

Forskning och teori

Under denna rubrik publicerar redaktionen de originalartiklar som inkommit till redaktionen och passerat extern granskning.

Presentationer av medicinska problem i telefonsamtal till primärvården

Vesa Leppänen och Ann-Mari Sellerberg

Föreliggande artikel handlar om telefonverksamheten inom primärvården. Sjuksköterskorna som svarar har att fatta snabba beslut om hur uppringarnas problem skall följas upp. Samtidigt har de en begränsad mängd information om dem. Genom inspelningar av autentiska samtal beskrivs de olika sätt på vilka uppringare presenterar sina problem samt vilka konsekvenser de får.

Vesa Leppänen är fil.dr. och forskarassistent i sociologi vid Arbetslivsinstitutet Syd, Malmö. Ann-Mari Sellerberg är professor vid sociologiska institutionen, Lunds universitet. Vesa Leppänen, Arbetslivsinstitutet Syd, 205 06 Malmö. Ann-Marie Sellerberg, Sociologiska institutionen, Box 114, 221 00 Lund.

Inledning

I en artikel med rubriken "Frustrationen sjuder när personalen inte räcker till" kan man läsa om arbetet vid en vårdcentral: "Sjuksköterskorna på Fågelbackens vårdcentral gallrar hårt i strömmen av patienter och får ta smällen när verkligheten krockar med orealistiska önske-

mål" (Hedenbro 2003). I beskrivningen framhålls särskilt det arbete som utförs av de sjuksköterskor som tar emot telefonsamtal från hjälpsökande personer. "Värst är det för de sjuksköterskor som svarar när telefonen ringer. Och ringer. Och ringer. Från klockan 8 till 17 bokar sjuksköterskorna tider och ger goda råd. De orkar högst en halv dag i taget

vid telefonerna. Uppgiften ställer stora krav på tålmod när patienter vill ha besökstider som inte finns. - Det är inte konstigt om de blir besvikna. De ringer för att snabbt få kontakt med en läkare och så får de inte det, säger Pia Horntvedt. De flesta patienter är tacksamma för råden de får men alla är inte vänliga i luren.“ (Ibid.)

Föreliggande artikel handlar om sjuksköterskornas arbete med att ta emot telefonsamtal inom primärvården. Här beskrivs vilka format som uppringarna använder för att presenterar sina problem samt vilka samspelsmässiga konsekvenser de ger. Här belyses också hur dessa problempresentationer och deras konsekvenser är avspeglningar av de villkor som samtalen sker inom. Empiriska data består av ljudinspelade telefonsamtal som transkriberats och analyserats ur ett samtalsanalytiskt perspektiv.

En ökad distans mellan individen och dennes medicinska problem

Telefonlinjer till Sveriges vårdcentraler inrättades allmänt under 1970-talet, även om det sedan 1931 funnits en sjukvårdsupplysning i Stockholm (Wahlberg & Wredling 1999). År 2000 fanns 864 offentliga vårdcentraler i Sverige samt 146 privata vårdcentraler med vårdavtal (Landstingsförbundet 2001). Vid 1990-talets början beräknades antalet samtal till vårdcentralernas telefonsjuksköterskor vara ungefär 20 miljoner om året (Marklund 1990). En viktig anledning till denna expansion var att telefonen hade blivit billig och allmänt tillgänglig. En annan anledning var att individens relation till samhället hade genomgått

stora förändringar.

Under en större del av mänsklighetens historia har graden av arbetsdelning varit låg. De flesta människor har levat sina liv i mindre grupper bestående av enstaka familjer, släkter och bygemenskaper. Där har man själva producerat det man behövt. Man har samlat, jagat, odlat, lagat mat och framställt redskap och kulturföremål. Man har skapat sina egna politiska organisationer som ansvarat för att lösa konflikter inom de egna grupperna och för att hantera relationer till andra grupper. Man har själva tagit hand om sina barn och vårdat de äldre och sjuka. Ibland har man utsett personer som särskilt haft hand om botande av sjukdomar och religiösa spörsmål. Man var *generalister*.

Gradvis har individens relation till det omgivande samhället förändrats. Viktiga samhällsfunktioner har övertagits av större organisationer. Stora jordbruk odlar vår mat, fabriker bearbetar den och stormarknader säljer den till oss. Fabriker framställer andra varor som vi behöver. Kulturproduktionen har centraliserats. Stora politiska organisationer styr över statlig och kommunal verksamhet. Daghem och skolor uppfostrar våra barn. Hemtjänst och sjukhem tar hand om våra äldre. Sjukdomar behandlas vid vårdcentraler och sjukhus. Arbetsdelningen har ökat. Vi har blivit *specialister* som deltar i delar av produktionen utan insyn i de andra delarna.

Den svenska sjukvårdens massiva expansion under 1900-talet sammanföll tidsmässigt med att samhället blev allt mer urbaniserat och industrialiserat. Medicinen blev också allt mer specialiserad och differentierad. Nya specialité-

forskning och teori

er växer ständigt fram. Vår förmåga att orientera oss bland dem har minskat.

Vi har blivit *beroende* av att andra specialiserade individer och organisationer förser oss med de resurser som vi själva inte kan uppbringa. Men samtidigt upplever vi ofta relationerna till dem som *anonyma*. Vi har inga stadigvarande kontakter med dem. Vi känner inte individerna som ger oss hjälpen. Vi träffar dem endast vid särskilda tillfällen, för att lösa specifika problem.

Vår förmåga att hantera medicinska problem har urholkats också därför att de stora familjeenheter har försvunnit under 1900-talet. Kärnfamiljen, bestående av föräldrar och barn, slog igenom som familjetyp. Den äldre generationen kom att leva skild från kärnfamiljerna. Antalet separationer har också ökat. Ensamhushållet blev under 1990-talet den vanligaste typen av hushåll. Detta betyder att kunskaper om medicinska problem inte längre sprids lika enkelt mellan generationerna. Inte heller kan man ge varandra lika mycket praktisk hjälp som man kunde i de större hushållen.

Det har uppkommit en större *distans* mellan individen och dennes medicinska problem. Individen har ofta inte själv kunskaper med vilka denne kan lösa sina medicinska problem. Inte heller finns det andra personer i den nära omgivningen som kan hjälpa till med att lösa dem. Hjälparna återfinns inom den specialiserade sjukvården.

Med början under 1920-talet växte distriktssjukvården fram som en lösning på vissa av dessa problem; dels för att ta hand om den allt större gruppen ensamma äldre, dels för att ta hand om de barnfamiljer som nu bestod av enbart

två generationer. Telefonlinjerna blev en naturlig förlängning av distriktssjukvårdens verksamhet. Människor som inte kan bedöma vilken vård deras medicinska besvär kräver eller vart de ska vända sig kan nu ringa för att få en första prövning av sina problem per telefon innan de eventuellt får träffa andra vårdgivare. (Se också Österberg 1998:302.)

En anledning till att telefonlinjerna inrättades var alltså att bedömningar av också enklare sjukdomstillstånd nu hade blivit svårare. Människor har inte längre samma relativa kompetens att avgöra vilken vård som krävs. En annan anledning var att sjukvården hade blivit organisatoriskt mer komplex. Det finns nu en lång rad olika sjukvårdande instanser som svarar mot olika behov. Människor kan vända sig till telefonlinjerna för att få veta var de ska söka hjälp (Marklund 1990:9). Ytterligare en anledning är att telefonlinjerna sparar resurser. Inom hälso- och sjukvården kan man värdera de hjälpsökande innan de kommer in, vilket åtminstone tidigare antogs sänka sjukvårdens kostnader.

