



LUND UNIVERSITY

Stärkande samtal

fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården

Gustafsson, Anna W

2014

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Gustafsson, A. W. (2014). *Stärkande samtal: fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården*. (Nordlund: Småskrifter från Nordiska språk i Lund; Vol. 33). Nordiska språk, Språk- och litteraturcentrum, Lunds universitet. http://projekt.ht.lu.se/uploads/media/Nordlund_33.pdf

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

**Stärkande samtal – fyra fallstudier
av invandrarfamiljers läkarbesök
i barndiabetesvården**

Anna W Gustafsson

© författaren, 2014

ISSN 0281-5427

ISBN 978-91-87833-02-1 (tryck)

ISBN 978-91-87833-03-8 (pdf)

Tryck: Media-Tryck, Lunds universitet, 2014

Nordlund är en småskriftsserie, grundad 1982, som har getts ut av Institutionen för nordiska språk, Lunds universitet, från 2006 av Nordiska språk, Språk- och litteraturcentrum, Lunds universitet. Seriens redaktör är Gunlög Josefsson.

Nordlund kan beställas via Lunds universitet (med reservation för att vissa nummer kan vara slutsålda):

<http://www.ht.lu.se/serie/nordlund/>

e-post: skriftserier@ht.lu.se

Kontaktuppgifter:

Författaren: anna_w.gustafsson@nordlund.lu.se

Seriers redaktör: gunlog.josefsson@nordlund.lu.se

Stärkande samtalsstrategier – fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården

Sammandrag

I denna rapport redovisas en studie av kommunikationsmönster och strategier i konsultationer inom barndiabetesvården. En utgångspunkt för studien är att samtalsstrategier för att stödja upplevelsen av tilltro till sin förmåga att utföra vården av barnet kan urskiljas på mikronivå i samtalet. Fyra läkarkonsultationer inom barndiabetesvården har spelats in, transkriberats, analyserats och kompletterats med intervjuer. Metoden är inspirerad av etnografisk kommunikationsforskning såväl som språkvetenskaplig interaktionellt inriktad samtalsanalys.

Det första samtalet illustrerar hur det kan se ut när föräldern har god tilltro till sin förmåga att utföra vården och när det finns utpräglat barnfokus i samtalet. Det andra samtalet är tolkat vilket gör det komplext och problematiskt. En viktig slutsats av analysen är att den typ av pragmatisk information som förmedlas genom en medveten stärkande kommunikationsstil försvinner i tolkningen. I det tredje samtalet illustreras på ett påtagligt sätt att konsten att hantera rädsla är en viktig aspekt av diabeteskonsultationen. I det fjärde samtalet uttrycker mamman stor frustration och osäkerhet men trots detta finns förhållandevis lite beröm och uppmuntran riktat till föräldrarna. Läkaren är tydlig och auktoritativ, men tonar också ner sig genom frekvent användning av försiktighetsstrategier.

I studien diskuteras stärkande samtalsstrategier i relation till samtalsmetoden Motiverande samtal och riktlinjer för personcentrerad vård. Att hantera rädsla är centralt i barndiabetes-samtalen: Det tycks alltså viktigare att *stärka* än att *motivera* föräldrarna. För att göra detta måste man etablera en god relation: Analysen pekar på vikten av att uppmärksamma samtalsstrategier som fungerar *relationsbyggande*. Andra centrala funktioner i stärkande kommunikation kan sägas vara *utforskande*, *stödjande* och *överlämnande av ansvar*.

Keywords: Empowering communication strategies, mediated, interpreter, diabetes, second language speakers, health care, politeness strategies, person centred care

Nyckelord: Stärkande samtalsstrategier, medierad, tolk, diabetes, andraspråkstalare, vård, artighetsstrategier, personcentrerad vård

Innehållsförteckning

Transkriptionsnyckel	6
1. Inledning, syfte och disposition	7
2. Diabetesvård och kommunikation: bakgrund.....	11
2.1 Vad är diabetes?.....	11
2.2 Nationella riktlinjer om kommunikation och delaktighet.....	12
2.3 Empowerment, adherence, compliance och self-efficacy	13
2.4 Personcentrerad vård och motiverande samtal	15
2.5 Forskning om L1–L2-kommunikation i (diabetes)vården	17
3. Studiens teoretiska och metodologiska utgångspunkter.....	19
3.1 Kommunikationsetnografi och samtalsanalys.....	19
3.2 Analysingångar.....	21
3.2.1 Samtalsstruktur	21
3.2.2 Stärkande strategier	22
3.2.3 Barnets roll.....	28
3.2.4 Attityder till och reflexioner över samtalet: Speglingar	30
3.3 Studiens genomförande	30
4. Fyra fallstudier	32
4.1 Samtal 1: När expert möter expert.....	33
4.1.1 Samtalets struktur	33
4.1.2 Stärkande strategier	40
4.1.3 Barnets roll.....	46
4.1.4 Speglingar	48
4.2 Samtal 2: När tolken kommer emellan	50
4.2.1 Samtalets struktur	50
4.2.2 Stärkande strategier	59
4.2.3 Barnets roll.....	70
4.2.4 Speglingar	72
4.3 Samtal 3: När rädsla är hindret.....	73
4.3.1 Samtalets struktur	73
4.3.2 Stärkande strategier	81
4.3.3 Barnets roll.....	90

4.3.4 Speglingar	91
4.4 Samtal 4: Att sträva efter kontroll	94
4.4.1 Samtalets struktur	94
4.4.2 Stärkande strategier	101
4.4.3 Barnets roll.....	105
4.4.4 Speglingar	107
5. Sammanfattning och reflexion	111
5.1 Sammanfattning av studiens viktigaste resultat	111
5.2 Samtal för att öka patientens tilltro till sin egen förmåga: språkliga dimensioner	116
5.3 Personcentrering: av barnet eller föräldern?.....	121
5.4 Vad metoden gett: kritisk och konstruktiv reflexion.....	122
5.5 Slutord och framtida forskning	124
Författarens tack	126
Litteratur.....	127

Transkriptionsnyckel

BAR = barnet

LÄK = läkaren

PAP = pappan

TOL = tolken

MAM = mamman

SJU = sjuksköterskan

OBS = observatör, sjuksköterskestudent

<x> [<] = samtidigt tal följer

<x> [>] = samtidigt tal föregår

(.) = paus

[] = forskarens kommentarer

xxx = transkriptören har inte kunnat urskilja eller tolka vad som sägs

%sve: översättning till svenska

1. Inledning, syfte och disposition

Diabetes är en sjukdom som kräver att den sjuke själv är delaktig i sin dagliga medicinering. När ett barn insjuknar i diabetes krävs att föräldern har kompetens, självförtroende och tillit till sin förmåga att utföra den dagliga vården, så att barnets liv blir så normalt som möjligt. För att detta ska bli möjligt sker under den första tiden en stor utbildningsinsats både från vårdens och från föräldrarnas sida. Föräldrarna går i idealfallet från att vara okunniga om sjukdomen till att bli experter på hur sjukdomen påverkar deras barn och hur de ska hantera medicinering och daglig vård.

I den nationella vårdplanen för barn- och ungdomsdiabetes betonas tid, personal och lyhördhet för att familjerna ska kunna ta till sig den kunskap som behövs för att kunna ta över den dagliga vården av sjukdomen. Information och kunskap behövs om medicinska aspekter, om kosthållning och om livsföring. I vårdplanen slås fast att barndiabetespatienternas behov av information sannolikt är ”väl tillgodosedd vid flertalet barn- och ungdomsmedicinska kliniker i Sverige” (Larsson 2008, s. 18). Frågan är dock om detta även gäller för patienter med annat modersmål än svenska.

Hälso- och sjukvårdslagen betonar god hälsa och sjukvård på lika villkor och att information om hälsotillstånd och behandling ska ges till patienterna. Efter- som information, dialog och integrering av kunskap är så viktigt för att diabetesvård ska fungera torde tolk vara helt nödvändigt vid medicinska konsultationer med personer som inte förstår svenska. Men alla som har svenska som främmande språk definierar sig inte som i behov av tolk, och de praktiska och ekonomiska ramarna kring sjukvårdstolkning gör det ibland svårt att arbeta med tolk (se Norström, Gustafsson & Fioretos 2011). En del känner sig inte heller bekväma med att släppa in en tolk i en så utsatt situation som ett läkarsamtal. För närvarande utförs mycken språkvetenskaplig forskning om tolkar och tolkars roll i samtalen internationellt, men få studier har gjorts på tolkens roll i situationer med barn involverade och få studier har gjorts på tolkens roll i diabetesvården, som ställer stora krav på föräldrars och barns tro på sin förmåga att utföra egenvård och också stora krav på förståelse av den komplexa samverkan mellan egenvården, livsstilen och vården och siffror.

I denna rapport redovisas en närstudie av kommunikationen i läkarkonsultationen för fyra familjer med annan etnisk bakgrund och annat modersmål än svenska. Studien behandlar läkarkonsultationer med familj, eventuell tolk, eventuell sjuksköterska och läkare. De fyra konsultationerna har spelats in med video och sedan analyserats med hjälp av språkvetenskaplig samtalsanalys. Deltagarna i samtalet har fått se och kommentera inspelningen under en uppföljande intervju. Syftet med studien är att få syn på kommunikationsmönster och strategier och diskutera dessa i ljuset av hur deltagarna själva upplever samtalet. Det övergripande syftet med studien är alltså explorativt, och studien är utförd som fyra detaljerade fallstudier.

En överordnad frågeställning är huruvida samtalen har potential att stödja patienten och/eller föräldern i upplevelsen av att vara kapabel att kontrollera sjukdomen och av att vara en expert (på sig själv och sin sjukdom) som samtalar med en annan expert (på de medicinska aspekterna). Denna upplevelse av kontroll och tillit till sin förmåga brukar kallas *self-efficacy* och ses som en aspekt av *empowerment* (se 2.3 nedan). Till skillnad från *compliance*, som innebär att utbildning om sjukdomen förbereder patienten/föräldern för att kunna följa rekommendationer och ordinationer på egen hand hemma, så handlar det här om att föräldern/patienten blir en självständig och jämbördig vårdare i ett team. Föräldern/patienten utbildas och utbildar sig själv för egenvård, för att självständigt kunna bedöma hur rekommendationer och ordinationer påverkar livet, väga för- och nackdelar med olika tillvägagångssätt och vara delaktig i de val som uppstår under behandlingen. En viktig utgångspunkt för studien är att man på ett mikroplan i samtalet kan se strategier för att understödja föräldrarnas och barnets upplevelse av kontroll över sin situation (se 3.2.2 nedan). Så har studier t.ex. visat hur olika metoder för att presentera innehåll fungerar bättre än andra i detta avseende, såsom frågor och berättelser (se Feste & Anderson 1995, jfr Funnell & Anderson 2004).

Det finns en spänning mellan expertens expertkunskap och den strävan efter att patienten ska följa expertens råd för att behandlingen ska bli så bra som möjligt och strävan efter att patienten ska ta ansvar för behandlingen, ta sina egna beslut och vara en självständig vårdare i ett team. Det spänningsfältet har undersökts i skriftligt material, t.ex. av Stone (1997) som gör en retorisk undersökning av hur patienters agentivitet kommer till uttryck i olika genrer. I denna studie av fyra diabetessamtal är syftet att studera hur språkliga aspekter av strävan efter

self-efficacy kommer till uttryck i konkreta samtalssituationer, dvs. att se hur det faktiskt ser ut i praktiken, i själva mötet mellan vården och patienten.

Den språkvetenskapliga forskningen om läkare-patient-samtal fick sitt genombrott redan på 1970-talet och har sedan dess lockat forskare över hela världen att studera olika typer av läkare-patient-samtal med varierande metoder. För en översikt över denna inriktnings framväxt se Melander Marttala 1995. I denna rapport kommer i första hand forskning som rör de specifika förhållanden som gäller barndiabetesvård att tas upp.

I denna studie har enbart familjer med en annan etnisk bakgrund och ett annat modersmål än svenska inkluderats. Anledningen till detta är att studien först formulerades som ett komplement till de interventionsprojekt om barndiabetes som gjordes inom Vårdalinstitutet i vilka familjer med alltför dålig språkkunskap för att kunna fylla i det omfattande enkätmaterial exkluderas. Deltagarna i denna undersökning har varierande kunskaper i svenska, men bara i ett fall används tolk.

En dansk undersökning har visat att barn med diabetes tillhörande etniska minoriteter har en sämre blodsockerkontroll än danska barn (Povlsen, Olsen & Ladelund 2005). I vilken utsträckning det är språket, kommunikationen, kulturella föreställningar om kost, motion, sjukdomar eller sjukvård som har störst betydelse är svårt att avgöra. Helt klart är att fler studier behövs. Denna studie är ett försök att få syn på relevanta aspekter av hur kommunikationen fungerar för andraspråkstalare med olika språkbehärskning och olika kulturell bakgrund. Men språkliga brister eller kulturella skillnader är vare sig utgångspunkt eller fokus i analysen: fokus ligger istället på just dessa fyra samtals potential att stärka föräldrar *och* barn i att förstå hur sjukdomen fungerar, att få kontroll på blodsockervärdet och att leva med diabetes till vardags (men andraspråksperspektivet blir relevant i studien av det tolkade samtalet i 4.2).

I kapitel 2 kommer en bakgrund till diabetes, diabetesvård och kommunikation i diabetesvården att ges. Begrepp som *empowerment*, *self-efficacy*, *compliance* och *adherence* tas upp och tankar om kommunikationens roll i samband med motiverande samtal och i teoribildningen om personcentrerad vård introduceras. I kapitlet ges också en kort genomgång av forskning om skillnaden mellan förstaspråks- och andraspråkstalare i diabetesvården. I kapitel 3 presenteras studiens teoretiska och metodologiska utgångspunkter. Själva samtalen och analysen av dem presenteras i kapitel 4. Här redovisas analyser av samtalens struktur,

användningen av stärkande strategier och barnets roll i samtalen. Deltagarnas egna reflexioner över samtalen tas upp i avsnitt jag valt att kalla *speglingar*. I kapitel 5 sammanfattas och diskuteras studiens viktigaste resultat.

2. Diabetesvård och kommunikation: bakgrund

2.1 Vad är diabetes?

Varje år insjuknar ca 800 barn i diabetes i Sverige. Diabetes är en kronisk sjukdom som innebär att kroppen saknar eller har försämrad förmåga att förbränna socker. Förenklat kan man säga att kroppens egen produktion av insulin som bryter ner sockret så att det kan tas upp i cellerna drastiskt har försämrats. Det gör att sockerkoncentrationen i blodet blir hög. Cellerna förbränner fett i brist på socker, och ketoner, ett slags syror, bildas som avfallsprodukt. Dessa ketoner kan ge ett förgiftningstillstånd som i sin tur kan leda till diabeteskoma och död. För att förhindra detta tillför man kroppen insulin, och försöker göra det så att man ligger på en optimal blodsockernivå. Tillför man för mycket insulin kan man få för lågt blodsocker, vilket också kan leda till medvetslöshet (s.k. insulin-koma) och då ge hjärnskador eller orsaka dödsfall.

Diabetesbehandling handlar alltså om att hitta ”rätt” blodsockervärde. För att göra det behöver man tillföra rätt insulindos. Men mängden insulin som behövs för att bryta ner sockret i blodet beror på flera faktorer, såsom kolhydratintag, fysisk aktivitet och hormoner. Att hitta rätt dos för att få rätt blodsockervärde är alltså inte något man gör automatiskt. Man behöver kontrollera sitt blodsockervärde regelbundet under dagen (och i många fall även på natten) och man behöver justera insulindosen som man tillför med hjälp av injektioner (ofta med s.k. insulinpenna) eller med en insulinpump.

Vid läkarbesöket kontrollerar man den senaste tidens blodsockervärden, vilket numera är enkelt eftersom data ifrån blodsockermätarna går att ladda in i datorn så att man till och med kan få kurvor och statistik. Man tar också ett särskilt blodsockervärde, HbA1c, som skulle kunna förklaras som ett ”långtids-blodsockervärde” och som visar hur stabilt man har legat de senaste 2–3 månaderna. Ordinationen för fortsatt medicinering syftar till att ge ett bra HbA1c-värde. Vid läkarbesöket kommer läkare och patient överens om de doser som ska ges framöver. Om man har behandling utan pump så har man ett långtidsverkande insulin som tas en gång per dygn. Sedan ger man korttidsverkande insulin (dvs. bolusdoser) vid varje måltid. Vid pumpbehandling har man korttidsverkande insulin som pumpas in kontinuerligt i en takt som ställs in i pumpen

och variera över dygnet. Sedan tar man extra bolusdoser av samma insulin vid matintag. För låga sockervärden kompenserar man oftast genom att äta något (druvsocker eller frukt t.ex.).

2.2 Nationella riktlinjer om kommunikation och delaktighet

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården tas kommunikation upp i ett eget kapitel. Här inleder man med de allmänna riktlinjer som gäller all sjukvård: ”En god kommunikation med patienten som leder till att patienten blir delaktig i och kan påverka sin behandling är ett grundläggande krav i all hälso- och sjukvård” (*Nationella riktlinjer 2011*, s. 81). Några rader senare förklaras också att kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. I de utgångspunkter för kommunikationen med patienten som tas upp i de nationella riktlinjerna betonas också att brister i kommunikationen är en patientsäkerhetsrisk (dvs. kan få allvarliga konsekvenser för patienten) och att kommunikationen måste få ta tid (och följas upp under hela vårdprocessen). Men här tas också upp att ansvaret för att behandling och vård når avsedda resultat är delat mellan vården och patienten. Vilka konsekvenser detta får för kommunikationen finns inte formulerat, men i nästa punkt förklaras att vården aldrig får lägga över beslutsansvar på patienten ”i så hög grad att det äventyrar den trygghet och sakkunniga hjälp som hälso- och sjukvården ska ansvara för” (*Nationella riktlinjer 2010*, s. 82).

Vårdpersonalen är också skyldig enligt lag att ge varje patient individuellt anpassad information där man tar hänsyn till mognad, kulturell och språklig bakgrund och behov i vårdsituationen. Stora krav ställs alltså på vårdpersonalens lyhördhet och kommunikationsförmåga.

I de nationella riktlinjerna tas också övergången från ett förhållningssätt baserat på *compliance* (den s.k. akutvårdsmodellen) till ett förhållningssätt baserat på *empowerment* upp. I det förra förhållningssättet till vården berättar vårdpersonalen för patienten vad som är bäst för patienten och i det senare betonas samarbete och patientens eget ansvar starkare (se vidare nedan). Vidare förklaras i riktlinjerna att om patienter drabbas av en krisreaktion i samband med diagnos så är det vårdens uppgift att ”förse patienten med en sådan kunskap om sjukdomen och dess behandling att han eller hon kan återta kontrollen över sin situation” (*Nationella riktlinjer 2010*, s. 84).

Vikten av att etablera en förtroendefull relation där parterna kan mötas och bidra med sina expertkunskaper (om egenvården respektive sjukdomen) tas också upp i riktlinjerna. Slutligen tas ”egenvårdsstödet” för personer med annan kulturell bakgrund upp och vikten av att vårdpersonalen har kunskap om den aktuella kulturen.

Såsom framgår i den här korta genomgången finns hela tiden en spänning mellan vad som är vårdens ansvar och patientens ansvar och en oklarhet i vad det innebär helt konkret att ansvaret är delat. Övergången till en syn på vården präglad av empowerment har fått en del kritik, som vi ska se närmare på i 2.3, men också lett till att samtalsmetodik utvecklats som inspirerats av dessa tankar, vilket tas upp i 2.4.

2.3 Empowerment, adherence, compliance och self-efficacy

Empowerment är ett begrepp som varit viktigt inom vårdforskningen i flera decennier. Begreppet har använts så ofta och inom så olika områden att det numera är ett komplext, riskabelt och ofta kritiserat begrepp. Jag ska här kort introducera det, för att därefter diskutera det i relation till begreppen *adherence*, *compliance* och *self-efficacy* som ofta används inom vårdforskning.

Empowerment kopplas till makt, vilket också ses på namnet. Begreppet började användas under 1970-talet, då framför allt om hur marginaliserade och förtryckta grupper kan ta makten i egna händer, göra egna val och påverka sina liv. Men: när det på senare år kommit att göra intåg på allvar i vårdens begreppsvärld handlar det ofta om ett slags individualiserad ”egenmakt”.

Anderson (1996) diskuterar vad empowerment kan innebära för personer med kroniska sjukdomar, särskilt för invandrade kvinnor i Canada. Hon pekar på hur idéer om empowerment växer fram samtidigt med hälsoreformer som fokuserar på förebyggande vård och som lägger ett större ansvar för hälsa på individen. I denna hälsofrämjande rörelse är empowerment ett centralt men ofta är vagt definierat begrepp. Vården ska enligt dessa idéer underlätta tillgången till resurser som fostrar en känsla av kontroll och ”self-efficacy” och som understödjer hälsan. I princip handlar det om att få individen att ta större ansvar för sin hälsa. Men Anderson betonar riskerna med ett så individualistiskt sätt att se det: genom att fokusera på individen riskerar vi att tappa medvetenheten om de institutionaliserade praktiker som upprätthåller ojämlikhet och orättvisor och

som är hinder för hälsa och välmående. Den individualistiska empowerment-rörelsen riskerar att vara välgörande för de som redan är privilegierade, men misslyckas att hjälpa dem som har sämst förmåga att klara det.

Anderson påpekar att invandrarkvinnor med bristande språkkunskaper ofta utesluts från forskning. Det handlar om patienter för vilka ”basic communication with the health care provider is difficult, negotiating meaning and treatment decisions even less likely” (Anderson 1996, s. 701).

För Anderson är empowerment-rörelsen en del av en individualistisk ideologi som riskerar att förflytta fokus från yttre strukturella förutsättningar såsom arbetslöshet, segregation, rasism etc. till individens eget ansvar. Hon är kritisk till sättet att överlämna ansvar till patient och familj för sjukdomar som de är dåligt förberedda för att hantera (jfr även Munthe, Sandman & Cutas 2012, som för ett liknande resonemang).

Inom vårdsammanhang ser man ofta begreppet *self-efficacy* kopplat till empowerment. Begreppet kommer ifrån Banduras sociokognitiva teori (även social inlärningsteori) och handlar om människors tillit till sin egen förmåga att klara av saker. I diabetesvården har man t.ex. utvecklat en ”empowerment scale”, ett instrument som används för att mäta det man kallar ”psychosocial self-efficacy” (Anderson & al. 2000). Anderson & al. (2000) talar om kopplingen till *adherence*, som betyder ungefär ’den utsträckning i vilken patienten följer medicinskt motiverade instruktioner’:

Perceived self-efficacy has become an important and useful construct [---] because it is related to the willingness and the ability of people to engage in various behavioral challenges including preventive and disease management behaviors [---]. Studies in diabetes have demonstrated the effect of perceived self-efficacy on the adherence behavior of adolescents.

(Anderson & al 2000)

Men här ser man också tydligt att förhållandet mellan empowerment/self-efficacy och adherence är komplext. För om empowerment handlar om makten att själv ta beslut, göra val, förstå sin situation och handla utifrån den och om self-efficacy handlar om tilliten till sin förmåga och upplevelsen av att ha kontroll så kan man ändå inte komma ifrån att adherence rimligen är det rationella målet för läkarexpertisen, det är ju det deras verksamhet handlar om: att bota sjukdomar och således använda sin expertis för att ordinera mediciner, beteenden, livsstilar

som kan göra detta. I Socialstyrelsens riktlinjer, som refererades ovan, används istället begreppet *compliance*, som betyder ungefär samma sak som adherence. Compliance tycks dock allt oftare betraktas som ett äldre begrepp som är mer paternalistiskt och som fråntar patienten friheten att välja i högre grad än adherence.

Om patienten då använder sin egen kontroll till att göra ”fel” livsstilsval utifrån läkarens synpunkt krockar adherence med empowerment. Eftersom patientens motivation att följa vårdens ordinationer och göra ”rätt val” är så central är det följaktligen naturligt att det i samband med kroniska sjukdomar med stort inslag av egenvård och där livsstilsvalen kan vara avgörande blir viktigt med ”motiverande samtal”, vilket ska presenteras i 2.4 nedan.

I denna studie kommer ordet *följsamhet* att syfta till *adherence* och *tilltro till sin förmåga* att syfta till begreppet *self-efficacy*.

2.4 Personcentrerad vård och motiverande samtal

Den modell för sjukvård som skrivs fram i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (se ovan) brukar också gå under namnet *personcentrerad vård*.¹ Munthe, Sandman & Cutas (2011) beskriver idéerna bakom personcentrerad vård och delat beslutsansvar (*shared decision making*). Så som särskilt viktiga begrepp beskriver de *patientens berättelse*, *samarbete* och *kontinuitet*. Här förklarar de att det finns mycken teoribildning kring både vinster och risker med betoningen av t.ex. berättelserna och samarbetet, men att det fortfarande behövs mer empirisk forskning om hur spänningen mellan compliance, adherence och empowerment, mellan paternalism och autonomi, ser ut när dessa principer tillämpas i praxis och fortsätter:

In spite of this, most of the instruments applied in empirical studies so far do not seem to capture very well those aspects of communication and decision making which are highlighted in ethical ideals regarding autonomy and paternalism connected to PCC/SDM. This regards e.g. instruments for measuring people’s views on autonomy and paternalism [...], studies looking at adherence, compliance or health output [...], instruments

¹ Ibland talar man även *patientcentrerad vård*. Inom barnsjukvården använder man inte sällan begreppet *familjecentrerad vård*, för att betona vikten av att hela familjen är involverad i vårdprocessen och besluten om denna; se Committee on Hospital Care (2003).

measuring patient satisfaction or perception [...], and assessments of degrees of participation or interaction. (Munthe, Sandman & Cutas 2011, s. 237)

Personcentrerad vård kan beskrivas som ett slags institutionaliserad realisering av empowerment. Vårdgivaren ska alltså uppmuntra patienten att berätta om sin allmänna situation och låta det påföljande samtalet få den tid som behövs. Hela personen och inte bara sjukdomen, ska stå i centrum.

En frukt av de senaste decenniernas betoning av empowerment och personcentrerad vård är att samtalsmetoder utvecklats som sätter patienten i centrum. En samtalsmetod som fått en allt större utbredning är motiverande samtal (MI). Metoden introducerades i svenskt sammanhang av Rönnberg & Sandahl (1988). Framför allt har den använts inom den del av vården som sysslar med livsstilsförändringar av olika slag. Där har metoden setts som ett viktigt komplement till medicinsk vård – för att genomföra livsstilsförändringar och följa ordinationer krävs en stark motivation.

De viktigaste principerna för motiverande samtal är att visa empati, att medvetandegöra patienten, att stärka patientens tilltro till sin egen kompetens och att reducera motstånd (Forsberg 2006). Det senaste decenniet har man försökt kvalitetssäkra och evidensbasera denna samtalsmetod (Forsberg et al. 2008). Man har utarbetat en manual för kodning där olika samtalsstrategier ger olika poäng. Principerna för motiverande samtal är knappast kontroversiella och sättet att samtala sannolikt något som många läkare och sköterskor praktiserat i hela sitt yrkesliv. Men behovet att göra en manual, en evidensbaserad metod med exakta instruktioner att följa, är förhållandevis nytt och har sannolikt uppkommit som en effekt av ökande krav på evidensbaserad vård även inom andra delar av vården än de strikt medicinska. Manualen, MITI, fastslår vilka språkliga förankringar de olika aspekterna av MI har och anger poängtal för bedömning av i vilken grad ett samtal följer riktlinjerna för motiverande samtal (Moyers et al. 2010). Man kan notera att språkvetenskaplig begreppsapparat helt saknas. Eftersom det är intressant för denna studie att se vilka olika samtalsstrategier som brukar föras fram som stärkande och motiverande strategier kommer jag nedan i 3.3.2 att gå igenom de strategier som gett höga poäng i manualen och diskutera vad dessa innebär för den språkliga utformningen.

Svensk språkvetenskaplig forskning om den typ av samtalsmetodik som används för att realisera idéer om empowerment, patientansvar och motivation har inte någon lång historia. Ericsson & Ottesjö (2012) skriver inom ramen för GPCC (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet) om personcentrerad diabetesvård och om hur fördelningen och motiveringen av ansvar ser ut i samtal med ungdomar som har diabetes. I inledningen talar de om att tilldela ansvar, och refererar till en äldre liknande studie av diabetessamtal med tonåringar av Silverman (1993). Silverman talar om hur samtalen rör sig inom ett moraliskt ramverk där ungdomarna behöver bevisa att de gör sitt bästa för att hantera sjukdomen. Samtalen gör patienten till en aktiv och autonom beslutsfattare som är moraliskt ansvarig för sina handlingar. Det blir således också viktigt att motivera tonåringarna att ta ansvar och Ericsson & Ottesjö talar om en ”motivationsfas” i de analyserade samtalen (Ericsson & Ottesjö 2012, s. 83 ff.). Den aspekt av diabetessamtalen som såväl Ericsson & Ottesjö som Silverman diskuterar rör sig alltså mitt i det spänningsfält mellan empowerment och adherence som diskuterades ovan.

2.5 Forskning om L1–L2-kommunikation i (diabetes)vården

Tidigare studier av interkulturella samtal mellan vårdgivare och barn eller föräldrar till sjuka barn har fokuserat t.ex. på missförstånd. I Roberts et al 2005 konstaterades t.ex. att missförstånd av patientens tal oftast berodde på uttal, grammatik eller kulturellt specifika samtalsstilar, men mer sällan på kulturspecifika uppfattningar om hälsa. I Magnusson et al. 2009 redovisas en undersökning av skolsköterskors samtal med överviktiga elever. Här identifieras förutom språksvårigheter också två andra orsaker till missförstånd: skolsköterskornas uppfattning om att de vet vilka råd eleven behöver och hennes okänslighet för de problem eleven och föräldrarna själva upplever att de har. Ett tydligt resultat i studien är också att sköterskorna dominerade samtalen medan eleverna blev passiva. I en dansk interventionsstudie av just invandrarfamiljer med barn som insjuknat i diabetes typ 1 drar man slutsatserna att bättre informationsmaterial behövs, att tolkar bör användas i större utsträckning och att vårdpersonal behöver lära sig mer om familjernas bakgrund (Povlsen et al. 2005).

I samtal mellan icke svensktalande och diabetesteam där tolk anlitas är kommunikationen än mer komplex. En hel del forskning om tolkens roll i medicin-

ska möten har gjorts (t.ex. Englund Dimitrova 1991, Wadensjö 1992). Englund Dimitrova (1991) som studerar interaktionsmönster och icke-verbal kommunikation i två medicinska möten konstaterar till exempel att mönstret för återkoppling skiljer sig och diskuterar effekterna av att återkoppling ofta inte översätts. Också Wadensjö (1992) har studerat tolkade institutionella samtal i ett interaktionellt perspektiv och diskuterat tolkens olika roller och interaktionella arbete med hjälp av teorier av Goffman och Bahktin. En senare studie av Bolden (2000) undersöker vad som medieras av tolken. Resultaten är intressanta för denna studie, eftersom de indikerar att tolkar ofta är inriktade på förmedlingen av medicinskt relevanta fakta snarare än på en andra aspekter av kommunikationen.

För kommunikationen mellan första- och andraspråkstalare i vården kan naturligtvis också kulturella skillnader spela en viss roll. Patienter kan ha kulturellt betingade förväntningar på läkaren som ger förväntningar på kommunikationen, det kan finnas kulturella variationer i icke-verbal kommunikation liksom i systemen för turtagning eller pragmatiska aspekter av språkbruket. I den mån det är relevant kommer också sådana aspekter av samtalen att belysas i analysen.

3. Studiens teoretiska och metodologiska utgångspunkter

3.1 Kommunikationsetnografi och samtalsanalys

Analysen är inspirerad av etnografisk kommunikationsforskning (Gumperz 1982, se även Saville Troike 2003 och Fitzgerald 2003), men också av interaktionellt inriktade analyser av samtalsstrategier i institutionella samtal (t.ex. Scollon & Scollon 2001).

Gumperz brukar tillsammans med Dell Hymes framhållas som den som utvecklade etnografisk kommunikationsforskning, men Gumperz inriktning brukar ofta benämnas interaktionell sociolingvistik. Denna inriktning handlar om hur språkanvändare skapar betydelser i social interaktion. Särskilt intresserad är man av hur betydelser förmedlas olika i olika kulturer, av hur artighet uttrycks olika (*politeness strategies*), men också vilka betydelser som förmedlas med icke-verbala kommunikation, med tystnader, skratt och gester. Ett viktigt bidrag i Gumperz 1982 är beskrivningen av kontextualisering som en central process i samtal där deltagare relevanter gör vissa aspekter i kontexten och undertrycker andra. Det innebär att det inte finns en *enda* kontext som rutinmässigt kan användas för en datainsamling i ett visst sammanhang utan ett stort antal kontexter som skapas och formas av deltagarna i interaktionen. Det viktiga är den kontext deltagarna ser som relevant (och aktualiserar). I denna undersökning kommer det även att läggas vikt vid de intervjuer som görs och de samtalandes tankar i efterhand om samtalet.

