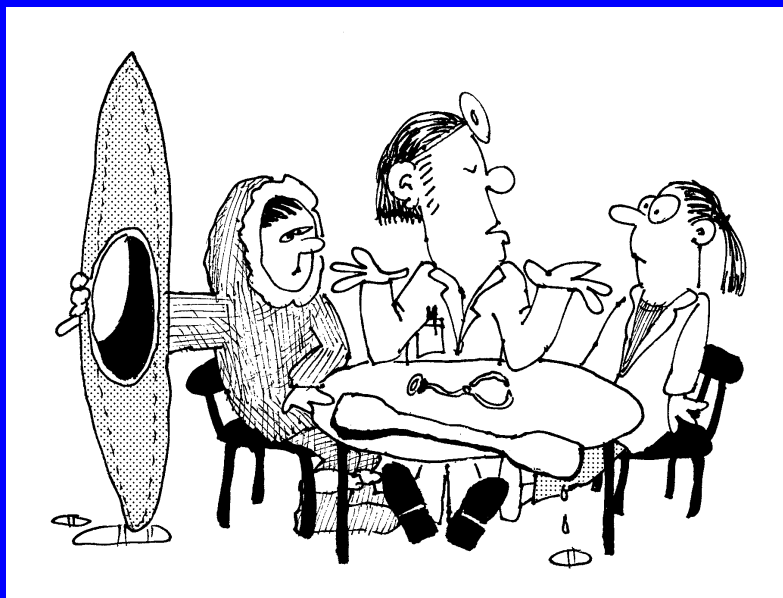


KOMMUNIKATION

mellem læge og patient i Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale



SIFs Grønlandsskrifter nr. 12

Kommunikation mellem læge og patient i Grønland

**en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem
parterne i den tolkede konsultationssamtale**

Tine Curtis



**Kommunikation mellem læge og patient i Grønland
- en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede
konsultationssamtale**

Tine Curtis

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København 2001

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Omslag: Boris Boll-Johansen
Tryk: Nørrebros Bogtryk & Grafisk Center

Ph.d. afhandling indstillet til forsvar ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet 2001.

Forsvaret finder sted fredag den 24. august 2001 kl. 14.00 i Medicinsk Historisk Museum, Bredgade 62, København.

Afhandlingen kan købes ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed (SIF)
Svanemøllevej 25 - 2100 København Ø
Telefon 39207777 - Telefax 39208010
E-mail: SIF@SI-Folkesundhed.dk
www.SI-Folkesundhed.dk

Pris: 125,- kr.

ISBN: 87-7899-039-4

Tak

Denne afhandling er resultatet af et ganske omfattende arbejde, som jeg naturligvis ikke har kunnet gennemføre uden hjælp og støtte fra andre. Først og fremmest ønsker jeg at takke patienter, tolke og læger, der har deltaget i undersøgelsen, samt det øvrige personale på sygehusene som hjalp med alt det praktiske. Desuden ønsker jeg at takke Karo Thomsen, som var mig en betydningsfuld partner ved projektets dataindsamling, samt mine vejledere Peter Bjerregaard, Merete Watt Boolsen og Jan-Helge Larsen, som på hver deres felt har stillet gode spørgsmål og herved løbende har hjulpet mig videre i forløbet. Fra min arbejdsplads ønsker jeg at takke navnlig Anne-Marie Jørgensen, Tekla Canger, Naja Trondhjem og Susanne Brenaa for hjælp med litteratur, transkriptioner, figurer mv.

En række personer har undervejs hjulpet med stort og småt, ris og ros, ideer og kommentarer. Det drejer sig ikke mindst om John O'Neil, Frank Senderovitz, Frans Gregersen, Jesper Hermann, Beth Elverdam, Lone Schmidt, Jann Scheuer og Charlotte Palludan. Tak til dem – og tak til venner og familie, der har lagt øre til mine fortællinger og frustrationer og båret over med min lejlighedsvis manglende mentale og/eller fysiske tilstedeværelse.

Undersøgelsen er finansieret af Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. Endelig takker jeg Peqqissaanermut Ilinniarfik, Grønlands Lægekredsförening, Direktoratet for Sundhed, Grønlands Hjemmestyre samt Egmont Fonden for hjælp i forbindelse med formidlingen af undersøgelsens resultater i Grønland.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	9
Baggrund og formål	9
Fremstillingen	10
2. Det teoretiske fundament.....	13
Menneske, kultur og samfund	13
Kommunikation og interkulturel kommunikation.....	17
Den institutionaliserede konsultationssamtale	20
Konsultationssamtalen i kontekst.....	24
Tolkning og tolkenes funktion	30
Undersøgelsens analysemodel.....	32
3. Metoder og materiale	37
Dataindsamling.....	37
Undersøgelsens design	37
Videoptagelserne	42
Interview	46
Transskription	52
Analysemetoder	55
Temaanalysen.....	57
Kommunikationsanalysen	58
Fortolkningsanalysen	65
4. Tema- og kommunikationsanalysen	67
Kontekst.....	67
Grønlands befolkning.....	67
Sundhedsvæsenet	70
Den tolkede konsultation.....	73
Betydningsdannelse i relation til tid.....	77
Tolkning og præcision.....	80
Opsamling	83
Forventninger	85
Patienternes forventninger.....	85
Parternes forskellige forventninger	91
Forventninger til tolken.....	93
Opsamling	98

Handlen	99
Lægerne som tolkebrugere	99
Forskydninger i opmærksomhed	104
Patienternes tilsyneladende passivitet i samtalen	107
Tolkenes mangeartede funktioner	113
At skabe kontakt mellem læge og patient	117
Opsamling	122
5. Diskussion	125
Fortolkning	125
Tolkens indflydelse på samtalens forløb og indhold	125
Kontekstens betydning for forståelse	131
Analytisk konklusion	135
Videnskabelig kvalitet og sandhed	141
Relevans	141
Hæderlighed	142
Troværdighed	148
Perspektivering	155
Anbefalinger for praksis	155
Perspektiver for fremtidig forskning	159
Resume	161
Summary in English	163
Litteraturliste	165
Bilag	

Tabel- og figurliste

Tabel 1. Dataindsamlingen 1996-97	40
Tabel 2. Oplysninger om deltagende læger	43
Tabel 3. Oplysninger om deltagende tolke	43
Tabel 4. Oplysninger om deltagende patienter	44
Tabel 5. Dataindsamling i Ilulissat	46
Tabel 6. Koder i kommunikationsanalysens skema.....	62
Tabel 7. Betydende forhold.....	137
Tabel 8. Befolkningens danskundskaber	xxii
Tabel 9. Befolkningens brug af tolk	xxiii
Tabel 10. Befolkningens oplevelse af sproglige problemer.....	xxiv
Tabel 11. Befolkningens tillid til tolkningen	xxv
Figur 1. Overordnede begreber for data og analyse.....	35
Figur 2. Selektion af cases	47
Figur 3. Udvikling af interviewguide	50
Figur 4. Oversigt over kvalitative forskningstyper.....	56
Figur 5. Sammenligning af to transskriptionsformer.....	60
Figur 6. Eksempel på den Harings molekylæranalyse.....	61
Figur 7. Det kommunikationsanalytiske værktøj I	63
Figur 8. Det kommunikationsanalytiske værktøj II.....	64
Figur 9. Skematisk oversigt over analysemetoderne	66
Figur 10. Brug af tolk og danskundskaber.....	72
Figur 11. Oplevelse af sproglige problemer i konsultationen.....	73
Figur 12. Model for den tolkede samtale.....	136
Figur 13. Nøgletal fra sundhedsprofilen	xxi

Bilagliste

Bilag 1: Registreringsskema for videooptagelser.....	i
Udsnit af registreringsskema fra Ilulissat-dataindsamling	i
Bilag 2: Udvikling af interviewguide og temaanalyse	iii
Temaer for 1. temaanalyse	iii
Beskrivelse af temaer til 2. dataindsamlingsfase.....	iv
Analysetemaer til 3. dataindsamling	v
Beskrivelse af interesse omkring tolk og tolkning til 3. dataindsamling.....	vi
Interviewguide til tolke, 3. dataindsamlingsfase	vii
Bilag 3: Selektion af optagelser til interview.....	viii
Baggrund for udvælgelse til interview (Optagelse Ilu 17: Case 2)	viii
Tanker efter interview med lægen (case 2 - opt Ilu 17).....	ix
Bilag 4: Transskriptionsmetoden	x
Fuld transskription af konsultation, dansk version (case 14)	x
Bilag 5: Kommunikationsanalysen	xiii
Eksempel på sekvensanalyse (case 14)	xiii
Optællingsskemaer fra kommunikationsanalyse.....	xvi
Forløbsbeskrivelse for cases til kommunikationsanalyse.....	xvii
Bilag 6: Sundhedsprofil for Grønland	xx
Kort beskrivelse af metoder og materiale.....	xx
Figur og tabeller fra sundhedsprofilen	xxi

1. INDLEDNING

"Sometimes we simply have to keep our eyes open and look carefully at individual cases - not in the hope of proving anything, but rather in the hope of learning something" (H.J. Eysenck (1976), her Flyvbjerg 1992)

Baggrund og formål

Tanken om at belyse kommunikation mellem læge og patient i Grønland opstod blandt andet på baggrund af resultater fra den spørgeskemabaserede interviewundersøgelse, den grønlandske sundhedsprofil. Materialet fra denne undersøgelse viste, at cirka halvdelen af patienter i Grønland benytter tolk ved lægekonsultationer, og at mange af disse patienter oplever sproglige problemer i konsultationen (Christensen et al 1996). Samtidig havde embedslægen i Grønland indtryk af, at en række klagesager fra patienter ligeledes omhandlede problemer med kommunikation mellem lægen og patienten; patienter der klagede over, at de ikke kunne forstå, hvad der foregik i behandlingsforløbet, problemer med manglende information osv.

Næsten alle læger i Grønland er danskere, der arbejder i Grønland i kortere eller i sjældnere tilfælde længere tid, og kun enkelte af disse læger taler grønlandsk. De grønlandske patienter taler for en stor dels vedkommende dansk foruden grønlandsk, men nogle taler ikke dansk, og der har derfor altid i sundhedsvæsenet i Grønland været ansat personale, der kan oversætte mellem læger og patienter. Sundhedsprofilens materiale skabte for første gang en form for overblik over, hvor stor en del af befolkningen der taler dansk, og hvor mange konsultationer der bliver gennemført med brug af tolk. Patienternes oplevelse af sproglige problemer i konsultationen blev ligeledes belyst for første gang med sundhedsprofilundersøgelsen.

Analyserne af sundhedsprofilen tydeliggjorde konsultationssamtalen som et empirisk felt, der synes at indeholde problemer, og som et felt, ingen vidste ret meget om. Jeg havde gennem min ansættelse i Afdeling for Grønlandsforskning deltaget i analyserne af sundhedsprofilens materiale og havde herudover kendskab til sundhedsvæsenet i Grønland fra arbejdet med min kultursociologiske magisterkonferens om muligheder for at forbedre sundhedsvæsenet i bygderne (Curtis 1993). Jeg havde desuden som studerende gennemført et etnografisk feltarbejde i en mindre grønlandsk bygd, hvorfor jeg havde godt indblik i og forståelse for grønlandsk kultur og samfundsliv (Curtis & Palludan 1992). Disse erfaringer var baggrunden for, at jeg blev bedt om at designe og gennemføre en undersøgelse om kommunikation i sundhedsvæsenet i Grønland.

Der eksisterede ikke på forhånd dokumenteret viden om kommunikation i konsultationssamtaler i Grønland, hvorfor undersøgelsen måtte designes med en

meget bred indgang til feltet. Hele projektforsøget, såvel brug af teori som processerne omkring dataindsamling og analyser, kan derfor betragtes som en tragt, hvor problemstillingen indsnævredes og blev stadig mere præcis undervejs.

Formålet med undersøgelsen er at skabe forståelse for forhold, der virker betydningsfulde for kommunikationen i den almindelige, to-sprogede og to-kulturelle konsultationssamtale i Grønland, og for mulige sammenhænge mellem disse forhold. På baggrund af litteraturstudier og indledende analyser af materialet er formålet efterfølgende afgrænset til følgende to problemstillinger:

- * På hvilken måde indgår tolken i læge-patient samtalen, og hvilken indflydelse har tolken på samtalen og indholdet?
- * Hvordan påvirkes forståelsen i læge-patientssamtalen af den to-sprogede og to-kulturelle kontekst?

Undersøgelsen har fokus på interaktion, som den kommer til udtryk gennem kommunikativ handling i en to-kulturel og to-sprogetlig kontekst. Vidensfeltet ligger mellem individer og deres omgivelser, idet individernes socio-kulturelle baggrund og de sociale strukturer, hvori interaktionen er skabt og stadig genkabes, inddrages som baggrund for forståelse af det empiriske felt; det der konkret foregår i konsultationssamtalen. Der er således fokus ikke på tolkningsmeningen men på tolkens interaktion i samtalen, hvordan indgår tolken og med hvilke funktioner set i lyset af tolkens relation til de øvrige parter i samtalen og til tolkens position i samfundet. Ligeledes er der fokus på, hvordan lægen og patienten forstår hinanden og det mål, de hver især har for samtalen, set i lyset af den socio-kulturelle organisering, hvoraf deres betydningsdannelse udspringer. Den underliggende værdinorm for undersøgelsen er, at kommunikation har betydning for patientens møde med sundhedsvæsenet, og at hverken patienterne eller sundhedsvæsenet kan være tjent med eksistensen af sproglige problemer i konsultationssamtalen. Formålet med projektets analyser er således i sidste ende anvendelsesorienteret, idet de skaber forståelse for, hvad der kan føre til kommunikative problemer, og hvad der eventuelt kan gøres ved dette.

Fremstillingen

Indledningsvis fremstilles undersøgelsens teoretiske fundament, der som sådan fungerer som yderligere beskrivelse af fokus og afgrænsninger af arbejdet. Det teoretiske fundament definerer relationen mellem individet og dets omgivelser som refleksivt, og kultur som en analytisk implikation, der indeholder både forestillinger og handling, og som empirisk kan betragtes som måder at handle på. Kommunikation defineres som social handling, der indebærer betydningsdannelse, og hvor forståelsen i samtalen påvirkes af, hvorvidt samtaleparterne deler både sprog og kultur.

Konsultationssamtalen defineres som institutionaliseret med en betydelig kontekstuel indflydelse, der medfører en fastlagt struktur og indhold samt en lægelig dominans i samtalen. I den tolkede konsultationssamtale indgår tolken i den sociale proces, der definerer konsultationen, og tolkens oversættelse må i forlængelse af opfattelsen af kommunikation som betydningsdannelse betragtes som formidling af mening. Desuden peges på tolkens mulige rolle som formidler af kultur og samfund. Som sundhedstjenesteforskning kan studiet af konsultationssamtalen betragtes indenfor input-proces-outcome modellen. Det empiriske fokus for denne undersøgelse er selve processen, mens input inddrages som den kontekst, hvori parterne kommunikerer, og den kontekst hvorfra deres betydningsdannelse udspringer. Outcome inddrages som et spørgsmål om, hvorvidt der opnås forståelse i samtalen. Endelig indgår som del af det teoretiske fundament en beskrivelse af den model, der lå til grund for dataindsamlingen, og som i revideret udgave var styrende for undersøgelsens analysearbejde.

Undersøgelsen blev lige fra begyndelsen opfattet som og designet efter kvalitative dataindsamlings- og analysemetoder: der var tale om forhold og processer, som man ikke vidste meget om i forvejen, og der var behov - ikke i første omgang for flere tal af *hvor mange* - men for forståelse af *hvordan* og om muligt også *hvorfor*. I fremstillingens kapitel om metoder og materiale beskrives undersøgelsens kvalitative design, der bygger på observation af videooptagede konsultationssamtaler samt efterfølgende interview med parterne. Dernæst beskrives dataindsamlingen fra tre sygehuse i Grønland, og det indsamlede materiale præsenteres tillige med en beskrivelse af det transskriptionsarbejde, der transformerer materialet til analyseklar tekst. Afslutningsvis i metoder og materiale beskrives de tre anvendte analysemetoder: en temaanalyse, en kommunikationsanalyse og en fortolkningsanalyse.

Analyserne af tema- og kommunikationsanalysen præsenteres samlet og disponeret i forlængelse af den reviderede analysemodel under overskrifterne: kontekst, forventninger og handlen. Fortolkningsanalysen relateres direkte til de udvalgte problemstillinger og præsenteres i fremstillingens diskussion, idet den udgøres af en vurderende sammentænkning af de tidligere analyser. Konklusionen består af en model for den tolkede samtale, der illustrerer sammenhængen mellem konteksten, relationerne mellem parterne og den kommunikative handlen, og af en tabel der skitserer forhold, der virker betydende for konsultationssamtalen. Endelig fremstilles resultaterne af fortolkningsanalysen som teorier vedrørende undersøgelsens overordnede problemstillinger: tolkens indflydelse på samtalens forløb og indhold samt betydningen af den 2-sprogede og 2-kulturelle kontekst for forståelse i samtalen.

