne noget fra elektroden, hvorfor	Turtagning. Hvordan er det, sygeplejerskerne agerer i dette afsnit? Den ene sygeplejerske går ud af sin rolle og interagerer med manden, som observerer.	Defibrillator anvendes. (en anden slags defibrillator)

	den i lang tid beder dem om at tjekke elektroderne. 03:36 dukken vågner **Klip 3**: viser navne		
BIN26 *09:15* *00:18* *00:25*	**KLIP 1**: Griner og råber 'jeg har brug for hjælp herinde'. Hjertestop 00:40. Griner igen. Påbegynder hjertemassage 01:25. Lægen spørger 'kommer det rigtige hjertestop hold?' og spørger ind til overvågning og hjertestarter. Den anden læge snakker med observatøren. Griner. Lægerne bliver ved med at spørge observatøren. Dukken vågner 09:02. **KLIP 2**: Griner **KLIP 3**: Viser navne	Turtagning. Bryde ud af roller. 'Sådan plejer det ikke at være'	Ingen defibrillator

Udklip fra mine observationer (jf. jf. bilag 7)

Forkortelser af personer, der optræder i transskriptionen:

DU	Dukken
O	Observatøren
P1,2,3,4,5	Personale 1, 2, 3, 4, 5
U	Ukendt
DB	Defibrillator

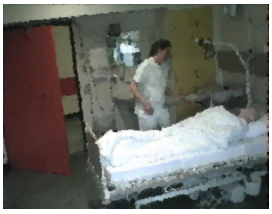
6.1 Optakt til hjertemassage

Min første analysedel vil tage udgangspunkt i den samtale, der finder sted i det øjeblik, den første sygeplejerske træder ind på stuen, og indtil hjertemassagen påbegyndes.

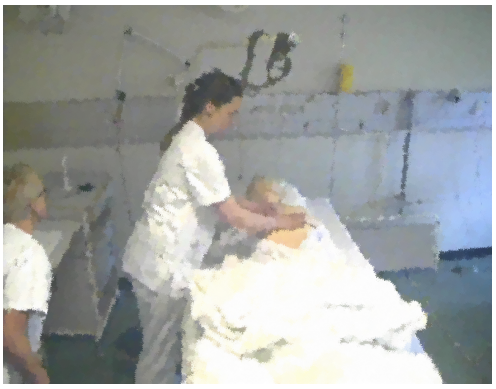
6.1.1 BIN 18, linje 29-84 (jf. bilag 5)

6.1.1.1 Kontekstbeskrivelse

På dette tidspunkt i samtalen er sygeplejersken (P1) netop ankommet på stuen. Der er gået cirka to og halvt minut efter observatøren har hevet i den snor, der betyder, at patienten har brug for hjælp. Den anden sygeplejerske (P2) ankommer cirka et halvt minut senere end den første. Der er, foruden observatøren, i alt to sygeplejersker til stede i dette klip, hvilket adskiller sig fra det øvrige videomateriale. Der er som regel mindst tre til stede på stuen, hvoraf en er læge. Tidsintervallet for denne sekvens er to minutter og et sekund.

29	U	(det banker på døren)	
30	P1	(en sygeplejerske kigger ind)	
31	O	dar en dårlig patient	
32	P1	nåh↑ (trykker på en knap ved døren, der ringer)	
33	P1	(går ind på stuen over mod patienten)	
34	DU	°hai [jar skidt]°	
35	P1	[hej hej] hallå:	
36	DU	°jar ka ik kom [op]°	
37	P1	[er] du vågen	
38	DU	°ja ja jar ka (P1 går væk fra sengen) ik få luft°	
39	P1	(( ))	
40	P1	(forlader stuen)	
41	P1	(kommer retur på stuen og går over til sengen)	
42	P1	°det ser ud til at han ik trækker vejret°	
43	P1	(tager dynen stille af og aer DU på håret)	
44	P1	(kigger bagud)	
45	P2	(kommer ind på stuen)	
46	P2	hva det	
47	P1	ja:[rh]	
48	P2	[j]a↓	
49			
50	P2	det ka være han ik [ka]	
51	P1	[er] det ik vejrtrækningsproblemer noget	
52	DU	(holder op med at trække vejret)	
53	P2	ja men nu er der stop	
54	P1	nu er der stop	
55	P2	ø::h ø::h jeg henter a vogn	
56	P1	jaer	
57	P2	og kalder stop	
58	P1	jaer	
59	P1	(forlader stuen)	

60	P2	(putter dynen rundt om DU og forlader stuen)
61		(13)
62	O	det er et alternativt hjertestop det her °he°
63		(09)
64	P1	(sætter flag med hjerte udenfor stuen, der indikerer hjertestop)
65	P2	(kommer ind med stopvogn og efterfulgt af P1)
66	P2	men det bliver (( )) så ka:: vi jo: heller ik ø::h
67	P2	(sætter iltflaske og går rundt med skammel)
68	P1	(kigger på P2 og hæver sengen)
69	P2	ska jeg stå herom for at filme eller wa:
70	P2	(kigger på O)
71	P2	hva begyndr du mæ:
72	P2	(går rundt om sengen)
73	P1	ø:::h
74	P2	gir du ø:h massage eller↑
75	P1	°det ka jeg godt°
76	P2	vi ska lige ha den her væk (fjerner sengegavl)
77 78	P1	(hæver stadig sengen, tager dynen forsigtigt af DU og knapper skjorten op)
79	P2	°o::g øh ilt og det ska vi os li:ge ha til°
80	P1	(mærker/trykker DU på brystet)
81	P2	det er jo sådan lidt kunstigt (0.5) det hel[e]
82 83	P1	[vi] (påbegynder hjertemassage) starter
84	P2	du starter



Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.1.1.2 Analyse

Da P1 træder ind på stuen, henvender observatøren sig til sygeplejersken og siger "dar en dårlig patient"[1] (linje 31). Det er bemærkelsesværdigt, at det er observatøren, som starter samtalen, da sygeplejerskerne i andre videoer henvender sig direkte til dukken (jf. bilag 1). Dette forstår jeg som en turallokering, da observatøren, der er den talende, giver taleturen videre til P1, hvorfor det naturligt er hende, der har næste taletur. Observatørens ytring afslører derudover også, at det er dukken, der er dårlig, og indikerer derved, at dukken har brug for hjælp, hvilket danner fundamentet for, at P1 henvender sig til dukken. Hun besvarer hans ytring med minimalresponsen "nåh" (linje 32), der har stigende intonation, hvilket kan beskrives som en tilstandsskiftemarkør (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 92). Denne tilstandsskiftemarkør indikerer, at taleren har indset noget, da en anden ytring har været informativ. I dette tilfælde har den informative ytring været observatørens taletur "dar en dårlig patient" (linje 31). En anden grund til, at han starter samtalen, kan også være fordi, han har ventet længe på, at sygeplejersken skulle komme ind på stuen. Dermed ønsker han at gøre P1 opmærksom på dukkens tilstand. Derudover er det ikke normalen, at observatøren henvender sig til personalet på stuen. Tværtimod plejer personalet at ignorere observatøren, henvende sig direkte til dukken og spørge ind til dennes tilstand (jf. bilag 1).

P1 tager observatørens turallokering til sig og henvender sig til dukken, der i sin første taletur lavmælt siger, "°hai [jar skidt]°" (linje 34). I dukkens taletur bliver den overlappet af P1s ytring "[hej hej] hallå:" (linje 35). I dukkens efterfølgende taletur ytrer denne lavmælt "°jar ka ik kom [op]°" (linje 36), hvor den igen bliver overlappet af P1, der siger " [er] du vågen"

[1] 'Patienten' vil fremadrettet blive refereret til som 'dukken'.

(linje 37). I linje 38 siger dukken ” °ja ja jar ka (P1 går væk fra sengen) ik få luft°” samtidig med, at P1 vender sig væk fra dukken og forlader stuen. Fra linje 34 til og med linje 39 indeholder tydelige overlap af P1 og dukkens ytringer. Nielsen og Nielsen (2011) betegner overlap som værende ”et resultat af fint samarbejde mellem samtaledeltagerne” (s. 86). I dette tilfælde er jeg dog uenig med dem. Nielsen og Nielsen (2011) præsenterer 14 forskellige slags overlap, men overlappene tager ikke højde for interaktion med en simulator, der også kan betegnes som en robot. Simulatoren er ikke en ordinær interaktionsperson, og den fordrer derfor nogle andre præmisser ved samtalen, end hvis det var to mennesker. Et af de præmisser er, at simulationsdukken ikke reagerer på et overlap, hvis en anden i rummet begynder at tale. Dukken styres, som jeg tidligere har nævnt, af observatøren på stuen, hvorfor dukken reagerer korrekt på de spørgsmål, der bliver stillet eksempelvis i afslutningen af denne øvelse, hvor P2 spørger ”hvordan ha:r du:t?” (linje 264), hvortil dukken besvarer ”jar har det ik så godt” (linje 266). En anden præmis er den måde, hvorpå sundhedspersonalet skal være opmærksomme på at lytte til dukkens ytringer på en anden måde og derudover også tilegne sig en forståelse for, at dukken ikke er en almindelig aktør i en samtale.

Det første tilfælde af overlap sker i afslutningen af dukkens taletur, hvor den kommer med en vigtig information om, at den har det ”skidt” (linje 34). P1 begynder sin taletur med at henvende sig til dukken med tre velkomsthilsner ”[hej hej] hallå:”. Disse gentagelser indikerer en tvivl om, hvorvidt dukken reagerer på hendes velkomsthilsen, hvorfor jeg spekulerer over, hvorvidt sygeplejersken lytter til det, dukken siger. Hun henvender sig på samme måde, som de andre sygeplejersker fra det andet videomateriale, men ud fra hendes overlap med dukken tolker jeg det som om, hun ikke reagerer på dukkens ytringer, da hun ikke besvarer dem. I dette tilfælde tolker jeg, at hun ikke anerkender dukken for at være en del af samtalen. Derudover forstår jeg, at det kan være akavet og virke falskt at skulle interagere med en simulator, hvilket kan være en af årsagerne til hendes mangel på anerkendelse. Samtidig er hun også blevet informeret om, at simulationsøvelsen ville finde sted (jf. Præsentation af case), hvorfor hun også ved, hvad der skal ske: dukken får et hjertestop, hvorfor hun skal hente hjælp. I linje 40 forlader P1 stuen.

Da P1 returnerer til stuen, siger hun lavmælt ” °det ser ud til at han ik trækker vejret°” (linje 42). Samtidig med dette tager hun dynen af dukken og aer den på hovedet (linje 43).

Dette tolker jeg som et forsøg på at være omsorgsfuld, men som også betyder, at hun bliver misforstået kærlig, da det ikke er det, dukken har brug for, hvis den er holdt op med at trække vejret. Jeg bider mærke i, at P1, foruden observatøren og dukken, er den eneste til stede på stuen. Et begreb, jeg vil inddrage i dette tilfælde, er *online commentary*[2] (Heritage og Stivers, 1999). P1 beskriver nemlig det, hun oplever, simultant. Hun oplever, at dukken ikke trækker vejret, hvorfor hun ytrer dette samtidig med, at hun bukker sig ned over dukken. Online commentary sker "during examination of patient can serve as a reassuring function" (Heritage og Stivers, 1999, s. 1515), og selvom P1 ikke er patient, tolker jeg dette som en måde, hvorpå hun beroliger sig selv – og måske også observatøren – ved at sætte ord på det, hun oplever.

