



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Gothenburg University Publications

Personer eller patienter i möte med vården

This is an author produced version of a paper published in:

Kahlin, Linda, Mats Landqvist & Ingela Tykesson (red.) Språk och identitet. Rapport från ASLA:s symposium Södertörns högskola 8-9 maj. 2014. Text- och samtalsstudier från Södertörns högskola

Citation for the published paper:

Grahn, I. (2015) "Personer eller patienter i möte med vården". Kahlin, Linda, Mats Landqvist & Ingela Tykesson (red.) Språk och identitet. Rapport från ASLA:s symposium Södertörns högskola 8-9 maj. 2014. Text- och samtalsstudier från Södertörns högskola pp. 33-45.

Downloaded from: <http://gup.ub.gu.se/publication/223784>

Notice: This paper has been peer reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or pagination. When citing this work, please refer to the original publication.

Personer eller patienter i möte med vården

Inga-Lill Grahn

Utmärkande för institutionella samtal är att samtalsarna mer eller mindre medvetet förhåller sig till specifika roller, vilka ömsesidigt bär upp det institutionella. *Patient* respektive *läkare* är exempel på sådana roller. Samtidigt är varje samtalare också en *person*, vilket inte är en roll utan en permanent identitet (Kristensson Ugglå 2014:39). Samtalare i en institutionell kontext bär således med sig sin identitet men ikläder sig också en institutionell roll.

I fokus för forskning, och i utveckling av kliniskt arbete, märks under senare år en strävan mot så kallad *personcentrerad vård* (se t.ex. Ekman et al. 2011, Munthe et al. 2012, Ekman 2014). Enligt Kristensson Ugglå (2014) har den medicinska vetenskapens exceptionella framgångar främjats av och främjat en objektifierande syn på människan som kropp, och mätbarhet och fysiskt observerbara tecken har fått den avgörande rollen för diagnos och behandling:

[...] därmed klipper den medicinska kunskapskulturen också av relationen till personen och 'sätter parentes' kring människans livsvärld liksom vidare samhällliga och historiska sammanhang. Därigenom har man kunnat bli otroligt framgångsrik inom en rad specialiserade områden – men man har inte utvecklat någon betydande kapacitet för att förstå och tala om patienten som person. (Kristensson Ugglå 2014:24)

Att "förstå och tala om patienten som person" är kärnan inom personcentrerad vård. Det innebär att "uppmärksamheten bör flytta från att *förklara* till att *hantera* symtomen, och att återbörda kontrollen av hälsoläget från vården till patienten" (Lidén & Svensson 2014:141). Grunden för ett sådant återbördande är att patientens berättelse framförs till vården. Om patienten inte ger en övertygande sjukdomsberättelse kan det få konsekvenser både för diagnostisering och för vilka vårdmässiga resurser som tillhandhålls (Bülow 2008). Bevisbördan hamnar i hög grad på patienten, som förväntas formulera en berättelse om sin person. Detta reser frågor om hur en sjukdomsberättelse förväntas se ut i samtal mellan läkare och patient, och om växlingen mellan att vara patient och att vara person.

Att patienten lägger fram och beskriver sina problem är centralt i samtal mellan läkare och patient. Problemen är ju själva orsaken till att samtalet äger rum, till att patienten har sökt vård. Flera studier har betraktat problempresentationen som en *fas* i samtalet mellan läkare och patient, och då som en

fas som företrädesvis ligger i början av samtalen och som i huvudsak styrs av patienten (Robinson & Heritage 2003, Heritage & Robinson 2006a, 2006b). Centralt för problempresentationen i sin tur är *beskrivning av symtom*, och då i synnerhet av *aktuella symtom*. Robinson & Heritage (2005) visar hur beskrivning av aktuella symtom relevantgörs av samtalen som övergångsplatser mellan problempresentationen och nästa fas, den så kallade anamnesupptagningen (se Heritage 2009, Robinson & Heritage 2005).

