

men hur tror du de + e att man sku få de bortjobbat
När patienten ställer frågor till läkaren

Camilla Lindholm

Ett samtal mellan läkare och patient innebär ett möte mellan två parter. Den ena av dessa parter innehar en expertroll, med vilken vissa befogenheter är förknippade (se t.ex. Nordberg 1988, Linell 1990). När vi uppsöker en läkare utgår vi från att läkaren besitter vissa kunskaper som vi själva inte har. Samtidigt som vi iklar oss patientrollen och beaktar läkarens medicinska expertis, är vi också medvetna om att vi äger kunskap som läkaren saknar: förstahandsinformation om de symtom som vi lider av, tillgång till den primära upplevelsen av sjukdom. Det uppstår på så sätt en dubbel expertis i samtalen: dels den som definieras och manifesteras utifrån institutionella roller, dels den som är förknippad med den primära erfarenhet som patienten äger av sin egen kropp. I det följande studeras hur denna dubbla expertis manifesteras i ett särskilt språkligt fenomen: i frågor som ställs av patienten.

Tidigare undersökningar (t.ex. West 1983, Frankel 1990) har visat att patienter ställer få frågor i samtal mellan läkare och patient. Vidare har man konstaterat att när patienterna ställer en fråga konstrueras den ofta som disprefererad, t.ex. genom att den innehåller perturbationer av olika slag (West 1983) eller genom att den föregås av en presekvens, vilken uppskjuter introduktionen av själva frågan (Frankel 1990). Ytterligare ett resultat av Wests undersökning var att patienterna ibland möter svårigheter att få sina frågor besvarade (West 1983:99). Detta har setts som ett tecken på dominans och kontroll, på att läkaren dominerar samtalet och på att asymmetri råder mellan samtalsdeltagarna. De tidigare undersökningarna har i hög grad koncentrerats på topikstrukturen: hur nya ämnen introduceras med hjälp av frågor, hur läkaren avbryter patienten samt i vilken utsträckning läkaren följer upp patientens ämnen eller låter dessa stå obehandlade (se t.ex. Frankel 1990, Melander Marttala 1995). Den som ställer frågor har möjlighet att styra och påverka samtalets utveckling i betydligt högre grad än den vars bidrag begränsas till responser på frågorna.

Att betrakta det faktum att patienterna ställer få frågor som ett tecken på att läkaren dominerar samtalet är emellertid en alltför ensidig syn på saken. Roter & Hall (1992:104) redovisar för tidigare undersökningar, som visat att vissa patienter drar nytta av att få detaljerade upplysningar om sitt tillstånd och sin behandling, medan denna information skapar rädsla hos andra patienter. Ruusuvoori (2000:37, 49)

betonar vikten av att inte betrakta läkarsamtalet som en helhet. Hon menar att företeelser måste studeras med hänsyn till de faser där de ingår och de aktiviteter som utförs (se även Raevaara under utg.: 27). Enligt Ruusuvoori (ibid.) är det möjligt att frågor ställda av patienter är speciellt disprefererade i anamnesfasen, där läkaren samlar in information om patienten, medan det kan vara lättare för patienten att ställa frågor inom den fas där patientens framtida behandling diskuteras. Ruusuvoori (2000:49) ser den varierande frekvensen frågor i olika samtalsfaser som ett tecken på att patienten orienterar sig mot den pågående aktiviteten. Hon betonar att varje fas inom samtalet bör betraktas som en specifik kontext för interaktion.

I föreliggande uppsats står frågor ställda av patienterna i fokus. Efter att kort presentera vissa uppgifter beträffande frågornas frekvens i mitt material, går jag över till att diskutera de funktioner som jag har påträffat hos patienternas frågor.

Frekvens

I tabell 1 presenteras fördelningen av frågor ställda av patienterna i olika faser i de samtal, vilka utgör materialet för föreliggande undersökning. Materialet utgörs av åtta videospelade läkarsamtal (ca 4 timmar och 40 minuter) med patienter som lider av fibromyalgi och andra diffusa värkbesvär i rörelseorganen. Materialet har spelats in inom projektet *Interaktion i en institutionell kontext* och det har också använts som material för tidigare undersökningar (Lindholm 1999a, 1999b). En kort karakteristik av de faser som omnämns i tabell 1 lyder följande: anamnesfasen är den inledande muntliga intervjun, i vilken bl.a. patientens aktuella besvär samt tidigare sjukdomshistoria behandlas. Under kroppsundersökningen examineras patienten fysiskt, och inom informationsfasen, som följer efter kroppsundersökningen, diskuteras bl.a. diagnos och fortsatta undersökningar.