Ett tydligt etnografiskt perspektiv har Saville Troike (2003) som studerar bl.a. kodväxling, samtalsmönster och artighet i olika kulturer. Hon diskuterar också vad det innebär att förvärva kommunikativ kompetens i ett visst språk (och en viss kultur). Det sistnämnda perspektivet är också det som dominerar i Fitzgerald 2003, som redovisar en studie av hur systematisk träning i interkulturell kommunikation kan göra andraspråksinlärning mer effektiv. I boken diskuteras t.ex. turtagning och retoriska strategier i olika kulturellt betingade samtalsstilar.

Scollon & Scollon (2001) vill dock undvika användningen av begreppet kultur när de diskuterar skillnader i hur man kommunicerar. De föredrar begreppet ”diskurssystem” och påpekar att två personer från samma kultur kan ligga längre

ifrån varandra än två personer från olika kulturer, beroende på andra variabler såsom kön, ålder, yrke etc. Av relevans för denna studie är deras behandling av Goffmans begrepp *face* som enkelt kan definieras som den framförhandlade offentliga bilden av oss själva i interaktionen, eller med Goffmans ord:

The term face may be defined as the positive social value a person effectively claims for himself by the line others assume he has taken during a particular contact. Face is an image of self delineated in terms of approved social attributes – albeit an image that others may share, as when a person makes a good showing for his profession or religion by making a good showing for himself. (Goffman 1967, s.5)

Begreppet *face* handlar alltså inte om den verkliga personen utan om den som visas upp i själva kommunikationen. Man brukar skilja mellan *positive face* och *negative face*. Dessa båda aspekter finns alltid med i social interaktion, men Scollon & Scollon väljer att beteckna det sätt dessa aspekter aktualiseras i interaktionen som *engagemang (involvement)* och *självständighet (independence)* (Scollon & Scollon 2001, s. 48). Positive face eller engagemang aktualiseras i samtalet som närhetsskapande strategier, syftande till att deltagaren ska framstå som bidragande och stöttande i samtalet. Språkliga strategier för detta kan vara att uttrycka gillande, uppmuntran, beröm, att använda vi-form, att uttrycka förståelse eller att använda förnamn. Negative face eller självständighet aktualiseras i samtalet som respekt- och hänsynsstrategier, syftande till att visa respekt för den andres autonomi. Språkliga strategier för detta kan vara att göra minimala antaganden om den andres vilja, att be om ursäkt, att uttrycka sig distanserat och opersonligt eller att vara tystlåten.² (Scollon & Scollon 2001, s. 49–52)

Det finns en parallell här till de tankar om motiverande samtal inom personcentrerad vård som redovisades ovan i 2.4. Samtal inom personcentrerad vård ska både respektera den andres autonomi och främja en upplevelse av tilltro till sin egen förmåga, både överlämna ansvaret till den andre och uppmuntra och bekräfta. I denna studie har jag valt det överordnade begreppet *stärkande strategier* – men såväl *engagemang* som *självständighet* är viktiga aspekter av dessa.

² Respekt- och hänsynsstrategier brukar i pragmatiskt orienterad forskning ofta gå under namnet *mitigation strategies* (se t.ex. Caffi 1999).

Därför lämpar sig detta övergripande förhållningssätt till kommunikationen väl för denna analys.

Språkliga realiseringar av *face* och artighet kan dock inte diskuteras utan att nämna Brown & Levinson, som var de som först utvecklade Goffmans begrepp inom ramen för en teori om artighet i samtal (Brown & Levinson 1987). I genomgången av analyskategorier nedan kommer jag att hänvisa till deras terminologi när det är relevant.

Gemensamt för de kommunikationsetnografiska ansatser som nämnts ovan är de metoder man använder för insamling av empiri. Med en kombination av observationer i fältstudier, inspelningar (helst med video) och intervjuer vill man komma åt inte bara hur det ser ut i den faktiska kommunikationen utan också hur deltagarna själva uppfattar den.

3.2 Analysingångar

Nedan redovisas de analysingångar som använts för analysen i denna rapport. 3.2.1 tar upp den övergripande analysen av samtalsstrukturen. 3.2.2 är den utförligaste och presenterar analysen av stärkande strategier, vilket utgör huvudfokus i denna rapport. 3.2.3 resonerar kort kring barnets roll, 3.2.4 slutligen presenteras kort hur analysen av attityder till samtalen går till och begreppet *spegling* introduceras.

3.2.1 Samtalsstruktur

Varje fallstudie inleds med en kortare analys av samtalets funktionella struktur. Analysen är inte bunden till yttranden, utan syftar till att beskriva samtalets struktur med hjälp av verb som beskriver handlingar som utförs i samtalets olika delar. Dessa funktionella drag skulle kunna betecknas som samtalsaktiviteter. En analys av samtalets olika aktiviteter är en bra grund för att abstrahera fram en övergripande struktur i samtalen: varje samtalsfas består således av ett antal olika aktiviteter som hålls samman av ett överordnat tema. (En annan typ av fasindelning görs av Kettunen et al. (2001) när de identifierar två olika faser i en sjuksköterskas samtal med en patient om ett kirurgiskt ingrepp. Eftersom målet för den analysen är att identifiera stärkande strategier tas dessa faser, typiska för ”empowering counseling”, upp i 3.3.2 nedan.)

I analysen av samtalsstrukturen görs också en analys av vem som initierar de olika faserna och aktiviteter i faserna.

För fördelningen av ordet används MLU-analyser (*mean length of utterance*) i CLAN-programmet. Analysen ger information om hur antalet morfem fördelar sig på respektive talare och gör det möjligt att se vem som talar mest i samtalen och resonera kring det.³

3.2.2 Stärkande strategier

Vad som kan betraktas som stärkande strategier är inte självklart. Jag har tidigare förklarat att *stärkande* (*empowering*) här innebär *både* att uppmuntra, bekräfta och stödja patienten och att respektera patientens autonomi och självständighet. Om det slutliga målet är *tilltron till sin förmåga och upplevelsen av kontroll* (*self-efficacy*) är båda dessa aspekter viktiga. Dessa aspekter kan med den teori jag beskrivit ovan betraktas som strategier för *engagemang* (*involvement*) och strategier för *självständighet* (*independence*). En annan viktig sak att notera är att strategier kan vara stärkande på olika sätt: dels på lång sikt, i relationen till behandlingen, och dels i själva samtalssituationen (vilket också borde ha goda effekter på lång sikt).

Innan jag definierar de analyskategorier som används i denna studie vill jag gå igenom de kommunikativa och språkliga strategier som förslagits som stärkande strategier i tidigare forskning om vårdsamtal.

Kettunen et al. (2001) diskuterar lingvistiska realiseringar av ”empowering counseling” i en fallstudie av en sjuksköterskas sätt att tala medan hon informerar en patient om ett kirurgiskt ingrepp. I beskrivningen av samtalet urskiljer de två faser: *öppnandet* (där ömsesidig tillit byggs upp) och *aktivering av reflexion* (där patientens självreflexion, egna värderingar och möjligheter till handling ska aktiveras). I den första fasen är strategier som reducerar den sociala distansen viktiga: olika typer av förtrolighetsstrategier, frågor (med funktionen att erbjuda samarbete), konditionala former (vilket innebär försiktighet), uppmuntran och tveksamt tal (det senare antas mildra den maktrelation som finns inherent i vårdsituationen). I den andra fasen, när reflexionen aktiveras, identifierar de artighetsstrategier, s.k. strategisk indirekthet (jfr Brown & Levinson

³ En annan möjlighet hade varit att beräkna talartid, men det hade varit en mer tidskrävande analys. För denna studies ändamål gjordes bedömningen att MLU-analysen var tillräcklig.

1987, s. 132), frågor, tveksamt tal och uppmuntran. Hela samtalet präglas av aktivt lyssnande.

Också i Feste & Anderson 1995 (s. 142) nämns *frågor* som stärkande strategier eller ”empowerment tools”, framför allt breda frågor som relaterar till patientens livsfilosofi och drömmar – ett sätt att upprätthålla ett slags kunskapssökande process och bidra till att integrera kronisk sjukdom i livet. Andra forskare betonar även att öppna frågor kan ses som stärkande på olika sätt – dels som ett sätt att komma åt drömmar, syn på livet och inre motivation hos patienten, dels som ett samtalsstimulerande grepp, ett sätt att underlätta patientdeltagande (Ryn och Heaney 1997, s. 696).

Uppmuntran, som Kettunen et al. identifierar som en viktig stärkande strategi, kan se olika ut. Här kan man till exempel tänka sig det som Ryn & Heaney (1997, s. 698) kallar ”emphatic acceptance statements”, bekräftande utrop eller medhåll (t.ex. *ja, det förstår jag verkligen*). Ryn & Heaney talar också om icke-verbala signaler – hit hör leenden, nickar och andra stödsignaler. Man kan också tänka sig beröm som en sådan uppmuntrande strategi.

Bland försiktighetsstrategierna nämner Kettunen et al. (2001) konditionala former (*skulle vilja*) och hypotetiska frågor, vilket man skulle kunna kalla ”hypotetiskt tal”. Andra forskare (t.ex. Ryn & Heaney 1997) nämner även olika typer av undvikanden: undvikande av kritik, undvikande av psykologiska tolkningar av patienternas motiv, konflikter eller försvar. Också undvikandestrategier skulle kunna betraktas som strategier som syftar till att skapa acceptans och ett positivt klimat så att patienten vågar ta plats.

Kettunen et al. (2001) tar vidare upp långsamt och tvekande tal (dvs. prosodiska drag i talet) som en strategi som indirekt uppmuntrar patienten att kommentera eller ta plats.

Feste & Anderson (1995, s. 142) nämner även det de kallar ”behavioral language”: uppmaningar till patienten att lista, beskriva, identifiera eller avgöra. Det verkar alltså innebära uppmaningar till olika språkliga aktiviteter i samtalet och syftar till att göra patienten aktiv i samtalet istället för passiv mottagare av information. Slutligen tar Feste & Anderson – liksom Kettunen et al. (1997) – upp berättelser som viktiga för att underlätta självförståelsen hos patienten.

Också MI-metodologin definierar viktiga samtalsstrategier, men ger oftast inga konkreta språkliga beskrivningar av dem. Detta beror i första hand på att MI har utvecklats och evidensbaserats inom en psykoterapeutisk diskurs (se

Miller & Rose 2009 för en översikt över framväxten av MI). I den skattningsskala (MITI) som utvecklats delar man upp ”MI-andan” i tre delområden: *framlockande*, *samarbetsfrämjande* och *autonomiunderstödjande*. I den första skalan för framlockande, vill man locka fram patientens egna skäl för en förändring av livsstilen och egna idéer om hur förändringen ska genomföras. Här ges höga poäng för samtal där ”behandlaren *uppvisar en nyfikenhet* ifråga om klientens idéer och erfarenheter” (Moyers et al. 2010, s. 8). Men vad *uppvisa en nyfikenhet* egentligen betyder definieras inte språkligt, utan blir en tolkningsfråga. Språkligt skulle man kunna översätta detta till öppna frågor, aktivt lyssnande och stödsignaler.⁴

I det andra delområdet, skalan för samarbetsfrämjande, ska behandlaren aktivt uppmuntra en maktindelning i interaktionen så att det är klientens egna idéer som influerar samtalets karaktär (Moyers et al. 2010, s. 10). Här ges höga poäng om behandlare aktivt strukturerar samtalet på ett sätt som underlättar klientdelaktighet. Möjligen är det svårt att se vilka språkliga strategier detta kan innebära: om man lämnar över en del av ansvaret till den andre borde man kanske be patienten att lägga upp en struktur för hur samtalet ska se ut. Det ges också höga poäng om behandlare explicit identifierar klienten som experten. Språkligt är det då snarast en fråga om att ord och uttryck används som benämner den andre som expert. Om man jämför med de studier som refererats ovan (om ”empowering counseling”) kan man notera att här saknas poäng för en mer tydligt tillbakadragen roll eller tvekande tal. Det torde dock vara en viktig aspekt av maktindelningen i en relation som till det yttre är asymmetrisk – när en expert möter en hjälpsökande – att experten i viss mån tonar ner sin egen expertis.

Det tredje delområdet ligger på många sätt nära det första. Behandlaren ska här förstärka känslan av valmöjlighet och kontroll hos den andre (s.k. autonomiunderstöd). Behandlaren ska erkänna explicit och utan sarkasm att klienten har möjlighet att avstå förändring (Moyers et al. 2010, s. 13). Språkligt manifesteras detta som explicit medgivande språkhandling.

I MITI-skattningen görs också skattning av styrning – som inte behöver vara förenligt med höga poäng på MI-skalan – och av empati. När det gäller empati

⁴ Lyssnande och pauser finns dock inte med i MITI-skalan. Carr & Smith (2013) har i etnografiska studier av MI-praktiken noterat att en mycket viktig del av MI-praktikens elaborerade samtalsstil är bruket av pauser – trots att det inte uppmärksammas i skattningsskalan.

så har det ju visat sig vara viktigt i de studier som inledningsvis presenterats (bekräftelse och uppmuntran t.ex.). I MITI-skattningen ges höga poäng för att behandlaren demonstrerar förståelse för klientens perspektiv och att behandlare uppmanar klienten att utveckla ytterligare (Moyers et al. 2010, s. 20). Här kan man språkligt tala om bekräftelse och uppmuntran, men också om uppmaningar att berätta mer (jfr samtalsaktiverande språkbruk ovan). Slutligen ges höga poäng på empatiskalan om behandlaren använder sig av många komplexa reflektioner. Komplexa reflektioner är ett begrepp inom MI som innebär att behandlaren först lyssnar och sedan gör ett slags omformulering av det klienten sagt men samtidigt lägger till en aspekt som blir ett slags tolkning eller poäng för att komma vidare i samtalet och framhäva en viss aspekt. Kanske kan man se det som ett slags prövning av vad den andre sagt för att se om man tolkat det rätt. Här kan man dock se en potentiell konflikt med Feste & Andersons strävan efter att undvika psykologiska tolkningar av patientens motiv, konflikt och försvar (se ovan).

Sammanfattningsvis skulle man kunna säga att de strategier som nämnts ovan i första hand syftar till att skapa ett positivt accepterande klimat, göra patienten säkrare i vårdsituationen och göra att patienten vågar berätta, ta plats, tolka, förstå, ta beslut etc. Flera av dessa stärkande strategier handlar också om att patienten ska visa läkaren eller sjuksköterskan hur hen tänker och fungerar i vardagen så att läkaren eller sjuksköterskan kan bemöta, förstå och resonera med patienten. De flesta strategierna berör antingen aspekten *engagemang* eller *självständighet* (se ovan). Till *engagemang* hör förtrolighetsskapande strategier, bekräftelse och uppmuntran. Till *självständighet* hör olika typer av försiktighetsstrategier, såsom hypotetiskt tal, tvekan och undvikanden. Aktivt lyssnande torde innehålla drag av båda – självständighet eftersom man inte avbryter och lämnar plats i samtalet för den andre och engagemang för att man ger rikligt samtalsstöd. Några av strategierna hör inte tydligt hemma i någon av kategorierna (såsom berättelser, frågor eller samtalsaktiverande språkbruk).

I det följande kommer jag att sammanfatta de strategier som kommer att diskuteras i analyserna i denna rapport, och jag kommer att anknyta kategorierna till Scollon & Scollons (2001) uppdelning i strategier för självständighet och engagemang och till Brown & Levinsons teorier (1987) när det är tillämpligt.

Självständighet (independence) – strategier som uttrycker respekt för den andres autonomi och självständighet

- *Indirekta talhandlingar*: Indirekta talhandlingar är en viktig artighetsstrategi (här en försiktighetsstrategi) i Brown & Levinson 1987. Artighet kräver normalt direkthet, men oviljan att utöva tvång (för att det inkräktar på den andre) innebär att man behöver vara *konventionellt indirekt* (Brown & Levinson 1987, s. 132). Till denna kategori hör indirekta talhandlingar, dvs. att säga t.ex. *jag skulle behöva ett glas vatten istället för ge mig ett glas vatten*. Eftersom konventionell indirekthet kan vara kulturspecifik kan man tänka sig att det kan bli problem vid interkulturell kommunikation.
- *Gardering* (eng: *hedging*): Gardering är en försiktighetsstrategi som innebär en modifiering av talarens säkerhet på det hen säger. Det innebär ett språkligt element som modifierar i vilken grad en utsaga gäller, eller med Brown & Levinson:

(...) a particle, a word or a phrase that modifies the degree of membership of a predicate or a noun phrase in a set; it says of that membership that it is partial, or true only in certain aspects, or that it is more true and complete than perhaps might be expected. (Brown & Levinson 1987, s. 145)

Det kan vara ett sätt att desarmera potentiellt hotfulla interaktionella drag (dvs. interaktionella drag som kan upplevas som ett hot mot *face*, ansiktshotande) eller bara tona ner den egna expertisen till förmån för den andre deltagaren i samtalet. Garderingar kan uttryckas med adverb, adverbial, fraser såsom *verkligen, troligen, möjligen, verkar det som, på ett sätt, tycker du inte, om du kan, om du vill*. Ett annat sätt att gardera sig är att använda verb som *tror, antar* etc.

- *Konditionalt eller hypotetiskt tal*: Att använda konditionala eller hypotetiska uttryck kan också vara ett sätt att mildra potentiellt hotfulla situationer eller tona ner den egna auktoriteten. Ofta används istället för direkta uppmaningar uttryck som *skulle du kunna, finns det möjligen en chans att, om du vore så snäll att, kanske kunde tänka dig att* (se även *konventionell indirekthet* ovan). Brown & Levinson tar upp användning av konditionala uttryck under kategorin *be pessimistic* (Brown & Levinson 1987, s. 173).

- *Tveksamt tal (prosodi och tempo)*: Här är det framför allt långsamt och tveksamt tal, många tvekljud och pauser som nämns i studierna ovan som försiktighetsstrategier. Möjligen skulle man kunna argumentera för att det inte primärt handlar om att vara försiktig i meningen tona ner egen auktoritet, utan att det helt konkret också kan handla om att lämna plats i samtalet för den andres initiativ och frågor.
- *Undvikande* kan vara en samtalsstrategi som är svår att få syn på (eftersom den innebär att något är frånvarande i samtalet). Icke desto mindre är den viktig i ett perspektiv där att stärka patienten innebär att inte konfrontera hen.

Engagemang – strategier som syftar till att skapa förtroende, stötta och uppmuntra

- Vid analysen av bekräftande strategier som *beröm* och *uppmuntran* behöver man tolka hela yttrandets indirekta talhandling i samtalskontexten – och inte bara se till ordval. Så kan till exempel ett yttrande som *hon ligger helt perfekt i längd och vikt* tolkas som beröm i denna kontext, även om det i en annan kontext skulle kunna vara ett enkelt konstaterande. Stödsignaler av olika slag hör också till denna kategori (*mm, jaa*). Dessa kan ses som ett sätt att uppmuntra den andre att fortsätta, visa att man håller med etc. Stödsignaler bör egentligen skiljas ifrån minimala responser (framför allt svarar barnen i samtalen i denna studie kortfattat, ofta med ett *mm* på läkarnas frågor). Men eftersom gränsen mellan minimala responser och stödsignaler stundtals är mycket svår att dra kommer jag inte att göra någon tydlig åtskillnad av dessa i analysen, även om stödsignalernas karaktär noteras. Slutligen kan också icke-verbala signaler såsom *nickande* fungera stärkande. De icke-verbala signalerna och de verbaliserade stödsignalerna är båda viktiga aspekter av aktivt lyssnande (som dock inte får någon egen analyskategori i denna uppställning).

*Andra stärkande strategier: frågor och berättelser*⁵

- *Frågor*: Frågor förtjänar betydligt mer uppmärksamhet än de får i denna rapport. Frågor kan ha mycket olika funktion: de kan vara informationssökande och avsedda för att få fram mer fakta eller för att förstå hur den andre tänker. De kan vara sociala, dvs. vara relationsskapande och öppna för samtal. De kan också, som retoriska frågor, snarare vara informationsbärande och vilja påverka lyssnaren. Öppna frågor brukar framföras som stärkande strategier (den andre får möjlighet att utveckla längre svar; se ovan). Typiskt för öppna frågor är att de inte snävar in möjliga svar, medan slutna frågor styr vilket slags respons som förväntas i högre utsträckning⁶. Men också slutna frågor och kanske framför allt förhållandet mellan öppna och slutna frågor kan ha viss relevans, varför båda dessa kategorier undersöks i analysen.
- *Berättelser*: Läkarens och patientens berättelser anförs ofta som sätt att öka självförståelsen. I MI är det av vikt att patienten får berätta – läkaren gör sedan en reflexion över berättelsen som antingen kastar nytt ljus över den, eller som sammanfattar den på ett sätt som patienten får ge sin synpunkt på. Läkarens berättelse är av ett annat slag, mer som ett slags aktiverande av patientens visualisering eller associationer.

3.2.3 Barnets roll

I personcentrerad diabetesvård är patientens motivation, välmående och tilltro till sin egen förmåga att få kontroll över sin diabetes helt central. Och patienten är i detta fall ett barn. Det innebär att föräldrarna måste ta barnets plats som vårdare, bli motiverade, känna tilltro till sin förmåga att hantera vården av barnet. Men barnet är fortfarande patienten. En personcentrerad vård bör se till barnets behov och dess motivation. Vården bör långsiktigt arbeta för att barnet ska växa

⁵ Ursprungligen fanns också samtalsaktiverande språkbruk med som en av analyskategorierna (s.k. "behavioral language"). Men sådana uppmaningar från läkaren till patienten att utföra samtalsaktiviteter (lista, beskriva, bestämma, definiera, berätta etc.) fanns inte i mitt material. Möjligen är detta en effekt av att samtalen försiggår mellan personer som redan känner varandra och av att problematiken de diskuterar har tagits upp många gånger tidigare.

⁶ För en gedigen utredning av samtalsanalytiska aspekter av frågors form och funktion, se Lindholm 2003.

upp och känna tilltro till sin förmåga att utföra egenvården och få kontroll på sin diabetes.

Barnets plats i själva läkarkonsultationen har uppmärksammats i allt högre grad i forskningen. Tates & Meeweusen (2001) konstaterar dock i en litteraturöversikt att barnets närvaro i konsultationen och den triadiska kommunikationen behöver studeras mer. Tidigare studier har (inte förvånande) till exempel visat att barnets bidrag till kommunikationen är mycket litet och ökar med åldern (Tates & Meeweusen 2001, s 847). Forskningen har också visat att läkarens kommunikation med barnen oftast hör till en affektiv domän medan kommunikationen med föräldrarna är mer instrumentell och handlar om behandlingen. Aronson & Rundström (1989) talar till exempel om att läkaren utvecklar ett skämtsamt sätt att prata med barnet som ibland också blir ett sätt att tala om känsliga saker med föräldern men via barnet (se även Aronson & Rindstedt 2011, s. 128). Att doktorn ibland talar till föräldern via barnet bekräftas också av att föräldern inte sällan uppfattar det just så, och svarar på frågor doktorn riktat till barnet (Aronson & Rindstedt 2011, s. 135).

De flesta studier som refereras i Tates & Meeweusens översikt (2001) visar att läkaren i relation till barnet har kontroll såväl över vad som diskuteras, över samtals turtagning (eller faser) och över hur mycket barnet kan komma in i samtalet. Detta, menar de, är inte förenligt med personcentrerad vård, där barnets roll i konsultationen är lika viktig som föräldrarnas (Tates & Meeweusen 2001, s. 849). Samtidigt påpekar de att de studier som gjorts inte tillräckligt undersökt vad som är specifikt för de triadiska mötena (doktor, barn, förälder), och att det kan ha bidragit till att barnet ser ut att vara ”bortkopplat” ifrån stora delar av konsultationen.

I denna studie har barnets roll i samtalen undersökts. Bara i ett enda samtal rör det sig om en triad – i övrigt är det fler deltagare i samtalet, vilket gör dynamiken mellan deltagarna än mer komplex. I analysen av barnets roll kommer följande aspekter att diskuteras:

- Barnets plats i samtalsstrukturen, dess kvantitativa bidrag, dess samtalspartner etc.
- Barnets plats i rummet.
- Barnets ålder och förmåga att själv vara delaktig i sin behandling.

3.2.4 Attityder till och reflexioner över samtalet: Speglingar

Efter varje konsultation har deltagarna i samtalen fått titta på den inspelade videon och kommentera kommunikationen i den. De har fått i uppgift att särskilt ta upp sådant som har med kommunikationen att göra.

Syftet med denna del av studien var i första hand att få reda på huruvida deltagarna i samtalet var nöjda eller missnöjda med det sätt samtalet utspelade sig, om de kände sig förstådda och sedda, fick svar på de frågor de hade och kände sig lyssnade på. Ytterligare ett syfte var att under intervjun kunna ställa frågor om sekvenser där analysen för en utomstående var svår att göra, för att minska risken för övertolkning eller feltolkning.

Intervjumaterialet blir i själva verket till ett slags speglingar av de samtal som fördes. I intervjumaterialet, som består av digitala ljudinspelningar, hör man uppspelningen av samtalet i bakgrunden, som stoppas när forskaren vill fråga eller den intervjuade vill kommentera något.

Här bör dock noteras att inget av barnen intervjuades. Inte heller tolken intervjuades. Det senare berodde på oförutsebara omständigheter (sjukdom och svårigheter att få tag i rätt tolk). Det förra däremot var ett val som gjordes inför denna studie.

3.3 Studiens genomförande

Fyra läkarkonsultationer har spelats in med videokamera på två olika diabetesmottagningar i södra Sverige. För att inte öka de störningsfaktorer som inspelningssituationen innehåller (videokamera, forskare som informerar före läkar-samtal etc.) var forskaren inte närvarande i rummet.

Analysen av samtalen har kompletterats med intervjuer av deltagarna i samtalen. Dessa genomfördes inom en vecka efter läkarbesöket. Deltagarna fick då möjlighet att se de inspelade filmerna och kommentera dem. Denna intervju-metod kallas *stimulated recall* och tanken är att man genom att se filmen ska ha lättare att minnas hur man tänkte och upplevde situationen. Metoden används inom ett flertal vetenskaper och gärna i etnografiskt inriktade studier. Forskaren ser inspelningen i förväg och för anteckningar om frågor att ta upp – det innebär också att intervjuguiden inför varje intervju kommer att se olika ut. Vid

uppspelningen kan både forskaren och den intervjuade stanna uppspelningen för att fråga eller kommentera. (Se Dempsey 2010.)

Helst ska intervjun ske så snart som möjligt efter själva samtalet, men av etiska hänsyn förlades här intervjun till en tidpunkt någon vecka senare. Anledningen till detta var att intervjun inte skulle riskera att ta bort fokus från själva behandlingen och de överenskommelser som gjorts under konsultationen. Intervjuerna spelades in med hjälp av en liten digital ljudupptagare och gjordes på en plats deltagarna fick välja själva – det innebär att läkare och sköterskor intervjuades i anslutning till kliniken och att föräldrarna i tre av fyra fall intervjuades hemma i sin bostad och i det fjärde fallet i ett samtalsrum på en vårdenhets i närheten av deltagarens bostad.

Transkriberingen av de inspelade läkarkonsultationerna har skett i CHAT-format och samtalet har annoterats på den nivå som krävts för analysen. Någon utförlig taggning av materialet har därför inte skett: analysen har skett av de utskrivna transkriptionerna med videoinspelningen som stöd. CLAN-programmets analysmöjligheter har dock använts för att få en övergripande bild av fördelningen av ordet i samtalen.

Urvalet av samtal har påverkats av vilka samtal som mött kriterierna för inklusion i studien och som varit möjliga att spela in vid tidpunkten för materialinsamlingen och där familjerna sagt ja till att medverka i studien. Kriterierna som använts för inklusion är att föräldrarna ska ha invandrat till Sverige och ha svenska som främmande språk, att barnet ska ha diabetes typ 1 och ha en diagnos sedan 6 månader till 2 år tillbaka (för att undvika att belasta de familjer som befinner sig i första chocken efter sjukdomsbeskedet) och att barnet ska vara yngre än 15 år (för att de äldre barnen vid den ena mottagningen var med i en annan studie).

Endast ett tolkat samtal har kunnat spelas in. En av projektet anlita tolk har närvarat vid den efterföljande intervjun, och ännu en professionell tolk har översatt den somaliska som förekommer i samtalet. I slutskedet av analysen av det tolkade samtalet har en somalisk barnpsykolog med stor erfarenhet av arbete med barn och vårdpersonal i kulturmöten och vårdsamtal granskat översättningarna och kategoriseringarna av valda delar av samtalet.

Projektet har etikprövats av Regionala etikprövningsnämnden i Lund (dnr 2010/704).

4. Fyra fallstudier

Inspelningarna har skett vid två olika kliniker. Vid två av samtalen medverkar samma läkare. De olika klinikerna arbetar på delvis olika sätt, men gemensamt för dem är att varje familj har en och samma läkare vid varje konsultation. Vid ena kliniken möter familjen ett team, så att läkarbesöken involverar både läkare och sjuksköterska. Vid den andra kliniken möter familjen sjuksköterskan innan de kommer in till läkaren.

Samtal 1: Inspelningstid 27,58 minuter. Samtalet spelas in på läkarens ordinarie mottagningsrum, som består av ett rum med bord och fyra stolar och ett skrivbord med dator. Ett litet rum intill används för att väga och mäta barnet under konsultationen. Medverkande i samtalet är patienten, Ana, en flicka på 7 år, en svensktalande mamma, Branka, med serbiskt ursprung och en manlig läkare, Lars. Två kompletterande intervjuer gjordes, en med mamman i hennes hem och en med läkaren i hans mottagningsrum.

Samtal 2: Inspelningstid 42.59 minuter⁷. Samtalet spelas in på läkarens ordinarie mottagningsrum, som består av ett rum med bord och fyra stolar och ett skrivbord med dator. Ett litet rum intill används för att väga och mäta barnet under samtalet. Medverkande i samtalet är patienten, Abdi, en pojke på 12 år, en somalisk-talande mamma, Ayan, en somalisk manlig tolk, Erasto, och en manlig läkare, Lars. Två kompletterande intervjuer gjordes, en med mamman i ett samtalsrum på en vårdenhets nära hennes bostad där en ny tolk medverkade, och en med läkaren, i hans mottagningsrum.

Samtal 3: Inspelningstid 38,53 minuter. Samtalet spelas in på ett mottagningsrum på enheten. Vikt och längd har tagits innan de kommer in i rummet. Läkaren kommer in först 14.45 minuter in i inspelningen. Medverkande i samtalet är Radmila, en flicka på 5 år, Duan, en svensktalande pappa med bosniskt ursprung, Lena, sjuksköterska och Sanna, läkare. Även en sjuksköterskestudent medverkar som observatör. Tre kompletterande intervjuer gjordes: en med båda

⁷ Att samtalet är så mycket längre än det första beror inte på att de har mer att tala om utan på att det är tolkat – man avsätter alltid mer tid till ett tolkat möte.

föräldrarna i deras hem, en med sjuksköterskan i ett sammanträdesrum på avdelningen och en med läkaren i anslutning till ett sammanträdesrum i en byggnad intill.

Samtal 4: Inspelningstid 29,53 minuter. Samtalet spelas in på ett mottagningsrum på enheten. Konsultationens normala förlopp något förändrat på grund av inspelningen: vanligen träffar patienten och föräldern sjuksköterskan i ett annat rum först, nu sker allt vid inspelningstillfället. Vikt och längd har tagits innan de kommer in i rummet. Läkaren kommer in först fyra minuter in i inspelningen. Medverkande i samtalet är Dejana, en flicka på 4,5 år, Bojana, mamman, Darko, pappan, båda med bosniskt ursprung, Karin, sjuksköterska och Amanda, läkare. Tre kompletterande intervjuer gjordes: en med mamman i deras hem, en med sjuksköterskan i ett sammanträdesrum på avdelningen och en med läkaren i ett sammanträdesrum i en byggnad intill.

4.1 Samtal 1: När expert möter expert

4.1.1 Samtalets struktur

En analys av samtalets faser ger följande övergripande struktur:

1. Etablera kontakt (initiativ läkare, mamman tar initiativ till att komplettera info)
2. Öppna för frågor (initiativ läkare)
3. Kontrollera om barnet haft svår känning eller legat på sjukhus. (initiativ läkare)
4. Gå igenom vilka doser barnet fått (initiativ läkare, men under fasens gång också initiativ mamman)
5. Titta på senaste tidens sockervärden och långtidsvärde (initiativ läkare, men under fasens gång också initiativ mamman)
6. Väga och mäta (initiativ läkare)
7. Recept och intyg (initiativ läkare)
8. Avrundning (initiativ läkare)

I uppställningen ovan ser vi att alla samtalets olika faser initieras av läkaren. Men som vi också ska se är mamman aktiv i samtalet och tar initiativ under samtalets gång till olika ämnen i faserna. I samtalets inledning är läkaren helt vänd mot barnet och försöker dra in barnet i samtalet med hjälp av många frågor om familjen, skolan, lekkamrater och om hur det går att ha diabetes i skolan. Denna första sekvens präglas av läkarens frågor till barnet. Mamman är inledningsvis tyst men aktivt lyssnande och först när samtalet börjar röra sig mot hur det fungerar att ha diabetes bryter hon in och kompletterar med information:

(Ex. 1)

LÄK: nähej hjälper dom gör du mätningarna själv eller hjälper dom till med det <xxx> [<]?