Afslutningsvis indeholder fremstillingen en vurdering af arbejdets videnskabelighed samt en perspektivering med anbefalinger for praksis og ideer til fremtidig forskning på feltet.

2. DET TEORETISKE FUNDAMENT

"Rather than posing social structure and social interaction as disparate theoretical perspectives and engage in an either/or debate, we need to see them as reflexively related to each other, to explore how cultural, structural, and institutional arrangements shape the interactional accomplishment of social realities, such as gender and power, as well as how the interactional enactment of these realities help sustain the cultural, structural, and institutional arrangements of society."

(Fisher 1993)

I det følgende beskrives undersøgelsens teoretiske fundament. Indledningsvis præsenteres min forståelse af sammenhængen mellem mennesker, kultur og samfund og af de sociale processer mennesker imellem; dvs de overordnede ontologiske forståelser, der ligger til grund for det videre arbejde. Som sådan fungerer teorien som en beskrivelse af min kultursociologiske forforståelse, og definerer således min tilgang til undersøgelsens empiriske objekt: kommunikation belyst ved, hvordan parterne taler med og forstår hinanden, og hvad der er af betydning herfor. Herefter diskuteres kommunikation og begrebet interkulturel kommunikation og - med stadig tættere relevans for det empiriske felt - fremstilles en diskussion af litteratur om konsultationssamtaler og tolkning. Endelig redegøres for udviklingen af undersøgelsens analysemodel.

I forlængelse af undersøgelsens bagvedliggende anvendelsesorienterede erkendelsesinteresse benyttes teori og litteratur afhængig af dens velegnethed for forståelse af det empiriske felt. Det teoretiske fundament skal dels betragtes som en første præsentation af de overordnede teoretiske tilgange, som anvendes løbende i arbejdet og som diskuteres yderligere undervejs. Dels fungerer det teoretiske fundament som udgangspunktet for en eklektisk udvælgelse af teori til brug for det efterfølgende analysearbejde. Såvel i metodebeskrivelsen som i fremstillingens analysedel indgår således yderligere teori og litteraturgennemgang i den udstrækning, det bidrager til forståelse af konkrete problemstillinger og pointer i arbejdet.

Menneske, kultur og samfund

Forholdet mellem menneske og samfund udgør en klassisk sociologisk diskussion af, hvorvidt mennesket grundlæggende handler frit, eller hvorvidt samfundet determinerer mennesket. Mens de klassiske teorier diskuterede forholdet som en enten-eller dikotomi: subjektivisme eller objektivisme, mikrostudier eller makrostudier, fænomenologi eller strukturalisme osv., har diskussionen de senere årtier drejet sig om at skabe forståelse for en både-og relation. Altså at mennesker hverken skal ses som fuldstændig frie subjekter eller som fuldstændig determinerede objekter. En af de teoretikere, der havde stor betydning for

den danske diskussion i begyndelsen af 80'erne, var Anthony Giddens. Giddens' strukturationsteori ('structure' og 'action') indebærer en dualitet mellem menneske og samfund, idet den viser, at det handlende individ, agenten, og de strukturelle systemer er uløseligt bundet sammen og påvirker hinanden, uden at de dog er direkte determinerede af den anden (Giddens 1984). Giddens' strukturationsteori er blevet kritiseret for ikke at kunne skabe forståelse dels for forandring i samfundet, dels for forskelle mellem mennesker. Problemerne synes blandt andet at hænge sammen med, at Giddens' teori udgør en form for diagnose, en analyse af relationen mellem aktør og struktur i en øjeblikssituationen (Curtis 1993). Desuden - og i sammenhæng hermed - synes Giddens' arbejde at have fokuseret mere på individers muligheder i det moderne liv end på strukturel differentiering, hvorfor der ikke blev skabt forståelse for, hvordan grupper af individer påvirkes forskelligt af forskellige strukturelle egenskaber (Kaspersen 1991). Selvom strukturationsteorien som samlet teori om relationen mellem menneske og samfund således kan kritiseres, synes de nævnte kritikpunkter, samfundsdiagnosen og analysen af individets muligheder, dog samtidig at udgøre styrken ved Giddens' arbejde. Giddens har således også i 90'erne haft stor indflydelse på den sociologiske debat i Danmark med studier om politisk filosofi og nationalstaten samt globaliseringens indflydelse på det sen-moderne liv og identitet.

Bourdieu formulerer forholdet mellem individ og samfund i forlængelse af sin forståelse af habitus-begrebet. Habitusbegrebet bygger på forestillingen om, at individers habitus, som er formet af det liv de har levet og de vilkår de har levet med, fungerer som principper for genereringen og struktureringen af praktikker, handlen, og at denne handlen virker tilbage på organiseringen af den sociale verden (Curtis 1993). Habitus er på samme tid produktet af en internalisering af den sociale verdens strukturer og det sæt af dispositioner, af mentale strukturer, gennem hvilke agenterne erkender den sociale verden (Bourdieu 1990). Fælles for Giddens og Bourdieu er således forsøget på at overskride dikotomien menneske og samfund, idet mennesket forstås som både struktureret og strukturerende.

Habitus skabes ved menneskers møde med og relationer til omgivelserne, og da ikke to personer har nøjagtig samme livsbetingelser eller erfaringer, vil de heller ikke have præcis samme habitus. Samtidig gælder det, at grupper af mennesker, der lever med sammenlignelige betingelser, også vil have sammenlignelige orienteringsprincipper for måder at opfatte verden på og for handlen. Dette er baggrunden for Bourdieus forståelse af habitus som et subjektivt men ikke individuelt system; et sæt af dispositioner, der er knyttet til individet, men skabt af betingelser, som individet deler med gruppen (Bourdieu 1977). Når grupper af mennesker, der lever med sammenlignelige livsbetingelser og med homologe habitus, orienterer sig mod samme handlen, opstår det, der udefra betraget kan synes som regler for handlen, men som i virkeligheden skal forstås som regelmæssigheder. "Som en konsekvens heraf kan miljøets strukturer være objektivt 'regulerende' og 'regelmæssige' uden på nogen måde at være produktet af lydige-

hed mod lov..... I og med dette, er de kollektivt orkestreret uden at være produktet af en dirigents orkestrerende handlinger" (Bourdieu 1994, s. 86). Der kan således observeres en række regelmæssigheder i handlen indenfor grupper og som forskelle mellem grupper, der kan betegnes som livsstil¹. Ved at forstå menneskers handlen i relation til de forskellige livsbetingelser, de lever med, formår Bourdieu at skabe forståelse for forskelle mellem grupper af mennesker.

Fordi et individs nye erfaringer forstås gennem kategorier, der allerede er konstruerede gennem tidligere erfaringer, er habitus holdbar. Habitus er dog ikke uforanderlig og ændres i situationer, hvor individet møder livsbetingelser, der er forskellige fra dem, hvori habitus er skabt; det være sig situationer, hvor individet flytter til nye omgivelser eller hvor samfundet forandres. Samfundets forandring kan forstås i tilknytning til relationen mellem habitus og begreberne felt og position². Felt er et begreb, der ligger på linje med begreber som 'det sociale system', men som adskiller sig herfra ved ikke at kunne forstås funktionalistisk eller mekanisk men der imod skabes historisk gennem agenters og institutioners kampe om magt og positioner. "In a field, agents and institutions constantly struggle according to the regularities and rules constitutive of this space of play ... with various degrees of strength and therefore diverse probabilities of success, to appropriate the specific products at stake in the game." (Bourdieu & Wacquant 1992, s. 102). Positioner er således relationer mellem agenter og feltet, der bestemmes af den mængde af kapital, agenterne er i besiddelse af, set i forhold til den type af kapital, der er på spil i feltet. Bourdieu betegner forholdet mellem habitus og felt som reflektivt, som gribende ind i hinanden, i modsætning til Giddens dualitet mellem aktør og struktur, der er en både-og relation. Jeg mener, at habitus og felt er mere dynamiske begreber, der formår at indfange historicitetens indvirkning på relationen mellem dem og derved skabe forståelse for forandring.

Bourdieus habitus-begreb skaber således mulighed for forståelse af mønstre af homologe tankemåder og handlemåder, der kan betragtes som fælles for en gruppe og som forskelle mellem grupper imellem. Som sådan kan begrebet ses i tilknytning til kulturbegrebet. Som habitus er heller ikke kultur et begreb, der lader sig indfange på simpel vis. Kultur er blandt andet blevet forstået som det kultiverede fine eller som fælles værdier; som helheden der ligger udenfor det konkrete; som et universelt princip eller som en social konstruktion. Kultur kan forstås snævert som fin-kultur eller i et udvidet begreb som både den finkultur

¹ Hverken de observerede grupper eller livsstil er dog givet i den sociale virkelighed, men skal der i mod forstås som de konstruktioner af det observerede, de er (Munk 1994).

² Bourdieu pointerer, at hans begreber er udviklet og benyttes i direkte tilknytning til empiriske undersøgelser af specifikke felter som "a program of perception and action .. to designate .. a theoretical stance, a principle of methodological choice" (Bourdieu & Wacquant 1992, s. 161). Begreberne er ikke udviklet i sammenhæng og på samme tidspunkt som en samlet teori om den sociale verden. Alligevel er det dog muligt at forstå begreberne habitus, disposition, position og felt som en sådan samlet teori - med begreber som livsstil, klasse, strategi, kapital, magt, 'games' m.fl. sat midlertidig på bænken!

og massekultur, der repræsenteres af kulturpolitikken (Jensen 1988). I såvel denne snævre som den udvidede forståelse er kultur noget, man kan vælge at gøre, fordi man har en særlig interesse. Kultur kan også betragtes mere bredt som en totalitet, som noget man mere eller mindre ubevidst er, og som omfatter hele livet: "arbejderkultur, kvindekultur, dansk kultur, bøssekultur eller folkekultur" (Jensen 1988, s. 159). I forlængelse af det brede kulturbegreb definerer Kirsten Hastrup kultur som en ramme indenfor hvilken der skabes, genskabes og transformeres betydning og samtidig som den praksis, som hele tiden sætter betydning på spil (Hastrup 1988). Kultur ses her både som en konsensus omkring værdier, mening og forestillinger, og som det udtryk denne mening får gennem social handlen. Johan Fjord Jensen betegner dette kulturbegreb, der indeholder både forestillinger og handlen, som 'det dobbelte kulturbegreb' (Jensen 1988). "Fordi kulturen er begge dele, spalter kulturbegrebet sig ud i to begreber. Og fordi den er de to dele på én gang, bliver de to begreber til ét begreb ... det dobbelte kulturbegreb" (Jensen 1988, s. 156).

Analytisk bruges kulturbegrebet som betegnelse for det mønster eller den sammenhæng, der kan fremanalyses på baggrund af empiriske data - kultur er således en analytisk implikation og ikke en empirisk kategori (Hastrup 1988). "Sprog, kultur og samfund findes hverken på samme måde som bjerge, dale og borde eller som normer og regler og heller ikke som eksisterende koder, der kommer i anvendelse gennem adfærd". Der er derimod tale om, at "sproglig, kulturel eller social adfærd følger nogle ... observerbare regelmæssigheder [som] opstår ... fordi overensstemmende betingelser mødes med overensstemmende strategier" (Callewaert 1992, s. 18/19). I forlængelse heraf følger, at kultur ikke er noget, der lader sig indfange som en homogen størrelse eller blotlægge i sin totalitet (Jensen & Løngreen 1995). Når jeg beskæftiger mig med forskelle mellem grønlandsk og dansk kultur, er der således tale om frem-analyserede heterogene og dynamiske størrelser, der baserer sig på regelmæssigheder i social handlen. Ligeledes når jeg fokuserer på patientens og tolkens fælles kulturelle baggrund og eksempelvis betragter autonomi som en særlig grønlandsk socialiseringsform, så skal dette ikke ses som regler for adfærd men som regelmæssigheder i hverdagslivets handlen i Grønland. På samme vis er der, når jeg tænker på tolkens og lægens fælles baggrund i det, der kunne kaldes sundhedsvæsnets kultur, tale om en række regelmæssigheder i den daglige handlen, som har at gøre med en fælles måde at anskue nogle ting på og en fælles måde at gøre tingene på. Måde er i det hele taget et ord, som er velegnet til beskrivelse af min analytiske tilgang til kultur. Det handler ikke om at spise, men om måden man gør det på, ikke om at give gaver men måden man gør det på, ikke om at have venner og familie, men måden man organiserer det sociale samvær på osv.

Kulturbegrebet, som det forstås af Hastrup og Jensen, synes at kunne forstås i tæt tilknytning til Bourdieus teorier. Mens Bourdieus egen brug af kulturbegrebet ligger i forlængelse af det, der ovenfor betegnes det udvidede kulturbegreb (Bourdieu & Wacquant 1992), kan habitusbegrebet der imod på linje med det

dobbelte kulturbegreb betragtes som "tavse, praktiske orienteringsskemaer, som orienterer iagttagelse, tænken, vurdering og handlen. Det er via den internalisering af de eksterne betingelser, at de bagvedliggende faktorer har en styrende effekt på praktikken" (Callewaert 1994, s. 16). Forskellen mellem begreberne kultur og habitus er, at mens refleksiviteten i tilknytning til kulturbegrebet diskuteres som relationen mellem forestillinger og handlen, diskuteres refleksivitet i tilknytning til habitus som et spørgsmål om relationen mellem handlen og feltet.

I empirisk forskning er det som oftest af pragmatiske årsager nødvendigt at tage udgangspunkt i enten forestillinger, handlen eller den strukturelle organisering. Bourdieu mener, at feltet bør være fokus for empirisk arbejde "...it is knowledge of the field itself in which [agents] evolve that allow us best to grasp the roots of their .. point of view or position (in a field) from which their particular vision of the world (and the field itself) is constructed" (Bourdieu & Wackant 1992, s. 107). Jeg har dog valgt at have empirisk fokus på interaktion og måder at handle på. På linje med Giddens "sætter [jeg] en metodologisk parentes om .. den institutionelle analyse, mens [jeg] griber fat i analysen af strategisk adfærd" (Kaspersen 1991, s. 59). Den metodologiske parentes skal ikke betragtes som en fuldstændig afgrænsning fra analyser af forestillinger og den strukturelle organisering; snarere skal valget betragtes som den forgrund, hvorigennem jeg også betragter det, der reflekteres i baggrunden. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i kulturbegrebet som indgang til forståelse af interaktion, fordi kultur er et medierende og samlende begreb med en god face-value. Bourdieus begreber fungerer dog som bagvedliggende teoretisk forståelse af relationen mellem menneske og samfund, hvilket medfører en særlig opmærksomhed mod relationen mellem på den ene side kultur som måder at handle på og på den anden side den strukturelle organisering af sundhedsvæsenet og det grønlandske samfund og interaktørernes positioner heri.

Kommunikation og interkulturel kommunikation

Der eksisterer i litteraturen to fundamentalt forskellige definitioner af kommunikation. Den ene ser kommunikation som en direkte, uforstyrret overførsel af information fra en person til en anden; en lineær model, der kan beskrives som afsender-medie(channel)-modtager (Windahl et al 1992). Denne model modsvares i nyere teori af en opfattelse, hvor kommunikation betragtes som en proces, hvori aktørerne forholder sig til hinanden relationelt (Jensen 1998) og gensidigt skaber og deler information med hinanden gennem en dialogisk proces, der indebærer fortolkning (Jensen og Løngreen 1995). I denne forståelse, som jeg deler, indebærer kommunikation to betydningsdannelsesprocesser: produktion af det der afsendes, og fortolkning af det der høres. I produktionen af betydning gennem sprog kan den, der taler, aldrig fuldstændig kontrollere meningen. Sproget transmitteres ikke direkte til samtalepartneren, snarere er der tale om en proces, hvor den, der skal fortolke mening, aktivt rækker ud efter det sagte, hører det, der på en eller anden måde giver umiddelbar mening og

som ligger i forlængelse af det, der allerede er kendt (Galal og Galal 1999). Definitionen af kommunikation som interaktionelle betydningsdannelseprocesser indebærer således, at forståelse bliver et nøgleord. "Uden forståelse, ingen menings-begribelse, og uden menings-udveksling, ingen (mellem-menneskelig) kommunikation" (Wackerhausen 1997, s. 16).