Tabell 1. Patienternas frågor.

Samtal	Frågor i anamnesfasen	Frågor under kroppssökningen	Frågor i informationsfasen	Totalt antal frågor
INK 1	2		2	4
INK 2	3	9	9	21
INK 3				
INK 4		1	1	2
INK 5			1	1
INK 6		1	3	4
INK 7				
INK 8				
Totalt	5	11	16	32

Av tabell 1 framgår att antalet frågor inom de olika samtalen i materialet är mycket varierande. Tre av samtalen (INK 3, 7 och 8) saknar frågor ställda av patienten. Den enda frågan i INK 5 ställs efter att läkaren ställt en fråga, som uppmanar patienten att föra in ett nytt ämne. Ett av samtalen (INK 2) innehåller ca 66 % av det totala antalet frågor i samtalen. Av de fyra frågorna i INK 1 är tre s.k. reparationsfrågor, vars frågestatus kan ifrågasättas. En av de två frågorna i INK 4 är en reparationsfråga. I materialet finns sammanlagt fem reparationsfrågor ställda av patienten. Eftersom reparationsfrågornas status som initiativ inte är entydig, studeras de inte närmare i den följande framställningen. Materialet innehåller en fråga (i INK 2) som inte anknyter till syftet med samtalet, d.v.s. att lösa patientens medicinska problem. Det är en fråga som gäller huruvida läkaren känner en viss person. Den frågan har på samma sätt som reparationsfrågorna räknats med i tabell 1, men den diskuteras inte närmare nedan.

Tabell 1 illustrerar också hur frågorna är fördelade i olika samtalsfaser. Jag vill här anknyta till Ruusu vuori (2000:49), som påpekar att patienternas benägenhet att ställa frågor i olika faser kan tänkas återspegla deras orientering mot de specifika målen i fasen; genom att t.ex. ställa få frågor i anamnesen visar patienterna sin medvetenhet om att den pågående aktiviteten är att läkaren samlar in information. Patienternas frågor förefaller att vara mest frekventa inom den s.k. informationsfasen, inom vilken behandling av patienterna diskuteras (jfr Ruusu vuori 2000:49). Så

mycket som 50 % av det totala antalet frågor infaller under informationsfasen och bara 16 % under anamnesfasen. Det är emellertid anmärkningsvärt att 34 % av de frågor som patienterna ställer infaller under kroppsundersökningen, under vilken kommunikation inte är den centrala aktiviteten, utan där kommunikationen i hög grad är ansluten till och består av metakommentarer till den pågående undersökningen (jfr Linell 1998:244–249 om olika kommunikativa respektive icke-kommunikativa aktiviteter). Vad kan detta bero på? Man kan spekulera kring huruvida det faktum att parterna inte koncentrerar sig på den kommunikativa aktiviteten gör det lättare för patienten att bidra med nya initiativ.

Som tidigare nämnts kan man tänka sig att båda parterna i läkarsamtal fungerar som experter. I den indelning som jag gjort av patienternas frågor i funktionella kategorier har jag utgått från hur patienten i sina frågor orienterar sig mot sin egen och läkarens institutionella deltagarroller i samtalet. Frågorna har delats in i följande tre kategorier: frågor som befäster läkarens expertstatus, frågor som utgör invändningar och frågor som introducerar hypotetiska diagnoser.

Frågor som befäster läkarens expertstatus

De frågor som befäster läkarens expertstatus är sådana frågor, med vilka patienten orienterar sig mot att läkaren är en expert, som innehar sådan kunskap som patienten själv inte äger. I denna kategori har jag bl.a. placerat frågor, med vilka patienter efterfrågar ytterligare information om symtom och behandling. Denna kategori motsvarar de kategorier som Wynn (1998:118–120) i sin undersökning av frågor ställda av patienter kallar begäran om instruktioner och begäran om råd.

I utdrag 1, som infaller under kroppsundersökningen, ber patienten läkaren om mer detaljerade upplysningar om den medicin som läkaren har lovat att skriva ut åt henne. Utdragen 1–3 är hämtade från samma samtal, INK 2. Jag har valt att koncentrera mig på detta samtal för att närmare belysa vilka typer av frågor som ingår i detta samtal, som innehåller 66 % av frågorna i materialet (se tabell 1 ovan).