BAR: <mm ja> [>] det gör jag

LÄK: gör du det själv (.) mäter du blodsocker helt själv? [gör gest med fingrarna för mätande]

BAR: hmm [ler]

LÄK: oj (.) <du är ju jätteduktig> [<]

MAM: <men kerstin måste vara med> [>] xxx

LÄK: men en eh lärare är med?

MAM: mm

Nästa fas i samtalet inleds med att läkaren vänder sig till först barnet och sedan mamman och bjuder in till frågor om sådant de undrat över:

(Ex. 2)

LÄK: jättebra (.) är det nån fråga då Ana som du har idag nånting som du har gått och undrat över?

BAR: neej

MAM: nä

LÄK: nähä är det nånting ni föräldrar har gått och tänkt på?

MAM: ähh nej egentligen det är ju bara litegrann det omkring vårdbidraget som jag vill att du på något sätt kanske skriver nån läkaruttalande eller nånting

Efter att modern tagit upp frågan om vårdbidraget följer först en sekvens där läkaren förklarar hur Försäkringskassan brukar resonera och därefter en sekvens där de gemensamt diskuterar vad läkaren ska skriva i intyget. Denna sekvens präglas av samarbete.

(Ex. 3)

LÄK: ska jag göra (.) och det jag skriver då det är ju litegrann hur (.) det går för er

MAM: mm

LÄK: därhemma

MAM: mm [nickar]

LÄK: ehm (.) hur hur hennes medelvärde ser ut [gör cirklande rörelse med handen på pappret, MAM nickar med blicken fäst på DOCs ansikte]

MAM: mm

LÄK: men också hur mycket som ni mäter (.) eh egentligen

MAM: mm [nickar]

LÄK: och arbetet runtomkring detta

MAM: jaa [nickar]

LÄK: jaa (.) mm

MAM: men jag jag tycker ju ändå att det här är ju (.) själva siffran säger ju för sig själv att [pekar på pappret]

LÄK: <jaa> [<]

MAM: <vi vi> [>] är ju väldigt mycket upptagna med att <vi ska> [<]

LÄK: <jaa> [>] [nickar]

MAM: hålla en sån jämn bra nivå på <henne> [<] [illustrerar jämn bra nivå med händerna]

LÄK: <ja> [>] (.) jag förstår att siffran skapas tack vare att ni har lagt ner ett stort jobb det förstår jag det

Samtalets tredje fas är egentligen en mycket kort sekvens där läkaren går vidare i samtalet genom att snarast formelartat fråga om barnet haft någon svår känning eller legat inlagd på sjukhuset. Den fjärde fasen följer därefter genom att läkaren byter fokus med orden: *hur mycket lantus tar ni på morgonen då?* Här inträffar något intressant när läkaren försöker ta reda på hur familjen resonerar om dos i förhållande till blodsockervärde. Läkaren frågar hur de doserar om barnet har sex i blodsockervärde på morgonen, och modern förklarar att de inte mäter på morgonen, tydligt medveten om att det inte är det svar läkaren vill ha:

(Ex. 4)

LÄK: om hon har sex i blodsocker (.) vad är en vanlig dos då?

MAM: eh den saken är att vi mäter inte på morronen [gnuggar handflatorna och tittar upp i taket, sen mot LÄK och ler]

LÄK: nää, nää [ler också lite]

MAM: så det är (.) vi försöker ju lite (.) se efter henne. [tittar upp i taket, letar ord]

LÄK: (.) jaa [tonfallet uppmuntrar till fortsättning, visar att han lyssnar]

MAM: förstår du vad jag menar?

LÄK: jaa [stödjer hakan i handen, lyssnande position]

MAM: om hon vaknar lite senare

LÄK: jaa

MAM: så det blir ju lite mer insulin om hon va om vi låter henne sova till exempel på (.) på helgerna

LÄK: jaa

Modern fortsätter att förklara och läkaren visar hela tiden att han lyssnar med stödsignaler. Han återkommer snart med en fråga om orsaken till detta avvikande, dvs. att inte mäta på morgonen:

(Ex. 5)

LÄK: <vad> [>] är det som gör att ni inte vill mäta på morronen?

MAM: ähh (.) det är ju verkligen hon själv

LÄK: <mm> [<]

MAM: <när> [>] hon går upp på morronen så hon ska äta snabbt

LÄK: <mm> [<]

MAM: <hon> [>] ska äta eh liksom sådär på en gång

LÄK: <mm> [<]

MAM: <ska> [>] vi säga hon går på toaletten tvättar händerna sen hon går hon igen

LÄK: mm

MAM: jag ska äta (.) [härmar dotterns beteende och röst]

LÄK: jaa

MAM: och så det blir ju lite sådär

LÄK: Ana (.) det är (.) jättebra att mäta blodsocker på morronen innan man äter frukost (.) [nu vänd mot BAR som tittar upp på LÄK och sedan ler lite mot MAM som ler bekräftande tillbaka]

LÄK: därför att (.) det gör att du mamma och pappa ni kommer att träffa rätt med dosen lite oftare och kanske undvika ett lågt värde eller <ett högt värde på förmiddan> [<]

MAM: <mm mm mm> [>] [nickar]

LÄK: så att det är trots allt värt en del att veta vad blodsockret är på morronen

MAM: jaa [nickar]

LÄK: det måste jag säga

MAM: det är det är ja jag vet men det är eh lite grann sådär (.) på det sättet att vi eh hon sen går till skolan

Som syns i exemplet ovan vänder sig därefter läkaren till barnet och uppmuntrar henne att mäta blodsockret – eftersom mamman identifierat hennes ovilja att

göra det som orsaken. Men sen vänder han sig också till mamman och förklarar att det är *värt en del* att mäta på morgonen. Mamman fortsätter dock att förklara i en förhållandevis lång sekvens. När läkaren frågar var mamman vill att barnet ska ligga i blodsockret när hon går till skolan tycks mamman först förvånad och förklarar sen:

(Ex. 6)

LÄK: <var vart var vill du> [>] att hon ska ligga när hon ska till skolan?
[LÄK ler, MAM skrattar och flyttar bak i stolen]

MAM: aa, ja helst vill att tillexempel när hon äter mat på morronen

LÄK: jaa

MAM: då vet vi att hon är ju mellan fyra och sex [nickar lite]

LÄK: ni vet det

MAM: mm [nickar]

LÄK: ja okej ja

Genom hela denna sekvens framstår mamman som en stark motpart i samtalet: även om läkaren är den som strukturerat samtalet hittills och initierat de olika faserna låter inte mamman ett ämne bli färdigt innan hon är säker på att läkaren förstått hur hon resonerar. Modern leder också själv över samtalet på skolpersonalen. Läkaren lyssnar aktivt och anstränger sig för att förstå med följdfrågor. Först när detta är utrett fortsätter läkaren att fråga om doseringen av mediciner resten av dagen. Den femte fasen, diskussionen av sockervärden, inleds med att läkaren säger *ska vi titta på och se hur det ser ut då?* Här är han vänd mot barnet igen och riktar sig till henne med orden *får du du och mamma får komma lite närmre här # eehm Ana så tar vi en liten titt ihop*. Vid denna sekvens i samtalet sker en förflyttning i rummet: både barnet och mamman flyttar sig till datorn och tittar på skärmen tillsammans med läkaren. Läkaren kommenterar kurvan på skärmen och försöker att dra in barnet i samtalet, t.ex. i sekvensen där han förklarar medelvärde:

(Ex. 7)

LÄK: när jag tittar sen på medelvärdet så kommer det fram (.) det är som ett mittemellanvärde (.)

MAM: mm

LÄK: förstår du det Ana (.) så om man räknar ett två tre (.) så mittemellanvärdet mellan ett och tre det är två va [MAM nickar]

LÄK: mm (.) ungefär så kan man säga att ett medelvärde är (.)

Här kan man notera att trots att läkaren vänder sig till barnet så är det mamman som svarar. Möjliga förklaringar kan vara att hon inte tror att barnet förstår eller att hon vill bekräfta läkaren i hans ansträngning att nå barnet. Läkaren fortsätter med att berömma barnet och mamman för de perfekta värdena. Såväl läkaren som mamman tar i denna sekvens initiativ till att diskutera de värden som syns på skärmen och läkaren vänder sig med jämna mellanrum till barnet för att dra in henne i samtalet. Man kan också se ett slags uppföljning till den tidigare diskussionen om mätning när läkaren i en diskussion om ett högt värde vänder sig till barnet och säger *för Ana det viktiga är att man mäter*.

Den sjätte fasen inleds med att läkaren säger till barnet: *men du nu ska du och jag mäta # och väga dej*. Därefter sker ännu en förflyttning i rummet och barnet och läkaren går in i det angränsande rummet. Mamman sitter kvar i rummet och man hör hur läkaren småpratar uppmuntrande med barnet medan mätningen sker. Modern lyssnar aktivt och inflikar kommentarer. Också i denna sekvens berömmar läkaren barnet: *jättefin vikt jättefin längd # bra Ana*.

Den sjunde fasen handlar om recept och också här är det läkaren som initierar med orden: *behöver ni eh # recept eller intyg?* Mamman svarar vad de behöver och ber om ett reseintyg, varpå läkaren börjar berätta om vad som gäller för flygresan. Läkaren frågar lite allmänt om resan och drar återigen in barnet i samtalet. Här har samtalet lite samma karaktär av socialt prat som inledningsvis och syftet verkar vara att avsluta samtalet på ett trevligt sätt. I sista fasen, avrundningen, fastslår läkaren när nästa återbesök är och ber barnet komma med ut till presentskåpet.

En MLU-analys av hur många morfem varje talare yttrar i samtalet visar att läkaren talar mer än modern (2739 resp. 1991 morfem), men att barnet knappt pratar alls (bara 66 morfem). Att modern talar så pass mycket trots att läkaren är

den som tar initiativ till samtalets olika faser illustrerar två saker: dels att läkaren lägger upp samtalet på ett sådant sätt att det blir möjligt för henne att delta och dels att hon är en stark motpart i samtalet i betydelsen att hon också tar den plats i samtalet som erbjuds. Att barnet inte pratar mer beror på att hon är en blyg 7-åring (vilket mamman förtydligar i den efterföljande intervjun). Även om hon inte pratar är hon dock aktivt lyssnande och nickar och ler mycket.

4.1.2 Stärkande strategier

Även om mamman framstår som en aktiv motpart i samtalet och som en stark förälder som är trygg i att hon kan ha en god kontroll på barnets diabetes, så är det intressant att se vilka strategier läkaren använder för att bekräfta, uppmuntra och stärka mamman i denna roll. Vården ska inte bara uppmuntra och stärka föräldrar som inte känner sig trygga och i kontroll, utan måste också kunna möta de föräldrar som redan framstår som starka. Det betyder att en sekvens som nämndes ovan och som innebär att föräldern väljer att *inte* följa vårdens rekommendationer blir extra intressant att studera. I detta samtal står föräldern på sig och vill förklara, samtidigt som läkaren lyssnar, uttrycker sin önskan och upprepar skälen till denna önskan att de ska mäta blodsockret ändå, men han visar samtidigt att han respekterar deras beslut.

Läkaren både berömmar och uppmuntrar mamman och barnet i detta samtal. Det sker framför allt i fas fyra, fem och sex när de talar om dosering, om sockervärden och om längd och vikt. Sammanlagt riktar läkaren beröm och uppmuntran till barnet, mamman eller båda två vid 25 tillfällen. Han säger t.ex. *du är ju jätteduktig ju* i samband med att de tittar på standardavvikelsen på kurvorna, och han säger *ni gör ett fantastiskt jobb* när de summerar i slutet. Modern tackar för berömmet. I detta samtal är det helt klart att berömmet används av läkaren både för att upprätthålla en god relation men också för att stötta och bekräfta mamman på att de hanterar sjukdomen väl.

I detta samtal är båda parterna mycket aktiva lyssnare och visar det genom att ge rikligt med stödsignaler (och minimala responser). Läkaren är den som ger allra flest stödsignaler (129 st.), men mamman är också mycket aktiv (94 st.). Både mamman och läkaren visar också sitt stöd icke-verbalt, med nickar och genom att uppmärksamt följa den andre med blicken. Barnet ger oftast minimala responser, men sällan hörbara stödsignaler när hon inte fått en fråga.

Så som tidigare nämnts är läkaren tydligt den som strukturerar samtalet genom att initiera de olika faserna. Han är också mycket aktiv med frågor av olika slag. Vanligast är de slutna frågorna, som riktas både till barnet och modern. Han ställer inte mindre än 48 slutna frågor till barnet, vilket väl visar att han försöker dra in barnet i samtalet. Men också till modern ställer han många slutna frågor (34 st.), och de flesta av dessa frågor är följdfrågor av olika slag. Mammans ställer också några frågor själv direkt till doktorn, men i stort sett är det doktorn som står för frågandet.

Frågorna till barnet kommer framför allt i början av samtalet, när läkaren etablerar kontakt. Barnet svarar i minimala responser och söker ofta stöd med blicken hos sin mamma:

(Ex. 8)

LÄK: jaa har du lärt dej läsa nånting då?

BAR: jaa

LÄK: har du lärt dig skriva också?

BAR: jaa [tittar leende mot MAM]

LÄK: oj då är du ju jätteduktig ju (.) va (.) vad gör ni mer i skolan då än skriver och läser (.) räknar ni nånting då?

BAR: ehh jaa [tittar mot MAM]

LÄK: har har ni det som heter matematik eller?

BAR: (.) <jaa> [<]

Modern sitter tyst men aktiv under den tid läkaren ställer frågor till barnet. Exemplet nedan visar att läkaren trots sin inriktning på barnet är receptiv och uppmärksam också på moderns reaktioner:

(Ex. 9)

LÄK: jaa är det okej att mäta?

BAR: aa

LÄK: jaa är det okej att få dom här sticken på magen och på benen? [visar mot CHI:s mage och ben]

BAR: aa.

LÄK: aa okej (.) det inte så (.) är det jobbigt? [vänder sig här mot mamman]

MAM: ja ibland är det jobbigt så [tittar på BAR]

LÄK: jaa

MAM: hon vill gärna slippa

Trots att öppna frågor är det som rekommenderas i samtalshandledning är de rätt sällsynta även i detta samtal. Läkaren ställer bara fyra öppna frågor, varav två till barnet. När det gäller frågorna till barnet får han inte i något av fallen det utvecklade svar han kanske hoppats på. Barnet är blygt och talar inte i så långa sekvenser. I första exemplet nedan gör läkaren om frågan till en sluten fråga som dock är flerledad och därför kräver lite betänketid för barnet.

(Ex. 10)

LÄK: vad hjälper dom till med då?

BAR: (.) mm jag vet inte [ser mot MAM]

LÄK: nähej hjälper dom (.) gör du mätningarna själv eller hjälper dom till med det?

BAR: (.) mm (.)

LÄK: <vem är > [<]

BAR: <ja> [>] det gör jag själv

I det andra exemplet ställer läkaren en fråga som till sin form är en sluten fråga, men som indirekt är en öppen fråga, dvs. konventionellt uppfattas frågan som en öppen fråga. Barnet tolkar det som en sluten fråga och svarar enstavigt, varpå läkaren istället ställer frågan till modern.

(Ex. 11)

LÄK: jättebra (.) är det nån fråga då Ana som du har idag nånting som du har gått och undrat över?

BAR: neej

MAM: nä

LÄK: nähä är det nånting ni föräldrar har gått och tänkt på?

MAM: ähh nej egentligen det är ju bara litegrann det omkring vårdbidraget

I nästa exempel ser man också hur modern börjar utveckla ett svar på en öppen fråga och man ser hur läkaren genom hela sekvensen stöttar henne att fortsätta utveckla svaret.

(Ex. 12)

LÄK: och då undrar man vad vad är (.) vad händer här till klockan är två?

MAM: mm ehh eftersom (.) linda (.)

LÄK: <aa> [<]

MAM: <våran> [>] resursperson (.) hon slutar för det mesta halv två när hon ska hem (.) så hon mäter där (.)

LÄK: <aa> [<]

MAM: <och> [>] om hon avgör att hon är låg (.) då får hon nånting att äta

LÄK: aa

MAM: en äpple eller nånting det är därför <hon är hög> [<]

När det gäller försiktighetsstrategier i samtalet har läkarens försiktiga hållning i samband med mammans disprefererade svar redan diskuterats. Ett drag som diskuterats i 3.2.2 ovan är konditionalt eller hypotetiskt tal. Här finns inte många exempel på att detta används (endast tio förekomster, varav två till barnet). Kanske beror det på att samtalsparterna är förhållandevis jämnstarka och att

behovet av den typen av försiktighet blir mindre när den andre uttrycker stor säkerhet.

När doktorn använder det kan det vara för att mjuka upp en uppmaning. I exemplet nedan tycker han att barnet ska börja få lära sig att ge sig själv insulin, men uttrycker det försiktigt. Mamman reagerar också med att markera att hon inte håller med genom att skratta och utbrista *oj*.

(Ex. 13)

LÄK: det är (.) det är bra om Ana får lära sig det själv så att säga precis som att hon kan mäta

MAM: oj [skrattar]

LÄK: jaa

MAM: men det det passar inte (.) [skrattar]

LÄK: jaa

I nästa exempel vänder sig läkaren till både mamman och barnet, men tilltalar barnet. Här använder han sig av *man*-form omväxlande med du-tilltal och säger hypotetiskt att *då kan man öva litegrann på nånting annat*. Exempel 14 uttrycker både starkare modalitet med *ska* och försiktigare modalitet med *kan* och avslutas med en fråga till båda.

(Ex. 14)

LÄK: vi ska be sjuksköterskan (.) om att hon får visa dig hur man sticker (.) och så ska du få göra det på en annan sak än på dig själv (.) då kan man öva litegrann på nånting annat och lära sig hur man ska göra (.) ska vi testa det? [tittar ömsom mot MAM och BAR]

BAR: okej

Nästa exempel illustrerar den användning av konditionala uttryck som är mest frekvent. Här målar läkaren upp en situation som kan inträffa och föreslår en åtgärd om det händer. Det är ett sätt att förbereda mamman för olika möjliga scenarion.

(Ex. 15)

LÄK: nej nej (.) men om det skulle (.) om ni skulle känna det som föräldrar också att de är just kämpigt med injektionerna så ska ni säga till därför att (.) antingen har man ju ett sätt att lösa det med en insuflon

Detta sätt att hypotetiskt föra in en situation behöver in nödvändigt innebära att konditionala former används. I nästa exempel målar läkaren upp en hypotetisk situation och genom att ”härma” någon som hamnar i en sådan situation visa hur man kan tänka:

(Ex. 16)

LÄK: utan det är mer att aha nu är det lågt vad ska vi göra nu då?

MAM: mm

LÄK: eller (.) det är lite högt vad ska vi göra nu

MAM: <jaa> [<]

LÄK: <och> [>] så kanske man tänker vad kom de sej att det blev såhär?

MAM: <mm> [<]

LÄK: <och så> [>] lär man sej så undan för undan

Till försiktighetsstrategierna hör också garderingar. I samtalet är det modern som använder garderingar mest (14 gånger). Läkaren använder dock ganska sparsamt med garderingar i detta samtal (8 gånger). Kanske är det en konsekvens av att modern framstår som förhållandevis stark och att behovet av att uttrycka sig försiktigt för att tona ner sin auktoritet inte är lika starkt.

Modern använder garderingar till exempel när hon ska ta upp problemet med vårdbidraget. Här är det särskilt viktigt för henne att få hjälp med ett intyg av läkaren och det är också något som kräver en extra arbetsinsats av honom, vilket kanske gör att hon har ett behov av att uttrycka sig försiktigt: *det är ju bara litegrann det omkring vårdbidraget*. Att modern använder fler garderingar än läkaren i samtalet som helhet kan kanske också tolkas som att hon upplever sig som starkare än vad som är det förväntade i situationen dvs. att hon har en känsla av att hon behöver tona ner sin egen säkerhet något för att bevara

läkarens expertroll, dvs. så som en ansiktsbevarande strategi (jfr resonemanget om *face* i 3.1 ovan).

När det gäller tveksamt tal kan noteras att läkaren har ett ganska långsamt taltempo och gör många pauser.

4.1.3 Barnets roll

I analysen av samtalets struktur kunde konstateras ovan att barnet pratar mycket lite, och bara har 66 morfem i MLU-analysen. Men det beror i första hand på att det är ett blygt barn, som ger enstaviga svar. För samtidigt är barnet i högsta grad delaktigt i samtalet, särskilt inledningsvis där läkaren vänder sig tydligt mot barnet och under flera minuter ställer frågor om lillebror, skolan, hur behandlingen fungerar i skolan etc. I analysen av stärkande strategier ovan kunde vi se hur läkaren ställde många frågor till barnet i samtalet (48 st.). Även när barnet svarar enstavigt eller nickar är hon mycket aktiv. Man ser också ett samspel med mamman, då hon tittar mot mamman och söker bekräftelse med blicken med jämna mellanrum:

(Ex. 17)

LÄK: räknar har ni sånt som heter plus eller?

BAR: jaa

LÄK: där ni lägger ihop saker?

BAR: jaa

LÄK: ja går det bra för dej då?

BAR: jaa [tittar mot MAM]

LÄK: ja vad kul (.) trivs du i skolan då?

BAR: jaa

LÄK: vad har du för kompisar där då (.) är de många eller?

BAR: många [ler]

LÄK: många har du nån bästis också (.) nån bästa kompis?

BAR: (.) <jaa> [<]

LÄK: <eller är de> [>] många också (.) du har en alltså?

BAR: jaa

I samtalet ser man tydligt hur läkaren jobbar på att bygga en relation till barnet. Läkarens förtroendeskapande strategier innebär också att han stundtals frågar barnet saker som också är riktade till mamman. Mamman, som lyssnar aktivt medan läkaren talar med barnet, svarar:

(Ex. 18)

LÄK: om du skulle behöva har du provat att ta själv nångång Ana? [illustrerar insulinspruta mot magen, BAR skakar på huvudet]

LÄK: inte än

MAM: näej

LÄK: näej

LÄK: det kan man öva sig på sen vet du att just bara göra det här praktiska momentet att

MAM: mm

Läkaren arbetar också aktivt med att dra med barnet i samtalet även i sekvenser där han diskuterar värden och doser med mamman, trots att barnet egentligen är för litet för att ta ansvar för behandlingen. I följande sekvens försöker han beskriva vad ett medelvärde är:

(Ex. 19)

LÄK: när jag tittar sen på medelvärdet så kommer det fram (.) det är som ett mittemellanvärde (.)

MAM: mm

LÄK: förstår du det Ana (.) så om man räknar ett två tre (.) så mittemellanvärdet mellan ett och tre det är två va [MAM nickar]

LÄK: mm (.) ungefär så kan man säga att ett medelvärde är (.)

Här träder också mamman in och besvarar läkarens förklaring med nickar och stödsignaler. I detta skede i samtalet har läkaren tagit med barnet till datorn, och mamman har följt efter och satt sig snett bakom. I bild syns bara baksidan av mammans huvud, så hur barnet reagerar på denna beskrivning syns inte. Men troligen lyssnar hon aktivt, liksom i övriga delar av samtalet. Man kan konstatera att barnet får en mycket central plats i rummet: medan de sitter runt bordet sitter barnet mellan mamman och läkaren, och när de ska titta på kurvorna i datorn vid skrivbordet får barnet komma fram och sitta bredvid läkaren. Rumsligt markeras alltså att barnet är huvudpersonen i detta samtal, även om barnet är för liten för att ta ansvar för dosering och behandling.

Att läkaren involverar barnet också när alltför svåra saker i diskuteras tyder på att läkarens strategier inte begränsar sig till affektiva eller skämtande inslag (jfr 3.2.3 ovan). Tvärtom tycks läkaren vara mån om att få barnet att känna att hon är huvudperson i alla delar av samtalet, även de som ännu är för svåra.

4.1.4 Speglingar

Den uppföljande intervjun sker med mamman i familjens hem. Inledningsvis berättar mamman att barnet varit sjukt i tre år. De är mycket nöjda med hur vården och hur kontakten med läkaren fungerar. Mamman berättar om hur de som familj ställt om sin livsföring och hur båda föräldrarna är inriktade på sin uppgift att redan nu ge barnet en bra grund för *ett bra vuxenliv* med diabetes. Hon berättar också att de funderar mycket på hur de hanterar barnets diabetes och hur barnet ska lära sig hantera den själv. Mamman förklarar också att läkaren varit så inriktad på kontakten med barnet redan från början att han nästan inte pratade med föräldrarna de första mötena⁸. Det är hon tillfreds med och hon förklarar att *nu hon är öppen och pratar med honom om allting*.

Mamman betraktar uppmärksamt filmen och kommenterar det hon ser, t.ex. hur barnet hela tiden söker bekräftelse av henne när det svarat på läkarens frågor.

Även om mamman uppskattar hur läkaren sätter barnet i centrum i samtalet menar hon att det ibland är problematiskt när vården låter små barn bestämma och sluta avtal om behandlingen. När det gäller saker som är jobbiga, men som

⁸ Familjen har haft en annan läkare tidigare – det framgår inte hur länge de haft denna läkare.

måste göras (som att ta blodsockret när man är inlagd på avdelningen) kan det bli långa utdragna processer när sköterskorna förhandlar med barnet och kommer överens om att komma tillbaka senare, och barnet återigen vägrar: *Hon säger aldrig ja*, förklarar hon och tillägger *hon vet inte att det är livshotande för henne*.

I analysen ovan har jag kunnat konstatera att mamman framstår som en stark samtalspartner och att läkaren lyssnar in och respekterar att hon har tänkt och vet vad hon gör när hon väljer att inte ta det blodsockervärde som han helst vill att hon ska. I intervjun uttrycker mamman en trygghet i förhållande till hur hon ska hantera värden och doser. Hon tycker att det är roligt att se själva kurvan på papper, för att den så tydligt visar hur det är och det inte går att fuska. Hon tycker inte det är svårt att förstå, och tillägger att de fått mycket information och att vårdpersonalen har varit bra på att förklara. Detta är något som bekräftas av läkaren i intervjun: de flesta familjer lämnar avdelningen efter de första veckornas inläggning med en uppfattning om hur det fungerar. *Tänket finns där efter 1–2 veckor*, säger han.

Intervjun med läkaren sker på läkarens mottagningsrum. Läkaren granskar det som sker i filmen och vi turas om att stoppa bandet för att ta upp saker. Läkaren är mycket observant på kommunikationsmönster i samtalet. Han noterar t.ex. att det är olyckligt att barnet får sitta och lyssna på deras genomgång av vårdbidraget, för att det finns en risk att barnet upplever skuld å familjens vägnar (för att sjukdomen kostar pengar och tar tid och kraft). Här funderar läkaren på om det går att hitta mer formaliserade sätt att ordna sådant så att det inte blir något som barnet behöver lyssna på.

Vi talar om den sekvens i samtalet där mamman ger ett disprefererat svar och berättar att de inte tar blodsocker på morgonen. Där vänder han sig ju till barnet och försöker uppmuntra barnet att ta blodsocker på morgonen, men väljer till slut att dra sig tillbaka. Han förklarar här att han inte vill övertyga dem om att de måste göra på hans sätt, men att han åtminstone vill förmedla att det är vårdens rekommendation och att de får ta det därifrån. Han förklarar att detta är ett barn med *väldigt välskött diabetes och ibland får man välja sina strider*. Under intervjun berättar läkaren också om hur han alltid arbetar på att bygga upp en långsiktig relation med barnet och han betonar hur viktigt det är. Överhuvudtaget framstår läkarens samtalsstrategier (som uppmärksammats i analysen ovan) som genomtänkta och medvetna val. Kommunikationen fungerar väl och samtalet

framstår på många sätt som ett utmärkt exempel på ett väl fungerande samarbete mellan en stark, självständig förälder, ett tryggt barn som ges mycket plats i samtalet och en uppmärksam läkare som ger plats och samtidigt visar tydligt var vården står.

4.2 Samtal 2: När tolken kommer emellan

4.2.1 Samtalets struktur

Medan samtal 1 ovan hade en förhållandevis tydlig struktur med väldefinierade faser så präglas detta samtal av en otydligare struktur. En av anledningarna till detta är att samtalet är tolkat. Den fördröjning som blir följden av det gör att mamman (som måste invänta att tolken gjort begripligt för henne vad läkaren och barnet talar om) ibland kommer in i samtalet med kommentarer till saker som läkaren och barnet redan lämnat. En annan anledning är att tolken själv inte alltid förstår och att det därför uppstår oklarheter om vad de egentligen behandlar för ämne.

1. Etablera kontakt. Kontrollera hur barnet har mått sen sist. (Initiativ läkare)
2. Gå igenom vilka doser barnet fått. (Initiativ läkare)
3. Diskutera hur barnet känner av sitt blodsockervärde. (Initiativ läkare, men mamman går aktivt in och kompletterar)
4. Etablera kontakt. Undersöka hur det går att ha diabetes i skolan. (Initiativ läkare, också i aktiviteterna i fasen, men mamman kompletterar)
5. Ta reda på hur barnet tänker om vården och dosering. (Initiativ läkare)
6. Etablera kontakt. Undersöka hur det går i skolan och i livet. (Initiativ läkare)
7. Kontrollera om barnet haft svår känning eller behövt hjälp med diabetes. (Initiativ läkare, men mamman tar initiativ till att berätta om mardrömmar).
8. Informera förebyggande om rökning. (Initiativ läkare)

9. Titta på senaste tidens sockervärden och gå igenom ändringar. (Initiativ läkare, mamman tar enstaka initiativ, t.ex. när hon ber läkaren om att skriva allt på papper)
10. Sammanfatta vad som ska hända framöver. (Initiativ läkare)
11. Öppna för frågor. (Initiativ läkare)
12. Väga och mäta. (Initiativ läkare)
13. Avrunda och sammanfatta. (Initiativ läkare)
14. Öppna för frågor. (Initiativ läkare)
15. Avsluta. (Initiativ läkare, dock ej lika tydligt)

Precis som i samtal 1 initieras samtliga faser av läkaren. Strukturen skiljer sig dock tydligt från samtal 1. Här börjar läkaren med att fråga hur barnet har mått sedan sist, vilket han själv i intervjun efteråt själv reagerar på som något negativt (se nedan 4.2.4). Barnet svarar att det inte varit bra utan att han brukar ligga för högt i blodsockervärdet, och han kommer snabbt in på att det varit en del problem med rösten och att de sökt läkare för detta. Här kommer modern in redan i samtalets inledning och kompletterar informationen. En anledning till att hon gör det är möjligen att tolken översätter läkarens direkta fråga till barnet – som är i du-form – till en fråga i tredje person och mamman känner sig manad att svara och berätta om läkarbesöket.

(Ex. 20)

LÄK: Du var hes men har du varit hes hela tiden <eller> [<]? [håller höger hand mot halsen]

BAR: <jaa> [>] [nickar]

LÄK: <jaa> [<]

TOL: <macnaha> [>] ma xabeeb ba haysay, ma xabeeb

%sve: *liksom, har han varit hes, hes?*

MAM: ahh dhaktar baanu tagna

%sve: *aa vi har gått till en läkare* [nickar]

TOL: jag har varit till och med läkare, alltså på en läkare <xxx> [<]

LÄK: <jaa> [>] vad vad vad gav det besöket så att säga gav man Abdi
nån medicin eller nåt <liknande> [<]?

Läkaren är dock tydlig med att han vill ha barnets berättelse, och efter att mamman/tolken talat färdigt om hesheten och läkarbesöket vänder sig läkaren mot barnet med orden: *Är det så Abdi? Stämmer det?* I denna sekvens är det också lite oklart om läkaren förstår det mamman och barnet försöker förmedla, nämligen att barnet inte varit sjukt, utan bara haft problem med heshet. I slutet av sekvensen vänder han sig nämligen till barnet och frågar: *Abdi eh tror du själv att det är infektionen i sig som har orsakat dina höga värden eller kan det finnas andra skäl till att dina blodsocker börjar gå upp lite grann?*

Samtalets andra fas inleds med att läkaren frågar barnet om de normala doserna under dagen. Här är läkaren inriktad på barnet, som ger svar på alla frågor. Tolken tolkar vad läkaren säger, men mamman förhåller sig passiv. Läkaren, som fortfarande är inne på att barnet haft en infektion, förklarar hur infektioner påverkar sockervärdet och hur man måste anpassa doserna.

En viktig aspekt av att kunna sköta sin diabetes själv är att man kan känna när man blir för låg och för hög, även utan att mäta sockervärdet. I samtalets tredje fas försöker läkaren ta reda på hur känslig Abdi är själv för om han ligger högt eller lågt (eftersom han ju haft problem med alltför höga värden). Läkaren initierar denna fas med frågor till barnet, men mamman tar initiativ till att komplettera och berätta om att barnet reagerar som om han vore stressad när han är hög. I exemplet nedan kan man se att läkaren ställer en direkt fråga till barnet som tolken sedan översätter i tredje person. Mamman som dock redan förstått att barnet svarat på frågan tar själv upp hur barnet reagerar på höga värden.

(Ex. 21)

LÄK: det är lågt (.) blir du hungrig också?

BAR: ja

LÄK: <ja jaa> [<]

TOL: <gaajona> [>] way <gabataa> [<]?

