

Mats Landqvist

NÄR DET BLIR FEL – KLAGOMÅL PÅ SAMTAL TILL SJUKVÅRDS- RÅDGIVNINGEN

When things go wrong – complaints on medical advice calls

The present article attempts to identify why some medical advice calls are less successful than others, by comparing patterns of interaction. Calls that have been object of complaint, that is, the caller has filed a report regarding the advice that they have received, is the focus of the analysis that attempts to describe what went wrong in the interaction. The analysis is conducted within a pragmatic framework including the CA concepts of alignment and affiliation. A starting point is that calls in a medical crisis situation must be conducted within a patient safe context, that is, the advisor interviews the caller on the symptoms and offers adequate advice. The results, however, show that more important than the safety aspects of the call, is callers' experience of the talk in terms of respect and interest from the advisor, which is in line with the findings of previous studies of meetings between caregivers and patients. Participants' pragmatic roles, such as asking questions and giving answers, differ between complaint-reported talks and calls with no complaints. The customary pattern of advisory talks is that the advisor interviews those seeking medical advice, thus giving them opportunity to talk about their problems and be carefully attended to. However, in calls that have been object of complaint, callers are given the role of questioner, and are thereby not subject to the adviser's interest and attention.

Key words: advice, telephone calls, pragmatics, affiliation, complaints

Inledning

När allmänheten vänder sig till sjukvården för att få råd och rekommendationer i hälsorelaterade krislägen ska de kunna förvänta sig att bli väl bemötta av en kompetent rådgivare. I rådgivningssamtal, liksom i larmsamtal och andra liknande samtalstyper, kan bemötandet även kopplas till en säkerhetsfunktion, eftersom upplevelsen av samtalet är nära relaterat till hur den rådsökande personen uppfattar, förstår och tar till sig rekommendationer i ett krisläge (Landqvist, M. 2011c, 2012a). Om en rådsökare upplever sig bli illa bemött kan det naturligtvis ha många olika orsaker, t.ex. att råden bedöms som inadekvata, att man befinner sig i en svår eller stressande situation, att väntetiderna är långa till rådgivningen eller att man är särskilt känslig för hur man blir bemött. Bemötande i vården är därför inte oväntat ett återkommande tema i studier av hälsorelaterade samtal (t.ex. Ström 2008, Sahlsten

2008), och det visar där sig att patienters nöjdhet vanligen grundas i upplevelser av en respektfull och omtänksam vårdare (Sahlsten 2008). Även i andra verksamheter anses interaktionsstilen vara avgörande för kunders nöjdhet, bl.a. i servicenäringen (Echeverri 2010).

Den här artikeln behandlar telefonsamtal till Sjukvårdsrådgivningen, en offentlig tjänst i Sverige dit alla kan vända sig, och här fokuseras samtal som föranlett klagomål från inringarens sida. Alla samtal till Sjukvårdsrådgivningen spelas in per automatik, och analysen utgår från dessa inspelningar. Syftet är att undersöka om samtal som lett till klagomål skiljer sig från andra samtal, och huruvida det går att koda de drag i samtalet som gett upphov till missnöje. I centrum står en korpus av åtta så kallade avvikelssamtal, dvs. samtal som har lett till klagomål från inringarens sida. Jag har jämfört utdrag från dem med andra samtal, som inte har blivit föremål för klagomål. Utöver inspelningarna finns ingen information om vad klagomålen har handlat om. Analysen utgår enbart från samtalen och syftar till att identifiera delar av samtalet där missnöje verkar uppstå, eller där man kan uppfatta skäl för missnöje, t.ex. sekvenser som avviker från hur interaktionen brukar gå till. Det som särskilt undersöks är samtalens rollfördelning med avseende på interaktionsdrag i relation till de sekvenser där en störning i relationen deltagarna emellan verkar uppstå (se *rapport management*, Spencer Oatey 2000). Ett rådgivningssamtal kan enkelt sägas bestå av två delar (se Landqvist, M. 2011c): en informationsinhämtande del, där inringarens besvär utreds och en rådgivande del. Analysen fokuserar delar av samtalet där inringaren brukar ges utrymme att komma till tals och därmed uppleva sig lyssnad på, vilket framför allt är den inledande informationsinhämtande delen. Analysen är lingvistisk–pragmatisk och utgår från de språkliga handlingar som utförs. Jag använder även begrepp hämtade från *Conversation Analysis* i syfte att belysa hur interaktionen mellan en institutionell representant och en person ur allmänheten kan utvecklas i (o-)gynnsam riktning.

Sjukvårdsrådgivningen ser naturligtvis allvarligt på alla klagomål och utreder dem alltid. Den här verksamheten, liksom många andra, är angelägen om att utveckla sin praxis när det gäller bemötandeproblem. Rutinen vid avvikelssamtal är att den rådgivande sjuksköterskan och hens chef lyssnar igenom samtalet och försöker skapa sig en uppfattning om vad som gått fel, men det finns inga regelrätta metoder för att undersöka de avvikande samtalen. Ibland kommer man fram till vad som föranlett kritik, och ibland gör man det inte. I diskussioner med ledning och personal har det dock framkommit att inringare som framför klagomål vanligen upplever en brist i respektfullt bemötande, dvs. att inte bli tagna på allvar eller lyssnade på. Men varje sjuksköterska tar emot ett stort antal samtal per dag, och det är ju bara en liten mängd av dem som föranleder klagomål. Samtalen i korpusen har

också olika deltagare, dvs. olika rådgivare medverkar. Det finns således inget som tyder på att vissa sjuksköterskor har missförstått institutionens normsystem för bemötande eller liknande. Möjligen kan deltagarna ha olika förväntningar på samtalet, och vissa inringare kan ha svårare att ta emot råd än andra, vissa rådgivare kan signalera osäkerhet osv. Det kan också finnas kunskapsluckor om vilken roll interaktionen mellan inringare och rådgivare kan leda till i termer av upplevelse av bemötandet.

Det är som sagt inte troligt att det finns en enda förklaring till varför ett avvikande rådgivningssamtal blir ”misslyckat” eller på annat sätt värt kritik. Däremot kan man diskutera vad som verkar vara rutin och förväntat mönster och hur eventuellt missnöje kan uppstå i och ur en viss sekvens, i en s.k. *bottom-up*-analys (Cameron 2008). Det kan jämföras med en *top-down*-analys, dvs. att utgå från att det finns problem i rådgivningen, som att radsökaren skulle önska en annan bedömning och rekommendation än den som rådgivaren ger. Ett samtal kan bedömas problematiskt antingen på grund av rådgivarens interaktionsstil eller på grund av rådgivarens råd. Det förra har tidigare analyserats som val av språkhandlingar från sjukvårdsrådgivarens sida (Landqvist, M. 2011b). Det har visat sig att upplevelsen av bemötandet påverkas av valet av språkhandlingar, särskilt de som positionerar radsökaren i roller, t.ex. som okunnig eller klumpig. Det senare, de råd som ges, har analyserats i sekvenser med s.k. *bad news*, där den som ger radsökaren ett ovälkommet besked kan bli föremål för kritik (Maynard 2003:200ff.) vilket kan leda till en förhandling om skuldfrågan.

Forskningsbakgrund

I tidigare studier av vård- och rådgivningssamtal kan man urskilja några olika faktorer som kan relateras till patientens nöjdhet med bemötandet: frågeaktiviteter, den komplexa professionella rollen och svåra eller känsliga samtalsämnen.