Den centrala plats som beskrivning av aktuella symtom har i samtalen förklaras av att dessa, i kraft av den institutionella kontexten, kan legitimera och rättfärdiga patientens beslut att söka vård. Symtom som visar sig ha medicinska orsaker kan diagnostiseras, behandlas och därmed rättfärdiga patientens beslut. Heritage & Robinson använder termen *doctorable* (2006:58) för att beskriva ett symtom som av vården bedöms utgöra ett rimligt skäl för att söka vård. I det följande använder jag ordet *vårdbar* som översättning av *doctorable*. För patientens del gäller därmed att framställa sitt symtom som ”worthy of medical attention, worthy of evaluation as a potentially significant medical condition, and worthy of advice and, where necessary, medical treatment” (ibid). Ett symtom är således vårdbart genom att det uppmärksammas som potentiellt relevant för ett medicinskt tillstånd och därmed, vid behov, för behandling. En viktig distinktion i sammanhanget är att ett symtom kan vara vårdbart, utan att för den skull vara behandlingsbart (jfr *treatable*, Heritage 2009).

En konsekvens av ovanstående är att patientens beslut att söka vård kan bli ifrågasatt om vården inte kan koppla problemen till medicinska orsaker, och bedöma dem som vårdbara. Här står också roller på spel. Vårdbara symtom ger tillgång till rollen patient, genom att vården tar ansvar för att hjälpa. Icke vårdbara symtom kan istället leda till att patientstatusen ifrågasätts och därmed till att ansvarsfrågan blir oklar. Studier av hur problempresentationer organiseras interaktionellt är därför angeläget, med syfte att konkretisera vad kommunikativ och interaktionell kompetens kan innebära för specifika kontexter (Sarangi 2012).

Tidigare svenska studier med språkvetenskapligt fokus och med anknytning till personcentrerad vård har bland annat studerat hur ansvar tilldelas och motiveras i diabetesvård av unga (Ericsson & Ottesjö 2012), stärkande samtal inom barndiabetesvård (Gustafsson 2014) samt samtal med personer med kommunikationsproblem (Saldert 2014).

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur det går till när patienten i samtal med en läkare tar upprepade initiativ till att föra fram ett problem som vårdbart, i detta fall övervikt, utan att läkaren bekräftar att det är vårdbart. I analysen undersöks interaktionen i tre utvalda sekvenser, med fokus på i vilken mån

samtalarna följer dels varandras samtalshandlingar, som t.ex. att ställa och svara på frågor, dels varandras samtalsämnen. I studien används termerna *handlings-*respektive *topikagenda* för att belysa dessa fenomen. Studiens syfte är vidare att med hjälp av begreppet *vårdbar*, problematisera förhållandet mellan patient och person i relation till personcentrerad vård.

Material och metod

Materialet till föreliggande studie är ett samtal mellan en läkare och en patient inom primärvården. Samtalet är inspelat inom ramen för forskningsmiljön Centrum för Personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, och specifikt inom det delprojekt som rör tolkning och förståelse av funktionella symtom i primärvården (Lidén & Svensson 2014). Patienterna i projektet tillhör gruppen *mångsökare*, det vill säga en grupp som ofta söker vård och som i många fall, men inte alltid, har symtom som inte kan förklaras medicinskt (s.k. *medicinskt oförklarade symtom*, se t.ex. Lidén & Svensson 2014).

Materialet utgörs av ett inspelat (audio) samtal på 28 minuter som grovtranskriberats i sin helhet. Sekvenser som fokuserats i analysarbetet har fintranskriberats. Patienten i samtalet är en medelålders sjukpensionerad kvinna, som vid tillfället sökt vård för hosta. Hon har inte träffat just den här läkaren förut men att döma av samtalet är det tänkt att hon ska göra det i fortsättningen. Samtalet kommer inte bara att handla om hostan utan också om flera andra besvär. Läkaren beställer ett antal prover och skriver ut recept åt patienten, och de kommer överens om att läkaren ska ringa några veckor senare för att höra ”hur det går”. Samtalet är anonymiserat avseende personer, platser och tider.

