

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för svenska språket

Interaktionell kompetens hos läkare med svenska som andraspråk i
relation till språknivå – Samtalsmönster i rollspel med patienter

Katarzyna Maczak

Specialarbete, SSA 136 15 hp
Ämne: Svenska som andraspråk
Termin: VT 21
Handledare: Julia Prentice

Sammandrag

Föreliggande studie tillämpar ett samtalsanalytiskt perspektiv för att undersöka vilka samtalsmönster som förekommer hos läkare med svenska som andraspråk i rollspel med patienter. Samtalsanalysen fokuserar på hur läkarna ställer frågor och följer upp patientens berättelse i relation till den svenska konsultationsmodellen och tidigare forskning. Vidare syftar studien till att undersöka om läkarnas interaktionella kompetens varierar beroende på deras behärskning av svenska.

Interaktionell kompetens operationaliseras på så sätt att jag fokuserar på i vilken mån och hur läkarna använder sig av de samtalsverktyg som ingår i den svenska konsultationsmodellen – Kalymnosmodellen – och undersöker om det finns några skillnader i hur väl informanterna använder sig av dem beroende på behärskning av svenska. De samtalsdrag som analyseras är läkarnas frågemönster och kvitton i form av uppbackningar, repetitioner och affektiva kvitton. Syftet med studien konkretiseras genom följande forskningsfrågor: Hur används samtalsverktyg som frågor och kvitton av läkare med svenska som andraspråk? Finns det några skillnader i hur väl läkare med svenska som andraspråk tillämpar Kalymnosmodellen beroende på språknivå?

Studiens material består av 5 patientsamtal där läkaren befinner sig på B2-nivå och 5 patientsamtal där läkaren befinner sig på C1-nivå enligt Europarådets nivåskala (CEFR). Resultaten visar att patientsamtalen på C1-nivå tenderar att vara mer patientcentrerade i enlighet med Kalymnosmodellen (Larsen 2015) och Patientlagen (Socialstyrelsen 2014). Dessa läkare tillämpar Kalymnosmodellens struktur och använder sig av modellens samtalsverktyg i större utsträckning än läkarna på B2-nivå. Läkarna på C1-nivå visar en större förmåga att följa upp patientens berättelse och signalera sin förståelse vilket yttrar sig i att de ställer fler utvidgande frågor och i högre grad använder sig av uppbackningar och affektiva gensvar för att kvittera patientens berättelse.

Nyckelord: *interaktionell kompetens, svenska som andraspråk, patientsamtal, patientcentrering, konsultationsmodell, Kalymnosmodellen, samtalsanalys, rollspel, samtalsmönster, frågemönster, gensvar, kvitton, uppbackningar, repetition*

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Syfte och forskningsfrågor	3
3. Tidigare forskning	4
3.1. Forskning om läkare-patientsamtal	4
3.2. Forskning om rollspel som pedagogisk metod och metod för språktestning	6
4. Teori och bakgrund	7
4.1. Interaktionell kompetens	7
4.2. Conversation analysis (CA)	9
4.3. Patientsamtal som institutionella samtal	10
4.4. Patientcentrerad vård	12
4.5. Den svenska konsultationsmodellen - Kalymnosmodellen	13
5. Material och metod	16
5.1. Material och informanter	16
5.2. Metod	17
5.3. Metoddiskussion	18
5.4. Etiska överväganden	21
6. Analys	22
6.1. Kvantitativ analys av läkarnas språkproduktion	22
6.2. Analys av läkarnas frågemönster i Patientens del	24
6.3. Analys av läkarnas kvitton	30
6.3.1. Hummande och småord	30
6.3.2. Repetition	34
6.3.3. Affektiva kvitton	38
7. Sammanfattande diskussion	40
7.1. Läkarnas samtalsmönster	40
7.2. Läkarnas frågemönster och kvitton	41
7.3. Läkarnas ordmängd, turlängd och taltempo	43
7.4. Patientcentrering i samtalen och rollspelets potential	43
7.5. Läkarnas interaktionella kompetens	44

7.6. Vidare forskning	45
8. Litteraturlörteckning.....	46
9. Bilaga.....	53

1. Inledning

Svensk hälso- och sjukvård har länge varit beroende av utlandsutbildade läkare som antingen rekryterats eller på egen hand invandrat till Sverige tack vare den fria rörligheten inom EU och på senare år har även den stora flyktingvågen bidragit till ökad tillförsel av läkare från icke-europeiska länder. Enligt Socialstyrelsens data har majoriteten av läkarlegitimationer som utfärdats sedan 2003 gått till läkare som utbildats utomlands och år 2018 gick ungefär hälften av alla nyutfärdade legitimationer till läkare med utländsk utbildning. I denna grupp ingår både svenskar som valt att studera utomlands och läkare med utländskt medborgarskap men det saknas statistik över hur många som beviljats läkarlegitimation från respektive grupp. Enligt Socialstyrelsen är efterfrågan fortsatt hög och svensk sjukvård kommer att behöva 500 nya utlandsutbildade läkare per år fram till 2035 (Socialstyrelsen 2018a:59).

Sedan 2016 krävs det kunskaper i svenska eller något annat skandinaviskt språk på nivå C1 enligt Gemensam europeisk referensram för språk (CEFR) för att kunna få svensk läkarlegitimation (Socialstyrelsen 2021). Innan dess fanns det inget sådant krav och många läkare började arbeta som legitimerad personal på nivå B1 eller B2. I och med den stora efterfrågan på utländska läkare har det etablerats ett flertal rekryteringsföretag som både rekryterar läkarna från utlandet och erbjuder dem undervisning i svenska som på de lägre nivåerna för det mesta bedrivs utomlands. En del läkare söker jobb och kommer till Sverige på egen hand och får undervisning i svenska på regionala eller privata språkprogram i Sverige.

Material till detta arbete har samlats på just ett sådant språkprogram i Sverige som bedriver undervisning för utländska läkare på olika språknivåer. I utbildningen ingår både allmän svenska och medicinsk svenska samt introduktion till svensk sjukvård. Ett fast inslag som ingår i de flesta kurserna är patientkommunikation som bland annat tränas genom rollspel. För att få ett språkintyg på C1-nivå och därmed kunna ansöka om svensk läkarlegitimation krävs det goda kunskaper i patientkommunikation vilket testas genom rollspel med patienter.

Att arbeta som läkare i Sverige kräver anpassning till den nya språkmiljön och det nya institutionella sammanhanget. En viktig aspekt av den svenska sjukvårdens institutionella sammanhang är patientcentrering som innebär att patienten ska betraktas som en partner i konsultationsprocessen och ska vara delaktig i planering av sin egen vård (SBU 2017:19). I patientlagen står det bland annat att "Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" (Socialstyrelsen 2014:821) och "En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar" (Socialstyrelsen 2014:821).

Ett viktigt verktyg i det patientcentrerade vårdssystemet är den svenska konsultationsmodellen som även kallas för Kalymnosmodellen som visar hur en konsultation ska genomföras för att utgå från patientens behov och önskemål (Larsen 2015:41). Modellen ingår i utbildningar för utländska läkare inklusive det språkprogram där materialet insamlades och dess syfte är att tillhandahålla en samtalsmetod och språkverktyg som läkare kan använda sig av i sina samtal med patienter. Konsultationsmodellen lärs även ut på svenska läkarprogram och på kompletterande utbildningar för läkare med utländsk examen. Modellen är evidensbaserad och bygger på mångårig forskning i ett konsultationslaboratorium på Kalymnos (Larsen 2015:13).

I och med att jag själv sedan drygt 7 år tillbaka arbetar på språkutbildningar för utländska läkare och lär ut konsultationsmodellen har jag bestämt mig för att i detta arbete undersöka hur läkare med svenska som andraspråk ställer frågor och följer upp patientens berättelse och i vilken mån använder de sig av de samtalsverktyg som ingår i konsultationsmodellen i sin patientkommunikation. Det har även varit mitt mål att undersöka om läkarnas interaktionella kompetens sedd som förmåga att hantera sekventiella handlingar och topiker utifrån samtalets syfte och organisation (Nguyen 2012:4) varierar beroende på behärskning av svenska.

2. Syfte och forskningsfrågor

Syftet med studien är att utifrån rollspel med patienter undersöka interaktionell kompetens hos läkare med svenska som andraspråk och se om och hur denna kompetens varierar beroende på läkarnas behärskning av svenska. Interaktionell kompetens förstås som förmåga att hantera sekventiella handlingar och topiker utifrån samtalets syfte och organisation (Nguyen 2012:4). I min studie operationaliseras interaktionell kompetens på så sätt att jag fokuserar på hur läkarna strukturerar samtalet, ställer frågor och följer upp patientens berättelse genom att tillämpa de samtalsverktyg som ingår i den svenska konsultationsmodellen (Kalymnosmodellen) och undersöker om det finns några skillnader i hur väl informanterna använder sig av dessa verktyg beroende på behärskning av svenska. De samtalsdrag som analyseras är läkarnas frågemönster och kvitton i form av uppbackningar, repetitioner och affektiva kvitton.

Studiens främsta syfte är således att undersöka hur interaktionell kompetens förhåller sig till språknivån hos den specifika gruppen av andraspråkstalare i ett nytt institutionellt sammanhang. Min förhoppning är även att kunna bidra med kunskap om patientsamtal som genre som skulle kunna nyttjas i andraspråksundervisning och rollspelsövningar med utlandsutbildad sjukvårdspersonal.

Studiens syfte konkretiseras genom följande forskningsfrågor:

- Hur används samtalsverktyg som frågor och kvitton av läkare med svenska som andraspråk?
- Finns det några skillnader i hur väl läkare med svenska som andraspråk tillämpar Kalymnosmodellen beroende på språknivå?

3. Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras tidigare forskning om läkare-patientsamtal (3.1.) och rollspel som pedagogisk metod och metod för språkstening (3.2.).

3.1. Forskning om läkare-patientsamtal

Det finns en rik både internationell och svensk forskning om språk och kommunikation i sjukvården och ett stort antal studier om läkare-patientsamtal. De första studierna av läkare-patientkommunikation dök upp i slutet av 1960-talet och intresse för den typen av studier har ökat kraftigt sedan dess. De flesta studier av detta slag bygger på samtal mellan infödda talare men det finns även en rik forskning om samtal i andraspråksperspektiv som fokuserar på interkulturell kommunikation och undersöker hur kulturella skillnader påverkar kommunikation på sjukhuset (Berbyuk Lindström 2008, Andersson 2010). Särskilt relevant för detta arbete är Berbyuk Lindströms (2008) studie av patientsamtal mellan utländska läkare och svenska patienter där bland annat olika frågemönster och återkoppling i form av repetition analyseras och jämförs med samtalsmönster hos svenska läkare. Lindström (2008) har bland annat visat att de läkare som varit i Sverige kortast tid använde sig helst av repetition som kvittens medan andraspråkstalare som bott i Sverige under längre tid samt modersmålstalare använde sig helst av uppbackningar.

En annan studie som behöver nämnas i detta sammanhang är en longitudinell studie av Tykesson m.fl. (2019) som har undersökt utveckling av interaktionell kompetens hos läkare som har lärt sig svenska på ett rekryteringsföretag i Polen. Forskarna analyserade mönster i frågesekvenser i rollspel med patienter och mätte utvecklingen av interaktionell kompetens genom att jämföra samtalen från första och sista fasen av kursen (motsvarande A2- och B1-nivå enligt CEFR). Det som analyserades var läkarnas frågemönster, verbalt återbruk och repetition som resurs i frågesekvenser. Den kvantitativa analysen visade på att läkarnas turer vid det andra tillfället blivit längre, läkarna pratade mer och i snabbare tempo och använde sig av färre tvekljud vilket enligt författarna var ett uttryck för läkarnas förbättrade språkkunskaper. Den

kvalitativa analysen visade på utveckling av interaktionell kompetens hos läkarna som enligt forskarna visade sig i ett mer direkt sätt att följa upp patientens berättelse.

Den forskning som bedrivits om läkare-patientkommunikation varierar i val av metoder och forskningsfokus. Det är dock möjligt att urskilja två dominerande angreppssätt inom detta område – *processanalys* och *mikroanalys av diskurs* (Heritage & Maynard 2005:356). Det första angreppssättet representeras av studier som bygger på inspelningar av läkare-patientsamtal och som tenderar att intressera sig för antingen interaktionella aspekter med fokus på samtalsprocessen eller interkulturell kommunikation med fokus på kulturella mönster. Den andra typen av studier bygger på intervjuer och enkäter och fokuserar på attityder, informationsutbyte mellan patient och läkare, ordförståelse och begreppsuppfattningar (Melander-Marttala 1995). Alla dessa studier har dessutom olika ansatser varav sociolingvistiska, sociologiska, psykologiska, socialmedicinska och antropologisk-etnografiska tenderar att dominera. En sammanställning av svenska studier om kommunikation i vården kan hittas i antologin ”Med språket som arbetsredskap: Sju studier av kommunikation i vården” av Anna-Malin Karlsson med flera (2012).

En stor del av interaktionsinriktad forskning som fokuserat på läkare-patientsamtal har haft en sociolingvistisk ansats och använt sig av samtalsanalytiska metoder. Ett av de mest inflytelserika analysystemen genom åren har varit Roter Interaction Analysis System (RIAS) som består av 15 socioemotionella och 24 uppgiftscentrerade analyskategorier som möjliggör klassificering av olika kommunikationshandlingar under läkare-patientsamtal (Roter & Larson 2002). Under de senaste 30 åren har även Conversation analysis (CA) används i studier av läkare-patientkommunikation. Med CA-verktyg har man bland annat undersökt hur läkarens specifika språkval påverkar patientens svar och reaktion och därmed samtalets utgång. Några exempel på den typen av CA-forskning är studier av Lindholm (2003), Boyd & Heritage (2005), Heritage & Maynard (2005) och Heritage (2010). Forskarna har kommit fram till att ett patientsamtal har en förutbestämd struktur (Heritage & Maynard 2005) där den inledande öppna frågan följs av fokuserade följdfrågor/kontrollfrågor som introducerar nya deltopiker och delmoment av konsultationen (Lindholm 2003, Boyd & Heritage 2005). Fokuserade följdfrågor är enligt Heritage (2010) ett mönster vid

informationssökning där symtombeskrivning följs av symtomrelaterade följdfrågor. Alla dessa samtalsmönster kommer att kunna observeras i rollspelen (se avsnitt 6.2.).

