

# ”Dom tar emot det, tar tag i det och sen så går man vidare” Semantiskt arbete för gemensamt kunskapsbyggande i konsultationer om medfödda hjärtfel hos foster

MATS LANDQVIST & ANNA-MALIN KARLSSON

## 1 Inledning

I denna artikel utforskas hur kunskap byggs i interaktion, närmare bestämt i en situation där den ena parten har ett stort övertag vad gäller information, expertkunskap och erfarenhet – både av det sakförhållande som avhandlas och av den typen av samtal som äger rum – medan den andra parten är den vars liv och tillvaro det hela handlar om. Utgångspunkterna är på så sätt typiska för läkare-patient-interaktion. Förutsättningarna för att nå en gemensam förståelse är dock särskilt problematiska eftersom den specifika medicinska information som kan förmedlas är både begränsad och osäker, samtidigt som ansvaret för att hantera informationen och handla utifrån den helt och hållet ligger på patienten. Det förra har att göra med det tidiga stadium som diagnosen ställs i samt den begränsade kunskap som finns om liknande fall. Det senare hänger ihop med svensk abortlagstiftning och kvinnans ovillkorliga rätt att avbryta en graviditet.<sup>1</sup> Fokus i den analys som här presenteras ligger på det arbete som båda parter utför när det gäller att formulera, hantera och utveckla kunskap så att denna blir tillräckligt delad och gemensam för att nästa steg ska kunna tas, dvs. på vad som kan kallas semantiskt arbete.

### 1.1 Bakgrund och syfte

I projektet *Hälsolitteracitet och kunskapsbyggande i informationsambället*<sup>2</sup> undersöks hur gravida med eventuell partner hanterar information och bygger kunskap efter att ett allvarligt hjärtfel upptäckts hos fostret. En central kommunikativ händelse i processen är den läkarkonsultation en vecka 18–20 av en graviditet undersöks bland annat fostrets hjärta. Om något onormalt upptäcks remitteras patienten<sup>3</sup> till en specialistläkare, som gör en mer omfattande ultraljudsundersökning av hjärtat,

<sup>1</sup> Enligt svensk abortlagstiftning fordras särskilt tillstånd från Socialstyrelsen efter vecka 18 – ett tillstånd som normalt ges efter diagnos om allvarligt hjärtfel.

<sup>2</sup> Vetenskapsrådet 2015–2017. <http://www.nordiska.uu.se/forskning/projekt/halsolitteracitet/>. Författarna vill tacka de medverkande läkarna som generöst släppt in oss i sina konsultationsrum, ställt upp på en gruppintervju och kommit med värdefulla synpunkter på tidigare utkast av artikeln.

<sup>3</sup> Vi benämner för enkelhetens skull den gravida samt eventuell partner som *patienter*, trots att de inte är det i strikt mening. Ibland, då patientrollen inte står i tydligt fokus, används dock benämningen *paret*.

förmedlar diagnos och beskriver behandlingsmöjligheter. De konsultationssamtal där detta sker är svåra och komplicerade för alla inblandade. Diagnosen är ofta osäker. Dessutom är paren som kommer sällan beredda på det besked de kommer att få och den förändrade livssituation som det ofta för med sig. I några fall aktualiseras frågan om avbrytande av graviditeten. Detta är fallet i de samtal som analyseras i denna artikel.

Utöver interaktionen mellan läkaren och patienten i samtalssituationen finns också en interaktionell kontext som sätter den aktuella situationen i relation till andra situationer och kontexter, vilka i sin tur påverkar hur kunskap byggs. I detta perspektiv är det relevant att konsultationssamtalet för de flesta av de deltagande paren är första gången som hjärtfelet aktualiseras och benämns. Några, men inte alla, har vid det tidigare rutinultraljudet fått ledtrådar till vad det handlar om, och har kunnat googla och fråga sig för, men för de flesta är detta samtal starten på en längre process.

Syftet med denna artikel är att undersöka hur läkare och patienter närmar sig, etablerar och hanterar gemensam kunskap i samtalen. Detta syfte kräver ett angreppssätt som sätter semantik i relation till språklig interaktion i kontext. Den språkliga realiseringen av kunskap analyseras med hjälp av en analysmodell som urskiljer olika prototypiska sätt att språkligt framställa och bygga kunskap, vilka alla kan relateras till en huvudsaklig kunskapssyn. (Modellen presenteras i avsnitt 3.2.) En utgångspunkt för analysen är att eventuella problem i samtalen kan förstås som möten (eller icke-möten) mellan principiellt olika sätt att förstå de centrala innehållskomponenterna i samtalet: hjärtat, hjärtfelet, möjliga behandlingar och tänkbara konsekvenser.

Våra frågeställningar är följande:

1. Vilka interaktionella uttryck tar sig läkarnas strategier för att etablera och framställa kunskap, analyserad i termer av *kunskapsobjekt*, och göra den begriplig?
2. Hur skapas gemensam kunskap i samtalen, dvs. hur jämkas och sammanförs olika (versioner av) kunskapsobjekt?

Den interaktionella ramen till trots utgår vi från ett läkarperspektiv och från dilemman som beskrivits av de deltagande läkarna. (Se vidare avsnitt 1.2.) Detta motiveras av att det är hos dem som den samlade erfarenheten av denna samtalstyp finns. Det är genom läkarnas praktik vi kan få syn på ackumulerade rutiner och strategier och det är i deras reflektioner som de institutionella normerna kommer till explicit uttryck. Dessa strategier och normer är inte alltid samma sak som vad som faktiskt sker i samtalen. Snarare visar våra analyser hur patienternas deltagande, och de andra situationer och kontexter som därmed aktualiseras, medskapar den kunskap som byggs.

## 1.2 Läkarnas reflektion över sin interaktionella praktik

En gruppintervju genomfördes den 31 oktober 2016 med de tre läkare som deltar i studiens inspelade samtal. Intervjun var halvstrukturerad och styrdes av frågor om samtalens mål, exempel på svårigheter och hinder, exempel på när det lyckas och liknande. Syftet var att få

läkarna att själva och tillsammans med varandra formulera sina mål och strategier samt beskriva vad de uppfattade som de största svårigheterna.

I intervjun framkom att läkarna upplever flera dilemman, som de hanterar på olika sätt och reflekterar över även under det att konsultationssamtalen utspelar sig. En svårighet som läkarna återkommer till är utmaningen i att förmedla ”allt”, så att patienterna får och förstår all den information som de behöver och har rätt till. Patienten ska få veta allt det som läkarna vet om det aktuella fallet. Samtidigt är läkarnas kunskap på många punkter osäker, och direkt förankrad i alldeles nyligen gjorda iakttagelser. Detta i kombination med att patienterna efterfrågar säkra uppgifter, med fokus på prognos och framtida liv (snarare än anatomiska detaljer) skapar särskilda svårigheter. Ett annat skäl är att den samlade erfarenheten av den typ av samtal som här analyseras finns hos läkarna. Därför sätter vi fokus på deras metarefleksion och strategier så som de kommer till uttryck i samtalen. En komplicerande faktor är att själva förutsättningarna för undersökning och diagnos är svåra, eftersom ultraljudsbilderna ofta är otydliga, vilket i gruppintervjun beskrivs som att ”titta i dimma”. Därtill är prognosen ofta osäker, eftersom kunskapen om liknande fall är begränsad. I följande citat beskriver Läkare 1 det som att de förmedlar ett ”spann” av potentiellt relevant kunskap, baserad på tidigare fall, samtidigt som patienterna sannolikt uppfattar varje bit information som exakt och avgränsad.

Ingen av oss kan säga att så här blir det, men informationen kan ju lätt uppfattas som en punktbeskrivning, och vi måste ju ge ett spann hela tiden. Vi har referenser för alla våra diagnoser eller hur barnen blir eller hur dom mår eller, skalan av hjärtfel och alltihopa, och att försöka förmedla riktig referensintervall eller sätta det i ett spann eller sammanhang handlar det också ganska mycket om. (Läkare 1 i gruppintervju 2016-10-31)

Läkarens kunskap om diagnostik och patientkommunikation sätts alltså på prov. Hen måste direkt efter undersökningen sätta patienterna in i fallet, som kan vara både komplext och osäkert, övervaka patienternas gradvis ökande förståelse, och samtidigt förhålla sig neutral till själva beslutsfrågan. I följande citat beskriver Läkare 2 hur dialogen idealt går till.

Om jag berättar nånting, och sen tar motparten tag i det jag har berättat och utvecklar det. Det visar att nu har jag tagit emot det, och nu processar jag det här, nu tar jag och - vart leder det här, vad får det för betydelse för mitt barn? Och säkert en större kontext än så, inte bara barnet utan vad får det för betydelse för familjen, syskonen och så vidare? Men dom tar emot det, tar tag i det och sen så går man vidare med det. Så har man en dialog runt det. (Läkare 2 i gruppintervju 2016-10-31)

Läkaren framställer konsultationssamtalet som ett slags ansvarsöverlämning, där hen ansvarar för att förmedla den kunskap som finns medan patienten ska ta ansvar för vad denna kunskap innebär för hen. Att denna överlämning sker är läkarens uppgift att säkerställa. I nästa citat beskriver samma läkare det som att patienterna måste ta oron med sig, och själva ha beredskap.

Och dom måste ha den där oron med sig, dom måste ha den beredskapen att nånting kan fallera, för det är vi som ska stå där och ta hand om det i nästa skede också. Om vi inte då har gjort ett sjyst avtal från början, då tappar dom ju förtroendet alldeles för oss och då kommer vi att få ett vårdhaveri så småningom. (Läkare 2 i gruppintervju 2016-10-31)

Med utgångspunkt i gruppintervjun, våra egna observationer under samtalen och våra andra studier i projektet (som bland annat bygger på patientintervjuer samt analys av bloggar och diskussionsforum där konsultationssamtalen beskrivs), menar vi att ett övergripande mål med samtalet kan beskrivas som att patienten ska acceptera ett slags ansvarskontrakt, vilket innebär att läkarna tar ansvar för information om diagnos och behandlingar, medan patienten har ansvar för värdering och beslut. Detta mål är inte något som läkaren väljer eller styr över, utan det grundar sig på det faktum att valet att avsluta eller fortsätta graviditeten helt och hållet är den gravida kvinnans. Dock är paret ofta inte berett på att denna valsituation ska aktualiseras. I vilken mån samtalet når detta mål, eller vad som krävs för att nå det, är aldrig givet på förhand. Det innebär att läkarna aldrig kan följa en färdig mall, utan hela tiden måste revidera vad som är möjligt under samtalets gång. Att undersöka de interaktionella förutsättningarna för detta är det yttersta syftet med denna studie.