I studien används samtalsanalytisk metod (se t.ex. Atkinson & Heritage 1984), vilken också i tidigare studier använts inom medicinsk kontext (se t.ex. Heritage & Maynard 2006). Studien utgör ett så kallat *single case* (jfr t.ex. Boyd & Heritage 2006), vilket i det här fallet innebär att analysen följer endast ett samtal.

I de sekvenser som valts ut för analys tar patienten initiativ till att prata om sin övervikt med hjälp av orden *vikt* eller *övervikt*. Självfallet kan ett problem omtalas med en mängd olika ord, men återkommande val av samma lexikala enheter, och därmed bortval av andra, har betydelse för hur patientens berättelse framstår (jfr t.ex. Kitzinger & Mandelbaum 2013 om koppling mellan lexikala val och identitet, och Grahn 2012 om problemlösning genom variation mellan nominal- respektive verbform (*tanke/tänka*)).

Sekvenserna analyseras med fokus på vilka agendor för topik respektive för handling som samtalarna initierar (Boyd & Heritage 2006:155). Med termen topikagenda avses det samtalsämne som ett samtalsbidrag etablerar, t.ex. ämnet ”aktuella symtom”. Många topiker kan vara svåra att fastställa utifrån ett enstaka yttrande eller en kortare sekvens, eftersom de snarare framkommer i hur sam-

talarna responderar på varandras yttranden över ett helt samtal. I det aktuella samtalet förefaller läkaren och patienten i vissa mindre sekvenser ibland ha en gemensam topik, men mot bakgrund av samtalet som helhet framstår det som delvis olika topiker. Valet av *single case*-analys ger möjlighet att belysa hur patienten under hela samtalet tar initiativ till att lyfta sina problem och därmed bygga upp en topik, det vill säga inte bara under den första så kallade problempresentationssfasen.

Termen handlingsagenda avser den interaktionella handling som ett samtalsbidrag öppnar för, t.ex. att svara på en fråga, att informera etc. Samtalare kan välja att följa eller att frånga varandras agendor. Exempelvis kan patienten svara på en fråga (följa handlingsagendan), men låta svaret innehålla något som läkaren inte egentligen frågat efter (frånga topikagendan).

Läkarens frågor till patienten innehåller därtill alltid presuppositioner, vilka till stor del bestäms av den institutionella kontexten. Exempelvis frågan ”vad äter du till frukost?” innehåller presuppositionen att frukostvanor är relevanta för bedömning av ett sjukdomstillstånd. Presuppositioner rör ofta aspekter av patientens livssituation, allmänna hälsotillstånd eller medvetenhet om den egna kroppen, och kan förmedlas mer eller mindre explicit (Boyd & Heritage 2006:159). Dessa är av intresse för att belysa förväntningar på en sjukdomsberättelse.

Resultat

Undersökningen visar hur samtalsarna i princip följs åt i gemensamma handlingsagendor, och därmed upprätthåller samtalet, men samtidigt delvis frångår varandras topikagendor genom att prata om olika saker. Båda samtalsarnas topik rör *matvanor*, men i patientens initiativ är de kopplade till en överordnad topik om *övervikt*, medan läkarens överordnade topik rör *halsbränna*. I det följande presenteras tre samtalsutdrag som särskilt väl belyser den sekventiella organiseringen kring patientens initiativ till att frånga läkarens topik. Samtliga utdrag inleds med samtalsbidrag från läkaren vilka mot bakgrund av den institutionella kontexten bör betraktas som särskilt tongivande. (I utdragen står L för läkare och P för patient, exempel från utdragen återgivna i brödtexten är skriftspråksanpassade och transkriptionsnyckel återfinns i slutet av artikeln.)

Utdrag nr 1 nedan återfinns cirka sju minuter in i samtalet. Läkaren och patienten har tangerat flera olika problem, såsom besvär med lungorna, huvudvärk, inkontinens, ångest och halsbränna och läkaren har sedan frågat om patienten tar några mediciner dagligen. Hon berättar att hon står på blodtrycksmedicin och lugnande medicin och sammanfattar, precis före utdraget nedan, med ”dom här problemen har jag”.