P2 ankommer til stuen efterfølgende og stiller spørgsmålet "hva det" (linje 46), hvortil P1 bekræfter med "ja:[rh]", som overlappes af P2s bekræfter i form af "[j]a↓". Disse bekræftelsesmarkører identificeres både på baggrund af den forlængede ordlyd og derudover også på grund af den faldende intonation. For udestående i denne situation er det ikke til at vide, hvad det er, de bekræfter, hvilket indikerer en indforståethed og common-world mellem hinanden i forhold til situationen. I forlængelse af disse ytringer, tager P2 taleturen, hvor hun siger " det ka være han ik [ka]" (linje 50). P2's brug af "ka være" tolker jeg som en usikkerhed i forhold til det, hun ikke når at få sagt, inden hendes ytring overlappes af P1 "[er] det ik vejrtrækningsproblemer noget af da" (linje 51). Dette overlap karakteriseres som et "overlap pga. start før 'gættelig' afslutning" (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 88), da P2 har en formodning om, hvad P1 vil ytre. Da P2 ikke protesterer efterfølgende over overlappet, tolker jeg dette som værende en rigtig formodning fra P1s side. Modsat protesten bekræfter hun P1s ytring om, at det må være vejrtrækningsproblemer, da hun starter den næste taletur med en bekræfter "ja men nu er der stop" (linje 53). Dette tolker jeg som en enighed, hvorfor det går fra at være et usikkert "ka være" (linje 50) til "nu er der" (linje 53). En yderligere bekræftelse kommer i linje 54, der kan beskrives som en confirming allusions, da P1 gentager P2s ytring "nu er der stop".

[2] John Heritage og Tanya Stivers (1999) forklarer i deres artikel *Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations*, at online commentary er en simultan beskrivelse eller evaluering af det som aktøren ser/hører/føler.

I næste taletur ytrer P2 ”ø::h ø::h jeg henter a vogn” (linje 55). Lydforlængelsen i hendes ”ø::h” indikerer en usikkerhed, og kan derudover også indikere en fremadrettet reparatur, da hun endnu ikke har ytret sig. Kombinationen af lydforlængelsen og den fremadrettede reparaturindikator tolker jeg som en måde at købe sig tid på, mens hun overvejer, hvad det er, der skal ske og gøres. I den sidste del af ytringen, siger hun, at hun henter vognen[3] og dernæst ”og kalder stop” i linje 57. Disse to taleture brydes af P1s minimalrespons, hvor hun bekræfter med ”ja”. Dette betyder, at talen bliver modtaget. På trods af P2’s usikre start i ytringen linje 55, tolker jeg hende som værende i K+, da hun ender med at give ordrer – dog kun til sig selv i disse taleture. P1 tolker jeg som værende i K-, da hun bekræfter P2. Efter bekræftelsen putter hun dynen rundt om dukken, og ti sekunder efter forlader hun stuen. P1 og P2 returnerer til stuen 24 sekunder senere med vognen, en skammel og en iltflaske. P2 optager taleturen og siger ”men det bliver (( )) så ka:: vi jo: heller ik ø::h”. I denne ytring er der flere tøvende og lydforlængende udtalelser i kraft af ’ka::’, ’jo:’ og ’ø::h’. Selvfølgelighedsmarkøren ”jo:” fungerer som en optoning af ”heller ik”. Det sidste ord i sætningen ”ø::h” fungerer som en selvinitieret reparatur, men det er ikke til at afgøre, om reparaturen er bagudrettet eller fremadrettet, da hun ikke færdiggør sin sætning. P2 henvender sig efterfølgende til observatøren ”ska jeg stå herom for at filme eller wa: ” (linje 69). Han besvarer ikke hendes anmodning qua spørgsmålet verbalt, men da han ikke er i billedet, er det ikke til at sige, om han accepterer og deltager i samtalen med en nonverbal handling.

Efter P2 har stillet skamlen fra sig, går hun rundt om sengen samtidig med, at hun ytrer ”hva begyndr du mæ:” (linje 71) efterfulgt af ”gir du ø:h massage eller↑” (linje 74). Hendes to taleture brydes af P1s ”ø:::h” (linje 73). P2s taletur i linje 71 kan beskrives som en preliminary, der samtidig også fungerer som en turallokering til P1, da spørgsmålet henvendes til hende. P1s tøvende svar, tolker jeg som en usikkerhed i forhold til, hvad hun skal foretage sig. Jeg har tidligere tolket, at P1 er usikker omkring sin rolle (eksempelvis linje 59-60), hvorfor denne ytring understøtter min tidligere tolkning. P1 bekræfter lavmælt P2s ytring med ”°det ka jeg godt°” (linje 75). Det er i denne ytring bemærkelsesværdigt, at hun tilføjer optoningen ”godt”, hvilket jeg tolker som en forstærkelsesmarkør af, hvad hun kan.

[3] Et rullebord med medicin til hjertestopbehandling.

I taleturen efter laver P2 en online commentary, da hun beskriver, hvad det er, hun gør samtidig med, at hun ytrer "vi ska lige ha den her væk (fjerner sengegavl)". Jeg forstår, at der kan være flere årsager til hendes online commentary. Som jeg nævner tidligere i denne analysedel, kan det være med baggrund i at berolige sig selv i det, hun gør. I forhold til min tidligere tolkning af P1 og hendes usikkerhed i hendes ageren, tolker jeg også denne online commentary som værende en måde at lade P1 vide, hvad proceduren er i sådanne tilfælde. P2s valg af personligt pronomen er bemærkelsesværdigt, da hun bruger pronomenet i førsteperson flertal på trods af, at hun udfører den nonverbale handling simultant med hendes ytring. Brugen af pronomenet, forstår jeg som et forsøg på at skabe et fælles ansvar for udførelsen af proceduren. I forlængelse af denne taletur fortsætter hun brugen af pronomenet i førsteperson flertal " °o::g øh ilt og det ska vi os li:ge ha til°" (linje 79), da hun bruger "vi" igen. Taleturen begynder hun med et tøvende "o::g" som efterfølges af et "øh", hvilket indikerer et selvinitieret fremadrettet reparatur. Dette giver hende betænkningstid til at overveje hendes fremadrettede ytring. Hun fortsætter taleturen med " det er jo sådan lidt kunstigt (0.5) det hel[e]" (linje 81) med en pause på 0,5 sekunder. Taleturen indeholder en selvfølgelighedsmarkør i kraft af "jo". Efterfølgende gør hun brug af ordet "lidt", der fungerer som en nedtoning. Brugen af disse ord tolker jeg som en måde, hvorpå hun ønsker at forstærke hendes oplevelse af situationen.

Afslutningsvis i den fremhævede sekvens i optakten til hjertemassagen, overlapper P1 med ny taletur "[vi] (påbegynder hjertemassage) starter" (linje 82-3). Overlappet af P2s ytring, der slutter med "det hel[e]", karakteriseres som et afslutningsoverlap, da P1 orienterer sig mod P2s slutning af udtalelsen. Hendes taletur bærer præg af online commentary, og det er derudover bemærkelsesværdigt, at hun anvender det personlige pronomen i førsteperson flertal, da det er hende selv, der begynder hjertemassagen. Jeg tolker – igen – dette som værende en måde at skabe et fælles ansvarsområde. At skabe disse fælles ansvarsområder er en måde, hvorpå der bliver skabt en common-world. Ytringen er samtidig informativ, hvilket jeg også tolker som en måde at gøre opmærksom på, at hjertemassagen påbegyndes, så de kan tælle runder[4].

[4] Ved HLR tælles antallet af runder – både med henblik på at skifte massør og for at vide, hvornår medicin skal ordineres.

Overordnet i denne sekvens fungerer P1 som den studerende, der skal lære proceduren ved hjertestop at kende, hvorfor P2 kan virke kommanderende, da hun uddelegerer arbejdsopgaverne. Jeg tolker, at P2 påtager sig ansvaret for situationen og får en mentorrolle over for P2.

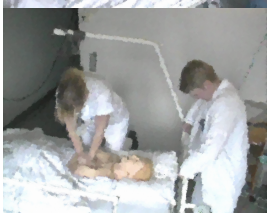
6.1.2 BIN 26, linje 7-42 (jf. bilag 6)

6.1.2.1 Kontekstbeskrivelse

Sygeplejersken træder ind på stuen på næsten samme tidspunkt, som videoen starter. Linje syv er altså første handling i videoen. Tidsintervallet for denne sekvens er 58 sekunder.

7	DU	.hh hh
8	P1	(sygeplejerske kommer ind på stuen og tager noget af dynen af DU)
9	P1	hallo (rokker til DU)
10	DU	°ja°
11	P1	hallo ↑JEG har brug for hjæ:lp HERINDE::↑
12	P1	(går ud af billedet)
13	P1	(træder ind i billedet med P2 og P3)
14	DU	°årh°
15	U	°åh nej°
16	P1	ka du BLI↑ (( ))
17	P1	(rokker i DU)
18	P1	du trækker stadigvæk vejret
19	DU	°årh°
20	P2	(forlader stuen)
21	P2	((det/der)) var stoppet
22	P1	°puls°
23	P1	(tager pulsen i DUs lyske)
24	P3	(træder ind i billedet)
25	P1	LØB OP ø:h LØB UD OG HENT HJÆLP
26	p1	(træder væk fra sengen og trykker på en knap bagved hende)
27	P1/P3	(trækker sengen ud fra væggen)
28	P3	blodtryksapparatet
29	P3	ej nu faldt den lige af hehe
30	P3	(kigger og bukker sig ned bagved sengen)

31	P3	ej vi må hellere hh nok lige hehe
32	P1	[sto::p]
33	O	[det ska] du ik tænk på bare fortsæt
34		
35	P1	(forlader stuen)
36	P3	(kigger ud efter hende)
37	P3	hent hjertø:[ø:h]
38	P1	[ja]
39		
40	P3	(går tilbage til sengen og ligger sengen ned)
41	O	(træder ind i billedet og rører ved noget under sengen)
42 43	P4	(kommer ind på stuen, over til sengen, knapper DUs skjorte op og lægger sengekanten ned)
44	P3	(tager sengegavlen af)
45	P4	(ligger sengehovedet ned)
46	P3	°der er nok nogen dar ude og ta en°
47	P4	(hopper op i sengen og begynder hjertemassage)



Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.1.2.2 Analyse

Sekvensen åbnes af P1, der ankommer til stuen, tager dynen af dukken og siger ”hallo (rokker til DU)”, der lavmælt svarer ” °ja°”. På trods af, at dukken besvarer hendes anmodning, vender P1 sig om, siger ”hallo ↑JEG har brug for hjæ:lp HERINDE::↑” (linje 11) og går ud fra stuen. Hendes ytring udtales med tryk på ”JEG↑” og ”HERINDE::↑”, der begge udtales med stigende intonation, hvilket understreger, hvem det er, der har brug for hjælpen, og hvor henne der er brug for hjælpen. I hendes taletur er også det bemærkelsesværdigt, at hun vender sig om og forlader stuen og beder om hjælp på trods af, at dukken har svaret hende. Der kan være forskellige faktorer,

der spiller ind, for P1s ignorering af dukken. Da det er en simuleret øvelse, og personalet er blevet informeret om, hvad skal ske (jf. 2.3 Præsentation af case, s. 16), vil det conditional relevance i denne sammenhæng være, at dukken får et hjertestop. Derudover besidder sygeplejersken faglig viden om, hvad hun skal være opmærksom på i forskellige situationer, hvorfor hun måske ved, at hun *får* brug for hjælp. P1 returnerer til stuen med to P2 og P3. Dukken reagerer med minimalresponsen "°årh°" (linje 14). P1 ytrer i linje 18, at "du trækker stadigvæk vejret" samtidig med, at hun skubber til dukken. Denne ytring tolker jeg som informativ, med henblik på at andet personel på stuen kan følge med i dukkens tilstand. P2 bevæger sig ud af stuen samtidig med, han ytrer "((det/der)) var stoppet" (linje 21). I forlængelse af dette siger P1 lavmælt " °puls°" (linje 22), mens hun holder sine fingre på dukkens lyske, hvilket indikerer en online commentary. I dette tilfælde kan det dog være to slags online commentary, idet hun både kan kommentere på sin nonverbale handling, men også på om der er puls. I forhold til sekvensen handlingsforløb tolker jeg det som værende en informativ ytring, der beskriver hendes nonverbale handling. Kort tid efter dette træder P1 væk fra sengen, trykker på en knap bagved og besvarer P2 meget højlydt "LØB OP ø:h LØB UD OG HENT HJÆLP" (linje 25), som kort tid forinden forlod stuen. Taleturen udtales højlydt, hvilket jeg tolker som en ordre. Ytringen indeholder et selvinitieret bagudrettet reparatur i form af "ø:h", hvor hun efterfølgende ændrer adverbiet "op" til "ud". Reparaturet tolker jeg som en handling, der giver hende mulighed for at tænke over, hvor det er, hjælpen skal hentes.