%sve: *blir han hungrig?*

MAM: <lakiin> [>] markay kacdo si strees oo kale ayuu noqdaa

%sve: *men när det är högt blir han stressig* [visar stress med utspärrade fingrar och uppspärrade ögon]

TOL: men ja det verkar såhär att han eh sockret blir högt då då känns det som att han har lite stressigt på något sätt att han

Mamman undrar sen om diabetes kan orsaka stress, tolken översätter inte denna fråga utan säger *brukar det att vara?*, varpå läkaren förklarar för mamman att stress kan ge högre blodsocker. Mamman fortsätter då att berätta om ett specifikt tillfälle:

(Ex. 22)

MAM: <calashan> [>] markaanu dhaktarka nimid, (.) wuxu sameeyaya sas ama naqaska oo ku dhagay oo kale, cunahu wuu xanuunayay, markaa dhaqatarka ayaan keenaya, markaas sodon baabey gaadhey

%sve: *när vi kom till läkaren, då fick han ångest eller att han får svårt att andas, då låg det på tretti*

Efter att ha rätt ut att det handlat om en klassfest med för mycket chips lugnar läkaren mamman och går sedan vidare till att fråga barnet om vid vilka värden han känner av att han är låg respektive hög. Läkaren avslutar denna fas med att berömma barnet och förklara hur bra det är att han känner så tydligt när han är låg eller hög.

Läkaren tar initiativ också till den fjärde fasen i samtalet, som handlar om hur det fungerar att ha diabetes i skolan. Abdi tycker inte det fungerar bra alls. När han förklarar varför visar det sig att det handlar om utflykter, som är jobbiga framför allt för att han inte vill mäta blodsockret på spårvagnen och inför andra. Läkaren ställer följdfrågor, och mamman kompletterar med sin bild av hur Abdi upplever situationen. Tolken kämpar med att hitta orden och får inte med allt, även om läkaren försöker vänta in som i följande exempel:

(Ex. 23)

MAM: iskuulka kama cabsado wey barteen, wuu u sharaxay (.) lakiin tareenka oo kale markanu ku jirno ee hadaa tidhaah, igada buu leeyahay, wuu la xishoonayaa

%sve: *i skolan är det inget konstigt de är vana, han har förklarat. Men i spårvagnen om man säger till, så undviker han det, han skäms*

TOL: eh i skolan då du vet eh barnen lärde sig alltså det

LÄK: <jaa> [<]

TOL: <dom> [>] <dom vet att man har> [<] förklarat dom och allt va

MAM: <ama dhakhtar dambe> [>]

%sve: eller någon annan läkare [med låg röst]

LÄK: jaa

TOL: men eh det värst är ju när han åker spårvägen och <att det> [<]

LÄK: <jaa> [>]

TOL: xxx någon kan kolla eh

LÄK: jaa

TOL: då säger han eh jag xxx inte

LÄK: okej jaa (.) vad är det som känns i dig då Abdi?

I exemplet ser man hur läkaren låter tolken tala klart innan han vänder sig till Abdi självt för att få höra hans egen version. Därefter gör läkaren en längre utvikning: han gör en jämförelse med hur det skulle vara om han själv inte hade glasögon på sig på spårvagnen för att han var rädd för att se fånig ut. Abdi lyssnar aktivt och läkaren ställer hela tiden frågor till honom för att se till att han hänger med. Mamman hänger också med och försöker flika in kommentarer (som tolken dock inte översätter). Genom denna sekvens uttrycker läkaren förståelse för Abdis känslor, men försöker också aktivt lära honom hur han ska tänka och förklara för honom varför det är så viktigt.

Också den femte fasen kommer att handla om hur Abdi och hans mamma tänker om dosering och värden. Läkaren inleder med att fråga Abdi vad han tycker är ett bra värde. Han ger uppmuntrande bekräftelse när Abdi prickar in rätt. Läkaren ber slutligen Abdi om att få göra en överenskommelse om när han ska ta extra doser på grund av för högt värde. I exemplet nedan kan man notera två saker: dels ser man hur försiktigt läkaren uttrycker sig när han vill göra

överenskommelsen och dels ser man att tolken både missar själva överenskommelsen och försiktigheten.

(Ex. 24)

LÄK: skulle vi kunna komma överens tror du om att över tio är egentligen ett högt värde och att över tio skulle behövas lite extra insulin <skulle det vara möjligt> [<]?

BAR: <jaa (.) mm> [>] [nickar]

TOL: toban hadday ka dhaafto wax yar, ayaad isku mudi buu yidhi

%sve: *om det är över tio lite, då ska han ta insulin, sa han*

I den sjätte fasen återvänder läkaren till hur Abdi trivs i skolan och i livet. Läkaren frågar och barnet svarar om skolan och om sommarlovet. Då kommer barnet in på det läger han anmält sig till, och tar själv initiativ och ställer frågor om lägret. Också mamman har frågor om lägret. Läkaren avrundar sedan med att uppmuntrande säga att *lägret kommer att bli jätteroligt*.

Läkaren för samtalet vidare genom att ställa en fråga som förmodligen hör till protokollet för samtalet: *har Abdi haft någon svår känning sen sist det vill säga att han har # svimmat eller krampat eller behövt hjälp med sin diabetes på nåt sätt?* Här översätter tolken inte allt, och mamman ger ett ganska generellt svar som tolken sen omvandlar till att handla om den specifika situation som kommit upp tidigare i samtalet.

(Ex. 25)

LÄK: har Abdi haft någon svår känning sen sist det vill säga att han har (.) svimmat eller krampat eller behövt hjälp med sin diabetes på nåt sätt?

TOL: marna ma dhacday, marna ma dhacay ama qalal ma ku dheceen

%sve: *har det nånsin hänt, har det nån gång hänt att han krampar*

[MAM skakar på huvudet]

BAR: joo marka

%sve: *joo när*

MAM: may, macnaha bas in uu naqasku ku dhegeyo ayuu u maleeyay,
<maha> [<]

%sve: *nej, liksom, bara att han får svårt att andas känner han, inte [skakar på huvudet]*

TOL: <nej det> [>] är bara den här gången som han trodde <att han hade andningssvårigheter> [<]

Nästa fas hör till protokollet vid samtal med barn som närmar sig högstadieåldern – frågan om nikotinintag. Ämnet klaras av snabbt, Abdi röker inte men vill gärna dricka kaffe, vilket läkaren säger är tillåtet. Däremot varnar läkaren Abdi för att börja röka.

I samtalets nionde fas går de igenom senaste tidens sockervärden och diskuterar förändringar av doserna. Man skulle kunna se detta som två faser. Den första brukar ske – och sker också här – framför datorskärmen (men det är bara läkaren och barnet som flyttar iväg dit). Men här diskuteras också doserna allteftersom, och det är svårt att separera de två olika faserna. Det blir till ett samtal mellan läkare och barn, som tolken refererar för mamman. Läkaren och barnet kommer att sitta med ryggen mot mamman, vilket inte främjar hennes deltagande. Hon följer dock uppmärksamt vad de säger och flikar in kommentarer ibland (som dock inte alltid översätts). Läkaren förklarar skärmbilden för Abdi och går igenom hur doserna ska ändras. Han uppmanar också Abdi att ta med båda mätarna nästa gång så att alla värden kommer in i programmet.

Viss förvirring uppstår när läkaren frågar Abdi om när de äter middag och tolken reagerar på att mamman och barnet ger olika tider. Efter att ha försökt reda ut exakt tid ett tag sammanfattar han det med en ungefärlig tid. För läkaren tycks det dock inte ha någon större betydelse. Han förklarar återigen att de ska höja doserna, och mamman ber läkaren om att skriva ner dem på ett papper. När läkaren och barnet flyttar tillbaka från datorn till bordet föreslår läkaren att de ska skriva dagbok för att få bättre koll på värdena och säger att de behöver mäta värdet oftare. Läkaren förklarar återigen att doserna ska höjas och skriver ner dem medan han berättar hur de ska vara. Mamman ställer följdfrågor och lyssnar aktivt. Vid något tillfälle rycker barnet in och förklarar för mamman, sannolikt för att han inte tycker att tolken hänger med.

Läkaren återvänder sedan till att försöka förklara för barnet hur han ska tänka:

(Ex. 26)

LÄK: och till kvällen ungefär sju (.) och (.) här är det ju så Abdi att om du ligger lågt i blodsocker då får du kanske sänka en enhet <jaa> [<]

BAR: <ja jag vet> [>]

TOL: <haddi macnaha sareyo> [>], way yaraan, haddi sonkorto yartahay, waad yaraynasaa macnaha

%sve: om det blir högt liksom, så blir det lågt, om blodsockret är lågt, så minskar du liksom

MAM: <xxx> [<] [nickar]

LÄK: <och om> [>] du äter mer eller ligger högt så får man ju ge lite mer

[MAM nickar]

BAR: mm

TOL: haddi aad cunto badan cuntid oo kor u kacdo bahasho, waad isku daraysaa

%sve: om du äter, äter mycket och det blir högt, så får du ta insulin

[MAM nickar]

LÄK: det kommer du ihåg också eller?

TOL: <xxx> [<]

BAR: <jaa> [>]

Vid detta skede i samtalet, redan innan vägningen och mätningen skett (som också hör till protokollet) blickar läkaren framåt nästan som om han skulle avsluta samtalet. I samtalets tionde fas föreslår han ett telefonmöte med sjuksköterska innan nästa återbesök. Mamman bekräftar. Direkt efter detta övergår läkaren till att öppna för frågor (fas 11). Abdi frågar då försiktigt om en ny blodsockermätare. Läkaren lugnar honom med att han ska få en ny. Abdi frågar

också om recept. Läkaren förklarar för dem hur elektroniska recept fungerar, att de redan har recept som ligger i systemet. Mamman bekräftar tydligt att hon förstår.

Fas 12 finns med i alla samtal vid denna klinik och involverar vägning och mätning. Läkaren går in i ett angränsande rum med barnet, medan mamman och tolken sitter kvar och för ett parallellt samtal. I efterhand visar det sig att mamman och tolken känner varandra bra, och här talar de om saker som inte hör till konsultationen. När läkaren och barnet återvänder till bordet summerar han längd och vikt. Därefter går han över till att förklara för barnet och mamman vad pubertet innebär för diabetes. Barnet dyker ner under bordet för att knyta skorna, möjligen generad över ämnet. Läkaren försäkrar sig dock om att barnet lyssnar genom en direkt fråga till barnet:

(Ex. 27)

LÄK: så (.) kan det också vara att man hamnar i det som heter pubertet

TOL: macnaha waxa laga, u badantahay in uu nin nimo u soo dhowyahay

%sve: *liksom möjl, troligtvis blir han man snart*

LÄK: vet du <vad pubertet är Abdi> [<]?

MAM: <inuu galay baa dhici karta> [>] [skrattar]

%sve: *det kanske redan har börjat*

BAR: nej jag tror <nej jag vet inte> [<] [talar från sin nedböjda position]

I slutet av denna sekvens måste läkaren försäkra sig om att tolken verkligen översätter eftersom tolken tystnar när de kommer till de mer känsliga delarna. Läkaren förbereder sedan barnet på de undersökningar som görs på barn under puberteten.

Efter att på detta sätt ha förberett barnet för nästa konsultation avrundar läkaren samtalet och sammanfattar ännu en gång vad som ska hända framöver (fas 13). Därefter öppnar han ännu en gång för frågor (fas 14), och nu har mamman glömt den fråga hon hade tänkt ställa. Och som ett sista försök att avsluta samtalet på ett personligt och kanske kontaktskapande sätt (fas 15) ställer läkaren en

skämtsam fråga till Abdi om vem som bestämmer hemma och tackar sedan för mötet.

En MLU-analys av hur många morfem varje talare yttrar i samtalet visar att läkaren här talar överlägset mest (3269 morfem), men att också tolken talar mycket (2300 morfem). Mamman talar en tredjedel så mycket som tolken (733 morfem) och barnet talar minst (444 morfem). Här blir det relativa fördelningen av ordet i samtalet annorlunda än i samtal 1. Siffrorna speglar att läkaren talar mycket. Tolkens höga siffra är förväntad. Däremot är det iögonfallande att mamman kommer så lite till tals som hon gör. Barnets siffra visar att det inte bara handlar om minimala responser utan att barnet också är en samtalspartner (för läkaren) i detta samtal. Också i detta samtal talar läkaren förhållandevis långsamt, men en del av den långsamheten beror på att samtalet är tolkat.

En övergripande iakttagelse gäller tolkens val av pronomen. Barnet kan svenska och tolkens roll blir här i första hand att tolka för mamman vad som sagts mellan barnet och läkaren. Detta kan vara en förklaring till att hans val av pronomen varierar. Stundtals tolkar han så som tolkar idag får lära sig, i jag-form och ordagrant, men ofta blir hans tolkning ett referat i tredje person.

4.2.2 Stärkande strategier

Till skillnad från i första samtalet finns här inte någon tydlig och stark motpart för läkaren. Inte för att mamman inte *är* stark utanför samtalet – det vet vi inte så mycket om – utan för att hon försvinner något bakom tolken eftersom läkaren inte har direkt tillgång till det hon säger. Samtalet får en annan karaktär också för att barnet är äldre. I detta samtal är det helt tydligt att läkaren försöker fostra Abdi till att ta ansvar själv för sin diabetes, t.ex. när han berättar för Abdi hur han ska tänka och resonera kring värden och doser.

När vi tittar på stärkande strategier blir det alltså relevant att se på de stärkande strategier som riktas mot Abdi (som är den läkaren mest vänder sig till) men också att se om några strategier riktas direkt mot mamman och inte minst: om de stärkande strategierna riktade till Abdi eller mamman översätts av tolken.

Precis som i samtal 1 använder sig läkaren här av både beröm och uppmuntran, dock inte alls i samma utsträckning som i det första samtalet. Här förekommer beröm och uppmuntran sammanlagt vid 9 tillfällen. Och det är helt tydligt

att läkarens beröm och uppmuntran i stort sett inte översätts av tolken. Beröm och uppmuntran i tabell 1 nedan är riktat till såväl barnet som modern:

Tabell 1. Beröm och uppmuntran i läkarens yttranden, riktade till barnet eller mamman.

hos läkare	hos tolk		
BERÖM	saknas	finns	ohörbart
5	3	1	1
UPPMUNTRAN	saknas	ohörbart	
4	3	1	-

I exempel 28 nedan saknas en översättning av det positiva uppmuntrande område läkaren ger inledningsvis (om beröm finns i de ohörbara sekvenserna är det dock inte identifierbart av någon av de två modersmålstalare som lyssnat på inspelningen):

(Ex. 28)

LÄK: jaa, det här är jättebra Abdi [skriver]

TOL: xxx

LÄK: att för (.) för mej betyder detta jättemycket (.) <därför att> [<]

TOL: <xxx muhiim bay> [>] ii tahay, buu yidhi, warbixintan la siinayo

%sve: *det är viktigt, sa han, informationen han får*

LÄK: Abdi har en känslighet både för det låga (.) men också det höga (.) och han känner saker i sin kropp [gnuggar fingrarna för att illustrera känsel]

TOL: yidhkiisa ayuu ka dareemayaa, markay ku sareyso iyo markay ku dhacsantahay, labadaba

%sve: *han känner av det i kroppen, när det är högt och när det är lågt, båda gångerna*

[MAM nickar]

MAM: haa inuu qofku daremana way fiicanthay, soo maha?

%sve: *aa det är bra att man känner av det, eller?*

TOL: ja det är bra att ha känsla <när man känner> [<]? [vänder sig frågande mot LÄK som istället vänder sig mot BAR]

LÄK: <du> [>] du ska fortsätta lita på din kropp Abdi (.)

BAR: <mm> [<]

LÄK: <och> [>] du ska mäta blodsockret när du känner något absolut

BAR: mm <mm> [<]

TOL: <macnaha> [>] sii, waan in aad dareentaam

%sve: *liksom, på ett sätt, så måste man känna av det*

Mamman får ändå med sig att det är en bra sak läkaren har sagt och frågar en extra gång om det är bra. Här tycks dock inte tolken helt säker, utan söker bekräftelse från läkaren, som dock är helt inriktad på barnet och åter uppmuntrar honom att *fortsätta lita på sin kropp*. Men inte heller detta uppmuntrande yttrande tolkas som ett sådant, utan tolken ger en mer absolut formulering *på ett sätt, så måste man känna av det*. Man kan diskutera hur stor betydelse det har att läkarens beröm och uppmuntran till barnet inte når mamman, men eftersom barnet är minderårigt och också mamman behöver stärkas i att ta ansvar för vården skulle det kunna ses som ett potentiellt problem. Inte heller de uppmuntrande yttranden som riktas till mamman översätts, såsom följande exempel visar:

(Ex. 29)

LÄK: ja (.) mm (.) det går jättebra att ta med sjuksköterskan så kan hon komma med frågan till mig om du kommer på den hemma

[MAM nickar]

TOL: hadda macnaha guriga ku soo xasuusatid, neeriska waa la weydiin karaa, marka ila hadleysid kadibna wey i soo sheegeysaa

%sve: *om du liksom kommer ihåg hemma, kan man fråga sjuksköterskan, när vi pratar sen säger hon till mig*

En annan aspekt att notera är att det i detta samtal också finns betydligt *färre* uppmuntrande och berömmande inslag än i det första samtalet. Detta trots att vi

har en situation där behandlingen går sämre, vilket borde kunna innebära att familjen behöver mer stöd och således också fler stärkande strategier.

Också när det gäller användningen av samtalsstöd i form av stödsignaler skiljer sig detta samtal markant från det första samtalet. Här är det barnet som använder flest verbala stödsignaler – och samtliga är riktade till läkaren (47 st.).

Många av dessa stödsignaler är egentligen s.k. minimala responser, men det är ändå tydligt att detta tolvåriga barn lärt sig vikten av att ge samtalsstöd och aktivt tar ansvar för samtalet.

(Ex. 30)

LÄK: ja annars kan ni få en liten bok som är lätt att ta med sig (.) just
[visar liten bok med händerna]

BAR: <jaa> [<]

LÄK: <och> [>] där det står där allt är ifyllt om det är före eller efter mat

BAR: ja

LÄK: så att (.) du och Abdi kan titta tillsammans hemma

BAR: mm

I denna sekvens riktar sig läkaren i första hand riktar sig till modern. Men eftersom hon väntar på tolkens översättning ger hon inget samtalsstöd som bekräftar att hon förstått. Detta ansvar tar istället barnet.

En analys av samtalsstödet i samtalet ger en ganska tydlig bild av vem som talar med vem. Läkaren ger sammanlagt betydligt färre stödsignaler än han gjorde i samtal 1. Det beror sannolikt i första hand på att det inte finns någon stark motpart i samtalet som talar i längre sekvenser. De som talar direkt till läkaren är barnet och tolken, och därför är det också dem han ger samtalsstöd, medan han bara riktar samtalsstöd till mamman vid två tillfällen. Mamman vänder sig till tolken med det hon vill att han ska säga till läkaren, men tolken ger inte samtalsstöd annat än vid enstaka tillfällen. Däremot ger hon tolken samtalsstöd för att på något vis bekräfta hans översättningar. Mönstret är likartat för de icke-verbala stödsignalerna med undantag för en sak: Mamman visar att hon lyssnar aktivt genom att nickande bekräfta både tolken och läkaren medan de talar.

Det är ovanligt med öppna frågor också i detta samtal. Läkaren ställer öppna frågor till barnet vid sex tillfällen och till modern och barnet vid tre tillfällen. Eftersom öppna frågor tillhör den typ av frågor som ses som särskilt viktiga i litteraturen om motiverande samtal finns det anledning att uppmärksamma vad som händer med läkarens öppna frågor när tolken medierar dem. Här visar analysen att de öppna frågorna inte översätts alls i fyra fall av sex möjliga. Exempelvis gäller det frågor som *vad är det som känns i dig då Abdi?*, i exempel 31 nedan:

(Ex. 31)

LÄK: okej jaa (.) vad är det som känns i dig då Abdi?

BAR: mmm?

LÄK: är det eh tycker du att känns det jobbigt för att du tycker du är annorlunda eller?

BAR: jaa [tittar ner i bordet]

LÄK: okej

TOL: inaad dadka ka duwantahay miyaad macnaha, la yaabaysaa macnaha xxx?

%sve: *är det liksom att du är annorlunda som du tycker är konstigt xxx?*

Eftersom frågorna är riktade till barnet specifikt är det kanske inte märkligt att de inte medieras, men när de öppna frågorna riktas till både modern och barnet och de ändå inte översätts är det mer anmärkningsvärt. I två av tre fall översätts då de öppna frågorna till slutna frågor.

Också tolken ställer öppna frågor (sex stycken), företrädesvis till modern. Dessa frågor ställs oftast för att söka mer information när tolken inte förstår vad modern menar:

(Ex. 32)

TOL: baa la barayaa maxay tahay? [lutar sig fram]

%sve: *vad menas med att han kommer lära sig?*

MAM: calashaan in u tartiib u hadlo Calashaan codkiiso xoog buu u hadlaa <soo saa maaha> [<]?

%sve: *att han liksom ska prata lugnare, det betyder att han pratar för högt, var det inte så?*

BAR: <jaa jaa> [>]

Här finns alltså ett mönster i samtalet som innebär att läkaren ställer öppna frågor till barnet och modern, att tolken ställer egna öppna frågor till modern, men att tolken sällan översätter läkarens öppna frågor såsom öppna. Men framför allt är antalet öppna frågor få.

Annorlunda förhåller det sig med slutna frågor, som är betydligt fler, precis som i samtal 1 ovan. Det som skiljer mönstret i detta samtal från samtal 1 ovan är emellertid att läkarens slutna frågor nästan enbart ställs till barnet (61 st.). Barnet svarar ofta enstavigt med minimala responser. Bara sex av läkarens slutna frågor är entydigt riktade till modern.

Också de andra aktörerna i samtalet ställer slutna frågor. Framför allt är det tolken som ställer slutna frågor till modern. I många fall är tolkens slutna frågor översättningar av läkarens frågor till sonen. Det intressanta med dessa är att det inte alltid framgår vem som är mottagaren: risken för missförstånd finns. Detta tycks framför allt hända när tolken refererar frågorna, och alltså talar om pojken i tredje person – det tycks göra risken för missförstånd något större, och här händer det att modern svarar på frågor som egentligen är ställda till barnet:

(Ex. 33)

LÄK: du var hes men har du varit hes hela tiden <eller> [<]? [håller höger hand mot halsen]

BAR: <jaa> [>] [nickar]

LÄK: <jaa> [<]

TOL: <macnaha> [>] ma xabeeb ba haysay, ma xabeeb

%sve: *har han varit hes, hes?*

MAM: ahh dhaktar baanu tagna [nickar]

%sve: *aa vi har gått till en läkare*

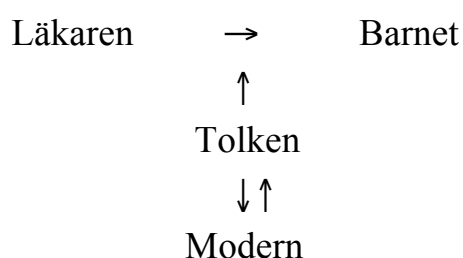
TOL: jag har varit till och med läkare, alltså på en läkare <xxx> [<]

I exemplet verkar det som om tolkens användning av tredje person får mamman att se frågan om riktad till henne, men det som sker kan också tolkas som en kontrollfråga från tolken för att få bekräftelse på att barnet gett en riktig bild av vad som hänt.

Ibland händer det också att tolken ställer slutna frågor till modern eller barnet som är baserade på den tidigare kommunikationen och som kan tolkas som ett sätt att försäkra att det han uppfattat saken korrekt. Tolken ställer också på samma sätt frågor till läkaren för att försäkra sig om att han förstått saken rätt.

Mamman riktar frågor till tolken (10 st.) och till barnet (fem st.) – och hon ser aldrig på läkaren när hon ställer dem. Här blir det alltså tolkens uppgift att avgöra vilka som är avsedda att översättas. Hon riktar också frågor till barnet, oftast för att söka bekräftelse. Barnet riktar sina frågor till läkaren (åtta st.) och till modern (två st.). Detta visar att barnet, som hela tiden är indragen i samtalet med läkaren, inte är inriktad på att kommunicera med tolken. Vid några enstaka tillfällen tilltalas han av tolken, men i stort sett ignorerar han denne.

Ett flödesschema kan schematiskt illustrera den huvudsakliga riktningen i samtalets frågor. I figur 1 nedan visas bara pilar för riktningar som har fler än 10 förekomster.



Figur 1. Riktningen i samtalets frågor

Vad händer då med de slutna frågorna i tolkningen? I tabellen nedan kan man se vad tolken gör med läkarens slutna frågor till barnet respektive mamman:

Tabell 2. Tolkningen av läkarens slutna frågor till barnet respektive mamman.

Frågans riktning	Tolkens översättning								
	sluten 2a pers	referat	sluten 3e person	ej övers.	oklart	öppen	imperativ	påstående	
SLUTEN FRÅGA BARN	63	6	3	5	38	9	0	1	1
SLUTEN FRÅGA MAMMAN	6	4					2		

I de allra flesta fall översätts inte läkarens fråga till barnet. Istället sammanfattar tolken ofta barnets svar, som i exempel 34 nedan:

(Ex. 34)

LÄK: är utflykterna svåra?

BAR: aaa

LÄK: <jaa> [<]

TOL: <marka> [>] banaanka loo baxayo, macnaha iskuulka, way adagta-hay buu yidhi <xxx> [<]

%sve: när man är ute, liksom i skolan, det är svårt sa han

Däremot översätts i princip alla de frågor som läkaren riktar direkt till modern, även om två av dem blir öppnare i sin översatta version. Ett intressant fall att notera är när läkarens slutna fråga till barnet av tolken kompletteras med imperativ, vilket ju egentligen inte är förenligt med hur man anser att stärkande samtal ska se ut (se ovan):

(Ex. 35)

LÄK: om du struntar i att mäta blodsockret då (.) vem blir drabbad då?

BAR: jag [har blicken fäst vid läkaren]

LÄK: det är du ja

TOL: haddi aanad iska cabirin ayay ku dhacaysaa (.) dadka kale inaad ka xishootid, iska cabiri (.) addi aanad iska cabirin ayay sameey-nasaa?

%sve: *om du inte mäter vem blir drabbad? du ska inte skämmas för andra, mät dig, om du inte mäter dig vem blir drabbad då?*

I analysen av samtal 1 konstaterades att försiktighetsstrategier var förhållandevis ovanliga och en möjlig förklaring till det sades vara att mamman upplevdes som en jämställd och stark samtalspartner. I detta samtal förhåller det sig annorlunda. Konditionalt eller hypotetiskt tal, används till exempel i stor utsträckning av läkaren när han talar till barnet. Oftast rör det sig om hypotetiska om-satser. Andra varianter är modifieringar med *skulle*, *ifall*, *kan det vara*, *kan det finnas* etc. Ofta handlar det om att läkaren målar upp hypotetiska situationer och pratar om hur man kan tänka i en sådan situation, som i den långa berättande sekvens där läkaren liknar sockerkontrollen på spårvagnen med att ha glasögon *om jag skulle sitta på spårvagnen såhär [---] utan att ha mina glasögon på mig [---] då skulle jag se dåligt*. I exempel 36 nedan talar de om barnets heshet. Här ser man att läkaren uttrycker sig försiktigt både genom att använda ett hypotetiskt scenario och att modifiera med *kan*. Men man ser också garderingar, som i *lite försiktig* och undvikandestrategin att använda *man-form* istället för *du-form*.

(Ex. 36)

LÄK: det är så att om man anstränger rösten väldigt mycket och pratar ansträngt så är det till och med att (.) den där hesheten kan till slut leda till att man får (.) små knutor på sina stämband dom som gör rösten så att man ska va lite försiktig just med att inte skrika <eller ropa eller> [<] [illustrerar med gester, MAM nickar, BAR ler]

TOL: <macnaha cunaha> [>], ma aragtay, marku qofku xoog u hadlo (.) dadkal caadi hadla, caadi u hadla, waxa macnaha burtoqo burtoqo yar baa ka soo baxda, meeshan ka soo baxda markaa taas ayaa dhib ah (.) markaa waa in aad iska ilaali saa bahasha

%sve: *typ halsen, förstår du. när man pratar högt, de som pratar vanligt, pratar vanligt, det finns knutor som växer där, det är det som or-sakar problem, så du måste ta det försiktigt med det*

Här kan man notera att tolken inte använder sig av samma hypotetiska konstruktion, utan säger *när man pratar högt*. Det finns ingen modifiering med *kan* eller *lite*. Man-formen är utbytt mot direkt tilltal med du-form och deontisk modalitet i satsen *så du måste ta det försiktigt med det*.⁹ Detta är ett kännetecknande exempel för hur försiktighetsstrategier hanteras av tolken i detta samtal. Att tolken inte tar alls ser läkarens försiktiga och lite trevande sätt att tala till barnet som något han behöver förmedla syns också i följande exempel:

(Ex. 37)

LÄK: skulle vi kunna komma överens tror du om att över tio är egentligen ett högt värde och att över tio skulle behövas lite extra insulin <skulle det vara möjligt> [<]? [visar en gräns med handen]

BAR: <jaa (.) mm> [>] [nickar]

TOL: toban hadday ka dhaafto wax yar, ayaad isku mudi buu yidhi

%sve: *om det är över tio lite, då ska han ta insulin, sa han*

Och ännu tydligare syns det i nästa exempel, där den försiktiga formuleringen ersätts med vad som närmast ser ut som en befallning:

(Ex. 38)

LÄK: så är det någonting Abdi som jag skulle vilja säga att (.) gör aldrig detta så är det att börja röka [BAR skakar på huvudet]

TOL: waligaa sigaarka ha bilaabin macnaha, noloshaada

%sve: *börja aldrig att röka, i ditt liv*

Av de 42 förekomster av konditionalt eller hypotetiskt tal som registrerats hos läkaren (riktat till mamman eller barnet) i samtalet är bara hälften av förekomsterna, 21 st. översatta av tolken.

Gardering (hedging) eller modifiering av det sagda som fungerar som en försiktighetsstrategi, brukar framhållas som en viktig aspekt av stärkande

⁹ Deontisk modalitet innebär att yttrandet är modifierat så att det uttrycker plikt, förbud eller tillåtelse. I detta fall skulle man även kunna beskriva det som ”tvingande modalitet”.

språkbruk (dvs. kategorin *självständighet* i 3.2.2 ovan). Här kan man notera att läkaren visserligen använder garderingar i sitt tal till barnet och mamman, men att det används i mindre omfattning än hypotetiskt tal (sammanlagt 18 instanser). Också tolken använder en hel del garderingar (21 instanser riktade till mamman), men den höga siffran beror på att tolken mycket frekvent använder diskursmarkören ”liksom”, dvs. det somaliska ordet *macnaha*.

Om vi tittar på hur tolken hanterar läkarens användning av garderingar så ser vi ett ännu tydligare mönster än vad gäller hypotetiska konstruktioner:

Tabell 3. Läkarens garderingar i yttranden riktade till mamman eller barnet och tolkens översättning av dessa.

Garderingar hos läkare	Tolkens översättning		
	saknas	liksom	lite
lite/litegrann	7	4	2
ganska	2	2	1
kanske	2	2	
egentligen/nästan	2	2	
inte jättemycket	1	1	
ungefär	2	2	
nästan	1	1	
verkligen	1	1	

Av de sammanlagt 18 yttranden av läkaren som innehåller gardering så saknas en översättning av garderingen i 15 yttranden. Två av de yttranden som innehåller gardering har översatts med yttranden som innehåller ett ”liksom” och bara i ett enda yttrande finns en exakt översättning av garderingen.

Analysen av stärkande strategier i det tolkade samtalet visar alltså ganska entydigt att tolken oftast missar att översätta den försiktiga och stärkande samtalsstil läkaren använder sig av. Att det är så kan bero på flera saker. Det kan handla om att tolken inte tillmäter själva samtalsstilen någon vikt och koncentrerar sig på det innehållsliga. Det kan också handla om att tolken saknar tillräcklig kunskap i svenska för att uppfatta nyanserna. En annan anledning är att läkarens stärkande strategier oftast är riktade till barnet, och att tolken inte ser det som relevant att översätta dessa till modern. Men en möjlig förklaring är också att tolken träder in som en medlande part och översätter läkarens samtalsstil till den mer auktoritativa samtalsstil som svarar mot de förväntningar man som somalier har på en läkare (se vidare i 5.2 nedan).

4.2.3 Barnets roll

Av de analyserade samtalen i denna studie är det i detta som barnet är mest delaktigt. Det syns tydligt i MLU-analysen, där barnet har 444 morfem. Detta är inte förvånande: dels är barnet i en ålder då han kan börja ta mer ansvar för sin diabetes själv, dels är barnet sannolikt den som förstår svenska bäst (eller åtminstone inte så mycket sämre än tolken). Här skulle man kunna ha förväntat sig en ännu högre siffra för barnet – särskilt som läkarens strategi helt tydligt är att tala i första hand till barnet. Men medan läkaren i samtal 1 kunde tala till barnet och också implicit ha mamman som mottagare, så fungerar inte det i det tolkade samtalet, där han måste vänta in tolkningen, och där tolkningen av vad läkaren sagt till barnet ibland gör att mamman uppfattar sig som den primära mottagaren och svarar. Också barnet väntar in tolkningen. Huruvida barnet avstår att utveckla sina svar för att det finns en manlig tolk som översätter till mamman och som ibland går in och talar auktoritativt till barnet är svårt att veta. Det är dock inte omöjligt att den personcentrering av barnet som sker i samtal 1 blir mindre framträdande i samtal 2 inte bara på grund av det tolkade samtalets karaktär utan också på grund av av kulturella konventioner och på att barnet kanske inte vågar ta plats med en manlig tolk (som dessutom känner hans mamma sedan tidigare) i rummet.