1)

10 *L: va äter du: för nåt, va äter du fö- för frukost;
11 *P: (.) °ja du° (.) ja äter allting som mante ska: ja har ju-
12 ja har ju gått upp för mycket i vikt
13 *L: oke↑:j
14 *P: dom- dom vägde mej- ja skulle- för min längd ja skulle ja
15 väga mellan- sku ligga på sjutti- sextisju sjutti kilo .h
16 men ja skulle behöva gå ner tjufem kilo↑ de känns i
17 ryggen också: jante kan orka bära
18 *L: just de
19 *P: å de syns ju runt här också

Läkarens fråga på r. 10 öppnar för en topik som rör matvanor. Den är till formen öppet formulerad (till skillnad från slutna frågor som kan besvaras med *ja* eller *nej*), men samtidigt avgränsad till ”frukostmatvanor”. Patienten inleder sin respons på r. 11 med pauser och med svag röst i turkonstruktionsenheten (hädanefter tke) ”ja du” som uttrycker tvekan. Pauser och tvekljud eller -uttryck är fenomen som typiskt föregår ett disprefererat svar (Pomerantz 1984, Boyd & Heritage 2006:161). Därefter följer en tke som är typkonform med läkarens fråga: ”Vad äter du för frukost?” > ”Jag äter allting som man inte ska”. Patientens svar innehåller dock inte information om matvaror, vilket vore förväntat, utan istället om en tydlig moralisk värdering genom antydning om att det finns mat som man inte ska äta.

Patientens nästa tke på r. 11–12 inleds med en reparation och mynnar ut i explicit information om hennes viktuppgång; ”jag har ju gått upp för mycket i vikt”. Adverbialet *ju* har enligt Svenska Akademiens grammatik grundbetydelsen att talaren förutsätter att lyssnaren redan har kunskap om det som sägs (SAG 4:115). Kunskapen som förmedlas av patienten i det aktuella fallet är att hon är överviktig, och det är visserligen möjligt att läkaren känner till det, men hon kan inte ta det för givet. Heinemann et al. (2011:128) argumenterar för att adverbialet *ju* (danska *jo*) kan användas för att peka på en potentiell epistemisk inkongruens, vilket kan vara en del i att förklara varför man inte svarar direkt på frågan. Det kan då tolkas som relevantgörande av kunskap och läkarens respons på r. 13 är ett ”okej” med lätt frågeintonation. Därefter legitimerar patienten på tre olika sätt det faktum att hon påtalat sin övervikt. För det första genom att hänvisa till auktoriteter (”de vägde mig”, r. 14), för det andra genom att peka på fysiska symtom och konsekvenser (”det känns i ryggen”, ”jag kan inte orka bära”, r. 16–17) och för det tredje genom att hänvisa till synliga tecken (”det syns ju runt här också”, r. 19).

När läkaren återtar turen återknyter han dock explicit till den topik han själv introducerat och som handlar om halsbränna: ”jag tänkte på din halsbränna då” på r. 20–21 nedan i utdrag 2 (r. 19 är återupprepad från utdrag 1).

2)

19 *P: å de syns ju [runt här [också
20 *L: [ja [ja: ja ja tänkte på din
21 halsbränna då:- om du: [(ohörbart)
22 *P: [ja äter all skit=
=[de- [de- *de e just de*
23 *L: [ja [ja=
24 =va e de för skit du äter till frukost;
25 *P: frukost; (.) te frukost ja ja äter ma|cke:r å de kan va
26 youghurt å en bananer å: (.) ägg å ibland kan ja steka
27 bacon du vet å korv å:- ja
28 *L: mm,
29 *P: ja äter mycke de e ju de som har gjort att ja gått så
30 mycke upp i vikt
31 *L: mm; å: har du nåt mellanmål på förmiddan;
32 *P: ja tar ett par macker å så sen e de middag men- å småäter
33 hela tiden (.) ja g- (.) tröstäter å ja kante: sluta me
34 de ja vetnte hur man gör. .h [(ohörbart)
35 *L: [va tar du:- va tar du för
36 tröstätning då?