(1) (INK 2:26)

1 L 1: så att man >kan tänka sej att man kan få< en förbättrad
2 cirkulation genom de.
3 (0.3)
4 P 2: °mm°
5 L 1: de de kan man få
6 (0.3)
7 P 2: °jå°
8 (0.2)
-> P 2: (.h) e de e de ofarliga mediciner di hå[ra,
10 L 1: [nå].
11 (0,2)

12 P 2: ja
 13 L 1: en del har biverkningar no:g (.) >int behöver man ge
 14 de< de+e? vissa finns de sån då nikotin. (1,3) syre.
 15 (0,3) preparat som som dedär? (.) ger närmast en sån hä
 16 rodnad som (0.2) (klimakteriel) rodnad
 17 P 2: mhm
 18 (0,2)
 19 L 1: närmast °de°

På r. 1–2 samt r. 5 talar läkaren om en blodcirkulationsbefrämjande medicin vore lämpad för patienten och kunde lindra hennes symtom. Patientens fråga på r. 9 introducerar en ny aspekt av den aktuella topiken; huruvida medicinerna är ofarliga. Patientens fråga är en ja/nej-fråga, och den uppvisar inga markörer för att ämnet skulle behandlas som känsligt. Till exempel pauser, tvekljud, reparationer och omtagningar kan fungera som dylika markörer (se t.ex. Linell & Bredmar 1996:351–355). Wynn (1998:118) har noterat att de flesta frågor med vilka patienten efterfrågar råd eller instruktioner vanligen har formen av en ja/nej-fråga eller en frågeordsfråga, och att de saknar dylika s.k. **disfluencies**.

Läkarens respons (r. 10 samt r. 13–16) innehåller de upplysningar som patienten frågat efter på r. 9. Denna respons motsvaras hos Wynn (1998:166–170) av en kategori av responser, i vilka medicine studerande klart tar ställning till patientens fråga och försöker bidra med den information som patienten begärt. Enligt Wynn (1998:166) är det relativt oproblematiskt för studenterna att producera dessa responser.

I utdrag 1 inleds läkarens respons emellertid med den i finlandssvenskan vanliga partikeln *nå* (r. 10). Partikeln kan, när den inleder andra eller tredje ledet i ett närhetspar, markera att responsen är disprefererad (Lehti-Eklund 1992:176–177). Responsen innehåller också pauser (r. 13, 14, 15 och 16), talplaneringsmarkören *dedär* (r. 15) samt ett byte av konstruktion (r. 14). Dessa drag förefaller att vara förknippade med att responsen är disprefererad. Att läkarens respons är disprefererad tycks här bero på att läkaren medger att medicinen har vissa biverkningar. Responsen kvitteras av patienten med ett *mhm* (r. 17) och kroppsundersökningen fortskri-der.

I utdrag 1 kan patienten sägas befästa läkarens expertstatus genom att efterfråga ytterligare information om behandling av symtom. Även om jag har räknat med också frågorna i utdrag 2 i kategorin frågor som befäster expertstatus, är de till sin karaktär mycket annorlunda än frågan i utdrag 1; de gäller orsaken till ett symtom som patienten lider av:

(2) (INK 2:30)

-> P 2: (hh) MEN DEHÄRAN TROTS ATT MAN [(.)] ALLTSÅ INT
 2 L 1: [(hostar)]

-> P 2: E JA JU? n- n- ne- nervös på de /sätte att ja sitter å
-> spänner mej int u[tan (.h)] va kan de här bero på då
5 L 1: [mm+m]
-> P 2: alltså vaför har man?
7 (2,1)
8 L 1: <de+e nu förklaring till,> (.) att man får lätt
9 benvärk (.) om man har lätt benvärk
10 (0,6)
11 L 1: °spänner musklerna (.) [(-)°
12 [((smäll))
13 (0,6)
-> P 2: (.h) [nu] MEN VAFÖR SPÄNNER JA
15 L 1: [man]
16 (0,4)
17 L 1: ä:: de ligger i personligheten (.) int kan ja
18 [säj nå annat
19 P 2: [ja]

Utdraget föregås av att patienten berättar om sina muskelspänningar. Patientens bidrag på r. 1, 3, 4 och 6 utgör en s.k. flerledad fråga. Med en flerledad fråga avses en sådan tur, som innehåller minst två turkonstruktionsenheter, varav åtminstone en har formen eller funktionen av en fråga (se även Lindholm 1999b:28). Den flerledade frågan i utdrag 2 består av en deklarativ turkonstruktionsenhet (r. 1 och 3-4) och två interrogativa turkonstruktionsenheter (r. 4 och 6). Det *alltså* som inleder turens finala, interrogativa turkonstruktionsenhet (r. 6) förefaller att vara explanativ och markera att denna turkonstruktionsenhet är en omformulering av den föregående turkonstruktionsenheten (jfr Lehti-Eklund 1997:80-81).