3.2. Forskning om rollspel som pedagogisk metod och metod för språktestning

Det finns en rik forskning från Australien och Nya Zeeland som undersökt *rollspel som metod för språktestning* för utlandsutbildade läkare (McNamara 1997, Wette 2011, Pill & Mcnamara 2016, Woodward-Kron & Elder 2016). Rollspel som metod för språktestning används i de två länderna som en del av både OET (Occupational English Test) och OSCE (Objective structured clinical examination) som syftar till att bedöma språkförmågan hos utlandsutbildad vårdpersonal respektive bedöma förmågan att agera som läkare i olika kliniska sammanhang (Woodward-Kron & Elder 2016:255). OSCE utgör även den praktiska delen av det svenska kunskapsprovet för utländska läkare som i Sverige består av 16 olika rollspel. Även de mest framträdande svenska språktest för vårdpersonal som PYS och C1-test på PLUS-programmet använder sig av rollspel som metod för språktestning. En återkommande fråga är dock den om rollspelens autenticitet (Douglas 2001). Det finns forskning som visar på stora skillnader vad gäller turtagning i autentiska samtal och i rollspel (Johnson 2001) men man har även sett många likheter mellan de två olika samtalssituationerna (Lumley & Brown 1996, Elder m.fl. 2012, Pill 2013).

Även studier om *rollspel som pedagogisk metod* har lyft frågan om rollspelens autenticitet och användbarhet (Joyner & Young 2006, Nestel & Tierney 2007, Luttenberger m.fl. 2014). Metoden används på läkarutbildningar runt om i världen och i nordiskt sammanhang har den undersökts av Thomassen (2005) som studerat rollspel mellan studenter och verkliga patienter på norska läkarprogram. Undersökningen visar på metodens hybriditet som tar sitt uttryck i deltagarnas osäkerhet kring rollspelets inramning alltså om rollspelet ska ses som en övning eller en verklig situation. Enligt Thomassen (2005:131) kan denna uppfattning variera under rollspelets gång. Även Linell & Persson Thunqvist (2003:409) menar att rollspel består av ”complexities and hybridities on several levels”. Samtidigt har många studier framhävt rollspelets potential som pedagogisk metod och visat på att rollspel innefattar alla sorters samtalsaspekter (Kasper 2000).

4. Teori och bakgrund

I detta avsnitt presenteras uppsatsens teoretiska ramverk, nämligen begreppen *interaktionell kompetens* (4.1.), *conversation analysis (CA)* (4.2.), *institutionella samtal* (4.3.), *patientcentrerad vård* (4.5.) och *den svenska konsultationsmodellen – Kalymnosmodellen* (4.6.).

4.1. Interaktionell kompetens

Begreppet *interaktionell kompetens* är centralt för detta arbete och kan definieras som en språkkunskap som man måste behärska för att kunna delta i en social interaktion (Johnson 2004:98) eller en förmåga att samordna olika samtalshandlingar utifrån situationella krav (Hall & Pekarek Doehler 2011:2f). Interaktionell kompetens är en komplex förmåga som består av flera färdigheter som innebär att man kan känna igen och anpassa sitt tal efter samtalsmönster som är specifika för ett visst sammanhang, konstruera samtalsturer som kan kännas igen av andra, reparera missförstånd och problem samt upprätthålla en ömsesidig förståelse för att framgångsrikt delta i ett samtal (Hall & Pekarek Doehler 2011:2f).

Trots att teorin om interaktionell kompetens bygger på teorier om kommunikativ kompetens och kommunikativ språkförmåga är det viktigt att skilja på begreppen. Enligt Young (2011:100) kan kommunikativ kompetens ses som en individuell förmåga som man besitter oberoende av andra. Interaktionell kompetens skapas däremot i samspel mellan samtalsdeltagarna i interaktionella praktiker och kan därför variera beroende på sammanhanget och deltagarna. Till skillnad från kommunikativ kompetens är interaktionell kompetens ”not what a person *knows*, it is what a person *does* together with others” (Young 2011:430).

Begreppet *interaktionell kompetens* tillhör olika forskningsgrenar och är centralt för bland annat antropologisk lingvistik och *conversation analysis* (Hall 2018:25f). Den första disciplinen som representeras av Young intresserar sig för hur individuell kunskap används och uttrycks i varierande praktiker. Den *rena* CA:s fokus ligger däremot på universella strukturer för interaktion som är oberoende av sammanhang.

Ur dessa discipliner har även *tillämpad CA* och interaktionell lingvistik utvecklats varav den första är en analysmetod som tillämpas på institutionella samtal (och beskrivs närmare i avsnitt 4.2.) och den andra är en teori som använder sig av CA-metoder för att analysera språket i samtal (Norrby 2014:47). Det är just dessa två områden som ligger mig närmast och blir uppsatsens metod respektive teoretiska ansats.

Även andraspråksforskning som länge främst intresserat sig för strukturella och kognitiva aspekter har på senare år börjat inrikta sig i större utsträckning på interaktionell kompetens (Håkansson & Norrby 2010:628f). Man har börjat se språkförmåga som ett dynamiskt fenomen och en samling av olika språkkompetenser som kan användas beroende på behov och sammanhang (Rydenvald 2017:33). Fokus läggs nu allt oftare på meningsskapande i interaktion och resursanvändning i olika kontexter och i samspel med andra. Interaktionell kompetens är både kontextberoende och kontextkänslig vilket betyder att varje individ har en bank med resurser som är oberoende av kontexten men att man även måste kunna anpassa sitt tal efter sammanhanget (Pekarek-Doehler & Petitjean 2017:6f).

Vuxna med svenska som andraspråk kan å ena sidan nyttja sin tidigare förvärvade interaktionella kompetens när de deltar i ett samtal på sitt andraspråk och å andra sidan kan de behöva skaffa sig den kompetens som det nya sammanhanget kräver. Detta gäller även deltagare i min studie som redan har erfarenhet av patientsamtal från sitt hemland men som måste tillämpa den i den nya institutionella kontexten. Den interaktionella kompetensen i institutionella samtal innebär enligt Nguyen (2012:4) att man kan hantera sekventiella handlingar och topiker utifrån samtalets syfte och organisation. Just denna definition av interaktionell kompetens kommer att vara central i min studie då dess syfte är att undersöka hur deltagarna hanterar patientsamtalets sekventiella organisation i relation till konsultationsmodellen och de mönster som beskrivits i tidigare forskning av Lindholm (2003), Boyd & Heritage (2005), Heritage & Maynard (2005), Heritage (2010) och Tykesson, Kahlin & Romanitan (2019).

4.2. Conversation analysis (CA)

Conversation analysis (CA) växte fram på 1960-talet och utarbetades av forskarna Harvey Sacks, Emanuel Schegloff och Gail Jefferson i opposition till de experimentella metoder som dominerade dåvarande forskning inom sociologin (Sidnell 2010:6). Det var främst Garfinkels etnometodologi och dess syn på kommunikation som gav upphov till CA. Det etnometodologiska förhållningssättet innebär att interaktionen undersöks i vardagliga situationer med fokus på samtalsparternas egna metoder för produktion och tolkning som bygger på sunt förnuft och praktiskt resonemang. De senaste åren har även Goffmans arbeten haft inflytande på CA och bidragit med ett nytt perspektiv på social interaktion som en social institution men de är centrala för samtalsanalys i vidare bemärkelse (Norrby 2014:34).

Det etnometodologiska synsättet yttrar sig i att man i analysen fokuserar på det som finns i själva interaktionen och bortser från yttre faktorer och förutbestämda hypoteser. I praktiken innebär det att man gör en noggrann analys av det insamlade materialet som utgörs av inspelade autentiska samtal och tittar på konkreta enheter som samtalsdeltagarna använder sig av vid kommunikation och tolkning av varandras yttranden. Varje ljud- eller videoinspelning lyssnas på upprepande gånger i syfte att upptäcka allt fler nyanser och därefter transkriberas på ett noggrant och precist sätt (transkription förblir dock alltid en ofullständig version av det primära materialet). I det insamlade materialet letar man efter återkommande mönster och drar slutsatser utifrån dessa fynd (Norrby 2014:35). Metoden kan därför anses ha en induktiv karaktär och kan benämnas som kumulativ empirism (Hopper 1989:61).

Enligt Heritage (1989:241) bygger CA på fyra viktiga antaganden som är att all interaktion har en struktur, alla delar av interaktionen är kontextskapande och kontextförnyande, alla interaktionsenheter är potentiellt värdefulla och kan inte avfärdas samt att studier av social interaktion borde bygga på autentiskt data alltså naturligt uppkomna samtal. När CA växte fram intresserade man sig främst för vardagliga samtal men ganska snart började man även studera institutionella samtal. Sådana studier använder sig oftast av en så kallad *tillämpad CA*. Till den gruppen hör studier av läkare-patientsamtal som undersöker hur det allmänna samtalets

karaktärsdrag realiseras i den institutionella interaktionen och vilka mönster som är specifika för institutionens samtalsorganisation. Analys av läkare-patientsamtal fokuserar då antingen på en specifik typ av patientsamtal såsom rådgivning, informationssökning och diagnosättning eller, som i detta arbete, på praktiker specifika för institutionen såsom turtagnings- och frågemönster (Norrby 2014:37).

CA-analys av läkare-patientkommunikation utgår från att det vardagliga samtalets organisation och allmänna samtalspraktiker såsom turtagning och reparationer finns kvar i patientsamtalet. CA bygger alltså på ett antagande om att patientsamtal sker i samspel mellan patient och läkare och präglas av ett ömsesidigt utbyte. Samtidigt har ett patientsamtal en specifik och förutbestämd struktur som styrs av det institutionella sammanhanget, lärs in av blivande läkare redan under läkarutbildningen och av patienter redan från barndomen (Heritage & Maynard 2005:362f). I detta arbete analyseras samtalsmönster som frågor och kvitton som återfinns i vardagliga samtal men som anses vara centrala för patientsamtalets organisation.

CA har länge använt sig av endast förstaspråksmaterial men på senare år har man även börjat analysera samtal mellan andraspråkstalare. Användning av CA på andraspråksmaterial har ifrågasatts som lämplig metod men det har samtidigt blivit allt vanligare att utgå från CA i analys av andraspråksmaterial (Lehti-Eklund & Green-Vänttinen 2007, 2009, Slotte-Lüttge 2005, Henricson 2013). Fokus i sådana studier blir då på vad andraspråkstalare förmår att kommunicera och inte på kommunikationsbrister. Metoden används främst av andraspråksforskare inom tillämpad lingvistik (Norrby 2014:38).

4.3. Patientsamtal som institutionella samtal

Som nämnts i avsnittet om samtalsanalys (4.2.) utgör patientsamtal en form av *institutionella samtal*. Med institutionella samtal menas de samtal där en expert som representerar en viss institution (här läkare) möter en lekman alltså en vanlig medborgare (här patient) för att lösa ett problem eller en uppgift (Agar 1985:147f). I många avseenden liknar institutionella samtal vanliga samtal, exempelvis påverkas de av samma samtalsregler som sekventiell organisation, turtagning och koherens. Institutionella samtal är dessutom som alla andra samtal kulturellt och socialt

situerade (Sacks m.fl. 1974:696, Erickson & Schulz 1982:17) och påverkas av deltagarnas ålder, kön, bakgrund m.fl. Dessa faktorer blir ofta avgörande för samtalets utfall och då särskilt om kommunikationen sker mellan deltagare från olika kulturer och språk som det är fallet i denna studie. Även kulturellt och samhälleligt sammanhang blir centralt för samtalets utgång och diskursen måste anpassas till den institutionella ram som råder i samhället (Agar 1985:148f) och som i detta fall representeras av den så kallade konsultationsmodellen (se avsnitt 4.5.).

Enligt Agar (1985:148f) är institutionella samtal indelade i tre delar efter kommunikationens huvuduppgifter – diagnos, direktiv och rapport – som alla måste genomföras inom bestämda institutionella ramar och som alla återfinns i läkarkonsultationen. En konsultationsprocess brukar innehålla inledande sekvens, presentation av problemet, sjukdomshistoria, klinisk undersökning, diagnossättning, behandlingsrekommendation och avslutande sekvens (Robinson 2003:27). Analys av samtalets sekvenser måste därför göras med hänsyn till den specifika organisationen av patientsamtal.

En viktig del av patientsamtalets struktur som kommer analyseras i studien är hummanden och småord vars syfte är att visa att man förstått samtalspartners utsaga och inte vill ta över samtalsturen. Dessa småord som inte leder till talarbyte kallas för *uppsbackningar* i CA-litteraturen och förekommer i mikropauser under en pågående tur (Norrby 2014:161). Utöver uppsbackningar som fungerar som *fortsättningssignaler* finns det även de som signalerar förståelse och är en reaktion på den föregående turens innehåll och de kallas för *nyhetsmarkörer* (Norrby 2014:167). Deras funktion är att visa förståelse och medkänsla och de är viktiga kvitton i alla typer av samtal men då särskilt i konsultationsprocessen (Larsen 2015:33).

En annan viktig aspekt av institutionella samtal är att de är asymmetriska vilket självklart också gäller patientsamtal där läkaren är den parten som dominerar i samtalet och patienten är den som är i underläge. Samtalets asymmetri tar sitt uttryck i den professionella partens dominans alltså i detta fall i läkarstyrningen som grundar sig i både den institutionella dominansen och kunskapsdominansen. Det är dock väsentligt hur denna dominans hanteras i samtalet. Det är viktigt att se konsultationen som ett ömsesidigt informationsutbyte mellan patient och läkare där läkaren är lyhörd

och låter patienten uttrycka sina ärenden och tankar (Silverman 1987). Konsultationens syfte är att både åtgärda ett visst problem och möta patientens oro och känslor (Heath 1992:235). Man kan alltså konstatera att patientsamtal i likhet med övriga institutionella samtal påverkas av en rad faktorer som alla kan inverka på samtalets utgång.