Läkaren återknyter här till den fråga om patientens frukostmatvanor han ställt redan i inledningen av sekvens 1, nämligen ”vad äter du för frukost?” (r. 10 i 1) och patientens respons ”jag äter all skit”, på r. 22, ansluter till formen till hans fråga. Hon följer därmed läkarens handlingsagenda (svarar genom att ge information), men innehållet i svaret ändras från efterfrågade specifika matvaror till den generella benämningen ”all skit”, som är kraftigt värderande.

Läkaren ställer ännu en fråga i vilken han återanvänder ordet ”skit” och efterfrågar en precisering: ”vad är det för skit du äter till frukost?” (r. 24). Återanvändning har en samtalsstrukturerande funktion genom att visa hur en ny tur förhåller sig till en tidigare, och är därmed en socialt organiserande handling (se Nilsson 2011, även t.ex. Coates 1996, Anward 2005, Tannen 1989). I det aktuella fallet får läkarens återanvändning två delvis motsägande funktioner, dels att visa för patienten att de deltar i samma samtal, dels att återinföra sin egen topik som inte berör det moraliska dilemma patienten är explicit med.

Patientens nästa respons följer till en början både läkarens handlings- och topikagenda, då hon svarar med information om just matvaror. Hon inleder på r. 25 med presekvenser som återanvänder ordet ”frukost”, och därefter räknar hon upp ett antal matvaror. Detta sker med listintonation, och turen avslutas i en oavslutad lista: ”korv å- ja” (r. 25–27). Den oavslutade uppräknningen understryker mängdaspekten i patientens matintag, vilken hon också explicitgör i nästa tur inledd med ”jag äter mycket” (r. 29).

I hennes nästa tke i samma tur (r. 29–30) kopplas matmängden till viktproblematiken: ”det är ju det som har gjort att jag gått upp så mycket i vikt”. Adverbialet *ju* återknyter inte till något hon tidigare sagt, utan troligare till en förväntat allmän kunskap om att man går upp i vikt om man äter för mycket. Det

epistemiska arbete som görs med *ju* har dubbla funktioner: patienten påtalar dels att något är allmän kunskap, dels att hon själv besitter den (jfr Heinemann et al. 2011).

Utan att ge respons på patientens viktuppgång ställer läkaren därefter ännu en fråga, på r. 31: ”och har du något mellanmål på förmiddagen?”. Därefter följer patienten till en början både hans handlings- och hans topikagenda genom att informera om vad hon äter till mellanmål, r. 32: ”jag tar ett par mackor och så sedan är det middag men-”. Ett *men-* initierar en motsättning och följs här av fyra på varandra följande tke:er vilka alla antyder brist på kontroll i ätandet: ”och småäter hela tiden”, ”jag tröstäter”, ”jag kan inte sluta” och ”jag vet inte hur man gör” (r. 32–34).

För tredje gången i detta utdrag återgår läkaren till att fråga om specifika matvaror: ”vad tar du för tröstätning då?” (r. 35–36). Han återanvänder den lexikala enheten *tröstätning* från patientens tur (modifierat från grundutförandet *tröstäter*), vilket får samma funktion som återanvändningen av ”skit” tidigare i utdraget: läkaren följer patientens samtalshandlingar men frångår hennes topik som rör aspekten att behöva tröst och inte ha kontroll över ätandet.

Som respons på läkarens fråga om vad hon tar för ”tröstätning” nämner patienten bl. a. ”chips”, vilket föranleder läkarens fråga på r. 46 i utdrag 3:

3)

46 *L: °ja° .h e: hur my↑cke chips äter du per dag?
47 *P: de kan gå upp i en hel påse du.
48 *L: en sån här fyrahundragra↑m elle:r tvåhundragra↑m [elle:r?
49 *P: [fyra-
50 fyrahundra dom här ostbågarna å: [du kan köpa dom=
51 *L: [ah
52 *P: =så billigt [nu på *Rusta*
51 *L: [ja ja de e väldi billigt
53 *P: (småskratt) farligt farligt .h men ja behöver ju hjälp
54 för å f- komma ner i vikte↑n för att ja känner ju de, ja
55 kommer junte upp för trappan↑ ja klarar inte kassarna,
56 *L: [°ja°
57 *P: [så att- ja klarar ingenting längre.