Den flerledade frågan förefaller att innehålla markörer av olika slag för att ämnet behandlas som känsligt. Dessa markörer är på turkonstruktionsenhetsnivå perturbationer som stamning (r. 3) och ett byte av syntaktisk struktur (r. 1). Om man betraktar turen som en helhet kan man konstatera att den är konstruerad på ett sådant sätt att introduktionen av de interrogativa turkonstruktionsenheterna uppskjuts: turen inleds med en deklarativ turkonstruktionsenhet som innehåller perturbationer (jfr Linell & Bredmar 1996:355-358, Lindholm 1999a:228). Att ställa en fråga om orsaken till ett symptom förefaller således att vara något som av patienten behandlas som känsligt.

I sin respons på r. 8-9 tar läkaren upp en kausal relation, men inte den kausala relation som efterfrågats i patientens fråga. Patienten har velat diskutera orsaken till de spända musklerna, men läkaren tar i stället upp orsaksförhållandet mellan muskelspänningar och värk i benen. Utifrån patientens nya fråga på r. 14 kan man dra slutsatsen att responsen inte har tillfredsställt patienten. Genom bruket av konjunktionen *men* och genom att uttala frågan med högre röst visar patienten att hon insisterar på en respons på den ursprungliga frågan. Denna fråga skiljer sig också från patientens första fråga i utdraget i och med att den är en fristående fråga.

geordsfråga. Av största vikt är också att en av turkonstruktionsenheterna i den första, flerledade frågan (r. 6) och upprepningen (r. 14) är *varför*-frågor. Fastän frågor ställda av läkaren är mycket mer frekventa än patienternas frågor, innehåller materialet bara en *varför*-fråga ställd av läkaren. I responsen på r. 17–18 tar läkaren uttryckligen ställning till den ursprungliga frågan. I responsen står den relativt vaga förklaringen *de ligger i personligheten* tillsammans med ett erkännande av att läkaren saknar kunskap, *int kan ja säj nå annat*.

Vi kan notera att responsen inte (förutom tvekljudet *ä::* initialt i turen) innehåller några markörer för att ämnet skulle behandlas som känsligt. Det förefaller alltså inte att vara ansiktshotande för läkaren att medge att han inte har den kunskap som efterfrågas. Detta kan tänkas bero på att orsaken till att man får muskelspänningar eventuellt inte utgör medicinsk kunskap av det slag som en läkare förväntas ha. De facto följs responsen ändå av att läkaren ger ett slags förklaring (inte återgiven i utdraget) till det som patienten frågat om: han beskriver hur man i en situation där man koncentrerar sig på arbetet kan reagera med att spänna musklerna.

Frågor som utgör invändningar

I avsnittet ovan har frågor som befäster läkarens expertstatus studerats. Frågor som i något avseende utgör invändningar mot läkaren förekommer bara i ett av samtalen i materialet (INK 2). Orsaken till att jag vill studera dem närmare är att de förefaller att utgöra s.k. avvikande fall. Det är naturligtvis inte möjligt att dra alltför långtgående slutsatser utifrån detta, eftersom materialet sammanlagt inte består av fler än åtta samtal.

I utdrag 3 invänder patienten mot läkaren genom att ifrågasätta och motsätta sig den behandling som han rekommenderar:

(3) (INK 2:24)

1 L 1: °de här borde vi no jobba bort°
 2 (1,9)
 3 L 1: så länge du har >så här sö,< e de bara tecken på att du har
 4 spända muskler å du e sjuk.
 5 (0,5)
 6 L 1: sku vi få de här bortjobbat så sku de va redan? (.) du må bättre
 7 (0,5)
 ->P 2: men hur tror du de+e att man sku få de bortjobbat nu ha ja ju?
 -> (.) tänkt hur då ha (-) hålli på me [de här i] en månad.
 10 L 1: [mm+m]
 11 L 1: jaha å de [va]
 12 P 2: [men] (int) fick di ju: [nån (-)]
 13 L 1: [aj jaså de va] samma

14 situa[tion då också]
15 P 2: [.ja] ja+a?
16 (0,5)
17 L 1: jaha

Utdraget föregås av att patienten klagat på spänningar i musklerna. Läkaren säger då att hon borde gymnastisera enligt ett visst töjningsprogram i syfte att bli av med spänningarna. I de turer som återges på r. 1, r. 3–4 och på r. 6 i utdraget tar läkaren på nytt upp vikten av att patienten själv arbetar med besvären. Notera att uttrycket *e sjuk* (r. 4) här används i den i finlandssvenskt talspråk förekommande betydelsen ‘ha ont’. I och med att patienten på r. 8–9 motsätter sig förslaget till behandling kan man också säga att hon ifrågasätter att läkaren i egenskap av expert vet vilken behandling som kan öka hennes välbefinnande. Hennes tur på r. 8–9 samt r. 12 är en aning osammanhängande och därför svår att förstå, men kontentan av den tycks vara att hon har provat på behandling som inte hjälpt henne. Här antar patienten en expertroll, som en person som utgående från sin erfarenhet har den mest gedigna kunskapen om sin egen kropp.