4.4. Patientcentrerad vård

Historiskt sett har patienten länge haft en passiv roll i konsultationsprocessen och konsultationen skett på läkarens villkor något som framgår av den forskning som gjordes på 70-, 80- och 90-talet. Coulthards och Ashbys (1975) studie visade bland annat att läkare tenderade att fokusera på informationssökning och ställde strikt medicinska frågor vilket resulterade i att det inte fanns utrymme för patientens berättelse. West (1983) kom fram till att så mycket som 92 procent av frågorna under ett patientsamtal ställdes av läkaren. Även Frankel (1984, 1990) visade på dominans av läkarens frågor vilket enligt forskaren kunde ha berott på samtalets sekventiella egenskaper. Enligt Beckman och Frankel (1984) berodde denna obalans på att läkaren tenderade att avbryta patienten redan vid samtalets början genom att ställa medicinska följdfrågor vilket ledde till att patientens berättelse underkastades läkarens informationssökning.

I slutet av 1970-talet började detta förhållningssätt kritiseras av bland annat Engel (1977) som kom fram med en modell för patientcentrerad vård. Denna modell fick stöd av ett stort antal studier som visade att läkarens patientcentrerade bemötande och prosociala beteende har en positiv inverkan på patientens psykiska och fysiska hälsa (Stewart 2003). Som följd av denna utveckling tog man fram en så kallad *three function model of the medical interview* (Cohen-Cole 1991, Cohen-Cole & Bird 1991) som delar in konsultationen i tre delar som är "Build the Relationship", "Assess and Understand" och "Collaborative Management". Den tredelade konsultationsmodellen används numera av både kliniskt arbetande läkare och blivande läkare på läkarprogram runt om i världen. En svensk motsvarighet till denna modell har tagits fram av Jan-Helge Larsen (2015) och det är denna modell som lärs ut på svenska läkarutbildningar och används inom svensk sjukvård.

Begreppet patientcentrerad vård började användas i svensk lagstiftning när Patientlagen (Socialstyrelsen 2014:821) trädde i kraft år 2015. Patientcentrering innebär i korthet att ett vårdmöte ska bygga på förhandling och ett ömsesidigt kunskapsutbyte mellan patient och läkare. Patientsamtalet ska dessutom präglas av en öppenhet och en jämlik relation mellan patient och läkare och ska sträva efter samsyn mellan båda parter. Det finns dock ingen enhetlig definition av patientcentrerad vård då det finns flera aktörer runt om i världen som arbetar med och bidrar med kunskap om patientcentrering och de alla har en central roll i organisering och styrning av svensk hälso- och sjukvård. De viktigaste aktörerna för svensk sjukvård som arbetar med patientcentrering är The Picker Institute, Institute of Medicine, Myndigheten för vårdanalys, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Centrum för patientcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) samt Patient- och professionsorganisationer (Masterton m.fl. 2015:8-11).

4.5. Den svenska konsultationsmodellen - Kalymnosmodellen

Den konsultationsmodell som numera används inom den svenska hälso- och sjukvården och då framför allt inom primärvården har utarbetats av Jan-Helge Larsen som under många år testat och justerat modellen i konsultationslaboratoriet på Kalymnos. Sedan 1992 har han genomfört kurser och videohandledning för läkare från framför allt Sverige och Danmark där han spelat in och analyserat läkarnas samtal med patienter. Konsultationsmodellen är ett resultat av detta arbete som i sin helhet presenteras i Jan-Helge Larsens bok ”Patientsamtalet: Handbok i mötet mellan läkare och patient” (2015). Boken bygger på analyser av patientsamtal och förser läkare med konkreta verktyg kring hur man ska styra patientsamtalet på ett bra och framgångsrikt sätt (Jan-Helge Larsen 2015:13f).

Larsens konsultationsmodell är patientcentrerad och dess syfte är att skapa en jämlik relation mellan läkaren och patienten. Detta kan uppnås genom att ge patienten mer talutrymme och inte avbryta patientens berättelse vilket ofta förbises under patientsamtalen. Modellen bygger på *three function model of the medical interview* som delar in konsultationsprocessen i tre moment (se avsnitt 4.4.) men gör en tydligare

åtskillnad mellan de olika delarna. Enligt Larsen ska en konsultationsprocess bestå av Patientens del, Läkarens del och Gemensam del som alla består av olika faser, så kallade *nio F* (Jan-Helge Larsen 2015:18). I detta arbete är det främst Patientens del som är av intresse då det oftast är denna del som uteblir i patientsamtalen. Forskning har nämligen visat att läkarna tenderar att fokusera på informationssökning och begränsar sig till Läkarens del i sina samtal med patienter (se avsnitt 3.1.).

Patientens del består av tre faser: *förberedelse* alltså patientens tankar och känslor före läkarbesöket, *förhållandet* alltså att välkomna patienten, låta patienten tala och kvittera och *föreställningar, farhågor och förväntningar* som läkare försöker att få fram under första delen av besöket. Patientens del fokuserar på patientens berättelse och har som syfte att få fram patientens tankar, oro och önskemål. Modellens grundantagande är att patienten har ett försprång jämfört med läkaren och därför är det avgörande att öppna upp patientens universum, alltså få del av patientens egna tankar kring besöksorsaken, och låta hen komma till tals i början av läkarbesöket. I den delen är det viktigt att skapa en *jag-du* dialog med patienten och uppmuntra patienten genom att ge så kallade kvitton och sammanfatta patientens yttranden. Kvitton kan se ut på olika sätt – de kan uttryckas genom läkarens vänlighet, genom hummande och att man upprepar patientens avslutande ord på ett frågande sätt, genom att bekräfta patientens känslor, berömma, erkänna och visa omsorg, uppmuntra och be om fördjupning (Jan-Helge Larsen 2015:33).

Läkarens frågor, svar och reaktioner ses som olika typer av gensvar. I Patientens del, för att låta patienten komma till tals, rekommenderas användning av så kallade utvidgande gensvar i motsats till avgränsande gensvar. Den första typen av respons överlåter styrningen till patienten genom att utvidga samtalets tema. Ett exempel på det är frågan ”Kan du berätta något mer?” som öppnar upp för patientens berättelse. Utvidgande gensvar kan även ha form av kvitton som syftar till att få fram patientens tankar utan att avbryta hen och pauser som ger patienten tid för eftertanke (Bendix 1991:19). Avgränsande gensvar styr samtalets tema i en bestämd riktning genom att läkaren svarar på innehållsdelen av patientens utsaga och ställer avgränsande innehållsfrågor som exempelvis ”När började dina besvär?”. Den typen av frågor kan med fördel användas i Läkarens del som fokuserar på informationssökning men borde

undvikas i början av samtalet där patientens oro, tankar och önskemål alltså det affektiva budskapet i patientens utsaga är av intresse (Jan-Helge Larsen 2015:184f).

Läkarens del kan inledas först efter att patienten delat med sig av sina funderingar och talat till punkt. Som nämnts ovan fokuserar detta konsultationsmoment på informationssökning där läkaren kan följa sin egen sjukdomsmodell och ställa avgränsande anamnesfrågor (Jan-Helge Larsen 2015:47f). Syftet med denna del är att komma fram till hur man ska gå vidare med patienten och bestämma vilken typ av undersökning som ska göras (Madsen 2013). Till slut kommer *Gemensam del* som kombinerar både Patientens och Läkarens del och syftar till att nå en överenskommelse med patienten.

Under hela den tredelade konsultationsprocessen rekommenderas användning av kvitton i form av uppbackningar, repetition och affektiva kvitton vars syfte är att ge beröm och erkännande till patienten och stötta patienten i hans berättelse (Larsen 2015:33). Affektiva kvitton innebär att man svarar på det affektiva alltså känslomässiga budskapet i patientens utsaga istället för det kognitiva alltså hälsorelaterade innehållet. Dessa kvitton är oftast svårare att använda då läkarna tenderar att tänka inom den medicinska referensramen och är ovana vid att svara på det affektiva innehållet i patientens utsaga (Larsen 2015). Alla de ovannämnda kvittenserna kan med fördel användas istället för utvidgande frågor för att få fram patientens tankar.

Kalymnosmodellens främsta syfte är att förmedla en samtalsmetod och visa hur läkaren kan strukturera samtalet, ställa frågor och följa upp patientens berättelse på ett effektivt sätt för att erbjuda patientcentrerad vård. De samtalsverktyg som ingår i Kalymnosmodellen återfinns i andra sorters samtal och läkarna kan med fördel använda sig av dessa verktyg utan att ha kunskap om modellen. Det som analyseras i detta arbete är i vilken mån läkarna ger utrymme till patienten och använder sig av återkoppling i patientsamtalet vilket görs med Kalymnosmodellen som teoretiskt ramverk. Att kunna strukturera samtalet enligt de institutionella kraven, ställa adekvata frågor och använda sig av olika former av återkoppling ser jag som ett uttryck för interaktionell kompetens enligt Nguyens definition (Nguyen 2012:4).

5. Material och metod

I detta avsnitt presenteras arbetets material, informanter som deltagit i studien (5.1.) och studiens metod (5.2.). Syftet med avsnittet är att redogöra för hur forskningsprocessen gått till från datainsamling till analys av materialet. Avsnittet avslutas med en diskussion kring studiens reliabilitet där olika osäkerhetsfaktorer tas upp (5.3.) samt med etiska överväganden (5.4.).

5.1. Material och informanter

Samtalsmaterialet består av tio patientsamtal i form av rollspel som arrangerats av mig och mina arbetskamrater för forskningsbruk under andraspråksundervisningen. Rollspelen fördes i sin helhet mellan undervisningsdeltagarna men läraren var tillgänglig för en viss stöttning. Varje rollspel varade från cirka fem till tio minuter och spelades in via Webex i samband med distansundervisning. I undersökningen deltog tio läkare varav fem var på B2-nivå och fem var på C1-nivå som alla hade läkarrollen i samtalen. Deltagarnas språknivå hade bedömts internt genom individuella kartläggningar enligt CEFR.

Läkarna som deltagit i studien har antingen rekryterats med hjälp av ett rekryteringsföretag eller kommit till Sverige och ansökt om jobb på egen hand. En del av dem har gått en svensk kurs utomlands medan andra har lärt sig svenska på plats. Vid datainsamlingen gick de en språkkurs i Sverige med fokus på sjukvårdssvenska samtidigt som de arbetade på en svensk vårdinrättning. Deltagarna hade som mål att utveckla sina språkkunskaper inom både allmän svenska och sjukvårdssvenska och nå upp till C1-nivå som krävs för att kunna arbeta som legitimerad personal inom svensk sjukvård (Socialstyrelsen 2021) och befann sig i olika undervisningsperioder.

En viktig del av den undervisning som läkarna deltagit i var patientkommunikation som tränades och testades genom rollspel. I språkkursen ingick utbildning i konsultationsmodellen så majoriteten av deltagarna var bekanta med modellen vid datainsamlingen och hade tränat på den vid flera tillfällen. Det gäller dock inte alla som deltagit i studien då läkarna tillhörde olika kurser och befann sig i olika undervisningsfaser. De deltagare som inte tränat på Kalymnosmodellen under

undervisningens gång hade ändå varit bekanta med någon typ av konsultationsmodell då man använder liknande modeller för konsultationsprocessen utomlands (se avsnitt 4.4.).

Individerna som deltagit i studien utgör en heterogen grupp vad gäller ålder, kön och språklig och kulturell bakgrund och de kommer från olika både europeiska och icke-europeiska länder. De alla har en utländsk läkarutbildning men olika lång erfarenhet inom yrket. En del av deltagarna är läkare med specialistkunskaper medan andra är nytexaminerade och läkare under sin specialistbildning. Samtliga deltagare är yrkesverksamma och arbetar på en svensk vårdinrättning. Gruppen är heterogen vad gäller antal år de bott och arbetat i Sverige men majoriteten av deltagarna har arbetat på en svensk vårdinrättning i högst ett år. Läkarna på B2-nivå har med ett undantag varit i Sverige kortast tid.

5.2. Metod

I studien har jag använt mig av tillämpad CA i och med att det är institutionella samtal som analyseras. De inspelade patientsamtalen har lyssnats till upprepande gånger, transkriberats och analyserats med hjälp av CA-verktyg. I de inspelade läkare-patientsamtalen har jag undersökt hur det allmänna samtalets karaktärsdrag realiseras av informanterna i den institutionella interaktionen och jag har letat efter återkommande mönster som är specifika för institutionens samtalsorganisation. CA-analysen har synliggjort de praktiker och mönster som utmärker läkare-patientsamtal och som utgör grunden för Kalymnosmodellen och visat hur informanterna applicerar dem beroende på språknivå.

Interaktionell kompetens i patientsamtalen har undersökts utifrån hur läkare med svenska som andraspråk strukturerar samtalet, ställer frågor och följer upp patientens berättelse i relation till de olika språkverktyg som ingår i Kalymnosmodellen och de samtalsmönster som uppmärksammats i tidigare forskning (Lindholm 2003, Berbyuk Lindström 2008, Boyd & Heritage 2005, Heritage & Maynard 2005, Heritage 2010, Tykesson m.fl. 2019). De samtalsdrag som analyseras är läkarnas frågemönster, uppbackningar, repetition och affektiva kvitton. Dessa verktyg är som nämnts ovan

inte speciella för läkarkonsultationer utan återfinns i alla typer av samtal. Deras användning i konsultationsprocessen är dock specifik för institutionella samtal och styrs av den institutionella ramen som Kalymnosmodellen är ett uttryck för (se avsnitt 4.3.). Med tanke på det anser jag att användningen av frågor och kvitton utifrån patientsamtalets syfte och organisation vittnar om läkarnas interaktionella kompetens enligt Nguyens (2012:4) definition.

Förekomst och tillämpning av olika frågemönster i samtalens första del och kvitton i form av uppbackningar, repetitioner och affektiva kvitton har analyserats kvalitativt (med vissa kvantitativa inslag) med CA-metoder med hänsyn till deltagarperspektivet och samtalspartners responser. Deltagarnas tolkningar av samtalshandlingar och hur de använder sig av olika samtalsverktyg för att skapa ömsesidig förståelse anses vittna om läkarnas interaktionella kompetens förstådd som förmåga att hantera sekventiella handlingar utifrån samtalets syfte och organisation (Nguyen 2012:4). Denna kompetens har även analyserats i relation till deltagarnas språknivå enligt CEFR.