I forlængelse af betragtningerne om sammenhænge mellem menneske, kultur og samfund, mener jeg, at betydningsdannelse, fortolkning af verden omkring os, skal forstås som social handlen. Som Poulsen skriver, "bruger [vi] de samme mentale redskaber og positionslogikker i den kommunikative betydningsdannelse som i konstruktion og aflæsning af livsstil og anden social praksis" (Poulsen 1999). Når disse redskaber og logikker forstås i relation til habitus, som jeg gør det, erstattes Poulsens opsplitning i individuel og social betydningsdannelse dog af en forståelse af kommunikation som kulturbunden social handlen. Såvel dannelse af betydning gennem sprog som fortolkningen af det sagte er således produktet af kulturelt bestemte forestillinger om, hvad vi taler om, hvordan man taler om sådan noget, hvem der taler hvornår, hvilken sproglig stil osv. Kommunikation er derfor en social aktivitet, der påvirkes af, hvorvidt parterne, der kommunikerer, deler sprog og sociokulturel viden; hvorvidt de kommunikerer indenfor en fælles forestillingsverden – deler kultur (Gumperz 1982).

Sammenhængen mellem sprog og det socio-kulturelle felt repræsenterer en betydelig akademisk diskussion af, hvorvidt sproget determinerer forestillinger og handlen (Werner & Campbell 1973), eller hvorvidt sproget er determineret af reproduktionen af social handlen. Også i grønlandsk sammenhæng er der stadige diskussioner af nødvendigheden af beherskelse af grønlandsk sprog for en kulturel identitet som grønlænder, idet man i forlængelse af en psykologisk tradition betragter diskurs som forskelle i social kognition, dvs som socialt forankrede fælles mentale strategier og repræsentationer, hvor det fælles sprog så at sige er basis for den fælles måde at tænke på (van Dijk 1994). I modsætning til denne opfattelse af sproget som det determinerende, finder den nyere etnografiske tradition, at sproget ikke kan repræsentere kulturen, at virkeligheden aldrig kan beskrives udtømmende i sine egne kategorier (Hastrup 1988), og Gumperz viser i sit sociolingvistiske arbejde, hvorledes måder at tale på videreføres, også når individet taler et andet sprog, hvorfor kultur må ses som det overordnede, der påvirker måden vi taler på - på samme vis som måden vi spiser på, udveksler gaver på og organiserer vores sociale samvær (Gumperz et al 1979; Gumperz & Levison 1996).

Jeg mener, i forlængelse af forståelsen af relationen mellem menneskers handlen og de sociale strukturer, at samtidig med at sprog og kultur er konteksten, indenfor hvilken mennesker handler og tænker, så reproduceres og udvikles sprog og kultur til stadighed gennem denne menneskelige handlen (Giddens 1987). Gumperz beskriver relationen således: "...social identity and ethnicity are in large part established and maintained through language. Yet it is because of

the historical character of the process through which groups are formed and the symbols of identity created that we have the particular characteristics of the ways of speaking" (Gumperz & Cook-Gumperz 1982, s. 7). Bourdieus arbejde om sproglig kompetence som kulturel kapital supplerer denne forståelse af sammenhængen mellem kultur og kommunikation med en magtdimension (Callewaert 1992). Som eksempel viser Bourdieu, at der i uddannelsessammenhænge er ganske bestemte måder at benytte sproget, der tillægges større værdi end andre og konkluderer, at et individs sproglige kompetence er afhængig af kulturoverføring (Bourdieu & Passeron 1977; Berner et al 1977). Ligeledes forstår Scollon og Scollon beherskelse af en særlig diskurs som resultatet af socialiseringsprocesser og betragter diskurs som måder at tale på og måder at forstå på (Scollon & Scollon 1995). *Måder* synes mig i det hele taget at være en relevant analysekategori for kommunikation såvel som for kultur, hvorfor studiet af forskellige sociale og kulturelle gruppers måder at tale på og måder at forstå må prioriteres frem for studier af misforståelser (Fiske 1990). Jeg søger således forståelse for kommunikationsproblemer i konsultationssamtalen på baggrund af erkendelsen af lægen og patienten som tilhørende forskellige sociale og kulturelle grupper snarere end gennem studier af (patienters) henholdsvis rigtig og forkert forståelse (af lægens information).

En af hovedpointerne i Scollon og Scollons arbejde er, at enhver, der kommunikerer, altid samtidigt vil tilhøre flere forskellige diskurssystemer; flere forskellige sociale og kulturelle grupper (Scollon & Scollon 1995). Jeg tilhører eksempelvis som minimum grupperne: yngre, kvinde, mor, middelklasse, dansker, kultursociolog, sundhedsforsker og sektorforskningsansat. Det jeg siger, det jeg hører og måden, hvorpå jeg forstår, vil være bestemt af en kombination af disse diskurser, som jeg har lært mig gennem det liv, jeg har levet. Interkulturel kommunikation kan defineres som kommunikation mellem mennesker med forskellige diskurssystemer, og al kommunikation vil således med en vis rimelighed kunne betragtes som interkulturel³.

Den mest udbredte brug af begrebet interkulturel kommunikation omhandler kommunikation mellem personer fra forskellige etniske grupper eller forskellige lande (Jensen 1998; Galal & Galal 1999; Scollon & Scollon 1995; Gumperz et al 1979). En af de store udfordringer for denne forskning er at fastholde såvel kultur som etnicitet som heterogene, analytiske begreber og således betragte kommunikationen som et møde mellem mennesker med forskellige diskurssystemer og ikke som et møde mellem kulturer. Kulturer taler ikke sammen, mennesker med forskellig kulturelle baggrunde gør⁴.

³ Om kulturmødet som mødet mellem divergerende diskurser henvises i øvrigt til Scheuer 1998.

⁴ Bemærk titlerne på de to Scollon & Scollon referencer. Mens *Interethnic Communication* om arbejdet fra Alaska betragtede atabaskere og tilflyttende hvide amerikanere som to homogene, etniske grupper, blev forskellene mellem kinesere og vestlige forretningsmænd i *Intercultural Communication* betragtet ud fra en forståelse af både kultur og sprog som mere heterogene størrelser.

Interkulturel kommunikation kan derfor defineres som kommunikation mellem mennesker med forskellig kulturel baggrund (Jensen & Løngreen 1995) eller mennesker der i kulturel henseende identificerer sig selv som forskellige (Jensen 1998).

Gumperz arbejder med samtaler mellem englændere og indvandrere i England (Gumperz et al 1979), Lykke Nielsen samt Galal med forskelle mellem danskere og arabere (Nielsen 1995; Galal & Galal 1999) og Scollon og Scollon med forskelle mellem hvide amerikanere og atabaskere eller kinesere (Scollon & Scollon 1980 og 1995). Alle har de fokus på kommunikation, der ikke fungerer, fordi parterne ikke deler sproglige hverdagsrutiner, kulturel referenceramme eller diskurssystemer, og alle påpeger hvorledes måder at tale på i forskellige situationer bliver opfattet som mere eller mindre korrekte eller passende. Yderligere er studierne fælles i afvisningen af 'equal-but-different'-myten i og med påpegningen af magtrelationer knyttet til forskelle i måder at tale på. På linje hermed har feministisk forskning vist, at når kvinders måde at tale på kan karakteriseres som intim, lyttende og støttende og mænds som problemløsende, belærende og modsætningsorienteret, så er der ikke tale om to ligeværdige kulturer, men om magt og kompetence i samfundet (Talbot 1998). Bourdieus arbejde har vist, at dette også gælder for forskellige sociale klassers måder at tale på i det franske uddannelsessystem (Bourdieu & Passeron 1977).

Konsultationssamtalen har været undersøgt i et interkulturelt eller diskursanalytisk perspektiv i en række undersøgelser, hvor mødet mellem lægen og patienten betragtes som et møde mellem to virkelighedsopfattelser: den professionelle og lægmandens (Kleinman & Kleinman 1991; Finkler 1991; Mishler 1984). "Det, der sker, når læge og patient mødes ud fra en antropologisk synsvinkel, er at modsatte verdener mødes. Læge og patient taler med to forskellige stemmer" (Elverdam 1991, s. 148). Min undersøgelse af læge-patient samtaler i Grønland kan placeres på linje med de nævnte, idet mødet mellem danskeren (lægen) og grønlander (patienten) har en overordnet betydning.

Den institutionaliserede konsultationssamtale

Der findes mange undersøgelser af konsultationssamtaler både i Danmark og internationalt. Undersøgelserne er gennemført af forskellige fagfolk: læger, sociologer, psykologer, sprog- eller kommunikationsforskere, og de har haft forskellige formål, forskellige teoretiske indfaldsvinkler og gør brug af forskellige dataindsamlings- og analysemetoder. Med udgangspunkt i Byrne og Longs, Frankels og Mishlers studier diskuteres nedenfor konsultationssamtalen som en institutionaliseret samtale. Konsultationssamtalen kan karakteriseres som en institutionaliseret samtale, ikke i første omgang fordi den foregår på en institution, men fordi lægens (og tolkens) professionelle identitet er relevant for de arbejdsopgaver, som udføres i interaktionen (Drew & Heritage 1992). Den institutionaliserede samtale skal ses på linje med samtaler inden for eksempelvis socialektoren, i undervisningssammenhænge og inden for retsvæsenet,

hvor der er en klar roledifferentiering mellem den professionelle og lægmanden, og hvor samtalen foregår i fastlagt rum og tid (Linell 1991; Hantho et al 1995). Konsultationssamtalen har som institutionaliseret samtale følgende særtræk (Dimitrova 1991): 1. indholdet er i høj grad fastlagt, 2. indholdet har forskellig karakter for parterne (arbejde/privatliv), 3. parterne har forskellige sociale roller (professionelle/lægmand), 4. parterne har forskellig erfaringsverdener, 5. parterne kan have forskellige mål med samtalen, samt 6. der er en ulige/asymmetrisk magtfordeling.

Byrne & Longs klassiske undersøgelse fra 1976 omfattede 2500 båndoptagede samtaler mellem cirka 70 læger og deres patienter i England (Byrne & Long 1976). Materialet blev kodet i relation til, hvad der foregik i samtalen, og analyseret ved optælling og relativt simple statistiske analyser. Det omfattende materiale blev ikke kodet og bearbejdet samtidig og med samme formål, men der imod indgik dele af materialet i relation til forskellige analytiske pointer og som henholdsvis hypotese generende og afprøvende analyser. Undersøgelsens hovedresultat bestod af en inddeling af konsultationssamtalen i en række faste indholdsmæssige faser med et logisk forløb. Overordnet inddeles i en diagnose- og en behandlingsfase. I diagnosefasen etablerer lægen kontakt med patienten, hvilket oftest består af et enkelt "goddag" (fase 1), hvorefter lægen med en bred åbning forsøger at finde ud af, hvorfor patienten er kommet (fase 2). Når dette er sket kan lægen fortsætte med udspejlingen til patientens symptomer eller en fysisk undersøgelse (fase 3), hvorefter lægen i nogle konsultationer vil fastslå, hvori problemet består (fase 4). I behandlingsfasen ('prescribing phase') fortæller lægen om behandling og videre undersøgelser (fase 5), og konsultationen afsluttes af lægen. "This is simply the way in which the doctor indicates that it is time for the patient to go. By far the most potent indicator of termination is the tearing-off of the prescription" (Byrne & Long 1976, s. 28).

Konsultationerne inddeles efterfølgende i to grupper, 'dysfunctional' og 'not dysfunctional', idet en dysfunktionel karakteriseredes som en konsultation, hvor parterne ikke forstod hinandens mål med samtalen, og hvor ingen af disse mål blev nået. Analyserne viste, at der gennemsnitlig blev brugt kortere tid på fase 2 i problemkonsultationer end i de øvrige konsultationer. Som det er fremgået, er Byrne og Longs undersøgelse fokuseret direkte på, hvad lægen gør, og dette uddybes i analyser af lægens sprogbrug i de forskellige faser. Lægens udtalelser i konsultationens forskellige faser blev kategoriseret på en skala som mere eller mindre patientorienterede, idet patientorienteret sprogbrug eksempelvis omfattede åbne i modsætning til lukkede spørgsmål (diagnosefasen) samt opfordring til patienterne om at fremkomme med deres syn på problemerne i modsætning til situationer, hvor patienten blot underrettes om, hvad lægen har besluttet (behandlingsfasen). Analyserne viser, at lægerne benytter forskellig 'sproglig stil', men også at den enkelte læge benytter sig af nogenlunde samme stil på tværs af konsultationer, dvs. uanset hvilket sygdomsproblem, der præsenteres i konsultationerne, og uanset patienternes "verbal ability" (Byrne & Long 1976,

s. 112). Årsagen til lægernes forskellige stil må således ifølge Byrne og Long findes hos lægerne selv og som resultat af deres hidtidige erfaringer.

Richard Frankel har ligeledes arbejdet med studier af lægens og patientens sprogbrug i konsultationssamtalen (Frankel 1984; West & Frankel 1991; Frankel 1993). Frankels studier tager udgangspunkt i den konversationsanalytiske tradition⁵, hvilket blandt andet indebærer, at han i modsætning til Byrne og Long analyserer enkeltudsagn i relation til den sproglige kontekst, hvori udsagnet siges (i sekvenser). Herved skabes der mulighed for at vise sprogbrugens betydning for, hvorfor samtalerne forløber, som de gør: "the actual mechanisms of actions" (Frankel 1984, s. 163). Gennem studier af spørgsmål-svar sekvenser, overlappende tale og afbrydelser samt principper for turtagning viser Frankels analyser, at konsultationssamtalen er karakteriseret ikke blot ved sit fastlagte indhold men også ved en fastlagt sproglig struktur. Brugen af tredje-ture beskrives flere steder i litteraturen som en turtagnings-organisering, der gør sig særlig gældende for læge-patient samtalen. Den omfatter funktionerne spørgsmål, svar, diagnose/evaluering (Silverman 1993), idet lægen stiller en række spørgsmål, der efterfølges af korte, præcise svar fra patienten, der igen efterfølges af en reaktion fra lægen for at tilkendegive, at man nu kan gå videre til næste spørgsmål (Dimitrova 1991; Mishler 1984). "The doctor's reactive serves two purposes ... first, to end the interactional segment and the topic, and the second, to bring control of the interaction back to the doctor, allowing the doctor to end that frame and to initiate a new one." (Todd 1993, s. 189). Brugen af tredje-ture udgør således en sproglig struktur, der medfører, at lægen til stadighed formår at være den, der beslutter, hvornår et emne skal afsluttes og et nyt introduceres (Frankel 1984).

Mishlers arbejde omfatter - på linje med Frankels - konversationsanalytiske studier af tale- og måder emner introduceres på (Mishler 1984)⁶. Mishlers analyser kan dog betragtes som en kombination af konversationsanalyse og diskursanalyse, hvorved kontekst ikke som hos Frankel betragtes som blot den sproglige kontekst, hvori et udsagn indgår, men også som den sociale og kulturelle baggrund for parternes måde at tale på. Mishlers analyser viser, at konsultationssamtalen kan forstås som et møde mellem forskellige 'stemmer': lægevidenskabens og patientens livsverdens stemme (Mishler 1984). Ved at fokusere ikke på lægens men på den lægevidenskabelige 'stemmes' dominans i samtalen flyttes konsekvensen af dominansen fra et kommunikationsperspektiv til en opmærksomhed mod parternes eventuelle forskellige mål for konsultationssamtalen, og mod hvorledes 'livsverdens stemme' ofte overhøres eller afbrydes i konsultationssamtalen (Mishler et al 1989; Mishler 1984). Fælles for Frankels og Mishler studier er opmærksomheden på dominans i samtalen, der kan

⁵ Forskellige metoder til analyse af konsultationssamtalen, herunder den konversationsanalytiske metode, behandles mere indgående i afsnittet 'Analysemetoder' i 'Metoder og materiale'.

⁶ Mishlers arbejde har været en betydningsfuld inspirationskilde for nærværende undersøgelse og inddrages yderligere i afsnittet 'Analysemetoder' og i undersøgelsens analyse.

betragtes som en følge af samtaleens fastlagte indhold og struktur, og som opstår, fordi den ene part i samtalen har ret til gennem sin viden og sin position at definere noget af betydning for den anden parts liv (Fisher 1993). Samtalesituationen karakteriseres som asymmetrisk kommunikation (Windahl et al 1992), og asymmetrien i konsultationssamtaler består ikke blot i, at patienten ikke er i stand til at bedømme lægens faglige kvalifikationer (Parsons 1964) men også i, at lægen er kommunikativt kompetent i både den medicinske stemme og hverdagslivets stemme, mens patienten kun kan kommunikere indenfor hverdagslivets (Mishler 1984)⁷.