Frågor i vårdsamtal

Det är sedan tidigare känt att vårdgivare ställer många frågor (Lindholm 2003), i likhet med många andra kategorier av institutionella representanter (Freed och Ehrich 2009). Inom sjukvårdsrådgivningen är frågor vanligast i samtalets tidigare del, där de används som ett verktyg för att kunna göra en bedömning senare, och det vanligaste är att rådgivarens frågor initierar nya topiker för samtalet (se Lindholm 2003:70 för begreppet *topikinitiering*). I

snitt 80 % av alla topikinitierande språkhandlingar genomförs av rådgivaren (Landqvist, M. 2011c). Rådgivare leder alltså normalt samtalet med starka initiativ, särskilt inledningsvis, främst med frågor som leder fram till den bedömning som görs inför rekommendationer och råd. Frågor måste kanske upprepas vid lämpligare tidpunkt och omformuleras. Likaså behöver den institutionella samtalsaren acceptera rådsökarens ibland bristande förståelse för exakt vilken information som är viktig, och istället låta rådsökaren ge den information som hen uppfattar som relevant. Denna kombination av tålmod, målinriktning, ansvar och auktoritet ser ut att vara det som nöjda inringare får ta del av (se Landqvist, M. 2012a). Att elicitera information från rådsökaren anses följaktligen vara en central aktivitet i sjukvårdsrådgivarnas utbildning (se Runius 2008), även om det är samtalskontexten som avgör hur frågorna uppfattas och tolkas av dem som förväntas besvara dem (Levinson 1979). Den pågående interaktionen kan också vara avgörande, vilket framgår av mottagarens nästa tur, dvs. den respons som frågan får (Hutchby och Wooffitt 1998). Det är inte så att man "bara vet" vad som gäller i samtalet utifrån den institutionella kontexten (Schegloff 1992:128).

Hälsorelaterade rådgivningssamtal tenderar att följa ett visst förlopp, vilket har beskrivits av Heritage och Sefi (1992) som analyserar medicinska rådgivares (*health visitors*) hembesök hos förstagångsmödrar: en initial begäran om (relevans för) råd följs av problemutvecklande respons, fokusering av problemet, detaljgivning och slutligen en rekommendation (Heritage och Sefi 1992:379). Detta sker i växelverkan mellan rådgivaren, som vanligen initierar och avslutar denna sekvens, och rådsökaren. Den telefonrådgivning som undersöks här är delvis en annan interaktionstyp än hos Heritage och Sefi, som analyserar den generella rådgivning som ges kring hur man sköter om sitt nyfödda barn. Den här analysen gäller istället akuta ärenden av olika slag och angelägenhetsgrad. Sjukvårdsrådgivning är alltid specifik för varje fall och därför sammantaget relativt varierad. Den inringande rådsökaren brukar först presentera sitt problemärende kortfattat varpå rådgivaren nästan alltid ställer uppföljande frågor för att skapa sig en användbar bild av problemet (Landqvist, M. 2011c). Det innebär att det andra steget i Heritages och Sefis rådgivningssekvens (den problemutvecklande responsen) vanligen genomförs i flera utredande sekvenser, som i sin tur kan utgöra en längre fas i samtalet. Där har inringaren en given roll som informationsgivare, vilket innebär att motsvarande uppgift, dvs. att lyssna, uppmärksamma och intressera sig för inringarens problem, tilldelas rådgivaren.

Deltagarroller i vårdsamtal

Sjukvårdsrådgivningens institutionellt givna roll som ansvarig för att elicitera relevant information från inringaren återspeglar en allmän förväntan på vårdpersonal att visa ett starkt engagemang för andra, vilket innebär att rådgivarens bidrag till samtalet främst syftar till att bereda utrymme för inringaren. Studier inom vårdvetenskap fokuserar detta förhållningssätt till patienten t.ex. i fråga om att främja patientdelaktighet (bl.a. Sahlsten 2008). Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som arbetar inom sjukvårdsrådgivningen, och deras yrkesroll blir därför normgivande för verksamheten. Det brukar handla om att vara aktivt närvarande, agera med inlevelse, föreställa sig det som patienten inte explicitgör och tona ner sin egen auktoritet (Tutton 2005). Sjuksköterskan förväntas även försöka få patienten/rådsökaren aktiv i samtalet och i sin egen vårdsituation. Detta ideal skulle även kunna gälla för rådgivningssituationen, dvs. elicitering av information är en central uppgift för rådgivaren och även en betydelsefull faktor i det som skapar nöjdhet hos rådsökaren. Även sjuksköterskors bemötande med ord och röst har tagits upp som avgörande för vilken emotionell effekt som kan komma till stånd hos patienten (Haskard m.fl. 2008; Haskard m.fl. 2009). Det verkar alltså kunna finnas institutionellt givna förväntningar på rådgivaren att ”låta” vårdintresserad, vilket gör att motsatsen – att låta irriterad eller stressad – blir ett markerat fall.

Synsätten på patientperspektivets relevans och vikten av patientorienterad kommunikation har dock växlat genom tiderna. En skillnad mellan moderna uppfattningar och s.k. postmodernt synsätt på patientens upplevelse av mötet har beskrivits av Ström (2008):

Modern vård

–Bekymmer om patientens nöjdhet och upplevelse av vården.

Postmodern vård

–Förskjutning från nöjdhet till upplevelse, nöjdheten relateras till patientens förväntningar
–Patientfokuserade samtal

Ur Ström (2008:17).

Liksom Haskard m.fl. (2008, 2009) menar Ström att den postmoderna attityden sätter fokus på den individuella patientens upplevelser och förväntningar. Poängen är att olika individer har olika förväntningar, vilket pekar på den generellt ökade mångfalden bland patienter, liksom i alla samhällets inrättningar, som ytterligare en faktor som kan bidra till att bemötandefrågan blir aktuell. En annan faktor är ökad serviceförväntan och konsumtionsattityd bland patienter och rådsökare, något som kan skapa konflikt när det gäller verksamhetens funktion och befogenheter. Ströms undersökning ger även

riktlinjer för hur man ändå kan avgöra vad som är en generellt lämplig bemötandestil i ett vårdrelaterat samtal. Framför allt uttryckte studiens patienter nöjdhet med bemötandet som en aspekt av just interaktionen. Upplevelse av vänlighet och respekt från vårdarens sida värderades genomgående högre än vårdarens kunskapsnivå och effektivitet (Ström 2008:42). Det är en indikation på att interaktionen mellan Sjukvårdsrådgivningens rådgivare och inringare bör tillmätas lika stor betydelse som rådgivningens innehåll.

Kommunikationsforskaren Srikant Sarangi ser sjukvårdens professionella roller som komplexa och överlappande, dvs. det är vanligt att kommunikationssätten växlar och att den professionella agerar såväl expert och vårdare som rådgivare och lärare etc. Olika aspekter av retoriska strategier, diskursiva mönster och social konstruktivism tenderar att kombineras i samband med denna variation av medieringsformer (se Potter 1996), eftersom hälsosektorn karaktäriseras av denna komplexitet, vilken reflekteras i dess kommunikativa praktiker och i konkreta situationer (Sarangi och Roberts 1999). Men det är också relevant hur personalen tar till sig eller distanserar sig från sin roll. Vidare bör man inse att alla kommunikationspraktiker kan sägas fungera enligt olika parametrar, på olika nivåer (Sarangi och Candlin 2011: 6), eftersom villkoren för den sociala situationen ständigt förändras (Sarangi 2001, 2010), något som kan leda till ökad förvirring – eller som vårdretorikern Phillipa Spoel uttrycker det: ”a strategic, creative space of rhetorical possibilities” (Spoel 2011:105).

Problem och dilemman

Deltagarna i ett kliniskt samtal kan ibland förstå varandras perspektiv utan att behöva fråga explicit om det (Maynard 1992:354). Personer som inte känner varandra kan ändå uppfatta vilken inställning som den andra har, något som har med deras kunskaper om rollfördelning och samtalstypen att göra. Emellertid kan asymmetri och variation i kommunikationen mellan expert och lekman medföra att innehållet blir ogenomskinligt eller obegripligt för lekmannen (Sarangi och Slembrouck 1996). Därför är det en relevant fråga hur rådgivaren skapar trovärdighet, liksom vilka problem som bristande trovärdighet kan leda till, särskilt när det gäller hur rådgivaren beskriver, kategoriserar och förklarar sitt förhållningssätt till problemet. Rådgivarens auktoritet är en interaktionell realitet som påverkar interaktionen med patienten, men relationen och rådgivningen måste ändå baseras på två likvärdiga aktörer som förhandlar fram diagnos och behandling (Heritage och Maynard 2006:7). Det intressanta är hur detta tillpassas samtalets ömsesidighet utan att auktoriteten överges eller ifrågasätts.