## 2 Forskningssammanhang

Tidiga samtalsanalytiska studier av läkare-patient-samtal har haft fokus på interaktionell asymmetri, och bland annat visat hur läkare på olika sätt har kontroll över både innehåll och fasstruktur (Heath 1992; Mishler 1984; West 1984). Senare studier har visat hur kunskapande är en interaktionell praktik, direkt kopplad till samtalets interaktionsdynamik (Heritage 2010, 2011, 2013). Exempel på sådan dynamik är kombinationen av deklarativ syntax och stigande ton, som sägs signalera att en fortsättning på turen är att vänta. Genom att hålla kvar turen kan läkaren fördjupa, förklara och utveckla ett tema (Heritage 2009). Vidare har läkarens expertroll analyserats i detalj, bland annat med avseende på den känsliga balansen mellan auktoritet och förklaringsansvar och hur dessa kopplas till diagnos och rekommenderad behandling (Heritage 2005). Patientens bidrag till interaktionen, exempelvis genom så kallade *epistemic disclaimers* (uttryck för att exempelvis inte känna till svaret på läkarens fråga), har visat sig kunna ha betydelse för hur samtalets kunskapsfokus växlar (Lindström & Karlsson 2016). Samtal mellan expert och lekman kan alltså av patientens uttryck för icke-vetande styras mot förändrade förhållningssätt, anpassade framställningsformer eller framlyftandet av andra aspekter av den aktuella kunskapen. Det som särskiljer vårt material är att patienten inte kan uppvisa symptom eller annan primär egen kunskap som annars visat sig vara en viktig resurs för patienters kunskapsbidrag.

Studier av svåra och känsliga samtal har pekat på en tendens hos läkare att använda sig av indirekta yttranden och åberopa rutiner och yttre omständigheter (se Linell & Bredmar 1996). Läkare tenderar alltså att närma sig känsliga ämnen försiktigt, gradvis och underförstått (Weathersbee & Maynard 2010). När det rör en medicinsk krissituation krävs däremot en för-

måga hos läkaren att föra fram information klart, kortfattat och utan att missförstånd sker, vilket minskar graden av indirekthet (Webb 2010).

På senare tid har forskningen om interaktion i vården kommit att intressera sig för nya kommunikationsideologier, exempelvis personcentrerad vård och ”shared decision-making” (t.ex. Munthe m.fl. 2011; Ericsson & Ottesjö 2012). Generellt kan man se en förskjutning från ett fokus på huruvida patienter förstår det läkaren förmedlar till ett intresse för hur patienter aktivt deltar som medskapare. Parallellt med detta har forskningen börjat intressera sig för vårdmöten som avviker från den prototypiska läkarkonsultationen (med fokus på symptom, undersökning och diagnos) och som i stället handlar om livsstilsfrågor, friskvård och förebyggande insatser, där patientens ansvar och aktiva val på ett annat sätt står i centrum. Ofta kan detta förändrade fokus kopplas till att teknisk utveckling gjort det möjligt att ställa diagnoser på ett mycket tidigt stadium, samt att förutse framtida sjukdom med hjälp av gentester (t.ex. Sarangi 2010; Pilnick & Zayts 2014, 2015; Thomassen m.fl. 2016). Några studier har pekat på att läkare bör veta hur man får patienten att delta aktivt i konsultationen, förmedlar risker, hjälper till med att rangordna olika behandlingsalternativ och liknande (Légaré m.fl. 2010; Edwards & Elwyn 2009). Ofta landar studierna i slutsatsen att läkaren bättre bör anpassa sin interaktion till patienten (Elwyn m.fl. 2000).

Trots att vårdkommunikation samlar forskare från många olika discipliner, som vårdvetenskap, sociologi, pedagogik och språkvetenskap, är vår uppfattning att området är mer mångvetenskapligt än tvärvetenskapligt. Exempelvis har forskning om interaktionen mellan läkare och patienter med tiden blivit alltmer specialiserad och inriktad på interaktionsstruktur, mer än på exempelvis utveckling av innehåll och kunskap. I denna studie utgår vi från läkarnas pedagogiska strategier som en del av deras professionskunskap och hur dessa omsätts i interaktionell praxis, samtidigt som vi har fokus på hur semantiken i det som sägs förändras och utvecklas. Vårt bidrag handlar framförallt om att visa hur ett falls komplexitet, i både medicinsk, juridisk och allmänmänsklig mening, gör arbetet med patientinvolvering komplext, vilket i sin tur gör att kraven på samtliga inblandades förmåga att hantera kunskap och kunskapsperspektiv blir särskilt höga. Denna komplexitet tar sig inte bara uttryck som rör interaktionsstrukturen, utan även lexikogrammatik och semantik.

### 3 Teori och analysmodell

I detta avsnitt presenteras våra huvudsakliga teoretiska och analytiska redskap, som hämtas från interaktionellt och diskursivt orienterad kunskapssociologi. Länken mellan kunskapsanalysen och språkanalysen utgörs av den språkmodell som utformats inom SFL, där språk i första hand ses som en resurs för att skapa mening (Halliday 1978). Semantiken blir därmed ett språkskikt som står i direkt relation till social kontext och interaktion. Därför menar vi att deltagare utför *semantiskt arbete*, precis som de utför interaktionellt arbete.

I artikelns analyser används begreppet *kunskapsobjekt*. Därtill använder vi, framförallt i avsnitt 5, en modell för diskursiv kodning av kunskap i vad vi kallar *framställningstyper*. Dessa presenteras i de följande avsnitten.

### 3.1 Kunskapsobjekt

I denna studie ansluter vi oss till kunskapsteorier som är både kognitiva och sociala. Genom begreppet *kunskapsobjekt* vill vi betona att vi förstår kunskap som något som realiseras genom att deltagarna språkligt, i interaktion, förhåller sig till något gemensamt, något att kunskapa om. Kunskapen kan dock inte reduceras till det som uppstår i situationen eller interaktionen, eftersom det finns något som interaktionen hanterar och återkommer till – något som dessutom har en viss kontinuitet i de olika interaktioner personerna deltar i. Ett kunskapsobjekt finns således både utanför och inom interaktionen, eftersom det överskrider kontextgränser. Kunskaps-sociologen Karl Maton uttrycker det så här: "some knowledge is objective in ways that transcend the immediate conditions of its production" (2009:26). Kunskapen ses därmed som i huvudsak kumulativ, vilket innebär att den byggs genom att den används i olika kontexter och rekontextualiseras. Enligt Maton (2013) innebär kumulativ kunskap att lärande sker i ett livslångt perspektiv och att individens tidigare kunskap från olika kontexter bildar en bas för ny kunskap i nya kontexter.

Det faktum att kunskap byggs i sociala sammanhang innebär att processen blir synlig i språket. Det är genom formuleringar och språkliga praktiker som olika anspråk på sanning och objektivitet produceras. Detta innebär också att kunskapsobjektets gränser hela tiden varierar. Samtidigt som kunskapsobjekten växlar i samtalet (från exempelvis hjärtfelets anatomi till livet med ett hjärtsjukt barn) växlar det också hur "samma" kunskapsobjekt avgränsas och konstrueras. Detta är en svårighet för analysen, samtidigt som det är just denna problematik som analysen syftar till att fånga. Rent praktiskt innebär det att vi inte kan slå fast ett antal kunskapsobjekt som analysen fokuserar på. Snarare måste vi se hur kunskapsobjekt föreslås, etableras, förändras och överges.

Vår utgångspunkt är att konsultationssamtalen byggs upp kring olika kunskapsobjekt som patienten på ett eller annat sätt behöver kunna relatera till. Objekten utgörs huvudsakligen av anatomiska, statistiska, kirurgiska och andra medicinska aspekter av fostrets hjärtfel, men kan också utgöras av olika aspekter av den medicinska prognosen och barnets och familjens framtida liv, även mer vardagliga. I ett konsultationssamtal är det naturligtvis vanligast att specialisten, läkaren, introducerar de centrala kunskapsobjekten. Den medicinska kunskapen om medfödda hjärtfel är mycket omfattande och rymmer en rad specialiserade kunskapsobjekt. Ett av de dilemman som framhölls i gruppintervjun (avsnitt 1.2) rörde exempelvis huruvida patienterna kan förmås att greppa objekten, dvs. utveckla dem med frågor och funderingar. Detta kan tänkas vara särskilt centralt eftersom patienterna i detta fall inte kan förväntas ha egen primär kunskap om symptom eller annat som bestämmer samtalets kunskapsinnehåll.

Analysen av kunskapsobjekt kan hjälpa oss att se om och i så fall hur den kumulativa medicinska kunskapen delas upp i för deltagarna hanterbara delar under samtalet, men även hur deltagare arbetar för att skapa helheter av relaterade kunskapsobjekt och presentera dem som relevanta och begripliga, för dem själva och för samtalspartnern.

### 3.2 Framställningstyper

Inom Legitimation Code Theory (LCT, Maton 2013) studeras kunskapsobjektet utifrån språkbrukarens sätt att semantiskt koda sin framställning av objektet. Semantiskt undersöks graden av kontextberoende och täthet. Vår analys tar här fasta dels på *kontextförankring* (”semantic gravity”), dels på *semantisk täthet* (”semantic density”). De ska båda förstås som dimensioner där kodningen kan visa en låg respektive hög grad. Med hög kontextförankring avses en framställning som sker inom och är beroende av en avgränsad kontext, ett visst fall eller ett konkret exempel. Låg kontextförankring innebär en framställning som i stället hanterar abstrakta och övergripande resonemang, där enskildheter inte är i fokus. Vidare kännetecknas en framställning med hög semantisk täthet av formuleringar som har relativt vid betydelse, s.k. stor extension och sammanfattande språkliga uttryck. Låg semantisk täthet innebär i stället specifika eller konkreta uttryck.

Kombineras de två dimensionerna framträder fyra prototypiska framställningsformer som här presenteras i den ordning som gör kontrasterna tydligast, och benämnda med svenska termer som är valda för att kunna fungera som redskap i den aktuella verksamheten.<sup>4</sup> Framställningsformerna åskådliggörs även i figur 1 nedan.

*Begreppslig*: En begreppslig framställning kombinerar en låg kontextförankring och en hög täthet. Det ger tillsammans en relativt kontextberoende framställning med en komplex betydelse. Vanligen förknippas den med teoretiska resonemang, fria från exempel, där språket är abstrakt och kondenserat.

*Vardaglig*: En vardaglig framställning kombinerar en hög kontextförankring och en låg täthet. Det ger kontextberoende yttranden med relativt enkel betydelse. Den är alltså motsatsen till den begreppsliga framställningen och kan förknippas med konkretion och klart identifierbara ämnesval.