Påpegningen af konsultationssamtaleens fastlagte indhold og struktur indebærer, at der må eksistere en fælles opfattelse blandt både læger og patienter af, at 'sådan skal en konsultationssamtale forløbe'. Selvom ikke alle mennesker har været syge og været i kontakt med læge selv, så har alle hørt om andres oplevelser med sygdom eller med kontakt til sundhedsvæsenet. "Derfor har praktisk taget alle mennesker også kulturelt betingede forestillinger om, hvad en læge er og gør, og hvordan både læge og patient opfører sig i kontakten med hinanden" (Dimitrova 1991, s. 27). Deltagerne kan således umiddelbart forholde sig til og deltage kompetent i samtaleens forløb af spørgsmål og svar, lægens vejledninger og patientens fortælling om sit problem (Frankel 1984). Konsultationssamtaleens fastlagte indhold og struktur skal således forstås på baggrund af en betydelig kontekstuel indflydelse på samtalen (Lund et al 1994), hvilket indebærer et skift i opmærksomheden på deltagerens sprogbrug og deltagelse i samtalen fra individuelle egenskaber og mod et øget fokus på deltagerens roller i konsultationen. Rollebegrebet er i forskellige studier blevet anvendt med varierende betydninger fra det funktionalistiske rollebegreb, hvor roller er færdigsyede lige til at træde ind i (Parsons 1964; Strawbridge 1993), til roller individet mere eller mindre bevidst vælger afhængig af situationen (Goffman 1967; Album 1996) eller - som jeg ser det - til opfattelsen af roller som socialt skabte positioner⁸. Parternes deltagelse i konsultationen bliver i denne forståelse associeret med særligt socialt definerede positioner snarere end relateret til specifikke individer, der oppebærer disse positioner (Solomon et al 1985). Rolle skal således betragtes som noget, der defineres i forhold til den konkrete interaktion, hvem der er tilstede, hvordan deltagerne identificerer sig i forhold til de øvrige tilstedeværende (Frankel 1984; Baarts 1998) og den position deltagerne oppebærer i institutionen og i samfundet. Den institutionaliserede konsultationssamtale

⁷ Mishlers brug af begrebet patientens 'livsverden' refererer til patientens forståelsesmæssige oplevelse som modsætning til lægens rationelle forklaring. Mishler beskriver modsætningen med reference til Schutz' "provinces of meaning and to the contrast between the scientific attitude and the attitude of everyday life" og Habermas' "distinction between symbolic and purposive-rational action and his analysis of the conflict between their respective modes of consciousness" (Mishler 1984, s. 97). Mishlers 'stemmer' skal således forstås som forskellige referencerammer for tænkning og tale; det, der jf afsnittet om interkulturel kommunikation, kan betegnes som diskurssystemer, virkelighedsopfattelser eller som kontekst for betydningsdannelse. I det følgende benyttes begrebet livsverden udelukkende med reference til Mishler.

⁸ Hvilket med lidt forsigtighed kan siges også at gælde for Bourdieu.

fastlagte indhold og struktur såvel som parternes forskellige 'roller' i samtalen kan have både positiv og negativ indflydelse på kommunikationen: positiv idet der skabes en slags kognitiv parathed overfor særlige samtaleemner og måder at tale på, negativ i og med denne parathed måske blokerer for lydhørhed overfor samtaleelementer, der ikke er almindelige og forventelige i situationen (den Haring 1997).

Konsultationssamtalen i kontekst

Som sundhedstjenesteforskning kan de beskrevne undersøgelser placeres indenfor modellen input-proces-outcome (Aday et al 1993), hvor input betragtes som det, hver af parterne har med sig, hvor proces er det, der sker i konsultationsforløbet, og hvor outcome refererer til resultatet af konsultationen (Pendleton 1983). Mens Byrne og Longs arbejde omkring konsultationens faser var relateret til selve processen, kan delanalysen af fasernes betydning for forståelse i konsultationen karakteriseres som et proces-outcome studie, mens analysen af betydningen af sygdomsproblemet og patienternes sproglige kunnen for lægens stil kan karakteriseres som et input-proces studie. Byrne og Longs analyser af input og outcome er dog langt mindre veldokumenterede end påvisningen af konsultationssamtalernes fase-inddelte forløb, og det er da også dette processtudie, der har haft størst betydning for efterfølgende undersøgelser af konsultationssamtalen. Ligeledes falder Frankels og Mishlers arbejde hovedsageligt indenfor kategorien proces-studier, selvom Mishlers arbejde om parternes forskellige 'stemmer' med nogen forsigtighed karakteriseres som input-proces-outcome, idet input her skal forstås som den brede kontekst for betydningsdannelse, mens outcome er patientens mulighed for at komme til orde med sine ønsker for konsultationen.

Traditionelt er outcome dog ikke blevet betragtet som hverken forståelse eller inddragelse af patientens ønsker men der imod som et spørgsmål om, hvorvidt processerne i konsultationssamtalen havde betydning for patientens helbred. Med udgangspunkt i denne opfattelse kritiseres relevansen af studier som Byrne og Longs, Frankels og Mishlers, der opfattes som rene processtudier. "If any description cannot account significantly for differences in outcomes from consultations, then its validity must be called into question", skriver Pendleton med henvisning til Byrne og Longs undersøgelse (Pendleton 1983, s. 29). En nyere review af artikler publiceret i MEDLINE fra 1983 til 1993 fandt 21 undersøgelser af læge-patient samtaler, hvor patientens helbred var outcome-variabel (Stewart 1995). 16 af undersøgelse viste positiv sammenhæng mellem læge-patient samtalen og patientens helbred, 4 undersøgelser kunne ikke påvise signifikant sammenhæng, og 1 undersøgelse var ikke entydig i sine resultater. Blandt de 16 studier med positiv sammenhæng viste flest, at samtalen havde følelsesmæssig betydning for patienten, men samtalen medførte desuden reduktioner af symptomer, smertelindring samt i enkelte tilfælde bedring i fysiologiske mål så som blodtryk. Blandt andet har en undersøgelse vist, at diabetespatienter og patienter med forhøjet blodtryk, der deltager med større kontrol i

samtalen med lægen (stiller flere spørgsmål og aktivt forsøger at styre samtalen) efterfølgende opnår både færre sygedage, færre symptomer og mindre funktionsbegrænsning samt lavere blodsukker og lavere blodtryk (Kaplan et al 1989). Stewarts review-artikel viser dels, at det samlede antal af studier af konsultationens betydning for patientens helbred er meget begrænset, dels at de outcome-variable, der oftest benyttes, har at gøre med patientens følelser og ikke let lader sig direkte måle. Navnlig for den almene konsultationssamtale er det tvivlsomt, om patientens helbred kan bruges som outcome-variabel, fordi de problemer, der præsenteres i konsultationssamtalen, ofte er lige så relateret til patientens hverdagsliv som til biologisk sygdom og ofte komplekse snarere end velafgrænsede (Fisher 1993; Frankel 1993; Pendleton 1983). Snarere end patientens helbred har der derfor været fokus på tilfredshed og compliance som henholdsvis et umiddelbart outcome og et medierende outcome mellem konsultationssamtalen og patientens helbred (Ong et al 1995; Pendleton 1983).

I Korsch og Negretes undersøgelse fra 1972 indgik både tilfredshed og compliance som outcome-mål (Korsch & Negrete 1972). Undersøgelsens materiale bestod af båndoptagelser af 800 konsultationer med mødre, der henvendte sig akut med deres børn til en åben pædiatrisk klinik. Umiddelbart efter konsultationen blev mødrene interviewet om deres tilfredshed med konsultationen, og 14 dage efter blev mødrene spurgt, om de havde fulgt lægens råd. Undersøgelsen viste sammenhæng mellem mødrenes tilfredshed og deres oplevelse af, at lægen havde vist interesse for deres barn og for deres egne bekymringer angående barnets sygdom. Compliance øgedes, når mødrene havde deltaget aktivt i samtalen og stillet spørgsmål, og der var tydelig sammenhæng mellem compliance og mødrenes tilfredshed. Undersøgelsen omfattede desuden mødrenes socialklasse og uddannelse som input-variable, men analyserne viste, at de fleste mødre reagerede ens på lægens adfærd i samtalen uanset deres sociale baggrund, og at der ikke var flere tilfredse blandt mødre med højere uddannelse. Undersøgelsen viste endvidere, at der ingen sammenhæng var mellem konsultationens længde og patientens tilfredshed eller klarhed i information om diagnose (Korsch & Negrete 1972). Heller ikke Byrne og Long fandt en sammenhæng mellem den samlede konsultationstid og kommunikationens vellykkethed (dysfunctional/not dysfunctional) (Byrne & Long 1976).

Lassen har i en dansk undersøgelse analyseret sammenhængen mellem konsultationsprocessen og compliance (Lassen 1989). 118 konsultationssamtaler blev båndoptaget, og efterfølgende fik patienterne tilsendt et spørgeskema om deres efterlevelse af lægens råd. Analyserne bestod af en vurdering af, i hvilken udstrækning en række indholdsmæssige processer var blevet inddraget i samtalen og en efterfølgende statistisk analyse af sammenhængen mellem opfyldelsen af processerne og compliance. Analyserne viste blandt andet, at såfremt patientens forventninger til konsultationen og forestillinger om helbredsproblemer ikke blev tilstrækkeligt inddraget i konsultationssamtalen, var der større sandsynlighed for, at patienterne ikke ville følge lægens råd (Lassen 1989).

Ligeledes har en ganske ny undersøgelse fra England påvist sammenhæng mellem manglende compliance og manglende inddragelse af det patienten gerne vil tale om, af patientens bekymringer og af patientens forestillinger om sygdommen (Barry et al 2000; Britten et al 2000). Undersøgelsen er interessant, fordi den kombinerer båndoptagelse af konsultationssamtaler med kvalitative interview og hermed viser, at der ikke altid er overensstemmelse mellem hvilke emner, der faktisk bliver talt om i konsultationen, og patienternes interviewsvar angående baggrunden for deres besøg hos lægen. Undersøgelsen konkluderer, at det er alt det, patienterne ikke får sagt i konsultationssamtalen, 'the unvoiced agendas', der medfører misforståelser og manglende compliance.

Der er dog flere problemer med brugen af tilfredshed og compliance som outcome-variable. Hvad angår tilfredshed gælder det sandsynligvis, at det ikke altid er de mest tilfredse patienter, der har fået svar på deres spørgsmål og har forstået, hvad lægen sagde. Eksempelvis viser Korsch og Negretes undersøgelse, at en del patienter, der fuldstændig har misforstået lægens information på grund af dennes brug af lægefaglige termer, alligevel er meget tilfredse med konsultationen og endog imponerede eller benovede over lægens sprogbrug (Korsch & Negrete 1972). Hvad angår compliance er der også flere problemer. Dels er der givetvis ikke altid overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af, hvilket råd der blev givet, hvilket skaber metodologiske problemer ved indsamling af data om compliance og gør simpel be- eller afkræftelse af compliance utilstrækkelig. Dels er selve sammenhængen mellem konsultationssamtalen og compliance usikker, fordi forhold i patientens hverdagsliv vil være mindst lige så afgørende for efterfølgelse af lægens råd som selve samtalen med lægen, der både tidsmæssigt og rumligt ligger langt fra det, der skal gøres (Frankel 1993). Endelig er det ikke sikkert, at lægens råd til patienten opleves som relevant for patienten; det vil eksempelvis gælde ved konsultationer, hvor lægen og patienten har forskellige opfattelser af konsultationens emne, og hvor lægen ikke opnår forståelse for, hvorfor patienten er kommet. Der er i denne situation tale om et 'forkert' råd, hvis efterlevelse næppe bør betragtes udelukkende som et positivt outcome.

Studier som ovenstående, der viste sammenhæng mellem proces-variable som inddragelse af patientens forventninger, forestillinger og bekymringer og outcome-variable som tilfredshed og compliance, førte til opmærksomhed mod studier af, hvilken slags læger og patienter, der deltog i samtalen; dvs. til studier af input (West & Frankel 1991). I relation til lægerne blev der fokuseret på, hvordan læger gennem en patientcentreret samtaleform kunne blive bedre til at tale med patienterne. Det gælder blandt andet Mishlers forsøg på at identificere en mere human samtaleform, hvor patientens 'stemme' sikres mere plads i samtalen, og det gælder Larsen og Risørs samt Lundes danske undersøgelser, der inddrages yderligere i analysen af nærværende undersøgelse (Larsen & Risør 1995; Lunde 1992). Det er foreslået, at parterne kan indgå mere ligeligt, hvis de får kontrol over de dele af samtalen, som de hver især er eksperter på: patienten hvad angår symptomer og bekymringer, lægen hvad angår diagnose

og behandling (Thompson 1998), og det er foreslået, at samtalens struktur må ændres fra 'spørgsmål-svar-reaktion'-strukturen og i retning af en mere almindelig samtale, hvor begge parter har lige ret til at introducere nye emner⁹ (Shuy 1993).

I relation til patienternes input er der påvist sammenhæng mellem patienternes køn, alder, social klasse, uddannelse og etnicitet og deres viden om sundhed og sygdomsopfattelse, samt deres forståelse af lægens råd (West & Frankel 1991). Der har dog ikke kunnet påvises nogen entydig sammenhæng mellem disse patientkarakteristika og efterfølgende tilfredshed eller compliance (Ong et al 1995; Pendleton 1983); hvilket blandt andet som tidligere beskrevet også var tilfældet i Korsch og Negretes undersøgelse. Der imod har studier påvist, at lægens opfattelse af patientens sociale baggrund og den måde, hvorpå patienten præsenterer sig selv og sine problemer har betydning for lægens information og råd til patienten (West & Frankel) og for lægens tilbøjelighed til at udskrive lægeerklæringer (Malterud 1987; Englund et al 1997).

Mens litteraturen således synes at kunne fremvise interessante undersøgelser hvad angår forholdet mellem proces og outcome, målt som tilfredshed eller compliance, er der kun få undersøgelser om forholdet mellem input og proces, dvs. betydningen af patient-læge karakteristika og henvendelsesårsag, og næsten intet om relationen input-proces-outcome. Det naturlige ville derfor være, at forsøge at designe en undersøgelse, der kunne vise netop denne sammenhæng. "Background variables seem to influence communicative behaviours, these behaviours in their turn have an effect on patient outcomes. Whether all of these variables are in fact related to each other, and if so, in what way, should be studied empirically." (Ong et al 1995, s. 915). For at vise en sammenhæng mellem input-proces-outcome er det nødvendigt at operere med på forhånd velafgrænsede variable, der kan kodes (gerne efter standardiseret metode¹⁰) og analyseres med henblik på statistisk sammenhæng. Som ovenstående diskussion har vist, er det dog vanskeligt at udpege væsentlige, afgrænsede variable i studiet af konsultationssamtaler. Patientens helbred kan ikke måles som resultat direkte af konsultationssamtalen, og der synes at være både indholdsmæssige og metodologiske problemer forbundet med brugen af tilfredshed og compliance som outcome. Foreløbige studier af input viser betydning af læge- og patientkarakteristika men ingen entydige sammenhænge.

⁹ I forlængelse af disse studier eksisterer en række 'skoler', der ofte med et psykoterapeutisk udgangspunkt har til formål at gøre læger bedre til at kommunikere med deres patienter; eksempelvis BATHE-modellen (Kallerup H, Lunde IM. En anderledes måde at tale med patienter på. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1999;77:387-397) eller Balint-grupper (Balint M. The doctor, the patient and the illness. 2. reviderede udgave. New York: International Universities Press, 1972)

¹⁰ En af de ofte anvendte er Bales Interaction Process Analysis (BIPA), der blev benyttet direkte af Korsch og Negrete og i modificeret form af Byrne og Long, og som siden er videreudviklet som Roter's Interaction Analysis System (RIAS) specielt mhp anvendelse til læge-patient samtaler.

Jeg mener, at problemerne omkring studiet af input blandt andet kan ses som resultat af, at variabel-studierne i forlængelse af forståelsen af kommunikation som en simpel afsender-modtager informationsoverbringelse ikke inddrager strukturelle forhold så som betydningen af dominansforhold i den institutionaliserede samtale og sundhedsvæsenets organisering. Mishlers arbejde kan dog betragtes som et forsøg på bedre inddragelse af konteksten i denne retning, og også ganske nye studier af læge-patientsamtaler er gået i denne retning.