I ett traditionellt läkare–patientsamtal brukar patienten redogöra för sina besvär under en fas, innan läkaren börjar ge sin ”flow of information” (Cohen-Cole 1991:28). Det finns alltså en kanonisk organisation, som påverkar rollfördelningen i samtalet: datainsamlingen ska vara avslutad före analysen. Dock kan läkare ibland påbörja sin del alltför tidigt, och när så sker och läkaren avbryter patienten föreligger en ökad risk att patienten inte kommer till tals i tillräckligt hög grad. Vårdgivare är ju de som har mest information och argument i frågan, och patienten hamnar lätt i ett utsatt läge.

Eftersom respekt är en starkt efterfrågad kvalitet i sjukvårdsrådgivningen är det intressant hur motsatsen konstrueras, dvs. brist på respekt. Informationshanteringens och rekommendationernas relationsskapande effekt ställs därmed i centrum. Att söka, ge och ta mot råd kan alltså vara en känslig aktivitet där missförstånd lätt uppstår och där institutionella och kulturella normer spelar en stor roll för den interpersonella kommunikationen. Det har visat sig att upplevelsen av ansiktshot är kopplad till det förklaringsansvar som rådgivaren har när det gäller att ställa frågor och ge rekommendationer, särskilt hur det görs (Landqvist, H. 2001:211). Termen förklaringsansvar (*accountability*), utvecklad inom CA-traditionen (Heritage 1984) används för att beskriva deltagarnas medvetenhet om relevansen i situationens handlingar. Det innebär att deltagarna är medvetna om regler som omgärdar interaktionen (Eriksson 1997). De kan välja att följa dem eller bryta mot dem. De kan också förstå att andra förväntar sig vissa handlingar från dem. Sett som en pragmatisk uppgift för deltagarna handlar det om att uppfatta betydelsen och relevansen i de aktiviteter som genomförs i samtalet.

Rådgivningen kan således utgöra ett potentiellt ansiktshot mot rådsökaren, vilket riskerar att resultera i motvilja mot och vägran att efterfölja rådet. Möjligen är detta orsaken till att den klara trenden mot en icke-ordergivande rådgivning (Sarangi och Clarke 2002), där råden delas in i faser, ges i dialog eller med olika omformuleringar och ramar som deltagarna orienterar sig mot, liksom mot olika slag av interaktionsformat. I rådgivningssituationer skapas också en asymmetri mellan deltagarna som behöver förhandlas på en interpersonell nivå (Locher 2010:45). Det verkar dock finnas en medvetenhet om detta, och man har noterat att rådgivare använder språkliga mildrande uttryck eller inbäddning av råd i annan text (Goldsmith och MacGeorge 2000). Men det kan också finnas andra omständigheter för valet av språkhandling i telefonrådgivningen, som har att göra med att rådsökaren inte kan ses eller intervjuas på djupet (Vehviläinen 2003), vilket ju är fallet i telefonrådgivning, där man oftast hänvisar inringarna vidare inom vården.

Svåra eller känsliga samtal

Kanske gäller delvis andra normer för samtal som handlar om kommunikation i krislägen och känsliga situationer än i vanliga fall. Kriser och tidspress kan generellt medföra krav på en ökad verbal förmåga på experten för att informationen ska gå fram utan missförstånd, samtidigt som krisen också innebär att kommunikationen måste ske kortfattat så att graden av indirekthet minskar (Webb 2010). Rådsökare bör därför inte vara alltför känsliga för detta och t.ex. bli förolämpade – och därmed missnöjda. Frågor av känslig natur brukar å andra sidan hanteras med relativt indirekta yttranden och genom att man åberopar rutiner och yttre omständigheter (se Linell och Bredmar 1996). Även Weathersbee och Maynard (2010) menar att känsliga frågor brukar ställas försiktigt, gradvis och underförstått, vilket visar deras disprefererade status. I frågor kring livsstil, t.ex. patientens övervikt, ställer vårdgivare hellre just frågor än ger råd (Sorjonen m.fl. 2006:377f.), särskilt i Norden. Råd ges bara om patienten/den anhöriga själv har medgett att det finns problem. Det betyder att vårdare ställer frågor i flera olika situationer när ämnet är känsligt.

När vårdgivare behandlar patientens problem som ordinära och patienten har mer specifika diagnostiska hypoteser kan vårdgivaren behöva invända. Vårdgivaren kan på liknande sätt få överdramatiska svar på relativt neutrala frågor (Teas Gill m.fl. 2006:147). Det kan också finnas en konflikt mellan den medicinska organisationen kring patientintervjuer och hur intervjuerna faktiskt genomförs. Vårdgivaren har exempelvis ofta visat sig ge minimala responser (t.ex. ett kort ”hmm”) på de förklaringar som patienten erbjuder, vilket kan signalera att de är uppfattade men inte anses ”färdiganalyserade” (Teas Gill m.fl. 2006:148). Möjligen kan fråga-svarsmönster i samtalet innebära en samkonstruktion där följsamhet, bekräftelse och acceptans tas för självklart. Vårdgivarens frågor är visserligen avgränsade av diskursen men kan uppfattas på många sätt och därmed elicitera många olika typer av svar (Boyd och Heritage 2006:184).

Rådgivningssamtals olika funktioner kan förstås med utgångspunkt i de olika perspektiv som rådgivare och rådsökare utgår från. Olika vårddiskurser introducerades som begrepp av Mishler (1984), vilket många forskare har byggt vidare på. Inom patient-läkarsamtalsforskningen har man ofta noterat patientens krav på att vara rimlig (*reasonable*) (Halkowski 2006:111), dvs. patienten är en kandidat med vårdbehov (visar att hen är sunt uppmärksam på vad som kan vara fel), men samtidigt inte alltför kroppsligt fixerad (gnällig, överdriven, överkänslig etc). Det skapar ett socialt problem: det finns en risk att man är frisk när man söker vård eller råd, och därmed att en ansikts-hotande situation uppstår. Samtalet måste balanseras mellan olika perspek-

tiv: den biomedicinska diskursen (expertvärdering och behandlingsaspekter) och diskurser kring patientens livsvärld (eventuella rädslor och patientrelaterade villkor). Behovet av bekräftelse är dessutom olika för olika delar av samtalet, t.ex. för diagnos och rekommendation (Heritage och Maynard 2006:16). Ibland anser vårdgivare att mötet med patienten skett i en delad förståelse, något som kan visa sig vara en falsk upplevelse (Heritage och Maynard 2006:20). Det kan handla om sådant som att vårdgivarens förslag behöver bli bekräftade innan de kan anses fullbordade (Landqvist, M. 2011c), vilket skapar preferens för lämplig respons.

I resten av den här artikeln analyseras några samtalsutdrag där missnöje verkar uppstå. Först analyseras emellertid ett samtalsutdrag från den ordinarie korpusen (utan klagomål).