*Erfarenhetsbaserad*: En erfarenhetsbaserad framställning kombinerar en låg kontextförankring och en låg täthet. Det innebär en relativt kontextberoende framställning, där betydelsen samtidigt är relativt enkel. I den här artikeln kallar vi den erfarenhetsbaserad, eftersom den kan förknippas med experters referens till kunskap på ett övergripande och generellt plan. Den gängse dikotomin mellan teoretiska och praktiska framställningar blir problematiserad i och med denna framställningstyp, som inte är bunden till här och nu, men där konkreta ord och uttryck dominerar. Som illustration kan en erfarenhetstung men icke-akademisk expertdiskurs fungera, där generalitet dominerar framställningen.

*Specialiserad*: En specialiserad framställning kombinerar en hög kontextförankring med en hög semantisk täthet. Det ger kontextspecifika framställningar som kondenserar flera betydelser i ord och uttryck. Kontexten är alltså avgränsad, medan bärande formuleringar har en komplex betydelse. Typexempel är en fackspråklig framställning som rör ett bestämt fall (efter Maton m.fl. 2015:16).

<sup>4</sup> De engelska motsvarigheterna är *rhizomatic* (begreppslig), *prosaic* (vardaglig), *worldly* (erfarenhetsbaserad) resp. *rarefied* (specialiserad). I det nätverk som finns för nordiska SFL-forskare pågår arbete med att skapa en gemensam nordisk terminologi för Legitimation Code Theory. Våra termer ska dock inte ses som förslag till generella svenska översättningar av modellens begrepp, utan är snarare anpassade till vår empiri och till vårt tillämpade syfte.

Utifrån denna grundtypologi har vi skapat en anpassad analysmodell, som fångar de semantiska förflyttningar som sker inom samtalen. Eftersom konsultationssamtalen som situation skiljer sig från undervisning, som är den empiri som Matons modell är utvecklad för, är våra framställningstyper på några punkter mer begränsade och mindre ”extrema” än i ursprungsmodellen. Vår modell sammanfattas i figur 1.

	Låg täthet	Hög täthet
Låg kontextförankring	<b>Erfarenhetsbaserad</b>	<b>Begreppslig</b>
Hög kontextförankring	<b>Vardaglig</b>	<b>Specialiserad</b>

Figur 1. Analysmodell med två dimensioner av semantisk kodning.

Att framställningar av kunskapsobjekt är kodade för variation i kontextförankring<sup>5</sup> (lodrät axel) innebär ett möjligt spann mellan framställningar av det unika fallet, där specialisten framför allt urskiljer, tolkar och beskriver anatomiska detaljer, och övergripande beskrivningar av den aktuella diagnosen, där läkarens medicinsk-evidensbaserade kunskapsbas framträder. Patienterna kan å sin sida behöva relatera till sitt eget fall, dvs. det ofödda barnet, dess framtid och hur diagnosen kommer att påverka familjens livssituation. Variation i kontextförankring kan därför spegla hur fackmässig expertkunskap rekontextualiseras i det aktuella fallet. En beskrivning av interaktionen i relation till de två dimensionerna och de fyra framställningstyperna kan alltså visa hur deltagarna försöker mötas genom att på olika sätt anpassa sig till varandras kunskapsramar, men också vilka effekter rörelser mellan olika framställningstyper får för den förståelse som byggs upp.

#### 4 Material och tillvägagångssätt

Inom ramen för forskningsprojektet har tio diagnostiska konsultationssamtal spelats in.<sup>6</sup> I dessa samtal deltar en hjärtspecialist och en gravid kvinna med partner och vid ett par besök även andra anhöriga. I några samtal är också en specialistsjuksköterska närvarande. Besöken inleds med en undersökning av fostrets hjärta med hjälp av ultraljud, följt av ett samtal med paret där läkaren berättar vad undersökningen gett för resultat. Samtalen följer åtminstone inledningsvis en fast mall: först går hjärtats normala anatomi igenom och därefter beskrivs vad som avviker i det aktuella fallet. Oftast används här en skiss över hjärtat som hjälpmedel, antingen en färdig eller en som ritas under samtalets gång. Läkaren ger också information om möjliga behandlingar och prognosen efter dessa, samt om ytterligare diagnostiska undersökningar som fostervattenprov. Praktisk information om fortsättningen (exempelvis återbesök) ges också. Konsultationsbesöken tar vanligen drygt en timme, varav ungefär halva tiden ägnas åt samtal.

<sup>5</sup> Hos Meidell Sigsgaard (2015) kallas detta (på danska) ”semantisk tyngde”.

<sup>6</sup> Etiskt godkännande har lämnats av Regionala etikprövningsnämnden, Uppsala; Dnr 2015/151.



De tre samtal som analyseras i denna artikel har valts ut för att fostren i dessa fall har allvarliga hjärtfel. Ett skäl till att sådana samtal valts är att frågan om ett eventuellt avbrytande av graviditeten här aktualiseras. Patienterna behöver få en klar bild av hur svårt fallet är för att kunna fatta ett beslut. I dessa fall är resultaten också på flera punkter extra svåra att tolka och en säker diagnos därför svår att ställa. Det finns alltså en spänning mellan denna osäkerhet och kravet på ett relativt snart beslut som är viktiga att hantera i samtalen och som vi vill studera. Det rör sig om samtal med två olika hjärtläkare (läkare 2 och 3) – som båda deltog i den gruppintervju som refererades inledningsvis.<sup>7</sup> Paren kallas för A, B och C. Samtalen har transkriberats enligt en enkel, lätt normaliserad samtalsanalytisk modell där pauser inte mäts och där exakt överlapp inte markeras. (Däremot markeras samtidigt tal, tvekan, omstart och liknande.)<sup>8</sup> I de utdrag som återges här används följande förkortningar för att markera talare: L = läkare, S = sjuksköterska, G = gravid, P = partner.

Samtalet med par A (och läkare 3) utvecklar sig runt patienternas jämförelsevis många frågor, som alla visar på en viss svårighet att inse det allvarliga i fallet. Det är tydligt att paret inte haft några negativa förväntningar inför konsultationen (vilket de också uttrycker vid besöket). De verkar ha uppfattat situationen som så att den tidigare rutinultraljudsundersökningen inte lyckades fullt ut och att man denna gång ville göra ett nytt försök. Även samtalet med par B (läkare 2) kännetecknas av att det tar ganska lång tid innan paret bekräftar att de förstår allvaret i diagnosen. Partnern ger uttryck för att han hoppats på ett lindrigare fel, medan kvinnan förhåller sig avvaktande och ägnar mycket uppmärksamhet åt ett medföljande barn. Paret förefaller behöva hjälp att dra slutsatser och komma vidare i processen.

Samtalet med par C (läkare 2) utvecklar sig däremot kring parets relativt snabba insikt om att fostret förmodligen är svårt skadat. Ultraljudsundersökningen är ovanligt långdragen och man måste byta till en annan typ av ultraljudsapparat för att få en tillräckligt god bild av fostrets hjärta. Det räcker emellertid inte, utan läkaren önskar träffa paret igen för att på nytt göra ett försök. Hen kan ändå berätta att hjärtat är skadat och att vitala delar inte har utvecklats normalt. Paret säger sig inte vilja göra fler undersökningar utan lutar åt att det bästa vore att avbryta graviditeten.

I samband med en generell kodning av projektets samtalsmaterial har transkriptionerna grovanalyserats, bland annat med avseende på faser och ämnen. Denna kodning har använts för att identifiera centrala kunskapsobjekt i samtalen. I ytterligare genomgångar identifierades passager i samtalen som svarade mot de dilemman och strategier som aktualiserades i gruppintervjun. Dessa delar har legat till grund för den semantiska analysen.

---

<sup>7</sup> Urvalet för denna studie har inte grundat sig på att alla tre läkare ska vara representerade, utan snarare på hjärtfelets allvarlighet. Ett samtal med läkare 1, där hjärtfelet var allvarligt, har dock sorterats bort eftersom en sjuksköterska deltar mycket, vilket innebär att detta samtal har en annan karaktär än de tre andra. Inget av de tre analyserade samtalen genomförs alltså av läkare 1 från gruppintervjun. Läkare 2 är den som genomför merparten av denna typ av samtal i den aktuella regionen, vilket också medför att vi har flest inspelade samtal med hen, varav två i denna studie.

<sup>8</sup> Understrykning markerar betoning, ( ) mikropaus; - avbrott i ord eller intonationsenhet; , markerar fortsättande slutintonation; . fallande slutintonation; ? stigande slutintonation; [ ] samtidigt tal av annan deltagare; [...] anger uteslutna repliker, delar av repliker och i några fall att namn tagits bort av anonymiserings-skäl; ( ) osäker tolkning, (xx) ohörbart, (( )) kommentar tillagd av forskarna. Vi bedömer att denna grad av precision när det gäller de interaktionella aspekterna är tillräcklig för vår analys, som i hög grad tar fasta på lexikogrammatiken.

## 5 Att etablera och framställa centrala kunskapsobjekt

I detta första analysavsnitt undersöker vi utmaningen för deltagarna i att nå fram till en gemensam förståelse av vad det är för problem som föreligger, och vad detta innebär. Vår metod för att analysera detta är att urskilja vilka kunskapsobjekt som etableras och sedan undersöka hur dessa hanteras. Vi studerar hur deltagarna rör sig mellan olika positioner i vår analytiska modell: genom att växla semantisk täthet och genom att variera kontextförankringen.