Mens P1 og P3 trækker sengen ud fra væggen, falder der noget ud af væggen, og P3 ytrer "ej nu faldt den lige af hehe" (linje 29), hvorefter hun bukker sig ned for at samle det op. Ytringen indeholder en nægtelse i form af "ej", en tidsangivelse "nu" og afsluttes med et grin "hehe". I hendes næste taletur ytrer hun "ej vi må hellere hh nok lige hehe" (linje 31). Hendes anvendelse af det personlige pronomen "vi" indikerer, at det, der lige må gøres, er en fælles handling. Det er bemærkelsesværdigt, at hendes to taleture starter med nægtelsen "ej" og slutter med latter. Latter kan indikere forskellige sindstilstande herunder komik, glæde, sarkasme, usikkerhed og lettelse. I dette tilfælde tolker jeg det som værende en reaktion på det komiske af at være i en situation, hvor en dukke med hjertestop skal modtage behandling. Hun slutter sin taletur uden at færdiggøre den, hvorfor det ikke er til at vide, hvad det er, de 'nok hellere lige må'. I linje 32 ytrer P1 "[sto::p]" (linje 32), hvilket betyder, at dukken har fået hjertestop. Observatøren besvarer P3s ytring fra linje

31 med ”[det ska] du ik tænk på bare fortsæt” (linje 33). Hans taletur overlapper med P1s ”[sto::p]”. Overlappet tolker jeg som en misforståelse af, hvem der har næste taletur, idet han ikke er en del af samtalen. Det er altså bemærkelsesværdigt, at observatøren opsøger taleturen, som den næste (samtidig med P1), idet han ikke er blevet inviteret ind i samtalen. Observatørens rolle er ikke at vejlede eller fortælle sundhedspersonalet, hvordan de skal agere i den givne situation, men blot være til stede på stuen – og observere. Hans taletur kan dog indikere en vejledning i, hvad P3 skal foretage sig og hvad, der ikke er vigtigt at have fokus på i øvelsen.

Efter, der er blevet kaldt stop, forlader P1 stuen, og P3 ytrer ”hent hjertø:[ø:h]” (linje 37) samtidig med, hun kigger efter hende. P1 besvarer overlappende i den sidste del af ytringen ”[ja]”. Overlappet kan beskrives som et ”overlap midt i genkendelse af sidste ord” (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 87), da P1 genkender den sidste del af ordet og derved også et PCP. Genkendelsen af den sidste del af ordet ”hjertø:[ø:h]” indikerer en indforståethed og conditional relevance, fordi P1 ved, hvad det næste, der skal ske, er. Ved et hjertestop skal hjertestopholdet tilkaldes, og AED'en skal hentes. Foruden dette indikerer hendes lydforlængelse af ”hjertø:[ø:h]” et selvinitieret reparatur, hvorfor P3s bekræfter ”[ja]” kan være en indikator for at støtte sin samtalepartner og derved danne en form for alliance. I tilfældet tolker jeg dette overlap som værende en alliance mellem samtaledeltagerne, fordi de skal samarbejde i simulationsøvelsen og yderligere, fordi de begge er bekendte med proceduren ved HLR.

Mens P3 sænker sengen, træder P4 ind på stuen og bevæger sig direkte over til sengen, hvor hun knapper dukkens skjorte op og lægger sengekanten ned. P3 er i gang med at tage sengegavlen af samtidig med, at P4 springer op i sengen og påbegynder hjertemassage. Lavmælt ytrer P3 samtidig med deres nonverbale handlinger, at ” °der er nok nogen dar ude og ta en°”. P3 har påtaget sig taleturen, uden nogen har allokeret den til hende. I taleturen refererer hun ikke til en specifik person, som er ”ude og ta en”, hvorfor det er uklart, hvad det er, der skal hentes. Konteksten taget i betragtning, kunne det være en AED eller Rubens ballon, som anvendes til at ventilere dukken med. Ytringen indikerer en forståelse og indforståethed mellem de to personer på stuen, da P4 ikke kommer med nogle indvendinger til ytringen.

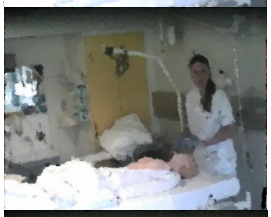
6.2 At afvige fra rollen

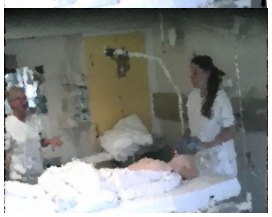
Denne analysedel vil tage udgangspunkt i de sekvenser, hvor personalet bryder ud af deres roller og henvender sig til observatøren. Fra BIN18-videoen vil der være en sekvens, der analyseres. Fra BIN26 vil der være to sekvenser, der analyseres.

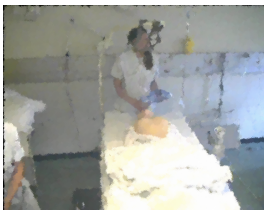
6.2.1 BIN 18, linje 135-156 (jf. bilag 5)

6.2.1.1 Kontekstbeskrivelse

Forinden P1 går ud af billedet, er hun i gang med at give hjertemassage. De to sygeplejerske taler om, hvorvidt de skal anvende defibrillatoren. P1 og P2 er enige om, at de nok burde anvende den. Lige herefter henvender P2 sig til observatøren. Tidsintervallet for denne sekvens er 31 sekunder.







135	P2	men (går ud af billedet) ska vi å:bn o:g sæ:t?
136	P1	(giver ilt og kigger ud af billedet over på O)
137	O	i ska gøre fuldstændig som var det en normal patient
138	P1	°men de burd [for længst ha] vært fra:me°
139	P2	[fordi at da øh] så vil de læ:ng ha været
140		[kommen
141		[m::h]
142		
143	P2	a:ltså: [inden vi:]
144	O	[hjertestop]holdet er på vej
145		
146	P2	ja de vil længe ha [været her] hehe
147	O	[(( )))]
148		
149	P2	for for jeg synes ba:re det er fuldstændig åndsvagt at åbn den op og
150		så ska: de te o:g
151	P1	(er stille og kigger på O)
152	O	det er en demonstrationsmodel
153	P2	ja:r
154	U	[så i ska bar fortsæt
155	P2	så::
156	P2	°men ø:h° hva så hvis du

Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.2.1.2 Analyse

Sekvensen starter med, at P2 stopper med at give dukken hjertemassage og træder ud af billedet og spørger ind til observatøren "men ska vi å:bn o:g sæ:t" (linje 135). P2's ytring indikerer en form for usikkerhed, da hun tøver med eller lydforlænger de sidste tre ord i slutningen af sætningen. Det kan også beskrives som en selv-initieret reparaturindikation, da den finder sted i den sekvens, hvor problemet er opstået. Jeg tolker, at problemet i denne ytring er, at P2 ikke ønsker at åbne defibrillatoren forgæves på grund af en bekymring for de ressourcer, der kunne gå til spilde. Idet P2 ytrer ovenstående, vender P1 sit blik mod observatøren samtidig med, at hun ventilerer dukken med to pust. Hendes blik tolker jeg som en understregning af observatørens invitation til samtalen. P2 har tidligere forsøgt at henvende sig til observatøren, hvor hun spørger ind til sin placering i billedet i forhold til kameraet, hvor jeg ikke kunne afgøre, om han besvarede hendes anmodning nonverbalt, da han er uden for kameraets rækkevidde. Cirka fire minutter senere anmoder P2 altså igen observatøren om at deltage i samtalen, hvor han accepterer anmodningen, da han svarer "i ska gøre fuldstændig som det var en normal patient" (linje 137).

P2 begynder at argumentere for, at hjertestopholdet for længst ville have været her – indforstået at det altså ikke burde være hende, der tager stilling til, hvorvidt defibrillatoren skal anvendes. På den ene side af situationen tolker jeg, at P1 og P2 er i K+-status, da de giver udtryk for viden omkring ankomsten af hjertestopholdet, mens de på den anden side giver udtryk for at være i K- status, da de ikke selv tager initiativ til at åbne og bruge defibrillatoren. Samtidig med dette træder hun ind i billedet igen og rækker sin venstre hånd frem med håndfladen oppe (billede 4). Hendes verbale argumentation og samtidige nonverbale handlen forstår jeg som en måde, hvorpå hun forsøger at overbevise observatøren ved at bruge sin hånd til 'at servere' argumentet for ham. Derudover kigger P2 over på P1, hvilket ligner et forsøg på at få lidt opbakning til den konfrontation, der eksisterer mellem P2 og observatøren. Kort før dette opponerer både P1 og P2, at lægen for længst ville have været til stede, hvis det havde været en rigtig situation, som observatøren fortæller dem, at det er. P1 er meget lavmælt i hendes ytring "°men de burd for længst ha vært fra:me°" (linje 138), hvor hun da også bliver afbrudt af P2, der siger nogenlunde det samme "[fordi at da øh] for så vil de læ:ng ha været kommen" (linje 139). Observatøren bekræfter deres ytring via minimalresponsen "mmh". Denne minimalrespons kan både fungere som en fortsættelsesmarkør og en bekræftelsesmarkør. I dette tilfælde tolker jeg det som en bekræftelsesmarkør, da udtalen er neutral, og fordi observatøren flere gange forsøger at undgå deltagelse i samtalen. Observatøren tilføjer dog i en linje senere, at "[hjertestop]holdet er på vej" (linje 144), da han formentlig stadig kan fornemme en usikkerhed omkring situationen fra P1s og P2s side, Der eksisterer derudover også en indforståethed mellem P2 og observatøren, da han ved, hvad hun snakker om i hendes anmodning.

Det er bemærkelsesværdigt, at P2 ytrer "ja de vil læng ha været her" (linje 146). Hendes ytring starter med bekræftelsen "ja", men det er uklart, hvem hun retter sin positive bekræfter mod. Bekræfteren kan fungere som en bekræftelse over for observatøren, at hjertestopholdet er på vej, men bekræfteren kan også være en fortsættelsesmarkør, idet hun tilføjer "de vil læng ha været her" til ytringen. I forlængelse af ytringen griner hun "hehe", hvilket kan indikere en nervøsitet, usikkerhed, sarkasme, komik eller glæde. Taget konteksten i betragtning, tolker jeg dette som værende en måde, hvorpå hun forsøger at vende den "åndssvage" simulationssituation til noget andet. Derudover kan det også være hendes forsøg på at beskrive, hvor åndssvag situationen er.

Senere i sekvensen opstår endnu en indforståethed, da P2 afbryder sit grin og siger "for for jeg synes ba:re det er fuldstændig åndsvagt at åbn den op og så ska: de te o:g" (linje 149-50). Gentagelsen i begyndelsen af hendes ytring indikerer en usikkerhed over for, hvad hun vil sige, eller hvordan hun ønsker at formulere ytringen. Ytringen kan også defineres som en accountable, da hun uddyber og forklarer hendes tidligere ytring "men ska vi å:bn o:g sæ:t" (linje 135). Gentagelsen giver hende nemlig mulighed for længere betænkningstid, og derudover også forlængelsen af ordet *ba:re* giver hende endnu mere tid til at overveje førnævnte. Observatøren besvarer her, at "det er en demonstrationsmodel" (linje 152). Denne indforståethed eksisterer i kraft af, at han ved, hvad det er "de" (hjertestopholdet) skal til og gøre. Derudover kan hans ytring også fungere som en beroligelse af P2s bekymringer angående det, der er fuldstændig 'åndssvagt at åbne'.

Idet P2 anvender ordet "fuldstændig" (linje 149), fungerer det som en måde at optone hendes ytring i forhold til hvor åndssvagt, hun synes, situationen er. "Fuldstændig" forstår jeg som en forstærkelsesmarkør af pointen med sætningen. Hendes ordvalg underbygger min tolkning af, at hun ikke er enig med observatøren og den simulerede hjertestopssituation, de befinder sig i. Det bør samtidig også pointeres, at netop ordvalget af "fuldstændig" frem for et andet ord, der kan give samme betydning, kan være, fordi hun adopterer observatørens ordvalg. Han udtrykker nemlig i linje 137, hvor han forklarer, at de "skal gøre fuldstændig som var det en normal patient". Hans brug af ordet fungerer også som en forstærkelsesmarkør af den situation, de befinder sig i og den måde, hvorpå de skal behandle dukken, som var det en patient. Hendes gentagelse af hans ordvalg kan også indikere, at hun er en opmærksom lytter.