Informationsinhämtning i ordinarie samtal

I de allra flesta samtal till sjukvårdsrådgivningen inleds informationsinhämtningen med en topikinitierande fråga från rådgivaren som därpå besvaras av inringaren. Detta svar kan vara en relativt utvecklad redogörelse för de problem som avhandlas. Efterhand som rådsökaren ger information om sina besvär ger rådgivaren sin kvittering med uppbackningar (Green-Väntinen 2001, Landqvist, M. 2011a) och genom att ställa följdfrågor. Därefter växlar man till andra sekvenstyper, vanligen sammanfattas problemet och sedan diskuteras en lösning på problemet. I följande exempel ställs flera frågor som syftar till att utreda besvären:

Exempel 1¹

- 1 I: ja det är så här att hon har klagat över ont i
2 ögat och så här sedan middagstid och efteråt så
3 kom hon på det på kvällen just det ja under
4 slöjden i dag när vi slipade så fick jag nåt i
5 ögat [och det finns ingenting
6 R: [mm
7 I: i ögat ögat ser inte rätt ut eller nånting utan
8 hon säger när jag stänger ögat så gör det ont
9 men inte jätteont [kan man liksom bara avvakta
10 R: [mm
11 I: eller hur ska man göra med det där?
12 R: ja det brukar man kunna göra ser du nånting i
13 ögat?
14 I: nej jag ser ingenting i ögat jag [tycker inte
15 R: [nä

¹ Hakparentes markerar samtidigt tal. (.) markerar mikropaus.

- 16 I: att det är
 17 R: jätterött eller irriterat eller att det rinner?
 18 I: nej
 19 R: nä (.)och hon har inte känt på ögat så här under
 20 kvällen och hon har använt det? hon har inte gått
 21 och blundat med det?
 22 I: nej det har hon inte gjort ibland [så säger hon
 23 R: [nä
 24 I: att det gör ont men det är inte så att det gör
 25 jätteont eller så
 26 R: nä
 27 I: hon känner mest när hon blinkar [tittar neråt och
 28 R: [ja
 29 I: blinkar
 30 R: mm (.) oftast är det så här kan hon ha gnuggat
 31 ordentligt sår på hornhinnan

Rådgivaren ställer fyra frågor (rad 12, 17 och 20–21), som får korta svar. Efter den sista frågan ger inringaren mer utförlig information, som inte är något direkt svar på frågan utan är mer att betrakta som icke-eliciterad information. Denna information tar rådgivaren mot med ett antal uppbacknings-signaler (rad 23, 26, 28, 30), vilka verkar kunna signalera att den är adekvat – åtminstone finns det inget som tyder på att den inte skulle vara det. I denna senare del av utdraget, efter frågorna och svaren, avstår alltså rådgivaren från att ställa fler frågor och övergår till att endast kvittera den information som inringaren ger. Därefter övergår rådgivaren till att avsluta den utredande fasen med en expertkommentar (rad 30–31).

Det ser alltså ut som om de tre frågorna från rådgivaren är tillräckliga för att inringaren ska förstå att samtalsutrymmet nu är hens och att hen förväntas berätta om problemet i termer av symtom utan vidare elicitering från rådgivaren. Noteras kan att rådgivaren faller inringaren i talet vid den andra frågan och fyller i svaret som då blir en följdfråga. Det skulle förstås kunna uppfattas som ett potentiellt ansiktshot i olika sammanhang, men här verkar det fungera mer som en del i ett nära samspel mellan deltagarna (Landqvist M. 2011b), där båda har ”rätten” att tala. I grunden har förstås rådgivaren i egenskap av institutionell representant och expert rätt att tala, medan inringaren däremot har en interaktionell rättighet, eftersom hen har tilldelats turen med en explicit fråga.

Detta utdrag stämmer väl med den sekvenstyp som Heritage och Sefi analyserar (1992), och det finns gott om liknande sekvenser i korpusen. Mönstret är alltså att rådgivaren ställer ett par frågor i syfte att närmare utreda de besvär som inringaren har presenterat. Det finns inget som tyder på att inringaren här, eller i de flesta andra samtal, ger uttryck för att detta skulle utgöra ett problem eller upplevas som besvärande. Det finns också gott om

andra samtal där inringaren ger information som tas emot som relevant men som experten inte direkt har frågat om. Samspelet mellan expert och rådsökande går alltså ut på att få fram så bra information som möjligt, främst, men inte enbart, med hjälp av frågor.

Informationsinhämtning i avvikande samtal

I de exempel som här följer visas utdrag hämtade från de avvikande samtalen, som motsvarar det i Exempel 1. I Exempel 2 ställer rådgivaren inga utredande frågor alls, vilket däremot inringaren gör. Inte heller ger rådgivaren några uppbackningssignaler när inringaren berättar om sina besvär.

Exempel 2²

- 1 I: jag började bli förkyld jag vet inte om det är
2 influensan men förkyld i alla fall i lördags och sen
3 så nu har jag fått jättesvårt att andas jag har
4 astma så jag bara tänkte jag har hållt på hela dan
5 nu det hjälper väl lite med min bricanyl men inte så
6 där jättemycket tänkte bara kolla om det är liksom
7 nån fara att inte ha så bra andning under en dag
8 liksom
9 R: nä men du ska så att du kan andas
10 I: jag kan inte andas normalt jag det är fortfarande
11 så att jag liksom flåsar vid minsta (XX) liksom
12 och så jag har en sån där ps-mätare
13 R: vad sa du?
14 I: förutom (.) en ps mätare
15 R: ja okej ja okej
16 I: förutom bricanylen ligger jag på hundrafemtio och så
17 (xx) ner till tvåhundra men det är inget liksom ingen
18 fara
19 R: nej det är bara att ta lite mer bricanyl
20 I: men hur många får man ta?
21 R: ja det står ju maxdos där på har du fass så kan du
22 titta i fass eller bipacksedeln så står det ju
23 maxdos på den men det viktiga är ju i alla fall att
24 du får luft och kan andas tycker jag
25 I: eh ja lite luft får jag ju
26 R: annars får du ringa då till akuten om du tycker det
27 blir för jobbigt
28 I: ok då vet jag

² (XX) markerar otydligt tal.

Inringaren redogör för sitt problem och avslutar med en fråga till rådgivaren: huruvida det är farligt att ha andningsproblem under en dag. Den prefererade responsen är förstås att ge ett adekvat expertsvar på frågan, vilket rådgivaren också verkar göra. Men svaret är lite svårtolkat, den första delen är ”nä”, dvs. det är inte farligt, medan den andra delen är ”du ska så att du kan andas” (rad 9), dvs. andningen måste vara tillräckligt bra. När inringaren har avslutat sin initiala presentation av sina besvär och begärt information av rådgivaren, och därmed gett turen till rådgivaren, är det alltså i det ordinarie fallet dags att påbörja utredningsfasen, dvs. rådgivaren ställer sina uppföljande frågor. Det är tänkbart att det här kunde handla om specificerande frågor om de aktuella andningsproblemen. Emellertid berättar inringaren, utan uppmaning, vidare om sina svårigheter med andningen. Hen berättar att hen har en ps-mätare och tar Bricanyl mot astma. Inte heller detta föranleder någon utredande fråga från rådgivaren – den enda frågan är en begäran om reparation/upprensning av ordet *ps-mätare*. Inringaren uppklarar ordet och rådgivaren kvitterar med ”ja okej” (rad 15), vilket verkar vara en signal som bekräftar att termen är bekant. Därefter fortsätter inringaren att ge information kring sina besvär, och rådgivaren ger rådet ”det är bara att ta lite mer Bricanyl”, där frasen ”det är bara att” ger intryck av att inringarens problem är trivialt och att det inte är så noga med doseringen. Inringaren begär dock mer precis information om hur mycket av medicinen som man får ta (rad 20). Då uppmanas hen att själv ta reda på svaret (rad 21–23). Den rekommendation som slutligen ges är att kontakta akutmottagningen om andningsproblemen skulle bli för svåra (rad 26–27).