### 5.1 Kunskapsobjektet 'hjärtats anatomi'

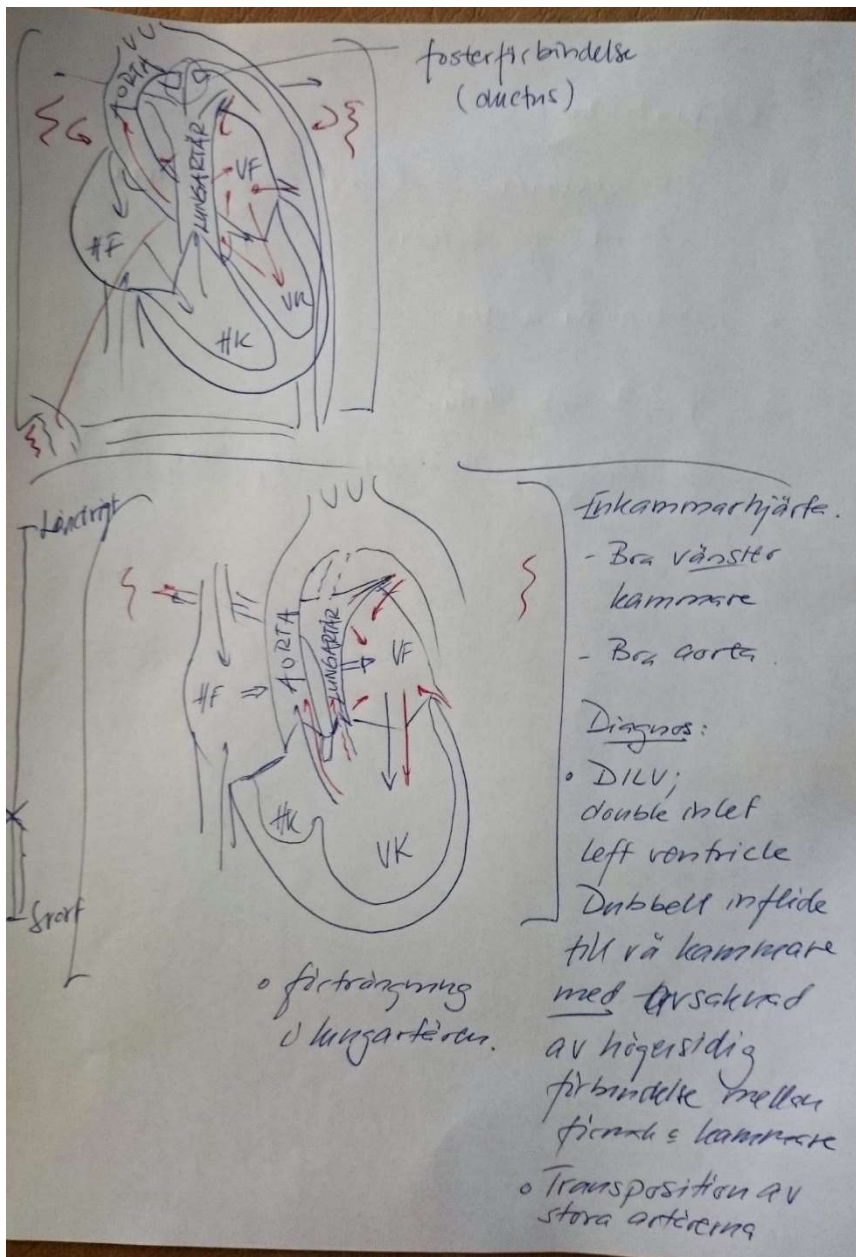
Samtalsdelen i alla de konsultationer vi spelat in inleds med att läkaren förklarar hur ett normalt hjärta ser ut och fungerar, ofta med stöd av en skiss. Under den långa monologen, där hjärtats delar och dessas funktioner förklaras, förankras samtalets viktigaste kunskapsobjekt: 'hjärtats anatomi'. Detta kan i sin tur delas upp i två delobjekt: 'det friska hjärtats anatomi', och 'det aktuella fostrets hjärta'. Den kunskap läkaren har om det senare är beroende av vad hen har kunnat se på ultraljudet. Detta görs genomgående klart genom återkommande referenser till vad hen har kunnat respektive inte kunnat se. Även själva beskrivningen koncentreras kring det direkt iakttagbara. I exempel (1) formulerar Läkare 2 sin förståelse, samtidigt som hen ritar. Här anges mått (*tre fyra fem centimeter*) liksom osäkerhetsfaktorer (*bildupplösningen*). Även själva ritandet, och därmed återgivandet eller översättningen, benämns (*jag ritar det såhär*) och det refereras direkt till skissen (*den (finns inte)*).

Exempel (1). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

L: [...] så strukturerna vi tittar ju på strukturen som är mellan ja en och en halv ja måttet kan bli upp till en tre fyra fem millimeter [G: mm] så att det är liksom bildupplösningen på långt avstånd det ger liksom den där kan va lite svårt ibland [G: mm] ((prassel)) så att då är det så här att vi har en ehh (.) jo jag ritar det såhär (.) den (finns inte)

Skissen återges i figur 2. Först har bilden av det normala hjärtat, längst upp, ritats. Därefter har bilden av fostrets hjärta ritats. Allra sist skriver läkaren de korrekta medicinska termerna. *Den* i yttrandet *den (finns inte)* syftar sannolikt på väggen mellan höger och vänster kammare.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Av etiska skäl har inte samtalen spelats in med video. Därför kan vi inte med säkerhet koppla ritandet till specifika yttranden i interaktionen, om inte läkaren själv benämner vad hen samtidigt gör i skissen.



Figur 2. Skissen som ritas av läkare 2 under samtalet med par B.

Samtalet fortsätter att kretsa kring anatomin och läkaren förklarar att de tre synliga hjärt- rummen är två förmak och en stor vänsterkammare. Den muntliga framställningen i exempel (2) har fortsatt hög kontextförankring och låg semantisk täthet, samtidigt som skissen realiserar en annan typ av kod – om än delvis visuellt. I den är hjärtats delar frigjorda från sin direkta kontext och framställda schematiskt. Den skrivna texten har i stället hög semantisk täthet, vilket framförallt åstadkoms genom facktermer, men också genom den analytiska dispositionen där ett hjärtfel i taget benämns.

I det muntliga, vilket visas i exempel (2), personifieras hjärtat i formuleringar som *det har hjärtat inte bestämt sig på det sättet*, och läkarens perception är fortsatt central: *jag kan inte se att det finns någon förbindelse*. Läkaren pekar på skissen, med de specialiserade återgivningarna och benämningarna, vilket skapar utrymme för att använda en vardaglig framställning ("inte bestämt sig").

Mot slutet av utdraget (exempel 2) bidrar partnern med ett försök till verbalisering av läkarens iakttagelse: *att det inte satt ihop*, fortfarande i en vardaglig framställning (relativt specifik kontextförankring och låg semantisk täthet).

Exempel (2). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

- L: [...] här är en av (.) vi har två stycken förmak precis som vanligt på höger sida finns höger förmak eh och där finns vänster förmak [G: mm] men sen när vi ska komma ner ifrån den bilden där vi har en klaff ner till höger kammare, en klaff ner till vänster kammare, då har hjärtat inte bestämt sig på det sättet utan jag kan inte se att det finns någon förbindelse mellan höger förmak och ner till kammaren. och jag kan egentligen inte se att det finns någon- det är väldigt svårt att se någon vanlig högerkammare här [...] men här finns en kammare och det är vänsterkammare ((M hostar)) det finns en liten tycker jag (xx) vi kallar det för utflödsfickor då, så det finns en liten variant [P: mm jag tyckte jag såg det] av kammare och då [P: jag såg också att det fanns en] mm
- P: att det inte satt ihop

Man kan se det som att skissen fungerar som en mediering från en vardaglig till en mer begriplig kunskapsframställning, där den senare representeras av de skrivna termerna. Denna uppdelning mellan medierna, och det faktum att flera kodningar existerar samtidigt i situationen, gör det möjligt för läkaren att fortsätta vara "här och nu" med sina patienter, samtidigt som hen förmedlar den nödvändiga medicinska informationen.

I samtalet med par B är det partnern som första gången försöker sammanfatta diagnosen, värdera den och aktualisera prognosen, genom att i exempel (3) konstatera *det är ju fel då låter det ju*. Läkaren är dock inte färdig med sin beskrivning av sina iakttagelser och fortsätter att tala om anatomin. Hen släpper då tillfälligt den höga kontextförankringen och talar om hur det brukar vara i andra fall: *många gånger när det blir så här trångt*. När termen *fosterförbindelse* nämns ökar också den semantiska tätheten något i det muntliga.

Exempel (3). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

- P: mm ah det är ju fel då låter det ju
- L: ja vi kan väl lista ut det här, nu blir hur det funkar nog, men vi ser en sak till som jag ritat, och det är att jag ritade ju den här där som lika stor som den, [G: ja] och det beror på att den här är ju förträngd den här lungartären då. i sammanhanget så är ju det bra då ((P harklar sig)) den här har där förträngning så den är lite

trängre och lite mindre så. och då kommer ju nästa fråga hur trångt är det går det blod framåt här? ja det gör det eh och i dag har jag suttit och letat för att se den, för att många gånger när det bli såhär trångt eller när det blir trångt ska jag säga, då kan det bli så trångt så att det räcker inte med blodet som går ut den vägen, utan då har vi den här fosterförbindelsen som jag prata om

Partnerns försök till värdering av den anatomiska beskrivningen bemöts genom att läkaren går tillbaka till skissen, konstaterar att det finns en förträngning vid lungartären och återför samtalet till ett ”här och nu” genom att beskriva sin egen perception och sina tankar i anslutning till den nyss genomförda undersökningen. Sedan minskar hen kontextförankringen genom att nämna fosterförbindelsen, som hen tidigare beskrivit generellt. Skissen hjälper till att koppla kunskapen om det specifika, missbildade hjärtat, till den generella kunskapen om det friska hjärtat, genom att avbildningarna finns bredvid varandra på papperet.

Skissen fungerar alltså som ett ankare för det dominerande och övergripande kunskapsobjektet i samtalet: ’hjärtats anatomi’. Den visuella framställningen motsvarar en lägre semantisk täthet, till skillnad från de språkliga uttrycken på skissen som snarare representerar ett relevant urval. Här länkas kontexter samman: samtalet och de situationer efteråt då paret ska söka kompletterande kunskap och värdera situationen. Även om den medicinska terminologin, och den vidgade väv av medicinsk kunskap som den öppnar, inte skulle etableras i samtalet så finns den på papperet. Den har aktualiserats, och finns där som ett erbjudande för patienterna att själva söka mer kunskap efter konsultationen.

## 5.2 Nyansering av kunskapsobjektet ’hjärtfelet’

Paren kan inte förväntas på förhand ha någon klar uppfattning om hjärtfelet, vad det innebär eller vad det beror på. Och i den mån de har det, eller tidigt i samtalet skaffar sig en sådan uppfattning, är denna sannolikt relativt enkel och grov. I samtalen kan vi se hur deltagarna arbetar med att nyansera den framväxande föreställningen så att den utökas med fler perspektiv. Ett sätt som detta sker på är genom att den semantiska tätheten i beskrivningen av hjärtfelet ökar, bland annat med ord som har ett stort betydelseomfång. I exempel (4) från samtalet med par C använder läkare 2 en förhållandevis tät semantisk kodning för att beskriva fostrets förmodade funktionsnedsättning.