Hendes spejling af hans ordforråd, forstår jeg som et forsøg på at opbygge en fælles forståelsesverden sammen med ham. Observatøren er i dette tilfælde den vidende, altså K+, da det er ham, der har den epistemisk status, fordi han er facilitator for øvelsen og derudover er det også ham, som styrer dukken via computeren. P2 er i den forstand i K-, da hun er uvidende omkring dukkens tilstand med undtagelse af, at den har hjertestop. Jeg tolker hendes ytringer som værende usikre i forhold til den viden, hun besidder.

Indforståetheden kan også forklares som det, socialfænomenologien beskriver som en common-world. Observatøren er også uddannet læge og er klinisk professor, hvorfor han formentlig kan sætte sig ind i denne simulerede hjertestopsituation. Jeg ved fra mit besøg og HLR-kursus på Næstved Sygehus, at alle ansatte på hospitaler modtager HLR-undervisning to gange om året, hvor de skal bestå kurset. Med denne viden in mente ved jeg, at de tre tilstedeværende i lokalet alle har modtaget HLR-undervisning. P2 og observatøren har altså en common-world i forhold til at kende til situationer og den måde, hvorpå de skal/bør tackles. Som jeg har nævnt tidligere (jf. Præsentation af case) er disse simulerede situationer blevet brugt til kvalitetssikring af den måde, hvorpå sundhedspersonalet yder HLR, og senere hvordan personalet erkender hjertestop.

I forlængelse af denne common-world er det interessant også at undersøge the problem of intersubjectivity. Jeg tolker det som om, P2 mener, at observatøren har den samme livsopfattelse og –forståelse som hende blandt andet på baggrund af hans bekræftelsesmarkører, der eksempelvis finder sted i linje 120. Jeg ved ikke, om de videoer, jeg har fået lov til at arbejde med, fremgår i kronologisk rækkefølge. Hvis videoerne gør, har han været vidne til en lang række af lignende simulerede situationer, hvorfor han må besidde en anden opfattelse og forståelse end hende. De andre videoer omhandler også, som tidligere nævnt, simulerede hjertestopsituationer, hvor sundhedspersonalet skal yde HLR, men sundhedspersonalet træder ikke ud af deres rolle i de andre videoer. Derudover har de forskellige sundhedsfaglige baggrunde – hun er sygeplejerske, og han er uddannet læge samt klinisk professor. Dette betyder, at sygeplejersken og observatøren har hver deres subjektive erfaring og forståelse med sig i øvelsen, selvom de hver især 'ignorerer' denne subjektivitet – eller måske snarere tager for givet – at de har hver deres erfaringer.

6.2.2 BIN 26, linje 225- 245; 308-327(jf. bilag 6)

Ved BIN 26 er der flere tidspunkter, hvor observatøren bliver en del af samtalen. I hele transskriptionen er der flere gange, hvor observatøren 'blander sig' i samtalen. Indimellem besvarer han sundhedspersonalets spørgsmål, selvom de ikke er henvendt til ham (linje 33, jf. bilag 6). Andre gange hvor han bliver inviteret ind til samtalen (linje 163 og 165, jf. bilag 6).

6.2.2.1 Kontekstbeskrivelse del 1

Ved den *første* transskriptionsdel har P2 netop givet hjertemassage i en runde (30 tryk), hvorefter han ved hjælp af fagter giver udtryk for at en anden skal fortsætte efter, der er blevet ventileret. Det næste, der sker, er, at han bevæger sig bagom sengen og henvender sig til observatøren. Sekvensen strækker sig over 20 sekunder.

225	P2	(peger ned på DU's bryst)
226	P5	(påbegynder hjertemassage)
227	P2	(går bagom sengen over mod O)
228	U	(( ))
229	P2	jeg ska li::ge kigg
230	P2	ja: det lidt u:en for nummer
231	P2	(går ud af billedet)
232	P5	(kigger bagud mod P2 og O)
233	O	du må ikke se noget her
234	P2	nej nej
235	O	hahah
236	U	(( ))
237	P2	men du kan se om vi gør:ed ordentligt
238	O	ja det ka jeg nem[lig] [hehe]
239	P3	[e:n]
240	P2	[jaer] ja:[er]hehe
241	P3	[to]
242	P2	(træder tilbage i billedet og overtager hjertemassagen)

Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.2.2.2 Analyse del 1

Sekvensen begynder med, at P2 peger på dukkens bryst, hvilket indikerer, at der er én, som skal påbegynde hjertemassage. P5 begynder hjertemassagen umiddelbart efter og samtidig med det, bevæger P2 sig rundt om sengen og kigger over mod observatøren. P2 henvender sig til observatøren ved at sige "`jeg ska li::ge kigg`" (linje 229). Hans henvendelse til observatøren kan både indikere afvigelse fra sin rolle som livreddende fagpersonel, da han flytter sit fokus fra dukken og til observatøren, og samtidig kan det også indikere, at han *forbliver* i rollen som livreddende fagpersonel, idet observatøren har en computer, hvor det er muligt at følge med i

dukkens tilstand i forhold til kvaliteten af kompressioner og ventilationer. Hans ytring udtales ikke med stigende intonation, hvorfor jeg ikke tolker det som et spørgsmål om at få lov til at følge med på computeren, men derimod en ordre om skulle kigge med. Inden observatøren besvarer anmodningen, tilføjer P2 "ja: det lidt u:en for nummer" (linje 230). Hans tilføjelse begynder med en positiv bekræfter i form af "ja", der i dette tilfælde fungerer som en fortsættelsesmarkør, da han fortsætter sin taletur. At være "u:en for nummer" betyder, at noget skal være på særlige betingelser eller at noget er usædvanligt, hvilket indikerer, at han er bevidst om, at det normalvis ikke er tilladt at kigge på computeren under øvelsen. Nedtoningen af hans ytring sker i kraft af ordvalget "lidt", og i kombinationen med "u:en for nummer" tolker jeg som en måde, han forsøger at charmere sig ind på observatøren, idet jeg forstår "lidt" som en måde at nedtone handlingen på med henblik på, at det kun er lidt uden for det sædvanlige, hvorfor P2 sagtens ville kunne kigge på computeren. Observatøren afviser P2s anmodning med "du må ikke se noget her" (linje 233), hvortil P2 besvarer "nej nej" (linje 234). P2s gentagelse af nægtelsen kan beskrives som en forståelse for det, han er blevet nægtet. Det understøtter min forrige tolkning af, at han er bevidst om, at han ikke må kigge med på computeren. Observatøren griner af P2s anmodning "hahah" (linje 236), hvilket jeg tolker som et forsøg på at lette stemningen i forbindelse med hans afvisning af P2s anmodning. Samtidig tolker jeg det også som en prælukker af samtalen. P2 fortsætter dog "men du kan se om vi gør:ed ordentligt" (linje 237). Han begynder sætningen med "men", hvilket indikerer en forlængelse af en tidligere ytring og samtidig også en fortsættelse af samtalen. P2s brug af det personlige pronomen "vi" i førsteperson flertal indikerer, at han ser sig selv som en del af teamet og derved deler ansvaret i at gøre det "ordentligt". At gøre noget ordentligt defineres som noget "som lever op til de stillede krav eller forventninger" (Politikens Nudanske Ordbog, 2019), hvilket må være i P2s interesse at vide. Observatørens besvarelse påbegyndes med en positiv bekræfter "ja det ka jeg nem[lig] [hehe]" (linje 238) . Ytringen indeholder to bekræftere "ja" og "nem[lig]". Anvendelsen af "nem[lig]" indikerer en yderligere bekræftelse af P2s foregående taletur "men du kan se om vi gør:ed ordentligt". Observatørens "nem[lig]" overlappes af P3s "[e:n]" (linje 239), hvilket betyder, hun giver dukken første indblæsning af to. P2 besvarer samtidig observatøren "[jaer] ja:[er]hehe" (linje 240), samtidig med at P3 ytrer "[to]", træder P2 tilbage i billedet, skubber til P5 og påbegynder hjertemassage.

De sidste fire taleture indeholder fire overlap. I sekvensen er der to samtaler sideløbende. Den ene er sundhedspersonalet, som yder HLR på dukken. Den anden er samtalen mellem P2 og observatøren. Det første overlap i sekvensen foretages af tre personer. P3 tæller højt, idet hun ventilerer dukken, hvorfor det karakteriseres som et "overlap pga. pointe-målstyring" (Nielsen og Nielsen, 2011, s. 88), fordi P3 starter en taletur, før observatøren er færdig med sin taletur. På trods af karakteriseringen af overlappet vil jeg påpege, at hendes ytring er informativ og vigtig for samtalen, da vedkommende, der skal give hjertemassage, skal vide, hvornår han/hun kan gøre dette. Det næste overlap er P2, der besvarer observatøren med to positive bekræftere "`[jaer] ja:[er]hehe`" (linje 240), der afsluttes med et grin. Overlappet her kan defineres som et "overlap midt i genkendelse af sidste ord i TCU", da P2 formentlig kan fornemme, at observatøren er ved et PCP, og derfor har en forståelse for, at observatørens taletur er ved at slutte. Det sidste overlap er i samme sætning, der overlappes af P3, der ytrer "`[to]`" (linje 241).

I denne sekvens er det også interessant at inddrage deres epistemiske status, idet P2 afviger fra sin rolle for at henvende sig til observatøren. P2 henvender sig til observatøren for at følge med i og undersøge sundhedspersonalets kvalitet af HLR. I situationen er det observatøren, der har den epistemiske status K+, da det er ham, der har adgang til computeren. P2 forsøger at kunne tilgå den samme epistemiske status, men bliver afvist, hvorfor han fortsat i denne situation er i K-. P2 og observatøren er begge uddannet læger, hvorfor de grundlæggende besidder samme faglige viden. Observatøren har dog en fordel i scenariet, da han kan se, hvordan dukken tager imod HLR. At P2 ikke må tilgå computeren og de oplysninger, der står der, kan skyldes, at det er en øvelse i de pressede situationer, hvor de i denne øvelse ikke har andet teknologi end Rubens ballon til rådighed. I forlængelse af dette og min ovenstående analyse, vil jeg påpege, at det også kan være en form for magtkamp mellem P2 og observatøren. P2 henvender sig direkte og beordrende til observatøren i forhold til, at han "`ska li::ge kigg`", og han fremhæver endda, at "`det lidt u:en for nummer`" – altså særlige betingelser. Dette tolker jeg som en måde, hvorpå han forsøger at hæve sin epistemiske status fra K- til K+. Anmodningen imødekommes dog ikke af observatøren, hvorfor P2 forbliver i K-, hvad angår dukkens tilstand.

6.2.2.3 Kontekstbeskrivelse del 2

Ved den *anden* transskriptionsdel er sundhedspersonalet netop påbegyndt en runde med hjertemassage. De har inden da snakket om, at de bør tilkalde kardiologerne[5], og om narkose[6] er på vej. Observatøren besvarer/bryder ind begge gange "`de ska nok komme`" (linje 299) og "`[de] har ikke tid lige nu`" (linje 301). Tidsintervallet for denne sekvens er 21 sekunder.

308	P5	°ja: vi gir ik adrenalin før vi har ↓ø:h et ø:h°
309	P2/P5	(kigger i journalen)
310	P2	[men altså:r]
311	P4	[25 26 27 28 29 30]
312	P5	[(( ))]
313		(0.4)
314	P2	[altså: prøv og hør hvad jeg siger]
315	P2	(går hen mod sengen)
316	P3	[e:n]
317		
318	P2	det er [sådan] set også ø:h vi ska jo vi:de om der virker det her jo
319		ik os
320	P3	[to]
321	P2	(vender sig om mod O)
322	P2	vi ska jo ø:h vi blir nødt til at ha sådan et
323	P2	(fagter og roterer med sine arme)
324	P5	vi bliver nødt til [at ha]
325	O	[i har] hvad i har
326	P2	(vender sig mod sengen)
327	P2	vi har hvad vi har

[5] En "læge, der har specialiseret sig i hjerte- og kredsløbssygdomme, dvs. kardiologi" (www.ordbogen.com).