Också i detta samtal är den rumsliga placeringen något som understryker att barnet är huvudperson i samtalet. Barnet sitter närmast läkaren vid det runda

mottagningsbordet och när de ska titta på värdena i datorn följer inte mamman med utan sitter kvar på andra sidan bordet.

Läkaren är tydligt inriktad på att lära barnet att ta beslut om doser och ta ansvar för sin diabetes själv. Det syns inte bara i att läkaren riktar sig till barnet i samtalet (antalet slutna frågor till barnet är till exempel hela 63 st.) utan också på att han med både narrativer, förklaringar och hypotetiska framställningar försöker visa barnet hur han ska tänka. Han gör också överenskommelser med barnet. Barnet tycks också själv gärna vilja ta ansvar, både för själva samtalet (vilket syntes i analysen av samtalsstöd ovan) men också för att all viktig information ska gå fram, såsom i sekvensen där barnet själv tar upp frågan om recept:

(Ex. 39)

MAM: <eeh dawooyinkii> [>] oo dhana in mar labaad noo qoraan, adoo wixii aad qortid, in aad qortid iyo waxay kaasadu qorayso inaanu qorano

%sve: *eeh att medicinerna blir skrivna två gånger, det som du skriver, att du skriver och det som kassan skriver ut att vi får det [här lägger MAM först handen på BAR och tittar sedan från BAR till TOL]*

BAR: kan du göra på kan du skriva på datan (.) respekt eller (.)

TOL: receptet [går in och rättar barnet, tittar mot BAR]

BAR: respekt xxx

TOL: cept cept

LÄK: vad är det för recept ni behöver?

Här försöker barnet hjälpa mamman att förklara att de behöver recept, och tar tolkningen själv. Tolken träder då in och rättar barnet, inte bara en utan två gånger. Här kan man alltså se att tolken intar en föräldraroll och på så vis går utöver sin tolkroll. Möjligen påverkar detta hur stor plats barnet vågar ta i samtalet. Tolken närvaro tycks förändra dynamiken. Talande är också att tolken i de flesta fall inte översätter de slutna frågor läkaren ställer till barnet. Det indikerar att han inte tillerkänner läkarens kommunikation med barnet samma vikt och framför allt att han inte är medveten om den förhållandevis vanliga strategin hos läkare att tala till föräldern via barnet (jfr 3.2.3 ovan).

4.2.4 Speglingar

Intervjun med mamman i detta samtal sker i ett samtalsrum på en plats som mamman själv har valt. Vid intervjun närvarar en tolk, dock inte samma tolk som vid själva konsultationen. Det framgår direkt att också denna tolk är bekant med mamman, men till skillnad från i själva konsultationen förekommer inget samtal mellan mamman och tolken utan tolkningen fortgår enligt manualen, vad gäller formulering i jag-form och neutral hållning.

På direkt fråga från mig svarar mamman att kommunikationen fungerade *okej* i konsultationen. Mamman är intresserad av filmen och tycker att det är intressant att se, men stoppar sällan uppspelningen för att kommentera något. Precis som mamman i samtal 1 förklarar denna mamma också att det inte är några problem att förstå samtalet om värden och doser; det lärde de sig på de nio dagar barnet låg inlagt. När jag noterar att barnet översatt hennes fråga, konstaterar hon att *det var han som ville berätta det där*. Senare förklarar hon att barnet tycker om att *veta mycket som angår honom och så* men att hon inte brukar låta honom tolka för henne till vardags.

Intervjun med läkaren sker vid samma tillfälle som den intervju som redogjordes för i 4.1.5 ovan. När vi talar allmänt om konsultationen innan filmen startar konstaterar läkaren att han vid detta tillfälle hade en känsla av att nyanserna inte gick fram och att tolkningen inte fungerade särskilt bra. Precis som när det gäller Samtal 1 är läkaren här mycket observant på vad som sker i samtalet. Han konstaterar också att han inte alls börjar detta samtal så som han vill och brukar göra – här startar han med att fokusera på sjukdomen istället för att fokusera på barnets liv: *man vill ju starta så att man visar att man bryr sig om hela människan*.

Ett av de tillfällen jag stoppar bandet är när läkaren gör en deal med barnet om vad han ska räkna som högt värde. Min fråga om han brukar skriva ner sådana överenskommelser får läkaren att börja fundera över hur han skulle ha förstärkt för barnet vilken vinst han kunde få av att åtgärda värden som ligger för högt. Genom hela samtalet är läkaren mycket fokuserad på hur han skulle kunna förbättra kommunikationen och noterar själv att mamman försvinner ur samtalet när han tar med sig barnet fram till skärmen vid skrivbordet. Han konstaterar att det i första hand är barnen man vänder sig till när de blivit så stora som 12 år. När vi senare tittar på den sekvens där barnet går in och tolkar till mamman

förklarar han att han uppfattar sig ha en bra kontakt med barnet och att barnet möjligen uppfattat att tolken inte översätter allt. Han konstaterar också att barnets ingripande på ett sätt är bra, för att det stärker barnets ansvarstagande för sin diabetes.

Sammanfattningsvis kan man säga att mamman har gett lite kommentarer till kommunikationen i samtalet under intervjun, vilket delvis kan förklaras med att hon inte förstår de svenska delarna och således inte får någon helhetsbild av det. Sannolikt kan hennes sparsamma kommentarer till samtalet också förklaras med osäkerhet på uppgiften och på vad forskningen skulle leda till, något hon själv tar upp senare i samtalet. Läkaren är däremot precis som vad gäller samtal 1 mycket observant och ser intervjun som ett tillfälle att diskutera hur man ska komma tillrätta med det som inte fungerar tillfredsställande i samtalet.

4.3 Samtal 3: När rädsla är hindret

4.3.1 Samtalets struktur

Kliniken tillämpar en team-modell där konsultationerna sker tillsammans med läkare och sjuksköterska, och vid detta samtal medverkar också en sjuksköterskelev som observatör. Vägning och mätning har skett hos sjuksköterskan innan de gått in i rummet, och vid denna konsultation fortsätter sjuksköterskan med en del praktiska moment i rummet som att läsa av doser från insulinpumpen och lägga in mätvärden i datorn som står på bordet. Det uppstår en del rörelse då sjuksköterskan och sjuksköterskeleven går ut ur och in i rummet. Läkaren kommer in i rummet efter ca 15 minuter och först då sätter sig både sjuksköterskan och läkaren ner för ett mer fokuserat samtal. I samtalet finns många tystnader där utrymme för pappans frågor uppstår. Här finns också sekvenser där sjuksköterskan och läkaren diskuterar doser tillsammans, vilket man inte ser i något annat samtal. Samtalets övergripande struktur kan analyseras på följande sätt:

1. Förberedelsefas. Lägga in längd och vikt i datorn. (Initiativ sjuksköterska)
2. Kontrollera om barnet haft svår känning eller behövt hjälp med diabetes. (Initiativ sjuksköterska)

3. Kontrollera doser i pumpen. Ta upp skolstart. (Initiativ sjuksköterska, fadern tar initiativ för temabytte till problemformulering)
4. Paus med observatör. Ta upp skolstart. (Initiativ fadern, problemformulering)
5. Etablera kontakt. (Initiativ läkare)
6. Gå igenom hur det varit sedan sist. (Initiativ läkare, fadern berättar om episoder han oroats av)
7. Diskutera det blir när barnet börjar skolan. (Initiativ läkaren)
8. Gå igenom senaste tidens sockervärden och framtida doser. (Delat initiativ läkaren och fadern)
9. Avrunda och sammanfatta. (Initiativ läkaren)
10. Berömma barnet. (Initiativ fadern)
11. Ta upp offentlig föreläsning som annonserats. (Initiativ fadern)
12. Avsked. (Initiativ sjuksköterskan)

Den inspelade konsultationen börjar alltså med sjuksköterskans förberedelser för det läkarsamtal som egentligen inte startar förrän i fas 5, när läkaren kommer in. Samtidigt ställer hon rutinfrågor som *har hon fått nån svår känning sen hon var här sist att hon behövt hjälp av nån annan?* Svaren antecknar hon i sina papper. I denna fas tar pappan initiativ till att berätta om det problem han tänker på mest just nu. Sjuksköterskan inflikar stödsignaler, men har uppmärksamheten riktad mot sina förberedelser:

(Ex. 40)

PAP: hon ska börja i förskolan du vet (.)

SJU: ja vad spännande (.) till hösten? [vänder sig mot BAR]

PAP: ja men du vet och vi har in nån inte extra person som ska passa henne

SJU: <nää> [<]

PAP: <jag vill> [>] inte släppa henne (.)

SJU: <okej> [<] (.)

PAP: <jag ska> [>] passa henne

- SJU: (.) eh har ni pratat med skolan? [tittar mot PAP]
- PAP: ja vi har pratat med rektor och alla det var sen i slutet med (.) kultur och förvaltningschef i kommunen [en mätare piper]
- SJU: okej

Senare kommenterar pappan de värden sjuksköterskan skriver ner, och funderar över varför de är sämre än tidigare. Också då är sjuksköterskans uppmärksamhet riktad mot att komma vidare med förberedelserna, men hon kommenterar och svarar på pappans frågor. Under denna förberedelsefas sker också en del rörelse i rummet, då sjuksköterskan går runt bordet och fram till barnet för att läsa av barnets insulinpump, och då sjuksköterskeeleven och sjuksköterskan i tur och ordning går ut ur och in i rummet för att hämta listor med utskrivna värden. När sjuksköterskan går ut ur rummet blir pappan, barnet och sjuksköterskeeleven ensamma i rummet och väntar på att konsultationen ska fortsätta. Under denna paus tar pappan initiativ till att berätta om problemet med de alltför höga värdena för eleven, som svarar med minimala responser och försiktiga förklaringar:

(Ex. 41)

- PAP: men den är ko konstigt [pekar mot pappret]
- OBS: mm (.)
- PAP: du vet sexton fem bra bra men (.)
- OBS: ja precis det <skulle xxx> [<]
- PAP: <vi vill> [>] du vet
- OBS: mm jaa (.)
- PAP: jag förstår inte varför den gick upp [pekar igen mot pappret]
- OBS: näej
- PAP: kanske den som händes mellan mål mellan (.) dom två timmar kanske
- OBS: jaa nej jag vet inte jag har svårt att säga men

Deras samtal bryts av att läkaren kommer in och inleder fas fem, som jag kallat ”etablera kontakt” och som är mycket kort och i princip består av hälsningsfraser. Läkaren försöker prata lite med barnet, som är blygt och ler lite försiktigt. Därefter frågar hon *inget speciellt har hänt sedan vi sågs sist?* vilket inleder den sjätte fasen. Sjuksköterskan och läkaren sitter mittemot pappan och barnet. Sjuksköterskeleven sitter vid sidan av och syns inte i bild i det inspelade materialet. Pappan berättar om ett par olika episoder. Först tar han upp några tillfällen av yrsel som bekymrat honom och berättar att de gett barnet druvsocker och att det hjälpt. Läkaren tror att det har med något annat än diabetes att göra och försöker lugna pappan, som verkar orolig. Hon fortsätter:

(Ex. 42)

LÄK: ja ja (.) men du vad som är viktigt det är att eh (.) tänka efter så att det inte blir mer och mer och mer så att det är nånting annat vi missar

PAP: mm

LÄK: förstår du?

PAP: vad ska vi göra ska vi?

LÄK: ja då så hör ni av oss (.) hör ni av er till oss men jag tror (.) jag kan inte tänka att <det är nåt> [<] (.)

PAP: <mm> [>]

LÄK: farligt (.) som jag är van vid att höra alltså några <symptom> [<]

PAP: <jaså> [>]

LÄK: såna här symptom det är ingen eh (.)

PAP: mm

LÄK: om man säger klocka som ringer i mitt huvud förstår du <det> [<]?

PAP: <jaja> [>]

LÄK: ja näe det är ingenting utan jag tror att detta är helt ofarligt

Läkaren säger alltså både att de ska vara vaksamma på att det inte fortsätter och att hon tror att det är helt ofarligt. Denna vacklan gör möjligen att pappan inte

blir lugnad, vilket antyds genom att han fortsätter tala om yrseln och förklarar att de inte tror att det handlar om att barnet bara är sugen på druvsocker. Han försöker förklara att hennes värde kanske är på väg upp och säger sedan:

(Ex. 43)

PAP: jag är faktiskt rädd

LÄK: är du rädd?

PAP: för det är nåt annat förstår du?

Läkaren upprepar sina lugnande ord från förut, men uttrycker samma vacklan: dels att hon tror att det är ofarligt, dels att de ska höra av sig om det fortsätter.

Pappan tar därefter initiativ till att ta upp ytterligare en episod. Den här gången handlar det om att barnet hänvisar till läkaren för att inte äta mer än en halv macka och pappan tar lite skämtsamt och uppgivet upp det som ett problem. Här skrattar alla. Läkaren tar därefter initiativ till ett nytt tema, och inleder fas sju (enligt uppställningen ovan) som handlar om hur det blir när barnet börjar skolan. Här lyssnar både sjuksköterskan och läkaren aktivt och ger samfällt stöd och försöker se konkreta saker de kan göra för att hjälpa familjen så att deras oro minskar. Det är tydligt att de förnimmer pappans oro, och försöker lugna och stärka honom:

(Ex. 44)

PAP: mm

LÄK: jaa (.) näej men det det det må jag tror att (.) det är klart du inte ska sluta jobba och det är klart att det ska ordna sig [talar med lugnande tonfall]

PAP: ja jag <hoppas det> [<]

LÄK: <jaa utan det> [>]

PAP: du vet dom är ibland snåla xxx

LÄK: jaa men du hon behöver ju inte kanske ha nån assistent hela tiden alltså inte hela men att (.) eh alltså en heltid utan man kan ju säga

att det det måste ju va någon som att dom har (.) en extraresurs som tittar till henne

När de talar om skolan är både läkaren och sjuksköterskan handlingsinriktade och bestämmer att de måste försöka få till ett möte med skolsjuksköterska och rektor.

Under hela samtalet är barnet tyst, men uppmärksam. Vid enstaka tillfällen vänder sig läkaren eller sjuksköterskan till barnet, som i detta stadium av samtalet där läkaren lutar sig fram emot barnet och berömmar föräldrarna genom henne. Här lyssnar pappan uppmärksam och bryter sedan in och förklarar upp-givet att han ändå inte är nöjd.

(Ex. 45)

LÄK: men du är den största experten eller hur (.) det är du (.) och det är så jättebra radmila att du har så bra föräldrar som (.) hjälper dej att ge dej insulin så att du ligger så normalt i blodsocker (.) <då har man ju inte> [<] [lutar sig fram emot BAR, som först möter blicken och sen tittar ner i bordet]

PAP: <xxx> [>]

LÄK: när man ges insulinet så som du gör så har man ju inte diabetes. [framåtlutad mot BAR, skakar på huvudet]

PAP: (.) jag är ändå inte nöjd du vet

LÄK: mm [lutar sig tillbaka igen]

PAP: vi har provat på alla sätt att bli bättre men

LÄK: jaa [bläddrar i papprena]

PAP: du vet det går inte

Här kan man säga att pappan genom att föra in hela behandlingsperspektivet igen är delaktig i temabytet. Läkaren tar hans replik som ett tillfälle att gå in och titta på den senaste tidens sockervärden och fundera över framtida doser. Därför har jag karakteriserat initiativet som delat i denna fas – man skulle kunna säga att läkaren är följsam och låter temaväxlingarna komma naturligt. Under de olika faserna förekommer också ett flertal tystnader då både läkare och

sjuusköterska tänker, vilket ger tillfällen för pappan att bryta in med frågor och tankar. De diskuterar också sinsemellan hur de ska göra, särskilt när de funderar över hur de ska justera doserna framöver. Pauserna och de öppna diskussionerna om hur de ska göra ger samtalet en tentativ karaktär, vilket nog kan ses som kongruent med den kategori ”tveksamt tal” som nämnts i 3.2.2 ovan.

Samtalet om dosering kommer till stor del att handla om att läkaren och sjuusköterskan vill att föräldrarna ska våga höja insulindosen något för att jämna ut värdena. Framför allt ligger värdena lite för högt under dagen på dagis, vilket beror på att de ger lite mindre insulin på morgonen för att de är rädda för att barnet ska få för låga värden på dagis. Det visar sig att det finns en episod när barnet blivit låg på dagis som gör att de nu inte vågar ge den dos hon skulle behöva:

(Ex. 46)

LÄK: <mm> [>] men kan ni inte ge i alla fall två komma fem på dagis (.) eller två komma sex alltså få ner dessa lite. [pekar mot pappret]

PAP: du vet hon springer där och (.) <det hände> [<] sig hon hade en gång två komma noll i dagis (.) [BAR sitter nu med båda armarna bakåt och runt FATs nacke]

LÄK: <mm> [>] mm

PAP: förstår du <de gör fel> [<]

LÄK: <mm ja jag> [>] förstår

PAP: hon hade jag tror fyra komma noll (.) och innan mat (.) innan klockan tolv (.) dom har gett till henne insulin och hon hade fyra komma noll och hon fick en komma fem (.) och sen det gick ner hon var inte bra du vet

När de gått igenom de dagliga doserna återkommer läkaren och sjuusköterskan till detta och försöker försiktigt övertyga pappan om att de ska ge lite högre dos. Läkaren förklarar att de ju inte vill att det ska hända något, men att *det är så märkbart här att ni inte vågar ge henne vad hon behöver*. Sjuusköterskan säger försiktigt *om man kunde sänkt det lite alltså en liten bit liksom*. Pappan förklarar att *vi borde ge henne lite till* och han säger till slut att de ska försöka, men att hans fru är rädd:

(Ex. 47)

PAP: min fru är rädd <du vet> [<] [tittar upp mot LÄK]

LÄK: <mm ja vet > [>] (.) näe så vi ska inte pressa det för mycket för jag tror att skulle då radmila få en känning <på> [<] . [lutar sig bakåt i stolen]

SJU: <mm> [>]

LÄK: så blir ni så rädda så att <ni vågar> [<] ge ingenting va

PAP: <mm> [>] mm

LÄK: och detta är så bra ändå så att (.) hon ligger (.) fantastiskt så att fortsatt såhär ni gör <rätt> [<]

SJU: <ni gör det> [>] jättebra

LÄK: jaa för ja vi vi ska inte utmana för mycket förstår du <det> [<]

PAP: <ja ja vet> [>]

LÄK: utmana för mycket va så att får en svår känning och då kommer ni inte att våga ge henne nåt insulin <nästan> [<] till hon ska vara på dagis och då blir det

PAP: <nä> [>]

LÄK: så att detta är jättebra men när ni ska öka nåt så försök att öka basen lite

Citatet ovan är intressant för att det kommer efter en förhållandevis lång sekvens där både sjuksköterska och läkare försökt stärka pappan i att våga ge lite mer insulin och lita på att det kommer att gå bra. Men när läkaren återigen får höra hur rädda de är drar hon tillbaka det och målar samtidigt upp bilden av vad som kommer att hända om hon får en känning. Lite senare utvecklar hon resonemanget ytterligare och man förstår att det inte bara handlar om deras rädsla utan också om att bevara förtroendet för sjukvården:

(Ex. 48)

LÄK: jaa (.) så tänk på det men pressa inte för mycket för <det> [<]

PAP: <mm> [>]

- LÄK: kanske inte är värt det va
- PAP: jaa
- LÄK: det känns inte som att ni kanske höja lite men inte mycket
- PAP: för mycket
- LÄK: för att det är inte värt det för att då blir ni oroliga ni har ingen bra tid hemma
- PAP: mm
- LÄK: ni går och oroar er för henne och skulle det hända nåt så har vi verkligen
- PAP: jaa
- LÄK: ja rekommenderat nånting som var dumt

Efter denna sekvens sammanfattar läkaren vad de kommit fram till och avslutar samtalet. Medan de börjar plocka ihop och göra sig i ordning för att lämna rummet konstaterar pappan att barnet kan både läsa och räkna, och alla berömmar barnet. Därefter frågar pappan om en offentlig föreläsning som annonserats på tavlan utanför, och de pratar lite om innehållet i den. De tar avsked och går ut ur rummet.

En MLU-analys av hur många morfem varje talare yttrar i samtalet visar att läkaren talar betydligt mer än pappan (2230 resp. 1496 morfem). Sjuksköterskan talar hälften så mycket som pappan och bara en tredjedel av vad läkaren gör, trots att hon är med även i den första fasen innan läkaren kommer in. Barnet talar inga hörbara ord alls.

4.3.2 Stärkande strategier

Denna konsultation präglas av vad man skulle kunna beskriva som en empatisk samtalsstil. Både läkare och sjuksköterska framstår som inkännande: de uppfattar pappans oro och försöker framför allt lugna och stärka honom i att allt ska gå bra. Samtidigt finns det drag i samtalet som i viss mån motverkar det stärkande. Den empatiska samtalsstilen verkar ibland kunna leda till att budskapet blir dubbeltydigt – som i sekvensen där läkaren drar tillbaka rådet att höja dosen lite (se exempel 47 ovan).

Det är tydligt att både sjuksköterskan och läkaren uppfattar att pappan behöver stärkas. Läkaren riktar uppmuntran och beröm till pappan eller barnet 17 gånger under samtalets gång (och sjuksköterskan sex gånger). Oftast handlar det om att värdena ligger *jättebra*, men samtidigt försöker både sjuksköterskan och läkaren uppmuntra dem att våga höja dosen lite mer. När de sedan drar tillbaka detta i slutet kan man se att intensiteten i uppmuntran eller berömmet ökar:

(Ex. 49)

LÄK: och detta är så bra ändå så att (.) hon ligger (.) fantastiskt så att fortsatt såhär ni gör <rätt> [<]

SJU: <ni gör det> [>] jättebra

Läkaren riktar beröm eller uppmuntran till barnet bara vid enstaka tillfällen. I början av samtalet får barnet beröm för att hon äter och växer bra. Vid ett tillfälle i mitten av samtalet finns en sekvens där läkaren vänder sig till barnet och berömmar föräldrarnas vård. Det kan snarast betraktas som beröm riktat till pappan även om läkaren vänder sig tydligt till barnet här (se exempel 45 ovan).

Barnet får mycket lite uppmärksamhet. Men precis i slutet av samtalet berömmar pappan dottern för hennes skolarbete:

(Ex. 50)

PAP: jaa hon är duktig du vet hon kan läsa och

LÄK: mm

PAP: och räkna till hundra

SJU: <åh vad kul> [<]

LÄK: <oojj duktig> [>]

PAP: hon är jätteduktigt

SJU: vaa?

LÄK: kan du räkna till hundra?

SJU: bra [SJU och LÄK skrattar]

Samtalet präglas också av att läkaren, sjuksköterskan och pappan ger rikligt med samtalsstöd. Både läkaren och sjuksköterskan är aktiva lyssnare och ger rikligt med stödsignaler (67 st. resp. 74 st.) när pappan pratar, ofta gör de detta parallellt:

(Ex. 51)

PAP: du vet vi tänkte först att eh hon vill bara nån druvsocker eller någonting [både LÄK och SJU lyssnar aktivt och SJU nickar]

LÄK: mm mm

PAP: men det är inte det

SJU: mm

LÄK: mm

En analys av hur aktiv läkaren är med frågor visar stora skillnader från samtal 1 och 2 ovan. I detta samtal ställs betydligt färre slutna frågor än i samtal 1 och 2 (läkaren ställer t.ex. knappt hälften så många slutna frågor till föräldern som läkaren i samtal 1 ovan – 16 st. jämför med 34 st.). Detta kan kanske förklaras med att sjuksköterskan också ställer frågor (12 st.) så att de delar på den uppgiften. Också pappan ställer färre frågor än mamman gjorde i samtal 1. Men den största skillnaden mot de två tidigare samtalen är att barnet inte involveras med frågor (sammanlagt *sex* frågor ställs till barnet i detta samtal).

Merparten av de slutna frågorna från läkaren till pappan handlar om att på olika sätt bekräfta att pappan förstått vad de säger eller att de förstått honom rätt. Vanligt är att läkaren frågar *eller hur?* eller *förstår du?* men det är också förhållandevis vanligt att läkaren upprepar det pappan har sagt som en fråga för att få bekräftat att hon uppfattat korrekt: *Och då är hon bra?* Sjuksköterskan ställer också den typen av upprepande frågor, men hennes frågor är framför allt kopplade till sekvensen i början när de ska kolla värden i pumpen (t.ex. *får jag bara titta vad hon har i?*) eller när de pratar om hur de ska gå till väga med skolan (*har ni pratat med skolan?*). Också pappan ställer frågor, men enbart av typen *förstår du?* Frågorna verkar alltså i första hand ha närhetsskapande och samtalsstrukturerande funktion – om svaret är jakande kan man gå vidare i samtalet.

Öppna frågor är sällsynt här liksom i övriga samtal. Sjuksköterskan ställer endast en öppen fråga – till barnet: *Hur är det på dagis då radmila?* Den svarar pappan på. Läkaren ställer en öppen fråga när hon kommer in i rummet: *Hur är det med fröken löken?* Också här svarar pappan fastän frågan tycks riktad till barnet eller möjligen till båda. Läkaren ställer också en standardfråga: *Inget speciellt har hänt sen vi sågs sist?* Här kan man notera att frågan är ställd i sin negativa form och därför blir mer styrande och mindre öppen. Den fungerar dock så att pappan börjar berätta om sådant som bekymrat dem.

I denna konsultation används konditionalt eller hypotetiskt tal ofta, särskilt av läkaren. Men medan det i det tolkade samtalet, samtal 2, användes för att lära barnet hur det skulle tänka, har det en något annan användning i detta samtal. Konditionalt eller hypotetiskt tal kan fungera som en försiktighetsstrategi i kategorin självständighet (jfr 3.2.2 ovan), som i följande exempel där pappan tar upp de tillfällen där barnet känner yrsel och det hela blir bättre av att hon får en bit druvsocker. Läkaren lyssnar här aktivt men förstår inte riktigt varför de ger druvsocker och varför det blir bättre, och uttrycker sig därför på följande försiktiga sätt med både hypotetiskt tal och garderingar:

(Ex. 52)

LÄK: <om man> [>] har nie så är det ju tvärtom lite lite lite högre än vad hon liksom sådär ligger på va så att och att en druvsocker skulle hjälpa de kanske lite mycket (.) det kan ju också att eh det hjälper henne helt (.) känslomässigt så att säga

PAP: mm <jaa> [<]

LÄK: <och då> [>] kanske det är värt det va eller om ni säger man vill det räcker med en halv druvsocker

Att en druvsocker skulle hjälpa, säger läkaren lite försiktigt, och det är uppenbart att hon inte ser att det finns något samband med diabetes utan att det snarare fungerar som något slags tröst för barnet. Men här är läkaren försiktig i sitt omdöme för att inte pappan ska känna sig kritiserad. Pappan förklarar sen vidare att de är rädda för vad den här yrseln kan vara. Läkaren försöker lugna pappan men fortsätter sedan:

(Ex. 53)

LÄK: men skulle det vara att hon blir mer och mer yr eller det händer annat med henne som du inte känner igen (.)

PAP: <mm> [<]

LÄK: <då tycker> [>] jag du ska höra av dig

PAP: <okej> [<]

I exempel 53 skulle man kunna säga att läkaren för in en hypotetisk verklighet där saker blir värre, dvs. där det händer som föräldrarna fruktar. Nu handlar det inte längre om försiktighetsstrategin, utan om något annat, nämligen att förbereda föräldern för möjliga händelser. Detta sätt att använda hypotetiskt tal är något som återkommer i detta samtal, som när läkaren pratar om skolan och vikten av att sjukhuset också är med på det eventuella möte familjen ska ha om skolan med skolsjuksköterskan. Sekvensen följer en längre sekvens där pappan uttryckt sin oro över hur skolan ska kunna hantera barnets diabetes och där både sjuksköterska och läkare har försökt lugna pappan:

(Ex. 54)

LÄK: men när ni vet ni kanske vi skulle kunna kanske kunna vara med från början jag tror det är klokt att vara med från början

SJU: mm

LÄK: innan ni träffar sjuksköterska alltså tills (.) när ni träffar sjuksköterskan att vi också är med för att

PAP: ja ännu bättre

SJU: <mm> [<]

LÄK: <jo det tror jag> [>] för att om ni träffar sjuksköterskan (.) så kanske det redan blir bestämt saker efter er träff va istället för att vi kan va med och hjälpa er att vara med och påverka

Också här verkar användningen av hypotetiskt tal och konditionala former snarast handla om att beskriva en hypotetisk verklighet där saker utvecklats på ett negativt sätt. Men allra tydligast syns detta i exemplet nedan, där sjuksköterskan

och läkaren först under en längre sekvens försökt stärka pappan i att våga ge en högre dos insulin inför dagis för att få ner de lite för höga värden barnet har på dagis, och därefter, när pappan återkommer till deras rädsla för att något ska hända, säger:

(Ex. 55)

LÄK: näe så vi ska inte pressa det för mycket för jag tror att skulle då radmila få en känning <på> [<] [lutar sig bakåt i stolen]

SJU: <mm> [>]

LÄK: så blir ni så rädda så att <ni vågar> [<] ge ingenting va

PAP: <mm> [>] (.)

PAP: mm

LÄK: och detta är så bra ändå så att (.) hon ligger (.) fantastiskt så att fortsatt såhär ni gör <rätt> [<]

NUR: <ni gör det> [>] jättebra

LÄK: jaa för ja vi vi ska inte utmana för mycket förstår du <det> [<]

PAP: <ja ja vet> [>]

LÄK: utmana för mycket va så att får en svår känning och då kommer ni inte att våga ge henne nåt insulin <nästan> [<] till hon ska vara på dagis och då blir det

Sekvensen har nästan karaktär av att läkaren tänker högt. Hypotetiskt tal används här för att ge bild av en möjlig verklighet där det inte går som det ska. Och det får effekten att läkaren drar tillbaka rådet om att höja dosen. Kanske skulle man kunna tala om *affektsmitta* här, dvs. att läkaren smittas av pappans rädsla och fullföljer hans tankegång.¹⁰ Intressant är att även om skeendet beskrivs som hypotetiskt så gör inte effekten av det det: *så blir ni så rädda så att ni*

¹⁰ Affektsmitta – dvs. att affekter smittar mellan människor – beskrivs ofta som en del av empati. Begreppet används framför allt inom psykologi. I forskning om somatisk sjukvård förekommer begreppet oftast i forskning om läkares och sjuksköterskors utbrändhet. Man kan tala om positiv affektsmitta och negativ affektsmitta, beroende på vilken typ av känslor som förs över. Att affektsmitta kan påverka utfallet av psykoterapeutisk behandling tas t.ex. upp av Hilmarsson 2013.

vågar ge ingenting va och då kommer ni inte att våga ge henne nåt insulin. Effekterna beskrivs som säkra följderna av detta hypotetiska skeende (att barnet får mycket insulin och får lågt blodsocker på dagis). Detta visar att konditionalt eller hypotetiskt tal inte alltid nödvändigtvis har en stärkande effekt, även om det tonar ner auktoriteten hos den som talar. I detta fall riskerar läkarens beskrivning av följderna som något säkert (*då kommer ni inte att våga*) att förstärka rädslan snarare än minska den.

Vanligt är också en mer tydligt stärkande användning (i den innebörd som beskrivs i 3.2.2) av hypotetiskt eller konditionalt tal, där det används istället för en tydlig ordination för att på så vis markera att den andre, patienten eller föräldern, har möjlighet att påverka och ha en annan åsikt. Här är det alltså tydligt fråga om försiktighetsstrategin:

(Ex. 56)

LÄK: och det är om du höjer det noll komma ett så är det bara (.) noll komma fyra på fyra timmar det är inte så mycket [harklar sig]

PAP: näej

Också sjuksköterskan använder hypotetiskt eller konditionalt tal, t.ex. när hon talar till pappan och ger möjliga förklaringar till yrseln (*om man har druckit dåligt kan man ju bli lite snurrig också*) eller när hon diskuterar dosering med läkaren (*hon hade blivit jämnare om hon har mer bas*). Men det är alltså framför allt läkaren som använder denna strategi i detta samtal.