I utdraget växlar parterna mellan olika pronomen. Läkaren använder pronomenet *vi* på r. 1 och 6, och pronomenet tycks här hänvisa till läkaren och patienten tillsammans. I sin invändning på r. 8 använder patienten pronomenet *man*. Bruket av *man* förefaller att vara förknippat med att turen utgör en invändning: om hon använde *vi*, skulle det vara lättare att tolka hennes tur som ett ifrågasättande av att och läkaren tillsammans verkligen kunde göra något åt muskelspänningarna. Användningen av *man* distanserar henne från innehållet i turen.

I responsen på r. 11 ställer läkaren en fråga som gäller den omständighet som patienten har beskrivit i slutet av sin föregående tur: att hon fått en viss behandling i en månads tid. Läkarens fråga kan eventuellt tolkas som lucklämnande, men man kan också tänka sig att han inte fullföljer turen p.g.a. att patienten kommer in överlappande med hans tur. Tyvärr har det varit svårt att transkribera patientens respons på r. 12, men utifrån det som är hörbart kan vi dra slutsatsen att patienten här säger att behandlingen inte har hjälpt henne. Läkarens respons på r. 13–14 innehåller den i finlandssvenskt talspråk förekommande insiktsmarkören *aj jasadå*, som tyder på att innehållet i patientens föregående yttrande är en nyhet för läkaren. I sin respons konstaterar läkaren också att den situation som patienten nyss beskrivit är jämförbar med den aktuella situationen. Efter detta yttrande bidrar parterna med flera responspartiklar och läkaren ger inga ytterligare kommentarer till patientens tur. Det förefaller som om läkaren här utgår från att patientens erfarenhet av en tidigare, liknande situation gör henne till expert på sin egen kropp och dess funktioner och att han därför inte insisterar på att hon måste bli av med stramheten.

I mitt material innehåller patienternas frågor som utgör invändningar i regel inga markörer för att ämnet skulle behandlas som känsligt. Att inga dylika markörer fö-

rekommer är intressant med tanke på att patienten invänder mot läkaren. En parallell till detta utgörs av vad Ruusuvoori (2000) konstaterat om patientens sätt att svara på sådana frågor från läkaren vilka innehåller ett felaktigt antagande om orsaken till patientens besök hos läkaren. När patienten korrigerar det som stått i fokus för läkaren, visar han/hon sällan några reservationer (Ruusuvoori 2000:80). Responserna i vilka läkarens fokus korrigeras saknar formella markörer för att responsen skulle vara disprefererad (Ruusuvoori 2000:77). Patienten förefaller att orientera sig mot sig själv som expert.

Om läkarens svar på frågor som utgör invändningar kan konstateras att dessa frågor förefaller att skapa vissa problem i interaktionen: läkaren använder bl.a. skratt för att hantera dem. Att läkaren som i utdrag 3 ovan orienterar sig mot att patienten är expert torde vara förknippat med fördelningen av uppgifter mellan samtalsparterna. Resultat av behandling är ett område som patienten förväntas ha kunskap om i motsats till t.ex. orsaken till medicinska symtom, som behandlas närmare nedan (jfr Ruusuvoori 2000:219).

Frågor som introducerar hypotetiska diagnoser

Det förekommer också att patienten ställer frågor med vilka ett hypotetiskt diagnosförslag introduceras. En undersökning av dessa hypotetiska diagnoser är av största intresse med tanke på den s.k. dubbla expertis som omtalats tidigare. De utmanar nämligen de roller som karakteriserar det institutionella samtalet: att läkaren är experten, till vars roll hör att fatta medicinska beslut och bl.a. ge patienten en diagnos. Hur patienter ger förklaringar till hälsorelaterade problem i samtal med läkare har tidigare undersökts av Gill (1995, 1998). Patienters diagnostiska förklaringar i finska läkarsamtal studeras i Raevaaras doktorsavhandling (under utg.). I Raevaaras material har 1/3 av de sammanlagt 86 diagnostiska värderingarna formen av en fråga (Raevaara under utg.:31).