Patienten svarar prefererat på frågan genom att informera om mängden chips hon äter (r. 47). Läkaren efterfrågar direkt ett förtydligande (r. 48), vilket han också får (r. 49–50). Så långt följer de samma handlingsagenda, men läkarens förhållandevis instrumentella frågor om precis chipsmängd möter fortfarande inte patientens explicita oro över att hon tappat kontrollen över sitt ätande. Det blir också tydligt genom att hon på r. 50–52 motiverar sitt chipsätande med att chipsen är så billiga, avslutat med skratt i rösten.

Skrattet följs inte upp av läkaren, varpå patienten inleder även nästa tur med ett skratt (r. 53) (jfr Jefferson 1979). Hennes första tke utgörs av orden ”farligt farligt” som sannolikt refererar till en slagertext om ett moraliskt dilemma:

”härligt härligt men farligt farligt”. Hon talar därmed om att hon är medveten om den moraliska aspekten i att (som överviktig) äta mycket chips. Därmed avviker hon än en gång från läkarens topik: hon svarar visserligen på hans fråga om chipspåsarna men betonar det moraliskt problematiska i att äta för mycket.

Patientens nästa tke i samma tur inleds med adversativt ”men”: ”men jag behöver ju hjälp för å f- komma ner i vikten” (r. 53–54). Användningen av *ju* markerar en förväntning på att läkaren nu vet om att hon inte själv klarar av att gå ner i vikt. Att patienten på detta sätt lyfter fram en upplevd epistemisk inkongruens kan tolkas som att hon relevantergör kunskapen på nytt, för att legitimera det faktum att hon återkommer till den.

Därefter följer ytterligare tre tke:er i vilka patienten redogör för sina fysiska upplevelser av övervikt, vilka även de legitimerar att hon ber om hjälp: ”för att jag känner ju de”, ”jag kommer ju inte upp för trappan” och ”jag klarar inte kassarna” (r. 54–55). Två av dessa referenser till fysiska upplevelser är formulerade som extremfall, så kallade *extreme case formulations* (Pomerantz 1986): ”kommer inte upp för trappan” och ”klarar inte kassarna”. Försekvensen ”så att-” på r. 57 annonserar en slutsats och turen avslutas också med fallande intonation, vilket markerar detsamma: ”så att- jag klarar ingenting längre”. Även denna tke är formulerad som ett extremfall och förstärkt genom att oförmågan kopplas till mer än bara fysiska situationer, och genom tidsadverbialiet ”längre” som markerar att situationen har försämrats. Även detta kan ses som ett sätt för patienten att legitimera att hon tar upp sitt överviktsproblem hos läkaren (jfr Heritage & Robinson 2006a).

Slutsatser

I de undersökta initiativen pekar analysen på hur patienten både explicit och implicit dels informerar om sin övervikt, dels talar om att hon behöver hjälp med den. Presuppositioner i en läkares frågor kan ofta utläsas i patientens svar. I de undersökta sekvenserna visar patientens samtalsbidrag en orientering mot moraliska aspekter av kopplingen mellan matvanor och övervikt. Hon framhåller att hon är medveten om kopplingen, och understryker att hon också behöver hjälp. Läkaren följer dock inte upp dessa moraliska aspekter i de aktuella sekvenserna, men senare i samtalet, efter den fysiska undersökningen, säger han till patienten att hon missköter sin kropp. Den presupposition som patienten redan svarat på görs därmed explicit av läkaren själv.

Målet för patienten i de undersökta initiativen kan sägas vara att framställa övervikten som vårdbar och därmed få hjälp. Hennes topik är en berättelse om att hon tappat kontrollen över sin vikt. När läkaren inte plockar upp topiken, återvänder patienten till den upprepade gånger vilket får berättelsen att framstå som fragmenterad. Det är dock viktigt att understryka att den upplevda

fragmenteringen kan vara en konsekvens av att en sjukdomsberättelse förväntas vara konsekvent kopplad till mätbara symtom för att framstå som ”hel”.