Blandt disse er en undersøgelse af Fisher fra USA, der har til formål at vise, hvorledes både den samfundsmæssige organisering, organiseringen af det lægelige arbejde og kommunikationen mellem læge og patient har betydning for den lægefaglige afgørelse (Fisher 1993). I undersøgelsen blev 21 kvinder med abnorm PAP-smear fulgt i indtil 2 år igennem diagnose og behandling. Materialet inkluderer både båndoptagelse af alle samtaler mellem kvinderne og deres behandlere, langvarige observationsstudier fra de to klinikker, kvinderne blev henvist til og hvor samtalerne foregik, samt en række interview med kvinderne og personalet på klinikkerne. Mens den ene af de to klinikker var bemandet med faste speciallæger, tog imod kvinder henvist fra egen læge og havde gode rumlige forhold med venteværelse og separate konsultations- og undersøgelseslokaler, var den anden bemandet med skiftende læger, fik henvist patienter fra de sociale myndigheder og offentlige klinikker og havde langt dårligere fysiske betingelser; ingen venturum, ingen adskilte konsultationsrum osv. Undersøgelsen viser, at mens ingen af kvinderne på den første klinik fik fjernet livmoderen, gjaldt dette for 7 af 13 kvinder på den anden klinik, selvom tegnene på sygdom ikke syntes mere alvorlige for denne anden gruppe af kvinder¹¹. Afgørelsen om, hvilken behandling kvinderne skulle have, synes således ikke at være baseret på rent lægefaglige vurderinger. Undersøgelsens analyser af den sociale kontekst, arbejdets organisering og kommunikationen viste, at beslutningen omkring behandling snarere skulle findes ved en sammentænkning af de nævnte analytiske niveauer. Således havde kvindernes sociale baggrund og lægernes tilknytning til klinikken og grad af specialisering betydning for, i hvilken udstrækning lægen foreslog alternative behandlinger eller kvinden selv spurgte om det, og for hvorvidt lægen benyttede sig af en overtalende reto-

¹¹ En dansk undersøgelse om behandling af brystkræft viste tilsvarende, at selvom der ikke var sammenhæng mellem socialklasse og tumorstørrelse på diagnosetidspunktet, var der en tydelig social gradient i behandlingen, således at kvinder fra lavere sociale klasser oftere fik fjernet brystet (Nørredam M, et al. Effects of social class on tumour size at diagnosis and surgical treatment in Danish women with breast cancer. *Social Science and Medicine* 1998; 47(11):1659-1663). Samme forskergruppe undersøgte tumorstørrelse ved diagnosetidspunktet blandt indvandrerkvinder og danske kvinder og fandt en tendens i retning af, at indvandrerkvinder blev diagnosticeret med større tumorer (Nørredam M, et al. Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen. *Ugeskrift for Læger* 1999;161(31):4385-4388). Undersøgelserne konkluderer, at der kan være tale om henholdsvis social ulighed i leveringen af ydelser og en etnicitets betinget ulige adgang til sundhedsvæsenet. Ingen af undersøgelserne omhandler dog som Fishers undersøgelse mekanismerne bag denne ulighed, herunder betydningen af kommunikationen mellem læge og patient.

rik eller præsenterede alternativerne mere åbent. De fysiske rum, hvori samtalen foregik, havde betydning, idet det blev opfattet som en barriere - ikke mindst for kvindernes deltagelse i samtalen - når denne skulle foregå ved sengekanten, når kvinden ikke var fuldt påklædt og i et rum, hvor andre ventende kvinder kunne overheøre samtalen (Fisher 1993). Fishers undersøgelser er efter min mening enestående med hensyn til inddragelse af kontekstens betydning for samtalen og for koblingen mellem input, proces og outcome. Det er dog karakteristisk, at selvom Fishers undersøgelse benytter kvalitativ, antropologisk metode og ikke omfatter statistisk analyse af sammenhænge mellem variable har den alligevel et velafgrænset, målbart outcome-mål: fjernelse af livmoderen eller anden behandling.

Forsøget på at rumme kontekstens betydning for kommunikation i læge-patient samtaler udvides i nyere studier til at omfatte kontekst ikke blot forstået som det, der blev sagt tidligere i samtalen, men som et spørgsmål om kommunikation som socialt og kulturelt betinget interaktion; om aktører, læger og patienter, der handler på baggrund af deres forestillinger om og position i den sociale organisering i sundhedsvæsenets institutioner og i samfundet. Der er således tale om - også i nyere studier af læge-patientsamtaler - at forsøge at overskride de klassiske dikotomier: "bridging what has been called the macro-micro gap" (Fisher & Todd 1993, s. 9). Således flyttes fokus fra studier, der ser på association mellem variable, til studier af de interaktionelle "processes at work" (Pendleton 1983, s. 46): dvs. til studier der viser kommunikation i kontekst; til diskurs-baserede studier (Fisher 1993, s. 178). Det er i forlængelse heraf, min undersøgelse skal forstås. Undersøgelsens overordnede problemstilling, som den fremgår af indledningen, er at skabe forståelse for forhold, der virker betydende for kommunikationen i den almene, to-sprogede og to-kulturelle konsultationssamtale i Grønland, og for mulige sammenhænge mellem disse forhold. Undersøgelsen har således ikke til formål at vise, at der er sammenhæng mellem input, proces og outcome, men forsøger der imod at belyse de mekanismer, der kunne gøre en sådan sammenhæng mulig.

Undersøgelsen har empirisk fokus på processtudiet. Jeg undersøger læge-patientsamtalen som social interaktion, hvilket medfører, at jeg inddrager input som en refleksiv sammentænkning af den kontekst, hvori lægen og patienten kommunikerer, og den kontekst hvorfra deres betydningsdannelse udspringer. Outcome inddrages - på linje med Byrne og Longs samt Mishlers studier - som et spørgsmål om, hvorvidt parterne forstår hinanden og det mål, de hver især måtte have for samtalen. Som sådan betragtes patientens muligheder for at indgå aktivt i samtalen og inddrage egne ønsker for konsultationen som et mål for konsultationen, ikke mindst på baggrund af den beskrevne litteraturs påvisning af, at netop disse processer har betydning også for patientens efterfølgende tilfredshed, compliance og helbred.

Tolkning og tolkenes funktion

Konsultationssamtalen mellem læge og patient i Grønland kan, som det er fremgået, karakteriseres som interkulturel og institutionaliseret - samtidig gælder, at den for omtrent halvdelen af konsultationernes tilfælde er tolket. Litteraturen om tolkning er mest omfattende, hvad angår vejledninger og lærebøger om tolkeetik og oversættelse udarbejdet af uddannelsesinstitutioner, der uddanner eller har kurser for tolke (eksempelvis Hamerik 1989), og hvad angår pjecer og kursusmateriale om kulturel kompetence udarbejdet af organisationer og offentlige myndigheder til brug for tolkebrugere (eksempelvis Holm & Sørensen 1993). Lings arbejde, *Dynamisk tolkning*, fremstår som en samlet dansk gennemgang af hele dette område og handler således om såvel tolkeetik og tolkeuddannelse som overvejelser af brug af tolk og mulighederne for uddannelse af brugerne (Lings 1988). Den nævnte litteratur er knyttet til praksis og kan derfor - udover som en god introduktion til tolkenes arbejdsområde og problemstillinger i relation til brug af tolk - ikke anvendes som analytisk indgang til feltet. Der eksisterer meget lidt litteratur om metodologiske overvejelser af brug af tolk, hvilket ifølge Elverdam ikke mindst skyldes, at det i indvandrerforskningen og antropologien har været en uskreven regel, at man skulle kunne sproget selv, men hvor brug af tolk og feltassistenter givet har været mere udbredt end litteraturen viser (Elverdam 1991). Elverdam skriver således, at hun i sundhedsvæsenets møde med indvandrerpatienten til stadighed mødes med overvejelser om "behovet for at bruge tolk, frustrationerne ved ikke at bruge tolk, overvejelser om hvornår og hvordan man skal bruge tolk" (Elverdam 1991, s. 221). Ligeledes er tolkning kun i relativt beskedent omfang blevet behandlet i forskningsmæssig sammenhæng (Dyhr 1996). I det følgende præsenteres de overordnede overvejelser om tolkning i konsultationssamtalen og tolkens funktion for samtalen. Konkrete resultater fra de beskrevne undersøgelser fremstilles i forlængelse af det analytiske arbejde.

Tolkning i konsultationssamtaler kan karakteriseres som dialogtolkning, det vil sige mundtlig, her-og-nu tolkning, hvor tolken er fysisk tilstede i konsultationen. Ofte vil tolken sidde mellem lægen og patienten og således indgå i den sociale proces, der definerer konsultationen (Wadensjö 1992). Tolken vil uvægerligt indgå som en person, de andre forholder sig, og tolkearbejdet vil være påvirket af de umiddelbare reaktioner, tolken oplever i løbet af samtalen. Her ved adskiller dialogtolkningen sig fra konferencetolkningen, hvor tolken ikke er tilstede og derfor ikke indgår i og påvirker samtalen i samme grad (Galal & Galal 1999; Lings 1988). Wadensjö lægger vægt på, at forståelsen af den mundtlige tolkning ikke kan adskilles fra forståelsen af situationen og forståelsen af de tilstedeværendes gensidige forhold til hinanden (Wadensjö 1992). Jeg mener, som for de øvrige deltagere i den institutionaliserede samtale, at denne forståelse bør fokuseres omkring tolkens position som ansat på sygehuset, grønlænder, en der kender patienten osv. snarere end til specifikke individer. Specifikke individer indgår forskelligt og håndterer positionen forskelligt, men

det er den socialt skabte position, de øvrige parter først og fremmest forholder sig til.

I dialogtolkningen vil tolken oversætte umiddelbart efter den ene part har talt, vente mens den anden taler og så oversætte tilbage til den første. Tolken kan derfor ikke som ved skriftlig oversættelse bruge tid på at tænke grundigt hverken over sin forståelse af det sagte eller over formuleringer i sin oversættelse mellem de to sprog, og dette skaber problemer ikke mindst for oversættelse mellem grønlandsk og dansk. De to sprog er meget forskellige, både hvad angår den virkelighed, ordene refererer til, og måske især hvad angår opbygningen af syntaksen (Rischel 1996; Fortescue 1997). Det er således ikke muligt, som det ville være for oversættelse mellem eksempelvis to europæiske sprog, at oversætte et ord ad gangen; mellem grønlandsk og dansk er det i vid udstrækning nødvendigt hele tiden at oversætte i sætninger som mindste enhed. Yderligere gælder, at tolkene ikke er to-sprogede men taler dansk som deres andetsprog. Nogle tolke taler godt dansk, men andre har kun haft dansk som fremmedsprog i deres almindelige skolegang og taler blot nogenlunde dansk. Endelig gælder det for oversættelse i sundhedsvæsenet, at ikke blot lægefaglige termer men også en lang række mere almindelige ord for kroppen, sygdom og sundhed enten ikke findes på grønlandsk eller har forskellig betydning byerne imellem, hvorfor det alligevel er mest hensigtsmæssigt for tolken og patienten at bruge de danske ord.

Set i et kommunikationsperspektiv skal tolken ikke blot oversætte men snarere udføre en række betydningsdannelsesprocesser. Tolken skal danne mening på basis af det, den første person siger, denne mening skal så transformeres til et andet sprogs forestillingsverden og gennem oversættelse formidles videre som noget, der gerne skulle repræsentere den oprindelige mening. Der er således tale om en dobbelt betydningsdannelsesproces, der indebærer formidling af mening, og som ligger udover de lingvistiske problemer med oversættelse mellem to sprog på basis af eksempelvis forskelle i sprogopbygning (Werner & Campbell 1973). "Tolken indgår i en kommunikationsproces, hvor det er hans eller hendes opgave af hjælpe afsendere med at formidle budskabet, så det forstås af modtageren i størst mulig overensstemmelse med afsenderens mening. Tolken bliver en aktivitet, hvorigennem der skabes mening eller forståelse, og det er budskaber, ikke sprog, som oversættes eller formidles under dialogtolkningen" (Galal & Galal 1999, s. 103). Eller som Luckmann formulerer det: "Because language reflects a person's reality, experience, culture, and world view, interpreters do not focus on word-to-word equivalence, but rather on the accurate expression of equivalent meaning" (Luckmann 2000). Dialogtolken skal således ikke blot mestre to sprog men også være i stand til at skabe mening i forskellige kulturelle forestillingsverdener og diskurssystemer (Knapp-Potthoff & Knapp 1987). Galal og Galal viser, hvorledes brugen af religiøse vendinger i det arabiske sprog dækker over en betydning, der er forskellig fra den, der fremgår, når samme vending oversættes direkte til dansk (Galal & Galal 1999). Harrison analyserer konsultationer mellem engelske læger og asiatiske

patienter og viser, hvorledes patienternes kulturelle baggrund, navnlig familie- og tidsopfattelse, påvirker både deres sprogbrug og forståelsen i konsultations-samtalen (Harrison et al 1988). Opfattelsen af familie og tid er klassiske antropologiske analysebegreber, der giver mening også i en grønlandsk sammenhæng (Curtis & Palludan 1992), og som - på linje med sundhedsopfattelse og brug af ord for krop og sygdom - må medtænkes i analysen relateret til tolkning.

Udover at formidle kulturelt betinget sprogbrug, at finde de ord, der bedst beskriver budskabet, kan tolkene fungere i en medierende rolle, hvor de i form af egne tilføjelser eller forklaringer formidler mere eksplicit viden om kulturelle og samfundsmæssige sammenhænge (Galal & Galal 1999; Elverdam 1991). John O'Neils undersøgelse af tolkede konsultationer i sundhedsvæsenet blandt inuitbefolkningen i Nordcanada omhandler blandt andet lægernes problemer med forståelse af patientens kulturelle baggrund (O'Neil et al 1988). Som i Grønland kommer lægen i Nordcanada udefra, mens tolken er en del af lokalsamfundet. Tolken kan i og med sin position mellem samfundet og sundhedsvæsenet fungere som patientens talsmand, advocacy benævnes den (O'Neil et al 1990).

Litteraturen peger således på, dels at selve tolkens tilstedeværelse påvirker samtalsituationen mellem lægen og patienten, dels at tolkens arbejde må betragtes i lyset af både oversættelse, fortolkning og mediering og at hver af disse funktioner vil have indflydelse på forståelsen i samtalen.

Undersøgelsens analysemodel

Det teoretiske fundament for undersøgelsen omfatter forståelse af sammenhænge mellem menneske, kultur og kommunikation og forståelse for de særlige forhold, der gør sig gældende for institutionaliserede og tolkede samtaler. Denne viden blev indledningsvis i undersøgelsen og som udgangspunkt for dataindsamlingen forsøgt sammentænkt indenfor rammerne af *forståelsesmodellen* (Hantho et al 1995; Hermann 1996). Forståelsesmodellen er udviklet til analyse af samtaler hos den praktiserende læge i Danmark og omfatter fire elementer, der teoretisk anses som konstituerende for samtalen: den foregår inden for en ramme, om et emne, mellem personer og gennem handling (Hantho et al 1995). Modellen er således meget simpel, men den syntes alligevel i de indledende faser af undersøgelsen at kunne rumme det teoretiske perspektivs forståelser. Overordnet set var det afgørende, at den danske og min grønlandske undersøgelse delte den samme bagvedliggende interesse for forståelse i samtalen, snarere end det der i sprogvidenskaben betegnes som henholdsvis samtals grammatik og administrationen af samtalen (Herman 1996). Desuden syntes det væsentligt, at modellen definerer det at samtale som en handling, fordi der således åbnes op for forståelsen af såvel afsendelse som modtagelse af sprog som betydningsdannelsesprocesser. Ligeledes indgår personer i

modellen, hvorved det blev muligt at medtænke såvel positioner som forskellige personers forskellige sociale og kulturelle baggrunde. Endelig forekom elementet ramme som særlig velegnet til forståelse af den institutionaliserede samtale. Forskergruppen bag modellen pointerer netop, at elementerne i institutionaliserede samtaler så som konsultationssamtalen vil være mere strukturerede end i almindelige hverdagsamtaler, og dette gælder ikke mindst den fysiske ramme, lægens konsultationslokale og den ganske snævre tidsramme, der er afsat til konsultationen.

De fire elementer ramme, emne, personer og handling var styrende for udarbejdelsen af dataindsamlingens interviewguide og for de indledende analyser. Modellen viste sig dog undervejs i forløbet ikke at være tilstrækkelig specifik i forhold til den givne problemstilling og empiriske felt og derfor ikke velegnet til brug for analysen af det samlede materiale. Undersøgelsens analysemodel er derfor udviklet ved at kombinere forståelsesmodellen og resultater fra de indledende analyser med supplerende teori. Den udviklede analysemodel adskiller sig blandt andet fra forståelsesmodellen ved at indeholde elementet kontekst i stedet for ramme. Dette skyldes, at ramme i de indledende analyser viste sig som et begreb, der hovedsageligt egnede sig til forståelse af den nære konteksts betydning for samtalen, herunder konsultationsrummet og tidsrammerne som nævnt af forskerne bag forståelsesmodellen. Derimod egner ramme sig mindre godt til forståelse af den bredere kontekst, der skaber baggrund ikke blot for konsultationssamtalen men også for deltagernes sociale og kulturelle baggrund og deres positioner i samtalen. Kontekst som analytisk element kan således i modsætning til ramme rumme forståelser fra forskningen om interkulturel kommunikation samt nyere forskning om læge-patientsamtalen.

Gennem forståelsen af kontekstens overordnede betydning for konsultationssamtalen har kategorien personer fra undersøgelsens start været betragtet relationelt. Der har således været blik ikke for individuelle personer men for parternes relationer til hinanden og i nogen udstrækning også for deres positioner i samfundets sociale og kulturelle organisering. Jeg valgte at anvende begrebet forventninger som kategori i den udviklede analysemodel, fordi de indledende analyser såvel som det teoretiske fundament viste, at parternes fortolkning af hinandens budskaber og deres deltagelse i samtalen i meget vid udstrækning kan betragtes som et resultat af deres forventninger til hinanden (Jensen og Løngreen 1995), og at disse forventninger er resultatet af både interpersonelle og positionelle erfaringer og forestillinger.