Framväxten av institutionella samtalsformer

Individens ökande beroende av specialister har resulterat i att nya typer av samtal har fått en allt större betydelse. I det traditionella samhället samtalade man med individer som använde samma eller liknande språkliga repertoarer. Man delade en stor mängd erfarenheter och föreställningar, t.ex. avseende religion, historia och sociala band. Enskilda individer omgavs av andra som delade dennes språk och perspektiv. Samspelet var familjärt. I det moderna samhället

har samhörigheten med den lilla gruppen fortlevt, men i mindre gemenskaper som ofta består av endast två generationer. Det familjära samspelet utövas i sammanhang där främst mödrar, fäder och barn deltar.

Olika *institutionella* samspelsformer har fått en stor betydelse i det moderna samhället, dvs. sociala interaktion som sker i samband med att individer möter representater för organisationer av olika slag, t.ex. daghemspersonal, sjukvårdspersonal, poliser, bilreparatörer, läkare, advokater, socialarbetare eller psykologer. De institutionella samspelsformerna har i många moderna yrken blivit det *centrala verktyget* med vilket arbetet genomförs, t.ex. i psykologers, journalisters och lärares arbete. (Se Drew & Heritage 1992 eller Sarangi & Roberts 1999 för översikter av forskning om institutionell interaktion.)

Vi kan skilja mellan olika typer av institutionella samtal. För det första har vi de *inominstitutionella* samtalen, t.ex. personalmöten inom företag. För det andra har vi de *mellaninstitutionella* samtalen, t.ex. när försäkringskassornas tjänstemän ringer till läkare för att få utlåtanden om gemensamma klienter. För det tredje har vi *samtal mellan institutioner och klienter*, t.ex. när privatpersoner ringer till primärvården.

Naturligtvis är det sociala samspelet i institutionella miljöer inte *totalt* annorlunda än det som utspelar sig i ickeinstitutionella miljöer. I de institutionella miljöerna används ofta samma grundläggande samspelsformer, men de *modifieras* för att passa institutionernas funktionssätt. Låt oss ta ett exempel, nämligen *fråge-svar-strukturen*.

Varje individ lär sig, i den familjära sfären under barndomen, att känna igen en fråga. Vi lär oss hur en typisk fråga är uppbyggd; med frågeord som "när", "var", "hur" och "varför" eller med karakteristiska intonationsbanor i slutet av frågorna (ofta litet uppåtgående). Vi lär oss också vad som är relevant att göra efter en fråga, nämligen att svara. Därför "letar" vi efter frågor och efter svar i de positioner som följer efter frågor.

Nu har fråge-svar-strukturen blivit ett centralt arbetsredskap för medarbetarna inom många organisationer. Betänk hur sjuksköterskor, journalister, advokater, åklagare, socialarbetare, psykologer, lärare och poliser använder sig av frågor i sitt arbete. Inom dessa yrkeskåror har man utgått från den grundläggande modell som vi lärt oss i den familjära sfären. Sedan har man betänkt vad man vill uppnå med sitt frågande. Är det, som för lärare, att kontrollera om eleverna har förstått? Är det, som för psykologer, att avtäckta klienternas perspektiv och underlätta självmedvetande? Beroende på vilka syften man har och vilka övriga villkor som finns för verksamheterna har man sedan utvecklat frågeformat som är specifika för de olika yrkesutövarna. På samma sätt har man inom primärvården utvecklat metoder för att fråga som är anpassade för de villkor och mål som råder för dess verksamhet.

På motsvarande sätt är en lång rad andra aspekter av samtal som sker i organisationer avspeglningar av de villkor som råder för de olika organisationerna. I det följande skall vi se hur de som ringer till vårdcentraler, liksom de som tar emot samtalen, samtalar på vissa institutionellt specifika sätt.

Villkor för samtal till primärvården

Låt oss nu redogöra för några centrala villkor som råder för telefonsamtal till primärvårdens sjuksköterskor.

Marklund (1990) instruerade sjuksköterskorna vid sex olika vårdcentraler att under fem dagar fylla i ett formulär efter varje telefonkontakt. Totalt registrerades 2236 kontakter. Han visade att omkring 30 % av alla samtal genomfördes på måndagarna. Resten av samtalen var ganska jämnt spridda över de övriga vardagarna. 44 % av alla samtal genomfördes på morgnar mellan 8 och 10. Detta kan tolkas som att det finns uppdämda behov av vård som lagrat sig under helgerna. Det kan också tolkas som att många läkare skriver ut sjukintyg som sträcker sig till och med söndagar, varför sjukskrivna ringer på måndagar för att förnya dem.

Uppringarna har olika *anledningar* till att de ringer. Marklund visade att i 41% av samtalen sökte den uppringande medicinsk hjälp. I 38 % av fallen önskade man intyg, recept eller liknande. 18 % var rent administrativa samtal. Mycket få samtal gällde preventiva hälsoproblem. Som en del av denna studie gjordes 276 inspelningar av telefonsamtal till 13 olika sjuksköterskor som arbetar vid 6 olika vårdcentraler. Det visade sig att uppringarna i ungefär 60% av samtalen sökte hjälp med något medicinskt problem samt att nästan 12% handlade om tidbokningar, ungefär 8% om förebyggande hälsovård, 7% om recept, 5% om övrigt, 4% om provsvar och 3% om intyg och remisser.

Marklund (1990) undersökte vilka *medicinska problem* de uppringande

hade. Det vanligaste var att man helt enkelt hade "ont" (30%) och det näst vanligaste att man var "förkylda" (10%). Sedan, med fallande frekvens, ringde man för "tidigare sjukdom", "hosta som huvudsymtom", "akuta urinvägsbesvär", "svullnad, tumör", "oro om sjukdom", "sår", "hudutslag" och "inflammation". Om man gör en klassifikation avseende vilka *organ* man ringde för så var det vanligaste "besvär i andningsvägarna" (19,3%), det näst vanligaste "allmänna symtom" ("mår inte bra") (15,6%) och det tredje vanligaste "leder" (9,8%). De samtal som spelades in för denna studie visar att drygt 21% handlade om de övre luftvägarna, drygt 13% om hudbesvär, ungefär 13% om muskler, leder och skelett, ungefär 8% om mage, tarmsystemet, nästan 8% om urinvägarna och ungefär 8% om annat. Andra problem var ögon (nästan 6%), öron (drygt 5%), hjärtkärl (ungefär 4%), lungor-luftrör (drygt 3%), feber (drygt 3%), underlivsbesvär (drygt 3%), barnsjukdomar (drygt 2%), influensasyntom (nästan 2%) och sår (drygt 1%).

Marklunds studie (1990) visade också att uppringarna oftare var kvinnor än män (63 % kvinnor). Marklund visade också att det i 71 % av samtalen var det den sjuke själv som ringde. I 17 % var det en släkting eller vän som ringde, i 7 % en annan medicinsk institution och i 1 % socialtjänsten. När det var en släkting som ringde var det fem gånger så vanligt att en hustru eller moder ringde än att en make eller fader ringde. Denna studie visar att 65% av *uppringarna* i och för sig var kvinnor, men om man undersöker vilka som var *hjälp sökande* var det endast 53% kvinnor. Kvinnor ringer of-

tare om andra personer än män gör (t.ex. barn, föräldrar och andra släktingar).

De hjälpsökandes medelålder var drygt 36 år. 27% av de hjälpsökande var barn upp till 12 år och nästan 50% var vuxna mellan 20 och 64 år. Endast 17% var över 65 år.