I utdrag 4 introducerar patienten en hypotetisk diagnos i sin respons på en fråga gällande medicinska symtom:

(4) (INK 6:35)

1 L 2: (.h) får ja ännu fråga då (.) ö: har ni? (-) nån gång?
2 s- s- bröstsmärtor? i samband me ansträngning, eller eller
3 hostretning i samband me ansträngning eller andnöd eller någã
4 liknan[de]
5 P 6: [äh:] andnöd har ja absolut inte utan de kan no snarare
6 vara fråga om någon ö: (0,5) (.h) ja sku ja ha nånting eh runt?
7 (0,6) så kan ja känna de som en smärta en sãn dãn ångest(drivande)
8 smärta
9 (0,4) ((knarrande ljud))
10 L 2: (.h)

->P 6: å ja ha fundera att har de någã å göra me <just att> att ja åt
-> dom här ö: (0.2) eventuella horm~~on~~erna i olika etapper heller e
-> de nån sån dån varning på att att *ja ska (dra) ner?* (0.2) för
-> ja e no me flyg å fläng?
15 (.)
16 L 2: ne att att ja sku int som sätta e: någã samband me di där
17 hormonpre[paraten] de sku ja int [göra men] men dehär, (.h)
18 P 6: [nã] [nã]
19 L 2: de här symtomen me lite sväljnings?besvär å lite hostretning så
20 så de de de då hof- vidhåller ja nog ännu vi att (0,2) att de
21 att att att ni borde kanske tala me en öron å struplåkare som
22 sku lite titta (.h) titta in i eh titta in i halsen för att få
23 di där (0,2) di di di di den sidan utredd

Utdraget infaller i slutet av samtalet. Omedelbart före utdraget har patienten berättat att hon lider av torr hosta. Läkarens fråga på r. 1–4 an knyter till beskrivningen av detta symtom. I responsen på r. 5–8 besvarar patienten läkarens fråga och modifierar de symtom som läkaren frågat om. Den hypotetiska diagnosen följer på r. 11–14. Den hypotetiska diagnosen är tudelad: den gäller dels ett eventuellt samband mellan bröstsmärtor och hormontabletter, dels ett samband mellan bröstsmärtor och stress.

Om vi jämför de båda delarna i den hypotetiska diagnosen, kan vi konstatera att den första delen troligen är den mest ansiktshotande. Det krävs antagligen mer fackkunskap av en lekman för att uttala sig om sambandet mellan medicinbehandling och symtom än att göra ett antagande om att en jäktad livsstil ger upphov till ett symtom. Den mest känsliga delen av diagnosen inbäddas i syntaxen i och med att den följs av ytterligare en turkonstruktionsenhet. Att inbädda ett potentiellt känsligt element gör det mindre framträdande, vilket an knyter till Linell & Bredmars (1996:355–357) kategori **reduction of prominence**. I turen undviks final placering, som skulle göra det känsliga uttrycket mer framträdande, då patienten till sin ja/nej-fråga på r. 11–13 efter konjunktionen *eller* (här i den regionalt färgade formen *heller*) fogar en andra ja/nej-fråga. I patientens tur förekommer också skrätt i rösten på r. 13–14.

Patientens fråga förefaller att påminna om de frågor som Wynn (1998:120–124) med en term hämtad från Labov & Fanshel (1977) kallar **disputable assertions** (påståenden, som kan ifrågasättas). Om en talare påstår något, som av båda samtalsparterna betraktas som diskutabelt, innebär detta att talaren ber samtalspartnern om en kommentar till detta påstående. Enligt Wynn (1998:120) kan t.ex. patienters tolkningar av symtom och diagnoser samt andra yttranden i vilka patienterna uttrycker medicinsk kunskap betraktas som **disputable assertions**, eftersom båda parterna är medvetna om att detta egentligen hör till läkarrollen. Utmärkande för dessa frågor är bl.a. att de innehåller fraser som förmildrar det hot som frågan ut-

gör mot läkarrollen. I utdrag 4 torde frasen *å ja ha fundera att* (r. 11) fungera för- mildrande.

Fraser av detta slag förefaller att vara ett genomgående drag i de frågor som ställs av patienten, både sådana frågor som befäster expertstatus och sådana som introducerar hypotetiska diagnoser. Till exempel frasen *hur e de me (hh) en sån sak ja bö- fundera här* föregår en fråga som befäster läkarens expertstatus. I samband med frågor som tar upp hypotetiska diagnoser förekommer fraser som *nu e de så att ja fundera på de här att, EN EN SAK (hördu) som ja också ha fundera på* samt ovan nämnda *å ja ha fundera att* i utdrag 4. De frågor som fungerar som invändningar inleds däremot inte med någon förberedande sekvens. Detta kan tänkas bero på att de utgör omedelbara reaktioner på något som läkaren yttrat i den föregående diskursen.