Sjuksköterskan och läkaren använder sig också i hög utsträckning av *garderingar* (44 st.). Läkarens samtalsstil är så fylld av garderingar att det möjligen kan skapa osäkerhet hos lyssnaren. Läkarens garderingar består framför allt av att hon uttrycker sig med *kanske*, *lite* och ofta väljer att modifiera yttranden med *jag tror* istället för att hävda saker säkert. I exempel 57 kommer detta tydligt till uttryck:

(Ex. 57)

SJU: <vi kan ha ett gemensamt möte med rektor och sjuksköterska och läraren som hon ska ha> [<]

LÄK: <men jag jag tror jag tror att det är bra om vi> [<]

- PAP: <jaa jaa> [>]
- LÄK: jag tror att det är bra om vår tid (.) nu är det redan maj va och när saker blir bestämda så är dom bestämda så att
- PAP: <ja visst> [<]
- LÄK: <jag tror att> [>] vi har lite bråttom att eh
- PAP: mm mm
- LÄK: komma ut och informera <så att vi> [<]

I exemplet kan man se tydligt hur samtalsstilen är mycket försiktig och trevande. Delvis har detta att göra med att läkaren liksom tänker högt i samtalet. Samma drag syns också när de nya doserna diskuteras, och inte minst i det avsnitt när läkaren och sjuksköterskan vill ordinera en höjning av dosen men sedan drar tillbaka höjningen (se ovan). Den långa sekvensen som också citeras ovan (se exempel 55) avslutas med följande:

(Ex. 58)

- LÄK: jaa (.) så tänk på det men pressa inte för mycket för <det> [<]
- PAP: <mm> [>]
- LÄK: kanske inte är värt det va
- PAP: jaa
- LÄK: det känns inte som att ni kanske höja lite men inte mycket

Efter att ha försökt övertyga pappan om att de behöver höja *lite lite lite* för att förbättra värdena och han berättat om hur rädda de är så säger läkaren ändå *pressa inte för mycket*. Detta antyder ju att även *lite lite lite* kan vara för mycket. Hon tillägger att det *kanske* inte är värt det och öppnar alltså för möjligheten att det råd hon just gett inte är bra. Och så konkluderar hon med *kanske höja lite men inte mycket*.

Läkaren använder sig också av andra försiktighetsstrategier. Ett sätt är att ställa frågor istället för att ordinera som i exempel 46 ovan, eller när läkaren säger: *den här tjugo tillexempel skulle ni kunna börja redan två timmar ti två klockan sjutton skulle ni kunna ge tjugofem?* Här är det snarast fråga om

kategorin indirekta talhandlingar, dvs. konventionell indirekthet (se 3.2.2 ovan). Ett annat exempel på försiktighet är när alla tittar på kurvorna och de försöker få pappan att gå med på att höja insulindosen (*lite lite lite*) och läkaren säger: *ja mm men samtidigt kan man säga att eh (.) det är ju otroligt sällan hon ligger lågt här eller hur?* Här finns *kan man säga* vilket gör det hela försiktigt och även hypotetiskt, men dessutom fungerar det påhängda *eller hur?* som en konsensusökande strategi där avståndet mellan dem tonas ner, läkaren försöker både helt konkret (genom att peka i pappren) och med ord få pappan att se värdena med vårdpersonalens ögon.

Också pappan använder en hel del garderingar, framför allt när han talar till läkaren (17 st.). Det tycks framför allt vara ett uttryck för osäkerhet: *jag vet inte vad, kanske, ungefär, jag tror*. I exempel 59 nedan ser man hur pappan använder påhångsfrågor, *förstår du*, för att försäkra sig om läkarens förståelse:

(Ex. 59)

PAP: förstår du?

LÄK: mm

PAP: och sen jag jag vet inte

LÄK: mm

PAP: jag är faktiskt rädd

LÄK: är du rädd?

PAP: för det är nåt annat förstår du?

Samtalet präglas alltså av att vårdpersonalen uttrycker empati och ger rikligt med samtalsstöd och en hel del beröm och uppmuntran för att stärka föräldern. De har båda en mycket försiktig samtalsstil med många hypotetiska konstruktioner och garderingar samtidigt som de är intensivt bekräftande. Men när empatin tycks gå över i affektsmitta (se ovan) och försiktighetsstrategierna blir så frekventa att läkarens expertroll nästan helt tonas ner (dvs. den auktoritet som är inbyggd i situationen utövas inte, utan istället dras ordinationen tillbaka) – då kan man kanske hävda att samtalet riskerar att inte fungera stärkande trots att det innehåller flera typiska drag för stärkande samtalsstil.

4.3.3 Barnets roll

I samtal 3 är barnet yngre än i de tidigare två samtalen, och får inte samma plats i samtalet som i samtal 1 och 2. I MLU-analysen urskiljs inga ord från barnet alls. Man kan dock anta att barnet, som går på dagis, förstår språket. Det är ett blygt barn, vilket sannolikt är en viktig förklaring. Hon nickar till svar (eller bara tittar mot sin pappa) om hon får direkta frågor. Det får hon dock mycket sällan. Medan läkaren i samtal 1 och samtal 2 riktade en mycket stor mängd slutna frågor till barnet, får detta barn endast sex frågor sammanlagt av sjuksköterska och läkare, såsom till exempel: *Vilken färg har du pumpen* eller *gillar du druvsocker?* Här görs inget försök att dra in barnet i samtalet om behandlingen etc. En enda fråga som skulle kunna kallas öppen riktas till barnet, från sjuksköterskan: *Hur är det på dagis då radmila?* Här svarar dock pappan direkt, utan att vänta in barnet: *jaa det går bra men*. Läkaren och sjuksköterskan riktar sig också enstaka gånger med konditionalt tal till barnet, som i exemplet:

(Ex. 60)

LÄK: men du skulle ju också kunna själv trycka på <pumpen> [<] om vi berättar [LÄK tittar på BAR, BAR nyser]

PAP: <oojj> [>]

LÄK: hur mycket det det skulle man kunna lära henne

PAP: <hon kan redan> [<]

Här ser man alltså att läkaren inte får något svar alls från barnet, och i nästa replik vänder hon sig direkt till pappan, som konstaterar att hon redan fått lära sig det. I stort sett kan man säga att barnet i denna konsultation inte är del av samtalet. Som vi sett ovan i analysen av stärkande strategier uttrycker både läkaren och sjuksköterskan mycket empati och använder sig av många stärkande strategier. Också barnet får en del beröm och uppmuntran i form av beröm för att hon kan räkna och för att hon kan äta och växer bra. I en sekvens ger läkaren också beröm till hennes föräldrar genom henne: *och det är så jättebra radmila att du*

har så bra föräldrar som (.) hjälper dej att ge dej insulin så att du ligger så normalt i blodsocker.

Det är också intressant att se hur barnet uppträder i rummet. Till skillnad från i samtal 1 och samtal 2, där bordet var runt, är detta ett rektangulärt bord där barnet och pappan hamnar mittemot sjuksköterskan och läkaren på varsin plats. Samtalet är förhållandevis långt (ca 39 minuter) och de första åtta minuterna är stökiga med många personer som går ut och in i rummet. Det blir inte en lugn samtalsmiljö förrän läkaren kommit in i rummet. Det gör att vistelsen i rummet blir mer krävande för barnet än ett kortare samtal. Barnet rör sig från sin stol och upp och ner i pappans knä. Hon sysslar hela tiden koncentrerat med en flaska som hon öppnar och dricker i och sörplar ur med jämna mellanrum. Det pågår hela tiden ett samspel mellan pappan och barnet, han hjälper henne att öppna och stänga flaskan, lyfter upp henne i knäet etc. En intressant iakttagelse är att barnet tycks uppfatta och vilja lindra pappans rädsla – hon närmar sig honom och kryper upp i hans knä och efter den sekvens där de talat om att de är rädda börjar hon klappa honom på huvudet. Här finns alltså ett dynamiskt samspel mellan barnet och pappan. Sjuksköterskan och läkaren försöker i viss mån få kontakt med flickan, men man ser inte mycket av det personcentrerade fokus på barnet som vi sett i samtal 1 och 2.

4.3.4 Speglingar

Intervjun med pappan försiggår i hemmet och även mamman är närvarande och kommenterar inspelningen. Mamman förklarar inledningsvis att de ville vara med i studien för att de ville se om det finns några brister i kommunikationen. Pappan återkommer ofta till att de är så nöjda med personalen: *de jätteduktiga de är snälla och superbra*”, säger han inledningsvis.

När vi ser på filmen konstaterar mamman att barnet är blygt men också att det är jobbigt för barnet för att allt handlar om henne. I analysen ovan har jag konstaterat att barnet inte är särskilt delaktig i samtalet om sin behandling. I intervjun betonar mamman också att det är för tidigt för barnet att bli involverad i sin behandling – även om pappan säger att hon vet hur allt funkar med pumpen.

Jag frågar föräldrarna om druvsockerepisoden, där det av analysen att döma inte verkat som om läkaren och pappan nått fram till varandra. I intervjun kommer det fram att pappan vid tidigare tillfälle vänt sig till en TV-doktor i Serbien

och ställt frågor om yrseln. Läkaren där gav ungefär samma svar som läkaren i detta samtal, men i programmet fanns också en vuxen diabetespatient som gav svaret att man kunde må dåligt precis innan värdet skulle stiga snabbt. Mamman inflikar att hon dessutom läst i en bok att man kan ha omedvetna känningar precis innan värdet ska sjunka, innan det syns i blodet. Här finns alltså tre olika källor till information (tv-doktor, diabetespatient och en bok) som inte tas upp i samtalet, men som är grunden till förvirringen men också grunden till att de båda menar att druvsocker kan ha effekt. Eftersom det inte tas upp i samtalet når man dock inte längre i konsultationen än att läkaren delvis gissar varför de ger druvsocker och inte kan bemöta den verkliga orsaken.

Det finns fler saker som inte kommer till ytan i samtalet. En är att föräldrarna – eller åtminstone mamman – strider för att få en assistent till flickan i skolan. Vid intervjun med läkaren visar det sig dock att detta är något de diskuterat tidigare och som läkaren är medveten om under själva konsultationen. Ytterligare en sak som inte tas upp till diskussion under samtalet utan som förblir outtalat är vad de egentligen är rädda för (annat än att de är rädda för att barnet ska bli för lågt). I intervjun förklarar pappan att han är rädd för att barnet ska bli medvetlös och få hjärnskador. På direkt fråga bekräftar föräldrarna att det aldrig hänt att barnet svimmat men att de är mycket rädda för det. Detta är också något som läkaren är medveten om och nämner i intervjun.

Intervjun med föräldrarna kommer att kretsa mycket kring dagis, skola och rädsla. Det är också tydligt att de tar uppspelningen av filmen som en möjlighet att fundera vidare på dosering och behandling. När det gäller kommunikationen eller själva samtalsstrukturen säger de dock inte särskilt mycket. Mamman noterar att det är svårt att koncentrera sig på läkarsamtalet när man har barnet med sig därinne för att barnet *hela tiden gör någonting*. Till skillnad från både sjuksköterskan och läkaren så uppmärksammar föräldrarna dock inte att samtalet blir rörigt för att mycket händer samtidigt i rummet, kanske för att de inte har något att jämföra med.

Sjuksköterskan talar i intervjun mycket om hur splittrad man känner sig vid mottagningsbesöken för att man har så mycket att ordna med att man blir ett slags assistent. *Jag ser det som att det är läkaren som håller i själva samtalet ju*, säger hon. Så som mottagningarna är upplagda på kliniken är tanken att allt ska vara klart innan läkaren kommer in, vilket sjuksköterskan upplever som en stressfaktor, särskilt som det oftast inte är klart utan man måste fortsätta med

förberedelserna parallellt med läkarsamtalet. Läkarens inträde i rummet kan också avbryta ett samtal: *sen är det inte optimalt för oavsett vad vi pratar om så när läkaren kommer in tar läkaren liksom över och då blir det aldrig avslutat det man pratar om.*

När vi ser på filmen är sjuksköterskan mycket observant på vad läkaren gör under samtalet och uttrycker stöd för läkarens agerande. Man kan säga att hon uttrycker empati inte bara i förhållande till föräldrarna utan också till läkaren i samtalet. Hon fortsätter med att förklara föräldrarnas rädsla, och funderar vidare över vikten av att skapa en fungerande skolsituation för barnet för att minimera rädslan. När hon kommer in på rädslan konstaterar hon också: *Det är rädslan som är hindret. Men samtidigt är han inte nöjd så dom behöver mycket beröm och höra att dom gör det bra. Dom behöver få känna det.* Här skulle man kunna säga att sjuksköterskans kommentarer till samtalet är helt kongruent med den samtalsstil hon också uppvisar under själva samtalet, med mycket samtalsstöd och empati.

I intervjun med läkaren konstaterar denna först att pappan är mycket lugnare än han var tidigare. Jag frågar vid vilken ålder de brukar börja tala direkt till barnet, och läkaren konstaterar att hon skulle kunna ha bättre kontakt med barnet än hon har. Vi betraktar barnets rörelse genom rummet tills hon sitter i pappans knä och klappar honom, och läkaren konstaterar att det måste vara en enorm belastning på barnet att veta att hon är orsak till så mycket rädsla. Medan vi ser på samtalet funderar läkaren på hur man ska kunna fånga upp rädslan och konstaterar: *jag måste ju ha dom med mig, och dom är ju så rädda så att jag kan ju inte föreslå något, det är inte lönt att föreslå nåt som dom är rädda för, tänk om det händer nånting jag kommer ju att förlora förtroendet, dom är ju helt skräck, alltså det är ju inte, det ska vara en bra livskvalitet det kan ju inte vara bra HbA1c och dålig livskvalitet, då vinner vi ju inte om tre år ändå.*

Intervjuerna speglar att både sjuksköterskans och läkarens fokus ligger i att förhandla med rädslan – precis som analysen av samtalet visade. För läkaren är det också viktigt att bevara deras goda relation, så att föräldrarna har fortsatt förtroende för vården. Däremot är det mycket lite fokus i intervjuerna på hur man ska involvera barnet mer eller sätta barnet i centrum.

4.4 Samtal 4: Att sträva efter kontroll

4.4.1 Samtalets struktur

Analysen av samtalets struktur ger en övergripande struktur som är mer komplex än de andra, framför allt för att flera saker pågår parallellt (vilket markeras med en uppdelning i fas a och b nedan), men också för att initiativet över samtalet är utmanad på ett sätt som inte sker i de andra. Faserna kan beskrivas ungefär såhär:

1. Förberedelsefas. Ladda ner blodsockervärden från mätaren. (Initiativ sjuksköterska, mamman tar initiativ till nedladdningen av blodsockervärden)
2. 2a. Kolla doser i pumpen. (Initiativ sjuksköterska)
3. 2b. Etablera kontakt. (Initiativ läkare)
4. Gå igenom tidigare doser. (Initiativ läkare.)
5. Kontrollera om barnet haft svår känning. (Initiativ läkare)
6. Prata om svårigheten att ställa in rätt doser. (Initiativ mamman)
7. 6a. Gå igenom senaste tidens sockervärden och dosering. (Initiativ sjuksköterska genom att hon kommer in i rummet med utskriftena)
8. 6b. Mäta blodtryck. (Initiativ sjuksköterska)
9. 7. Kontrollera om barnet haft syror i blodet. (Initiativ läkare)
10. Ta upp HbA1c-värde. (Initiativ sjuksköterska)
11. Ta upp dagis (Initiativ läkare)
12. Prata om HbA1c-värde. (Initiativ sjuksköterska genom att hon kommer in med provsvaret)
13. Diskutera hur det går på dagis. (Initiativ pappan/mamman)
14. Kontrollera stickställen och lyssna på barnet med stetoskopet. (Initiativ läkare)
15. Gå igenom nya doser. (Initiativ läkare).
16. 14a. Avrunda samtalet. (Initiativ läkare)
17. 14b. Gå igenom egenvårdsplanen. (Initiativ sjuksköterska)
18. 14c. Anteckna nya doser. (Initiativ mamman)
19. Avslutning. (Initiativ läkare)

Inspelningen börjar när familjen kommit in i rummet. Sjuksköterskan förbereder läkarsamtalet genom att ta blodprov, lämna över urinprovsvör, gå iväg med provet och sedan återvända med plåster till barnet. Hon meddelar samtidigt vikt och längd som de kollat innan de kom in i rummet. Läkaren kommer in och mamman tar initiativ till att lämna över blodsockermätaren så att sjuksköterskan kan ladda ner värdena från den:

(Ex. 61)

MAM: <du skulle du ta och> [>] [MAM lutar sig fram emot SJU och ger henne påsen med blodsockermätaren]

SJU: den ska jag <ladda ner sålänge> [<]

MAM: <precis det var det jag> [>]

Sjuksköterskan, som är på väg ut ur rummet, bestämmer sig för att kolla de doser som getts via pumpen innan hon går ut. Hon läser från pumpen och visar för läkaren att hon ska anteckna. Under tiden har läkaren bett pappan komma fram och vara med vid samtalet (vilket han inte brukar vara):

(Ex. 62)

LÄK: du vill inte du sitta fram här också eller

PAP: näej jag sitter

MAM: xxx

LÄK: jo men det är bra darko <xxx kom här> [<]

MAM: <vet du varför> [>] han han <han vill inte på grund av att hon vill inte sitta still> [<]

Därefter går sjuksköterskan ut ur rummet för att ladda ner värden från blodsockermätaren. Läkaren frågar familjen hur stora bolusdosor ('extradosor') de ger vid olika tidpunkter under dagen. Mamman svarar med en siffra och läkaren antecknar och räknar sedan med sin miniräknare ut totaldosen per dygn. Mamman uttrycker ett visst intresse för att få veta hur läkaren räknar ut detta, och läkaren förklarar. Efter denna räkneoperation frågar läkaren mamman om

barnet haft någon svår känning sedan sist. Mamman svarar nekande, men börjar istället berätta om sina problem med att dosera rätt. Hon avbryts dock av sjuksköterskan som kommer in i rummet och börjar dela ut utskrifterna på den senaste tidens värden:

(Ex. 63)

MAM jag försökte ändra (.) för att se om (.) för att vi bestämde att vi skulle ha <noll komma x noll noll> [<] [gestikulerar och pekar på pappret]

SJU: <varsågod (.) där är mätaren> [>] [hon sträcker fram mätaren till PAP]

PAP: mm

LÄK: och provade du det?

MAM: ja det gjorde jag (.) alltså det gjorde vi ju med detsamma <hemma ju> [<] [SJU delar ut utskrifter av värden till alla.]

LÄK: <ja (.) ja> [>]

MAM: men sen tänkte jag att <nej (.) det> [<] var inte så bra

SJU: <det är alla värden> [>]

Sjuksköterskans entré med värdena innebär att de här övergår till att diskutera senaste tidens sockervärden istället. Här kan man skönja en viss skillnad i intresse. Mamman verkar vilja diskutera hur hon ska kunna reglera barnets matintag i förhållande till värden och doser. Läkaren verkar snarare vilja diskutera värdena i förhållande till de doser som ges. Hon tar alltså inte upp tråden om småätandet och utvecklar inte det som mamman fört in som ett problem. I exempel 64 nedan har sjuksköterskans blodtrycksmätning, som sker parallellt med läkarens och mammans samtal om värden, tagits bort för att tydligare illustrera detta:

(Ex. 64)

MAM: för vet du va vad har jag tänkt (.) <den senaste veckan> [<] (.) äter hon (.) mat alltså kvällsmat

LÄK: jaa

MAM: sen får hon lite mjölk i flaskan

LÄK: jaa

MAM: halv deciliter

LÄK: jaa

MAM: <och sen mäter jag> [>] klockan tie (.) <så står det tillexempel (.) fjorton> [<]

LÄK: jaa

MAM: sen efter <en halvtimme timme> [<] sen är det typ tjugotvå

LÄK: jaa

MAM: även om det har gått <tre timmar och det har arbetat sitt ju> [<]

LÄK: mm

MAM: och där (.) <kommer jag jag vet inte vad jag ska göra> [<]

LÄK: näej näh

MAM: <det är det som är svårt> [<] [MAM tittar på LÄK, som ser ner i sina papper]

LÄK: <men jag tror egentligen att du (.) för hon ligger generellt > [>] att du (.) för det är väl ändå så att du du ger henne lite <korrektionsdoser> [<] på kvällen då för att hon ska lägga sig bra inför natten

MAM: <näej> [>] mm mm

LÄK: så hon ligger ju ändå rätt hyfsat på morronen men så ligger hon (.) <lite generellt högt under dagen> [<] [visar i pappren]

MAM: <mm mm> [>]

LÄK: så då eh hade jag ju ändå försökt (.) lägga på lite mer på hennes basaldos

Mammans problem här är att balansera barnets oregelbundna ätande och drickande med doser i förhållande till sockervärden, men läkaren adresserar inte det problemet, utan är fokuserad på att hitta en lösning som innebär att den dos som ska ges är den mest adekvata i förhållande till värdena. Några repliker senare i denna sekvens utbrister mamman: *där gör jag fel*. Läkaren ger då ett disprefererat svar i denna kontext; hon är fortfarande så fokuserad på att hitta rätt dos att

hennes svar blir *ja, ja, att du skulle våga ge lite mer* medan frågan om hur man ska agera när barnet småäter inte besvaras alls.

Efter att läkaren har frågat om barnet haft några syror i blodet tar sjuksköterskan initiativ till nästa fas, där långtidsvärdet HbA1c diskuteras, genom att förklara att hon ska gå ut och kolla provsvaret. Medan hon är ute initierar läkaren ett nytt tema i samtalet, nämligen dagis. Mamman börjar berätta om alla problem de har med dagis, men avbryts av att sjuksköterskan kommer in och meddelar HbA1c-värdet. I och med att värdet har meddelats så övergår konsultationen till en diskussion om HbA1c-värdet och de tittar tillsammans på ett papper, där en kurva visar inom vilket intervall värdet bör ligga.

Vid detta skede i samtalet ber pappan mamman på bosniska att säga något om när dagis bad henne följa med på utflykten och ta hand om barnet trots att hon ju har andra förpliktelser. Här tar mamman initiativ till att återföra samtalet till dagistemat. I en lång sekvens berättar mamman om hur de upplever personalens agerande på dagis som ett problem. Läkaren och sjuksköterskan lyssnar. Sjuksköterskan frågar om de kan göra någonting för att hjälpa dem. Läkaren definierar då problemet som något som kuratorn borde ta hand om. Här kan man se hur sjuksköterskan och läkaren drar åt olika håll, för sjuksköterskan tar istället upp möjligheten att skriva en egenvårdsplan, och definierar på så sätt problemen som något som de kan vara direkt behjälpliga med:

(Ex. 65)

SJU: <mm (.) kan vi göra nånting> [>] för att hjälpa till?

MAM: <det vet jag inte> [<]

LÄK: <jag funderar om man> [>] skulle be pia vår kurator ändå och se om man på nåt sätt eh om hon (.) kan ha kontakt eller om vi kan skriva nåt (.) eh intyg eller nånting för att det är (.) det <är ändå fler barn som har fått extra hjälp> [<] [både SJU och MAM vänder sig och tittar mot LÄK]

MAM: <för att det> [<]

SJU: <har ni skrivit nån> [>] sån här <indi> [<]

MAM: <jag ha> [>]

SJU: sån här egenvårdsplan

När sjuksköterskan sedan gått ut för att hämta blanketter för en egenvårdsplan så tar läkaren initiativ till ett nytt moment i samtalet där hon tittar på stickmärkena på barnets mage och lyssnar. Efter att ha kollat stickmärken och lyssnat på barnets hjärta och lungor börjar läkaren gå igenom vilka doser barnet bör få framöver. Medan de talar om doserna kommer sjuksköterskan in och delar ut blanketterna. Mamman tar åter upp frågan om hur man ska kompensera barnets småätande. Sjuksköterskan förklarar att *det är bara om man har tillräcklig bas då som man kan ströäta sådär*. Men *det har vi försökt*, förklarar mamman och tillägger att barnet kan ligga lågt och fint för det mesta, men att det till exempel kan röra sig om att hon inte vill ha någon frukost men sen småäter, vilket får värdet att stiga. Läkaren förklarar då att det kan behövas någon extra puff med insulin vid sådana tillfällen. Därefter sammanfattar läkaren deras diskussion genom att säga att hon trots allt vill att de ska öka basaldosen insulin men också att hon vill att de ska lämna in ett extra HbA1c-prov:

(Ex. 66)

LÄK: men jag tror också xxx öka på basen och så får du se om det blir tillräckligt detta jag tycker ändå att man skulle ta ett nytt HbA1c mellan (.) <gångerna> [<] [talar mycket snabbt]

SJU: <mm mm> [>]

LÄK: för att jag skulle vilja ha ner henne lite till i HbA1c så om en fyra veckor

Efter att ha konstaterat detta börjar läkaren sammanfatta och tala i avslutande tonläge. Men sjuksköterskan tycker inte att de är färdiga med att tala om egenvårdsplanen än utan börjar förklara hur blanketterna ska fyllas i. Här kan man säga att det uppstår en splittring och en konkurrens i samtalet på grund av olika uppfattning om huruvida det är kuratorns eller läkarens/sjuksköterskans sak att hantera problemen med dagis. Efter en sammanfattning av vad konsultationen kommer fram till säger läkaren, medan hon lägger papperna i ordning: *men jag (.) jag ber också pi pia vår kurator pia xson att kontakta er så att (.) eh ni kan få lite stöd*. Men när läkaren tystnar tar sjuksköterskan vid:

(Ex. 67)

SJU: <och sen (.) här> [>] har du (.) diabetes inom förskoleverksamhet och barnomsorg och så här så säger lagen så det kan <du visa> [<] för chefen

MAM: <okej> [>] (.) tack så <mycket> [<] [MAM samlar ihop papperna hon fått av SJU]

SJU: <och sen så> [>] kan du fylla i en sån här egenvårdsplan

MAM: mm [de tittar tillsammans på papperna]

SJU: (.) som man eh visar henne så finns det (.) och den skriver vi under och ni <under> [<]

MAM: <okej> [>]

SJU: och den kan man också visa henne

Den avslutande delen av samtalet faller på så sätt sönder i parallella teman, men interfolieras med sekvenser där sjuksköterskan berömmar barnet för dess väska, där läkaren kommenterar längd- och viktkurvan i datorn, där mamman frågar om de doser de kommit överens om och antecknar dessa. Sjuksköterskan för därefter in egenvårdsplanen igen och kommenterar hur blanketten ska fyllas i. Till slut tycker läkaren det är dags att avsluta och markerar detta genom att återigen definiera detta som en fråga för kuratorn och inte för dem:

(Ex. 68)

LÄK: men om Karin [sjuksköterskan] tar kontakt med xxx <och sen ber jag att pia [kuratorn] hör av sej och får ordning så gör vi vad vi kan> [<] [LÄK säger detta med avslutningston och reser sig upp med sina papper i famnen och går runt bordet]

PAP: <mm> [<]

SJU: <jah (.) ja (.) så det gör vi> [>] [också SJU reser sig upp med papper i famnen]

MAM: mm [sitter kvar på stolen]

LÄK: då får ni ha en bra sommar

Här kan man notera att läkaren formulerar en lösning men att läkarens lösning inte är den som sjuksköterskan och mamman ägnat slutet av samtalet åt att diskutera. Läkaren är den som formulerar att samtalet är färdigt. Intressant är att trots att sjuksköterskan haft en delvis annan agenda så ger hon samtalsstöd här till läkaren med *så det gör vi*.

Den strukturella analysen av samtal 4 är intressant för att den tydligt illustrerar att ett samtal med så många deltagare inblandade lätt faller i två parallella skeenden och att det blir en mindre förutsägbar och tydlig fasindelning.

MLU-analysen visar att detta samtal skiljer sig från de andra samtalen, där läkaren är den som talat mest. Här är det istället mamman som talar i särklass mest (med 2120 morfem). Läkaren talar 2/3 så mycket som mamman (1564 morfem) medan sjuksköterskan talar något mindre (1208 morfem). Pappan och barnet talar mycket lite i samtalet (åtminstone urskiljbart: 39 respektive 23 morfem). Man bör dock ha i åtanke att detta samtal på grund av antalet deltagare är svårare att göra en MLU-analys av: endast de yttranden som kunnat urskiljas har räknats – de yttranden som kodats xxx finns inte med. Barnet och pappan för också stundtals ett viskande samtal i bakgrunden som inte kunnat fångas upp i transkriptionen.

4.4.2 Stärkande strategier

Ovan kunde vi konstatera att mamman är den som talar mest i samtalet. Att hon gör det beror på att hon har behov av att diskutera ett par problem: hanteringen av barnets småätande och dagis agerande. Problemen förs in vid flera olika tillfällen i samtalet, både på mammans initiativ och som svar på frågor från vårdpersonalen. Med tanke på att mamman uttrycker frustration och till och med själv vid flera tillfällen konstaterar att hon gjort eller tänkt fel så kan man förvänta sig ett stort arbete med att stärka mamman och pappan i sin vårdande roll med hjälp av olika typer av stärkande strategier.

I analysen av stärkande strategier kan man dock konstatera att direkt beröm eller uppmuntran är förhållandevis ovanligt i samtalet. Bara vid sex tillfällen uttrycker läkaren beröm eller uppmuntran till någon av samtalsdeltagarna. Fem av dessa handlar om blodtryck (*stilig*), puls (*hur fint som helst*) eller längd och vikt (*hon ligger helt perfekt i längd och vikt*). Bara vid ett tillfälle riktar hon beröm eller uppmuntran föräldrarna som handlar om hur de hanterar sjukdomen,

nämligen i slutet av samtalet när mamman gång på gång återkommer till hur svårt det är och läkaren som svar på mammans uppgivna *men vi har försökt* säger *jag tycker ni gör det bra*. Sjuksköterskan uttrycker sig uppmuntrande eller berömmande något mer frekvent, tio gånger sammanlagt under samtalet. Ofta gör hon det med mer allmänna uppmuntrande fraser som *ja vad bra*.

Analysen av samtalsstöd och minimala responser illustrerar tydligt att mamman pratar mycket – läkaren och sjuksköterskan ger rikligt med samtalsstöd (71 st. resp. 51 st.), oftast i form av *jaa*. Man kan konstatera att det finns långa sekvenser där läkaren låter mamman prata, lyssnar uppmärksamt och stöttar. Men det finns också några sekvenser där mamman pratar, läkaren stöttar med *jaa* men samtidigt är upptagen med att titta i datorn, skriva i sina papper etc. (se exempel 69). En tendens är att läkaren glider ut ur samtalet när mamman talar med sjuksköterskan. Då tittar hon i datorn, på sina papper, räknar med miniräknaren etc. Detta är tydligast i slutet, när läkaren redan markerat att hon vill avsluta samtalet och sjuksköterskan fortsätter diskutera egenvårdsplanen:

(Ex. 69)

SJU: <och vad händer> [>] om hon är borta? [LÄK sitter och tittar i datorn]

MAM: dom andra vet <också det> [<]

SJU: <dom kan också> [>]

MAM: men hon som är ansvarig för henne är ansvarig för tio andra

SJU: mm

MAM: och då sa jag du kan inte mena att du är ansvarig <för henne när du har andra> [<]

SJU: <mm (.) mm> [>]

MAM: och det är det som stressar upp <dej ju> [<]

SJU: <mm mm> [>] [LÄK tittar i datorn och skriver]

Man kan dock konstatera att såväl mamman, sjuksköterskan som läkaren relativt sett ger rikligt med samtalsstöd. Pappan är inte så inblandad i samtalet och i den mån han ger samtalsstöd är det till sjuksköterskan, eftersom det framför allt är

hon som talar med honom. Barnet använder inte stödsignaler alls, däremot ett par minimala responser vid tillfällena när sjuksköterskan ställer frågor till henne.

Analysen av icke-verbala stödsignaler bekräftar detta mönster. Med tanke på att pappan och ibland även sjuksköterskan inte syns i bild är detta dock problematiskt att analysera här.

I analysen av hur läkaren och sjuksköterskan använder sig av *frågor* ser man att läkaren och sjuksköterskan ställer en del slutna frågor till mamman (17 respektive 10 st.). Läkarens frågor handlar nästan enbart om dosering och behandling, som i exemplet *vad kör ni för bolusdoser om vi ändå nu är inne på vilka doser ni tar?*, medan sjuksköterskan ställer mer blandade frågor, t.ex. om dagis och om inställning av insulinpumpen. Läkarens frågor tycks alltså framför allt användas för att få alla fakta på bordet. Sjuksköterskans frågor har flera olika funktioner: förutom att reda ut vad som gäller (*har dom ingen extra resurs?*) så används frågorna för att lämna över vissa beslut till mamman (*Vill ni komma hit eller vill ni skicka in?*). Man ser också tydligt att sjuksköterskan tar ett ansvar för att dra in barnet i samtalet, genom att ställa frågor direkt riktade till barnet, som *Ska vi ta blodtryck i armen?* eller *Tuggar du tuggummi?*

Mamman riktar också frågor till såväl läkaren som sjuksköterskan: hon frågar om värden, ber om förtydligande och frågar om praktiska saker. Pappan, som kan språket dåligt, ställer bara en enstaka fråga till sjuksköterskan om huruvida blodtrycket är bra. Barnet ställer en hel del frågor till sina föräldrar om olika saker i rummet, men alla (som kan uppfattas) är av typen ”vad är det”?

Öppna frågor saknas nästan helt (liksom i de andra samtalen i denna studie). Läkaren ställer inte en enda öppen fråga i samtalet. Sjuksköterskan ställer en enda fråga till mamman: *kan vi göra nånting för att hjälpa till?*

Konditionalt och hypotetiskt tal kan som tidigare påpekats vara ett sätt att tona ner den egna auktoriteten. I detta samtal förekommer en hel del modifieringar med *kan* och en del formuleringar i hypotetiska satser. Så använder läkaren sig av en del konditionalt och hypotetiskt tal riktat till mamman, i fraser som *om vi räknar ungefär en på alla, sen kan man ju behöva göra småjusteringar i alla fall, se om hon lägger sig bättre*. Trots att detta försiktiga sätt att prata karaktäriserar läkarens stil så ger dock läkaren intryck av att vara tydlig med vad hon vill: *Jag skulle vilja ha ner henne lite till* säger hon, men lämnar inte öppet för en förhandling i frågan. Här kan man tala om det som Brown & Levinson kallar konventionell indirekthet (se 3.2.2 ovan): läkaren använder sig av

indirekta talhandlingar och försiktighetsstrategier som ett sätt att tona ner sin auktoritet.