Exempel (4). Konsultationssamtal: par C, läkare 2

- G: det blir ju ingen normal barndom  
P: nej  
L: nej risken är ju alltså det är ju barn med ett funktionshinder, det är kan man säga eh (.) i det fallet om man säger att man kan börja operera. då är det ju så att det är ett barn med funktionshinder, som innebär att det har nedsatt funktionsförmåga och nedsatt uthållighet

När patienterna beskriver det som att deras barn inte kommer att få en normal barndom ger läkaren, som tidigare i samtalet har framställt hjärtfelet på liknande sätt som i exemplet med par B ovan, en respons där tätheten ökar betydligt i och med användningen av betydelseextensiva ord som *prestationsförmåga*, *funktionsförmåga* och *nedsatt uthållighet*. Läkaren förflyttar sig alltså åt höger i fyrfältsmodellen i figur 1, mot det specialiserade, och lämnar därmed samtidigt den värderande framställning som patienterna har (*ingen normal*). En framställning med ökad språklig täthet undviker förenkling och värdering, och erbjuder i stället en mer nyanserad och saklig förståelse av situationen. Sett som pedagogisk strategi kan detta möjligen te sig anmärkningsvärt, eftersom det vanliga sättet att få någon att bättre förstå komplexa samband är att förenkla dem. Här skulle dock förenkling snarare få motsatt verkan, eftersom målet inte är en mer lättfattlig eller begriplig framställning – utan en mer nyanserad.

Par A ställer många frågor genom hela samtalet. Paret återkommer flera gånger till frågan om deras framtida barn kommer att klara sig och om felet kan åtgärdas på något sätt. Frågorna är alla konstruerade i allmänna ordalag med formuleringar som *nåt speciellt med det här, finns det någon lösning* och *hur blir det*. De närmar sig alltså kunskapsobjektet med en vardaglig framställningsform. Även i detta fall bemöter läkaren genom att genomgående öka graden av semantisk täthet, och därmed röra sig mot det specialiserade. Läkare 3 svarar på frågorna på flera olika sätt, och variationen i sig har att göra med den ökade tätheten som skapar nya sammanhang. Hen frångår därmed en enkel beskrivning av skeenden, handlingar och tillstånd till förmån för en mer komplex framställning av kunskapsobjektet.

Ett exempel är när läkaren använder ordet *komplicerad* vid ett antal tillfällen för att karaktärisera problemen. Detta ordval verkar kunna sammanfatta att fallet är svårt att diagnosticera på ett entydigt sätt, men framför allt att den framtida hanteringen av det förutspås bli svår att bedöma och genomföra. I exempel (5) används ordet *komplicerad* i kombination med *ingenting man kan göra nu*:

Exempel (5). Konsultationssamtal: par A, läkare 3

- L: [...] det är oerhört komplicerad det- det (.) det är ingenting och det är också så. även nu vet vi det här i så fall tidigt det är ingenting man kan man kan göra nu
- P: men hur länge kan man hur länge ska man vara orolig för det här, alltså, hur (x) länge [?: (x x)] kommer man kolla på det här?

Exemplet ger ytterligare prov på läkarens försök att framställa fallet inte bara som osäkert utan även förknippat med maktlöshet över överskådlig tid. Paret respons är inriktad på hur länge denna osäkerhet kommer att vara – återigen ett försök att få ett klart besked och återföra kunskapsobjektet till den vardagliga framställningstypen. Läkarens svar innebär en växling tillbaka till en låg semantisk täthet och analyseras närmare i nästa avsnitt.

Läkarens utmaning verkar handla om hur ett svårt besked kan sättas in i ett så begripligt och sakligt sammanhang att det kan accepteras. Det gör läkaren med hjälp av en komplex kedja av omständigheter som nyanserar situationen och där hen närmar sig prognosen först på ett specialiserat sätt. Risker för läkaren att förmedla en onyanserad och värderande (negativ) bild minimeras på så sätt.

En liknande växling till en specialiserad framställning inträffar i samtalet med par C. Vid ett tillfälle säger Läkare 2 att hen vill göra en ny undersökning av fostret. Paret svarar med att påpeka att det kanske inte är någon idé med det. Därefter övergår läkaren till en tätare semantik. I exempel (6) visas denna semantik.

Exempel (6). Konsultationssamtal: par C, läkare 2

- L: jag tycker att vi måste först- först skulle jag vilja få titta en gång till i och med att det är så pass dels för att det är så ovanligt. dels skulle jag se om vi kunde få lite bättre bildupplösning det krävs bara tiondedelar mm mm för att vi ska se lite bättre
- P: det låter ju som att även bästa scenariot är ju dåligt
- L: det bästa scenariot är fortfarande väldigt komplext
- P: ja
- L: det är en osäker prognos så är det

Paret uttrycker här sin position i förhållande till det som skulle vänta om de fortsatte graviditeten, genom en negativ värdering: *dåligt*. Responsen ger uttryck för föreställningen att fostret är allvarligt skadat och prognosen därmed avskräckande. De använder här ordet *scenario*, vilket läkaren speglar i sin nästa tur genom att upprepa ordet med en omskrivning av värderingen. Hen byter ut ordet *dåligt* mot *komplext*, som har högre semantisk täthet, dvs. har en kondenserad betydelse, och som inte är så tydligt värderande. Läkaren fortsätter med att föreslå ett fostervattenprov, utan att invända direkt mot patienterna och underkänna deras bedömning.

Sammanfattningsvis verkar semantisk täthet spela en betydelsefull roll för nyanseringen av kunskapsobjektet. Läkaren kan avstyra parens initiala polariserade bild av hjärtfelet och undvika att direkt behöva besvara frågor som utgår från en alltför förenklad och fragmentarisk förståelse av situationen.

### 5.3 Kunskapsobjekt i breddat perspektiv

Ytterligare ett sätt för läkaren att skapa en mer komplett bild av situationen är att närma sig objektet med en lägre kontextförankring, vanligen genom att hen frigör sig från det aktuella fallet och breddar eller generaliserar bilden. Valet av kontext är förenat med de strategier för att hjälpa patienterna att problematisera sin bild av situationen som undersöktes i föregående avsnitt. Med en generell bild av objektet kan läkaren avleda uppmärksamheten på det egna fallet för en stund och på så sätt ge paren en mer omfattande bild. I exempel (7) bemöter läkare 3 en fråga från par A om hur problemen kommer att åtgärdas. Läkaren förklarar då att det förmodligen inte finns några åtgärder, åtminstone inga som framstår som lämpliga. Kontextförankringen blir lägre genom att läkaren går utöver det enskilda fallet och skapar en jämförelse med tidigare liknande fall.

Exempel (7). Konsultationssamtal: par A, läkare 3

- P: men det kommer inte va nån lösning alls när det blir äldre, eller finns det nån lösning för operation? eller vad, blir det bättre eller nåt?
- L: nej det kommer- så kan man säga, det kommer inte bli bättre ehm vi har haft vi har haft både barn och även ungdomar som, där man- där man- man i stället har fått göra en hjärttransplantation [P: mm] ehm fast då ska man ju ha klart för sig att det- det är ett jättestort steg det också. av dom som står på transplantationslista så är det ju långt ifrån alla som, framför allt om man är barn som- [P: mm] som hinner få ett hjärta ehm och när man blir transplanterad så, ja då är det- då är det- ja då är man inte hjärtsjuk längre men då är det andra problem så

Den lägre kontextförankringen markeras bland annat med formuleringen *vi har haft både barn och även ungdomar som...*, dvs. en hänvisning till den samlade erfarenheten av liknande fall. Kunskapsobjektet framställs därigenom på ett sätt där man undviker att ge värderande information, i detta fall bli explicit negativ med tydlig riktning mot parets ofödda barn. Men det är fortfarande nödvändigt att paret förmås ta till sig allvaret på något sätt. Genom att hänvisa till läkarkollektivets stora erfarenhet av samma typ av hjärtfel löser läkaren detta dilemma. Skiftet till en lägre kontextförankring gör således att kunskapsobjektet kan framställas på ett sätt som får paret att inse att deras fall inte är unikt och att det finns professionell erfarenhet av det. Man kompletterar därigenom parets bild med vårdens stora erfarenhet och evidensbaserade kunskap om hjärtfelet.

Läkare 3 gör i exempel (8) flera byten mellan kontextnivåer. Den lägre kontextförankringen av prognosen är alltså inte konstant. Läkaren anpassar sig till patienterna, som nästan genomgående har fokus på sitt eget väntade barn. Först i patienternas nästa fråga rör sig även de mot en lägre kontextförankring, genom att referera till hela gruppen barn med *dom*.

Exempel (8). Konsultationssamtal: par A, läkare 3

- P: men kan dom få sjukdomar också som kommer av det hjärtproblemet när man barnet blir äldre och så
- L: nej inte andra sjukdomar [P: nej] alltså d- det som jag sa det som det som ju hör till [P: mm] eller det som inte är ovanligt är olika former då av a- a- av av ehm påverkan på centrala nervsystemet det kan vara ja läs- och skrivsvårigheter och lite allvarligare problem också

I läkarens svar på frågan fullbordar hen växlingen till en lägre kontextförankring (*det som inte är ovanligt*). Samtidigt rör hen sig mot en semantiskt tätare framställning med uttryck som *påverkan på centrala nervsystemet* och *läs- och skrivsvårigheter*. Med *det som inte är ovanligt* signalerar hen att här handlar det om möjliga problem som följer på ett hjärtfel. Läkaren växlar således över till att framställa kunskapsobjektet på ett mer begreppsligt sätt, dvs. rör sig snett uppåt i modellen som visas i figur 1, med information som gäller generellt i liknande fall, när paret förmår



referera till fostret som en medlem av ett större kollektiv och därmed visar att de har uppfattat vilken situation som de befinner sig i. På så sätt närmar sig konsultationssamtalets framställning av kunskapsobjektet en begreppslig kodning av kunskap.

En låg kontextförankring spelar således en väsentlig roll när kunskapsobjektet rymmer svåra och eventuellt obehagliga aspekter. Paren blir inte bara hjälpta genom att få insikt i att liknande fall har ägt rum tidigare, utan även att ett beslut att avbryta kan te sig som ett rimligt sätt att handla på. I det här avsnittet har vi även gett exempel på när framställningen samtidigt rör sig mot en tätare semantik, dvs. den framställningsform som vi kallar begreppslig.

## 6 Att hantera flera kunskapsobjekt

Ett kunskapsobjekt bör inte ses som oföränderligt (jfr Maton 2009:26), eftersom det över-skrider de kontexter där det framställs. Snarare påverkar framställningen av kunskapsobjektet även dess gränser. En vardaglig framställning innebär exempelvis, som vi ser det, betydligt snävare gränser för objektet jämfört med en begreppslig. Det innebär att ett konsultationssamtal inte kan fixera exakt samma objekt genomgående. Därtill gör själva situationen att flera kunskapsobjekt aktualiseras. Informationen om hjärtfelet måste relateras till sammanhang som är relevanta för patienterna. Dessutom behöver de olika kunskapsdelar som förmedlats föras samman för att skapa den breda kunskapsbas som patienterna enligt läkarna har rätt till och behöver. I detta avsnitt studerar vi först övergångar mellan olika kunskapsobjekt, som framstår som i olika grad centrala för deltagarna. Därefter undersöker vi hur olika kunskapsobjekt förs samman för att skapa den allsidiga grund för beslutsfattande som är målet med samtalen.