Men vilka är de organisatoriska villkor som kringgärdar telefonsamtalen? Rent konkret satt de 13 sjuksköterskor som ingick i denna studie vid skrivbord i kontor och hade dator framför sig. Ofta använde de ett s.k. headset. Därmed fick de händerna fria för att skriva in anteckningar i datorn samtidigt som de talade i telefon. De datorprogram som användes varierade, men alla innehöll register över uppringarnas eventuella tidigare besök vid vårdcentralerna. Några hade endast tillgång till sina egna och de andra sjuksköterskornas journaler, medan andra också kunde se läkarnas journaler.

Sjuksköterskorna såg även läkarnas besökskalendrar på sina bildskärmar. De bestod av en rad tidsfält. De kunde se vilka läkare som arbetade vid vilka tidpunkter och om ett visst utrymme var fyllt med patientbesök eller administrativa uppgifter.

Vid flertalet vårdcentraler skilde man mellan olika slags tider. De hade akuta tider för dagens uppringare. De hade också ickeakuta tider. Väntetiderna för dessa var mellan 3 veckor och 3 månader. Några vårdcentraler hade även halvakuta tider. Dessa reserverades för uppringare som inte nödvändigtvis behövde ett besök samma dag men som inte heller kunde vänta någon längre tid. Vid flertalet vårdcentraler har man regler som kringgärdar användandet av de akuta tiderna. En sådan är att "morgon-

dagens akuta tider får aldrig fyllas med patienter som ringer idag".

När sjuksköterskorna bokade in en uppringare fyllde de i en rad fält på datorns bildskärm; namn, adress, personnummer, telefonnummer och en kort beskrivning av problemet (t.ex. "blodtrycksmedicin" eller "knuta i armhålan"). Man kan säga att sjuksköterskorna redan här konstruerade "fall" som sedan lämnades över till läkarna och eventuell annan personal. (Se också Zimmerman 1992, som visar hur amerikanska larmoperatörer konstruerar fall på liknande sätt.)

Sjuksköterskornas uppgift är inte att ställa diagnos. Denna arbetsuppgift tillhör läkarna. Sjuksköterskorna har att undersöka de medicinska problemuppringarna presenterar och föreslå vilka åtgärder som bör vidtagas. De *sorterar* uppringare och är ett slags *organisatoriska guider*.

Sjuksköterskornas uppgift är därför också att avgöra om samtalen är *relevanta* för de olika typer av åtgärder som vårdcentralen kan erbjuda i form av råd, tid hos läkare, osv.

Samtalen är *asymmetriska*. Sjuksköterskorna har, till skillnad från uppringarna, tillgång till *kunskaper om medicinska spörsmål, kunskaper om vilka resurser organisationen kan erbjuda och rätten att fatta beslut* om vilka som ska få tillgång till dessa resurser och när det skall ske. Samtalen är asymmetriska också avseende *perspektiv på problemen* som diskuteras. Det är uppringarna som upplever besvären, både smärtor och känslor om dem. Sjuksköterskorna arbetar främst ur ett medicinskt-organisatoriskt perspektiv.

forskning och teori

Samtalen är också *samspelemässigt asymmetriska*. Det finns skyldigheter och rättigheter i den sociala interaktionen som tillskrivs de olika parterna. Uppringaren förväntas presentera sina problem i samtalens början och sjuksköterskan lyssna till problempresentationen är avslutad. Sedan förväntas sjuksköterskan ställa frågor om problemet och uppringaren svara på dem. Sjuksköterskan förväntas sedan föreslå en åtgärd.

Samtalen är *målorienterade*. Man har det övergripande målet "beslut om vad som ska ske med problemet" i sikte från allra första stund. Samtalen är vanligtvis också *monotopikala*, dvs. att ett enda samtalsämne behandlas.

Ett grundläggande villkor för samtalen är det faktum att *de samtalande inte kan se varandra*. Sjuksköterskan kan inte, som vid andra undersökningar, se problemet själv. Denne får förlita sig på ord, tolkade versioner. Därför får sjuksköterskan vanligtvis helt och hållet tolka de beskrivningar som ges i relation till allt annat som framkommer under samtalen.

Ofta är det också *uppgifter i andra hand*. I många samtal är det inte den sjuke själv som kan återberätta sina egna upplevelser av problemen. Istället får sjuksköterskan förlita sig på beskrivningar av andra personer.

Ofta är de samtalande också *anonyma* inför varandra. De känner inte varandra sedan tidigare, vilket gör att sjuksköterskan inte kan tolka det uppringaren förmedlar i ljuset av andra fakta om uppringarens person.

Samtalen sker ofta under *tidspress*. Marklund (1990) visade att samtalens

genomsnittliga längd var ungefär 3,5 minuter. Samtalen som spelades in för denna studie var 2 minuter 57 sekunder långa. Sjuksköterskorna som ingick i denna studie kunde se att andra samtal stod på vänt, t.ex. genom lampor som blinkade eller displayer som visade antalet väntande samtal.

Perspektiv och metod

Det övergripande syftet med detta forskningsprojekt är att beskriva och förstå det sociala samspelet i dessa telefonsamtal. Därför utgick vi från ett *samtalsanalytiskt perspektiv*.

Samtalsanalysen har sedan 1960-talet vuxit fram som en vetenskap som studerar naturligt förekommande samtal mellan människor. Det finns en olik typ av inriktningar inom denna forskning. (Se t.ex. Levinson 1983, Mey 1993, Schiffrin 1994, Linell 1997 och Norrby 1996, som ger en svensk introduktion. Se även Börjesson 2003 och Cicourel 1964 och 1976.) En av dem är *den etnometodologiska samtalsanalysen*. Vi ska här inte uppehålla oss vid att beskriva den i detalj. (Se istället Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, Levinson 1983, Heritage 1984a, Sacks 1992, Psathas 1995, Silverman 1998, Hutchby & Wooffitt 1998, Have 1999 och Leppänen 1997.) Det som karakteriserar den etnometodologiska samtalsanalysen är att fokus ligger på *konkret socialt samspel*.

Data består i allmänhet av *ljud- och videoinspelningar* av människor som samtalar och gestikulerar i olika *naturliga miljöer* (icke-experimentella situationer). Dessa inspelningar brukar sedan *transkriberas* (skrivas ut) i detalj (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974,

Heritage 1984a, Leppänen 1998:58ff.). Analysarbetet sker *induktivt*, dvs. växer fram ur data snarare än att det utgår från väl definierade hypoteser som testas. Ett syfte är att i detalj försöka beskriva de delar av det sociala samspelet som är betydelsebärande. Ett annat syfte är att uttolka hur dessa konkreta handlingar görs *förståeliga* av andra personer som deltar i interaktionen: Hur bär sig aktörer åt för att förstå vad en handling är för något? Hur förstår man denna ansamling av ord och gester som konstituerar t.ex. ”en fråga” eller ”en berättelse”? Ett tredje syfte är att utröna hur handlingarna kommer att *begränsa* det som de andra aktörerna kan och får göra därefter. Exempelvis gör en fråga det relevant att svara. Det som sker efter en fråga kommer vanligtvis att förstås som havandes med den föregående frågan att göra. Ett fjärde syfte är att utröna hur kontexten, i vid bemärkelse, återverkar på den sociala interaktionen. Hur återverkar exempelvis det faktum att den ene är sjuksköterska på samspelet? Hur återverkar de materiella och organisatoriska betingelserna på samtalet?

Det empiriska materialet för detta projekt består av 276 ljudinspelade telefonsamtal till 13 olika sjuksköterskor vid 6 olika enheter inom primärvården. Dessa analyserades avseende hur uppringarna presenterar sina problem, hur sjuksköterskor utforskar och värderar dessa problem och hur sjuksköterskorna meddelar till uppringarna vilka åtgärder som bör vidtas. Endast 209 av inspelningarna har använts för den föreliggande analysen av hur uppringarna presenterar sina problem. Detta sammanhänger med att resterande samtal var inkompleta i deras

början; sjuksköterskorna hann påbörja samtalen innan de satte igång bandspe-laren, etc.