Handling som karakteristik i forståelsesmodellen viste sig ikke velegnet som analytisk begreb, og det er øjensynligt heller ikke et aspekt ved samtalen, som gruppen bag forståelsesmodellen har fokuseret på. Det var derfor nødvendigt at anvende et begreb, der i højere udstrækning kunne indfange samtalen struktur og deltagernes funktion i samtalen. Jeg har valgt handlen som begreb for analysemodellen i erkendelse af, at kommunikativ handlen som social praksis kan betragtes som et bindeled for relationen mellem mennesker og den sociale orga-

nisering. Ved ikke blot at se på den enkelte handling men i stedet fokusere på handlen, det at handle og måden man handler på, fungerer begrebet i relation til såvel kontekst som til relationer mellem parterne i samtalen.

Analysekategorien emnet forstået som, hvad parterne konkret taler om, viste sig i de indledende analyser kun i begrænset omfang at være velegnet til forståelse af de forhold, der virker betydende for samtalen og af de mulige sammenhænge mellem disse forhold. Snarere indgik emnet for samtalen som en del af analyserne i hver af de tre øvrige kategorier. Tidsopfattelse og behovet for præcis information i den tolkede samtale indgår i analyseelementet kontekst som illustration af, hvorledes parternes kontekstbestemte forskellige betydningsdannelse påvirker den måde, hvorpå de taler om og forstår specifikke emner. Sygdomsopfattelse som emne indgår i analysen af patienternes forestillinger og forventninger til sundhedsvæsenet og lægekonsultationen, og emnet for den del af tolkenes tale, der går ud over den rene oversættelse, indgår i analysen af tolkenes mangeartede funktioner og i den afsluttende fortolkning.

Den udviklede analysemodel omfatter således kategorierne: Kontekst, forventninger og handlen. I forhold til forståelsesmodellen udmærker den udviklede analysemodel sig dels som en model, der er bedre i stand til at medtænke den sociale organisering og dels som en mere dynamisk model, hvor elementerne indbyrdes relaterer sig til hinanden. Der er således ikke tale om kategorier, der kan adskilles empirisk, men derimod analytiske begreber, der alle i forskelligt omfang griber ind i hinanden. De bliver i analysen benyttet som forskellige perspektiver, der anlægges på det samme materiale, og som producerer forskellig men sammenhængende viden.

Fortolkningerne, der i denne fremstilling følger efter og fungerer som opsamling på beskrivelsen af temaanalysen og kommunikationsanalysens fund, relateres direkte til undersøgelsens to overordnede problemstillinger. Den ene problemstilling omhandler tolkens indflydelse på forløb og indhold af læge-patientensamtalen. Fortolkningen heraf tager udgangspunkt i tolkens mangeartede funktioner i samtalen og den manglende enighed omkring, hvori tolkens arbejde skal bestå og inddrager desuden betydningen af lægens og patientens tillid til tolken. Den anden problemstilling, der præsenteres som et resultat af den samlede fortolkning af analyserne, tager udgangspunkt i begreberne forståelse og fællesforståelse som baggrund for undersøgelsens konkluderende belysning af kommunikationsproblemer som følge af den to-sprogede og to-kulturelle konteksts indflydelse på samtalen¹². Mens den ene problemstilling således handler om tolkens og tolkningens betydning for samtalen har den

¹² Kommunikation betragtes, som det bør være fremgået af de tidligere præsenterede teoriasnit, ikke indledningsvis som et normativt begreb; snarere udvikles forståelsen af, hvori kommunikationsproblemer består og hvilke forhold, der påvirker samtalen, som et resultat af undersøgelsens analyser.

anden overordnede fortolkning øje for problemer i relation til lægens og patientens forståelse af det, der foregår i konsultationssamtalen.

I figur 1 præsenteres de overordnede begreber for undersøgelsens data og analyse: forståelsesmodellens elementer som udgangspunkt for dataindsamlingen, begreberne der indgår i analysemodellen, der udvikledes på baggrund af de indledende analyser, samt overskrifter for de to problemstillinger, der er målet for og resultatet af undersøgelsens fortolkningsanalyse.

Figur 1. Overordnede begreber for data og analyse

Model for dataindsamling	Analysemodellen	Fortolkning
Ramme	Kontekst	Tolkens indflydelse på læge-patient samtalen
Emner		
Personer	Forventninger	Kontekstens betydning for forståelsen mellem læge og patient
Handling	Handlen	

3. METODER OG MATERIALE

"Vi kan tit i hverdagen forstå hinanden, men hvis vi skal give en forklaring på, hvori forståelsen består og være sikre på at forståelsen også har det omfang som vi umiddelbart formoder, så er det nødvendigt med en analytisk proces, der ofte ned i detaljen er ganske parallel til hvad en etnolog eller en kultursociolog vil foretage under et feltarbejde. Man observerer, interviewer, laver tekstanalyse og samler og beskriver øvrige artefakter." (Poulsen 1999)

Dataindsamling

Projektet om kommunikation mellem læge og patient i Grønland baseres på en større kvalitativ undersøgelse gennemført i 1996 og 1997. Nedenfor præsenteres først undersøgelsens design; baggrund og en overordnet beskrivelse af det valgte design. Derefter beskrives forløbet af dataindsamlingen; først det indledende arbejde med deltagerinformation og pilotundersøgelse, dernæst videooptagelse og interview, som er de to hovedkomponenter i dataindsamlingen. Overvejelser om valg af transskriptionsmetode og transskriptionens betydning for de efterfølgende analyser efterfølges af en beskrivelse af undersøgelsens analysemetoder. Undervejs i fremstillingen, i tilknytningen til de relevante beskrivelser af metodiske valg, præsenteres undersøgelsens materiale.

Undersøgelsens design

Valg af design, dvs metodologiske overvejelser, skal altid foregå som en direkte samtænkning af det empiriske felt, hvad der skal undersøges, og de problemstillinger man ønsker at arbejde med, hvilket i sidste ende afhænger af hvorfor - med hvilket perspektiv og formål - man ønsker at foretage en undersøgelse (Andersen & Larsen 1995). Formålet med nærværende undersøgelse er at forsøge at skabe viden om, hvilke forhold, der har betydning for kommunikationen i konsultationssamtalen: for tolkens indflydelse på samtalsforløb og indhold og for kontekstens betydning for forståelsen mellem læge og patient. Problemstillingen er i udgangspunktet meget åben, idet der ikke på forhånd eksisterer viden om, hvilke forhold, der er betydende. Det er således ikke muligt på forhånd at afgøre, om det er sprog, kulturelle forskelle, konkrete misforståelser, parternes indre dialog eller andet, der er det interessante i den aktuelle kontekst. Emnemæssigt er der tale om et område, der - selvom det er nyt i Grønland - har været genstand for et antal danske og internationale undersøgelser. Det er derfor muligt at udnytte erfaringer fra tidligere undersøgelser, hvad angår valg af metode til undersøgelse af feltet, såfremt man sikrer sig, at de anvendte metoder og deres forskellige teoretiske anknytninger ikke bygger på meget fastlåste forestillinger om problemstillingernes art. Inspirationen må derfor komme fra allerede gennemførte kvalitative undersøgelser, der som nærvæ-

rende har en eksplorativ indgang til feltet, og som har brugt en metode, der synes velegnet til at åbne op for feltet, snarere end de, der bygger videre på tidligere undersøgelses resultater, og hvis formål i højere grad er hypotese-testende. Ulempen ved de meget bredtfaavnende undersøgelser er, at resultaterne ofte kun kan udsige 'ganske lidt om en masse' snarere end at skabe mulighed for produktion af egentlig ny viden om feltet. Det er derfor nødvendigt at anvende metoder, der kan producere data af en sådan art, at det er muligt at vende tilbage til materialet og foretage yderligere analyser, når den indledende databearbejdning har givet mere præcis viden om hvilke problemstillinger, der er relevante for det aktuelle felt (Silverman 1993).

Undersøgelsens design bygger på en kombination af observation og interview. Observation af konsultationssamtaler skaber mulighed for grundlæggende forståelse af forløbet i samtalen, mens interviewene giver mulighed for viden om, hvad hver af de tre parter i samtalen selv oplever som væsentligt for kommunikationen. Ved denne kombination af metoder fremkommer der - udover min egen, forskerens - yderligere tre forskellige synsvinkler på den samme konsultation. Metoden kan beskrives som en triangulerende selvkonfronteringsmetode, idet metodetriangulering forstås som den samtidige anvendelse af forskellige metoder (Holstein 1995). Optagelsen af observationerne på video og interviewene på bånd samt den efterfølgende transskription skabte datamateriale, som det var muligt at vende tilbage til og genanalysere, efterhånden som de relevante problemstillinger blev belyst.

Med det formål at kunne sammenligne resultaterne af undersøgelserne har jeg i designet i vid udstrækning tilstræbt sammenlignelighed med O'Neils undersøgelse af tolkede konsultationer i Canada (O'Neil et al 1988 og 1990). Inuitbefolkningen i Canada og befolkningen i Grønland har meget tilfælles, og det er almindeligt indenfor sundhedsforskningen at forsøge at lave undersøgelser sammenlignelige. For det aktuelle forskningsfelt gælder yderligere, at også de to sproglige og to-kulturelle vilkår for konsultationssamtaler er sammenlignelige i arktisk Canada og i Grønland. Formålet med den canadiske undersøgelse var at identificere faktorer, der influerer på kvaliteten af sundhedskommunikation (O'Neil et al 1990), og der er således parallelitet mellem de to undersøgelser både i relation til *hvad* og *hvorfor*. Dataindsamlingen til O'Neils undersøgelse foregik i 1987-88, og det var derfor muligt at basere nærværende undersøgelses design på erfaringer fra den canadiske undersøgelse.

Jeg har således valgt at basere undersøgelsen på videooptagelse til observation af konsultationssamtalerne, idet man i den canadiske undersøgelse havde fundet det altafgørende, at den udefrakommende forsker, der ikke behersker konsultationssproget, med videooptagelserne havde kunnet se, hvad der foregik i konsultationen og efterfølgende diskutere indholdet med de dobbeltsprogede forskningsassistenter, der havde stået for optagelsen af konsultationerne. Ligeledes havde man gode erfaringer med efterfølgende interview med parterne i konsultationen, der dog grundet forskernes kun periodevise tilstedeværelse i lokalom-

rådet og beboernes og sundhedspersonalets flytninger ikke altid kunne gennemføres. Jeg opfattede det derfor som nødvendigt for min undersøgelse, at dataindsamlingen foregik indenfor en afgrænset tidsperiode, hvor jeg selv kunne stå for videooptagelserne og foretage interview umiddelbart derefter.

Interviewene med parterne i konsultationen omfatter et gensynsinterview, hvilket vil sige, at parterne hver for sig genser og kommenterer den videooptagede konsultationssamtale. Denne brug af videooptagelsen - ikke blot som udgangspunkt for analyserbare transskriptioner men som baggrund for efterfølgende interview med parterne - blev i international sammenhæng introduceret af Frankel og Beckman, og metoden er siden modificeret af Arborelius og Timpka med henblik på at øge interviewpersonernes kommentering af videooptagelsen (Arborelius & Timpka 1990). Inspirationen til anvendelse af metoden i nærværende undersøgelse er dog især kommet fra Jan-Helge Larsen, der arbejder med undersøgelser af konsultationssamtaler i Danmark¹³. Larsen lægger vægt på metodens egnethed til at skabe indblik i parternes indre dialog, og interviewpersonen opfordres som i Arborelius og Timpkas version af metoden til at kommentere videooptagelsen spontant og ofte, ligesom interviewereren selv stopper videoen og stiller spørgsmål, hvis der er forløbet en given tid uden afbrydelser af videoen.

Også flere af de forskere, der har inspireret min undersøgelse analytisk, har benyttet dataindsamlingsmetoder, der ligger på linje med det triangulerende gensynsinterview. Forskningsgruppen, der står bag *forståelsesmodellen*, anvender båndoptagelser af konsultationer med efterfølgende *genhørsinterview* (Hermann 1996; Hantho et al 1995). Den metodemæssige forskel mellem *genhørs-* og *gensynsinterview* ligger i forlængelse af formålet med undersøgelserne, idet gruppen snarere end et fokus på social handlen havde et sprogsy-kologisk udgangspunkt, hvorfor formålet med *genhørsinterviewene* var at bestemme de sproglige udtryks betydning (Hermann 1996). Derimod har den Haring, hvis undersøgelse har inspireret mig i udviklingen af analytisk værktøj til kommunikationsanalyse, benyttet egentlige *gensynsinterview* (den Haring 1997). Interviewene blev i den Harings undersøgelse dog kun gennemført med den ene part i samtalen, og selve gensynet omfattede blot udvalgte dele af samtaler. Formålet med den Harings *gensynsinterview* synes at have været muligheden for verificering af transskriptioner som repræsentationer af leverandørernes oplevelse af situationen og ikke som i nærværende undersøgelse at skabe egentlig materiale for det videre analysearbejde. Endelig skal her nævnes Mishlers analyser af konsultationssamtaler (Mishler 1984). Mishlers bog er særdeles veludbygget med hensyn til analytiske betragtninger, men bortset fra rigtig gode bemærkninger om transskription, der dog også kan ses som en del af det analytiske arbejde, er der ingen egentlige metodebeskrivelser. Indsamlingen af data beskrives ikke, men der synes at være tale om båndoptagelser af konsultationssamtaler uden efterfølgende interview. Inspirationen fra Mishler

¹³ Personlige samtaler i perioden 1995-2000.

vedrører derfor - snarere end egentlige metodiske værktøjer - det overordnede design og fokus for min undersøgelse, det at lave flere på hinanden følgende analyser af det samme materiale samt ideer til analytiske indfaldsvinkler.

Det valgte design

Undersøgelsen omfatter videooptagelser og interview indsamlet i 1996 og 1997 på tre sygehuse i forskellige regioner i Grønland (tabel 1). Dataindsamlingen er gennemført i faser, således at hvert sygehus kan betragtes som en særskilt fase, der blev afsluttet både hvad angår dataindsamling, transskription og indledende analyse inden næste fase påbegyndtes. Hver dataindsamlingsfase varede 7-10 dage med daglige optagelser og interview. Den efterfølgende analysefase og forberedelser til næste fase betød, at der var cirka et halvt år mellem hver dataindsamling.

Tabel 1. Dataindsamlingen 1996-97

Periode	Dataindsamling
26.2 - 29.2.1996	Pilot-afprøvning af metode i Ilulissat
22.4 - 1.5.1996	Dataindsamling i Ilulissat (33 videooptagelser og 10 interview)
Forår/sommer 1996	Transskription og indledende analyse af materialet fra Ilulissat, Interviewguide til Nuuk
16.-20.9 1996 + 23.-24.10 1996	Dataindsamling i Nuuk (22 videooptagelser og 11 interview)
Vinter 1996	Transskription og indledende analyse af materialet fra Nuuk, Interviewguide til Sisimiut
10.3-19.3.1997	Dataindsamling i Sisimiut (33 videooptagelser og 14 interview)
Forår/sommer 1997	Transskription af materialet fra Sisimiut Sammenstilling af det samlede materiale

Der er i alt videooptaget 88 konsultationer. På ét sygehus blev der optaget 22 konsultationer, i de to øvrige byer blev der ved hvert sygehus optaget 33 konsultationer. Blandt de optagede konsultationer fra hvert sygehus udvalgte 4-5 optagelser, hvor patienten, lægen og en eventuel tolk efter konsultationen hver for sig blev bedt om at gense og kommentere videoen. I alt er der gennemført gensynsinterview med 12 patienter, 13 læger (1 læge to gange) og 8 tolke (1 tolk to gange). Såvel de bandede gensynsinterview som videooptagelsen af de tilhørende konsultationer er blevet transskriberet og oversat til dansk. Hvert sæt af transskriberede interviews med tilhørende konsultation betegnes en case. Der er i alt 14 cases, og det er dette skriftlige materiale, der danner grundlaget for undersøgelsens analyser.

De 14 cases omfatter cirka 600 sider analyseklare transskriptioner af video- og lydbånd. Desuden består materialet af korte resumeer af konsultationerne udfærdiget ved første gennemsyn og udvælgelse af konsultationer til interview, notater med umiddelbare indtryk efter interviewene og registreringsskemaer med oplysninger om konsultationerne og patienterne. Endelig indgår i materialet også spørgeskemabesvarelser fra alle deltagende læger og tolke med oplysninger om køn, alder og etnicitet, total anciennitet og længde af ansættelse på sygehuset, længde af bopæl i Grønland og sprogkundskaber. Tolkene blev desuden spurgt om uddannelse og almindelige arbejdsfunktion, samt hvorvidt den pågældende var ansat som tolk eller som noget andet. Oplysningerne indgår - som det vil fremgå - kun i meget begrænset omfang i undersøgelsens analyser. Spørgeskemaerne skal hovedsageligt forstås som en organiseret indsamling af baggrundsoplysningerne om materialet på samme vis som skemaerne til registrering af videooptagelser og de deltagende patienter.