[6] Reference til anæstesien, som er den faglige gruppe, der tilkaldes ved hjertestop på sygehusene i Danmark. Der er altid en anæstesisygeplejerske, der møder op til hjertestop. Anæstesien er som regel dem, der agerer teamleder. En anæstesi-"læge, som sørger for at give en patient den rette dosis bedøvelse, samt har ansvaret for, at dennes tilstand er stabil under narkose" (www.ordbogen.com).

Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.2.2.4 Analyse del 2

Sekvensen starter med P5, der lavmælt ytrer "`ja: vi gir ik adrenalin før vi har ø:h et ø:h`" (linje 308). Hendes ytring starter med en tøvende bekræftelsesmarkør "ja:", der efterfølges af en nægtelse. Det er bemærkelsesværdigt, at hendes ytring afsluttes med "`ø:h et ø:h`", da hun ikke afslutter sætningen. Hun og P2 kigger ned i journalen, og der går fire sekunder, før næste taletur starter. På baggrund af deres kiggeri i journalen tolker jeg denne ufærdige sætning både som en optagethed af, hvad der står beskrevet om 'patienten' i journalen og med en usikkerhed om, hvad de skal foretage. Tøven ved 'øh' indikerer i dette tilfælde et fremadrettet reparatur.

I linje 309 kigger begge læger, P2 og P5, i journalen samtidig med, at P2 siger "`men altså:r`" (linje 310). Han indleder sin ytring med "`men`", der kan indikere en uoverensstemmelse. Uoverensstemmelsen kan eventuel findes i den kontekst, de befinder sig i, hvor de

(sundhedspersonalet) er i tvivl om, hvorvidt andet personale er på vej. I P2s næste taletur, genoptager han sin sætning med "altså: prøv og hør hvad jeg siger" (linje 314). Hans ytring kan betegnes som en preliminary, da han opfordrer til at høre på ham. Hans ytring begynder med en gentagelse af det sidste ord fra hans forrige taletur. Denne gentagelse og gentagende tøven ved "altså" indikerer i dette tilfælde et selvinitieret reparatur. Denne selvinitierende reparaturindikator gør, at vedkommende er i en mindre risikozone for at tabe ansigt ved irettesættelse. Idet han ytrer "altså: prøv og hør hvad jeg siger" træder han over mod sengen og lægger journalen på hjørnet af denne. Det forstår jeg som en henvendelse til det øvrige personale på stuen. I forlængelse af dette mener jeg, at han tildeler sig selv en K+ status ved at tage teten i samtalen ved at opfordre det andet personale til at lytte til det, han har at sige. Som det kan ses på billede to, kigger to af sygeplejerskerne på ham – den ene, der står til venstre i billedet og den anden er hende, der ventilerer dukken. De reagerer derfor på hans ytring og anmodning, men han retter efterfølgende sin henvendelse til observatøren.

Denne ytring, "altså: prøv og hør hvad jeg siger" (linje 314) kan også beskrives som en begyndelse på flerenhedsture. Hans K+ status er dog ved at blive til en K- status, da han i sin næste taletur (linje 318-9) forklarer, at han ikke ved, om deres HLR virker. " det er [sådan] set også ø:h vi ska jo vi:de om der virker det her jo ik os" indeholder to selvfølgelighedsmarkører i kraft af "jo" og påhængsspørgsmålet "ik os". Idet P2 ytrer påhængsspørgsmålet vender han sig om og kigger på observatøren. Dette tolker jeg som en måde at protestere på over for de gældende forhold – at de eksempelvis ikke har overvågning af hjerterytme til rådighed. Den første selvfølgelighedsmarkør fungerer som en optoning af hans argument "vi:de om det virker", hvilket underbygger min tolkning af, at P2 har behov for at vide, hvorvidt deres HLR er effektiv. Derudover forstår jeg det også som måde, hvorpå P2 ønsker at belyse åbenlysheden af, at de skal være bekendte med effektiviteten af deres HLR. Dette forstår jeg som endnu en reparatur af forrige ytring, da han ikke vil miste sin K+ status over for de øvrige tilstedeværende i rummet – dette både være sundhedspersonalet og observatøren. At han vender sig om mod observatøren og henvender sin ytring om, at de "jo skal vi:de om det virker", tolker jeg som en appel om hjælp fra observatøren. Samtidig fungerer den ytring også som en anmodning om deltagelse i samtalen. Påhængsspørgsmålet "ik os" forstår jeg også som et forsøg

på at skabe en common-world mellem personalet og observatøren ved at lade ham vide, at det næsten er meningsløst at yde HLR, hvis de ikke ved, hvad det betyder for dukken.

Denne anmodning gentages i P2's næste taletur, hvor han ytrer "vi ska jo ø:h vi blir nødt til at ha sådan et" (linje 322). Denne ytring indeholder igen en selvfølgelighedsmarkør i kraft af "jo" og et fremadrettet reperaturindikator i form af "ø:h". Den fremadrettede reparaturindikator indikerer et ønske om at genstarte ytringen. Det er interessant, at han erstatter "skal" med "blive nødt til". At skulle er et "udtryk for nødvendighed" (Politikens Nudanske Ordbog, 2019), hvorimod blive nødt til defineres som at "være tvunget af visse omstændigheder til noget" (Politikens Nudanske Ordbog, 2019). Det er interessant, da jeg forstår hans nye ordvalg som mere ekspliciterende i forhold til ønsket om at "ha sådan et". Det er yderligere bemærkelsesværdigt, at han anvender det personlige pronomen i første person flertal. Anvendelsen af "vi" indikerer, at det er et fælles ansvar. Samtidig med hans verbale handling, kommer en nonverbal handling i form af fagter med armene (linje 323). Gennem hele videoen har jeg observeret, at han ofte gør brug af fagter eller peger, når han ønsker noget af andre – eksempelvis hvis han vil have andre til at give hjertemassage (linje 257) eller ventilere (linje 271). Kombinationen af det personlige pronomen "vi" og hans fagter med armen, tolker jeg dog som en måde, han fralægger sig det fælles ansvar, da han ellers bruger sine arme til at dirigere andre.

P2s fagter med armene er en anmodning, der altid bliver besvaret af de andre tilstede på stuen. Da jeg ikke har lagt mærke til det i nogle andre videoer, tolker jeg dette som en del af de normer og konventioner, når HLR ydes med ham på stuen. Derudover tolker jeg også dette som en indforståethed mellem parterne: de ved, hvordan de skal reagere ved hans forskellige nonverbale handlinger, hvorfor de i tilfældene giver hjertemassage eller ventilere. I dette tilfælde er hans nonverbale handling henvendt til observatøren, der formentlig ikke er bekendt med P2's 'normale' adfærd i form af hans fagter.

Den næste taletur tildeles P5, der understøtter P2s ønske om at have noget uudtalt på stuen: "vi bliver nødt til [at ha]" (linje 324). P5 benytter sig af de samme ord som P2, hvilket jeg tolker som en spejling af P2, der forstærker retorikken omkring nødvendigheden af denne uudtalte ting. Derudover tolker jeg det som et forsøg på at færdiggøre P2s sætning for at støtte ham. Mellem taleturene er der 0,5 sekunders mellemrum, men med den nonverbale handling imellem er der stort

set ingen pause mellem P2 og P5s taletur. P5 påbegynder sin ytring, da hun fornemmer et PCP. Hun bliver afbrudt i slutningen af sin ytring af observatøren, der siger "[i har] hvad i har" (linje 325). Dette overlap kan kategoriseres som forskelligt, men jeg tolker afbrydelsen som observatørens anerkendelse af nødvendigheden for denne uudtalte ting. Derved forstår jeg også dette som en indforståethed, da han ved hvilket apparat, der er tale om. Den sidste taletur i sekvensen er P2, der ytrer "vi har hvad vi har" (linje 327), der kan betegnes som en confirming allusions, da han gentager det, som observatøren sagde, hvor han dog ændrer det personlige pronomen.

6.3 Afslutning på øvelsen

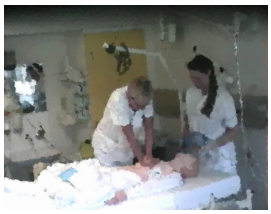
Sidste analysedel tager udgangspunkt i afslutningen af simulationsøvelsen. Sekvenserne starter i henholdsvis en og to handling(er) før, dukken vågner og taler.

6.3.1 BIN 18, linje 245-273 (jf. bilag 5)

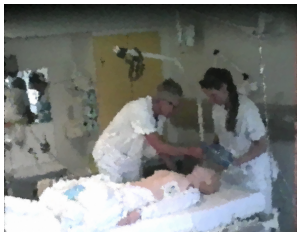
6.3.1.1 Kontekstbeskrivelse

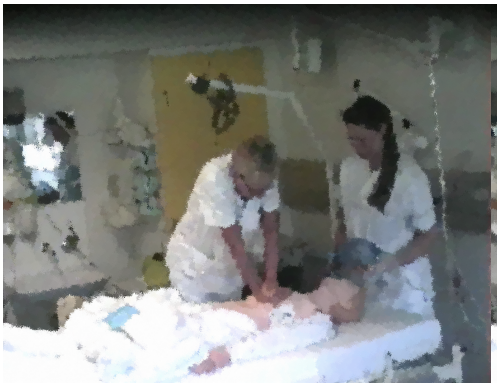
Inden afslutning af denne simulerede øvelse har sundhedspersonalet fået tilkoblet en defibrillator til dukken. Efter tilkoblingen af defibrillatoren er der få verbale handlinger sundhedspersonalet imellem (jf. bilag 5). Dukken vågner tre minutter og 29 sekunder inde i andet klip. Samlet set er der gået ni minutter og 41 sekunder siden erkendelse af hjertestoppet.

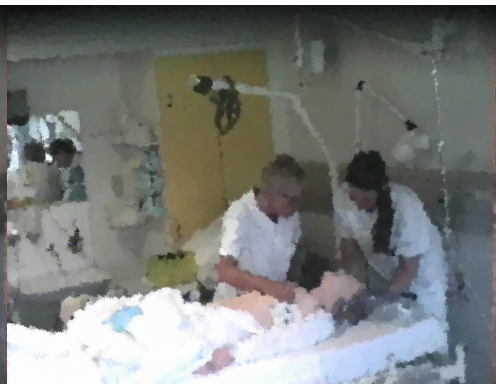
245	P1	(begynder hjertemassage)
246	DU	av av av av av av av å:v
247	P2	(stopper hjertemassage)



248	DU	å::h
249	P2	[°nu tror jeg altså han e:r ved at være der°
250	P1	[(( ))]
251	DU	å::rh
252	P2	ja:er så ska vi lige se ja
253	P2	(fjerner ballon fra hans hoved selvom det er P1 der holder)
254	P1	°hall[o]°
255	DU	[årh]
256	P2	[er du der]
257	P1	[er du her]
258		
259	DU	.hh [ja:er]
260	P2	[hallo↑]
261	DU	[.hh:ja]
262		
263	DU	[.hh ja]
264	P2	[hvordan] ha:r du:t↑
265		
266	DU	.hh ja:r hh jar har det ik så godt
267	P2	du har det ik så godt
268	DU	[nej
269	P1	[nej
270	P2	[na::j
271	DU	jar fø:ler mig lidt trø:kket
272	O	jeg (træder ind i billedet) tror vi si::r øh stop o:g rigtig mang tak
273	P1/P2	hehe







Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.3.1.2 Analyse

P2 er påbegyndt hjertemassage, men hun stopper, idet dukken siger "av av av av av av av å:v" (linje 246). Dukken siger efterfølgende "å::h" (linje 248), hvortil P2 i sin taletur lavmælt siger "°nu tror jeg altså han e:r ved at være der°" (linje 249). Hendes brug af udsagnsordet "tror" indikerer en usikkerhed omkring noget, der i dette tilfælde kunne være, hvorvidt dukken er vågnet igen. Den efterfølgende taletur er taget af P1, der dog udtales utydeligt, hvorfor det ikke fremgår i transskriptionen. Dukken ytrer endnu engang "å::rh" (linje 251), der efterfølges af P2's taletur "ja:er så ska vi lige se ja" (linje 252). Denne ytring sker samtidig med, at hun tager fat om Rubens ballon og fjerner denne. Her ses online commentary. Da det er P1, der holder Rubens ballon, tolker jeg P2s nonverbale handling som værende en hjælpende hånd til P1s forståelse af proceduren. Derudover kan handlingen også beskrives som conditional relevance, fordi ballonen skal fjernes fra dukkens hoved, når den vågner. P2s ytring indeholder to positive bekræftere i form af "ja:er" og "ja" (linje 252). I analysedel 1.1.1 argumenterer jeg for, at P1 er den uvidende og overhører dukkens ytringer, når den ytrer sig. En lignende situation udspiller sig i linje 253, hvor "P2 (fjerner ballon fra hans hoved selvom det er P1 der holder)". Med tanke på denne situation tolker jeg P1 som værende i K-, da hun virker usikker i sine nonverbale handlinger.