Många fenomen som förekommer i samtal kan uppfattas intuitivt av varje samtalare, vilket allmänspråkliga uttryck vittnar om. De flesta har någon gång upplevt att man ”talar förbi varandra”, men man vet oftast inte hur det egentligen går till. Undersökningen visar ett fall där en läkare och en patient kan sägas tala förbi varandra. I de undersökta sekvenserna följer samtalsarna en gemensam handlingsagenda, det vill säga att interaktionen utgörs av sociala handlingar som gör att samtalet kan fortgå. Samtidigt visar analysen att samtalsarna har olika topikagendor, då läkaren talar om halsbränna och patienten om övervikt. Att i läkarrollen inte följa upp patientens initiativ att tala om sin övervikt och sedan tala om för henne att hon missköter sin kropp, signalerar att övervikten inte är att betrakta som vårdbar. Därmed har personen misslyckats med att få rollen som patient, och blir istället som person ansvarig för sitt tillstånd.

Att ”förstå och tala om patienten som person” (Kristensson Ugglå 2014:24) är en strävan inom personcentrerad vård, och mot bakgrund av föreliggande studie finns anledning att fråga sig vad detta innebär. Patienten röjer i sin berättelse aspekter ur sin personliga livssituation vilka påverkar hennes fysiska tillstånd övervikten. I och med att problemet inte bemöts som vårdbart nekas hon rollen som patient och blir som person fortsatt ansvarig för sitt tillstånd. Frågan är vilka förväntningar som ställs på den person som den personcentrerade vården ska värna om, och vilka förväntningar som ställs på vården som ska förena patienten med personen i en kontext som traditionellt sett är patientcentrerad.

Det är viktigt att förstå både hur interaktionen mellan läkare och patient ser ut och vilka förväntningar som finns på densamma. *Personen* som är i fokus i den personcentrerade vården kanske kommer till uttryck på icke förväntade sätt, vilka i den institutionella kontexten därför inte hörsammas. Om så är fallet och hur detta i så fall åtgärdas är dock en vidare diskussion, till vilken språkvetenskaplig samtalsanalys förhoppningsvis kan bidra med reflektion.

Transkriptionsnyckel

<u>ord</u>	emfas (vanligen märkt på vokal i betonad stavelse)
°ord°	tystare tal än i omgivande tal
(ord)	metakommentar
.h	inandning
[överlappning inleds
=	turen fortsätter på annan rad/turer hakas på varandra utan hörbar paus
-	avbrott i sats eller ord
:	förlängt ljud
(.)	mikropaus
.	fallande ton

,	fortsättningston
?	stigande ton
˘	svagt stigande ton
↑	tydligt stigande ton i ett ord
↓	tydligt fallande ton i ett ord