Dataindsamlingens kompakte design, hvor der inden for en kort tidsramme skulle gennemføres et stort antal videooptagelser, udvælgelse af deltagere til interview samt efterfølgende interview - foruden møder med personalet på sygehuset og information til befolkningen gennem lokalradio mv - betød, at det var nødvendigt at være mindst to personer om arbejdet. Karo Thomsen blev ansat som projektmedarbejder til denne undersøgelse og deltog som partner i dataindsamlingen samt kommenterede de mellemliggende temaanalyser. Karo Thomsen er grønlænder og grønlandsk-talende og tog som oftest den indledende kontakt til patienterne og informerede om undersøgelsen, ligesom hun gennemførte de fleste interview.

Deltagerinformation og pilotundersøgelse

Inden dataindsamlingen påbegyndtes, blev der indhentet godkendelse fra Kommissionen for Videnskabelige Undersøgelser i Grønland, og befolkningen i de byer, hvor undersøgelsen skulle foregå, blev informeret herom dels gennem plakater, der blev ophængt på sygehuset, dels gennem lokalradio. Patienter, der var blevet henvist til den læge, hvor optagelse skulle finde sted, blev kontakttet personligt af forskerne og informeret mundtligt om undersøgelsen. Desuden udleveredes lægmandsprotokol, ligesom patienten underskrev erklæring om samtykke i deltagelse.

Den indledende kontakt til sygehusene tog form efter, hvorvidt jeg i forvejen kendte ansatte på stedet. Ved et møde for aktive forskere fra Grønland og Danmark afholdt inden projektets opstart blev ideer til undersøgelsens design diskuteret med læger fra to af de senere tre deltagende sygehuse. På baggrund af overvejelser om regionale forskelle mellem sygehusene blev det besluttet af inkludere et tredje sygehus. For det sidste deltagende sygehus bestod kontakten af en telefonopringning til chefdistriktslægen, der efterfølgende tog kontakt til det øvrige personale med henblik på afgørelse om deltagelse. Første kontakt resulterede i afslag, fordi det pågældende sygehus allerede var involveret i et

større forskningsprojekt, og jeg kontaktede derfor endnu et sygehus, der heldigvis accepterede at deltage.

Personalet på sygehuset fik inden dataindsamlingen tilsendt skriftligt materiale om projektet, lægmandsprotokol samt projektbeskrivelse. Umiddelbart inden dataindsamlingen blev der afholdt et møde med deltagelse af de involverede personalegrupper, hvor ikke mindst de praktiske detaljer blev afgjort.

Forud for den egentlige dataindsamling gennemførtes en mindre pilotafprøvning af undersøgelsens metoder, hvor en række praktiske forhold blev afklaret. Blandt andet sikredes anvendeligheden af det udarbejdede registreringsskema, der skulle indeholde informationer om sted og tid, køn og alder for deltagende patienter samt henvendelsesårsag. Desuden blev samarbejdet med skrankepersonalet afprøvet med henblik på afklaring af den mest hensigtsmæssige måde at henvende sig til deltagerne på. Endelig afgjordes i pilotundersøgelsen en række tekniske forhold omkring videoudstyret, brug af linser, placering af kameraet i konsultationsrummene, lysforhold mv. Pilotafprøvningen blev gennemført på det sygehus, hvor også undersøgelsens første egentlige dataindsamlingsfase skulle foregå kort tid derefter.

Videoptagelserne

Selektion af deltagere

De deltagende sygehuse er udvalgt efter regionale forhold, størrelse samt interesse i deltagelse. Jeg var interesseret i sygehuse af en vis størrelse, og hvor der derfor var ansat flere læger. Desuden ønskedes en vis regional spredning, fordi dette har betydning for sygehusets arbejde. Lægerne på lægeklinikken i Nuuk omfatter et relativt fast og for grønlandske forhold stort team af læger, der overordnet set fungerer ligesom praksislæger i Danmark. Lægerne på Kysten er oftere vikarer, de fungerer både som praksis og hospitalslæger og er i højere grad påvirkede af de kun sjældne besøg af speciallæger og nødvendigheden af at måtte evakuere patienterne. For selektion af patienterne har de regionale forskelle såvel kulturelle som sproglige implikationer, fordi befolkningen i yderdistrikter oftere lever et liv baseret på fangst og ikke taler dansk, mens befolkningen i Nuuk og de større byer oftere lever et lønarbejderliv og er fuldt dobbeltsprogede. I undersøgelsen deltog således Lægeklinikken i Nuuk og fra Kysten, Ilulissat og Sisimiut sygehuse¹⁴.

På de to sygehuse på Kysten, hvor der hvert sted arbejder fire læger, var alle læger med i undersøgelsen. På det sidste undersøgelsessted, lægeklinikken i Nuuk, arbejder der 9 læger. Jeg anså det ikke som realistisk for en undersøgelse som denne at inkludere alle 9 læger og udvalgte derfor i første omgang 4 læger på basis af et frivillighedsprincip. Efter den egentlige dataindsamling i Nuuk

¹⁴ I fremstillingen af analysepunktet *kontekst* uddybes denne beskrivelse af sundhedsvæsenet i Grønland.

henvendte endnu en læge sig med ønske om at deltage i undersøgelsen, og der blev derfor gennemført supplerende optagelser og interview med denne læge. I alt deltog således 5 læger fra Nuuk i undersøgelsen.

Tabel 2. Oplysninger om deltagende læger

Oplysninger om deltagende læger, N = 13		
Køn	Kvinder	3
	Mænd	10
Alder	30-40 år	4
	41-50	8
	Over 50	1
Etnicitet	Grønlænder	1
Anciennitet som læge i Grønland	Under 1 år	4
	1-10 år	5
	Mere end 10 år	4
Sprog	Taler flydende grønlandsk	1
	Lidt el. noget grønlandsk	3
	Slet ikke grønlandsk	9

På alle tre sygehuse indvilgede alle tolke i at deltage i undersøgelsen, og tolkene ydede en stor hjælp ved så vidt muligt at sikre optagelse med alle tolke hos hver af lægerne.

Tabel 3. Oplysninger om deltagende tolke

Oplysninger om deltagende tolke, N = 11		
Køn	Kvinder	7
	Mænd	4
Alder	Under 30 år	1
	30-40 år	3
	Over 40 år	7
Etnicitet	Grønlændere	11
Anciennitet som tolk	Under 1 år	2
	1-10 år	6
	Mere end 10 år	3
Uddannelse/andet erhverv	1 litograf, 2 kontomedarbejdere, 1 lægesekretær, 3 tolkeuddannede, 1 sygehjælper, 1 portør, 1 bager, 1 uden uddannelse	

Undersøgelsen inkluderer i princippet alle typer af konsultationer, dog ikke patienter med psykiske sygdomme. Patientgruppen er i nogen grad positivt selekteret i henhold til et ønske om indenfor normalområdet at sikre maksimal variation (Maunsbach & Lunde 1995). Således forsøgte skrankepersonalet ved ikke-forudbestilte konsultationer at henvise forskellige typer af patienter til den læge, der blev optaget den pågældende dag. Det drejer sig om patienter af forskellig køn og alder og med forskellig sproglige kompetence, forskellig kulturel baggrund samt om konsultationer med forskellig henvendelsesårsag.

Tabel 4. Oplysninger om deltagende patienter

Oplysninger om deltagende patienter, N = 80		
Køn	Kvinder (heraf 4 piger)	48
	Mænd (heraf 11 drenge)	32
Alder	Børn (indtil ca. 15 år)	15
	Unge (ca. 16-24 år)	6
	Voksne (ca. 25-55 år)	40
	Over 55	19
Etnicitet	Grønlandere	72
Sprog i konsultationen	Tolkede konsultationer	51
	Dansk	20
	Grønlandsk	9
Henvendelsesårsager	Forkølelse, ører	16
	Skader, ulykker	5
	Smerter i mave/hoved	6
	Led- og muskelsmerter	9
	Øjenproblemer	5
	Luftvejsproblemer	7
	Graviditet, fertilitet	7
	Kønssygdomme mv	4
	Blodtryksskontrol	8
	Kontrol i øvrigt	5
	Diverse (fodsvamp, vorter)	8

Da patientgruppen til ikke-forudbestilte konsultationer navnlig på de mindre sygehuse ikke er særlig omfattende, har tilfældighed snarere end selektion dog været fremherskende. Alle patienter, der denne dag blev henvist til den pågældende læge, blev spurgt om de ville deltage. Blandt de adspurgte patienter ønskede cirka 9 ud af 10 at deltage. Patienterne, der ikke ønskede at deltage, udgjorde ingen specifik aldersgruppe, og de gav som oftest ingen særlig forklaring.

ring på deres afslag. Det er derfor ikke muligt efterfølgende at udlede nogen entydig karakteristik for gruppen. Man kunne forestille sig, at patienter, der for eksempel kom til lægen med kønssygdomme eller for at tale om personlige problemer, i højere grad ville kvie sig ved at deltage, men dette syntes ikke at være tilfældet. Nogle var givetvis generte og ønskede ikke at blive filmet, men de fleste sagde blot umiddelbart nej og blev ikke presset yderligere¹⁵.

Praktisk gennemførelse

Videoptagelserne er gennemført, uden at forskerne har været tilstede i konsultationen. Optagelse foregik ved hjælp af et videokamera på stativ, der blev stillet således i konsultationsrummet, at det faste billede ved automatisk optagelse og brug af vidvinkel så vidt muligt dækkede alle parter ansigter siddende ved bordet i konsultationen. Samtalen i konsultationen er det væsentlige i denne undersøgelse, og optagelserne har derfor ikke skullet indfange fysiske undersøgelser, hvor patient og læge bevæger sig væk fra bordet. I så tilfælde har lægen kunnet slukke for kameraet. Til videoen blev tilsluttet en ekstern mikrofon med lang ledning for at gøre lydoptagelsen så optimal som muligt.

De enkelte læger på sygehusene bruger så vidt muligt samme konsultationsrum hver dag, hvilket gjorde det muligt at opstille videokameraet fast i ét konsultationsrum pr. dag. Kameraet blev opstillet inden dagens konsultationer og hvis det, når dagen var omme vurderedes, at der var tilstrækkelig med optagelser af den pågældende læge, blev kameraet næste dag opstillet i et andet konsultationsrum - og så fremdeles. Denne procedure gjorde det enkelt for skrankepersonalet at udpege potentielle deltagere blandt patienterne, så de kunne kontaktes med henblik på deltagelse i undersøgelsen. Samtidig gjorde proceduren det muligt for skrankepersonalet og tolkene i fællesskab at dirigere tolkene på skift til den pågældende læge. Med den valgte optagelsesprocedure blev det således muligt at opnå optagelser med alle de deltagende læger, et - næsten - tilfældigt udsnit af patienter, og lægens samarbejde med alle tolkene. Til illustration af den praktiske gennemførelse af dataindsamlingen er tidsforløbet for dataindsamlingen i Ilulissat skitseret i tabel 5.

¹⁵ Det er min opfattelse, at patienternes villighed til at deltage i undersøgelsen har været positivt påvirket af, at det var en grønlænder, Karo Thomsen, der havde den indledende kontakt til patienterne. Samtidig er det mit indtryk, at mens Karo umiddelbart accepterede patienternes afslag om deltagelse, ville dette måske være blevet grebet an på en lidt anderledes måde, hvis det havde været en dansker. En dansker ville uden at presse patienterne til deltagelse måske alligevel forsøge at fortælle yderligere om undersøgelsen osv. Dette er også baggrunden for, at der ikke for undersøgelsen er pålidelige oplysninger om patienter, der ikke ønskede at deltage. Det er ærgerligt, men givetvis etisk det rigtige, navnlig når forskeren, som jeg gør det, kommer udefra.

Tabel 5. Dataindsamling i Ilulissat

22.4-1.5.1996	Dataindsamling i Ilulissat
22.4	Ankomst, opstilling af udstyr mv.
23.4	Introduktionsmøde med personalet 10 optagelser med Ilu-læge 1 Gennemsyn af dagens optagelser Selektion af optagelse til interview (case 1: Ilu-læge 1/Ilu-patient 2)
24.4	8 optagelser med Ilu-læge 2 Gennemsyn af dagens optagelser Selektion af optagelse til interview (case 2: Ilu-læge 2/Ilu-tolk 1/Ilu-patient 14)
25.4	Interview med Ilu-patient 2 Interview med Ilu-patient 14 Information om projektet i direkte lokalradioprogram
26.4	6 optagelser med Ilu-læge 3 Gennemsyn af dagens optagelser Selektion af optagelse til interview (case 3: Ilu-læge 3/Ilu-patient 15) Interview med Ilu-læge 1 Interview med Ilu-læge 2
28.4	Interview med Ilu-patient 15 Interview med Ilu-læge 3
29.4	9 optagelser med Ilu-læge 3 Gennemsyn af dagens optagelser Selektion af optagelse til interview (case 4: Ilu-læge 4/Ilu-tolk 2/Ilu-patient 27) Interview med Ilu-læge 4 Interview med Ilu-tolk 2
30.4	Interview med Ilu-patient 27
1.5	Interview med Ilu-tolk 1 Evalueringsmøde med personalet

Interview

Hver eftermiddag i dataindsamlingsperioderne blev dagens optagelser gennemset og blandt de optagede konsultationer blev én udvalgt til efterfølgende interview med parterne i konsultationen. Der var flere kriterier for udvælgelse, og som for interviewguiderne blev også disse kriterier præciseret undervejs i undersøgelsesforløbet. Først og fremmest skulle den valgte konsultation i nogen grad følge et 'normal-forløb' for konsultationer: patienten beskriver sine symptomer eller problemer, lægen stiller en række uddybende spørgsmål, patientens sygehistorie og helbredsstatus i almindelighed diskuteres og kommenteres.

res, og lægen foreslår årsager til problemerne samt mulige handlingsforløb (jf teoriafsnittet om den institutionaliserede konsultationssamtale).

Figur 2. Selektion af cases

Interessen har i denne undersøgelse været at skabe forståelse for kommunikationen i almindelige konsultationssamtaler, og konsultationer, der i udstrakt grad afveg fra ovenstående forløb, blev derfor fravalgt. Ligeledes fravalgtes de – ganske få - konsultationer, hvor kommunikationen og konsultationsforløbet i det hele taget åbenlyst overhovedet ikke fungerede. Interessen bag undersøgelsen har aldrig været at påpege tilfælde af 'katastrofe'-konsultationer, som uden tvivl aldrig helt kan undgås. Samtidig foregik den endelige udvælgelse af delta-

gere til interview blandt de egnede normal-konsultationer dog udfra et ønske om, at der i konsultationsforløbet skulle foregå noget, som jeg var interesseret i at tale nærmere med parterne om. Det drejede sig ofte om noget, som umiddelbart fremstod som en usikkerhed i forståelsen mellem parterne eller om noget, der havde at gøre med relationen mellem parterne; enten at samtalen bar præg af, at parterne på forhånd kendte hinanden og derfor kunne tale indforstået til hinanden på en måde, så jeg som udenforstående ikke umiddelbart kunne forstå deres samtale, eller det kunne dreje sig om, at patienten syntes utilfreds med konsultation, eller at lægen syntes utålmodig overfor patienten. Endelig havde det betydning for udvælgelsen af interviewdeltagere, at jeg ønskede at interviewpersonerne skulle være interesserede i og også fysisk i stand til at tale at gennemføre et interview. Derfor frasorteredes de meget syge eller meget gamle mennesker, der kun med besvær var i stand til at gennemføre en almindelig samtale.

Udvælgelsen blev foretaget som resultat blandt andet af mine diskussioner med forskningsassistenten Karo Thomsen, og dette har betydning i og med vores forskellige positioner i forhold til det empiriske felt; vi hørte noget forskelligt, fordi mit modersmål er dansk og Karos grønlandsk, og fordi jeg kun hørte en del af samtalen, mens hun kunne forstå det hele; og vi så noget forskelligt, fordi Karo hele tiden både så og hørte, mens jeg koncentrerede mig om at se, når samtalen foregik på grønlandsk¹⁶.