Den sidste del af sekvensen bliver lidt rodet, idet dukken, P1 og P2 snakker i munden på hinanden. P1 henvender sig til dukken lavmælt med "°hall[o]°" (linje 254), der overlappes af dukkens "[årh]" (linje 255). Dukkens ytring overlappes af både P2 og P1, der i munden på hinanden spørger "[er du der]" og "[er du her]". Dukken besvarer med ".hh [ja:er]" (linje259), der overlappes af P2s ytring " [hallo↑]" (260). Hendes ytring udtales med stigende intonation, hvilket indikerer,

at det er et spørgsmål. Dukken besvarer ytringen med en positiv bekræfter"[.hh:ja]", hvilket indikerer, at dukken har hørt deres henvendelser. P2 tager den næste taletur og siger med stigende intonation "hvordan ha:r du:t↑" (linje 264). Både den stigende intonation og det første ord i sætningen "hvordan" indikerer, at det er spørgsmål. Det er derudover bemærkelsesværdigt, at hun sammentrækker de to sidste ord, så det bliver til et: "du det". Sammentrækningen tolker jeg som en dialektisk årsag. P2 projicerer spørgsmålet til dukken, som besvarer spørgsmålet. Dukken har accepteret P2's anmodning om at deltage i samtalen ved at besvare P2s spørgsmål. Dukken besvarer spørgsmålet med ".hh ja:r hh jar har det ik så godt" (linje 266). Disse to taleture er et klassisk eksempel på adjacency pairs, hvilket blandt andet kommer til udtryk, idet dukkens taletur er det forventelige som det næste, altså conditional relevance. P2 besvarer med "du har det ik så godt". På grund af hendes gentagelse af det, som dukken ytrede, kan hendes taletur karakteriseres som confirming allusions. Grunden til karakteriseringen er, at P2 gentager dukkens ytring, og derved bekræfter dukkens ytring. Dukken ytrer en negativ bekræfter"[nej" (linje 268), der indikerer, at han er enig i P2s forrige taletur, da en negativ bekræfter bruges efter en sætning med nægtelse i dette tilfælde "ikk" (linje 267).

Afslutningsvis i denne sekvens optræder der forskellige overlap og gentagelser. De tre taletures overlap "[nej" (linje 268), "[nej" (linje 269) og "[na::j" (linje 270) kan beskrives som et afslutningsoverlap, da den næste taler kan regne ud, hvornår der vil være et PCP – i hvert fald de to sygeplejersker. Taleturene kan derudover også karakteriseres som confirming allusions, da de samtaledeltagende ytrer det samme og bekræfter den forrige ytring og hinanden. Dukken fortsætter samtalen og ytrer " jar fø:ler mig lidt trø:kket" (linje 271). På baggrund af ordvalget "trø:kket" tolker jeg dette som en joke, da sygeplejerskerne har givet hjertemassage, hvor de har trykket dukken på brystet. Den sidste taletur i videoen ejes af observatøren, som træder ind i billedet og ytrer "jeg (træder ind i billedet) tror vi si::r øh stop o:g rigtig mang tak" (linje 272). Denne ytring indeholder selvinitieret fremadrettede reparaturer i form af hans "øh" og hans lydforlængelse af "o:g". I kombination med hans brug af "tror", der indikerer en nedtoning af hans ytring, tolker jeg ytringen som værende forsigtig. Med henblik på hvordan rollerne har været fordelt undervejs i hele øvelsen, tolker jeg også hans nedtoning som en forsvarsmekanisme i forhold til, hvordan P2 kunne reagere og muligvis stille sig kritisk over for

øvelsen. I forlængelse af hans nedtoning, optoner han slutningen af ytringen ved at anvende "rigtig mang" foran "tak". Hans brug af "rigtig mang tak" fungerer også som en prælukker af samtalen, der understøtter hans den første del af sætningen, hvor han siger "vi si::r øh stop". Tillægget af "rigtig mang tak" forstår jeg også som en samtalekonvention, idet sygeplejerskerne har indvilliget i at indgå i en øvelse. Det er bemærkelsesværdigt, at han indleder sin ytring med det personlige pronomen i første person ental "jeg", som efterfølges af første person flertal "vi". Skiftet i pronomen er interessant idet, det kun er ham på stuen som observatør. Det kunne indikere, at han takker på vegne af det de mennesker, som er medansvarlige på indsamlingen af projektet. Som svar på observatørens ytring, griner P1 og P2.

6.3.2 BIN 26, linje 329-359 (jf. bilag 6)

6.3.2.1 Kontekstbeskrivelse

Det, der udspiller sig inden denne sekvens, er, at personalet har afveget fra deres roller og interageret med observatøren (jf. 1.2.2.4 Analysedel 2). Tidsintervallet for denne sekvens er 29 sekunder. Fra hjertestoppet og til dukken er vågnet, er der gået otte minutter og tre sekunder.

329	P4	(kravler ned fra sengen)
330	P2	(skal til at overtage hjertemassagen)
331	DU	.hh åh hh .hh åh hh .hh åh hh
332	P2	NÅ↑ forhælved
333	DU	.hh åh hh .hh åh hh
334	P2	[er der puls]
335	DU	[.hh åh hh]
336		
337	P4	[er] du tilstede?
338	DU	[årh]
339	P4	HALLO? [HALLO?]
340	P5	[HALLO?]
341	DU	[ja]
342	P4	anne
343	P3	[anne]
344	DU	[ja]
345		
346	U	er du okæ:y anne

347	DU	ja:er
348	U	ja:er
349	DU	hva ske:t dar
350	alle	(griner)
351	P4	du var lige væk et øjeblik tror jeg
352	DU	åh ha
353	P4	hvordan har du det
354	DU	jeg jeg skidt
355	P4	du skidt
356	DU	ja:er
357	P4	du ser os [lidt bleg] ud
358	DU	[jaer]
359	O	vi sir tak

Skærmbilleder af den transskriberede sekvens

6.3.2.2 Analyse

Sekvensen starter med, at P4 kravler ned fra sengen, og P2 skal til at overtage hjertemassagen. P2 påbegynder ikke hjertemassagen, da dukken begynder at trække vejret og stønner ”.hh åh hh .hh åh hh .hh åh hh” (linje 331). P2 ytrer ”nå↑ forhælved” (linje 332). Hans ytring begynder med et

”nå↑”, der har stigende intonation, hvilket kan defineres som en tilstandsskiftemarkør, da P2 giver udtryk for at have indset og/eller forstået noget. I dette tilfælde er dukken vågnet, hvorfor præmissen for conditional relevance har ændret sig. Det betyder, at P2 ikke skal give hjertemassage, hvorfor næste taletur tilfalder P2, der ytrer ”[er der puls]”. Ordstillingen i ytringen indikerer, at det er et spørgsmål, men der er ikke en direkte tur-allokering, hvilket kan være årsagen til, at der ikke er nogle, der reagerer på hans spørgsmål. Idet han selv tager hånden ned til dukkens lyske, beskrives dette som en online commentary, da hans verbale handling ytres samtidig med den nonverbale handling. Han besvarer ikke spørgsmålet verbalt, hvilket kan være en indikator for, at han ved, at dukken er vågnet. Hans taletur overlapper med dukkens stønnen og tunge åndedræt, der må være indikator for, at den er vågnet.

P4 henvender sig til dukken med ”[er] du tilstede” (linje 338). Ordstillingen indikerer også her, at det er et spørgsmål med en direkte allokering af tur til dukken. Dukkens støn overlapper det første af hendes sætning ”[årh]”. Hverken P4 eller de andre godtager dog dette som besvarelse på spørgsmålet, da P4 og P5 i munden på hinanden højlydt og med stigende intonation ytrer ”HALLÅ↑ [HALLÅ↑]” (linje 342) og ”[HALLÅ↑]” (linje 343). P4 og P5s overlap kan skyldes, at der ikke er nogen klar tur-allokering, idet dukken ikke har reageret på deres allokering til den. Dukken overlapper slutningen af deres ”hallå↑” med en positiv bekræfter ”[ja]”. På trods af at dukken besvarer med en positiv bekræfter, tur-allokerer P4 og P3 stadig deres taleture til dukken ved at bruge dennes navn ”anne” (linje 345) og ”[anne]” (linje 346), hvor dukken igen bekræfter positivt med ”[ja]”, der overlappes med P3s ytring. P4 står lænet helt ind over dukken, og samtidig med hun klapper dukken på siden af hovedet, ytrer hun ”er du okæ:y anne” (linje 349). Hendes klappen på dukkens ansigt understreger hendes henvendelse til dukken og det at hun ønsker kontakt. Dette er en tur-allokering til dukken, som svarer med en positiv bekræfter ”ja:er”. P4 gentager dukkens positive bekræfter ”ja:er”, hvilket også kan beskrives som en confirming allusion, da hun bekræfter og gentager dukkens ytring.

Dukken ytrer ”hva ske:t dar” (353), og næsten simultant griner hele sundhedspersonalet, hvilket indikerer, at dukkens ytring er en joke. Dukkens ytring indeholder et spørgeord i form af ”hvad”, hvilket indikerer, at ytringen er et spørgsmål. På grund af konteksten, som sundhedspersonalet

befinder sig i, tolker jeg deres grin som acceptabelt for samtalen, idet det er en simulationsøvelse, og dukken ikke kan blive ked af det. P4 imødekommer dukkens anmodning og besvarer "du var li:ge væk et øjeblik tror jeg" (linje 355). Idet hun ytrer "væk et øjeblik", refererer hun til dukkens hjertestop, der har varet i otte minutter og tre sekunder. Hun slutter sin taletur med "tror jeg", hvilket tilføjer en vaghed til resten af ytringen. På baggrund af dette og den latterrige stemning på stuen, tolker jeg hendes ytring som en joke. Dukken svarer "åh ha", hvortil P4 stiller et spørgsmål, der er henvendt til dukken "hvordan har du det" (linje 357). Dukken besvarer P4s anmodning med "jeg jeg skidt" (linje 358). P4s svar kan beskrives som en confirming allusion, da hun gentager dukkens

P4 "du skidt". Dukken besvarer igen med en positiv bekræfter "ja:er". Igen er det P4, der besvarer dukken "du ser os [lidt bleg] ud hehe" (linje 361), hvor hun kommenterer på dukkens udseende. At være bleg i ansigtet er et tegn på sygdom, hvorfor det understreger dukkens tilstand om end den er i live. Dukken besvarer ytringen med den positive bekræfter "[jaer]". Med henblik på konteksten, forstår jeg også denne ytring som en joke. Observatøren bryder ind i samtalen og ytret "vi sir tak". Det er i denne situation interessant, at han benytter sig af det personlige pronomen "vi", der er første person flertal, når han er den eneste person på stuen. Som jeg skriver i forrige analyse (jf. afsnit 1.3.1.2), tolker jeg, at det kan være med henblik på at takke på hele undersøgelsesholdets vegne.

6.4 Opsamling på analysen

I analysen har jeg undersøgt, hvordan samtalen i sekvenserne 'Optakt til hjertemassage', 'At afvige fra rollen' og 'Afslutning på øvelsen' finder sted.