Ljudinspelningarna transkriberades enligt de konventioner som används inom den etnometodologiska samtalsanalysen (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, Heritage 1984, Leppänen 1998:58ff.). Den uppsättning konventioner som används inom den etnometodologiska samtalsanalysen karakteriseras av att de främst fokuserar det interaktiva i den sociala interaktionen. Transkriptionerna har, för att göra texten mer läsbar, förenklats i föreliggande text.

Den valda metoden har naturligtvis sina begränsningar. En begränsning som sammanhänger med hur data samlats in, är att den endast i begränsad utsträckning kan säga något om hur vanliga de olika fenomenen är. Dock såg vi ovan att data om samtalens längd, vilka som ringer, osv., stämmer relativt väl överens med dem som Marklund (1990) återger. En annan begränsning är att studien i begränsad utsträckning kan utsäga något om de ”motiv” eller ”viljor” som ligger bakom uppringarnas och sjuksköterskornas yttranden. En studie om den psykologiska dimensionen i samtalet skulle innebära att föreliggande data skulle behöva kompletteras, både med intervjuer med uppringare innan de ringer (för att utröna deras ambitioner) och med samlyssning, d.v.s. att man tillsammans med uppringare och sjuksköterskor lyssnar på samtalen i efterhand och ber dem återge vad de tänkte i olika ögonblick. Men ambitionen med detta forskningsprojekt är att studera den sociala interaktionen, att undersöka hur sjuksköterskan och uppringaren *till-*

sammans, steg för steg, skapar sociala microvärldar med sina samtal. Dessa microvärldar kommer, för aktörerna, bli sociala fakta som de sedan förlitar sig på under de följande stegen i det sociala samspelet. De ordväxlingar som görs ger konsekvenser för vad som följer. Här är det samtalet i deras egenskap av *samtal* som studeras.

Format för att presentera problem

När uppringarna presenterade sina problem för sjuksköterskorna använde de tre olika format. Det första sättet var *begäran*. Det andra var att den uppringande ställde en *fråga*. Det tredje var att *berätta*.

1. Att begära att få träffa en läkare

Begärandeformatet användes i 66 av de 209 analyserade inspelningarna. En begäran om att få träffa en läkare kunde utföras på något olika sätt:

Den uppringande kan helt uttrycka en enkel begäran om att få träffa en läkare. Denna följs av en mycket kortfattad presentation av problemet. (U = Uppringare, S = Sjuksköterska. Siffror inom parentes anger pausers längd i sekunder och tiondels sekunder. Bindestreck efter bokstav anger avsnoppat tal. Ett eller flera "h" anger andning.)

(1) 5 VCTEL 21

- 1 U h eee ja skulle vilja komma in där för
- 2 ja har gått o haft ont i huvudet o vart
- 3 yr hela dan
- 4 (0.8)
- 5 S jaa e- men ja ha- ja har inte fler tider nu
- 6 i kväll

Uppringaren uttrycker en begäran om att få komma in samt presenterar sitt problem. Med sin korta problempresentation ger uppringaren tre viktiga informationer; *vem* som har problemet ("jag"), en *beskrivning* av problemets art ("ont i huvudet och vart yr hela dan") och *hur länge* problemet varat ("hela dan"). Dessa informationer gavs av de flesta uppringare i denna inledande position (oavsett vilket format de använde). I de fall då dessa informationer inte gavs, efterfrågade sjuksköterskorna dem omedelbart.

När en uppringare formulerat en begäran och angett dessa tre informationer tycks sjuksköterskan uppfatta problempresentationen som fullständig. Därefter börjar sjuksköterskorna nämligen att ställa frågor till uppringarna.

Den uppringande kan också direkt *begära att få träffa en läkare* vilket följs av en egen *diagnos*. I det följande exemplet säger uppringaren först att han vill träffa doktorn. Därefter lägger han till att han tror att han haft halsfluss:

(2) 5 VCTEL 14

- 1 U ja skulle vilja ha tid hos en doktor
- 2 där hh hh ja tror ja haft halsfluss(hh)
- 3 S jaaa hur länge har du haft de(hh)

Intressant är att i samtliga fall när den uppringande presenterar en diagnos så görs det *försiktigt*. Uppringarna tillägger sådana saker som "ja tror", "det känns", "det verkar som", etc. (som i exemplet ovan). I ett annat exempel säger uppringaren: "ja har troligtvis magsår det känns så". Man betonar att diagnosen är någonting man *tror*. Diagnosen presenteras inte som en objektiv san-

ning utan som *subjektivt upplevd*. Ett identiskt mönster har iakttagits av Drew (1991) i en analys av möten mellan brittiska läkare och patienter. I ett av hans exempel presenterar en patient sitt problem på följande sätt. (Hakparenteser anger överlappande yttranden. Kolon markerar utsträckta ljud.)

- (3) Drew 1991:38
 1 Pt B't this time I have a little problem.
 2 (0.9)
 3 I seem to have
 4 (0.8)
 5 Dr nYes[:s.
 6 Pt [what is it-contracted
 7 (0.4)
 8 Dr khn [Ye:s
 9 Pt [tendon:.
 10 Dr That's right. how long have you been
 11 in developing thi:s.

Vi ser att patienten först säger att han "verkar ha" ("I seem to have") och sedan "vad heter det" ("what is it-") innan han uttrycker diagnosen ("contracted tendon"). Denna patient, liksom de som ringer till svenska vårdcentraler, uttrycker genom sina försiktigt presenterade diagnoser att de uppfattar läkarna respektive sjuksköterskorna som experter. De markerar med sina tvekingar att det är sjuksköterskorna och läkarna som har rätten till den diagnostiska terminologin. Detta betyder inte nödvändigtvis att patienten är "mindre vetande" på området, dvs. att det råder en *kognitiv* asymmetri. Det som utförs är vad som brukar beskrivas som en *interaktiv* asymmetri, dvs. att parterna intar olika sociala roller. De behandlar/skapar den medicinska personalen som experter.

I vissa fall uttryckte den uppringande emellertid inte någon explicit begäran. Istället uttrycktes denna *begäran implicit* genom en försiktig diagnos. Se följande exempel. (Prick inom parentes anger paus om c:a 0,2 sekunder eller kortare.)

- (4) 5 VCTEL 9
 1 U hh ja hej doris björn-bengtsson(hh)
 2 S ja hej
 3 U [hh hej de e så a ja tror ja
 4 har fått urinvägsinfektion?
 5 S jaaa(hh)
 6 (.)
 7 hur märker du de då?

Även om också dessa diagnoser uttrycktes på ett försiktigt sätt hamnade emellertid dessa uppringare regelbundet i samspelsmässigt "trubbel". Man ser i detta exempel att sjuksköterskan *ifrågasätter* problempresentationen. Hon utgår i sin respons inte från att uppringarens problempresentation är sann. Hon ber istället uppringaren att förtydliga grunderna för sin diagnos; "hur märker du det då?". Detta kan kontrasteras mot fragment (2), där sjuksköterskan ställer en följdfråga som *utgår* från uppringarens beskrivning. Vi kan också uttrycka det som att responsen i exempel (4) är bakåtorienterad medan den i exempel (2) är framåtorienterad.