En möjlig orsak till att just verbet *fundera* är så frekvent i dessa frågor kan man finna i ordboksdefinitionen av verbet. I SAOB, del 9, som kom ut 1928, anges bl.a. följande betydelser för *fundera*: ‘uppgå i tankevärksamhet’, ‘tänka’, ‘hängiva sig åt eftertanke’ och ‘spekulera’. Den sistnämnda av dessa betydelser kan ge en finger- visning om orsaken till användningen av detta verb: det bidrar till en framtoning av att inte vara expert. I ett av samtalen (LOP 1) i Melander Marttals material har jag funnit ett belägg på att läkaren använder substantivet *funderingar* när han ställer en fråga till patienten. Läkaren frågar patienten *Va har du haft för funderingar själv kring de här före du kom hit*, och själva hans ordval tycks markera att han ber om en lekmannaopinion. En parallell till verbet *fundera* utgör bruket av det finska uttrycket *mä aattelin* (‘jag tänkte’), som i Raevaaras material kan föregå en diagnos- tisk förklaring och markera att förklaringen utgör patientens egen subjektiva upp- fattning (Raevaara under utg.:32).

Det medicinska symtom som patienten syftar på med pronomenet *de* på r. 11 och till vilket hon försöker utreda orsaken är torr hosta. I patientens tur på r. 11–14 tar hon upp två alternativa förklaringar till varför hon drabbats av hosta: för det första introducerar hon ett kausalt samband mellan bruket av hormonpreparat och upp- komsten av det medicinska symtomet och för det andra tar hon upp jäkt som en orsak till torr hosta. Den första delen av patientens hypotetiska diagnos kan be- traktas som medicinsk, medan den andra delen av diagnosen i högre grad tycks an- knyta till lekmanvärlden. Även om stress kan förorsaka medicinska symtom, är detta förmodligen ett samband som det kan vara lättare för en lekman att upptäcka än sambandet mellan hormonpreparat och hosta.

I responsen på r.16–17 och r. 19–23 tar läkaren bara ställning till den första de- len av diagnosen: han tillbakavisar sambandet mellan hormonpreparat och hosta. I responsen tar han överhuvudtaget inte ställning till patientens andra förklaring till uppkomsten av hennes symtom. I stället går han vidare med att hänvisa till en ex- tern auktoritet: han ber patienten uppsöka en annan läkare. Denna hänvisning

anknyter till de sväljningsbesvär och den hosta som patienten har beskrivit. Att läkaren här refererar till en specialist tycks inte bara markera att han eventuellt saknar kunskap, utan också att han uppfattar diskussionen av dessa symtom som irrelevant i sammanhanget.

Sammanfattning

De flesta av de frågor som ställs av patienten förekommer under kroppsundersökningen samt inom informationsfasen. Bara 5 av patienternas frågor faller under anamnesfasen. Undersökningen har visat att de frågor som utgör invändningar mot läkaren faller under pågående kroppsundersökning i ett av samtalen, INK 2. Detta kan vara symptomatiskt: det kanske är lättare för patienten att invända mot läkaren medan dennes uppmärksamhet är riktad mot en icke-kommunikativ verksamhet. Att patienternas frågor som utgör invändningar produceras under kroppsundersökningen kan också vara en orsak till att dessa frågor inte innehåller några markörer för att ämnet skulle behandlas som känsligt; däremot konstrueras de frågor med vilka patienten introducerar en hypotetisk diagnos och ibland också de frågor som befäster läkarens expertstatus som disprefererade.

Vad läkarens responser på patientens frågor beträffar kan konstateras att de frågor som befäster läkarens expertstatus tycks vara oproblematiske att besvara, oberoende om läkaren besitter den efterfrågade medicinska kunskapen eller ej. De frågor som utgör invändningar förefaller att förorsaka vissa problem. Också de frågor i vilka patienten introducerar en hypotetisk diagnos förefaller att vara problematiska. Läkaren besvarar dem bl.a. genom att bidra med en informerande och förklarande sekvens, i vilken symtomet anknyts till ett mer generellt problemkomplex, och genom att hänvisa till en extern auktoritet.