I utdraget relevantgör inte deltagarna att det skulle finnas problem med samtalet. Men rådgivarens brist på frågor kan lätt uppfattas som ett markerat fall, i detta fall ointresse för inringarens problem, medan inringarens frågor signalerar att fallet ändå skulle vara värt rådgivarens intresse. De är alltså inte samstämmiga när det gäller samtalets legitimerade plats (s.k. *(mis-)alignment*, se t.ex. Steensig 2012). Att de följer olika linjer blir alltså synligt redan när rådgivaren inte ställer någon utredande fråga, men det blir än tydligare från rad 16, när frågan om dosering kommer upp. Inringarens fråga om maxdosen besvaras med en hänvisning till FASS eller bipacksedeln (”det står ju maxdos på den”). Svaret är förmodligen korrekt, men hänvisningen till FASS, dvs. till en generell hänvisning till skillnad från ett individuellt anpassat råd om medicinering, gör att rådgivaren kan framstå som mindre hjälpsam, också med tanke på att alla sjukvårdsrådgivare har FASS lättillgänglig. I detta institutionella sammanhang kan man anta att rådsökarna upplever sig ha rätt till viss positiv och negativ artighet, dvs. bemötas med intresse och bekräftelse samt ges rätt att tala (Spencer-Oatey 2000). Rådgivarens bidrag kan emellertid uppfattas som något avfärdande, efter-

som dessa förväntningar inte verkar uppfyllas. På så sätt avlegitimerar rådgivaren inringarens deltagande i samtalet och antyder att hans frågor är onödiga.

Även när rådgivaren återintroducerar ämnet andning (”det viktiga är ju i alla fall att du får luft och kan andas tycker jag”, rad 23–24) hamnar rådsökaren i en situation som kan uppfattas som ansiktshotande, vilket visas i responsen ”ja lite luft får jag ju” (rad 25), som verkar vara ett medgivande av att problemen inte är alltför stora. Den samstämmighet som åter ser ut att råda sker dock inom en topik som är ganska självklar. Andningssvårigheterna och den fråga som föranlett inringaren att kontakta rådgivningen framstår därmed som överdriven. Hela situationen visar ju för övrigt att inringaren faktiskt andas. Även rådgivarens förslag på lösning, att hen bör uppsöka akuten om det blir för jobbigt (rad 26–27), verkar också som en självklarhet, där bristen på samstämmighet blir tydlig mellan vad inringarens oro handlar om och hur rådgivaren uppfattar situationen.

Det är nog inget sakligt fel på de råd som ges, och det finns ingen anledning att misstänka att det finns kränkande inslag eller fjärmande (*(dis-)affiliation*, se t.ex. Antaki 1998:79) mellan deltagarna. Men det är rimligt att läsa in ett ointresse i rådgivarens brist på frågor om situationen och på meningsfulla rekommendationer. Exempelvis kunde det ingå i rådgivarens förklaringsansvar att bekräfta svårigheter och risker som förknippas med astma, i synnerhet som inringaren initialt betonar att problemen beror på just astma. Det som därmed kan ge upphov till ett ansiktshot är då inte ett bryskt, påflugget eller på annat sätt integritetshotande uppträdande från rådgivarens sida, utan tvärtom en brist på topikinitierande frågor i kombination med mycket allmänna upplysningar.

Även i nästa samtal utvecklas en situation där inringaren och rådgivaren har uppenbart olika förväntningar på samtalet, vilket ger upphov till bristande samstämmighet och till och med att deltagarna fjärmar sig från varandra. Inledningsvis följer samtalet de drag som visas i exempel 1, dvs. inringaren berättar om sitt problem och rådgivaren ger uppbackningssignaler, och efter en stund inleder rådgivaren sin utredning med en relevant fråga (rad 15):

Exempel 3

- 1 R: hej det är syster jeanette
2 I: ja hejsan karin heter jag jag ringer därför att
3 jag har frågor gällande sköldkörteln [min
4 R: [mm
5 I: mormor hade problem
6 I: och blev medicinerad för det och nu har min mamma
7 har nu upptäckt att hon också har det och jag har
8 aldrig ens lagt märke till det själv men min man

9 sa att min trötthet kan bero på att jag har
10 problem med sköldkörteln att jag ständigt är trött
11 [och jag vet inte om det också är kopplat till
12 R: [mm
13 I: men jag springer hos läkare hela tiden och
14 konstaterar att jag har infektioner i kroppen
15 R: du går hos läkare?
16 I: äh jag eller jag har varit hos läkaren flera
17 gånger under en del månader [nu närmsta tiden
18 R: [mm
19 I: och ständiga infektioner [dom senaste åren
20 R: [okej
21 I: man hittar streptokocker och man hittar lite
22 allt [möjligt trots att jag lever med en och
23 R: [mm
24 I: samma man liksom (SKRATTAR TILL)
25 R: eh men då tycker väl jag att du beställer tid igen
26 till husläkaren för att få taget diverse prover då
27 och undersökningar och talar om det här att med
28 slakten och så vidare och att du känner dig trött

Så här långt avviker inte samtalet från de ordinarie samtalen. Rådgivaren ställer visserligen endast en fråga under utdraget. Men å andra sidan ger inringaren information kring sina besvär utan stöd av frågor eller annan uppmuntran. Rådgivaren kvitterar också kontinuerligt den information hen får. Utredningen avslutas efter denna enda fråga genom att rådgivaren ger en rekommendation till rådsökaren. Här skulle samtalet kunna gå mot sitt slut, eftersom rådgivaren ger ett konkret, utförligt och förmodligen lättfattligt råd, som går ut på att uppsöka läkare för provtagning. Men samtalet fortsätter, eftersom inringaren vill ha ytterligare information – inte om rekommendationen utan om medicinska fakta kring sina besvär. Det blir nu uppenbart att deltagarna har olika syn på vilka ämnen som rådgivningssamtalet ska behandla.

Exempel 4

29 I: ja alltså vilka symtom är det när man har problem
30 med sköldkörteln?
31 R: du det är ju det finns många olika symtom då men
32 trötthet det kan ju vara ett symtom som man kan
33 utreda och om du vill titta lite närmare så skulle
34 du kunna gå in på vårdguiden där då och se för där
35 finns det mycket att läsa
36 I: ja jag har inte internet tillgängligt det var
37 därför jag ringde

- 38 R: nä bibliotek då bibliotek då där har du ju
39 tillgång till det
40 I: ja så
41 R: titta där
42 I: du kan inte upplysa mig här på telefon vad det
43 finns för symtom?
44 R: nej alltså vi hänvisar ju vi hänvisar ju här olika
45 där du kan hitta själv (.) karin heter du?
46 I: ja det heter jag jaha (.) så då vet jag (.) ska vi
47 se det får jag ta namnet på dig som jag har talat
48 med? (.) hallå (.) hallå

I utdraget i Exempel 4 är det inringaren som ställer frågor, liksom i Exempel 2. Och även här är de av ett annat slag än de frågor som rådgivarna använder. Här handlar det om att få del av sakkunskap av medicinskt slag, till skillnad från att som expert ställa frågor för att få underlag för en bedömning. Inringarens fråga (rad 29–30) besvaras med en hänvisning till andra informationskällor (rad 31–41), där den efterfrågade informationen finns. Men inringaren är uppenbarligen inte nöjd med svaret, och hen begär samma information igen (rad 42–43). Nu tar samtalet en metakommunikativ vändning och deltagarna förhandlar vad som ska och inte ska avhandlas. Rådgivaren svarar först på frågan, först med en minimal respons (rad 44, ”nej”) därefter med en disprefererad responsdel i form av en förklaring (”alltså vi hänvisar ju”) och upprepar att inringaren kan hitta informationen själv, vilket verkar betyda att det skulle vara enklare att själv läsa i Vårdguiden än att vända sig till en rådgivare. Inringarens respons är att visa att informationen är uppfattad (rad 46, ”jaha så då vet jag”), men det verkar som om hen ändå inte accepterar rådgivarens besked, för hen begär genast information om rådgivarens namn. Att hänvisa till en webbsida eller medicinskt uppslagsverk bedöms alltså som ett otillräckligt svar på frågan. Den metakommunikativa sekvensen mellan rad 42 och 48 inbegriper både att inringaren avviker från den institutionella linjen med sin ovälkomna begäran om information och att deltagarna fjärrar sig från varandra. De överger båda frågan om symtom och ägnar sig istället åt vad som ingår i ett rådgivningssamtal. När inringaren inser att hen inte kommer att få svar på sin fråga frågar hen istället efter rådgivarens namn, förmodligen för att hen redan nu är missnöjd med bemötandet och vill framföra sitt missnöje till institutionsledningen. Missnöjet ser ut att vara ömsesidigt – rådgivaren kopplar bort samtalet i samma stund som inringaren frågar efter hens namn.