### 6.1 Växling mellan kunskapsobjekt

Patienterna ställer i alla de analyserade samtalen frågor som aktualiserar livet med hjärtfel. Ibland sker detta vid ”fel” tidpunkt under läkarens ”flöde” (ett uttryck som används i grupp-intervjun med läkarna), dvs. när hen är fokuserad på att beskriva de anatomiska iakttagelserna. Läkaren för då vanligen tillbaka samtalet till väsentliga aspekter av hjärtfelets beskaffenhet. Vid någon tidpunkt övergår samtalet emellertid till att fokusera andra objekt, t.ex. behovet av framtida behandling. I samtalet med par B aktualiserar partnern frågan om livet med hjärtfelet och Läkare 2 återför samtalet till anatomin med hjälp av skissen. I exempel (9) nedan, från samma samtal, är den anatomiska beskrivningen färdig, och läkaren spekulerar (*vi leker med tanken*) i att ett hjärta som det som fostret har skulle kunna fungera även efter födseln. Därefter beskriver läkaren prognosen, och växlar i en och samma mening mellan specialiserad framställning (hög semantisk täthet: *funktionshindrad, nedsatt ork, nedsatt uttömning*) och vardaglig (lägre täthet: *man blir lite grann blå hela tiden*). Kunskapsobjektet är nu ett annat än hjärtats anatomi. Nu handlar det om hur det är att leva med ett hjärtfel.

## Exempel (9). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

- L: [...] och leker vi med tanken att det finns den här fosterförbindelsen, att en del blod går baklänges. på den vägen kan det klara sig ändå, så att på det här sättet så funkar det nu därinne. då så är det eh på sikt så- det finns en del såna här hjärtan som kan ha levt länge när- när det ser ut så här. om det är lagom trångt här ((barnljud)) då ökar- då kan man i princip leva med det här. men man är ju- vad ska man säga, funktionshindrad med sitt hjärta [P: ja] har sämre nersatt ork å man har nedsatt uttömning. man blir lite grann blå hela tiden eftersom det går ut blått blod till stora kroppspulsådern (så får man blå) läppar å nagelbäddarna blir blåa och man får en del förändringar

Växlingen sker i och med att läkaren yttrar *då kan man i princip leva med det här men* och en kort beskrivning av barnets nedsatta förmåga (*ork*). Därefter övergår hen genast till att beskriva yttre tecken på syrebrist. Här sker därför flera olika skiftningar mellan kunskapsobjekt: från 'patologisk anatomi' till 'prognos' och 'yttre symptom'. Läkaren skulle hypotetiskt här fortsätta att berätta och kanske växla ytterligare mellan olika aspekter av problemet. Men partnern griper in och väljer det objekt som läkaren endast nuddade vid, dvs. den fysiska prestationsförmågan. Partnern vill gå ett steg längre, och initierar återigen en värdering av objektet 'prognos', genom att fråga: *vad betyder det livskvalitetsmässigt alltså?* (Se exempel 10.) Han gör det med en formulering som har hög semantisk täthet, och låg kontextförankring, samtidigt som det är uppenbart att han med detta vill övergå till att tala om sådant som har direkt betydelse för patienterna och deras situation här och nu. Läkaren bekräftar att det är en viktig fråga, men besvarar den inte genast. Här kommer i stället sjuksköterskan in och besvarar frågan, och läkaren bekräftar. Efter att sjuksköterskan gett en del konkreta exempel på hur den minskade orken kan ta sig uttryck (utelämnat här) avslutar läkaren sekvensen med att återföra samtalet till kunskapsobjektet hjärtats anatomi, och ge diagnosen ett namn: *enkammarhjärta*.

## Exempel (10). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

- P: vad betyder det livskvalitetsmässigt alltså ((barnljud))  
 L: det här är en viktig fråga. jag skriver bara upp den  
 S: det är ju det orken som inte kommer va normal  
 P: den kommer aldrig bli normal [S: nej]  
 L: nej det  
 [...]  
 L: och diagnosen det här var ju namn jag sa att vi kallar det här för varianter det finns en mängd olika varianter av enkammarhjärtan

I exempel (11) hanteras kunskapsobjektet 'behandlingar'. Det sker med hjälp av skissen, och därmed med tydlig relation till kunskapsobjektet hjärtats anatomi. Fokus ligger på hur olika delar av hjärtat öppnas, stängs, flyttas eller ersätts. När läkaren verbalt förklarar detta för par B

använder hen sig av två aktörer: *man*, dvs. barnet, och *vi*, dvs. vården. Det innebär att hen lyfter framställningen kontextuellt till att handla om foster och barn med detta hjärtfel generellt.

Exempel (11). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

- L: [...] då gör vi så att då stänger vi det här övre blå blodflödet, och så kopplar vi det direkt till lung(artärgrenen) så där kan vi stänga och så kan vi koppla in det direkt till lungan. då kommer det ju att komma blått blod till lungan och vi får inte in det blå blodet i hjärtat. när barnet är ungefär två tre år gammalt då stänger vi nästa kärl, då stänger vi den här nedre hålvenen och så för vi upp den hit till lungartären [...] så att det innebär att det kan vara det kan handla om tre operationer det kan handla om en operation (i nyföddhetstiden) (.) ett ((skriver på skissen)) första veckan och sen så sätter frågetecken (å skriver) om lungartären blir för liten ((L talar sakta och skriver)) ehh så är det inte just nu
- P: det blir det förlossning nån annanstans än [Sjukhusnamn]

I exempel (11) framgår hur operationerna beskrivs mycket konkret, med tydlig förankring i skissen: *då stänger vi det här övre blå blodflödet och så kopplar vi det direkt till lung(artärgrenen) så där kan vi stänga och så kan vi koppla in det direkt till lungan*. Och så nästa operation: *då stänger vi nästa kärl då stänger vi den här nedre hålvenen och så för vi upp den hit till lungartären*. Läkaren är hela tiden i skissen och i det handfasta kirurgiska hantverket. Exempel 11 visar för det första att läkaren framställer kunskapsobjektet på ett vardagligt sätt i kombination med några få medicinska fackuttryck i formuleringar som *då stänger vi den här nedre hålvenen*. För det andra visar exemplet att partnern inte ställer frågor om det sagda eller återkopplar till det på annat sätt, utan i stället verkar bedöma att samtalet är moget för det nya objektet. Växlingen till ett nytt objekt sker efter en vardaglig framställning av ’behandlingar’, som avslutas med att villkoret för omfattande behandlingar (”om lungartären blir för liten”) inte föreligger.

Partnerns fråga, som avbryter läkarens detaljerade beskrivning, visar att han främst är intresserad av det som han kan föreställa sig, nämligen vart de ska åka vid tiden för förlossningen. Läkaren svarar, i exempel (12), och ägnar några meningar åt att motivera svaret och återgår sedan till att beskriva operationerna. I den avslutande delen av utdraget är den semantiska kodningen intressant. Här finns ord och formuleringar som skulle kunna uppfattas som värderingar: *ser det inte ut som det behövs, kan det räcka och fullständig*. Orden hör dock hemma inom en semantiskt förtätad framställningstyp, där alla värderingar måste förstås i relation till ett väl avgränsat kunskapsobjekt, i detta fall ’behandling’. En *fullständig* enkammarcirkulation är inte det samma som en normal cirkulation, utan resultatet av en fullt genomförd kirurgi som resulterat i ett enkammarhjärta.

Exempel (12). Konsultationssamtal: par B, läkare 2

L: öhh ja [Sjukhusnamn] blir det förlossning nån annanstans som det ser ut just nu så tänker jag mig att ni förlöses här på [Sjukhusnamn]. det är här vi har barnhjärtssjukvården [P: mm] vi behöver kunna va med och titta och se så att man- då förlöser man här på [Sjukhusnamn] här för har vi den typen av nyföddhetsvård också att eh [P: mm] så att första veckan och sen så ungefär vid sex månaders ålder och så ungefär vid två till tre års ålder (.) så det är tre stycken operationer som kan bli aktuellt som det ser ut just nu. då ser det inte ut som det behövs nån första operation och då kan det räcka med dom där två och då har vi gjort det här till en (xx) enkammarhjärta och då gör vi en fullständig enkammarcirkulation kan man säga [...]

Det nya objektet 'behandling' framställs inte som det föregående. Här är det fråga om en lägre kontextförankring, dvs. en erfarenhetsbaserad framställning (*den här typen av nyföddhetsvård*), som sätter in den aktuella situationen i ett större, meningsfullt sammanhang. Kontextförankringen pendlar dock mellan låg och hög, genom att den medicinska erfarenheten tillämpas tydligt på det aktuella fallet. Den kopplingen markeras med sannolikhetsmarkörer (*då kan det räcka med*). Så baserat på beprövad erfarenhet består svaret till partnern av en serie bedömningar om vad som kan komma att hända.

Sammanfattningsvis väljs objekten vanligtvis av läkaren i relation till hens flöde av information. Växlingar till ett av patienten önskat objekt kan också ske, men läkaren är i samtliga fall den som har presenterat objektet. Läkaren anpassar sig till patientens önskemål och behandlar objektet med en relativt låg kontextförankring. Svaren är generellt hållna och erfarenhetsbaserade. Men genom att någon gång referera till den specifika kontexten (*som det ser ut just nu då*) behåller läkaren fokus på det aktuella barnet samtligt som kunskapsobjektet framställs kontextoberoende.

## 6.2 Summering av olika objekt

Mot slutet av samtalen skapas i regel en mer omfattande bild av situationen där de olika objekten förs samman. Det sker genom att flera objekt aktualiseras samtidigt. Avslutningen i samtalet med par A präglas av partnerns upprepade frågor (behandlade i avsnitt 5 ovan) som alla ger uttryck för en önskan att få veta om värden kommer att kunna lösa problemet. Frågorna kan sägas bygga på en något förenklad bild av situationen, där fostrets eller barnets hjärta är antingen sjukt eller friskt, och där det som är fel ska åtgärdas. De aktualiserar därmed flera kunskapsobjekt samtidigt (hjärtat, operationerna samt livet därefter), medan läkaren behandlar ett kunskapsobjekt i taget. Här görs samtidigt en tydlig värdering.

I exempel (13) avslutar Läkare 3 en lång diagnosmonolog, genom att i klartext säga *det här är ett väldigt allvarligt hjärtfel*. Även de eventuella behandlingar som sedan beskrivs, eller snarare resultaten av dem, värderas som att de fungerar någorlunda. Denna värdering kan förstås som ett svar på partnerns fråga om det finns någon absolut lösning, och blir i det perspektivet snarast en nyansering.