Analysen av det transkriberade materialet har även gjorts kvantitativt i syfte att undersöka om det finns några skillnader på ord- och turnivå mellan samtalen och därmed få en översiktlig bild av hur informanternas språkfärdighet ser ut i förhållande till språknivå. Den kvantitativa undersökningen fungerar som en utgångspunkt till den kvalitativa analysen och har ett monologiskt perspektiv där antal ord, turlängd och talhastighet mäts hos den enskilda informanten. Analysen bygger på transkriptioner av läkarnas turer i Patientens och Läkarens del (se avsnitt 6.1.) och bortser från ”patienternas” samtalsbidrag. Med en ”tur” menas en enhet som nått en syntaktisk, pragmatisk och prosodisk slutpunkt och följs av ett talarbyte. Återkopplingssignaler räknas därför inte som en självständig tur (Norrby 2014:125). Resultaten av den kvantitativa analysen har jämförts med resultat i andra liknande studier (se avsnitt 3.1.) och då framför allt med resultaten i Tykesson m.fl. (2019) ”Utvecklingen av interaktionell kompetens hos läkare som lär sig svenska: Mönster i frågesekvenser i rollspel med patienter”.

5.3. Metoddiskussion

Det finns en del faktorer som kan ha påverkat studiens reliabilitet. Det att studien gjorts under deltagarnas ordinarie undervisningstid och använt sig av rollspel som testningsmetod kan ha påverkat deltagarnas inställning till situationen och på så sätt inverkat på studiens resultat. Denna osäkerhet har lyfts fram av Thomassen (2005) som analyserat rollspel mellan medicinstudenter och verkliga patienter på norska läkarprogram. Studien har visat på olika tvetydigheter som rollspel kan föra med sig. En av dem är att rollspel är en hybrid verksamhetstyp där det råder osäkerhet kring situationens autenticitet. Rollspel kan nämligen uppfattas som ett autentiskt samtal eller som ett övningstillfälle. Det kan därför vara svårt att avgöra i vilken mån rollspel med patienter skiljer sig från ett autentiskt patientsamtal. Linell och Persson Thunqvist (2003) visar även att deltagarnas inställning till samtalsituationen och dess inramning kan variera under rollspelets gång. Detta har även varit tydligt i min studie där deltagarna skiftade från att vara läkare till att vara språkinlärare och avbröt emellanåt det professionella samtalet genom att ställa språkfrågor till läraren.

Samtidigt har rollspel som både pedagogiskt verktyg och testningsmetod med framgång använts på läkarutbildningar runt om i världen och metoden stöds av ett antal internationella studier (se avsnitt 3.2.). Rollspel används bland annat som testningsmetod under det praktiska delprovet OSCE av Kunskapsprovet för läkare. Även prov på C1-nivå för utlandsutbildad sjukvårdspersonal som ges runt om i Sverige brukar omfatta rollspel med patienter. Med tanke på det har jag ansett rollspel som en lämplig metod vid datainsamling. Valet av rollspel har även gjorts med förhoppning om att kunna bidra med kunskap om rollspel som pedagogisk och språkutvecklande metod. För att säkerställa studiens validitet har jag dock försökt att göra samtalen så autentiska som möjligt genom att låta läkarna utgå från verkliga patientfall och genom att inte ingripa i samtalen om inte nödvändigt.

En till aspekt som kan ha påverkat resultaten är min dubbla roll i undersökningen där jag både har lärar- och forskarroll. Att deltagarna känt mig sedan innan och att jag undervisat dem om patientsamtal och konsultationsmodellen kan ha haft inverkan på hur deltagarna presterade under undersökningen och vilka samtalsverktyg de valt att

använda. Å andra sidan kan min lärarroll ha resulterat i att deltagarna var avslappnade och vågade använda sig av alla sina samtalsverktyg vid undersökningstillfället. För att minimera påverkan av min dubbla roll och därmed öka studiens validitet informerades deltagarna om syftet med undersökningen först efter att studien genomförts.

Det som jag ser som en fördel med mitt inifrånperspektiv är att jag haft kunskap om konsultationsprocessens struktur och hur de olika samtalsverktygen påverkar mötet med patienten vilket underlättat analysen. Nackdelen är dock att jag kan ha förbisett andra viktiga uttryck för deltagarnas interaktionella kompetens. För att minimera påverkan av inifrånperspektivet har jag gjort en noggrann analys av rollspelstranskriptioner med syfte att urskilja alla utmärkande samtalsdrag och jämfört resultaten med tidigare forskning om patientsamtal (Lindholm 2003, Boyd & Heritage 2005, Heritage & Maynard 2005, Heritage 2010 och Tykesson m.fl. 2019). Analysen har som nämnts ovan (se avsnitt 5.2.) gjorts med hänsyn till deltagarperspektivet som är centralt för CA (Schegloff 1987) vilket även det ökat studiens validitet.

En annan osäkerhetsfaktor avseende arbetet är att det är ett relativt litet antal rollspel som analyserats i studien vilket också kan ha haft påverkan på studiens resultat. Vid ett sådant litet antal inspelningar är risken större att undersökningen påverkas av olika osäkerhetsfaktorer. Deltagarnas prestation kan variera beroende på dagsformen, inställningen till läraren och gruppen, när på dagen undersökningen genomförts med mera. Under datainsamlingen hade vi detta i åtanke och försökte se till att de inspelade samtalen inte avvek i allt för stor grad från deltagarnas vanliga prestation. Detta var möjligt tack vare att deltagarna hade tränat på patientsamtal vid upprepade gånger innan datainsamlingen och vi hade koll på deltagarnas nivå och prestation.

På grund av uppsatsens omfång har jag varit tvungen att begränsa undersökningen i fråga om antalet deltagare och rollspelstillfällena men det vore intressant att göra en mer omfattande undersökning med fler informanter och att mäta utveckling av den interaktionella kompetensen över tid. Det hade även varit intressant att jämföra svenskutbildade modersmålstalande läkare som en kontrollgrupp men detta har inte varit möjligt inom ramen för detta arbete. Istället har jag jämfört resultaten med tidigare forskning kring autentiska patientsamtal av modersmålstalande läkare (se

avsnitt 3.1.). Resultaten skulle även kunna analyseras med avseende på kön men detta har inte varit möjligt i detta arbete på grund av att majoriteten av deltagarna har varit män.

5.4. Etiska överväganden

Inspelningen och bearbetningen av materialet har gjorts i enlighet med Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (Vetenskapsrådet 2017). Innan varje inspelning informerades deltagarna om syftet med studien och om hur inspelningen skulle användas och alla gav sitt muntliga och skriftliga samtycke till att delta i studien och spelas in i forskningssyfte. Deltagarna informerades även om att det insamlade materialet skulle behandlas konfidentiellt och att de skulle vara anonyma i studien.

Under bearbetningen av materialet har jag värnat om deltagarnas anonymitet. Alla namn och uppgifter som skulle kunna leda till informanterna har anonymiserats. I arbetet finns därför inga uppgifter om deltagarnas specialisering, förstaspråk, ursprungsland eller exakta antal år de arbetat i Sverige. Det avslöjas inte heller i vilken verksamhet undersökningen har genomförts eller var deltagarna arbetar i Sverige. Deltagarna tillhör olika kurser som hålls av olika pedagoger och kan därför inte avslöjas genom kopplingar till mig som lärare.

6. Analys

I detta avsnitt presenteras både den kvantitativa analysen av läkarnas språkproduktion och den kvalitativa analysen av läkarnas samtalsmönster utifrån de inspelade rollspelen med patienter som även den innehåller kvantitativa inslag. I den kvantitativa delen (6.1.) mäts och analyseras läkarnas ordmängd, turlängd och talhastighet i relation till språknivå medan den kvalitativa analysen (6.2.) fokuserar på läkarnas frågemönster i den inledande delen av samtalet och användning av kvitton (återkoppling). Analysen av läkarnas kvitton är indelad i tre områden: hummande och småord, repetition och affektiva kvitton.

6.1. Kvantitativ analys av läkarnas språkproduktion

Syftet med den kvantitativa analysen är att få en överblick över läkarnas språkproduktion och se om det finns några skillnader på ord- och turnivå mellan rollspelen på B2- och C1-nivå. Jag är medveten om att den typen av kvantitativa jämförelser har låg validitet och avviker från det samtalsanalytiska förhållningssättet enligt vilket varje samtal är specifikt och kontextberoende (Sacks m.fl. 1974:696). Detta syns tydligt i resultaten som visar en stor variation mellan individerna vilket även kan förklaras med att uppgiften tolkats olika av deltagarna och att samtalen haft olika längd och utgått från olika patientfall. Den kvantitativa undersökningen anser jag dock vara en bra utgångspunkt för den kvalitativa analysen då den visar på övergripande tendenser vad gäller deltagarnas språkproduktion på de två språknivåerna som kan ha påverkan på hur läkarna tillämpar de olika samtalsverktyg som ingår i Kalymnosmodellen.

Den kvantitativa analysen baseras på samtalens transkriptioner och tar endast hänsyn till läkarnas turer och bortser från patienternas samtalsbidrag. Analysen av läkarnas turlängd och ordmängd omfattar inte den gemensamma delen av samtalet där läkaren beskriver vilken undersökning som ska göras och berättar om olika behandlingsalternativ. Denna avgränsning har gjorts för att öka analysens validitet då den sista delen av rollspelen i hög grad påverkats av samtalets tema och deltagarnas tolkning av uppgiften vilket skulle inverka på resultaten avsevärt.

Tabell 1. Läkarnas genomsnittliga ordmängd, turlängd och taltempo.

	<i>ordmängd</i>	<i>turlängd</i>	<i>taltempo</i>
<i>B2</i>	163	11,34	25 ord/minut
<i>C1</i>	162	11,75	35 ord/minut

Vad gäller den totala ordmängd som läkarna producerar under den dialogiska delen av samtalet observeras det inga stora skillnader mellan de två språknivåerna. Deltagarna på B2-nivå producerar från 86 till 223 ord medan deltagarna på C1-nivå producerar från 100 till 280 ord. Den genomsnittliga ordmängden för läkarna på B2-nivå ligger alltså på 163 ord jämfört med 162 ord för deltagarna på C1-nivå. Ord mängden i sig anses dock inte vara ett uttryck för interaktionell kompetens då den, som nämnts ovan, kan bero på flera olika både språkliga och situationella faktorer.

Mångordighet ses i Tykesson m.fl. (2019:50) som ett uttryck för språkutveckling vilket är ett rimligt antagande beträffande de lägre språknivåerna men i de analyserade samtalen finns ingen sådan tendens. Det har däremot kunnat observeras att de flesta av samtalen på B2-nivå är något mer utdragna än de på C1-nivå och läkarna på B2-nivå använder sig i större utsträckning av upprepningar och omformuleringar av olika slag vilket kan bero på mindre utvecklat ordförråd och osäkerhet i talet. Turer som produceras av läkarna på C1-nivå präglas av färre omstarter och tenderar att vara mer koncisa och dessa läkare lyckas ge mer utrymme för patientens berättelse tack vare olika sorters utvidgande gensvar vilket minskar läkarnas totala ordmängd.

Den genomsnittliga turlängden i den dialogiska delen av samtalen ligger på 11,34 ord hos läkarna på B2-nivå och 11,75 ord hos läkarna på C1-nivå. Hos deltagarna på B2-nivå varierar den genomsnittliga turlängden från 7 till 18 ord och hos deltagarna på C1-nivå från 8,75 till 15. Det förekommer alltså ingen stor skillnad mellan de två språknivåerna vad gäller turlängd. Däremot kan det observeras en skillnad vad gäller den genomsnittliga talhastigheten då den ligger på 25 ord per minut för läkarna på B2-nivå och på 35 ord per minut hos läkarna på C1-nivå. Ett liknande resultat presenteras i Tykesson m.fl. (2019:49) där läkarna ökade sin talhastighet med 11 ord per minut mellan nivå A2 och B1. Talhastigheten varierar dock avsevärt mellan

individerna inom de två grupperna – från 19 till 35 ord per minut för läkarna på B2-nivå och från 26 till 53 ord per minut för läkarna på C1-nivå. Trots denna variation kan man se en tendens att läkarna på C1-nivå förmår tala med bättre flyt och i snabbare tempo vilket stämmer överens med min bedömning av deltagarnas språkproduktion.

6.2. Analys av läkarnas frågemönster i Patientens del

I denna del jämförs läkarnas frågemönster i samtalets första del alltså i Patientens del av konsultationsprocessen. Det som har kunnat observeras är att det i samtliga av de analyserade samtalen, både på B2- och C1-nivå, finns en tydlig tendens att i samtalets första del ställa kognitiva (hälsorelaterade), avgränsande frågor istället för utvidgande gensvar vilket leder till läkarcentrering och strider mot Kalymnosmodellen. Samma tendens har uppmärksammats i tidigare forskning och då bland annat i Coulthard & Ashby (1975). I samtliga dialoger avbryts Patientens del relativt tidigt i samtalet och läkarna ställer som högst tre utvidgande frågor som exempelvis ”Hur kan jag hjälpa dig?” eller ”Har du något mer att berätta?”.

Samtliga dialoger inleds med en öppen fråga som i sju av tio samtalen följs av kognitiva frågor och då framför allt följdfrågor vilket kännetecknar Läkarens del och är ett mönster vid informationssökning som påvisats av Heritage (2010). Med kognitiva följdfrågor menas avgränsande, strikt medicinska frågor som relaterar till en föregående fråga och vars främsta syfte är begäran om precisering, exempelvis ”När började dina symtom?”. De kognitiva frågorna som är riktade mot symtomen avbryter Patientens del och gör att läkaren tar över styrningen i samtalet. De kan även tolkas av patienten som ett bristande intresse för hen som person (Larsen 2015:34).

I fyra av tio samtalen får patienten utrymme för att tala ut tack vare gensvar i form av uppbackningar och repetition (se avsnitt 6.3.) och i tre av dem följs den inledande frågan av ett utvidgande gensvar i form av en öppen fråga. Patientens del får även här relativt lite plats men i de tre samtalen förekommer det öppna frågor som lyckas utvidga samtalets fält genom att låta patienten styra samtalets tema. Samtliga dialoger där den inledande öppna frågan följs av utvidgande frågor är på C1-nivå (se Tabell 2).

Tabell 2. Läkarnas frågeturer som utvidgar samtalets tema.