Lite annorlunda förhåller det sig med sjuksköterskans användning av hypotetiskt eller konditionalt tal. I hennes fall tycks strategin framför allt användas när hon erbjuder hjälp för att gå vidare med dagis: *Och sen så kan du fylla i en sån här egenvårdsplan, den kan man också visa henne, man kan ju skriva ett papper vid sidan om.* Detta kan ses som ett erbjudande om en möjlighet till handling, där beslutet och ansvaret lämnas över till mamman. Försiktigheten kan också tänkas ha samband med att hennes förslag om att de ska skriva en egenvårdsplan konkurrerar med läkarens förslag till lösning, dvs. att lämna över allt till kuratorn.

Läkaren använder sig ofta av garderingar (35 st. riktade till mamman). Hon uttrycker sig alltså med en hel del strategier i kategorin *självständighet*. Det kan, som sagts ovan, tolkas som ett sätt att tona ner den auktoritet som hon också tydligt uttrycker i samtalet. Mamman uttrycker till exempel frustration i förhållande hur hon ska hantera barnet smååtande. Läkaren uppfattar sin roll som den som ska ge svaren – och denna auktoritativa roll tonar hon ner genom att uttrycka sig försiktigt med uttryck som: *Men jag tror egentligen att du (.) för hon ligger generellt att du för det är väl ändå så att; sen kan hon nog frukosten ser hon ju som hon kanske skulle behöva lite mer insulin; och sen kanske du får gå upp till ett komma tre; men jag tror ändå vi ska ge.* I analysen av garderingar kan man också konstatera att sjuksköterskan använder mycket få (fyra stycken i yttranden riktade till mamman). Detta kan troligen förklaras med att hon ju knappt är involverad i samtalen om dosering (vilket sjuksköterskan i samtal 3 var) utan parallellt ägnar sin uppmärksamhet åt pappan och barnet.

Också mamman uttrycker sig med garderingar (åtta gånger). En del av dessa förekommer när de talar om de bolusdoser mamman gett i hemmet, när hon uttrycker frustration men också osäkerhet på om hon gör rätt:

(Ex. 70)

MAM: ja <små kanske för små> [<] [tittar mot LÄK]

LÄK: <förmiddag> [>] (.) jaa?

MAM: kanske det är jag som gör fel jag vet <inte det är därför jag vill>
[<]

LÄK: <ja det får vi se om man tittar på> [>]

Mammans försiktiga sätt att uttrycka sin osäkerhet om det är hon som gjort fel tyder på att hon uppfattar och stöttar läkaren som experten och som den som ska värdera hur behandlingen fungerat. Användningen av garderingar i exempel 68 ovan kan ses som försiktighetsstrategier: hon försöker göra en egen tolkning men vill inte ifrågasätta läkarens auktoritet. Det försiktiga sättet att uttrycka något som är negativt för henne själv (dvs. att hon gör fel) kan också ses som en vädjan om stöd, så att det prefererade svaret skulle vara att bekräfta henne i att hon gör så gott hon kan.

4.4.3 Barnets roll

Barnet i detta samtal är 4,5 år. Det är första gången barnet är med under hela konsultationen: vanligtvis brukar pappan ta ut barnet efter en liten stund och leka utanför rummet. Denna gång ber läkaren pappan stanna kvar hela konsultationen, och därför blir barnet trots allt med i samtalet mer än hon brukar. Barnet pratar en hel del med pappan, ofta i korta repliker som är svåra att urskilja (endast 23 urskiljbara morfem i MLU-analysen). Barnet talar bosniska med sina föräldrar, men eftersom hon går på dagis kan man anta att hon förstår svenska.

Miljön i denna konsultation är förhållandevis stökig. Familjen kommer in i rummet först, sjuksköterskan springer in och ut för att kolla provsvar och hämta papper. Barnet sitter på stolen intill mamman för att ta ytterligare ett blodprov, och pappan sätter sig på en stol i ett hörn av rummet. När sjuksköterskan har gått ut med provet sitter barnet och mamman och pratar. Sjuksköterskan kommer tillbaka med plåster och därefter kommer läkaren in, ca 4,30 minuter in i inspelningen. I större delen av samtalet sitter barnet intill pappan medan läkaren och mamman pratar. Ungefär mitt i inspelningen vill sjuksköterskan titta på magen, barnet hoppar då tyst upp i pappans knä, sjuksköterskan böjer sig mot barnet som för att titta. Barnet ställer sig upp på golvet. Sjuksköterska, läkare och mamma talar om barnet, som står i mitten och iakttar dem. Barnet rör sig mellan föräldrarna och sedan bort mot mamman och försöker prata med henne och klappar henne på kinden, men mamman är involverad i samtalet med läkaren

och sjuksköterskan. Barnet vänder sig sedan tyst om och rör sig mot pappan. Hon tar upp sin väska från golvet. När sjuksköterskan går ut för att hämta ett papper blir barnet oroligt och frågar sina föräldrar var sjuksköterskan gått någonstans.

(Ex. 71)

BAR: <mamma> [>]

LÄK: jah [BAR går fram till MAM och MAM böjer sig fram emot BAR]

MAM: xxx [viskar till BAR]

BAR: xxx

MAM: ode da uzme jedan papir

%sve: hon ska hämta ett papper [PAP skrattar lite]

LÄK: vill du gå? [tittar på barnet och sedan mot mamman, ler lite]

MAM: ja hon undrade vad hon skulle (.) <och om hon> [<]

LÄK: <jah> [>] du jag tänkte innan vi pratar mer vi ska skissa på det här öka basaldosen <lite i alla fall> [<]

I exemplet ovan kan man se hur barnets oro och fråga tillfälligt bryter det samtal som pågår mellan läkare och mamman. Läkaren ler mot barnet och frågar barnet *vill du gå?* Mamman svarar, men läkaren väntar egentligen inte in hela svaret innan hon fortsätter diskutera doser, så barnets oro eller frågor tar inte någon större plats i själva konsultationen. Därefter lyfter pappan upp barnet i knäet och läkaren går runt för att titta på barnets mage. Barnet sitter tyst och stilla och låter de tre vuxna titta på hennes mage, medan hon tittar stort mot doktorn och mot mamman (som i intervjun senare förklarar att barnet är mycket rädd, se 4.4.4). Läkaren lyssnar på barnets mage och mamman förklarar på bosniska vad läkaren gör. Efter detta ställer sig barnet upp medan pappan småpratande rättar till hennes kläder. Varken pappan eller barnet involveras i samtalet om doser som försiggår vid bordet. Sjuksköterskan kommer in och delar ut papper och sätter sig sedan på den stol barnet tidigare satt.

Barnet står sedan på golvet mellan pappans ben och lyfter upp saker ur sin väska. Hon går fram till mamman för att visa henne ett tuggummi hon fått. Då

bryter sjuksköterskan in och frågar barnet vad hon har där. Barnet ler och mamman svarar åt henne. Sjuksköterskan ställer några frågor till barnet, medan läkaren fortsätter diskussionen om doser med mamman. I slutet av samtalet rör sig barnet runt pappan.

Denna förhållandevis långa beskrivning av barnets plats i samtalet och position i rummet visar att barnet inte tar någon plats i själva konsultationen, annat än som föremål för diskussion och som undersökningsobjekt. Sjuksköterskan söker barnets kontakt i högre utsträckning än läkaren. I analysen ovan (4.4.2) konstaterades att sjuksköterskan ställer en del frågor till barnet för att dra in barnet i samtalet. Barnet är blygt och svarar dock inte själv.

4.4.4 Speglingar

Intervjun med mamman försiggår i familjens hem. Inledningsvis förklarar mamman att hon tycker att samtalet fungerade bra. Hon noterar att det var första gången pappan och barnet var med ett helt samtal. Hon berättar att barnet känner oro inför läkarbesöken efter en episod när de satte på henne en sensor till insulinpumpen mot hennes vilja och var tvungna att hålla fast henne. Mamman återkommer till barnets rädsla några gånger, som när sjuksköterskan ska kolla pumpen och barnet blir rädd för vad som ska hända, eller när läkaren tittar på barnets mage: *titta så rädd hon är hon är jätterädd, hon vågar inte andas*. Här kan man notera att läkaren och sjuksköterskan inte uppfattar den här rädslan eller åtminstone inte kommenterar den, varken under konsultationen eller när de betraktar filmen.

Mamman noterar också hur splittrad hon är under själva besöket, med uppmärksamhet på allt som händer i rummet. Hon säger att det fungerar bättre när barnet och pappan är ute och hon kan koncentrera sig på samtalet med läkaren och rapportera för pappan i lugn och ro när de åker hem.

I likhet med de andra föräldrarna i denna analys upplever mamman inte siffror och värden som svåra att förstå. Det som är svårt är att hitta balansen mellan doser och mat och fysisk aktivitet. Här upplever hon stor frustration. På frågan om hon upplever sig få stöd i detta svarar hon att läkaren säger att värdena är rimliga men att hon tycker att det är för mycket upp och ner. *Det är jättejobbigt men jag hittar ingen utväg ju*, säger hon. När vi kommer till den sekvens i samtalet där hon utbrister att hon gör fel och läkaren bekräftar med ett *ja ja* för att

sedan fortsätta, säger mamman: *jag har tänkt på det jättemycket och det är därför jag säger ja det är mitt fel, för att jag står, jaha, ska jag ge henne eller inte då blir det för mycket insulin och ibland äter hon inte alls ju och då blir det ju svårt nu har jag gett dig insulin nu måste jag tvinga i dig, alltså på det, och där säger jag, är det mitt fel och hon säger jaa, [skrattar] jaha okej, det blev lite jaa, så är det.* Det är tydligt att mamman upplever att problemet inte hanteras av läkaren. I slutet av intervjun konstaterar hon att det är struligt eftersom hon vill prata om en sak och läkaren vill prata om en annan sak. Hon förklarar lite upp-givet att hon blivit hänvisad till dietisten tidigare men inte får rätt hjälp där: *jag vill ha en annan svar, hjälp mig vad är det jag ska göra, ska jag strunta i att ge henne och låta henne vara hungrig, alltså på det sättet nåt måste ju finnas, det är det jag vill få fram och det vet hon om men hon kanske inte vet.*

Även om det är svårt för föräldrarna att kommentera själva kommunikationen, eftersom det är ett nytt perspektiv, så är denna förälder både observant och reflekterande över själva samtalet. Hon ser det humoristiska i den stökiga samtalsituationen, och skrattar ofta. Trots att mamman ibland reagerar på läkarens samtalsstrategier, som i samband med att läkaren inte ger stöd när hon säger att hon gjort fel, summerar hon besöket som jättebra och konstaterar att hon fick *jättebra stöd och intyg och allt.*

I intervjun med sjuksköterskan är det framför allt det stökiga som uppmärksammas. Sjuksköterskan minns konsultationen som *ett evigt springande.* Hon tycker att det är otillfredsställande när samtalet blir så stökigt och föredrar att göra sitt först och sedan lämna över till läkaren. Sjuksköterskan påpekar ofta att de parallella samtal som uppstår i detta samtal är väldigt vanliga i konsultationer på mottagningen. Ofta befinner sig sjuksköterskan ännu i förberedelsefasen när läkaren kommer in och sysslar nedladdning av värden ur blodsockermätare och väntan på HbA1c-värdet etc. *Samtalet tar ju stryk,* konstaterar hon. Hon menar att alla i teamet borde se sådana här filmer tillsammans och diskutera hur mottagningen ska vara upplagd.

Till skillnad från samtal 1 och 2 ovan så kommer varken läkaren eller sjuksköterskan i denna intervju in på hur man ska engagera barnet mer i samtalet. På direkt fråga om hon fått någon relation till barnet svarar läkaren: *Hon är ganska blyg så att hon eh alltså det är ju mest att man säger hej.*

Också i intervjun med läkaren kommer vi snabbt in på stökigheten i samtalet. Läkaren konstaterar att det blir splittrat när det är småbarn med i rummet, för att

föräldrarna inte alltid är helt fokuserade, men att det blir lugnare när barnet har gått ut. Hon tycker också att själva teammötet är splittrat och uttrycker att hon föredrar att vara själv med familjen för att det lätt blir stökigt annars: *Det blir så tycker jag när diabetessjuksköterskan och jag är inne samtidigt och så kommer hon på nånting och så eh så att det är väldigt skönt att ha familjen själv en stund så att man kan liksom fokusera tillsammans men det är mycket med hjälpmedel och nerladdningar och så.* Samtidigt säger hon senare i intervjun att hon själv inte har några bekymmer med att koncentrera sig men att hon förstår att mamman blir splittrad.

När jag visar den sekvens när läkaren gör en kroppslig undersökning av barnet och där mamma konstaterat att barnet var *livrädd* förklarar läkaren att denna undersökning bara görs någon gång om året men att den också är ett sätt att få kontakt med barnet och inte bara prata med föräldrarna. I slutet av intervjun återkommer hon också till att det är fantastiskt att barnet varit med hela konsultationen. Här kan man konstatera att filmandet och den uppföljande intervjun påverkat situationen på ett sätt som möjligen kan leda till förändring på längre sikt.

I slutet av intervjun reflekterar också läkaren över att hon räknade så mycket under själva samtalet. Hon konstaterar att det med så små barn blir extra viktigt att dosen i insulinpumpen blir korrekt i förhållande till kroppsvikt. Här kan man tänka sig att de svåra dosrelaterade komplikationer som drabbat detta barn i inledningen av behandlingen, kan ha gjort läkaren extra noga med att räkna på doser¹¹.

Sammanfattningsvis kan man säga att intervjuerna efter denna konsultation faktiskt speglar det man kan uppleva som problematiskt i samtalet. Den frustration mamman tycks känna för att det hon upplever som det svåraste problemet – den uppmärksammas inte heller i de uppföljande intervjuerna med personalen. Alla upplever stökigheten som ett problem. Fokus på barnet under själva konsultationen är förhållandevis dåligt, och i intervjuerna finns inte heller någon medvetenhet om detta hos vårdpersonalen. En inte alltför vågad slutsats är att stökigheten i mottagningsituationen tar bort fokus från andra viktiga delar av samtalet: om läkaren hade kunnat möta förälder och barn i en lugnare situation

¹¹ Läkaren ifråga hade inte med komplikationerna att göra, men har sannolikt påverkats av incidenten.

hade hon kanske både fokuserat barnet mer och uppfattat mammans behov av att tala om balansen mellan mat och dosering tydligare.

5. Sammanfattning och reflexion

Att sammanfatta denna studie av samtalsstrategier i fyra skilda samtal är inte enkelt. Resultaten är många och av olika slag. I denna avslutande del kommer jag först att *sammanfatta de viktigaste resultaten* från studien, därefter att *reflektera över stärkande samtalsstrategier*: vad de innebär språkligt, vad de kan vara i relation till vården av en sjukdom som kräver stort eget ansvarstagande av patienten, vad som händer med dem i tolkade samtal. I ett eget avsnitt vill jag *diskutera personcentrering* i relation till huvudpersonen i samtalet, dvs. barnet/patienten, och föräldern. Slutligen vill jag i en avslutande *reflexion* fundera över studiens räckvidd och användbarhet.

5.1 Sammanfattning av studiens viktigaste resultat

Syftet med denna studie har varit att få syn på kommunikationsmönster och strategier för att bidra till att stödja barnets och föräldrarnas tilltro till sin egen förmåga att utföra vården, *self-efficacy*, i konsultationer inom barndiabetesvården. En viktig bakgrund är Socialstyrelsens rekommendationer om personcentrerad vård, enligt vilka god kommunikation ska vara en integrerad del av all sjukvård och vårdpersonalen är skyldig att ta hänsyn till mognad, kulturell och språklig bakgrund hos patienten (*Nationella riktlinjer* 2010). Socialstyrelsen betonar *empowerment*, och det faktum att ansvaret för vården ska vara delat; ett delat ansvar och behovet för patienten att ha god tilltro till sin egen förmåga att utföra vården kan sägas vara helt utmärkande för diabetesvården idag. Teknik har utvecklats som gör det möjligt att ta stort ansvar för den egna behandlingen och i viss mån frigöra sig från vården och få ett mer normaliserat liv. Samtidigt är det vården som står för kontroll, expertis och ordinerings. Här finns ett spänningsfält mellan patientens följsamhet vad gäller ordinationer (*adherence*) och tilltron till sin egen förmåga och autonomi (*self-efficacy/empowerment*) som kommer tydligt till uttryck i de konsultationer som analyserats i denna studie.

En viktig utgångspunkt för studien är att samtalsstrategier för att stödja upplevelsen av tilltro till sin egen förmåga kan urskiljas på mikronivå i samtalet. En genomgång av de strategier som brukar anföras såsom typiska för stärkande

samtal landar i fyra viktiga kategorier (se 3.2.2 för en mer detaljerad genomgång):

- *Självständighet*: Strategier som uttrycker respekt för och uppmuntrar den andres autonomi och självständighet (jfr Scollons *independence*): garderingar, indirekta talhandlingar, konditionalt och hypotetiskt tal, tveksamt och långsamt tal, undvikanden.
- *Engagemang*: Strategier som uttrycker förtroende, uppskattning och stöd för den andre (jfr Scollons *involvement*).
- *Frågor*: Öppna och slutna.
- *Berättelser*: antingen patientens eller vårdpersonalens.

I studien har fyra läkarkonsultationer i barndiabetesvården undersökts med avseende på bl.a. ovanstående strategier. Dessutom har efterföljande intervjuer kunnat ge information om hur deltagarna själva upplevt samtalen. I analysen har särskild uppmärksamhet ägnats barnets roll, för att se i vilken utsträckning vårdpersonalen arbetat för att personcentrera och stärka också barnet, även när det är föräldern som sköter den dagliga vården. Det metodologiska anslaget hämtar sin inspiration från etnografisk kommunikationsforskning såväl som språkvetenskaplig samtalsanalys.

Det första samtalet, samtal 1 i studien, sker mellan en läkare, en förälder och ett barn, 7,5 år gammalt. Behandlingen går bra, föräldern framstår som trygg och säker och läkaren har god kontakt med både föräldern och barnet. Samtalet präglas av ett lugn och en tydlig struktur. Läkaren är inriktad på att samtala med och involvera barnet i samtalets alla delar, även om barnet är blygt och mest ger enstaviga svar. Detta uppskattas av föräldern, vilket uttrycks i den uppföljande intervjun. Hela samtalet präglas av samarbete och båda parter ger rikligt med samtalsstöd. Vid ett tillfälle ger föräldern ett disprefererat svar, dvs. förklarar sig ha valt att inte följa vårdens rekommendationer om att ta blodsockervärdet på morgonen. Här försöker läkaren med utforskande frågor, ett långsamt samtals-tempo och genom aktivt lyssnande förstå hur föräldern tänker, och släpper frågan när han är säker på att föräldern vet vad hon gör. Läkaren berömmar och uppmuntrar både förälder och barn, men använder inte särskilt många försiktighetsstrategier av typen gardering och hypotetiskt eller konditionalt tal. I själva verket använder föräldern fler garderingar än läkaren, vilket kan ses som ett

uttryck för att föräldern är stark i samtalet och har ett behov av att uttrycka sig försiktigt för att visa respekt för läkarens expertroll. Både läkare och förälder är mycket aktiva i samtalet.

På många sätt kan samtal 1 ses som ett samtal som illustrerar hur det kan se ut när allting fungerar, när föräldern har en god tilltro till sin egen förmåga att utföra vården och när vården stärker föräldern i sin roll som en självständig och kompetent vårdare. Läkaren tycks få en rådgivande roll och föräldern är reflekterad och säker i sin roll. Dessutom finns ett utpräglat barnfokus i samtalet och ett genomtänkt förhållningssätt hos läkaren som ser det som sin roll att också lära upp barnet i att så småningom ta över vården själv. Det barnfokus som finns förstärks också av föräldern som nickande uppmuntrar barnet att svara på läkarens frågor.

Samtal 2 är tolkat och sker med samma läkare som i samtal 1. Samtalet sker mellan en somalisk-talande förälder, ett barn, 12 år, läkaren och en tolk. Barnet i detta samtal har varit sjuk kortare tid än i samtal 1 och behandlingen går lite sämre. Hela samtalet får en rörigare struktur på grund av att det är tolkat; den fördröjning som uppstår i tolkningen kan till exempel göra att föräldern ställer en fråga om något läkaren redan lämnat. Att alla parter väntar in tolkens arbete gör också att samtalsstöd blir förhållandevis ovanligt. Fördelningen av ordet blir också annorlunda: Mamman talar här bara en femtedel så mycket som läkaren och barnet ännu mindre. Delvis har detta att göra med att läkaren talar till barnet i första hand: barnet talar ju svenska och är dessutom så stort att det är så läkaren vill arbeta. Tolken refererar för mamman vad läkaren sagt till barnet. Läkarens barnfokus syns tydligt: han jobbar på relationen till barnet och försöker lära barnet att ta ansvar. Men samtidigt sker en fördröjning och en förskjutning i fokus genom tolkningen vilket gör att detta barnfokus kommer att tonas ner.

Trots att behandlingen går sämre och man därför kan tänka sig att förälder och barn behöver stärkas i sin roll som vårdare förekommer mycket lite beröm och uppmuntran – och när det förekommer översätts det i regel inte av tolken, vilket gör att det inte når föräldern. Däremot används en hel del strategier i kategorin självständighet: läkarens användning av hypotetiskt och konditionalt tal förekommer till exempel ofta i undervisande situationer när läkaren vill lära barnet hur det kan tänka. Dessa hypotetiska och konditionala formuleringar försvinner i tolkningen i hälften av fallen – och ibland omvandlas de till ett mer tvingande språkbruk. Läkarens garderingar översätts i princip inte alls.

Frågande är en helt central samtalsstrategi i detta samtal (liksom i samtal 1). Läkaren ställer utredande och utforskande frågor framför allt till barnet, men också ett antal till föräldern. De flesta frågor är slutna frågor, men här finns också några öppna frågor. Tolken medierar ofta bara en sammanfattning av barnets svar och inte läkarens exakta fråga – och de öppna frågor läkaren ställer till föräldern och barnet översätts ofta till slutna. En viktig slutsats av analysen av detta samtal är att stärkande samtalsstrategier är synnerligen känsliga för tolkning – möjliga orsaker till detta diskuteras vidare nedan i 5.2.

Läkaren är här – precis som i samtal 1 – mycket medveten om hur han vill samtala. Han är i samtalet helt inställd på att lära barnet att hantera sin sjukdom själv och använder även berättelser som ett verktyg för att lära barnet hur man kan tänka i situationer som uppstår. Men det är anmärkningsvärt att den typ av mer pragmatisk information som förmedlas genom en medveten stärkande kommunikationsstil försvinner i tolkningen: försiktigheten, uppmuntran etc. Språkbarriären och själva det faktum att samtalet tolkas gör alltså att det samarbete och den samtalsmetod som fungerar så väl i samtal 1 fungerar betydligt sämre här.

Det tredje och fjärde samtalet sker på en annan klinik som tillämpar teammottagning, dvs. att både sjuksköterska och läkare är med i rummet samtidigt. I båda fallen resulterar detta i en stökigare samtalsituation, där sjuksköterskan fortsätter att göra förberedelser för läkarsamtalet (provtagning etc.) medan själva läkarsamtalet pågår.

Samtal 3 sker mellan en läkare, en sjuksköterska, en förälder, ett barn, 5 år gammalt. Dessutom är en sjuksköterskestudent närvarande i rummet. Samtalet kommer att präglas av förälderns oro inför skolstart och dosering och vårdpersonalens empatiska stöttande. Stöttandet sker i form av beröm, uppmuntran, aktivt lyssnande och rikligt med samtalsstöd. Läkaren har också en samtalsstil som präglas av samtalsstrategier som uttrycker respekt för den andres självständighet – här finns rikligt med garderingar och en hel del hypotetiskt och konditionalt tal. Samtalsstilen blir försiktig och trevande. Läkaren använder också hypotetiskt tal som ett sätt att föra in en hypotetisk framtid där det går just så illa som familjen fruktar – konsekvensen blir att läkaren drar tillbaka det råd om att höja dosen som både sjuksköterskan och läkaren försökt uppmuntra föräldern att följa. I analysen spekulerar jag i om detta drag kan ses som ett utslag av *affekt-smitta*: läkaren och sjuksköterskan smittas av förälderns rädsla – och agerar på

den istället för att lugna. Detta kan ses som ett utslag av empati som samtidigt riskerar att verka i motsatt riktning. Man kan också uppmärksamma att här finns en del källor till information och kanske också orsaker till rädsla som inte kommer till ytan i samtalet, kanske för att läkaren inte ställer den typ av utforskande frågor som kan ge svar på hur föräldrarna tänker. Samtalet illustrerar på ett påtagligt sätt hur rädsla – och att hantera rädsla – är en viktig aspekt av diabeteskonsultationen. Men den goda kontakt och den tillit som kommer till uttryck i intervjuerna, som kanske delvis är ett resultat av samtalsstilen, har också goda effekter för kommunikationen och för behandlingen på lång sikt. Det är inte den empatiska samtalsstilen i sig som riskerar att bli problematisk, utan mer precis de sekvenser där sjuksköterskan och läkaren formulerar de negativa effekter rädslan kan ha och drar tillbaka sina råd.

I det fjärde samtalet, samtal 4, deltar båda föräldrarna, även om det är mamman som kan svenska bäst och för samtalet. Pappan, som normalt brukar vara utanför rummet med barnet, sitter vid sidan om med barnet och talar ibland med sjuksköterskan. Mamman har en splittrad roll: hon talar med läkaren, är uppmärksam på barnet, översätter för pappan och lyssnar på sjuksköterskan. Förutom föräldrarna och barnet – som är 4,5 år – deltar alltså både sjuksköterska och läkare. Samtalet blir uppdelat på så sätt att läkaren är koncentrerad på dosering och värden, medan sjuksköterskan sysslar med provtagning, blodtryck etc. och dessutom tar ett visst ansvar för att dra in pappan och barnet i samtalet: det uppstår två parallella skeenden i rummet.

Detta fjärde samtal är det enda i studien där en förälder talar mer än läkaren. Det är också ett samtal där föräldern tar initiativ till flera faser (vanligen är det läkaren som styr samtalets struktur). Det kan förklaras med att mamman här upplever stor frustration och har behov att tala om sådant som är svårt: dagis agerande och hur hon ska hitta balansen mellan dosering och småätande i vardagen. Under dessa sekvenser ger både läkare och sjuksköterska rikligt med samtalsstöd, men läkaren är ofta samtidigt upptagen med att räkna på doser och värden. Här finns också ett par tillfällen då läkaren ger ett disprefererat svar och inte är uppmärksam på, eller åtminstone inte adresserar, den frustration över vardagens dosering mamman ger uttryck för. Med tanke på att föräldern uttrycker så mycken frustration och osäkerhet om behandlingen hemma finns förhållandevis lite beröm och uppmuntran riktat till föräldrarna.

Läkaren är i samtalet tydlig med sina ordinationer och uttrycker genom dessa tydligt sin auktoritet, men tonar också ner denna genom frekvent användning av försiktighetsstrategier. Sjuksköterskan, som inte alls talar lika mycket i samtalet som läkaren, använder hypotetiskt tal på ett lite annat sätt, nämligen som ett sätt att uttrycka föräldrarnas möjligheter – och lämnar på så sätt över ansvar till föräldern. I samtalet är det framför allt läkaren som ställer frågor – dessa har här framför allt funktionen att få all information om dosering och matvanor på bordet, för att kunna fatta beslut om ny dosering. Det finns mycket lite av det slags utforskande frågor om hur föräldern tänker, som finns i samtal 1. Å andra sidan tar föräldern initiativ själv till att berätta om det – men läkaren och föräldern har delvis olika agendor i samtalet, en vill hitta rätt dosering och en vill hitta ett sätt att hantera vardagen.

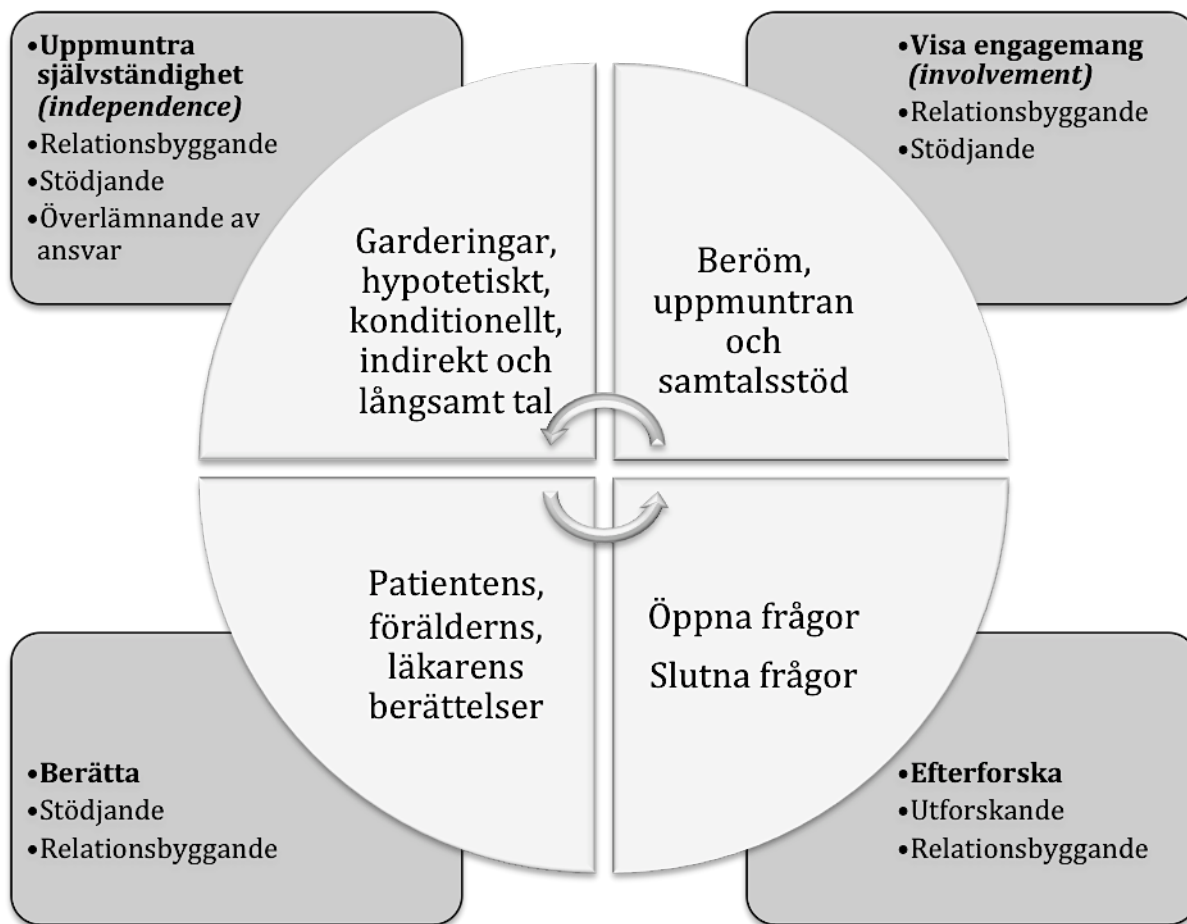
Det fjärde samtalet är intressant för att det kanske tydligast illustrerar komplexiteten i barndiabetessamtalen. Läkaren använder sig av alla de samtalsstrategier som tagits upp ovan som stärkande, men av mindre beröm och uppmuntran än i de andra samtalen. Samtidigt uttrycker läkaren sin auktoritet starkare. Men i analysen framkom att det i viss mån saknas samarbete – läkaren adresserar inte det föräldern ser som mest problematiskt (här kan man tänka sig mer aktivt lyssnande och utforskande frågor), och sjuksköterskan och läkaren drar åt olika håll och har olika lösningar på dagisproblematiken som kommer upp i slutet av samtalet. Barnet får slutligen mycket lite fokus i samtalet annat än som undersökningsobjekt och föremål för diskussion. Till viss del kan möjligen problemen i samtalet ha sitt upphov i själva samtalskontexten – varken sjuksköterskan, läkaren eller föräldern är nöjda med teammottagningens stökiga inramning.

5.2 Samtal för att öka patientens tilltro till sin egen förmåga: språkliga dimensioner

I analysen av stärkande samtalsstrategier har en terminologi som härrör från Goffman (*face*), Brown & Levinson (*artighetsstrategier*) och Scollon & Scollon använts (se 3.2.2). Brown & Levinson talar om strategier för att bevara deltagarnas *face*, dvs. den framförhandlade bilden av oss själva – antingen strategier som bevarar *positive face* (dvs. positiv självbild och personlighet) eller som respekterar *negative face* (dvs. integritet) (Brown & Levinson 1987, s. 61). Men

analysen av dessa komplexa diabetessamtal pekar på vikten av att uppmärksamma strategier som fungerar relationsbyggande (jfr även Bowe & Martin 2007:35). Medan Brown & Levinsons tal om ansiktshotande och ansiktsbevarande strategier ger ett intryck av att vara något slags nöduttryckningar för att reparera något som skadats (eller hindra något från att skadas) förefaller Scollon & Scollons terminologi engagemang (*involvement*) och självständighet (*independence*) bättre kunna fånga de positiva, konstruktiva och relationsbyggande dimensioner som finns i båda dessa kategorier (Scollon & Scollon 2001, s. 49–52).