Exempel (13). Konsultationssamtal: par A, läkare 3

- L: [...] kan inte (.) blodet hitta ut i kroppen nånstans egentligen så man kan säga så här att det här är ett i så fall ett eller det här är ett väldigt allvarligt hjärtfel [P: mm] (.) eh och man kan också säga så det finns ingenting man kan inte operera på ett sånt sätt att det blir normalt
- P: ingen lösning alls eller
- L: nja det finns ingen lö- man kan liksom inte återskapa en till kammare. man kan inte se till att få en normal cirkulation (.) men det finns nu ska vi se det finns möjligheter då där man i (x) operationer i tre steg eh kan få en blodcirkulation som fungerar någorlunda

Partnerns fråga *ingen lösning alls eller* ger läkaren möjlighet att bekräfta den information hen just gett. Läkaren får också chansen att nyansera sin egen värderande information. I exempel (14) framför hen de möjligheter som faktiskt finns, att genom tre operationer kan barnet ges en fungerande, om än inte normal, blodcirkulation. Därefter vidgas diskussionen till att omfatta flera olika kunskapsobjekt.

Exempel (14) Konsultationssamtal: par A, läkare 3

- L: det finns möjligheter. sen finns det en massa risker o- och problem och även fortsatta problem då, men eh det här är det eeeh fortsätter man liksom graviditeten såhär då- då tar vi hand om barnet på det sättet då o- och satsar allting på att det ska gå så bra som möjligt

Här hänvisas både till det anatomiska kunskapsobjektet och till det behandlingsinriktade som läkaren redogjorde för tidigare. Läkaren anpassar sig både innehållsligt och i framställningsform (vardaglig) till patienten. När eventuella behandlingar, framtida livssituationer och funktionsnedsättningar inkluderas i samtalet blir frågan om ett beslut alltmer aktuell. Avbrytandet förs på tal flera gånger i samtalet, men alltid som en del av ett större, mer utvecklat, perspektiv där alla tidigare objekt får sin givna plats. Detta utgör underlaget för det nya, mindre avgränsade, kunskapsobjektet, som kan ses som en syntes av allt som sagts om de nu levande barnen, om transplantationsmöjligheter, om svåra operationer, om hjärtats oförmåga att cirkulera blodet tillfredsställande osv. Även i det här samtalet avslutas framställningen av objekten på en vardaglig nivå, med låg semantisk täthet och relativt låg kontextförankring – relativt eftersom läkarens framställning grundas i en generell beskrivning av hur man brukar göra, som samtidigt fungerar som ett åtagande om att ta hand om just detta pars barn. Objektet är alltså en större del av ett begreppsligt nätverk av kunskap. Det innebär att patienternas förståelse förväntas ha vidgats till att bli bredare och mer syntetiserad, och att den har ökat så pass att de nu kan fatta ett informerat beslut.

En situation som påminner om den i exempel (13) och (14) förekommer i samtalet med par A, också där i senare delen, återgiven i exempel (15). Partnern introducerar kunskaps-

objektet 'prognos' i en fråga om hjärtats funktion. Läkaren tar upp tråden och växlar till en erfarenhetsbaserad framställningsform i ett generellt och kollektivt resonemang om när *vi opererar dom*. Läkaren växlar sedan spontant själv över till 'behandling' (*vi har ju gjort såna här operationsbehandlingar*). Hen växlar sedan tillbaka till 'prognos' (*så småningom kommer det hjärtat [enkammarhjärtat] att svikta*). Sedan växlar hen till 'tidigare fall', dvs. anekdotiska fall kan leva längre med ett enkammarhjärta. Turen avslutas med en längre förklaring om hur prognosen vanligen ser ut och varför.

Exempel (15) Konsultationssamtal: par B, läkare 2

- P: eehh du sa att det här hjärtat pumpar hårdare eeeeeehh livslängden är den
- L: vi förutsätter att den är begränsad, att den är nedsatt. men det är som jag sa, det vi har ju inte följt dom när vi opererar dom så här. med dom äldsta är ju ungefär som [P: mm] ((barnljud)) alltså som vi har gått in och gjort såna här operationsbehandlingar på dom är ju från mitten på åttitalet. så det det finns ju dom som är i trettiårsåldern så att vi kan ju inte svara på den frågan men det kan [P: men är det] kan man säga men i vår värld så är det ju- så här i tankevärlden, har man ett enkammarhjärta så- så småningom så kommer det hjärtat att svikta ((barnljud)) och då gör det det tidigare än vad ett normalt hjärta gör ehh det finns anekdotiska fall som jag sa, en del faktiskt kan ju leva med det här därför det är perfekt balanserat [P: mm] härnere, så när den enda kammaren ska pumpa ut så går det lagom mycket till lungan och lagom mycket ut till kroppen [P: mm] och såna finns ju som lever och har liksom kommit högt upp i ålder. men då pratar vi om (bara) några enstaka individer så det går ju inte att dra några slutsatser om (här) [P: nej] eh men då lev- då lever man med ett hjärtfunktionshinder ifrån sitt hjärta ehm öh så att man man måste tänka in att nångång i- i vuxen ålder förmodligen då så kan det bli aktuellt att man kanske blir kandidat för en hjärttransplantation (vid en viss ålder) men [P: hrm] det skjuter vi så långt bort [P: hrm] (xx)

Detta exempel innehåller en kombination av objekt. Här skapas en balans av anatomiska utvalda detaljer som illustrerar det kroppsliga problemet, men kombinerat med en mycket generell referens till att det görs behandlingar. Det dominerande objektet är dock 'prognos', vilket ligger i linje med partnerns fråga. I den finns dock en referens till det tidigare objektet 'patologisk anatomi', vilket kan vara ett skäl till att läkaren kombinerar dem. Läkaren svarar alltså på frågan om förväntad livslängd utifrån beprövad erfarenhet, vilket speglas i den erfarenhetsbaserade framställningstypen. Även om detta svar är relativt monologiskt visar läkarens förändrade framställningstyp och val av kunskapsobjekt att det finns ett samspel mellan patienterna och läkarna.

## 7 Sammanfattning och diskussion

Det står klart att det är alltför enkelt att beskriva konsultationssamtal som informationsförmedling med klarhet och tydlighet som främsta mål (jfr t.ex. Webb 2010). Snarare handlar det om ett dynamiskt samspel mellan läkarens samlade expertkunskap och samtalsfärdighet å ena sidan och patienternas förmåga att rikta om sitt fokus och utveckla sitt perspektiv å den andra. Samtalen kan dock inte beskrivas som patientcentrerade i den meningen att patienternas förutsättningar och behov är styrande, till skillnad från t.ex. Thomassen m.fl. (2016). Analyserna visar snarare hur läkarna lotsar, lirkar och ibland nästan knuffar patienterna framåt på vägen mellan kunskapsobjekten mot den syntetiserade förståelsen, exempelvis genom att hålla kvar turen (jfr Heritage 2009). På så sätt hanteras många av de hinder som finns inbyggda i situationen – inte minst i dess förutsättningar: i lagstiftningen om abort och i det faktum att rutinultraljudet görs i vecka 18, vilket gör att beslutet måste fattas mycket snabbt.

### 7.1 Läkarnas strategier och samtalets dynamik

Vår första forskningsfråga handlade om interaktionella uttryck för deltagarnas, framförallt läkarnas, strategier för att etablera och framställa de centrala kunskapsobjekten och göra dem begripliga. Vi har kunnat se att framställningen pendlar mellan framförallt vardaglig, specifik och erfarenhetsbaserad på ett sätt som framstår som känsligt för situationens krav. Det innebär att läkarna anpassar sig ständigt till patienternas situerade behov, men även att patienterna följer upp, skiljer ut och riktar uppmärksamhet mot delar av läkarnas informationsflöde. Det sker vanligen med frågor som bryter av flödet. Denna ömsesidiga uppmärksamhet och koncentration på de kunskapsobjekt som avhandlas skapar ett tätt samspel mellan deltagarna. Det är också tydligt att rörelsen mot det erfarenhetsbaserade och det specialiserade är nyckeln i kunskapsbyggandet; den är återkommande, den påverkar patienternas interaktionella deltagande och den skapar struktur i samtalet.

Patienternas huvudsakliga problem, att döma av de samtal som analyserats, handlar om att förstå situationen på ett tillräckligt nyanserat sätt, liksom att hänga med i växlingen mellan de sinsemellan ganska olika kunskapsobjekten, för att till sist skapa sig en helhet, ta över ansvaret för sin situation och fatta ett välgrundat beslut. För att möta dessa utmaningar närmar sig läkarna hjärtfelet från olika perspektiv: ett som är i linje med parens sätt att försöka förstå, och ett mer specialiserat, och ibland begreppsligt, perspektiv. När detta lyckas, vilket vi ser exempel på, fungerar det som anpassning till patienternas eventuella medicinska förkunskaper och deras tankar om situationen, samtidigt som patienterna stimuleras att utveckla sin förståelse för problemet. Hjärtfelets komplexitet och osäkerheten i diagnos och prognos hanteras genom exempel, jämförelser med tidigare fall, och placeras i ett medicinskt och vårdande sammanhang.

En specifik strategi som vi noterat är att olika grad av kontextförankring ibland kombineras i samma yttrande. Samtidigt som läkarna tydligt relaterar till det aktuella fallet kopplar de tänkbara, framtida behandlingar till en kollektiv erfarenhet, t.ex. genom att referera till *vi* i betydelsen ’läkarkollektivet’. På så sätt understryks att det finns en gedigen erfarenhet av problemen och att den kan tillämpas på det aktuella fallet. Man skulle kunna säga att kunskaps-

objektet 'behandling' därmed inte är enbart specialiserat, utan anpassat både till parens vardagliga nivå och till en erfarenhetsbaserad läkarpraxis. En tolkning av denna strategi kan vara att det faktum att det finns gedigen erfarenhet och kunskap om hur just deras fall ska hanteras ska ingjuta trygghet hos paren.

En avgörande svårighet utgörs dock av patienternas möjlighet att begripa och foga samman en stor mängd information på kort tid, när de dessutom precis har fått ett mycket allvarligt besked om sitt väntade barn. Att läkarnas pedagogiska ambition är prioriterad till förmån för andra hänsyn märks dock bland annat i deras omedelbara respons på parens frågor (se t.ex. exempel 11). Strategin för att inte fastna i det egna traumat är i stället att växla till en framställningstyp som vidgar perspektivet från att enbart gälla det specifika fostret. Målet blir därmed att närma sig kunskapsobjektet på en specialiserad och begreppslig nivå. För att kunna samspela med paren på ett relativt kvalificerat sätt höjer läkaren kontextnivån både gradvis och vid varje längre utveckling av omedelbar respons – eller som läkare 2 uttrycker det i gruppintervjun: ”dom tar emot det, tar tag i det och sen så går man vidare med det”.