Nivå	Läkare	Frågeturer
C1	F	”Något mer du kan berätta om?”
		”Något mer innan vi börjar fråga?”
C1	C	”Har du något mer att berätta?”
C1	G	”Kan du berätta lite mer? Förklara lite mer?”

Tabell 3. Läkarnas frågeturer som styr samtalets tema.

Nivå	Läkare	Frågeturer
C1	B	”När började dina besvär?”
C1	D	”Hur går det med lappbehandlingen? Går det bra eller har ni haft lite svårigheter?”
B2	A	”Hur gammal är du då?”
B2	H	”Har du besvär med yrsel när du vrider på huvudet?”
B2	I	”Har du annan sjukdom som du vet om?”
B2	E	”Har du andra symtom utom mindre vikt?”
B2	J	”Känner du andfädd eller har ont i bröstet?”

Nedan finns det tre utdrag ur samtalen där läkarnas frågor är fetmarkerade. De tre utdragen har valts ut då de anses exemplifiera tillämpning av de ovannämnda frågemönstren på ett tydligt sätt. De första två samtalen hålls av deltagarna på B2- respektive C1-nivå och båda präglas av läkardominans där majoriteten av frågor utgörs av avgränsande, kognitiva gensvar. I det tredje samtalet är läkaren på C1-nivå och samtalet präglas av en högre grad av patientcentrering.

(1) Läkare A (B2-nivå)

- 1 L: välkommen hit↑
- 2 P: hej tack
- 3 L: varsågod↑ (.) kan du sprita händerna och efter kan du följa mig↑ tack så
- 4 mycket
- 5 P: ja absolut (.) det går bra
- 6 L: ja heter [---] ja är distriktsläkare (.) **berätta mig hur kan ja hjälpa dej?**

- 7 P: hm yy (.) ja har ont i mage sen två dagar
 8 L: **okej (.) har du ont i mage sen två dagar↑ okej**
 9 P: hm ja det är [konstant
 10 L: [hur gammal är du då?
 11 P: ja är femtiofem
 12 L: femtiofem **okej (.) när började den här ont i magen? har du andra**
 13 **symtom till exempel illamående (.) kräkningar**
 14 P: ja har illamående men [jag inte kräks
 15 L: [lätt illamående
 16 L: **kräks?**
 17 P: ja inte kräks än
 18 L: **mm smärta är konstans är detsamma hela tiden eller kommer å gå?**
 19 P: det är ihållande men det har blivit värre
 20 L: okej
 21 P: idag det har blivit värre å det strålar ut också (.) mot ryggen
 22 L: **mot i ryggen (.) strålar ut i ryggen? mhm (.) smärtan är mer på hela**
 23 **magen eller framför allt på höger eller vänster sida? på vilken?**
 24 P: Övre delen av magen (.) svårt att lokalisera

Den ovanstående frågesekvensen i utdrag 1 inleds med en inledande fråga »Hur kan jag hjälpa dig?» som uppmuntrar till en utvidgad respons (Lindholm 2003:57f). Patientens svar är i detta fall relativt kort men består av flera innehållselement som ger en allmän beskrivning av patientens besvär. I nästa tur använder sig läkaren av en repetition som bekräftelse (rad 8) som på grund av en omvänd ordföljd tolkas som en fråga och följs av patientens respons (rad 9). En sådan repetition kan vara ett tecken på läkarens osäkerhet och kan ses som ett uppskjutande drag som ger läkaren extra tanketid (Tykesson m.fl. 2019:61).

I nästa steg ställer läkaren en fokuserad fråga om patientens ålder (rad 10). Frågan »Hur gammal är du då?» avbryter patientens symtombeskrivning och bildar tillsammans med patientens svar en inskottssekvens (rad 10–11). Denna sekvens avviker från det ovannämnda mönster som påvisats av Heritage (2010) enligt vilket patientens symtombeskrivning följs upp med symtomrelaterade följdfrågor. Brist på gensvar och förekomst av inskottssekvenser som denna kan leda till att patienten inte upplever sig hörd och förstörd (Larsen 2015:34).

Frågan om ålder (rad 10) avbryter dessutom patientens utsaga och gör att konsultationsmodellens organisation inte följs. Det lämnas inget utrymme för patientens berättelse om hens oro, tankar och önskemål då samtalet styrs över till den medicinska världen vilket resulterar i att patienten ger styrningen till läkaren (Larsen

2015:29). Samtalet blir läkarcenterat och läkaren går miste om patientens funderingar, reflektioner och önskemål vilket påverkar samtalets utfall. Samtidigt ställs det många följdfrågor som inleder nya deltopiker (rad 12–13, 18 och 22–23) något som är karakteristiskt för konsultationsmodellens informationssökande del (Heritage 2010).

Generellt är samtalet ganska utdraget och läkarens frågeturer kännetecknas av olika tvekljud och upprepningar. Frågorna i rad 18 samt 22–23 präglas av omstarter och visar på att läkaren har svårt att formulera sig. I rad 12 ställer läkaren dessutom en fråga som redan besvarats i samtalets tidigare skede. Detta kan tyda på att läkaren inte förstått patientens svar men det kan även bero på situationens hybriditet och att läkaren uppfattar samtalet som en övningsituation (Thomassen 2005). Den flerdelade frågan i rad 12–13 om presupponerade symtom utgör ett effektivt verktyg som gör det möjligt för läkaren att snabbt utesluta symtom (Tykesson m.fl. 2019) men i detta fall, på grund av att läkaren avbrutit patientens svar, leder det till en viss förvirring hos både patienten och läkaren och ger upphov till missförstånd.

(2) Läkare B (C1-nivå)

- 1 L: hej [---] heter ja (.) ja är din läkare varsågod (.) a
- 2 P: ja (.) tack så mycket↑
- 3 L: °ja° berätta för mig **hur kan ja hjälpa dej?**
- 4 P: ja vet inte ja känner mej mycket trött ja vet inte vad händer med mej ja
- 5 är mycket trött när ja promenerar °ja° känner lätt andfäddhet jag kan inte
- 6 lite svåra när ja promenerar ja har svårigheter att andas (.) ja känner mej
- 7 trött
- 8 L: mhm (.) **när började dina besvär?**
- 9 P: pff (.) ja vet inte (.) kanske för 6 månader sedan
- 10 L: mhm (.) **har du andra symtomen?**
- 11 P: ja: när ja: till exempel när ja promenerar ja känner mycket trött känner
- 12 hjärtklappning när ja göra: någon fysisk aktivitet till exempel när ja
- 13 promenera: när ja trappa ner (.) trappa upp (.) går upp på trappen ja
- 14 känner mycket trött andfäddhet svårt att andas djupt

I utdrag 2 är läkarens turer mer koncisa och präglas av färre tvekljud och omstarter vilket kan hänföras till läkarens högre språknivå (Tykesson m.fl. 2019:66). Samtidigt, trots läkarens avancerade språkfärdigheter, präglas även detta samtal av läkardominans. Samtalet inleds med en liknande öppningsfråga »Hur kan jag hjälpa

dig?» som följs av en flerledad och utvidgad respons. Därefter väljer dock läkaren att svara på innehållsdelen av patientens utsaga och ställer en fokuserad och avgränsande följdfråga om när besvären började (rad 8) som avbryter patientens berättelse. Läkaren styr in samtalet i sitt universum (Larsen 2015:29) genom att fokusera på det kognitiva budskapet i patientens utsaga. Som resultat fås inte fram patientens oro, tankar och önskemål. Frågan om symtomens uppkomst följs av en annan avgränsande fråga om andra relaterade symtom som även den har ett medicinskt innehåll. Samtidigt lyser patientens oro igenom i hens turer och uttrycks i att patienten upprepar sitt svar som en respons på nästa fråga (rad 11-14) något som kan vara tecken på att hen inte upplever sig förstådd. Avgränsning av patientens del kan även tolkas som läkarens medvetna val då patienten tar mycket plats i samtalet och inte verkar behöva läkarens uppmuntran för att tala ut.

(3) Läkare C (C1-nivå)

- 1 L: välkommen ja heter [---] läkare (.) varsågod å sitt (.) **hur**
 2 **kan ja hjälpa dig?**
 3 P: ja: igår kväll ja vaknade med plötslig röd i mitt höger öga som
 4 det skaver å är irriterad å ja ser lite suddigt framför ögat
 5 å ja undrar vad det är för något som kommit så plötslig (.)
 6 därför jag är här
 7 L: mhm det är bra att du har kommit ↓ **har du något mer att berätta** ↓
 8 P: ja ja vill säga att ja är för övrigt frisk sedan tidigare ja har
 9 ingen allergi
 10 L: jaha
 11 P: ja har inte gjort någon specialt jag har inte fått någon skada eller
 12 ja har inte slag med något eh bara så här utan exakt orsak
 13 L: jaha (.) **gör det ont i ögat?**
 14 P: nej (.) det gör inte ont (.) men det skaver å irriterat ja ser lite suddigt
 15 framför ögat

Utdrag 3 tillhör ett av de tre samtal på C1-nivå där den inledande frågan följs av ett utvidgande gensvar. I samtalet förekommer det endast en utvidgande fråga men den tillsammans med kvitton och pauser gör att Patientens berättelse får mer plats än i de tidigare samtalen. De öppna frågornas funktion är att uppmuntra patienten till att berätta mer om sina reflektioner och farhågor och detta kan även uppnås med hjälp av andra samtalsverktyg. Det utvidgande gensvaret föregås dessutom av ett affektivt

kvitto (rad 7) som ger beröm och erkännande till patienten och stöttar patienten i hans berättelse (Larsen 2015:33). Om man jämför patientens utsagor i de olika samtalen kan man urskilja ett mönster, nämligen att patientens turer är relativt korta efter de avgränsande gensvaren och betydligt längre efter de utvidgande frågorna.

Som det framgår av analysen ovan präglas frågeturerna i samtalen på B2-nivå av fler tvekljud och omstarter vilket visas i tabell 4 nedan:

Tabell 4. Antalet frågeturer som innehåller tvekljud och omstarter

F = antal förekomster; S = antal samtal med förekomster.

Frågeturer med tvekljud och omstarter

	F	S
<i>B2</i>	31	5
<i>C1</i>	10	5
<i>Totalt</i>	<i>41</i>	<i>10</i>

Av analyserna kan man konstatera att samtliga samtal följer samtalsmönstret för patientsamtal som liknar autentiska konsultationer där den inledande öppna frågan följs upp av följdfrågor (Heritage 2010) och där läkarna introducerar olika delmoment av konsultationen (Boyd & Heritage 2005). Av dessa samtal är det dock endast fyra som följer Kalymnosmodellens konsultationsstruktur i det att de inleds med Patientens del och i tre av de fyra använder sig läkarna av utvidgande frågor. Samtidigt saknas det i samtliga samtal reflektionsfrågor kring patientens tankar, farhågor och önskemål (Malterud 1990) vars användning förespråkas av Larsen (2015:43).

Man kan även konstatera att det finns en viss skillnad mellan de två språknivåerna vad gäller tillämpning av konsultationsmodellens frågemönster. Samtliga dialoger där patientens berättelse inte avbryts i början av samtalet hålls av läkarna på C1-nivå (se tabell 2) Dessa läkare förmår att ge mer utrymme åt patientens berättelse och lyckas samla mer information från patienten. Deras frågemönster ser jag därför som något

mer effektiva än de som ställs av deltagarna på B2-nivå vilket kan tyda på en mer utvecklad interaktionell kompetens. Frågorna som ställs av läkarna på C1-nivå tenderar dessutom att vara mer fokuserade och präglas av mindre tvekljud och omstarter (se utdrag 1, 2 och 3 samt tabell 4) vilket också kan ses som ett tecken på en mer utvecklad interaktionell kompetens. Samma utvecklingstendens har observerats i Tykesson m.fl. (2019) hos läkare på A2- respektive B1-nivå.

6.3. Analys av läkarnas kvitton

Av samtalsanalysen nedan framgår det att den mest förekommande formen av kvitton som återfinns i samtalen är hummande och andra småord. Det är även vanligt med repetition som kan ha form av bekräftelse eller begäran om förtydligande. De affektiva kvitton som har som syfte att bekräfta och ge beröm till patienten används något mer sällsynt (se avsnitt 4.5.). Nedan följer en analys av läkarnas återkoppling i form av hummande och småord med fokus på fortsättningssignaler och nyhetsmarkörer (6.3.1.), repetition (6.3.2.) och affektiva kvitton (6.6.3.).

6.3.1. Hummande och småord

Det som framkommit i analysen av dessa tio samtal är att den form av kvitton som används mest frekvent är hummande och andra småord. Det är dock viktigt att påpeka att de kan ha olika syften och inte behöver fungera som kvitton. De kan även användas som samtalsreglerande partiklar som syftar till turtagning (Norrby 2014:41) men den typen av småord är inte av intresse i min analys då den inte leder till utvidgad respons hos patienten (se utdrag 5). De hummanden och småord som blir föremål för min analys är *uppsbackningar* som delas in i *fortsättningssignaler* och *nyhetsmarkörer* vars syfte är att stödja patienten i hans berättelse genom att visa att man lyssnar och är intresserad av patientens utsaga och syftar inte till att ta över turen.

I samtliga av de analyserade samtalen förekommer det någon form av återkopplingssignaler och de vanligaste småorden som observeras i samtalen är ”hm”, ”mm”, ”ja” och ”okej” och det är just de uppsbackningar som anses som mest typiska i CA-litteraturen (Norrby 2014:171). Det har inte observerats någon markant skillnad i användning av fortsättningssignaler som ”hm”, ”mm”, ”okej” beroende på språknivå

men de är något mer förekommande i samtalen på C1-nivå som dessutom präglas av ett större antal nyhetsmarkörer som ”jaha”, ”äh” och ”bra”. Jag är emellertid medveten om att resultatet är ungefärligt då det finns en stor chans att en del småord har missats under transkriberingen.

Tabell 5. Förekomst av fortsättningssignaler och nyhetsmarkörer.

F = antal förekomster; S = antal samtal med förekomster.