Jeg har i min analyse fundet mønstre, som jeg ikke var bekendt med før. I begge videoer overlapper sundhedspersonalets tale med dukkens tale, når de kommer ind på stuen til at starte med. De henvender sig til dukken, men i tilfældene ender sundhedspersonalet med at tale i munden på dukken, hvilket kommer til udtryk gennem overlappene i samtalen. Det er svært at påpege, hvad det er, der lige præcis er skyld i dette. I den ene video gør overlappene sig gældende i noget af afslutningssekvensen. Jeg har spekuleret i, hvorvidt sundhedspersonalet har svært ved at høre

dukken, og/eller om det er fordi, det er en simulationsøvelse, hvor de er bekendte med præmissen, hvorfor de handler på det, de ved, der skal ske, før det er sket.

Et andet mønster, som jeg ser i min analyse, er den indforståethed, der eksisterer. Ofte færdiggør sundhedspersonalet ikke sine sætninger. De ufærdige sætninger kan betyde, at der eksisterer en common-world i deres interne relationer. Eksempelvis i BIN26 hvor P2 fagter med armene, viser det igennem videoen et mønster af hans nonverbale handlinger – han bruger det, når han forlanger eller vil have noget af andre. Nogle interne konventioner og forståelser over for, hvad de forskellige ting betyder, hvor man altså skal være en del af holdet for at forstå dem.

Et tredje mønster er den måde, hvorpå sundhedspersonalet henvender sig til og snakker med dukken på. I åbningssekvenserne er det som regel med et spørgsmål lignende ”hvordan har du det”. Spørgsmålet er naturligvis relevant, idet dukken (observatøren) har tilkaldt dem. Derudover blev jeg opmærksom på, at sundhedspersonalet gentager dukkens ord, når de snakker med denne. I forlængelse af dette fund, blev jeg også opmærksom på, sundhedspersonalet også gentager observatørens ord, når de har snakket med ham.

Igennem BIN18 er det tydeligt, at forskellige relationer og ’magt’ eksisterer på baggrund af P2s epistemiske statusser i forhold til P1 og observatøren. I BIN26 kommer der også forskellige relationer og magtdemonstrationer i spil, der dog ikke udfoldes lige så tydeligt mellem observatøren og sundhedspersonalet. P2 er i BIN26 dog i den primære epistemiske status K+ over for sine kollegaer.

Der er også punkter, hvor de to videoer afviger fra hinanden. I videoen BIN18 går der længe, før sygeplejersken ankommer på stuen, og derudover forlader de stuen i 24 sekunder efter, de har erkendt, at dukken har hjertestop. De påbegynder HLR et minut og tre sekunder efter erkendelse. Modsat denne situation er der video BIN26, hvor sygeplejersken hurtigt ankommer til stuen, og hvor der går 20 sekunder fra de har erkendt hjertestoppet til hjertemassagen påbegyndes.

Derudover må de to forskellige dynamikker i klippene pointeres. I video BIN18 er der to sygeplejersker til stede, hvorimod i video BIN26 er der to læger og tre sygeplejersker. Dette gør også, at situationerne, hvor sundhedspersonalet afviger fra deres livreddende roller, har forskellige udfald. I BIN18 stopper de HLR, da de ikke er nok til at varetage begge funktioner – at yde HLR *og*

interagere med observatøren. I BIN26 er det skiftevis de to læger, der henvender sig til observatøren, mens de tre til fire andre fortsætter HLR.

Afslutningsvis vil jeg gerne påpege, at P2 i videoen BIN18 påtager sig forskellige roller afhængig af, hvem det er, hun interagerer med. Over for dukken er hun livreddende personale, over for hendes kollega P1 agerer hun primært som mentor, og over for observatøren agerer hun som den studerende. I hendes forskellige roller har hun forskellige epistemiske status. Over for dukken og sin kollega har hun K+ status, da hun i dette tilfælde er den, der er den vidende. I sin rolle som studerende over for observatøren er hun i K-, da hendes ytringer i eksempelvis 'At afvige fra rollen' henvender sig til observatøren som værende i tvivl om og usikker i situationen.

7 Diskussion

Kapitel syv indeholder diskussion af analysens fund, hvor indsigter fra litteraturreviewet vil inddrages. Diskussion foretages blandt andet for at belyse, hvordan specialets fund kan bidrage til det videnskabelige felt.

7.1 Diskussion af fund i analysen

7.1.1 Når socialfænomenologien spiller en rolle

Jævnfør 'Opsamling af analyse' præsenterer jeg mønstre, som jeg har fundet gennem min analyse. Et af de mønstre omhandler den indforståethed, der er til stede i begge videoer. Indforståetheden kommer til udtryk på forskellige måder, eksempelvis når personalet ikke færdiggør sine sætninger, eller når lægen fagter med sine arme, hvorefter det øvrige personale gør, som han 'beder om'. I mine analyser påpeger jeg, at indforståetheden kan sammenlignes med det socialfænomenologiske begreb common-world. Jeg beskriver tidligere common-world med, at selvom "mennesket besidder hver sin individuelle virkelighed, giver det alligevel mennesket mulighed for at fungere med hinanden og omverdenen, da mennesket tror, at deres egen virkelighed er identisk med de andres – og mennesket lever faktisk også efter denne overbevisning" (jf. 3.1.1 Videnskabsteoretisk afsnit, s. 20). Overbevisningen kaldes også for the problem of intersubjectivity. De tilfælde, hvor jeg bruger begrebet, er, når vedkommende, der har en taletur, antager, at de øvrige samtaledeltagere har samme forståelse for og tolkning af, hvad det er, der eksempelvis skal hentes i den givne situation. Det lader ikke til, at der er misforståelser eller fejltolkninger af samtalen af samtaledeltagerene imellem, men i tilfældene, hvor sundhedspersonalet afviger fra deres rolle som livreddende fagpersonel, er det interessant at inddrage begrebet et af de grundlæggende idealiseringer: The idealization of the interchangeability of standpoints (jf. 3.1.1 Videnskabsteoretiske ståsted s. 20). Inddragelsen sker på baggrund af, at den ene antager, at den anden ville gøre det samme som den selv.

I sekvensen (jf. 6.2.1.2 Analyse) henvender hun sig til observatøren med henblik på at gøre ham opmærksom på, at hjertestopholdet for længst ville have været til stede på stuen, og senere i sekvensen argumenterer hun for, at det er åndssvagt at åbne den (defibrillatoren). I situationen antager hun, at han vil erklære sig enig med hende. Han bliver ikke enig med hende, og tværtimod opfordrer han dem til at fortsætte øvelsen, som de til sidst genoptager. I denne sekvens

er det altså tydeligt, at der er to forskellige oplevelser af situationen, hvorfor the problem of intersubjectivity spiller en rolle i situationen.

I en anden sekvens (jf. 6.2.2.2 Analyse del 1) træder den ene læge (P2) ud af sin rolle og henvender sig direkte til observatøren. Han forsøger at imødekomme observatøren med en ytring om, at han er bekendt med, at det er usædvanligt, at han skal have lov til at kigge på observatørens computer, hvor kvaliteten af HLR kan ses. På grund af grinene i sekvensen forstår jeg, at de har den samme oplevelse af situationen på trods af, at P2 forsøgte at ændre på præmissen ved situationen. Den samme oplevelse af situationen betyder altså, at de har en common-world sammen.

I den efterfølgende sekvens i analysen (jf. 6.2.2.4 Analyse del 2), afviger P2 igen fra sin rolle, hvor han får følge af den anden læge P5 på stuen. P2s brug af selvfølgelighedsmarkøren "jo" tre gange på kort tid tolker jeg som værende med henblik på at tilgå en maskine, der kan måle kvaliteten af HLR. Maskinen i dette tilfælde er computeren, som P2 tidligere har fået nægtet adgang til. Både P2 og P5 forsøger i dette tilfælde at argumentere for nødvendigheden af at kunne måle kvaliteten af HLR. P2 og P5 har i dette tilfælde den samme idealisering af situationen, hvor observatøren ikke imødekommer dem. I sekvensen optræder the problem of intersubjectivity, hvorfor der et sammenstød i common-world mellem de 'studerende' og observatøren, da P2 og P5 forsøger at afvige fra simulationsøvelsen og dennes præmisser.

7.1.2 Simulationspraksis

I forhold til læring og simulationspraksis vil jeg inddrage Wengers pointe med praksisfællesskab. Det praksisfællesskab, som sundhedspersonalet tilhører i simulationssituationerne, er på arbejdet. Jævnfør '3.1.1.5 En social teori om læring', beskriver Wenger (2003), at læring sker på tre planer: individplan, fællesskabsplan og organisationsplan. I forhold til læringsperspektivet på individplan, vil jeg påstå, at engagementet er svingende afhængigt af, om det er BIN18 eller BIN26. I læringsperspektivet til fællesskabsplanet betyder det, at læringen er et spørgsmål om forfinelse af praksis og sikre nye generationer af medlemmer. Simulationsøvelsen giver netop sundhedspersonalet mulighed for at forfine HLR-praksis i form af hjertemassage og ventilation samt forfine deres samarbejde omkring HLR. Læring på organisationsplanet betyder, at der skal opretholdes indbyrdes forbundne praksisfællesskaber – hvorigennem organisationen bliver mere

effektiv og værdifuld. I sygehusregi må det (i mange tilfælde) betegnes som effektivt og værdifuldt, hvis en patient overlever et hjertestop. Simulationsøvelserne kan danne fundament for opretholdelse af praksisfællesskaberne. Wenger (2003) påpeger yderligere, at chancen for læring er større, jo nærmere mennesket er på praksis, og jo større brugerinvolvering der er, hvorfor simulationsøvelser og –praksis netop må anses for at være udslagsgivende for læring. Andet forskning viser også, at simulationsøvelser virker – folk lærer noget af at stå i situationen.

I forlængelse af dette vil jeg dog påpege, at Stokoes (2013) resultater fra hendes undersøgelser indikerer, at folk er mere detaljerede i simulationsøvelser end i virkeligheden – og derved tager simulationsøvelsen for givet. Jeg har ikke baggrund for at udtale mig om det i forhold til de virkelige situationer, men i de to simulationsøvelser, jeg har analyseret, er der forskel i detaljeringsgraden, hastigheden, afbrydelser og deraf måske dårligere kvalitet af det udførte arbejde? I de situationer, hvor BIN18 henvender sig til observatøren, stopper HLR også. Fra mit eget kursus i basal HLR, ved jeg, at dødeligheden stiger med 10% pr. minut, der ikke ydes HLR. Hvis det havde været en rigtig situation, havde vedkommende med hjertestop haft utrolig dårlige odds for overlevelse uden varige mén. I den anden video BIN26 fortsætter det øvrige personale med at yde HLR på trods af, at én eller to afviger fra rollen og henvender sig til observatøren. Min undersøgelse af simulationsøvelser peger derfor på to udfald: både at øvelsen bliver taget for givet, *og* at den bliver taget alvorlig samt værdsat. Det skal dog påpeges igen, at Stokoes (2013) undersøgelser tager udgangspunkt 100 simulationsøvelser, hvorfor hendes er mere kvantificerbart.

Hendes undersøgelse tager udgangspunkt i politiafhøringsrollespil, hvor det også er et 'rigtigt' menneske, der udgør den simulerede rolle. I mine simulationsøvelser er det 'rigtige' mennesker, der spiller sammen, men patienten med hjertestop er en dukke. I forlængelse af dette vil jeg også påpege, at dukken netop bringer andre præmisser med ind i samtalen, da den ikke kan interagere og deltage i samtalen på samme måde som de øvrige deltagere.

Jensen og Fuhlendorffs (2015) artikel fandt frem til, at "de studerende tænker altså tilbage på, hvad de lærte i de fiktive situationer" (s. 50). Disse tanker er dog både med negativ og positiv refleksion. Jensen og Fuhlendorff (2015) kan dog ikke fastslå, om undervisningsforløbet i Nursing Skills Lab giver den studerende mulighed for at handle på en forsvarlig måde i en 'virkelig' situation. Jeg inddrager

senere i specialet (jf. 3.3 Præsentation af case) to artikler (Corvetto og Taekman, 2013; Tripathy, Miller, Berkenbosch, McKinley, Boland, Brown og Calhoun, 2016), der undersøger brugen af dødsfald i simulationspraksis. Ingen af artiklerne er dedikeret til at undersøge død i simulerede hjertestopsituationer, men inddrager også simulerede dødsfald, hvor sundhedspersonalet skal øve samtalen med de pårørende efterfølgende. De to artikler opstiller fordele og ulemper ved 'dødsfald'. På baggrund af min analyse af de to simulerede hjertestop og sundhedspersonalets reaktion med grin, forstår jeg det, som om de to grupper bliver glade og lettede over, at de fik liv i dukken og derved ikke fejlede i genoplivningen.