Det är möjligt att ifrågasättanden av uppringarnas diagnoser sammanhänger med hur man inom vården tänker sig att ett typiskt medicinskt problem ska hanteras. Ett medicinskt problem löper igenom följande övergripande stadier: ett problem uppkommer/ vården kontaktas/ undersökning genomförs/ diagnos stäl-

les/ behandling genomförs/ problemet är löst/ ny diagnosticering genomförs, etc. Arbetsdelningen mellan vårdgivare och patient innebär att patienten är mer aktiv i början och slutet av denna process, medan vårdgivaren är mer aktiv i undersöknings- diagnosticerings- och behandlingsfaserna. De uppringare som ställer diagnos föregriper hela denna arbetsordning. Deras diagnoser ifrågasätter den institutionaliserade interaktionella asymmetrin. De blir ifrågasatta.

Det förekommer att den uppringande föregriper den medicinska arbetsordningen i än högre grad: Uppringarna talar om för sjuksköterskorna vad de vill att läkarna ska göra för dem. I det följande ser vi ett exempel på detta.

(5) 1 VCTEL 7

- 1 U jag skulle vilja att berit persson
 2 skrev ut lite värktabletter till mig
 3 S ja- jag får bara säga att samtalen
 4 som ja har idag bandas
 5 (.)
 6 U ja[?
 7 S [är de okej för dig?
 8 U ja de är helt okej
 9 S de låter bra det
 10 U ja
 11 S då ska vi se när är du född

Här talar uppringaren faktiskt om för sjuksköterskan vad resultatet av mötet med läkaren skall bli; ”jag skulle vilja att berit persson skrev ut lite värktabletter till mig”. Man kunde här förvänta sig att sjuksköterskan, än kraftigare, skulle ifrågasätta uppringarens begäran. Så sker dock inte. Anledningen har att göra med *det slags problem* som uppringaren har. Uppringaren har redan en etablerad

relation till den namngivne läkare. Vidare vill den uppringande ha värktabletter, vilket denna endast kan få begränsade mängder av vid varje utskriftstillfälle. Kravet som uppringaren ställer härstammar inte från denne själv utan från sjukvårdens eget regelsystem. Sjuksköterskan ifrågasätter det därför inte.

2. Att be om att få fråga

I 20 av de 209 problempresentationerna började den uppringande med att fråga om han/hon får ställa en fråga. Här följer ett exempel:

(6) 5 VCTEL 23

- 1 U ja skulle bara vilja fråga <-- 1
 om fästingar <-- 1
 2 S ja <-- 2
 3 U hh min dotter har fått en <-- 3
 4 fästing i ljumsken igår hh hh <-- 3
 5 hon är fyra år <-- 3
 6 S mhm
 7 U hh ja ska bara höra hu=huhh <-- 4
 8 ja fick bort den men hh (1.6) <-- 4
 9 så att de inte är nåt farligt(hh) <-- 4
 10 S nej de e ju inget farligt hh ee

I detta fragment ser vi följande typiska mönster: (1) Uppringaren börjar med att be om att få ställa en fråga. Detta är vad Schegloff (1980) kallar en ”action projection”. Uppringaren förmedlar till sjuksköterskan vad som kommer att följa om sjuksköterskan ger ett jakande svar till denna fråga. Dock är det inte alltid så att uppringarna väntar på ett ”ja”. Ofta går de direkt vidare med nästa yttrande. Därför bör man snarare se dessa yttranden som ”annonseringar” av vad som skall följa än som ”frågor”. (2) Sjuksköterskan ger därefter en uppbackning/ja-

svar. (3) Det som följer är dock inte den projicerade frågan utan bakgrundsinformation. Uppringaren berättar om vem som har problemet, av vilket slag det är och hur länge problemet varat. (4) Slutligen ställer uppringaren sin fråga. Lägga märke till är att denna fråga är öppen. Uppringaren ber om allmän hjälp med sitt problem. I detta exempel, liksom i flertalet andra, används inte detta format för att ställa *specifika* frågor. Detta format är ett av de tre formaten för att *presentera* problem.

När används då frågeformatet? Frågeformatet, till skillnad från begärandeformatet, ger uppringarna mer *utrymme* att presentera sina problem *med sina egna ord*. Genom att sjuksköterskorna, efter uppringarnas frågor om de får ställa frågor, säger ”ja”, förbinder de sig att lyssna fram till att uppringarna ställer sina frågor. Uppringarna kan då berätta om bakgrunderna till sina problem innan de ställer frågorna.

Det är vidare tydligt att uppringaren i ovanstående exempel markerar sitt problem som *icke-akut*. Problemet är av ett mindre slag. Uppringaren säger också att problemet är *under kontroll*; hon har t.o.m. *själv försökt* få bort fästingen. Analysen visar att frågeformatet tenderar att användas i sådana fall då problemet presenteras som mindre allvarligt. Detta framkommer än tydligare som kontrast till det tredje formatet, berättelserna. I dem bagatelliserar man *inte*. Däremot sker motsatsen. Uppringarna bygger då i stället upp sina berättelser så att de resulterar i komplikationer. De berättar om hur problemen förvärrats med tiden.

Väsentligt är att vart och ett av de format uppringarna använder sig av inne-

bär olika möjligheter och begränsningar. Frågeformatet ger uppringaren möjlighet att presentera sitt problem utförligt och med egna ord. Frågeformatet synes även innebära en markering av att det presenterade problemet är mindre akut.

3. Att berätta om sina problem

I flertalet fall, 123 av de 209 telefonuppringningarna, använde sig den uppringande av berättelseformatet. Här följer ett kort exempel:

(7) 1 VCTEL 3

1 U hhh du ja har en kille här han har hållt på

2 hh=hostat nu i en månad(hhh)

3 S jaaa

4 U (läppsmack) ja va nere på läkarstationen dee

5 vaaa det är en tie dar sen ungefär

6 men det har inte blivit bättre hhhh

7 o han hostar så han spyr ibland(hh)

8 S ha? hh när är han född?

Även berättelserna visar sig ha sin fasta uppbyggnad och vi kan urskilja följande tre delar:

(i) Den uppringande ger först en kort inledande presentation av sitt problem (”du ja har en kille här han har hållt på hh=hostat nu i en månad(hhh)”). Här anger den uppringande vem som har problemet, ger en kort beskrivning av det samt en redogörelse för hur länge det varat.

Uppringarnas inledande presentationer kan ses som ett slags ”förberättelser” eftersom de ger en inledande karakteristik (beskriver problemen) och anger när det som ska berättas om startade (när problemet började). De inledande presentationerna har viktiga funktioner. För det första förtäljer de att längre

presentationer följer, nämligen en berättelse som skall nå från det imperfektum där berättelsen börjar till nuets presens. För det andra anger förberättelser hur berättelserna skall lyssnas till (t.ex. som en berättelse om fästingar, som en berättelse om ett barn som har astma, osv.)

(ii) Den inledande presentationen besvaras av en uppbackning/acceptans från sjuksköterskans sida (rad 3). Detta ”ja” visar att sjuksköterskan lyssnar och att den uppringande kan fortsätta med sin berättelse.

(iii) Därefter följer den tredje delen, själva berättelsen om problemet (”ja va nere på läkarstationen dee vaaa det är en tie dar sen ungefär men det har inte blivit bättre hhhh o han hostar så han spyr ibland(hh)”).

Denna berättelse betraktas som tillräcklig av sjuksköterskan. Vi kan se att hon börjar ställa frågor om problemet på rad (8). Samtalet går nu in i den fas där sjuksköterskan ställer frågor och uppringaren i huvudsak svarar.

3:1 Komplikationer

Vi vill här diskutera denna tredje del, uppringarens berättelse om problemet, mer utförligt. Ett utmärkande drag är att uppringarna i berättelserna framhåller *komplikationer*. Uppringarna ”bygger upp” komplikationer med en rad typiska element.