	<i>Fortsättningssignaler</i>		<i>Nyhetsmarkörer</i>	
	F	S	F	S
<i>B2</i>	40	5	1	1
<i>C1</i>	62	5	15	5
<i>Totalt</i>	<i>102</i>	<i>10</i>	<i>16</i>	<i>6</i>

Som det framgår av tabell 5 ovan förekommer fortsättningssignaler i samtliga samtal på båda nivåerna men det finns fler förekomster i samtalen på C1-nivå. Även nyhetsmarkörer förekommer i samtliga samtal på C1-nivå men bland dialogerna på B2-nivå finns det bara ett samtal där den typen av återkoppling används och då endast en gång. Med tanke på det låga antalet informanter är det dock svårt att avgöra om skillnaden beror på språknivån. Visserligen kräver rätt användning av de olika småorden en viss språkkunskap men det är svårt att dra några slutsatser om deras förekomst hänger samman med CEFR-nivån. Samtidigt kan det konstateras att användning av uppbackningar, både i form av fortsättningssignaler och nyhetsmarkörer, har en viktig kommunikativ funktion i konsultationsprocessen och är ett uttryck för interaktionell kompetens förstådd enligt Nguyens (2012:4) definition. Nedan följer en analys av de olika användningarna av småorden i samtalen på B2-respektive C1-nivå.

(4) Läkare D (C1-nivå)

- 1 L: hur mår ni?
- 2 P: åh vi är bättre tack
- 3 L: åh så förra gången för sex veckor sedan började vi med lappbehandlingen
- 4 (.) hur går det med lappbehandlingen? går det bra eller har ni haft lite
- 5 svårigheter?
- 6 P: e:: mitt barn (.) han klagar inte nu (.)
- 7 L: **åh (.) okej bra**
- 8 P: å: han leker (.) ja kan inte se problem (.)
- 9 L: °**jaha**°
- 10 P: Så stor problem som tidigare

I utdrag 4 ovan ser vi hur läkaren på C1-nivå lyckas stödja patienten i hans berättelse genom att använda sig av olika uppbackningar som signalerar att hen lyssnar och inte vill göra anspråk på att få tala. De stödjande småorden (rad 7 och 9) uppfyller sin funktion då de inte leder till talarbyte utan följs av patientens fortsatta utsaga (Norrby 2014). I de två sekvenserna (rad 8 och 10) som följer efter läkarens uppbackning blir innehållet av patientens utsaga fördjupat och mer precist och patienten får utrymme att tala ut vilket gör att samtalet blir mer patientcentrerat (Larsen 2015:33). Dessutom har läkarens uppbackningar form av nyhetsmarkörer som ”åh”, ”bra” och ”jaha” som signalerar att läkaren förstått innebörden i patientens utsaga och tyder på inlevelse i patientens situation.

(5) Läkare A (B2-nivå)

- 1 L: reflux
- 2 P: aha okej (.) nej ja har inte det
- 3 L: **okej**↑ har du detsamma problem tidigare?
- 4 P: aldrig haft den besvär tidigare
- 5 L: **okej**↑ har du +feber+?
- 6 P: ja ja frossar lite men ja har kollat tempen (.) å det var bara trettiosju
- 7 L: **okej okej**↑ har du diarré eller förstoppning?

Utdrag 5 exemplifierar hur användningen av småorden ser ut i ett av de analyserade samtalen på B2-nivå. Det förekommer inga uppbackningar vilket gör att samtalet blir mer läkarcentrerat. Avsaknad av uppbackningar i detta samtal kan förklaras med att det inte ställs några utvidgande frågor och därför finns det ingen plats för patientens

berättelse som skulle kunna uppmuntras med uppbackningar. Dessutom används det inga nyhetsmarkörer som skulle visa på en större grad av inlevelse (Norrby 2014:168). I det analyserade samtalet används endast ett småord, nämligen ”okej” som uttalas med stigton och fungerar som en samtalsreglerande partikel som inleder en ny samtalstur. Den skiljer sig från ”okej” i föregående utdraget (4) då den leder till talarbyte och gör att läkaren tar över turen. I opposition till en uppbackning syftar den inte till att uppmuntra patienten till fortsatt berättelse.

Av analysen kan det konstateras att läkarna på både B2- och C1-nivå genomgående använder sig av hummande och andra småord för att kvittera och stödja patientens utsaga. Sådana kvittenser är vanligt förekommande i alla sorters samtal och fyller en viktig funktion ur både social och strukturell synvinkel (Norrby 2014:168). Användning av denna typ av stödjande tal förespråkas dessutom i Kalymnosmodellen (Larsen 2015:33) enligt vilken kvitton av detta slag bekräftar patienten utan att avbryta hen. Tack vare användningen av uppbackningar behöver läkaren inte ställa frågor vilket förlänger Patientens del. Detta exemplifieras i det första samtalet (utdrag 4) på C1-nivå där läkarens fråga följs av patientens svarssekvens som sträcker sig över tre rader medan den bara sträcker sig över en rad i det andra samtalet som är på B2-nivå (5). I tabell 6 finns en sammanställning av antalet rader i patienternas svarsturer som följer efter läkarnas två första frågor:

Tabell 6. Antalet rader i svarsturererna som följer efter läkarnas två första frågor

Nivå	Läkare	Antalet rader
C1	G	3
C1	B	6
C1	F	10
C1	C	12
C1	D	6
B2	A	2
B2	H	4
B2	I	5
B2	E	3
B2	J	7

Förekomst av fortsättningssignaler i de analyserade samtalen ser jag som ett uttryck för läkarnas interaktionella kompetens då de genom användning av dessa kvitton förmår att föra samtalet framåt och hantera sekventiella handlingar utifrån samtalets syfte och organisation (Nguyen 2012:4). Samtidigt kan man konstatera att fortsättningssignaler förekommer något oftare hos läkarna på C1-nivå och att fler av dessa läkare använder sig av nyhetsmarkörer något som kan tyda på en större förmåga att följa upp patientens berättelse och visa sin förståelse. Samtalen på C1-nivå lämnar i genomsnitt mer utrymme åt patientens berättelse och läkarens frågor tenderar i dessa samtal att följas av längre patientturer. Med tanke på det låga antalet samtal som analyseras i denna studie går det dock inte att generalisera resultaten.

6.3.2. *Repetition*

Den andra formen av kvitton som används mest frekvent i de analyserade samtalen är repetition alltså upprepning av patientens föregående tur, ett mönster som även observerats i Tykesson m.fl (2019:57). Den förekommer i fyra av de fem rollspelen på C1-nivå och i samtliga rollspel på B2-nivå. Repetition i de olika samtalen har dock olika syften och i analysen har man kunnat urskilja dess två huvudfunktioner: *repetition som bekräftelse* och *repetition som begäran för förtydligande*.

Kategoriseringen har gjorts utifrån talarens ton och utifrån vilken respons som repetitionen framkallat hos samtalspartnern. Samma kategorier har uppmärksammats i Tykesson m.fl. (2019:58) men forskarna har urskilt ytterligare en kategori, nämligen *ekorepetition*¹, som inte förekommit i någon av de samtal som analyseras i detta arbete. Detta kan förklaras med att ekorepetition brukar förekomma på lägre nivåer än B2 och C1.

Tabell 7. Förekomst av repetitioner i samtalen. F = antal förekomster; S = antal samtal där det förekommer repetition.

	<i>Repetition som bekräftelse</i>		<i>Repetition som begäran för förtydligande</i>		Totalt	
	F	S	F	S	F	S
<i>B2</i>	12	4	4	1	16	5
<i>C1</i>	16	2	3	2	19	4
Totalt	25	6	7	3	35	9

Av tabell 7 kan man konstatera att det inte finns någon stor skillnad vad gäller förekomst av repetition beroende på om läkarna befinner sig på B2- eller C1-nivå. *Repetition som bekräftelse* används dock av 4 läkare på B2-nivå jämfört med 2 läkare på C1-nivå. Att fler läkare på B2-nivå använder sig av den typen av återkoppling skulle kunna bero på att de (med ett undantag) varit i Sverige kortast vilket överensstämmer med Berbyuk Lindström (2008). *Repetition som begäran för förtydligande* har betydligt färre förekomster och där observeras det inga större skillnader mellan de två språknivåerna. Nedan följer två korta utdrag ur samtalen där *repetition som bekräftelse* respektive *repetition som begäran för förtydligande* används:

¹ *Ekorepetition* definieras som repetition som inte uppmärksammas av andra samtalsdeltagare (Norrick 1987:247)

(5) Läkare E (B2-nivå)

- 1 L: okej (.) å hur är din aptit?
- 2 P: det är som vanligt (.) ingenting har bytat (.) men ja äter inte så mycket
- 3 L: men är det samma innan börjar du mindre vikten eller efter det?
- 4 P: **det har varit samma**
- 5 L: **det har varit samma** (.) ja: okej (.) å: har du feber och andra symtom?

I utdrag 5 ovan avslutar repetitionen *det har varit samma* (rad 5) den frågesekvens som börjat i rad 3 och fungerar som en kvittens. Den ingår i frågesekvensen enligt modellen fråga-svar-bekräftelse (Tykesson, Kahlin & Romanitan 2019:60) där läkaren visar att hen lyssnar på patienten och uppfattar vad patienten har sagt. En sådan repetition är ett vanligt förekommande samtalsverktyg som används för att avsluta en viss frågetur och den kännetecknar olika typer av institutionella samtal där en av samtalspartners behöver notera en viss information eller fylla i ett formulär (Houtkoop-Steenstra 2000). Den här typen av repetition kan även ses som ett slags spegling som gör att patientens ord bekräftas och att patienten både upplever sig hörd och själv uppmärksammar sina ord, något som skapar trygghet. Denna metod kallas även för papegojametod och används ofta i terapeutiska samtal (Larsen 2015:180). I de flesta samtalen förekommer även repetition som följs av olika slags tvekjud som i sin tur följs av en fråga något som illustreras i rad 5 i utdrag 6 ovan och i rad 8 i utdrag 7 nedan. Denna struktur ger läkaren extra tid att tänka och formulera nästa fråga.

(7) Läkare B (C1-nivå)

- 1 L: absolut men va bra att du är har kommit ja ska försök ja ska hjälpa
- 2 dej med först behöver ja fråga dej (.) ja har några frågor att ställa dej (.)
- 3 har du haft bröstsmärta?
- 4 P: nej **bara hjärklappning**
- 5 L: **bara hjärklappning**↑
- 6 P: ja känner att mitt hjärta var snabb (.) slog snabbt (.) å känner trött men
- 7 ingen bröstsmärta
- 8 L: **ingen bröstsmärta nej (.) yy ja har du haft liknande besvär tidigare?**

I det ovanstående utdraget används dessutom repetition som begäran för förtydligande (rad 5). Läkaren upprepar patientens svar: *bara hjärklappning* med stigton vilket

leder till patientens förtydligande respons där topiken utvecklas med: *ja känner att mitt hjärta var snabb (.) slog snabbt (.) å känner trött* (rad 6). I detta fall är det förmodligen prosodi som avgör hur repetitionen tolkas vilket får stöd i Schegloff (1987). En sådan repetition kan även tolkas som tecken på misstro eller förvåning (Norrick 1987) som förmodligen är fallet i det analyserade utdraget då patienten känner behov av att förklara sina symtom på ett utvecklat sätt. Den typen av frågor kan enligt Lindholm (2003:58) kallas för fokuserade kontrollfrågor. Repetitionen i utdraget ovan (rad 5) är framåtsyftande då den uppmuntrar patienten till en fortsatt utsaga men den kan även vara bakåtsyftande som är fallet i de övriga repetitionerna och då har den som syfte att få en bekräftelse på att man förstått rätt. I de analyserade samtalen berodde fyra av fem användningar av repetition som begäran om förtydligande på att patientens svar var oklart och behövde förtydligas.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det i 7 av 10 samtal förekommer någon form av repetition men man kan inte observera någon kvantitativ skillnad vad gäller förekomst av repetition hos läkarna på B2- respektive C1-nivå. Vad gäller *repetition som bekräftelse* används denna typ av repetition av 4 läkare på B2-nivå jämfört med 2 på C1-nivå vilket har beröringspunkter med Berbyuk Lindström (2008) som visade att repetition som kvittens är vanligast hos läkare som varit i Sverige kortast. Ingen sådan tendens framgår vad gäller *repetition som förtydligande*. De läkare som inte använder sig av repetition som kvittens använder sig istället av uppbackningar för att visa sin förståelse vilket enligt Berbyuk Lindström (2008:174) är vanligt hos modersmålstalande läkare.

Användning av repetition kan i vissa fall vara tecken på osäkerhet men kan även vara ett uttryck för interaktionell kompetens vilket jag bedömer vara fallet i de beskrivna samtalen. Enligt Tykesson m.fl. (2019:66) kan användning av repetition vara ett relativt enkelt verktyg för att föra samtalet framåt då det stöds av deltagarnas tidigare erfarenheter med patientsamtal något som skulle kunna förklara ett liknande antal förekomster av repetition hos läkarna på B2- och C1-nivå och att det framför allt är läkare på B2-nivå som använder sig av repetition som kvittens. Samtidigt kan det konstateras att repetition används i de analyserade samtalen i enlighet med

Kalymnosmodellen vilket kan bero på läkarnas utbildning i konsultationsmodellen och deras kunskap om vikten av återkoppling.

6.3.3. *Affektiva kvitton*

Affektiva kvitton är inte lika frekventa i de analyserade samtalen. De förekommer i fyra av samtalen som alla är på C1-nivå men endast en gång per samtal. Med effektiva kvitton menas gensvar som uppmärksammar och sätter ord på patientens känslor och som kan ha form av bekräftelse, beröm eller erkännande (Larsen 2015:33). Sådana kvitton ökar patientens tillit till läkaren och gör att den ömsesidiga relationen stärks. Att det inte finns så många förekomster av effektiva kvitton i de analyserade samtalen är inte förvånande och stämmer överens med tidigare forskning. Enligt Larsen (2015:29) kan sällsynt användning av effektiva kvitton bero på att läkare är vana vid att tänka inom den medicinska referensramen samt har svårt att byta synvinkel och visa inlevelse i patientens problem. I tabell 8 nedan finns en sammanställning av de fyra effektiva kvitton som används i samtalen.

Tabell 8. Effektiva kvitton som förekommer i samtalen.

Nivå C1	Samtal 1	”Jag förstår det.”
Nivå C1	Samtal 2	”Men vad bra att du har kommit. Jag ska försök-, jag ska hjälpa dig.”
Nivå C1	Samtal 3	”Jag förstår dig. Och jag förstår din oro.”
Nivå C1	Samtal 4	”Det är bra att du har kommit.”