Orsaken till konflikten ser ut att vara att rådgivaren inte tillhandahåller ett tillräckligt adekvat svar på inringarens fråga, och man kan förmoda att inringaren upplever en brist på respekt eftersom hens ärende behandlas som irrelevant, onödigt och även utanför ramarna för vad som är tillåtet. Missnöjet

kan knappast kopplas till den första delen av utdraget, när inringaren berättar om sina besvär (Exempel 3), utan till den del när hen begär information som rådgivaren inte vill tillhandahålla (Exempel 4). Även i detta utdrag visar sig alltså rådgivaren relativt ointresserad av fallet, men i detta fall är hen öppen med att inringarens fråga är inadekvat enligt institutionens normer. Dock är det uppenbart att inringaren ändå förväntar sig den service som informationen skulle innebära, i synnerhet som rådgivaren även förväntas ha informationen lättillgänglig.

I nästa samtal presenterar inringaren sitt ärende, plötsligt minnesbortfall. I likhet med exempel 2 ger inringaren information om ärendet utan att den har efterfrågats. Rådgivaren följer upp med en fråga om hur inringaren mår nu, efter sin attack, samtidigt som hen påpekar att det inte verkar vara något fel på inringaren (rad 12–13). Rådgivaren lägger sedan till en optimerad fråga (se Linell m.fl. 2003) om huvudvärk, som ska utesluta huvudvärk från utredningen:

Exempel 5³

- 1 I: hej jag heter karin jag är lite orolig har haft
 2 nånting konstigt i mitt huvud och det var väl
 3 ungefär för ja en och en och en halv timme sedan
 4 men ju mer jag tänker på det desto det är så här
 5 att jag eh fick plötsligt så jag kunde inte prata
 6 eller jag kunde inte hitta orden jag kom inte ihåg
 7 vad min dotter och barnbarn hette /---/ för övrigt
 8 har jag högt blodtryck jag äter medicin för det
 9 [äter också antidepressiv medicin och jag har
 10 R: [mm
 11 I: problem med sköldkörteln jaa så jag undrar
 12 R: hur känns det just nu? nu hittar du ju ord och vet
 13 precis du har inte ont i huvudet?
 14 I: ja lite har jag som en mössa ungefär
 15 R: för att veta helt säkert så måste man ju åka in
 16 till sjukhuset därå men nu har du ju inga
 17 kvarvarande symtom för det här som [inte
 18 I: [näa
 19 R: på talet eller?
 20 I: jag la mig och vila en stund och ungefär en
 21 halvtimme trekvart så ja det har ju återkommit
 22 så att säga så att ehh men eh ja
 23 R: i med det du är helt återställd nu så är det så
 24 att du kommer att få sitta och vänta hela natten
 25 på en undersökning

³ /---/ markerar borttaget tal.

I utdraget i Exempel 5 ställer alltså rådgivaren frågor kring inringarens symtom, men de är av ett annat slag än i Exempel 1. Rådgivaren besvarar själv sin fråga med ett förutsättande mellanled (rad 12–13), och så ställs en fråga som ett påstående ("du har ju inga kvarvarande symtom", rad 16–17). Informationen eliciteras således med en öppen fråga, med en ja/nej-fråga ("du har inte ont i huvet?"), vilket är den vanligaste typen av fråga (Landqvist, M. 2012b), och med ett påstående med frågefunktion (se Lindholm 2003:60). Inringaren nöjer sig inte med rådet utan ställer ett par frågor till rådgivaren (se exempel 6). Rådgivaren verkar dock redan ha gjort sin bedömning om vilken diagnos som är den rätta och går till nästa fas, med slutsatser och kommentarer (rad 23–25). Man kan dock notera inringarens uppgift om att besvären har kommit tillbaka, dvs. att de är akuta, (rad 21–22 "det har ju återkommit så att säga"), vilket inte följs upp. Man kunde kanske förvänta sig följdfrågor här eller uppbackningssignaler som visar att informationen är relevant och väsentlig. Därefter fortsätter samtalet med att rådgivaren ger sin rekommendation:

Exempel 6

26 R: jag säger så här avvakta men om nya symtom
27 tillkommer så ska du åka in akut
28 I: mm och vad är det för typ av symtom?
29 R: liknande symtom eller andra symtom kraftig
30 huvudvärk [eller illamående eller
31 I: [mm mm
32 R: [bortfallsymtom där du känner att nån del av
33 I: [okej
34 R: ansiktet inte hänger med du kan inte le med
35 mungiporna följer med upp symmetriskt man
36 kan inte göra ett o med munnen och så
37 vidare [man kan ha känselbortfall någon
38 I: [okej
39 R: annanstans på ben eller armar man kan ha
40 såna problem [då då ska du åka in akut till
41 I: [mm
42 R: sjukhus och beroende på hur man mår vid
43 kraftig huvudvärk då är det ju ett ett två
44 [som man ringer då [men jag tycker nog att du
45 I: [okej [mm
46 R: inte ska behöva åka in till akutmottagningen
47 när du är helt återställd igen [nu för att det
48 I: [ok
49 R: skulle bli en väldigt lång natt för dig på
50 akutmottagningen
51 I: jaa tycker du att jag ska ta kontakt med
52 min husläkare nånting eller?

53 R: ja varför inte [ja varför inte och prata
54 I: [jag har alltså regelbundna
55 R: om det här då har han det med sig och kan
56 kanske göra andra tester på dig [absolut
57 I: [mm

Inringaren eliciterar informationen i en följdfråga till rådgivarens yttrande om ”nya symtom” (rad 26). Topiken att kontakta läkare dagtid introducerar inringaren dock själv, något som kan verka relevant, men hen får först svaret ”ja varför inte” (rad 53), vilket kan framstå som oengagerat. När hen sedan försöker förklara omständigheten kring återkommande symtom kring besvären (”jag har alltså regelbundna”, rad 54) lyckas hen inte ta turen, utan rådgivaren fortsätter på ämnet kommande läkarbesök utan att ta in informationen. I den här sekvensen finns inga synliga tecken på fjärmande, men rådgivaren avviker från den gemensamma linjen, som verkar vara att inringaren, som är uppenbart orolig, vill diskutera sina symtom mer ingående, men även vilka åtgärder som kan vara lämpliga. Rådgivaren kan däremot uppfattas som väl snar med sin slutsats, särskilt som hen bedömer symtomen som ringa. Redan efter inringarens initiala berättelse är hen klar över att detta inte är ett akutfall. Senare ger rådgivaren rikligt med information om vilka symtom som kan vara tillräckligt grava för att kvalificera för akutbesök, men alltså utan att fråga om dessa symtom föreligger. Hen verkar emellertid dra slutsatsen att inringaren är helt återställd och upprepar sitt råd att inte åka till akutmottagningen. I detta samtal skulle alltså inringaren mycket väl kunna uppleva sig illa lyssnad på och bemött på ett tråkigt sätt – men här blir dessutom interaktionen relevant som ram för en säkerhetsfunktion, dvs. inringaren befinner sig eventuellt även i potentiell fara, något som hen också uttrycker oro för. Hotet kan därför upplevas inte endast vara riktat mot inringarens ansikte utan även mot hens fortsatta hälsa.

Sammanfattande slutsatser

En jämförelse mellan utredande delar av ordinarie och avvikande samtal ger olika mönster och roller när det gäller vem som initierar topiker. I avvikelsetalalen är det vanligt att rådgivaren endast tillhandahåller information men inte initierar nya topiker med frågor. Denna informationsgivning kan då inringaren besvara med en följdfråga.