Jensen og Fuhlendorff (2015) inddrog to begreber i deres artikel klinisk forståelse og relevansvurdering. Sundhedspersonalets brug af klinisk fantasi kommer eksempelvis til udtryk, da lægen i BIN26 beder om overvågning af hjerterytmen for at kunne se kvaliteten af HLR. Dette indikerer lægens evne til at vurdere, hvordan situationen kan eller vil ændre sig til, og hvad ændringen tager med sig i form af muligheder, ressourcer og begrænsninger. I forlængelse af klinisk fantasi er relevansvurdering, hvor det vurderes, hvilke tiltag, der er relevante for situationen. I forlængelse af relevansvurdering er det interessant at inddrage conditional relevance. Conditional relevance anvendes inden for CA til at beskrive at "Givet den første, bliver den anden forventelig". Der kan her drages en parallel mellem de to begreber, da begge vedrører den næste handling som forventelig. I sekvensen '7.1.1.2 Optakt til hjertemassage' argumenterer jeg for, at sygeplejersken forlader stuen for at hente hjælp, da hun er bevidst om, at det er en simuleret hjertestopøvelse. På grund af hendes viden om, at dukken får hjertestop, vil det næste forventelige altså være at tilkalde hjælp, hvorfor både relevansvurdering og conditional relevance kan inddrages.

7.2 Bidrag

Specialets bidrag kan inddeles i to kategorier. *For det første* i forhold til selve CA-forskningen, da fundene i analysen indikerer, at den måde, hvorpå de sundhedsfaglige henvender sig til observatøren, er ved at appellere til en common-world og med en selvfølgelighed om, at situationen er "åndssvag" eller de "lige skal se" på computeren. Om end de bliver afvist i deres anmodninger og opfordret til at fortsætte deres arbejdsopgaver i simulationsøjemed, er der fundament for videre undersøgelse af dette mønster. *For det andet* er kombinationen af simuleret genoplivning og CA ikke et forskningsfelt, som jeg er stødt på undervejs i udarbejdelsen af specialet, hvorfor specialet

bidrager til det samtaleanalytiske felt med et fokus på samtale omkring simulerede hjertestop. I forlængelse af dette, påviser min analyse også, at dukken tager nogle andre præmisser med ind i samtalen, når denne bliver en deltager.

8 Konklusion

I specialets sidste kapitel vil jeg konkludere de fund og indsigter, som jeg har udledt gennem min analyse og diskussion for at kunne besvare min problemformulering:

> *Hvordan interagerer sundhedspersonalet i de situationer, hvor de afviger fra deres rolle som livreddende fagpersonel?*

Med tanke på ovenstående problemformulering, kan jeg konkludere, at i de to simulationsøvelser, hvor jeg har undersøgt forekomsten af at afvige fra sin rolle som livreddende førstehjælp, optræder der et mønster i den måde, sundhedspersonalet henvender sig til observatøren på. I to (ud af tre) tilfælde forsøger de at henvende sig til observatøren ved at appellere til en common-world, hvor det slår fejl på grund af the problem of intersubjectivity. I det sidste tilfælde argumenterer jeg for, at de har en common-world, hvor lægen, der afveg fra rollen, dog accepterer simulationsøvelsens præmis – at det ikke er muligt for sundhedspersonalet at se kvaliteten af HLR. Da der er forskel i antallet af personale i de to videoer, betyder det, at når sundhedspersonalet i BIN18 træder ud af rollen, stopper de HLR. Jeg kan derfor konkludere, at ved simulationsøvelserne i hjertestop (og for den sags skyld også i rigtige situationer) bør de være mere end to til stede på stuen – ikke kun med henblik på at øge kvaliteten af HLR, men også for at være flere til at håndtere de forskellige dele af processen.

Da samtaleanalyse er en induktiv metode og teori, er jeg også blevet drevet til andre undersøgelsesfelter heraf, hvordan samtalen finder sted i sekvenserne 'Optakt til hjertemassage' og 'Afslutning på øvelsen'. I de to videoer har der både vist sig at være mønstre og afvigelser. I begge videoer i sekvensen 'Optakt til hjertemassage' tilkalder sundhedspersonalet hjælp, inden de (udtalt) har erkendt dukkens hjertestop. På baggrund af fundene, kan jeg konkludere, at i interaktionen, hvor de afviger fra rollen som livreddende sundhedspersonel, er begge grupper biased af, at det er en simulationsøvelse, hvorfor de tilkalder hjælp før erkendelse af hjertestoppet. Jeg kan ud fra de overlap i sekvenserne, hvor samtalen med dukken finder sted, derfor også konkludere, at dukken medbringer nogle andre præmisser til samtalen, idet den ikke er en ordinær samtaledeltager. På baggrund af den måde, hvorpå de genbruger observatørens ord, kan jeg konkludere, at de spejler sig i hans ytringer. Samtidig med spejlingen af hans ord er der flere steder i samtalen, hvor

sundhedspersonalet gør brug af både bagudrettede og fremadrettede reparaturer, der giver dem mulighed for at genstarte deres sætning, har jeg tolket som usikkerhed i situationen. Spejlingen af hans ord og usikkerheden i situationen, konkluderer jeg, at sundhedspersonalet derved anerkender observatøren som værende mere vidende end dem.

Goodwins kontekstuelle konfiguration kommer flere steder til udtryk i simulationsøvelserne, da sundhedspersonalet i stor grad både bruger deres krop og andre semiotiske ressourcer på stuen til at interagere med. Det er altså i simulationsøvelserne tydeligt, at det ikke kun er de verbale handlinger, der spiller en afgørende rolle for interaktionen. Observatøren er en semiotisk ressource, som de inddrager i samtalen, når de har brug for ham. Når de ikke har brug for ham mere, ekskluderer de ham fra samtalen igen. Rubens Ballon er en afgørende semiotisk ressource i forhold til ventilation af patienten. Med disse observationer kan jeg konkludere, at samtaleanalyse af simulerede hjertestopsituationer bør kombineres med andre tilgange, da deres nonverbale handlinger spiller en lige så stor rolle i situationen som det verbale.

Afslutningsvis kan jeg konkludere, at sundhedspersonalet opretholder deres praksisfællesskaber gennem simulationsøvelserne, da de både lærer noget på det individueller niveau, i fællesskab og på organisationsplan. Simulationsøvelserne giver sundhedspersonalet mulighed for at øve sig på at yde HLR, og mulighed for at stå i stressede situationer uden risiko for dødsfald, hvorved de kan tage erfaringer med fra øvelsen til rigtige situationer.

9 Litteraturliste

Adams, T. E., Jones, S. H. & Ellis, C. (2015). *Doing autoethnography. In Autoethnography: Understanding qualitative research* (pp. 46-67). Oxford: Oxford University Press. **20 sider.**

American Psychological Association (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington DC: American Psychological Association.

Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden *I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.). (2015). Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udgave,1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag. **18 sider**.

Bryman, A. (2016, 5. udgave). Part one: The Research Process. I: A. Bryman (2016, 5. udgave) *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press. S. 1-120. **119 sider**.

Corvetto, M. og Taekman, J. (2013). To Die Or Not To Die? A Review of Simulated Death. I: *Sim Healthcare 8: 8-12, 2013*. **5 sider**.

Datta, R., Upadhyay, KK. & Jaideep, CN (2012). Simulation and its role in medical education i: *Med J Armed Forces India* 2012 Apr; 68(2): 167–172. **6 sider**.

- DOI: 10.1016/S0377-1237(12)60040-9

Davidsen. J. & Krummheuer, A. (2018). Transskription af videodata. I: J. Davidsen & M. Kjær (2018) *Videoanalyse af social interaktion*. Samfundslitteratur. **28 sider**.

Elsass, P. & Lauritsen, P. (2006). *Humanistisk sundhedsforskning.* København: Hans Reitzels Forlag. **235 sider**.

Goodwin, C. (2000). *Action and embodiment within situated human interaction*. Journal of Pragmatics, 32(10). **33 sider**.

Gravengaard, G. & Kjær, M. Fra undersøgelsesidé til problemløsning. I: J. Davidsen & M. Kjær (2018) *Videoanalyse af social interaktion*. Samfundslitteratur. **28 sider**.

Hallas, P., Lauridsen, J. & Brabrand, M. (2018) Sensemaking in the formation of basic life support teams – a proof-of-concept, qualitative study of simulated in-hospital cardiac arrests i: *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. **5 sider**.

- DOI: 10.1186/s13049-018-0479-0

Heritage, J. (1984). *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press. **331 sider**.

Heritage, J. (2012). Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. I: RESEARCH ON LANGUAGE AND SOCIAL INTERACTION, 45(1), 1–29, 2012. **29 sider**.

- DOI: 10.1080/08351813.2012.646684

Heritage, J., & Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine*, *49*(11), 1501–1517. **16 sider**.

Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Fænomenologi *I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.). (2015). Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udgave,1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag. **24 sider**.

Jensen, G. & Fuhlendorff, B. (2015). At uddanne sygeplejestuderende til klinisk fantasi og relevansvurdering i *Klinisk Sygepleje* årgang 29, nummer 1. **23 sider**.

Joensen, A. L. & Hall, E. (2018). Lovmæssige og etiske dilemmaer ved brug af hjertestartere på plejehjem i *Klinisk sygepleje*, årgang 32, nummer 1. **13 sider**.

- DOI: 10.18261/issn.1903-2285-2018-01-06

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015, 3. udgave, 1. oplag). *Interview – Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag. **431 sider**.

Mortensen, K. & Wagner, Johannes (2018). Videoanalyse og samtaleanalyse (CA). I: J. Davidsen & M. Kjær (2018) *Videoanalyse af social interaktion*. Samfundslitteratur. **36 sider**.

Nielsen, M. F. & Nielsen, S. B. (2011, 3. oplag). *Samtaleanalyse*. Samfundslitteratur. **272 sider**

Nødt til (2019). På *Politikens Nudanske Ordbog*.

- Lokaliseret på: https://www.ordbogen.com/da/search#/pol-current-dada/nødt

Ridley, D. (2012, 2. udgave). *The literature review: A step-by-step guide for students*. Sage Publications Ltd. **214 sider**.

Steensig, J. (2015) Konversationsanalyse. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.). (2015). Kvalitative metoder: En grundbog (2. udgave,1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag. **29 sider**.

Skovlund, H. (2002). Hvor blev subjektet af i (social)psykologien? i *Psyke & Logos,* 23. **24 sider**.

Stokoe, E. (2013). The (In)Authenticity of Simulated Talk: Comparing Role-Played and Actual Interaction and the Implications for Communication Training i *Research on Language and Social Interaction, 46:2, 165-185*. **21 sider**.

- DOI:10.1080/08351813.2013.780341

Skulle (2019). På *Politikens Nudanske Ordbog*.

- Lokaliseret på https://www.ordbogen.com/da/search#/cent-dada/skulle

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode *I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.). (2015). Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udgave,1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag. **26 sider**.

Terkildsen, H. & Hougaard, J. (2005). *Informations- og kommunikationsteknologi i færdighedslaboratoriet*. I: Klinisk Sygepleje, 2005(01), s. 57-63. **7 sider**

Tripathy, S., Miller, K., Berkenbosch, J., McKinley, T., Boland, K., Brown, S. og Calhoun, A. (2016). When the Mannequin Dies, Creation and Exploration of a Theoretical Framework Using a Mixed Methods Approach. I: *Sim Healthcare 11: 149-156, 2016*. **8 sider**.

Wenger, E. (2003). En social teori om læring. I: J. Lave & E. Wenger (2003) *Praksisfællesskaber og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag. **28 sider**.

TOTAL = 2029 sider