I utdrag 8 nedan visas hur läkaren använder ett av de effektiva kvitton som listas ovan (rad 3, 4):

(8) Läkare B (C1-nivå)

- 1 P: ja känner mycket +trött+ ja vill bara sitta med (.) svårt att (.)
 2 koncentrationssvårigheter har ja (.) med (.) ja behöver du hjälpa mej ja
 3 L: **absolut (.) men va bra att du är har kommit ja ska försök- (.) ja ska**
 4 **hjälpa dej** men först behöver ja fråga dej (.) ja har några frågor att ställa
 5 dej (.) har du haft bröstsmärta?
 6 P: nej (.) bara hjärklappning.
 7 L: bara hjärklappning↑
 8 P: ja känner att mitt hjärta var snabb (.) slog snabbt (.) å känner trött men
 9 ingen bröstsmärta

Läkaren använder kvittot (rad 3, 4) för att ge beröm till patienten i syfte att möta patientens oro. Kvittot verkar fungera då patientens efterföljande turer blir mer koncisa och sammanhängande samt innehåller färre tecken på oro. Kvittensen ”jag vill/ska försöka hjälpa dig” rekommenderas i Kalymnosmodellen och ses som ett av de mest effektiva och lugnande gensvar som läkaren kan ge till patienten (Larsen & Hedberg 2008:6-10). Enligt Larsen (2015:32) uppfattas detta kvitto som problematiskt av många läkare då det känns förpliktande och därför undviker de att använda det. Trots det väljer läkaren att säga ”ja ska hjälpa dig” istället för ”ja ska försöka hjälpa dig” (rad 3, 4). Att läkare B ångrar sig och väljer att uttrycka sig på ett annat sätt kan dock tyda på osäkerhet kring kvittot som sådant som kan bero på att just detta kvitto och de olika ordvalen har diskuterats under kursens gång vilket i sig vittnar om att uttrycket är omdebatterat.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att affektiva kvitton inte används i lika stor utsträckning som de andra kvittenser (repetition, fortsättningssignaler och nyhetsmarkörer) som analyserats i studien. Affektiva kvitton förekommer endast i samtalen på C1-nivå men det handlar om endast fyra sådana förekomster. Med hänsyn till det är det omöjligt att generalisera resultaten. Dock med tanke på att dessa läkare även använder sig av fler nyhetsmarkörer som även de har ett affektivt budskap kan det tyda på att läkarna på C1-nivå är bättre på att följa upp patientens ord, demonstrera förståelse och svara på det affektiva innehållet av patientens berättelse. Detta skulle kunna ses som ett uttryck för en mer utvecklad interaktionell kompetens enligt Nguyen (2012:4).

7. Sammanfattande diskussion

Syftet med studien var att undersöka interaktionell kompetens hos läkare med svenska som andraspråk och se om denna kompetens varierar beroende på läkarnas behärskning av svenska. Interaktionell kompetens definierades som förmåga att hantera sekventiella handlingar och topiker utifrån samtalets syfte och organisation (Nguyen 2012:4) och operationaliserades på så sätt att jag undersökte hur läkarna strukturerade samtalet, ställde frågor och följde upp patientens ord i relation till Kalymnosmodellen och tidigare forskning. I detta kapitel diskuteras arbetets forskningsfrågor i relation till teori och tidigare forskning: Hur används samtalsverktyg som frågor och kvitton av läkare med svenska som andraspråk? Finns det några skillnader i hur väl läkare med svenska som andraspråk tillämpar Kalymnosmodellen beroende på språknivå?

Avsnittet består av sex delar. I 7.1. diskuteras läkarnas samtalsmönster i relation till Kalymnosmodellen och tidigare forskning. Del 7.2. fokuserar på läkarnas frågemönster och kvitton. Vidare, i 7.3., diskuteras resultaten av den kvantitativa analysen gällande läkarnas ordmängd, turlängd och taltempo. Del 7.4. handlar om patientcentrering i samtalen och rollspelets potential. Del 7.5. innehåller en sammanfattande diskussion kring läkarnas interaktionella kompetens. I den avslutande delen (7.6.) ges förslag på vidare forskning.

7.1. Läkarnas samtalsmönster

Utifrån den kvalitativa analysen kan man konstatera att samtliga rollspel följer de samtalsmönster som påvisats i tidigare forskning om autentiska patientsamtal där en öppen fråga följs av ett antal följdfrågor (Boyd & Heritage 2005, Heritage 2010). Däremot får Patientens del relativt lite plats i samtalen och avbryts tidigt i konsultationsprocessen. Inget av samtalen lyckas få fram patientens oro, tankar och önskemål (Larsen 2015, Malterud 1990) och endast fyra av de tio dialogerna ger utrymme för patienten att styra samtalets tema (Larsen 2015:18) varav alla är på C1-nivå. I dessa samtal stöds patientens berättelse i första delen av konsultationen av utvidgande gensvar i form av frågor (i tre av samtalen) och olika slags kvitton (i fyra

av samtalen). De övriga sex samtalen (varav fem är på B2-nivå) inleds med Läkarens del och från början fokuserar på kognitiv informationssökning vilket resulterar i lägre grad av patientcentrering och strider mot Kalymnosmodellen (Larsen 2015:29). En liknande tendens har observerats hos modersmålstalande läkare i tidigare forskning om autentiska patientsamtal (Coulthards och Ashbys 1975, West 1983, Frankel 1984, 1990, Beckman & Frankel 1984). Samtidigt observeras det ingen tydlig skillnad vad gäller samtalens struktur, frågemönster och kvitton mellan de läkare som fått utbildning i Kalymnosmodellen och de som inte fått det vilket kan bero på att de samtalsdrag som analyseras återfinns i andra sorters samtal. Detta skulle dock behöva undersökas vidare i en studie med fler deltagare.

7.2. Läkarnas frågemönster och kvitton

Analysen av läkarnas frågemönster visar att majoriteten av de frågor som ställs av läkarna i konsultationsprocessen är av avgränsande, kognitiv karaktär (Larsen 2015:185). Utvidgande frågor förekommer i endast tre av de tio samtalen (exklusive den inledande öppna frågan – ”Hur kan jag hjälpa dig?” – som förekommer i samtliga samtal) och läkarna ställer som högst tre sådana frågor under konsultationsprocessen. Samtliga samtal där det förekommer utvidgande följdfrågor är på C1-nivå. Läkarna som befinner sig på denna språknivå förmår dessutom att ställa mer fokuserade frågor som präglas av färre omstarter och tvekljud. Tack vare sina frågemönster lyckas de ge patienten mer utrymme och samla mer information på kortare tid vilket kan vara tecken på en mer utvecklad interaktionell kompetens. Dessa resultat har beröringspunkter med Tykesson m.fl. (2019) som kommit fram till liknande resultat avseende läkare med svenska som främmande språk på A2- respektive B1-nivå.

Analysen av läkarnas kvitton visar att den vanligaste formen av kvitton som läkarna använder sig av är hummande och andra småord men även repetition av patientens ord. Samtliga läkare som deltagit i studien använder sig av småord i form av fortsättningssignaler för att kvittera patientens ord och föra samtalet framåt. I något mindre grad använder sig läkarna av repetition som bekräftelse och repetition som begäran för förtydligande och den förekommer i sju av tio samtalen. Affektiva kvitton

är mest sällsynta i samtalen då de återfinns i endast fyra dialoger och har totalt fyra förekomster. Man kan dock konstatera att samtliga läkare som deltagit i studien i mer eller mindre grad använder sig av kvitton av något slag för att visa sin förståelse och hålla samtalet igång vilket jag ser som ett uttryck för deras interaktionella kompetens enligt Nguyens (2012:4) definition.

Samtidigt kan man observera några skillnader i hur läkarna på B2- respektive C1-nivå kvitterar patientens utsagor. Läkarna på C1-nivå använder sig något oftare av fortsättningssignaler jämfört med läkarna på B2-nivå och i betydligt fler samtal på C1-nivå återfinns nyhetsmarkörer vilket kan tyda på att dessa läkare förmår att visa sin förståelse och följa upp patientens ord på ett tydligare och mer effektivt sätt. Fler förekomster av fortsättningssignaler och nyhetsmarkörer i dessa samtal resulterar i att patientturen blir längre och patientens berättelse får mer plats vilket leder till att samtalen blir mer patientcentrerade (Larsen 2015).

Vad gäller användning av repetition observeras det inga större skillnader mellan de två språknivåerna men repetition används av ett större antal läkare på B2-nivå än på C1-nivå. Att läkarna på B2-nivå använder sig av repetition istället för nyhetsmarkörer stämmer överens med Berbyuk Lindström (2008) som visade att de läkare som varit i Sverige kortast oftare använde sig av repetition som kvittens medan andraspråkstalare som bott i Sverige under längre tid samt modersmålstalare oftare använde sig av uppbackningar. Enligt Tykesson m.fl. (2019) kan andraspråkstalarna överföra användning av repetition som kvittens från tidigare erfarenheter med patientsamtal på sitt förstaspråk vilket skulle kunna förklara ett liknande antal förekomster av repetition mellan språknivåerna.

En annan skillnad som kan observeras mellan deltagarna på B2- respektive C1-nivå gäller användning av affektiva kvitton som endast återfinns i samtalen på C1-nivå. Trots att det bara handlar om fyra förekomster skulle även detta kunna tyda på att läkarna på C1-nivå tenderar att ha en bättre förmåga att demonstrera sin förståelse och följa upp det affektiva budskapet i patientens utsaga. Med tanke på studiens begränsade omfattning går det inte att generalisera resultaten men det vore intressant att genomföra en fördjupad studie om läkarnas användning av kvitton på dessa språknivåer.

7.3. Läkarnas ordmängd, turlängd och taltempo

Den kvantitativa analysen visar att det inte finns någon större skillnad mellan deltagarna på nivå B2 och C1 vad gäller den totala ordmängd som läkarna producerar under samtalet. Detsamma gäller deltagarnas turer vars längd inte skiljer sig beroende på läkarnas behärskning av svenska. Däremot kan man konstatera att talhastigheten är högre hos läkarna på C1-nivå och att dessa läkare tenderar att tala snabbare och mer flytande än deltagarna på B2-nivå. Detta visar sig även i att samtalen på C1-nivå är mindre utdragna och präglas av färre omstarter och tvekljud något som kan vara tecken på läkarnas goda språkkunskaper. Liknande resultat presenterade Tykesson m.fl. (2019) för deltagare på A2- respektive B1-nivå men forskarna observerade att läkarna på B1-nivå hade längre turer och talade mer än läkarna på A2-nivå. Detta skulle kunna tyda på att det finns större skillnad vad gäller ordmängd och turlängd mellan nivå A2 och B1 än mellan nivå B2 och C1 men detta skulle behöva undersökas vidare i en större studie med fler informanter.

7.4. Patientcentrering i samtalen och rollspelets potential

Den kvalitativa analysen visar hur läkarna konstruerar sina samtal i relation till den institutionella ramen. I samtliga samtal kan det observeras en viss asymmetri som visar sig i den professionella partens dominans något som kännetecknar institutionella samtal (Agar 1985). Samtidigt kan man se en skillnad i hur denna dominans hanteras i samtalen på B2- respektive C1-nivå. Konsultationerna på C1-nivå tenderar att vara mer patientcentrerade i enlighet med Kalymnosmodellen (Larsen 2015) och Patientlagen (Socialstyrelsen 2014). De präglas av en mer jämlik relation och ett ömsesidigt kunskapsutbyte mellan samtalsparterna som åstadkoms tack vare läkarnas kompetens att kvittera och visa sin förståelse för patientens berättelse. Sådana kvittenser minskar patientens oro vilket påverkar samtalets utfall på ett positivt sätt. Denna oro för att inte bli förstådd av den professionella parten är något som präglar alla sorters institutionella samtal (Markee 2000) och behöver kunna hanteras av läkaren.

Patientcentrering och det institutionella samtalets struktur som krävs för att genomföra ett patientsamtal är teman som kan diskuteras med hjälp av rollspel under andraspråksundervisningen. Trots metodens hybriditet (Linell & Persson Thunqvist 2003, Thomassen 2005) som innebär att det inte är fullt möjligt att återskapa en autentisk situation genom rollspel möjliggör metoden genomförande av en samtalsanalys ur både lärar- och deltagarperspektiv under andraspråksundervisningen med utlandsutbildad sjukvårdspersonal. Rollspel kan stötta deltagarna i utveckling av deras interaktionella kompetens då det ger dem möjlighet att träna sig på att hantera sekventiella handlingar och språkliga resurser utifrån samtalets syfte och organisation i interaktion med andra (Nguyen 2012:4).

7.5. Läkarnas interaktionella kompetens

Den kvalitativa analysen visade att samtliga läkare tillämpar de samtalsmönster som påvisats i tidigare forskning om autentiska patientsamtal och använder sig av någon form av återkoppling vilket anses vittna om deras interaktionella kompetens enligt Nguyens (2012:4) definition. Läkarna på C1-nivå förmår dock att visa sin förståelse och följa upp patientens ord på ett mer effektivt sätt samt tenderar att ha en bättre förmåga att svara på det affektiva budskapet i patientens berättelse. Läkarna som befinner sig på denna språknivå förmår dessutom att ställa mer fokuserade frågor som präglas av färre omstarter och tvekljud. Tack vare sina frågemönster förmår de att ge patienten mer utrymme och samla mer information på kortare tid vilket även det kan ses som ett tecken på en mer utvecklad interaktionell kompetens.

Deltagarnas interaktionella kompetens undersöktes genom att jag analyserade hur läkarna strukturerar samtalet i relation till den institutionella ramen samt ställer frågor och följer upp patientens berättelse genom att använda olika samtalsverktyg med Kalymnosmodellen som teoretiskt ramverk. De samtalsdrag som analyserades återfinns i vardagliga samtal men bedömdes som centrala för konsultationsprocessen. Med tanke på det ansåg jag att användningen av dessa verktyg vittnar om läkarnas interaktionella kompetens enligt Nguyens (2012:4) definition. Samtidigt är jag medveten om att det endast är de mest framträdande samtalsmönster som undersöktes

i studien och för att få en helhetsbild av läkarnas interaktionella kompetens krävs det en fördjupad studie omfattande bland annat grammatisk och lingvistisk analys.