Ordinarie utredningssekvens	Avvikande utredningssekvens
1. R ställer fråga	1. I ställer fråga
2. I redogör för problem	2. R svarar på frågan
3. R kvitterar och ställer följdfråga/kommenterar	3. I kvitterar

Skillnaden mellan de två sekvenstyperna är främst vem som tar starka initiativ och som därmed styr sekvensen. Med andra ord, i den förväntade och ordinarie utredningssekvensen tar rådgivaren initiativ genom att initiera nya topiker med frågor. När så inte sker får istället inringaren rollen som den som initierar topiker, genom att ställa frågor till rådgivaren. Ansvar att styra samtalet mot ett mål tilldelas alltså inringaren om rådgivaren inte ställer några frågor, dvs. omvända interaktiva roller gäller jämfört med i de ordinarie samtalen.

I sjukvårdsrådgivningens anvisningar till personalen och i deras utbildning betonas att rådgivare ska ställa frågor för att undvika att dra förhastade slutsatser. I den här analysen blir dock en annan aspekt av frågandet synlig – inringaren vill uppleva sig lyssnad på och tagen på allvar, vilket sker på ett hörbart sätt i ett telefonsamtal (Landqvist, M. 2011a), dvs. uppbackningar och utredande frågor som ställer inringarens besvär i centrum och därmed visar att de är intressanta och relevanta. Det gäller även när inringaren redan har berättat sådant som rådgivaren normalt skulle fråga om. Av ovanstående exempel framgår även att det inte behöver handla om inringare som befinner sig i akuta krisartade situationer eller som känner sig särskilt utsatta. I de två första samtalen (exempel 2, 3 och 4) handlar det om inringare som vill få information och vara på ”den säkra sidan” snarare än ha akut hjälp. Det kan vara så att den typen av inringare inte anses lika behövande som andra, vilket kan vara en förklaring på det ganska korta bemötande som inringarna får. Sjukvårdsrådgivningens uppdrag är att hänvisa sjuka personer vidare i vården, inte att tillhandahålla medicinsk information av olika slag. Men det kan finnas olika uppfattningar om vad rådgivning egentligen är, och exemplet visar att inringarna ser det som legitimt att använda rådgivningen som en källa till expertinformation. När rådgivaren signalerar att den typen av samtal är nerprioriterade och inte lika viktiga som andra kan det uppfattas som uppfostrande eller till och med oförskämt. Det handlar då kanske inte enbart om en brist på service, utan om ett ansiktshot.

Frågor verkar ha flera funktioner i samtalen. Rådgivaren förväntas normalt ställa dem, och rådsökaren är relativt fri att besvara dem som hen önskar, ofta med mer information än vad som efterfrågas. Denna förväntan omnämns i rådgivarnas arbetsinstruktioner (Samtalsprocessen 2006) men verkar alltså även vara en del av inringarnas allmänna förväntningar på samtalet, dvs. en slags initial kontext som föregår de kontexter som utvecklas i interaktion (se van Dijk 2009). Det verkar alltså finnas ett tydligt förkla-

ringsansvar, där båda parter vet vilka roller de har i samtalet. Detta ansvar att ställa frågor av en viss typ bryter man alltså mot i de sekvenser där deltagarna fjärrar sig från varandra. I de ordinarie samtalen ges inringaren utrymme att fritt berätta om sina besvär och rådgivaren tar ansvar för att skapa detta utrymme, bland annat med hjälp av topikinitierande frågor. I och med rådgivarens förklaringsansvar avlastas inringarna från ansvar att föra samtalet vidare och därmed skyddas de från ansiktshot. I avvikelssamtalen verkar den ansiktshotande situationen ha sitt upphov i detta brott mot förklaringsansvaret. Det kan jämföras med att ansiktshotet skulle ligga i att rådgivarens rekommendation upplevs som kränkande, vilket varit fallet i tidigare studier. Enligt Sarangi och Slembrouck (1993) är det istället vårdarens sätt beskriva och förklara patientens problem som kan vara ansiktshotande. Det finns i detta material inga tecken på att rådgivarens åsikter kring inringarens situation skulle bidra till den konflikt som ibland utvecklas, utan precis tvärtom, bristen på frågor och därmed intresse verkar vara det markerade fallet. Ansiktshotet ser ut att bestå av antydningar om att situationen är ointressant ur vårdsynpunkt, vilket positionerar inringaren som påstridig, överkänslig, frågvis eller på något liknande negativt sätt, dvs. risken att söka hjälp utan att ha tillräckliga skäl blir ett socialt dilemma, vilket bekräftar Halkowskis (2006) resonemang om att det kan kännas pinsamt att söka hjälp utan legitim anledning.

Nöjdhet som en funktion av interaktionen och det samspel som utvecklas där verkar alltså ha samband med rollfördelningen vad gäller topikinitiering. Det kan ha flera orsaker, dels att rådgivaren ska dominera i egenskap av expert och därmed ansvarig för inringarens tillstånd, dels att rådgivaren ska tillfredsställa inringarens behov av att känna sig väl bemött. Korta sekvenser av fråga-svar-kvittering fyller därmed en särskild funktion i den här typen av samtal. Såväl frågan som aktivitet som sekvensen som kommunikativt projekt har sitt eget mål bland annat som relations- och förtroendeskapande process. Detta ser dessutom ut att vara djupt förankrat hos många inringande personer, eftersom här finns klara evidens för missnöje. Det verkar alltså som om förmågan att välja rätt språkhandling vid rätt tidpunkt är avgörande för hur rådgivaren uppfattas i termer av bemötande, och alltså något som framstår som ett professionellt drag i verksamheten. Men samtidigt måste man ta i beräkning att alla samtal, ärenden och inringare är olika. Det finns därför många faktorer som styr rådgivarens val av bidrag till samtalet. Rådgivaren har inte bara ansvar för att inringaren ska känna sig nöjd, bekräftad osv. Hen måste också se till vilka hennes åtaganden gentemot inringande personer är, om någon befinner sig i fara osv. Om personen däremot är frisk och bara vill veta mer om t.ex. en sjukdom är det inte rådgivarens sak att informera. Det gäller oavsett vad inringaren anser om det. Den institutionella

representanten har alltså rätt att i sak avslå inringares begäran om information, men interpersonellt riskerar man relationsproblem och bristande förtroende mellan allmänheten och institutionen.

Missnöje kan förstås som en upplevd brist på omsorg och intresse. Men vissa avvikande samtal brister inte bara i servicekänsla eller dylikt utan ibland kan man ana en säkerhetsrisk. Bemötandet handlar alltså inte bara om en subjektiv upplevelse och känsla av förtroende för den enskilda rådgivaren utan om en samtalsmodell som skapar en säker ram kring mötet mellan inringare och rådgivare och som så långt det är möjligt en garanti att relevant information kommer fram. Här gäller ju att patientsäkerheten måste vara synnerligen god och att man ställer höga krav på rådgivarnas kommunikativa kompetens.

Litteratur

- Antaki, Charles. 1998. Identity ascriptions in their time and place: "Fagin" and "The terminally dim". I: Antaki, Charles och Widdicombe, Sue (red.), *Identities in talk*. London: Sage. S. 71–86.
- Boyd, Elizabeth och Heritage, John. 2006. Taking the history. Questioning during comprehensive history-taking. I: Heritage, John och Maynard, Douglas (red.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cameron, Deborah. 2008. Talk from the top down. *Language & Communication* 28. S. 143–155.
- Cohen-Cole, Steven A. 1991. *The medical interview: The three-function approach*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Echeverri, Per. 2010. *Bemötandeboken*. Stockholm: Norstedts.
- Eriksson, Mats. 1997. *Ungdomars berättande*. Uppsala: Institutionen för nordiska språk vid Uppsala universitet.
- Freed, Alice och Ehrlich, Susan. 2009. *Why do you ask?: The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldsmith, Deana J. och MacGeorge, Erina L. 2000. The impact of politeness and relationship on perceived quality of advice about a problem. *Human Communication Research* 26 (2). S. 234–263.
- Green-Vänttinen, Maria. 2001. *Lyssnaren i fokus. En samtalsanalytisk studie i uppbackningar*. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.
- Halkowski, Timothy. 2006. Realizing the illness: Patients' reports of symptom discovery in primary care visits. I: Heritage, John och Maynard, Douglas (red.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 86–114.
- Haskard, Kelly B., DiMatteo, M. Robin och Heritage, John. 2009. Affective and instrumental communication in primary care interactions. Predicting the satisfaction of nursing staff and patients. *Health Communication* 24 (1). S. 21–32.