Vi ser, för det första, att berättelsen är *kronologisk*. Den börjar i det förflutna (”de e en tie dar sen ungefär”) och når fram till nuet (”o han hostar så han spyr ibland(hh)).

För det andra *formuleras problemet* ett flertal gånger. I ovanstående exem-

pel sker detta endast två gånger (”hostat nu i en månad” och ”hostar så han spyr ibland(hh)”). I ett annat exempel säger uppringaren först att ”hh ee jo ja ringer för att (.) ja har problem med ont i magen” och sedan ”och eee de e ju lite så gallsjaja e opererad för gallsten” och därefter ”o(h) nu sitter de liksom under ee höger h revbensbåge” och därefter ”o(h) det är ja har haft ont sen e hh de började väl lite smått i lördags” och ”men ja ha ja kan va lite öm så där ibland” och ”lite molande så” och ”så ja inte haft nåt (.) liksom riktigt anfall nu(hh)” och till sist ”men däremot såå (.) e de rejält molande värk(h) hh o(h) de liksom försvinner inte nån gång(hh)”. Problemet formuleras ett flertal gånger i denna berättelse.

För det tredje sker det i dessa problempresentationer en rörelse från ett imprecist problem i det förflutna till ett mer *precist problem*. Det generella ”problem med ont i magen” når fram till det mer precisa ”rejält molande värk”.

För det fjärde ger slutet av problempresentationen en beskrivning av det *nuvarande tillståndet* hos uppringaren. Detta nuvarande problem är mer allvarligt än de föregående versionerna. Uppringaren beskriver en tendens i nuet. Problemet håller fortfarande på. Det t.o.m. förvärras.

När uppringarens berättelse har nått detta nuvarande förvärrade tillstånd kan man säga att komplikationen presenteras. Vilken är då komplikationens interaktiva poäng? För det första signaleras att berättelsen nått nuet. Den är färdig. Nu är det läge för sjuksköterskorna att ställa sina frågor. För det andra väddar komplikationen till en regel inom medicinen som lyder ”stabilisera alltid

medicinska tillstånd som förvärras". Ett stabilt dåligt tillstånd anses ofta som mindre allvarligt än ett bättre tillstånd som håller på att förvärras. Förmodligen ökar uppringaren sina chanser att få snabb vård när denne presenterar sitt problem som att det förvärras i nuet.

Dock utvecklade inte den uppringande komplikationer i samtliga berättelser. Vi ser här ett exempel på detta:

(8) 9 VCTEL 13

- 1 U e jo det är så att e- efter när ja fått
 2 barn dåä hh o sen säj män efteråt
 3 (.) ee så hh nä ja gå på bäcken nå
 4 ja går o bajsar så h kommer de blood(h)
 5 (1.4)
 6 S har du blod i avföringen
 7 U [a a
 8 (.)
 9 S ja hur länge har du haft det

Detta är alltså en kvinna som nyligen fått barn och som nu får blod i avföringen ("nä ja gå o bajsar så h kommer de blood(h)"). Hon berättar detta med ett sakligt tonfall. Efter detta blir det en lång paus i telefonsamtalet (1.4 sekunder). Sjuksköterskan frågar därefter: "Har du blod i avföringen?" På detta sätt visar sjuksköterskan förvåning och, kanske, att hon är bekymrad. I detta fall behövdes inget utvecklande av komplikationer då problemet omedelbart, i sig, uppfattades som så allvarligt av sjuksköterskan. Komplikationer brukar istället användas när allvarligheten hos uppringarens problem är uppfattas som mer osäker.

3:2 Motstånd mot besvär

Förutom att uppringarna konstruerar komplikationer finns ett annat typiskt drag hos dessa berättelser som, till förstone, kan verka paradoxalt. Den uppringande berättar vanligen hur han/hon försökt "motstå" sina problem. Detta problemmotstånd yttrade sig på olika sätt:

Uppringaren säger t.ex. att denne först inte alls trodde att problemet var allvarligt utan något helt normalt. Uppringaren uttrycker att han/hon försökt se problemet som ett ickeproblem innan han/hon fann sig tvungen att se det som ett medicinskt problem. Låt oss ge ett exempel: En uppringare börjar med att först säga att "ja har då en längre tid nu haft ont(hh) här under hakan(h) (.) ner mot e adamsäppet om man säger så va de e ömt oh så (harkling) o känns varje gång ja sväljer". Därefter görs problemmotståndet; "o ja har har tänkt de e väl nåt me halsen men- hh de går ju inte över så att- (.) (harkling) nästan blivit värre tycker ja de sista veckorna då va". Uppringaren förmedlar alltså att denne till en början försökt se smärtorna vid adamsäppet som en normal smärta; den slags smärta som vi alla får då och då. Uppringaren presenterar sig själv som en person som har en sansad bild av vilka slags besvär man uppsöker sjukvården för. Detta format har av Jefferson (1984) kallats "at first I thought X but then realized". Berättaren framställer sig därmed också som ett trovärdigt vittne till sitt problem.

Ett andra sätt att visa att man försökt stå emot problemet är att man säger att man *själv försökt göra någonting åt det*. En uppringande gav följande berättelse:

”ja skulle vilja samtala me (nån) om mitt ben för ja har hhh gjort nånting konstigt med de oh sen har ja- hhh vart hemma fjorton dar sen har ja provat oh jobba med de o ja får inte rätt på de hänger inte me mej riktigt”. Han har alltså sjukskrivit sig i två veckor och sedan försökt gå tillbaka till arbetet. Uppringaren uttryckte att han verkligen kämpade länge för att leva ett normalt liv - trots problemet.

Ett tredje sätt på vilket motstånd kunde uttryckas inför sjuksköterskan var genom att *beskriva ickeproblem*. En uppringare börjar med att beskriva problemet; ”hh e jo ee det är så att han har ee fått ont i sitt ööga hhe- han har ont han har fått de- haft de sen i natt och ee ja de kliar oh de eee hh rätt så rött o som man säger irriterat runtom eller så” och sedan beskrivs ett icke-problem; ”men de e inte jätteilsket i ögonvitan”. Naturligtvis är detta ickeproblem relevant att berätta av rent diagnostiska skäl, men det betonar också det ickeproblematiska med problemet.

Ett fjärde sätt att visa sitt eget (och den sansade människans) problemmotstånd är att framhålla att *problemet försvunnit för en tid - för att sedan återkomma*. I ett exempel säger en mamma att ”ee ja ringer för ja har min lille kille här som heter jakob som är sex år han har haft hög feber sen i onsdags bara feber och ont i halsen oo väldigt röd o svullen o vita prickar i halsen hhhh och eem han har legat mellan trettio och fyrtio och sen det har vart nere lite på morronen och sen så springer det upp då”

Dessa olika inslag av problemmotstånd återkommer ständigt i de uppringandes berättelser. Wooffitt (1992)

fann ett liknande mönster när han intervjuade personer som varit med om olika paranormala upplevelser, t.ex. telepati, clairvoyans, utomkroppsliga erfarenheter, direkta kontakter med andar, spöken eller utomjordiska varelser. Wooffitt visade hur berättarna använder sig av en rad strategier för att övertala sina samtalspartners om att de verkligen har upplevt övernaturliga fenomen: (i) De förmedlar att de till en början inte alls tolkat händelserna som mystiska eller övernaturliga. (ii) De säger att inte gjort något åt problemen under en tid. De har levt med problemen utan att söka hjälp. (iii) De berättar att när de började göra något åt det, så sökte de inte hjälp först, utan försökte göra något åt det själv. Dessa berättare uttryckte liknande slags problemmotstånd som de svenska uppringarna, och detta har tolkats som ett sätt att markera trovärdighet.