7.6. Vidare forskning

Inom ramen för detta arbete har det varit omöjligt att genomföra en studie med ett större antal deltagare vilket behövs för att kunna bekräfta och generalisera utifrån resultaten. Om resultaten bekräftas skulle det vara intressant att undersöka vidare vad det är som gör att de samtalsverktyg som ingår i Kalymnosmodellen hanteras olika beroende på deltagarnas behärskning av svenska och undersöka vilka språkliga svårigheter de innebär. För att genomföra en sådan undersökning krävs en lingvistisk och grammatisk analys som inte ryms i detta arbete. Ännu ett ämne som vore intressant att undersöka vidare är rollspelets hybriditet (Thomassen 2005). En sådan studie skulle kunna omfatta en samtalsanalys av både autentiska patientsamtal och rollspel med patienter med fokus på skillnader mellan samtalen på strukturell, grammatisk och lingvistisk nivå.

8. Litteraturförteckning

- Agar, Michael 1985. Institutional discourse. *Text & Talk* 5(3), s. 147–168.
- Andersson, Helena 2010. *Interkulturell kommunikation på ett svenskt sjukhus. Fallstudier av andraspråkstalare i arbetslivet*. Uppsala: Institutionen för nordiska språk, Uppsala universitet.
- Benedix, Torben 1991. *Din nervøse patient*. Köpenhamn: Lægeforeningens forlag.
- Berbyuk Lindström, Nataliya 2008. *Intercultural communication in health care: non-Swedish physicians in Sweden*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Boyd, Elizabeth & John Heritage 2005. Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. I: Heritage, John & Douglas W. Maynard (red.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 151–184.
- Cohen-Cole, Steven A 1991. *The Medical Interview: The Three Function Approach*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Cohen-Cole SA & Bird Julian 1991. Function 3: education, negotiation, and motivation. I: Cohen-Cole, Steven A 1991. *The Medical Interview: The Three Function Approach*. St. Louis: Mosby Year Book, s. 28–41.
- Coulthard, Malcolm & Margaret Ashby 1975. Talking with the door. *Journal of communication* 25, s. 13-144.
- Douglas, Dan 2001. Three problems in testing language for specific purposes: Authenticity, specificity and inseparability. I: Elder, Cathie, Annie Brown, Elisabeth Grove, Kathryn Hill, Noriko Iwashita, Tom Lumley, Tim McNamara & Kieran J. O’Loughlin (red.), *Experimenting with uncertainty: Essays in honour of Alan Davies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elder, Cathie, John Pill, Robyn Woodward-Kron, Tim McNamara., Elisabeth Manias, Geoff McColl, & Gillian Webb 2012. Health professionals’ views of communication: Implications for assessing performance on a health-specific English language test. *TESOL Quarterly* 46, s. 409–419.

- Engel, George L. 1977. The need for a new medical model: A change for biomedicine. *Science* 196, s. 129-136.
- Erickson, Frederick & Jeffrey Shultz 1982. *The counselor as gatekeeper: Social interactions in interviews*. New York: Academic Press.
- Frankel, Richard M. 1984. From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes* 7, s. 135-170.
- Frankel, Richard M. 1990. Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. I: Psathas, George (red.), *Interaction competence*. Lanham MD: University Press of America, s. 231-262.
- Frankel, Richard M. & Howard B. Beckman 1982. Impact: An interaction-based method for preserving and analyzing clinic transactions: I: Pettegrew, Loyd S. (red.), *Explorations in provider and patient interactions*. Louisville, Kentucky: Humana, s. 71-85.
- Hall, Joan Kelly 2018. From L2 interactional competence to L2 interactional repertoires: Reconceptualising the objects of L2 learning. *Classroom Discourse* 8(1), s. 25–39.
- Hall, Joan Kelly & Simona Pekarek Doehler 2011. L2 interactional competence and development. I: Hall, Joan Kelly, John Hellermann & Simona Pekarek Doehler (red.), *L2 interactional competence and development*. Bristol: Multilingual Matters, s. 1–19.
- Heath, Christian. 1992. Diagnosis and assessment in the medical consultation. I: Drew, Paul & John Heritage (red.), *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 235–67.
- Henricsson, Sofie 2013. *Svenska i finsk miljö. Interaktion, grammatik och flerspråkighet i samtal på svenska språköar i Finland*. Helsingfors: Helsingin yliopisto.
- Heritage, John 1989. Current developments in conversation analysis. I: Roger, Derek & Peter Bull (red.), *Conversation: an interdisciplinary perspective*. Clevedon & Philadelphia, s. 21-47.

- Heritage, John 2010. Questioning in medicine. I: Freed, Alice F. & Susanne Ehrlich (red.), *“Why do you ask”: The function of questions in institutional discourse*. New York: Oxford University Press, s. 42–68.
- Heritage, John & Douglas W. Maynard (red.) 2005. *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hopper, Robert 1989. Conversation analysis and social psychology as descriptions of interpersonal communication. I: Roger, Derek & Peter Bull (red.), *Conversation: an interdisciplinary perspective*. Clevedon & Philadelphia, s. 49-65.
- Houtkoop-Steenstra, Hanneke 2000. *Interaction and the standardized survey interview – the living questionnaire*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Håkansson, Gisela & Catrin Norrby 2010. Environmental influence on language acquisition. Comparing second and foreign language acquisition of Swedish. *Language Learning* 60(3), s. 628–650.
- Johnson, Marysia 2001. *The art of non-conversation: A reexamination of the validity of the oral proficiency interview*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Johnson, Marysia 2004. *A Philosophy of Second Language Acquisition*. New Haven: Yale University Press.
- Joyner, Beres & Louise Young 2006: Teaching medical students using role-play: Twelve tips for successful role-plays. *Medical Teacher* 28(3), s. 225–229.
- Karlsson, Anna-Malin, Mats Landqvist & Hanna Sofia Rehnberg 2012. *Med språket som arbetsredskap: Sju studier av kommunikation i vården*. Stockholm: Södertörns högskola.
- Kasper, Gabriele 2000. Data collection in pragmatics research. I: Spencer-Oatey, Helen (red.), *Culturally speaking: managing rapport in talk across cultures*. London: Cassell, s. 316–341.
- Larsen, Jan-Helge 2015. *Patientsamtalet: handbok i mötet mellan läkare och patient*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsen, Jan-Helge & Charlotte Hedberg 2008. Tillit – om att säga: Jag ska försöka hjälpa dig! *Allmänmedicin* 29(1), s. 6-10.

- Lindholm, Camilla 2003. *Frågor i praktiken: flerledade frågeturer i läkare-patientsamtal*. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.
- Lehti-Eklund, Hanna & Maria Green-Vänttinen 2007. Självreparationer i svenska som S1 och S2. I: Lehti-Eklund, Hanna (red.). *Att växa till lärare – svenskläroverutbildning i utveckling. Nordica Helsingiensia* 8. Helsingfors: Institutionen för nordiska språk och nordisk litteratur, s. 53-81.
- Lehti-Eklund, Hanna & Maria Green-Vänttinen 2009. Kodväxling i gruppsamtal på svenska som andraspråk. *Nordland* 2, s. 5-33.
- Linell, Per & Daniel Persson Thunqvist 2003. Moving in and out of framings: activity contexts in talks with young unemployed people within a training project. *Journal of Pragmatics* 35(3), s. 409–434.
- Lumley, Tom & Annie Brown 1996. Specific-purpose language performance tests: Tasks and interaction. *Australian Review of Applied Linguistics*, Series S, 13, s. 105–136.
- Luttenberger, Katharina, Elmar Grässel, Cosima Simon & Carolin Donath 2014. From board to bedside – training the communication competences of medical students with role plays. *Medical Education* 14, s. 135–145.
- Madsen, Peter Lund 2013. *Dr. Zukaroffs testamente*. Köpenhamn: Gyldendal.
- Malterud, Kirsti 1990. *Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Tano: Bergen.
- Markee, Numa 2000. Conversation analysis. *Language in society* 30(2), s. 289-291.
- Markee, Numa 2008. Toward a learning behavior tracking methodology for CA-for-SLA. *Applied Linguistics* 29(3), s. 404–427.
- Masterton Malin, Linn Boström & Ulrika Winblad. 2015. *Patientcentrerade vårdmöten – förutsättningar och begränsningar i svensk hälso- och sjukvård*. Forum för health policy.
- McNamara, Tim 1997. 'Interaction' in second language performance assessment: Whose performance?. *Applied Linguistics* 18, s. 446–466.
- Melander Marttala, Ulla 1995. *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient: En språklig och samtalsanalytisk undersökning*. Uppsala: Institutionen för nordiska språk vid Uppsala universitet.

- Nestel, Debra & Tanya Tierney 2007. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education* 7(3).
- Nguyen, Hanh thi, 2012. *Developing interactional competence: A conversation-analytic study of patient consultations in pharmacy*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Norrby, Catrin 2014. *Samtalsanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Norrick, Neal 1987. Functions of repetition in conversation. *Text & Talk* 7, s. 245–264.
- Pekarek Doehler, Simona & Cecile Petitjean 2017. Introduction: Interactional competences in institutional settings – Young people between school and work. I: Pekarek Doehler, Simona, Adrian Bangerter, Geneviève de Weck, Laurent Filliettaz, Esther González-Martínez & Cécile Petitjean (red.), *Interactional competences in institutional settings: from school to the workplace*. Cham: Palgrave Macmillan, s. 1–28.
- Pill, John 2013. *What doctors value in consultations and the implications for specific-purpose language testing*. Melbourne: University of Melbourne.
- Pill, John & Tim McNamara 2016. How much is enough? Involving occupational experts in setting standards on a specific-purpose language test for health professionals. *Language Testing* 33(2), s. 217–234.
- Robinson, Jeffrey D. 2003. An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Commun* 15, s. 27–59
- Roter Debra & Susan Larson 2002. The Roter Interaction Analysis System (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ. Couns.* 42:243–5.1.
- Rydenvald, Marie 2017. *Inflätat och överlappande. Flerspråkighet och språkanvändning bland flerspråkiga ungdomar I Europa*. (Göteborgsstudier i nordisk språkvetenskap 28). Göteborg: Institutionen för svenska språket, Göteborgs universitet.

- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff & Gail Jefferson 1974. A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language* 50, s. 696–735.
- Schegloff, Emanuel A. 1987. Recycled turn beginnings: A precise mechanism in conversation's turn-taking organization. I: Button, Graham & John Lee (red.), *Talk and social organization*. Clevedon, England: Multilingual Matters, s. 70–100.
- SFS Patientlag 2014:821. Stockholm: Socialdepartementet.
<https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821>. Hämtad 22 april 2021.
- Sidnell, Jack 2010. *Conversation Analysis. An introduction*. Malden, MA & Oxford.
- Silverman, David 1987. *Communication and medical practice. Social relations in the clinic*. London & Newbury Park: Sage.
- Slotte-Lüttge, Anna 2005. *Ja vet int va de heter på svenska. Interaktion mellan tvåspråkiga elever och deras lärare i en enspråkig klassrumsdiskurs*. Åbo Akademiens förlag.
- Socialstyrelsen 2018a. Nationella planeringsstödet 2018. Bedömning av tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen.
<<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2018-2-23.pdf>>. Hämtad 22 april 2021.
- Socialstyrelsen 2021. Stockholm: Socialstyrelsen.
<<https://legitimation.socialstyrelsen.se/legitimation/utbildad-i-euees/lakare-utbildad-inom-eu-ees/>>. Hämtad 22 april 2021.
- Stewart, Moira A. 1984. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine* 19, s. 347-355.
- Thomassen, Gøril 2005. *Den flerbunnete treningssamtalen: en studie av samtaler mellom pasient og student fra sykepleier- og medisinerutdanning*. Trondheim: NTNU.

- Tykesson, Ingela, Linda Kahlin & Mihaela O Romanitan 2019. Utvecklingen av interaktionell kompetens hos läkare som lär sig svenska: Mönster i frågesekvenser i rollspel med patienter. *Språk och stil* 29, s. 41-72.
- Vetenskapsrådet 2017. *God Forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- West, Candace 1983. "Ask me no questions"... an analysis of queries and replies in physician-patient encounters. I: Fisher, Sue & Alexandra Dundas Todd (red.), *The social organization of doctor-patient communication*. Washington D.C, s. 75-106.
- Wette, Rosemary 2011. English proficiency tests and communication skills training for overseas-qualified health professionals in Australia and New Zealand. *Language Assessment Quarterly* 8(2), s. 200–210.
- Woodward-Kron, Robyn & Catherine Elder 2016: A comparative discourse study of simulated clinical roleplays in two assessment contexts: Validating a specific-purpose language test. *Language Testing* 33(2), s. 251–270.
- Young, Richard F. 2011. Interactional competence in language learning, teaching, and testing. I: E. Hinkel (red.), *Handbook of research in second language teaching and learning* (vol. 2). New York: Routledge, s. 426–443.

9. Bilaga

Transkriptionsnyckel (Norrby 2014:110–111)

(.)	paus under 0,5 sek (mikropaus)
(0.6)	paus mätt med tiondels sekund
<u>vansinnigt</u>	emfatiskt tryck (stryks under eller kursiveras)
va:nsinnigt	förlängning av föregående ljud
va:::nsinnigt	ytterligare förlängning
fan-	avbrutet ord
[]	överlappande tal
[[samtidigt inledda yttranden
=	<i>latching</i> , yttranden sammanbundna utan paus
°vansinne°	sägs med svag röst
+vansinne+	sägs med högre röst än normalt
BULLER	metakommentarer har versaler
SKRATT	alla skrattar
SKRATTAR	talaren skrattar
vansinne	sägs med skrattande röst
.ord .hja	inandning föregår ord
^hmm^	sägs med legatouttal (glidande uttal)
hh.hh	utandning respektive inandning
(vansinne)	parentes anger osäker transkription
(x) (xx) (xxx)	omöjligt att höra – (x) motsvarar ett ord, (xx) två ord och (xxx) tre eller fler ord
<de e vansinne>	långsammare takt än vanligt
>de e vansinne<	snabbare takt än vanligt
»	repliken fortsätter på ny rad (används vid sekvenser av samtidigt tal)
→	fortsättningston, ”det kommer mer”
↑	stigande ton
?	frågeintonation
↓	tydligt fallande ton