Om vi anknyter detta till expertisbegreppet som omtalas i början, förefaller de frågor med vilka parterna orienterar sig mot läkarens medicinska expertroll att vara oproblematiske, medan frågor som framhäver patientens roll som expert i förhållande till sina egna kroppsliga upplevelser tycks vara förknippade med vissa problem i interaktionen. Det förefaller således att finnas en spänning mellan vår primära expertis i förhållande till vår egen kropp och det institutionella möte som vi ingår i när vi besöker läkaren.

Litteratur

Frankel, Richard M., 1990: Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. I: Psathas, G. (ed.), Interaction competence. Lanham MD. S. 231-262.

- Gill, Virginia, 1995: The organization of patients' explanations and doctors' responses in clinical interaction. Opublicerad doktorsavhandling. University of Wisconsin, Madison.
- Gill, Virginia, 1998: Doing attributions in medical interaction: Patients' explanations for illness and doctors' responses. I: *Social Psychology Quarterly* 61:4. S. 342–360.
- Labov, William & Fanshel, David, 1977: *Therapeutic discourse: psychotherapy as conversation*. Academic Press, New York.
- Lehti-Eklund, Hanna, 1992: Användningen av partikeln *nå* i helsingforssvenska samtal. I: Hellberg, S. m.fl. (red.), *Svenskans beskrivning 19*. Lund University Press, Lund. S. 174–184.
- Lehti-Eklund, Hanna, 1997: *alltså* som diskurspartikel. I: Haapamäki, S. (red.), *Svenskan i Finland 4*. Skrifter från svenska institutionen vid Åbo Akademi nr 3. SiF-rapport 4. Åbo. S. 75–83.
- Lindholm, Camilla, 1999a: Hur ämnen behandlas som känsliga i samtal mellan läkare och patient. I: Andersson, L-G. m.fl. (utg.), *Svenskans beskrivning 23*. Lund University Press, 226–235.
- Lindholm, Camilla, 1999b: Frågor och responser i läkare–patientsamtal. Opublicerad licentiatavhandling i nordiska språk. Institutionen för nordiska språk och nordisk litteratur. Helsingfors universitet.
- Linell, Per, 1990: De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän. I: *Forskning om utbildning 4*. S. 18–35.
- Linell, Per, 1998: Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives. John Benjamins, Amsterdam.
- Linell, Per & Bredmar, Margareta, 1996: Reconstructing topical sensitivity: Aspects of face-work in talks between midwives and expectant mothers. I: *Research on language and social interaction* 29(4). S. 347–379.
- Melander Marttala, Ulla, 1995: Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient. En språklig och samtalsanalytisk undersökning. Skrifter utgivna av institutionen för nordiska språk vid Uppsala universitet 39. Uppsala.
- Nordberg, Bengt, 1988: Samtal i institutionella miljöer. I: Linell, P. et al. (utg.), *Svenskans beskrivning 16:1*. SIC 21a. Tema Kommunikation, Linköping. S. 14–37.
- Raevaara, Liisa. (under utg.): Potilaan institutionaaliset tehtävät lääkäriin vastaanotolla. Keskelunanalyttinen tutkimus potilaan diagnostisista arvioista. Doktorsavhandling i finska språket. Helsingfors universitet.
- Roter, Debra L. & Hall, Judith A., 1992: Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. Auburn House, Westport.
- Ruusuvuori, Johanna, 2000: Control in medical consultation. Giving and receiving the reason for the visit in Finnish medical consultations. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16. Department of Sociology and Social Psychology, University of Tampere.
- West, Candace, 1983: » Ask me no questions...» . An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. I: Fisher, S. & Todd, A. (ed.), *The social organization of doctor-patient communication*. Centre for Applied Linguistic, Washington DC. S. 75–105.
- Wynn, Rolf, 1998: Provider-patient interaction. A corpus-based study of doctor-patient and student-patient interaction. Doctor artium thesis. Faculty of Arts. University of Bergen, Bergen.

Ordböcker

SAOB= Ordbok över svenska språket, utg. av Svenska Akademien. Lund.

Transkriptionsnyckel

= repliker hakas på varandra utan hörbar paus, [[flera turer inleds samtidigt, [] anger var en överlappning börjar,]] anger var en överlappning slutar, (men) transkriptionen är osäker, (-) obörlbart, (()) transkriberarens kommentarer, men emfas, ° men° sotto voce, >men< snabbare tal än normalt, < långsammare tal än normalt>, #men# knarr, (.hh) inandning, (hh) utandning, - anger plötsligt avbrott eller stamning (me-), : förlängt ljud (m:en), (mt) smackande ljud, *men* sägs med skrätt i rösten, (.) en mikropaus under 0,2 sek., (0.3) en paus mätt med en tiondels sekund

Intonation: ? stigande ton, , fortsättningston, . fallande ton