Sammanfattningsvis finns det vissa genomgående inslag i uppringarnas presentationer. För det första byggs berättelserna upp med hjälp av komplikationer, ett förvärrande av problemen i nuet. Samtidigt innebär denna komplikationsberättelse ett risktagande från uppringarens sida. Sjuksköterskan kan uppfatta beskrivningen som överdriven. Därför innehåller berättelserna också det som kallas problemmotstånd. Berättarna beskriver hur de först inte insett att problemen var medicinska problem och hur de själva försökt göra något åt dem. De beskriver även ickeproblem och hur problemen försvunnit en tid.

Av intresse är även *var* i berättelserna problemmotståndet placeras. Vanligtvis återger berättarna sitt mostånd mot problemen före komplikationerna beskrivs.

Därigenom framträder komplikationernas allvarlighet än tydligare.

Berättelseformatet ger alltså uppringarna möjlighet att å ena sidan konstruera komplikationer (problemet blir värre i nuet vilket motiverar snabb vård). Å andra sidan gör problemmotståndet att uppringaren presenterar sig som en sanad person som gör normala bedömningar av sitt hälsotillstånd.

3:3 Att ge utlopp för sin oro

Uppringarna motstod emellertid inte alltid sina problem. I en del fall gjorde de motsatsen. De gav utlopp för sina orokänslor:

(9) 5 VCTEL 1

- 1 *U ja har en dotter som ää*
- 2 *va ska ja säj hh hon har en*
- 3 *stor=stor knuta bakom örat (.) som*
- 4 *som gör väldigt ont=man kan inte röra den*
- 5 *o(h) hon kan inte vrida huvudet (med sjungande röst)*
- 6 *S neee[j*
- 7 *U [och hon har hatt eee feber kallsvettig*
- 8 *och så går de över och så kommer de igen*
- 9 *S mjaaa e- e- e- de här själva öronmusslan*
- 10 *e den osså engagerad?*

Uppringaren ger här utlopp för sina känslor på flera olika sätt: (i) Hon *graderar* problemets allvarlighet med adjektiven "stor" före "knota" och "väldigt" före "ont". (ii) Hon betonar dessutom "väldigt". (iii) Hon *sjunger ut* "o hon kan inte vrida huvudet" som om hon är på väg att förlora kontrollen och börja gråta. (iv) Observera också att problemmotstånd saknas helt.

I berättelserna kan man i denna mening urskilja två grundläggande sätt att

presentera uppringarens moral. Den första är den rationella: den uppringande försöker ha saker och ting under kontroll. Han/hon motsår problemet och visar på så sätt sin vederhäftighet och sin moral som uppringare. Den andra moralen är den emotionella, en moral som mamman i exemplet ovan synes följa.

Diskussion

Denna artikel tolkar socialt handlande i en viss typ av situation, nämligen när människor ringer till vårdcentralernas sjuksköterskor och i början av dessa samtal presenterar sina problem. De första sekunderna i 209 inspelade samtal har tolkats.

Uppringarnas problempresentationer är till stor del reflektioner av de villkor som samtalen sker inom:

- a) Uppringarna söker vanligtvis hjälp för problem som de anar att primärvården kan hjälpa dem med. Vi ser i ovanstående data om vilka problem som presenteras att de i hög utsträckning är *relevanta*. Det är relativt sällan som människor ringer till vårdcentraler med problem som de egentligen borde kontakta annan vårdgivare för.
- b) Uppringarna kan inte, som vid besök hos vårdgivare, visa upp sina problem. De måste *presenteras med ord*. Uppringarna och sjuksköterskorna har inte heller alltid träffat varandra sedan tidigare, vilket gör att man inte heller kan förlita sig på annan kunskap om varandra. Dessa förhållanden medför att uppringaren behöver "berätta från grunden". Vi ser i samtalen att så också är fallet. Samtliga problempresentationer

- påbörjas med följande grundläggande komponenter; vem som har problemet, när det började och en term som beskriver vilket slags problem det är.
- c) Uppringarna är ofta också orienterade mot det faktum att primärvården är en *begränsad resurs*. Om den vore obegränsad kunde de i princip ringa in och beställa tider - vilket också ibland sker. Men de flesta orienterar sig mot sjuksköterskan som en person som har rätten att avgöra om de skall få tillgång till vårdcentralens resurser (vanligtvis läkartid). Det faktum att man berättar (både med berättelseformatet och med formatet "fråga om man får fråga") visar detta. Båda dessa format överlåter åt sjuksköterskan att undersöka problemen som presenteras och, längre fram under samtalen, föreslå åtgärder.
- d) Uppringarna är orienterade emot det faktum att deras berättelser kommer att undersökas av sjuksköterskan avseende hur *tillförlitliga och akuta* de är. Vi ser att uppringarna kan uttrycka oro och problemmotstånd. Att visa oro kan vara en metod att betona problemets allvarlighet. Att visa problemmotstånd är en metod att visa att man är en person som gör sansade bedömningar av den egna hälsan. När uppringarna använder formatet "fråga om man får fråga" kan de dessutom presentera sina problem som "mindre akuta", vilket också kan stärka deras presentationer av dem själva som "sansade problembeskrivare".
- e) Uppringarna är ofta orienterade emot att de talar med en *medicinskt kunnig person*, en slags "expert". Vi såg ovan hur de ofta uttrycker diagnoser försiktigt. Vi såg också att de, genom berättelser och frågor om de får ställa

frågor, gör det relevant för sjuksköterskorna att fatta beslut om vad som behöver göras.

- f) Uppringarna är ibland också orienterade emot frågan om i vilken mån de vill *uttrycka sitt problem* med sina egna ord. Vi ser att de personer som använder berättelseformatet lyckas skapa sig störst utrymme för att själva beskriva sina problem, liksom de som använder formatet "fråga om man får fråga". De som begär att få träffa läkare får minst utrymme att beskriva sina problem med sina egna ord.

Om man ser punkt (a-f) som möjliga saker att åstadkomma under början av ett samtal så kan vi se att de olika formaten möjliggör dem i olika utsträckning:

- När uppringare *begär* att få träffa läkare går de miste om många av de olika möjligheterna. De kommer till och med att bemöta sjuksköterskorna som en slags sekreterare. Sjuksköterskorna blir bemötta som byråkratiska steg på vägen mot ett möte med en läkare. Denna uppfattning om sjuksköterskorna kommer särskilt tydligt till synes när den uppringande själv ställer diagnos. Då framstår uppringaren som lika kunnig som dessa "sekreterare".
- *Frågeformatet* innebär att uppringarna skapar sig mer utrymme att presentera sina problem. Den inledande frågan om man får ställa en fråga, om den följs av ett ja, ger patienten utrymme att berätta till en fråga ställs av sjuksköterskan. Frågeformatet innebär att de uppringande hänvänder sig till sjuksköterskorna i deras egenskap av medicinska experter. De kan också presentera sig som sansade problembeskrivare. De samtal där man bad

om att få ställa frågor är således de enda i vilka man tydligt ser att sjuksköterskorna bemöts som experter. Vanligen rör det sig i dessa frågesituationer om *mindre allvarliga* medicinska problem. Kanske reflekterar detta en outtalad uppfattning om sjuksköterskorna som personer som är kompetenta att hjälpa till att behandla just mindre medicinska problem?