Vår andra forskningsfråga handlade om hur sammanhang skapas mellan de olika kunskapsobjekt som aktualiseras i samtalet. En viktig aspekt av detta är hur en kontaktyta mellan samtalsparternas delvis skilda syften, förväntningar, erfarenheter och perspektiv kan uppnås. Det läkaren i citatet ovan kanske inte själv inser, men som denna analys visar, är att en specialiserad diskurs (med facktermer, ord med stort betydelseomfång samt hänvisning till kumulativ medicinsk vetenskap) blir centrala redskap för patientens förståelse av det läkaren säger. Att ”ta emot” och ”ta tag i det” skulle sannolikt vara omöjligt utan generella bilder och hänvisningar till tidigare fall. Samtalet skulle riskera att bli alltför fokuserat på den egna svåra situationen och därmed fungera dåligt som grund för ett välinformerat beslut. Det omedelbara i situationen står så att säga i direkt relation till den mer distanserade bild som läkaren målar upp.

Gång på gång ser vi hur läkaren besvarar frågor och synpunkter från patienter med ett skifte i semantisk nyans, utan att byta ämne. Denna kommunikativa kompetens är förstås lika mycket en del av läkarens expertkunskap som den medicinska som kommer till uttryck i diagnos och behandling. Därmed vill vi problematisera föreställningen att läkare måste anpassa sig till patienterna genom enklare framställning. Den anpassning som görs här verkar snarare fungera som stimulans för patienten att snabbt öka sin insikt i de många aspekter av situationen som föreligger, vilket i sin tur kräver ytterligare lexikogrammatisk och semantisk spänst från läkarens sida, eftersom det semantiska arbete som behöver utföras är krävande.

## 7.2 Kontextöverskridande som förutsättning för lärande

Vår teoretiska ram, analysmodell och begreppsapparat har hämtats från utbildningsvetenskaplig forskning om formellt lärande inom ramen för en utbildningsinstitution. Inbyggt i perspektivet ligger att kunskapsbyggandet sker inom fastställda ramar, där formerna för undervisningen kan planeras och anpassas som en systematisk och kontrollerad process. Ett konsultationsamtal erbjuder och uppmanar explicit patienten till lärande, men på ett annat sätt än det som sker i en renodlad utbildningskontext. Å ena sidan finns särskilt starka incitament för patienten att ta till sig ny kunskap, eftersom den kan vara livsavgörande. Å andra sidan måste alla patienter ta till sig samma information oavsett tidigare kunskapsnivå, och vid ett enda tillfälle.



Våra analyser visar både möjligheter och hinder för hur patienterna kan bearbeta tillräckligt med kunskap för att överta det ansvar som av läkarna beskrivs som samtalets mål. När samtalet närmar sig frågan om ett beslut att fortsätta graviditeten eller inte verkar läkaren kombinera flera olika objekt i en tur så att de framstår som olika aspekter av ett och samma, större kunskapsobjekt. Det är tänkbart att den typen av framställning, lågt kontextförankrad och relativt specialiserad, är vad som krävs för att uppnå en kumulativ kunskap som kan tillämpas och användas även i andra sammanhang: i det här fallet för att fatta beslut i sitt familjeliv som har konsekvenser för många år framöver. Syntesen av alla de olika aspekter av det medicinska problemet ska alltså ligga till grund för ett ansvar som ingen kan säga något helt säkert om. I några fall fattade paren visserligen samma beslut som de initialt övervägt, men möjligen med en större trygghet att det var rätt beslut för dem.

Vi vet att många patienter efter samtalet söker sig till internet för att komplettera med både mer vardaglig och personrelaterad information (via exempelvis bloggar och forum) och med mer avancerad medicinsk kunskap.<sup>10</sup> I det senare fallet följer de den väg läkarna pekat ut genom facktermerna på skissen, och utvecklar sin kunskap genom att ta del av begreppsliga framställningar. Det faktum att många också läser om familjer med liknande erfarenheter kan dock tyda på att växlingen mellan olika typer av kontext och semantik är viktig även för det fortsatta kunskapsbyggandet.

## Litteratur

- Bellander, Theres, 2016. Bloggens roll för hälsolitteracitet och kunskapsbyggande i informations-samhället – En genreanalys av strukturella och språkliga mönster i bloggar om barn med hjärtfels-diagnos. RASK Internationalt tidsskrift för sprog og kommunikation 43. Syddansk universitet.
- Bellander, Theres & Nikolaidou, Zoe, 2017. Building health knowledge online. Parents' online searches for information on congenital heart defects. *Literacy and Numeracy Studies* 25:1.
- Carlsson, Tommy, Landqvist, Mats och Mattsson, Elisabet, 2016. Communication of support and critique in Swedish virtual community threads about prenatal diagnoses of fetal anomalies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:199.
- Carlsson, Tommy, Bergman, Gunnar, Melander Marttala, Ulla, Wadensten, Barbro & Mattsson, Elisabet, 2015. Information following a diagnosis of congenital heart defect: Experiences among parents to prenatally diagnosed children. *PLoS ONE*, 10(2), Article ID e0117995.
- Edwards, Adrian & Elwyn, Glyn, 2009. *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press.
- Elwyn, Glyn, Edwards, Adrian, Kinnersley, Paul & Grol, Richard, 2000. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 50.460: 892–899.
- Ericsson, Stina & Ottesjö, Cajsa, 2012. Att motivera och tilldela ansvar. I: Karlsson, Anna-Malin, Landqvist, Mats & Rehnberg, Hanna Sofia (red.): *Med språket som arbetsredskap. Sju studier av kommunikation i vården*. Huddinge: Södertörns högskola. 75–90.

---

<sup>10</sup> Se t.ex. Bellander & Nikolaidou 2017; Landqvist 2016; Bellander 2016; Karlsson, Melander Marttala & Mattsson 2014; Carlsson, Landqvist & Mattsson 2016; Carlsson m.fl. 2015, som visar hur samma patientgrupp söker information på nätet, läser och skriver bloggtexter, deltar i diskussionsforum m.m.

- Heath, Christian, 1992. Diagnosis and assessment in the medical consultation. I: Drew, Paul & Heritage John (red.), *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. 235–267.
- Halliday, M. A. K., 1978. *Language as social semiotic. The social interpretation of language and meaning*. London: Edward Arnold.
- Heritage, John, 2005. Revisiting authority in physician–patient interaction. I: Duchan, Judith & Kovarsky, Dana (red.), *Diagnosis as cultural practice*. New York, Mouton De Gruyter. 83–102.
- Heritage, John, 2010. Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45:1–29.
- Heritage, John, 2011. Territories of knowledge, territories of experience: Empathic moments in interaction. I: Stivers, Tanya, Mondada Lorenza & Steensig, Jakob (red.), *The morality of knowledge in conversation*. Cambridge: Cambridge University Press. 159–183.
- Heritage, John. 2013. Action formation and its epistemic (and other) backgrounds. *Discourse Studies* 15: 547–574.
- Karlsson, Anna-Malin, Melander Marttala, Ulla & Mattsson, Elisabet, 2014. ”Vi kan inte visa ett normalt hjärta.” Kommunikativa praktiker i samband med hjärtfel hos foster. I: Lindström, Jan, m.fl. (red.), *Svenskans beskrivning 33*. Helsingfors. 193–213.
- Landqvist, Mats, 2016. Sense and sensibility - online forums as epistemic arenas. *Discourse, Context & Media* 13(B): 98–105.
- Légaré, France, m.fl., 2010. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 5.5.
- Lindström, Jan & Karlsson, Susanna, 2016. Tensions in the epistemic domain and claims of no-knowledge: A study of Swedish medical interaction. *Journal of Pragmatics* 106: 129–147.
- Linell, Per & Bredmar, Margareta, 1996. Reconstructing topical sensitivity: Aspects of face-work in talks between midwives and expectant mothers. *Research on Language and Social Interaction*. 29(4): 347–379.
- Maton, Karl., 2009. Cumulative and segmented learning: Exploring the role of curriculum structures in knowledge-building. *British Journal of Sociology of Education* 30(1): 43–57.
- Maton, Karl, 2014. Building powerful knowledge: The significance of semantic waves. I: Barret, Brian & Rata, Elizabeth (red.), *Knowledge and the future of the curriculum*. Palgrave Macmillan UK. 181–197.
- Maton, Karl, Hood, Susan & Shay, Suellen, 2015. *Knowledge-building: Educational studies in Legitimation Code Theory*. London: Routledge.
- Mishler, Eliot G., 1984. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Meidell Sigsgaard, Anna-Vera, 2015. Demokrati og semantiske bølger i andetsprogsundervisningen. *Viden om Literacy* 18: 12–21.
- Munthe, Christian, Sandman, Lars & Ceutas, Daniela, 2011. Person centred care and shared decision making: Implications for ethics, public health and research. *Health Care Analysis* 20(3): 231–249.
- Pilnick, Alison & Zayts, Olga, 2014. “It’s just a likelihood.” Uncertainty as topic and resource in conveying “positive” results in an antenatal screening clinic. *Symbolic Interaction* 37(2): 187–208.
- Pilnick, Alison och Zayts, Olga, 2015. Advice, authority and autonomy in shared decision-making in antenatal screening: the importance of context. I: *Sociology of Health & Illness* 38(3): 343–359.
- Sarangi, Srikant, 2010. Professional values in interaction: Non-directiveness, client-centredness and other-orientation in genetic counselling. I: Pattison, Stephen, Hannigan, Ben, Roisin, Pill & Thomas, Huw. (red.), *Emerging values in health care. The Challenge for Professionals*. 163–185.

- Thomassen, Gøril, Sarangi, Srikant & Skolbekken, John-Arne, 2016. Negotiating parental/familial responsibility in genetic counselling. I: Östman, Jan Ola & Solin, Anna (red.), Discourse and responsibility in professional settings. Equinox Publishing Ltd, Sheffield, UK, Bristol, CT, USA. 67–87.
- Weathersby, Elisabeth & Maynard, Douglas, 2010. Dialling for donations: practices and actions in the telephone solicitation for human tissues. I: Pilnick, Alison, Hindmarsh, Jon & Teas Gill, Virginia (red.), Communication in healthcare settings: Policy, participation and new technologies. London: Wiley-Blackwell. 17–30.
- Webb, Helena, 2010. I've put weight on cos I've bin inactive, cos I've 'ad me knee done: moral work in the obesity clinic. I: Pilnick, Alison, Hindmarsh, Jon & Teas Gill, Virginia (red.), Communication in healthcare settings: Policy, participation and new technologies. London: Wiley-Blackwell. 66–82.
- West, Candace, 1984. Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients. Bloomington: Indiana University Press.