Om man utifrån de fyra samtal som analyserats i denna studie försöker se vilken typ av faser som verkar behövas i stödjande samtal i vård av kroniska egenvårdsjukdomar som diabetes så är *relationsbyggande* en av dessa (jfr Ketunen et al. 2001 som talar om *öppnandet* där ömsesidig tillit byggs upp). Det är mycket viktigt att läkaren och patienten får en god relation. Andra viktiga faser i samtal som främjar upplevelsen av tilltro till sin förmåga att utföra vården själv kan sägas vara *utforskande*, *stödjande* och *överlämnande av ansvar*. Möjligen skulle man kunna säga att faser inte är ett rättvisande begrepp – att det snarare handlar om olika grundfunktioner som behöver finnas i samtalet. För att stödjandet ska fungera behövs en god relation, för att överlämna ansvar behöver patienten också stödjas att ta ansvaret, för att kunna ge rätt typ av stöd behöver ett utforskande ske. Men det är inte avgränsade faser som sker i kronologisk ordning, utan snarare funktioner som finns parallellt i samtalet. I figur 2 nedan illustreras de olika grundfunktionernas relation till de olika samtalsstrategierna.



Figur 2. Stärkande samtal för att stödja upplevelsen av tillit till sin förmåga att utföra egenvård: grundfunktioner och samtalsstrategier.

En aspekt som är viktig i barndiabetesvårdens samtal och som inte tagits upp i figuren är *undervisande*. En anledning att undervisande eller lärande inte betonas mer här är att alla de intervjuade föräldrarna i denna studie menar att de fått lära sig hur sjukdomen och medicineringen fungerar redan under de första veckornas sjukhusvistelse och att det inte är något problem att förstå. Samtidigt är det en relevant aspekt av samtalen, för också barnen ska lära sig hantera sjukdomen, och läkaren i samtal 1 och 2 ägnar en del tid åt sådant som att förklara medelvärde eller berätta hur man kan hantera hypotetiska situationer. Vill man framhäva undervisning som en viktig del av stärkande samtal i barndiabetesvården kan man kanske argumentera för att figuren ovan skulle kompletteras med strategier för att förklara och instruera och se också dessa som hörande till en stödjande grundfunktion.

Uppställningen i figuren ovan har många gemensamma drag med beskrivningen av motiverande samtal i samtalsmetoden MI. Där talas till exempel om framlockande, samarbetsfrämjande och autonomiunderstödjande som ”MI-andans” tre delområden. I genomgången i 3.2.2 ovan av MI-metodens beskrivning av samtalsstrategier och hur de kan översättas i språkvetenskaplig terminologi konstaterades att man i samband med det samarbetsfrämjande delområdet talar om vikten av maktindelning i interaktionen men ändå inte uppmärksammar samtalsstrategier som handlar om att experten drar sig tillbaka och tonar ner sin egen expertis. Jämför man med de delområden som beskrivs i MI kan man också se att grundfunktionen *stödjande* blir betydligt viktigare i denna studie.

I viss mån kommer den typ av samtalsstrategier som tas upp i figuren i kategorin *visa engagemang* ändå upp i MI, eftersom empati framhålls som särskilt viktigt och behandlaren ska demonstrera förståelse för den andres perspektiv (jfr 3.2.2 ovan). Att empati är en viktig aspekt av stärkande samtal framhålls i de flesta sammanhang, men denna studie har också visat att det också kan finnas risker med den affektsmitta som brukar sägas vara en del av empati (jfr Hilmarsson 2013). Något som är helt centralt i den typ av samtal denna studie handlar om är att hantera rädsla. Detta skiljer möjligen samtalen från den typ av samtal som ligger till grund för samtalsmetoden MI. Föräldrarnas rädsla för att något ska gå fel i den behandling de själva ska utföra på sitt barn – av en potentiellt livshotande sjukdom – är ofta ett av de största hindren för en lyckad behandling, vilket syns tydligt i samtal 3 i denna studie (jfr 5.1 ovan). Att motivera föräldrarna är i detta läge inte det viktigaste – utan att stärka dem. Men om empatin och affektsmittan påverkar läkaren så att ordinationen dras tillbaka, som i samtal 3, finns kanske också en risk för att rädslan bekräftas och förstärks? (Och om ordinationen inte dras tillbaka och barnet hamnar för lågt i blodsocker kanske effekten blir densamma, dvs. att rädslan bekräftas och förstärks – det är i den rävsaxen läkaren sitter). I den somatiska sjukvården har affektsmitta oftast uppmärksammas som orsak till utbrändhet hos vårdpersonal. Denna studie tyder på att det kan finnas anledning att fördjupa studiet av den roll affektsmitta kan spela i stärkande samtal i vårdkontexter där rädsla är ett viktigt tema.

En av utgångspunkterna för denna studie var att undersöka invandrarfamiljernas kommunikation, för att se vilken roll språkliga och kulturella skillnader spelar för en lyckad behandling. Detta tema har inte fått särskilt stor plats, och

det språkliga och kulturella har heller inte uppmärksammats som viktiga faktorer – dock är det av stor vikt i det tolkade samtalet.

Förutom den påverkan på samtalsstrukturen som sker i ett tolkat samtal har resultatet i denna studie visat att stärkande samtalsstrategier är synnerligen känsliga för tolkning. En stor del av de samtalsstrategier som hör till en stärkande samtalsstil översätts inte alls av tolken. Anledningarna till det kan vara flera. En möjlighet är att tolken inte tillmäter själva samtalsstilen någon betydelse utan istället fokuserar på innehållet i samtalet. Denna förklaring är också förenlig med tidigare studier som t.ex. pekar på att andraspråkstalare är upptagna med ett yttrandes innehåll snarare än interpersonella effekter och därför själva producerar färre garderingar (Nikula 1997, s. 196–197). Det kan också vara så att tolken saknar kunskap i svenska nog för att fånga dessa nyanser. En tredje förklaring kan vara att tolken i detta samtal inte ser det som relevant att översätta de samtalsstrategier som riktas från läkaren till barnet. I dagens personcentrerade läkarpraxis talar läkaren ofta till föräldrarna via barnet (jfr Aronson & Rindstedt 2011, Ringnér et al. 2013). Men om den stärkande samtalsstil läkaren medvetet arbetar med inte alls förmedlas till föräldern faller en viktig aspekt av barndiabeteskonsultationen bort för föräldern i tolkade samtal.

En fjärde möjlig förklaring till att det tolkade samtalet får den karaktär det har är att tolken översätter läkarens samtalsstil till en mer auktoritativ samtalsstil som svarar mot de förväntningar man som somalier har på en läkare, dvs. att han gör ett slags kulturtolkning. Svenberg et al. (2011) diskuterar erfarenheter av möten mellan somaliska flyktingar och svenska läkare, och talar om en misstro mot svenska läkare som inte är tillräckligt auktoritära eller kunniga (istället frågar de alltför många frågor och använder uppslagsböcker för att ta reda på saker). Här behöver man fråga sig om det finns risk för att förtroendet i själva verket skulle minska om tolken översatte de stärkande samtalsstrategier som diskuteras i denna studie. Men det bör betonas att denna studie endast är en fallstudie av *ett* tolkat samtal. Sannolikt finns många tolkar som hanterar de stärkande strategierna annorlunda. Fler studier behövs för att öka förståelsen för tolkade samtal i barndiabetesvården.

5.3 Personcentrering: av barnet eller föräldern?

I personcentrerad vård där barnet är patient är barnets roll minst lika viktig som förälderns. Denna studie bekräftar delvis de tidigare studier som visat att barnets bidrag i kommunikationen är mycket litet (jfr 3.2.3 ovan). Men samtal 1 och samtal 2 ser annorlunda ut, framför allt för att läkaren arbetar medvetet med att dra in barnet i samtalet och också att lära barnet hur diabetes fungerar eller hur man kan tänka kring situationer som uppstår. Samtal 1 är också det samtal där det finns minst antal deltagare, bara tre stycken. När läkaren tydligt fokuserar på barnet drar sig också mamman tillbaka, för att hon också ser det som viktigt att barnet och läkaren får en god relation. Barnets kvantitativa bidrag i samtalet är litet, eftersom det är ett blygt barn, men eftersom hon hela tiden dras in i samtalet med frågor och tilltal så finns hela tiden ett barnfokus, även när läkaren pratar dosering med mamman. Det markeras också av att barnet är huvudpersonen även när de flyttar fram till datorn och tittar på värden – mamman sätter sig bakom. Mamman uttrycker inte heller i intervjun någon frustration över att läkaren sätter barnet i centrum, dvs. det sker inte på bekostnad av mammans upplevelse av att få det stöd hon behöver (jfr Ringnér et al. 2013). Men så är det också en stark förälder och en behandling som fungerar bra.

I analysen ovan har redan kunnat konstateras att den samtalsmetod som fungerar så bra i samtal 1 inte fungerar lika bra i det tolkade samtalet. Också här arbetar läkaren medvetet med att tala till barnet i första hand. Barnet är 12 år och ska nu lära sig att ta över alltmer av vården själv. Barnet kommer också till tals i samtalet, men sannolikt i mindre utsträckning än vad som skulle skett om samtalet inte varit tolkat (se 4.2.3 ovan). Det är också oklart vilken roll tolkens närvaro spelar för barnets vilja att ta en mer fokuserad plats. I detta fall är tolken en man som känner hans mamma, och tolken går ibland in och talar auktoritativt till barnet, vilket sannolikt påverkar den roll barnet spelar i samtalet.

Också i detta samtal gör den rumsliga placeringen att barnet får en mer fokuserad roll och också här tar läkaren med barnet fram till datorn – mamman blir sittande kvar vid bordet. I denna studie har konstaterats den utbredda strategin att tala till föräldern via barnet fungerar sämre i ett tolkat samtal (se 5.2 ovan). I analysen av detta samtal blir det tydligt att föräldern hamnar i bakgrunden. Varken barnet eller föräldern får således den personcentrering som man strävar efter

i dagens barndiabetesvård, även om läkaren arbetar medvetet för att åstadkomma den.

I samtal 3 och 4 är barnen något yngre än i samtal 1 men det är ändå anmärkningsvärt att barnen fokuseras så lite som de gör. I båda fallen blir barnen framför allt undersökningsobjekt och föremål för diskussion och får ingen egen plats i samtalen. I samtal 3 finns mycket få yttranden riktade direkt till barnet, som är 5 år gammalt. Ändå är barnet inte helt passivt i förhållande till samtalet: Under samtalets gång lyssnar hon och rör sig upp och ner i pappans knä. När de andra pratar om föräldrarnas rädsla kryper hon upp i pappans knä och klappar hans kind. Detta är något som alla deltagare i samtalet uppmärksammar när de ser på filmen i efterhand. I själva samtalet finns dock i princip ingen personcentrering av barnet alls. Allt fokus ligger på föräldern. På liknande sätt ser det ut i samtal 4, där barnet är ännu yngre (4,5 år) och inte normalt brukar vara med i samtalet alls. Här blir det också tydligt genom att barnet nästan aldrig sitter ner på stolen, utan rör sig oroligt mellan mamman och pappan. Mycket lite interaktion mellan vårdpersonal och barn förekommer och barnets oro, som tycks väckas varje gång det ska ske något nytt i rummet, kommer inte heller att uppmärksammas av vårdpersonalen. Både samtal 3 och 4 utmärks ju också av en stökigare struktur och fler deltagare i rummet. En inte alltför vågad gissning är att det blir svårare att sätta barnet i fokus i samtal där fler deltagare medverkar. För att förbättra personcentreringen av barnet är det alltså tydligt att man bör sträva efter samtal med så få deltagare som möjligt där man skapar lugn och tid för att lyssna in även små barn. Här finns sannolikt mycket att göra bättre.

5.4 Vad metoden gett: kritisk och konstruktiv reflexion

Att göra fyra fallstudier med kvalitativ metod kan fånga den komplexitet varje enskilt samtal bär. Men perspektivet är i viss mån ensidigt. Det är vårdpersonalens strategier som har fokuserats. Föräldrarnas kommunikation och strategier har visserligen noterats och ibland diskuterats, men det är vårdpersonalens kommunikativa strategier och samtalens potential att stärka upplevelsen av self-efficacy som är central för denna studie. En viktig aspekt av det dynamiska spelet går således förlorad och får vänta till framtida studier.

Sannolikt är det så att det är i mötet mellan varje individs samtalsstil som samtalet får sin karaktär. Vid varje samtal sker i idealfallet en ackommodation

och en strävan efter att mötas trots olika samtalsstilar – en ackommodation som naturligtvis blir svårare ju fler deltagare som finns i samtalet. För vårdpersonal är samtalen ett arbetsverktyg. Det gäller inte minst konsultationer om sjukdomar som är att betrakta som egenvårdssjukdomar – samtalet är här helt centralt för att hjälpa patienten att utföra egenvården på bästa sätt.

En kvalitativ fallstudie av fyra samtal går naturligtvis inte att reproducera. Analysmetoden går att tillämpa på nya samtal, som sannolikt uppvisar annan problematik. Den ekologiska validitet som studier av verkligt förekommande interaktion bär med sig är å andra sidan studiens styrka. De speglingar som de uppföljande intervjuerna tillhandahåller stärker också studiens interna validitet. Däremot finns ingen extern validitet i meningen generaliserbarhet. Men fortsatta studier av tolkade samtal skulle t.ex. kunna visa om det är ett allmänt förekommande drag att garderingar inte översätts av tolken – och på så sätt stärka generaliserbarheten.

Studiens styrka ligger alltså i den ekologiska validiteten. Det innebär också att den kan ha stor nytta i undervisning i samtalsmetodik för vårdpersonal som utgångspunkt för diskussion om hur man kan hantera liknande situationer.

Studien är också ett teoretiskt bidrag i så måtto att den kopplar ett språkvetenskapligt grepp om samtalsmetoder som inom t.ex. vårdvetenskap och psykologi har betraktats som motiverande och stärkande. Framför allt granskas vilken typ av strategier som verkar positivt för en upplevelse av tilltro till förmågan att utföra egenvården, i enlighet med riktlinjer präglade av ideal om *empowerment*. Dessa riktlinjer har också resulterat i samtalsmetoder som till exempel MI (motiverande samtal). Ett försök görs i denna studie att koppla de samtalsstrategier som nämns i MI till språkvetenskaplig terminologi. Det innebär att studien anlägger ett funktionellt perspektiv på språkliga drag som garderingar, konditionala uttryck etc. Medan pragmatik och språkfilosofi tidigare diskuterat dessa lösgjorda från specifika kontexter görs i denna studie en situerad analys, där det komplexa samspelet mellan försiktighetsstrategier (i kategorin självständighet) och beröm, uppmuntran och samtalsstöd (i kategorin engagemang) granskas i relation till en specifik kontext, barndiabetesvården.

Samtidigt innebär denna studie också i viss mån en komplicering av den evidensbaseringsprocess som pågår av samtalsmetoden Motiverande samtal. Komplexiteten i varje enskilt samtal (och i förutsättningarna för det) tyder på att ett automatiskt poängsättande av graden av till exempel *framlockande* måste

ifrågasättas. Framför allt blir detta tydligt i analysen av det tolkade samtalet och dess förutsättningar. Om inte den kulturella förförståelsen är delad – idéerna om empowerment, föreställningar om läkarens roll, om patientens egenvårdande roll – är förutsättningarna för att ett motiverande ska ske mycket sämre. En analys av ett samtals potential att motivera eller stärka måste med nödvändighet bli en omfattande analysprocess som involverar intervjuer med deltagarna och kan knappast ske genom en automatiserad poängsättning. För att kunna använda samtalsmetoden MI i andra kontexter än den från början utvecklats för är det också viktigt att ha med sig insikten att motivering inte alltid är den mest relevanta uppgiften: i den kontext denna studie använts råder inga tvivel om att motivationen är hög. Däremot är inte alltid tilltron till förmågan att klara av att sköta egenvården av sitt barn tillräcklig för en framgångsrik behandling. Rädsla är ett vanligt hinder. Denna studie visar behovet av att utveckla samtalsmetoder som kan hantera och bemöta rädsla på ett framgångsrikt sätt.

5.5 Slutord och framtida forskning

En inte ovanlig kommentar jag fått i samtal med läkare i barndiabetesvården är att det är få forskare som kommer utifrån som förstår den svåra uppgift de har i samtalen. Jag hoppas att jag med denna studie kunnat illustrera några av de utmaningar personalen ställs inför. Att hjälpa föräldrar (och tonåringar) att kunna utföra egenvården av diabetes så att långtidssockervärdet blir optimalt och barnets liv blir så normalt som möjligt är en svår balansgång där ordinationer måste balanseras mot självförtroende, förmåga, rädsla och motivation. I varje samtal måste läkaren kunna känna in om det är läge att vara tydligare, mer försiktig eller mer stöttande. Och för att kunna göra det måste man skapa en bra relation och god förståelse för föräldern eller patienten.

Hälsokommunikation har varit ett växande forskningsområde de senaste decennierna. Icke desto mindre finns fortfarande luckor. Mer forskning om stärkande samtal i specifika vårdkontexter behövs, liksom mer forskning om tolkade samtal i sjukvården generellt och i barnsjukvården specifikt. Särskilt intressant vore här att utveckla teorier om motiverande och person- eller familjecentrerade samtal med hjälp av språkvetenskaplig teori. En mycket intressant uppgift för framtida forskning är också att se närmare på hur affektsmitta yttrar sig i läkar-samtal och vilken effekt den får på kommunikationen och konsultationen.

Avslutningsvis vill jag peka på behovet av mer forskning om språkliga strategier för att dra in barnet i samtalet. Detta blir särskilt viktigt när det handlar om kroniska sjukdomar som barnet ska leva med: integrera, lära sig hantera och lära sig behandla.

Författarens tack

Denna rapport är resultatet av ett projekt finansierat av Vårdalinstitutet. Till Vårdalinstitutet vill jag rikta ett stort tack för möjligheten att få sätta mig in i ett så spännande och viktigt område som läkares och sjuksköterskors kommunikation med familjer med annat modersmål än svenska. Jag vill också tacka den grupp barndiabetesforskare under ledning av Inger Hallström som jag fick tillhöra under min första tid vid Vårdalinstitutet. Utan er sakkunskap hade det varit svårt att så snabbt sätta sig in i ett helt nytt område. Läkare, klinikchefer, sjuksköterskor vid de kliniker jag besökt: Tack för att jag fick komma och göra studien! Jag skulle så gärna vilja nämna er alla vid namn, alla ni som hjälpt mig genom att släppa in mig, bjuda på er själva, låta er kommunikation analyseras och ställa upp för intervjuer. Men det kan jag ju av etiska hänsyn inte göra.

Mitt intresse för läkarkonsultationen bottnar i mina egna erfarenheter av att vara patient, förälder och vårdbiträde. Men jag har också föräldrar som i hela sitt yrkesliv arbetat med vård, som sjuksköterska, vårdlärare och barnläkare. Tack till er båda för era insiktsfulla och viktiga kommentarer under projektets gång.

Jag vill också rikta ett stort tack till kolleger och vänner som med språkvetenskaplig kompetens eller diabeteskunskap granskat denna rapport. Bo, Jan, Susanna, Ingetora & Jonas: Tack.

Att studera ett tolkat samtal kräver insatser av språkligt kompetenta tolkar och översättare. Jag vill tacka Asha Noor som översatt somaliskan i det tolkade samtalet och Yassin Ekdahl som varit konsult och medbedömare. För kostnader för översättningar, tolkar och resor har jag fått ett frikostigt bidrag från Birgit och Gad Rausings stiftelse – utan detta bidrag hade projektet inte heller varit möjligt att göra. Tack.

Slutligen till familjerna och tolken som släppt in mig i läkarsamtalen, som låtit mig intervjuas er efteråt, som bjudit både på kaffe och på er själva: tack från hjärtat!

Litteratur

- Anderson, Joan M. 1996. Empowering Patients: Issues and strategies. *Social Science and Medicine* 43: 5, 697–705.
- Anderson, Robert M., Funnell Martha M., Fitzgerald James T., Marrero David G. 2000. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23:739–743.
- Aronsson, Karin & Rundström, Bengt 1989. Cats, dogs, and sweets in the clinical negotiation of reality: On politeness and coherence in pediatric discourse. *Language in Society*, 18, 483-504.
- Aronsson, Karin & Rindstedt, Camilla 2011. Alignments and facework in paediatric visits: Toward a social choreography of multiparty talk. I: Candlin, C. N. & Sarangi, S. (red.) *Communication in professions and organizations: Handbook of applied linguistics* 3. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Bolden, Galina B. 2000. Toward understanding practices of medical interpreting. Interpreters involvement in history taking. *Discourse studies* 2 (4). 387–419.
- Bowe, Heather & Martin, Kylie 2007. *Communication Across Cultures: Mutual Understanding in a Global World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, Penelope & Levinson, Stephen C. 1987. *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Caffi, Claudia 1999. On Mitigation. *Journal of Pragmatics*. 31. 881–909.
- Carr, E. Summerson & Smith, Yvonne 2014. The Poetics of Therapeutic Practice: Motivational Interviewing and the Powers of Pause. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 38:1. 83–114.
- Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics 2003. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112 (3 Pt 1), 691.
- Dahlqvist, Gisela 2008. Den första informationen. I: Sjöblad, Sture (red.) *Barn- och ungdomsdiabetes*. 2., [uppdaterad och utvidgad] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Dempsey, Nicholas P. 2010. Stimulated recall interviews in ethnography. *Qualitative sociology*. 33. 349–367.

- Englund Dimitrova, Birgitta 1991. *När två samtalar genom en tredje: interaktion och icke-verbal kommunikation i medicinska möten med tolk*. Stockholm: Univ., Centrum för tvåspråkighetsforskning.
- Ericsson, Stina & Ottesjö, Cajsa 2012. Att tilldela och motivera ansvar. Exempel på från läkarsamtal med unga inom personcentrerad diabetesvård. I: Karlsson, Anna-Malin, Landqvist, Mats & Rehnberg, Hanna Sofia (red.) *Med språket som arbetsredskap: sju studier av kommunikation i vården*. Huddinge: Södertörns högskola.
- Goffman, Erving 1967. *Interaction ritual: essays on face-to-face behavior*. Anchor Books ed. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Gumperz, John Joseph 1982. *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Feste, Catherine & Anderson, Robert M. 1995. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient education and counseling*. 26 (1995), 139–144.
- Fitzgerald, Helen 2003. *How different are we? Spoken discourse in intercultural communication*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Forsberg, Lars 2006. Motiverande samtal, bättre än råd, *Läkartidningen* 2006, vol 103: 42, 3178–3180.
- Forsberg, Lars, Berman, Anne H, Källmén, Håkan, Hermansson, Ulric, Helgason, Asgeir 2008. A Test of the Validity of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 37:3, 183–191.
- Funnell, Martha M. & Anderson, Robert M. 2004. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*. 22:3, 123–127.
- Hilmarsson, Hilmar 2013. Empatisk vägg skydd mot affektsmitta, *Psykologtidningen* 2013:5, 30–34.
- Kasper, Gabriele 2000. Data collection in Pragmatics Research. In: (ed: Helen Spencer-Oatey) *Culturally speaking. Managing rapport through talk across cultures*. London/New York: Continuum, 316–341.
- Kettunen, Tarja, Poskiparta, Marita & Liimatainen, Leena 2001. Empowering counseling – a case study: nurse–patient encounter in a hospital, *Health Education Research. Theory & Practice*, 16:2, 227–238.
- Larsson, Yngve 2008. Kvalitet och målsättningar i vården av barn och ungdomar med diabetes. I: Sjöblad, Sture (red.) *Barn- och ungdomsdiabetes*. 2., [uppdaterade och utvidgade] uppl. Lund: Studentlitteratur.

- Lindholm, Camilla 2003. *Frågor i praktiken. Flerledade frågeturer i läkare-patient-samtal*. Studier i nordisk filologi 81. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.
- Magnusson, Maria. B, Hulthén, Lena & Kjellgren, Karin I. 2009. Misunderstandings in multilingual counselling settings involving school nurses and obese/overweight pupils, *Communication & Medicine* 6(2), 153–164.
- Melander Marttala, Ulla (1995). *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient: en språklig och samtalsanalytisk undersökning*. Diss. Uppsala: Univ.
- Miller, William R. & Rose, Gary S. (2009), Toward a theory of motivational interviewing, *American Psychologist*, 64(6), 527–537.
- Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W.R., & Ernst. D. 2010. Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1: Revised Global Scales. (översättning 2011) Tillgänglig via:
<https://www.miclab.org/sites/default/files/images/pdf/MITI%203.1%20SV.pdf>
- Munthe, Christian, Sandman, Lars & Ceutas, Daniela 2011. Person-centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health & Research. *Health Care Analysis* 20:3. 231–249.
- Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010: stöd för styrning och ledning*. (2010). Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig på Internet:
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden>.
- Nikula, Tarja 1997. Interlanguage view on hedging. I: (red.) Schröder, Hartmut & Markkanen, Raija. *Hedging and discourse: approaches to the analysis of a pragmatic phenomenon in academic texts*. Berlin: de Gruyter, 188–207.
- Norström, Eva, Gustafsson, Kristina och Fioretos, Ingrid 2011. *Tolkens roll och tolkningens betydelse för rättssäkerhet och integration*. Rapport från tolkprojektet. Tillgänglig på www.tolkprojektet.se.
- Povlsen, Lene, Olsen, Birthe & Ladelund, Steen 2005. Educating families from ethnic minorities in type 1 diabetes – experiences from a Danish intervention study. In: *Patient Education and Counseling* 5, 164–170.
- Ringnér, Anders, Öster, Inger, Björk, Maria & Graneheim, Ulla H. 2013. Talking via the child: discursively created interaction between parents and health care professionals in a pediatric oncology ward. *Journal of Family Nursing*, 19(1), 29-52.

- Roberts, Celia, Moss, Becky, Wass, Val, Sarangi, Srikant & Jones, Roger 2005. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education* 2005 (39), 465–475.
- Ryn, Michelle van & Heaney, Catherine. 1997. Developing effective helping relationships in health education practice, *Health Education Behaviour* Dec; 24(6):683–702.
- Rönberg Sten & Sandahl Christer 1988. *Sju steg till minskat alkoholberoende*. Lund: Studentlitteratur.
- Saville-Troike, Muriel 2003. *The ethnography of communication: an introduction*. 3. ed. Oxford: Blackwell.
- Silverman, David 1993. Policing the lying patient. Surveillance and self-regulation in consultations with adolescent diabetics. I: Fischer, Sue & Todd, Alexandra D., (red.) *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood, NJ: Ablex, 213–241.
- Svenberg, Kristian, Skott, Carola & Lepp, Margret 2011. Ambiguous expectations and reduced confidence. Experience of Somali refugees encountering Swedish health care. *Journal of Refugee Studies*. 24(4), s. 690–705.
- Svensson Staffan, Linell Per & Kjellgren Karin I. 2008. Making sense of blood pressure values in follow-up appointments for hypertension, *International Journal of Cardiology* (2008), 123:2, 108–116.
- Scollon, Ronald & Scollon, Suzanne B. 2001. *Intercultural communication: a discourse approach*. 2. ed. Malden, MA: Blackwell Publishers
- Stone, Mary Specker 1997. In Search of Patient Agency in the Rhetoric of Diabetes Care. In: *Technical Communication Quarterly*, 6:2, 201–217.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. 2001. Doctor-parent-child communication: a (re) view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839–851.
- Wadensjö, Cecilia 1992. *Interpreting as interaction: on dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Diss. Linköping: Univ.

NORDLUND

Småskrifter från Nordiska språk i Lund

ISSN 0281-5427

1. *Tre uppsatser* (1982)

- a. Lena Ekberg: Vara och – en markör för subjektets 'icke-plats'.
- b. Ulf Teleman: What Swedish is like. A mini-grammar for those who need it.
- c. Börje Tjäder (utg.): Rapport från ett gränsland.

2. Ulf Teleman (red.) (1983): *Skrivundervisning på universitetsnivå. Rapport från det första ämnesdidaktiska seminariet i nordiska språk, Lund 1983.*

3. *Blandade studier* (1984)

- a. Ulf Teleman: Har tal- och skriftspråk olika grammatiker?
- b. Jan Svensson: Recension av C Platzack, Modern grammatisk teori.
- c. Åke Pettersson: Frekvens och kompetens. Om elevers språkförmåga.
- d. Ulf Teleman: Om att förstå lagen. Recension av Britt-Louise Gunnarsson, Lagtexters begriplighet.
- e. Christer Platzack: Kommentrar till Jan Svenssons recension.

4. Lars Wollin (red.) (1984): *Tiällmannstudier.*

5. Ulf Teleman (red.) (1984): *Språkhistoriens mening. Rapport från det andra ämnesdidaktiska seminariet i nordiska språk, Lund 1984.*

6. *Berätta och argumentera. Tre analyser av skoluppsatser.* (1984)

7. Ulf Teleman (red.) (1985): *Samhällsutveckling och språkbrukshistoria under 1700-talet.*

8. Lars Svensson (1985): *Förteckning över bibliografier rörande 1700-talets bokproduktion. Ett urval.*

9. Jan Svensson (red.) (1985): *Vad ska vi med grammatiken till? Rapport från det tredje ämnesdidaktiska seminariet i nordiska språk, Lund 1985.*

10. *Fyra uppsatser* (1986)

- a. Bengt Audén: Studerandecentrerad språkhistoria på ämneslärarlinjen.
- b. Eva Mårtensson: Det nya niandet.
- c. Carin Sandqvist: Recension av Lars Melin och Sven Lange, Att analysera text.

d. Ulf Teleman: On visual feedback in writing.

11. Carin Sandqvist (red.) (1986): *Stilistik: Vad, varför och vartill? Rapport från det fjärde ämnesdidaktiska seminariet i nordiska språk, Lund 1986.*

12:1. Lars Wollin (1987): *Nysvensk bibliografi. Del 1. Sorterad efter språklig beskrivningsnivå, med författarregister. Editionsförteckning. Del 2. Sorterad efter ämnesinriktning, med författarregister.*

13. (1987) *Två uppsatser om språkbrukets formalisering.*

a. Cecilia Falk: Kommunikationsmönster inom familjen under efterkrigstiden.

b. Eva Mårtensson: När myndigheterna blev du med oss.

14. Eva Mårtensson & Jan Svensson (1988): *Offentlighetsstruktur och språkförändring.*

15. *Två uppsatser* (1989)

a. Sven Lange: Om bisatser i barnspråk.

b. Bo-A Wendt: Psalmspråket i nya kläder. Den språkliga bearbetningen av äldre psalmer i 1986 års psalmbok.

16. Tor G. Hultman (1990): *Barnet – han eller den? Om genuskongruensen vid ordet barn i gymnasisters språkbruk.*

17. Miranda Landen (1991): *Den fiktiva dialogen. Tal- och tankegestaltning i Hjalmar Söderbergs "Den allvarsamma leken".*

18. Per Lagerholm (1991): *Språk i massmedierna – en forskningsöversikt.*

19. Jan Svensson (red.) (1994): *Journalistik i förvandling. Om språk och texter i Expressen.*

20. Lisa Christensen (1995): *Svenskans aktionsarter. En analys med särskild inriktning på förhållandet mellan aktionsarten och presensformens temporala referens.*

21. Ulrika Jakobsson (1996): *Familjelika betydelser hos stå, sitta och ligga. En analys ur den kognitiva semantikens perspektiv.*

22:1. Katarina Lundin & Robert Zola Christensen (2001): *Gransspråksförståelse i Öresundsregionen år 2000 – gymnasisters läsförståelse.*

- 22:2. Nils Jörgensen & Eva Kärrlander (2001): *Grannspråksförståelse i Öresundsregionen år 2000 – gymnasisters hörförståelse.*
23. Bo Rutström (2002): *Land och fæ. Strukturellt-rättsfilologiska studier i forn-nordiskt lagspråk över beteckningar för egendom i allmänhet med underkategorier.*
24. Lena Ekberg (2004): *Tre uppsatser om semantisk förändring hos relationella lexem.*
25. Ulf Teleman (2005): *Om r-fonemets historia i svenskan.*
26. Dominika Skrzypek (2005): *The Decline of Nominal Inflection in Old Swedish. The Loss of Dative Case.*
27. Lena Ekberg (red.) (2007): *Språket hos ungdomar i en flerspråkig miljö i Malmö.*
28. Åsa Wikström (2008): *Den finita satsen i tidig svenska.*
29. Gunlög Josefsson (red.) (2008): *Syntax i gränssnittet. Tre uppsatser i gränsområdet mellan lexikon, syntax och semantik.*
30. Lisa Christensen (2010): *Early verbs in child Swedish – a diary study on two boys. Part I: Verb spurts and the grammar burst.*
31. Per Lagerholm (2013): *Muntligt och skriftligt i Sverige och svenskan.*
32. Gunlög Josefsson (red.) (2013): *Perspektiv på genus.*
33. Anna W Gustafsson (2014): *Stärkande samtal – fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården.*

Nordlund kan, med reservation för att vissa äldre skrifter är slutsålda, beställas från Lunds universitet:

Hemsida: <http://www.ht.lu.se/serie/nordlund/>

E-post: skriftserier@ht.lu.se