- Liksom frågeformatet, skapar det *berättande* formatet mer utrymme att presentera problemet än begärandeformatet gör. Så snart en uppringare har påbörjat en berättelse - en beskrivning av hälsotillståndet i det förflutna - får sjuksköterskan vänta med sina frågor. Det är först när uppringaren nått nuet i sin beskrivning som sjuksköterskan förväntas börja ställa sina frågor. Med detta format hänvänder sig dock uppringaren inte explicit till sjuksköterskan som en expert. Sjuksköterskorna framstår inte heller som sekreterare i en byråkrati. Här är rollen mindre klar.

Men varför då välja berättandet snarare än frågeformatet? Valets utfall verkar ha att göra med vilket *intryck* uppringarna vill skapa hos sjuksköterskorna om problemens allvarlighet. Frågor ger uppringarna möjlighet att presentera problemen som mindre allvarliga. Berättelser ger möjlighet att presentera problemen som allvarliga och dramatiska. Berättelserna ger också möjlighet att å ena sidan betona problemets allvarlighet men samtidigt göra problemmotstånd. Dramatiken presenteras, men hålls samtidigt tillbaka. Därmed markeras veder-

häftigheten.

Vi har ovan beskrivit uppringarnas inledande problempresentationer och vi ser att det som sker är reflektioner av den sociala situation som de befinner sig inom; att man inte kan se varandra, att primärvården är en begränsad resurs, att sjuksköterskan är en gatekeeper, osv. De är inte enbart "uttryck" för ett eller annat "faktiskt" eller "upplevt" problem. Problempresentationerna formas av sitt sammanhang.

Låt oss slutligen föreslå två slutsatser av relevans för den direkta verksamheten. Den första har att göra med vilket format som är "bättre" eller "sämre". Rent generellt kan man säga att berättelseformatet har en rad fördelar för både uppringare och sjuksköterskor. Uppringarna kan presentera sina problem med sina egna ord och de får ett visst utrymme att göra så. De kan också ge en karakteristik av deras moral kring problemet och visa hur trovärdiga de är som vittnen. För sjuksköterskornas del är fördelen med berättelseformatet att de får tillfälle att höra en mer avrundad version av problemet innan de börjar ställa sina diagnostiska frågor. Detta torde minska risken för att sjuksköterskan styr frågorna så hårt att de får en snäv bild av problemet. Förmodligen minskar risken för prematura slutsatser.

Den andra lärdomen handlar om den strukturella nivån. Sjuksköterskorna befinner sig i en situation där de i praktiken skall genomföra de politisk-administrativa beslut som fattas om befolkningens tillgång till primärvårdens resurser. Det är rimligt att anta att befolkningen anpassar sina problempresentationer både i enlighet med hur allvarliga de själva

forskning och teori

upplever sina problem som och i enlighet med deras upplevelser av hur lätt det är att få tillgång till primärvårdens resurser. Om det sprids en föreställning om att det är svårt att få träffa läkare finns det en uppenbar risk att vissa uppingare kan komma att prioritera "chansen att få tillträde" framför "så sanningsenlig bild som möjligt". Inom vissa delar av psykiatrin har detta redan blivit ett problem: Sökande patienter har ibland lärt sig hur man ska presentera sina besvär på ett sådant sätt så att man maximerar sina chanser att få tillträde till vårdplatser.

Summary

In this study telephone calls to nurses in primary care centres were analysed. Results are based on 209 recorded and transcribed calls. It was found that callers during the first few seconds of the call use one of three formats, request to see a doctor, questions to ask for permission to ask questions, and narratives. It seemed as if narratives or short stories were the most appropriate formats, they offer a possibility to the nurses to build a relation and a comprehensive view. The reason why some callers use a more direct and requesting format is the gate-keeping function of the nurses. For both parties involved the interactive procedure is essential.

Litteratur

- Börjesson, M. 2003, Diskurser & konstruktioner. En sorts metodbok. Lund, Studentlitteratur
- Cicourel, A. 1964, Method and Measurement in Sociology, New York, Free Press
- Cicourel, A. 1976, The Social Organisation of Juvenile Justice, New York, Wiley
- Drew, P. & J. Heritage (red), 1992, Talk at work, Cambridge: Cambridge University Press
- Drew, P. 1991, 'Asymmetries of knowledge in conversational interactions', Asymmetries in Dialogue, (red) I. Markova & K. Foppa, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, sid.21-48
- Goffman, E. 1963, Behaviour in Public places, Macmillan, N.Y.
- Have P. ten 1999. Doing conversation analysis: a practical guide. London: SAGE.
- Hedenbro, M. 2003, 'Frustrationen sjunker när personalen inte räcker till', Sydsvenska Dagbladet 20 juli
- Heritage, J. 1984, Garfinkel and Ethnomethodology, Polity Press, Cambridge
- Hutchby I. & Wooffitt R. 1998. Conversation analysis: Principles, practices and applications. Oxford: Polity Press.
- Jefferson, G. 1984, Att First I Thought: A Normalizing Device for Extraordinary Events, Katholieke Hogeschool, Tilburg (opublicerat manuskript)
- Landstingsförbundet (4/12, 2000) Nio av tio nöjda med råd eller hjälp vod telefonkontakt med sjukvården. <http://www.lf.se/nyheter/nyhet.asp?id=306>

- Leppänen V. 1997. Inledning till den etnometodologiska samtalsanalysen. Lund: Research Report, Department of Sociology 1997:3.
- Leppänen, V. 1998, Structures of District Nurse - Patient Interaction, Sociologiska institutionen, Lunds universitet
- Levinson, S. 1983. Pragmatics, Cambridge University Press, Cambridge, UK
- Linell P. 1997. Approaching discourse. Amsterdam: John Benjamins.
- Marklund, B. 1990, Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek. Omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning, Akademisk avhandling, Allmänmedicinska institutionen, Göteborgs universitet
- Mey J.L. 1993. Pragmatics. Oxford, UK: Blackwell.
- Norrby C. 1996. Samtalsanalys: Så gör vi när vi pratar med varandra. Lund: Studentlitteratur.
- Psathas G. 1995. Conversation Analysis - the study of talk-in-interaction. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Sacks, H. 1974, 'An analysis of the Course of a Joke's Telling in Conversation', Explorations in the ethnography of speaking, (red) R. Bauman & J. Scherzer, Cambridge University Press, Cambridge, pp.337-353
- Sacks, H. 1992. Lectures on conversation vol I-II, Blackwell, Oxford UK
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. 1974, 'A simplest systematics for the organisation of turn-taking for conversation', Language, 50, pp.696-735
- Sarangi, S. & C. Roberts (red), 1999, Talk, Work and Institutional Order, New York: Mouton de Gruyter
- Schegloff, E.A. 1968. 'Sequencing in conversational openings', American Anthropologist, 70, s.1075-1095
- Schegloff, E.A. 1980, 'Preliminaries to preliminaries: "can I ask you a question"', Sociological Inquiry, 50, pp.104-52
- Schegloff, E.A. & H. Sacks 1973, 'Opening up closings', Semiotica, 7, s.298-327
- Schiffrin D. 1994. Approaches to Discourse. Cambridge, USA: Blackwell.
- Silverman D. 1998. Harvey Sacks and Conversation Analysis. Cambridge: Polity Press.
- Wahlberg A.C. & Wredling R. 1999. 'Telephone Nursing: Calls and caller satisfaction' International Journal of Nursing Practice 5:164-170.
- Wooffitt, R. 1992, Telling Tales of the Unexpected, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead
- Zimmerman, D. 1992, 'The interactional organization of calls for emergency assistance', Talk at Work, (red) P. Drew & J. Heritage, Cambridge University Press, Cambridge
- Österberg C. 1998. 'Telefonjourer, en växande verksamhet.' Psykisk hälsa 39:296-306.