- Haskard, Kelly B., Williams, Summer L., DiMatteo, M. Robin, Heritage, John och Rosenthal, Robert. 2008. The provider's voice: Patient satisfaction and the content-filtered speech of nurses and physicians in primary medical care. *Journal of Nonverbal Behavior* 32 (1). S. 1–20.
- Heritage, John. 1984. *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge/New York: Polity Press.
- Heritage, John och Maynard, Douglas. (red.) 2006. *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, John och Sefi, Sue. 1992. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interaction between health visitors and first-time mothers. I: Drew, Paul och Heritage, John (red.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 359–417.
- Hutchby, Ian och Wooffitt, Robin. 1998. *Conversation analysis: Principles, practices and applications*. Malden: Blackwell.
- Landqvist, Håkan. 2001. *Råd och ruelle: moral och samtalsstrategier i Giftinformationscentralens telefonrådgivning*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Landqvist, Mats. 2011a. Hörbart lyssnande. Användningen av stödsignaler i telefonrådgivning. *Språk & Stil NF* 21. S. 110–139.
- Landqvist, Mats. 2011b. Samspel i rådgivningssamtal. I: Edlund, Anne-Catrine och Melenius, Ingmarie (red.), *Svenskans beskrivning 31*. Umeå: Institutionen för språkstudier, Umeå universitet. S. 82–92.
- Landqvist, Mats. 2011c. *Samtal i kris. Projektrapport. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap*.
- Landqvist, Mats. 2012a. Expertkunskap i praktisk krisberedskap – en sjukvårdsrådgivare argumenterar. *Rhetorica Scandinavica* 61. S. 58–76.
- Landqvist, Mats. 2012b. Det goda samtalet. Anvisningar för sjukvårdsrådgivare. I: Karlsson, Anna-Malin, Landqvist, Mats och Rehnberg, Hanna Sofia (red.), *Med språket som arbetsredskap. Sju studier av kommunikation i vården. Text- och samtalsstudier från Södertörns högskola*. S. 49–62. Stockholm: Södertörns högskola.
- Levinson, Stephen C. 1979. Activity types and language. *Linguistics* 17 (5–6). S. 365–400.
- Lindholm, Camilla. 2003. *Frågor i praktiken*. Helsingfors: Svenska Litteratursällskapet i Finland.
- Linell, Per och Bredmar, Margareta. 1996. Reconstructing topical sensitivity: Aspects of face-work in talks between midwives and expectant mothers. *Research on Language & Social Interaction*. 29 (4). S. 347–379.
- Linell, Per, Hofvendahl, Johan och Lindholm, Camilla. 2003. Multi-unit questions in institutional interactions: Sequential organizations and communicative functions. *Text* 23 (4). S. 539–571.
- Locher, Miriam. 2010. Health Internet sites: A linguistic perspective on health advice columns. *Social Semiotics* 20 (1). S. 43–59.
- Maynard, Douglas W. 1992. On clinicians co-implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. I: Drew, Paul och Heritage, John (red.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 331–358.

- Maynard, Douglas W. 2003. *Bad news, good news. Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Mishler, Eliot G. 1984. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Potter, Jonathan. 1996. *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage Publications Ltd.
- Roberts, Celia och Sarangi, Srikant. 2003. Uptake of discourse research in inter-professional settings: reporting from medical consultancy. *Applied Linguistics* 24 (3) S. 338–359.
- Runius, Lena. 2008. *Sjukvårdsrådgivning – det goda samtalet I: Holmström, Inger (red.), Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. S. 63–78.
- Sahlsten, Monika. 2008. *Ömsesidighet i förhandling. Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet*. Göteborg: University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy.
- Samtalsprocessen. En beskrivning av det professionella rådgivningssamtalet. 2006. Sjukvårdsrådgivningen, www.1177.se
- Sarangi, Srikant. 2000. Activity types, discourse types and interactional hybridity: the case of genetic counselling. *Discourse and social life*. S. 1–27.
- Sarangi, Srikant. 2010. Healthcare interaction as an expert communicative system. I: Streeck, I.J. (red.), *New adventures in language and interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. S. 167–198.
- Sarangi, Srikant och Candlin, Christopher. 2011. Applied Linguistics and professional practice: Mapping a future agenda. I: Candlin, Christopher och Sarangi, Srikant (red.), *Handbook of communication in organizations*. *Handbok of Applied Linguistics* 3. Berlin/Boston: de Gruyter. S. 3–60.
- Sarangi, Srikant och Clarke, Angus. 2002. Zones of expertise and the management of uncertainty in genetics risk communication. *Research on Language & Social Interaction* 35 (2). S. 139–171.
- Sarangi, Srikant och Roberts, Celia. (red.) 1999. *Talk, work and institutional order: Discourse in medical, mediation, and management settings*. Haag: Mouton de Gruyter.
- Sarangi, Srikant och Slembrouck, Stef. 1996. *Language, bureaucracy, and social control*. London: Longman.
- Schegloff, Emanuel. 1992. On talk and its institutional occasions. I: Drew, Paul och Heritage, John (red.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 101–136.
- Sorjonen, Marja-Leena, Raevaara, Liisa, Haakana, Markku, Tammi, Tuukka och Perikylä, Anssi. 2006. Lifestyle discussions in medical interviews. I: Heritage, John och Maynard, Douglas (red.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 340–181.
- Spencer Oatey, Helen. 2000. Introduction. Language, culture and rapport management. I: Spencer-Oatey, Helen (red.), *Culturally speaking. Managing rapport in talk across cultures*. London: Cassel. S. 1–8.
- Spoel, Philippa. 2011. How do midwives talk with women? The rhetorical genre of informed choice in midwifery. I: Leach, Joan och Dysart-Gale, Deborah (red.), *Rhetorical questions of health and medicine*. Plymouth: Lexington Books. S. 97–128.

- Steensig, Jakob. 2012. *Conversation Analysis and affiliation and alignment*. Cambridge: Wiley-Blackwell.
- Ström, Mayvor. 2008. *Telefonrådgivning - en verksamhet i tiden: studier ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv*. Göteborg: University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy.
- Teas Gill, Virginia och Maynard, Douglas. 2006. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. I: Heritage, John och Maynard, Douglas (red.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 115–150.
- Tutton, Elizabeth M. M. 2005. Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing* 50 (2). S. 143–152.
- Van Dijk, Teun. 2009. *Society and discourse: How social contexts influence text and talk*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vehviläinen, Sanna. 2003. Avoiding providing solutions: orienting to the ideal of students' self-directedness in counselling interaction. *Discourse Studies* 5 (3). S. 389–414.
- Weathersby, Elisabeth och Maynard, Douglas. 2010. Dialling for donations: practices and actions in the telephone solicitation for human tissues. I: Pilnick, Alison, Hindmarsh, Jon och Teas Gill, Virginia (red.), *Communication in healthcare settings: Policy, participation and new technologies*. London: Wiley-Blackwell. S. 17–30.
- Webb, Helena. 2010. I've put weight on cos I've bin inactive, cos I've 'ad me knee done: moral work in the obesity clinic. I: Pilnick, Alison, Hindmarsh, Jon och Teas Gill, Virginia (red.), *Communication in healthcare settings: Policy, participation and new technologies*. London: Wiley-Blackwell. S. 66–82.