Referenser

- Anward, Jan (2005). "Lexeme recycled. How categories emerge from interaction." I: *Logos and Language* 2, s. 31–46.
- Atkinson, J. Maxwell & John Heritage (red.) (1984). *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press.
- Boyd, Elizabeth & John Heritage (2006). "Taking the history." I: Heritage, John & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press. S. 151–184.
- Bülow, Pia (2008). "'You Have to Ask a Little': Troublesome Storytelling about Contested Illness." I: Hydén, Lars-Christer & Jens Brockmeier (red.) *Health, Illness and Culture. Broken Narratives*. Taylor & Francis Ltd. S. 131–153.
- Coates, Jennifer (1996). *Women talk. Conversation between women friends*. Blackwell.
- Ekman Inger et al. (2011). "Person-centered care – Ready for prime time". *European Journal of Cardiovasc Nursing*. 10, s. 248–251.
- Ekman, Inger (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Liber.
- Ericsson, Stina & Cajsa Ottesjö (2012). "Att tilldela och motivera ansvar. Exempel från läkarsamtal med unga inom personcentrerad diabetesvård." I: Karlsson, Anna-Malin, Mats Landqvist & Hanna Sofia Rehnberg (red.) *Med språket som arbetsredskap. Sju studier av kommunikation i vården*. (Text- och samtalsstudier från Södertörns högskola 1.) Södertörns högskola (e-publ). S. 75–90.
- Grahn, Inga-Lill (2012). *Tala om att tänka. Om processer och projekt vid användning av orden tänka och tanke i tre samtal*. (Göteborgsstudier i nordisk språkvetenskap 18.) Institutionen för svenska språket. Göteborgs universitet.
- Gustafsson, Anna W. (2014). *Stärkande samtal – fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården*. (Nordlund) Lunds universitet, Institutionen för nordiska språk.
- Heinemann, Trine, Anna Lindström & Jakob Steensig (2011). "Addressing epistemic incongruence in question-answer sequences through the use of epistemic adverbs." I: Stivers Tanya, Lorenza Mondada & Jakob Steensig (red.) *The Morality of Knowledge in Conversation*. Cambridge University Press. S. 107–130.
- Heritage, John & Douglas W. Maynard (red.) (2006). *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press.
- Heritage, John & Jeffrey D. Robinson (2006a). "Accounting for the visit." I: Heritage, John & Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press. S. 48–85.
- Heritage, John & Jeffrey D. Robinson (2006b). "The Structure of Patients' Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions." *Health Communication* 19:2, s. 89–102.
- Heritage, John (2009). "Negotiating the Legitimacy of Medical Problems. A Multiphased Concern for Patients and Physicians." I: Brashers, Dale & Deana Goldsmith (red.) *Communicating to Manage Health and Illness*. Routledge. S. 147–164.

- Jefferson, Gail (1979). "A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination". I: Psathas, George (red.) *Everyday Language. Studies in Ethnomethodology*. Irvington cop. S. 79–96.
- Kitzinger, Celia & Jenny Mandelbaum (2013). "Word Selection and Social Identities in Talk-in-Interaction." *Communication Monographs* 80:2, s. 176–198.
- Kristensson Ugglå, Bengt (2014). "Personfilosofi – personfilosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård." I: Ekman, Inger (red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Liber. S. 21–68.
- Lidén, Eva & Staffan Svensson (2014). "Personcentrerat förhållningssätt vid medicinskt oförklarade symtom i primärvården." I: Ekman, Inger (red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Liber. S. 129–148.
- Munthe, Christian, Lars Sandman & Daniela Cutas (2012). "Person Centered Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research." *Health Care Anal* 20, s. 231–249.
- Nilsson, Jenny (2011). "Dialektal anpassning i interaktion." I: Bockgård, Gustav & Jenny Nilsson (red.) *Interaktionell dialektologi*. Institutet för språk och folkminnen. S. 223–249.
- Pomerantz, Anita (1984). "Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes". I: Atkinson, J. Maxwell & John Heritage (red.) *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press. S. 57–101.
- Pomerantz, Anita (1986). "Extreme Case Formulations: A Way of Legitimizing Claims." *Human Studies* 9, s 219–229.
- Robinson, Jeffrey D. & John Heritage (2003). "The structure of patients' presenting concerns: the completion relevance of current symptoms". *Social Science and Medicine* 61, s. 481–493.
- SAG = Teleman, Ulf, Staffan Hellberg & Erik Andersson 1999. Svenska Akademiens grammatik. Norstedts Ordbok.
- Saldert, Charlotta (2014). "Personcentrerade samtal vid kommunikationshinder." I: Ekman, Inger (red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik..* Liber. S. 207–225.
- Sarangi, Srikant (2012). "Towards a communicative mentality in medical and healthcare practice." I: Karlsson, Anna-Malin, Mats Landqvist & Hanna Sofia Rehnberg (red.) *Med språket som arbetsredskap. Sju studier av kommunikation i vården*. (Text- och samtalsstudier från Södertörns högskola 1.) Södertörns högskola (e-publ). S. 35–48.
- Tannen, Deborah (1989). *Talking voices. Repetition, Dialogue, and Imagery in Conversational Discourse*. Cambridge University Press.

Bio note

Inga-Lill Grahn
 Institutionen för svenska språket
 Göteborgs universitet
 Box 200
 405 30 Göteborg
 inga-lill.grahn@svenska.gu.se