Udvælgelsen af konsultationssamtaler til cases, hvor parterne efterfølgende skulle interviewes, udgør en væsentlig selektion af undersøgelsens materiale, og kan således betragtes som en selvstændig analysefase. Det generelle kriterium for udvælgelse har som det fremgår af ovenstående været det almindelige: det almindelige, faseopdelte konsultationsforløb og den almindelige, tilfældige patient. Patienterne i de 14 udvalgte cases er to kvinder og tre mænd på cirka 30 år, en kvinde og to mænd på cirka 50 år, tre ældre kvinder og en ældre mand over 60 år samt 2 børn: en 1-årig dreng ledsaget af sin mor, og en pige på 7 år

¹⁶ Eksempelvis var Karo i stand til at bemærke situationer, hvor parterne syntes at tøve med at sige noget eller gav indtryk af at sige noget andet end det, de egentlig ville. Sådanne indtryk baseret på ansigtsmimik og kropssprog er i måske endnu videre udstrækning end forståelse af sprog afhængig af kulturbundne forestillinger. Ligeledes var Karo naturligvis i stand til at opdage, når oversættelsen mellem konsultationssamtalens to sprog ikke var optimal. Jeg kunne til gengæld bedre end Karo opdage sproglige formuleringer, der i den danske oversættelse forekom anderledes og svært at forstå den præcise mening med, og som derfor også måtte være svært for lægen at forstå. Jeg kunne sætte mig ind i lægens muligheder for forståelse i samtalen, fordi jeg netop - som han - kun kunne forstå det, der blev sagt på dansk. Dette gav mig også rig lejlighed til at undres, når jeg ikke forstod, hvad der foregik i konsultationssamtalen, men hvor lægen ikke spurgte eller på anden vis reagerede. Min position som udefrakommende uden indgående kendskab til sundhedsvæsenets organisering førte også til undren over, hvorfor ting, der for en indenforstående virker naturlige, foregår som de gør. Det gælder eksempelvis spørgsmål omkring hvem der bestemmer, om der skal bruges tolk, hvordan tilkaldelsen af tolke til en given konsultation foregår osv.

ledsaget af sin far. Problemerne, der præsenteres, omfatter: menstruationsmerter, eksem, tre med smerter i arme eller skuldre, øresmerter, to med blodtryksskontrol, ønske om abort, forkølelse, ondt i maven, rygsmerter, bronchitiskontrol og kontrol af babyens hjertelyd. Som det fremgår ved sammenligning med tabel 4 udgør disse en pæn blanding af de optagede konsultationer. Samtidig gav netop disse udvalgte konsultationer anledning til undring over specifikke situationer og lyst til at finde ud af, hvad der mon var på spil. Det er denne undring - der ved hjælp af optagelsen af konsultationerne samt deltagerens oplysninger fra interviewene - behandles i undersøgelsens analyser.

Forberedelse af videostop og udarbejdelse af interviewguide

Interviewene bestod af såvel gensynsinterview som af et almindeligt semi-struktureret kvalitativt interview. Gensynsinterviewene blev forberedt ved udvælgelse af egnede situationer til videostop. I umiddelbar forlængelse af afgørelsen om, hvilken konsultation der skulle danne baggrund for gensynsinterviewene, blev denne konsultation genset med henblik på at bestemme situationer i konsultationssamtalen, som det ville være særlig interessant at høre parternes mening om. Til hver af disse situationer blev der lavet en lille beskrivelse af, hvori det interessante bestod, formuleret i relation til hver af parterne i konsultationen. Ofte skulle et video-stop gælde for alle parterne i konsultationen, men der var situationer, hvor dette ikke var tilfældet. Situationerne blev noteret i forhold til videoens stoptæller. Et eksempel på beskrivelse af baggrund for udvælgelse af en konsultation til interview samt noter til videostop er vedlagt som bilag 3. Noter nedskrevet umiddelbart efter interviewet med lægen fra samme konsultation er ligeledes vedlagt i bilaget.

Som redskab for interviewene udarbejdedes en interviewguide, specifik for henholdsvis patient, tolk og læge. I første dataindsamlingsfase bestod interviewguiden af få og meget åbne spørgsmål, mens det i de efterfølgende faser var muligt at præcisere guiden. Interviewguiden er således blevet løbende revideret, idet erfaringer fra tidlige interview er indgået som ideer til afprøvning til fremtidige interview (Kalleberg 1982).

I første fase tænkte spørgsmål i direkte relation til forståelsesmodellens karakteristik af kommunikationens fire elementer: ramme, personer, handling og emne. Desuden indgik fra første fase indledende spørgsmål om interviewpersonernes sprogkundskaber, erfaringer med og oplevelse af tolkebrug samt forhåndskendskab til lægen og tolken; ligesom der i alle faser blev stillet afsluttende spørgsmål om interviewpersonens oplevelse af, hvad konsultationen handlede om, og om de generelt oplevede, at parterne i konsultationen forstod hinanden. Patienterne blev spurgt om, hvad de tænkte på efter konsultationen, herunder om de fik spurgt om alt det, de ønskede; lægerne blev spurgt om deres syn på netop den pågældende tolk; og tolkene blev spurgt, om de syntes, det havde været svært at tolke den pågældende konsultation. Også disse almene spørgsmål blev stadig mere præcise undervejs i dataindsamlingen. I anden og

især tredje fase var interviewguiden mere løsrevet fra forståelsesmodellen og omfattede de temaer, der var fremkommet i de mellemliggende temaanalyser. Temaerne og de i analysefasen udarbejdede beskrivelser heraf, dannede baggrund for en egentlig interviewguide med parallel opstilling af temaer og formuleringer af egnede spørgsmål. Spørgsmålene kan betragtes som oversættelse af forskningstemaer til almindeligt sprog, og de er forsøgt formuleret så præcist og enkelt som muligt. Kvaless anbefaling om at erstatte forskningsprocessens 'hvorfor' spørgsmål med 'hvad' og 'hvordan' viste sig hurtigt brugbar (Kvale 1997).

Figur 3. Udvikling af interviewguide

Forståelses-modellen	Ramme	Emne	Personer	Handling
Int.guide, Ilulissat	Tidspres, konsultationens indretning	Emnet for kons., Sygdomsopfattelse	Danske, nye læger, At være 3, kende hinanden	Inuit (autonomi, 'generthed') Tolknings betydning
Int.guide, Nuuk	Fysiske rammer: computeren Tidspres Tilkaldelse tolk Det generelle og det specifikke	Tidsfastsættelse Beskrivelse af smerte Forståelse	Undersøgelse vs. forklaring Forskel mellem grønlandske og danske patienter	3-kants kommunikation Lægernes kontaktførelser Tolken oversætter og formidler
Int.guide, Sisimiut	Brug af journal/computer 2 sprog/kulturer Procedurer for tilkaldelse af tolk	Svære/lette emner Betydningsdannelse/forståelse	Forventninger, Passiv deltag. Tolken som sh-person/samfundsformidler, Lægens respons	Tolkens loyalitet Mistillid til tolken Måder at tale på Patienten som gæst

Den tragtformede udvikling af interviewværktøjerne er skitseret i figur 3, der er udviklet på baggrund af anvendte interviewguides og arbejdsnotater fra de indledende analyser. I bilag 2 er vedlagt: Temaer for 1. dataindsamling, Temaer inklusive beskrivelser heraf til 2. dataindsamlingsfase samt Temaer, beskrivelser og egentlig interviewguide for tolkene til 3. fase.

Den praktiske gennemførelse af interviewene

Videooptagelserne blev efterfulgt af interview med patienten, den eventuelle tolk og lægen hver for sig. Patienterne blev allerede i den indledende kontakt og forespørgsel om deltagelse informeret om, at de måske ville blive kontaktet igen med henblik på interview. For at lette opsporingen af de patienter, der først efter alle dagens optagelser ville blive udvalgt til interview, blev adresse og

telefonnummer noteret. Interviewene blev sædvanligvis gennemført dagen efter konsultationen; i nogle tilfælde var det muligt at gennemføre interview samme dags eftermiddag eller aften, og i enkelte tilfælde gik der op til et par dage efter konsultationen, før interviewene med alle parter var gennemført. Interviewene med læger og tolke foregik som oftest på sygehuset i et uforstyrret rum og efter arbejdstid. Interviewene med patienterne foregik alt efter patientens ønske enten i patientens eget hjem, på hotellet eller på sygehuset - oftest dog i patientens hjem¹⁷. Interviewene blev på baggrund af deltagernes ønske gennemført på grønlandsk eller dansk. Som tidligere beskrevet gennemførte Karo Thomsen størstedelen af interviewene¹⁸.

Interviewene omfattede som nævnt både et almindeligt interviewforløb og et gensynsinterview. Efter en kort præsentation af undersøgelsen og en beskrivelse af interviewforløbet blev de indledende spørgsmål stillet. Herefter blev videooptagelsen af den pågældende konsultation vist på en medbragt monitor. I løbet af gensynet blev videoen standset, både når intervieweren ønskede at spørge om den interviewedes oplevelse af de på forhånd udvalgte situationer, og når den interviewede selv ønskede at kommentere en situation. Interviewpersonerne var på forhånd oplyst om muligheden herfor og næsten alle kommenterede uopfordret situationer, ligesom de meget ofte kommenterede videostopsituationerne, så snart videoen blev stoppet og altså inden, der direkte blev stillet spørgsmål til situationen. Efter gensynet genetableredes det almindelige interviewforløb, og parterne blev nu interviewet om de temaer, der på det pågældende tidspunkt i undersøgelsen var fremkommet som væsentlige, og som var indeholdt i interviewguiden. I den anden og især den tredje dataindsamlingsfase ville en del af disse temaer og konkrete spørgsmål dog på dette tidspunkt allerede være besvaret, idet gensynsinterviewet ofte gav anledning til samtale om de emner, som vi fandt interessante for den pågældende konsultation. Denne frigørelse af interviewstrukturen - hen imod et interview, hvor temaerne blev diskuteret i naturlig forlængelse af de situationer, hvoraf de opstod - kan ses som resultatet af en stadig større fortrolighed omkring, hvilke temaer der var relevante, såvel som en stadig bedre beherskelse af interviewteknikken. Efter gensynet indeholdt interviewet yderligere et antal almene

¹⁷ Materialet er ikke blevet analyseret m.h.p. mulige forskelle i interview med patienter afhængig af interviewstedet. Også i Arborelius og Timpkas undersøgelse har patienterne haft mulighed for at vælge, om interviewet skulle foregå på sygehuset eller i hjemmet. Heller ikke denne undersøgelse omfatter analyser af mulige forskelle mellem interviewene.

¹⁸ Karo gennemførte interviewene med alle grønlandsktalende patienter og med næsten alle tolke og læger. Min opgave under disse interview var - udover at sørge for det tekniske omkring båndoptagelse mv - at fungere som back-up og sikre, at interviewet undervejs omfattede alle de relevante spørgsmål. Mit grønlandske er således akkurat tilstrækkelig godt til, at jeg med en interviewguide i hånden kan forstå - eller gætte mig til - hvad der tales om, og hvad der stadig mangler. For at sikre min og Karos kommunikation omkring interviewenes gennemførelse og indhold, gennemførte jeg et mindre antal interview med dansktalende tolke og læger. Dette gav os mulighed for at diskutere situationer, hvor vi gennemførte interviewene på forskellig måde og vurdere fordele og ulemper ved alternative spørgestrategier og formuleringer.

spørgsmål. Til slut blev interviewpersonerne informeret om det videre arbejde med undersøgelsen og spurgt om deres forventninger til egen deltagelse i undersøgelsen såvel som til undersøgelsens resultater.

Transskription

Transskription består i at transformere det talte sprog til tekst, der kan analyseres. I denne undersøgelse består transskriptionen altså af at gøre lydbilledet og i nogen udstrækning billedsiden af de videooptagede konsultationssamtaler samt lydbilledet af de båndoptagede interview til tekst.

Selvom der allerede i transskriptionen foregår et stort tolkningsarbejde, ofres transformationen af observationer og tale til skriftlig tekst kun sjældent opmærksomhed i beskrivelse af forskningsresultater (Mishler 1984). Talen vil være præget af betoning, svingninger i lydintensitet, pauser, gentagelser, afbrydelser og overlapninger, og det er ikke mindst dette, der sikrer forståelsen i samtalen. I skriftlig form skal betydningen af det talte fortolkes ned i teksten på en sådan måde, at også andre end parterne, der deltog i samtalen, forstår meningen.

Inden transskriptionen påbegyndes, er det nødvendigt at afgøre, hvor stor en del af det talte sprog, der skal kunne aflæses af teksten, og hvorledes dette skal gøres. Inspiration for denne undersøgelses transskriptioner er Dansk Standard 1 (Styringsgruppen for initiativområdet Dansk talesprog i dets variationer 1992). Denne standard refererer dog ikke mindst til transskriptioner, der skal bruges også til sproglige analyser af udtrykstyper, stemmeføring, rytme, pauser, og standarden er derfor blevet betydeligt simplificeret i denne undersøgelse, hvor fokus for analyserne er handlings- og udsagnsaspekterne. Retningslinjerne, der blev bestemt på baggrund af de første transskriptioner, omfatter opstilling af teksten i tidsforløb for at markere afbrydelser og overlapninger, undladelse af brug af grammatiske tegn, så vidt muligt at nedskrive ord som de siges, hvilket også gælder for ord, der ikke udtales nøjagtigt eller ikke afsluttes og for udbrud (ehm, øh). Pauser blev angivet med P. Dele af talen, der ikke kunne høres eller forstås blev, hvis det var muligt med en vis sikkerhed at gætte sig til indholdet, nedskrevet som (?tekst?) eller som (uf), hvis det var helt uforståeligt.

Billedsiden af videooptagelserne er kun i et relativt begrænset omfang medtaget i transskriptionen. Kun ganske få undersøgelser har arbejdet med den visuelle side af kommunikationen, og dette skyldes givet, at der er mangel på såvel analytiske værktøjer som på transskriptionsformer (Frankel 1993; Heath 1986). I denne undersøgelse er billedsiden hovedsageligt inddraget som en beskrivelse af, hvad parterne gør med deres krop, snarere end hvordan de siger tingene. Beskrivelsen af det visuelle er nedskrevet i []. Herved fungerer de som kommentar til transskriptionen af det sproglige udtryk i tilfælde, hvor kropssprog forklarer forløbet i konsultationen, eksempelvis [lægen rykker stolen frem for at

komme tættere på patienten, så han siddende kan lytte til lunger]. Kropssprog er også medtaget i det omfang, det erstatter - eventuelt modsiger - det talte ord, eksempelvis [nikker] [griner] [viser at det gør ondt]¹⁹. Meget påfaldende stemmekvaliteter [spørgende] eller [hviskende] er også noteret. I transskriptionen af gensynsinterviewene, hvor interviewpersonernes kommenterer videooptagelsen, er udskriften påført en note om, hvilken situation der kommenteres.

Selve transskriptionen er foregået ved, at den grønlandsktalende forskningsassistent først har set videooptagelsen af den pågældende konsultation for at få indtryk af, hvad der foregår i konsultationen og af deltagernes måde at tale på²⁰. Lydsiden er dernæst blevet overført på bånd, således at det har været muligt at benytte en diktafon med hastighedssænkning til transskriberingen. Båndet er først blevet hørt igennem og dernæst transskriberet på grønlandsk. Den første transskription vil altid indeholde 'huller', hvor man ikke helt har kunnet forstå, hvad der blev sagt. Ved endnu engang at gennemse videoen og derved placere de uforståelige udtalelser i den kontekst, de er blevet sagt i, har de fleste af disse huller kunnet udfyldes. Samtidig har det ved andet gennemsyn af videooptagelsen været muligt at påføre transskriptionen notater om deltagernes kropslige handlen. Først når den grønlandske transskription var helt færdig, påbegyndtes oversættelsen til dansk (se teoriafsnittet om *Tolkning og tolkenes funktion* angående forskelle mellem grønlandsk og dansk sprog og heraf følgende problemer med oversættelse). Efter transskription og oversættelse af konsultationssamtalen er de tilhørende interview med parterne i konsultationen blevet bearbejdet til tekst. Også for disse transskriptioner har der været tale om både indledende og afsluttende gennemlytninger for at opnå størst mulig forståelse og præcision. Det har i alle tilfælde været samme person, der har gennemført transskription og oversættelse for både konsultationssamtalen og de tilhørende interview (hele cases).

Undersøgelsens materiale omfatter således en grønlandsk og en dansk version af alle transskriptioner, hvorfor det har været muligt at vende tilbage til den oprindelige grønlandske version, hvis meningen i den danske ikke har været tydelig. På grund af problemerne med direkte oversættelse mellem grønlandsk og dansk udgør den danske oversættelse endnu et fortolkningsled i transskriptionsprocessen. Jeg valgte at lade den danske version fremstå så tæt op ad formuleringerne i den grønlandske version som muligt. Det betyder, at sproget i transskriptionerne ofte ikke svarer til den måde, man ville sige det pågældende på dansk. Det gælder ordstillingen i sætningerne, men det gælder også særlige ord eller vendinger, der bruges på grønlandsk, og som så vidt muligt er oversat

¹⁹ Undersøgelsen omfatter en del eksempler på patienter, der benytter ansigtsmimik og ikke-verbalsprog eksempelvis ved svar på spørgsmål fra lægen. Ansigtsmimik anvendes ikke fuldstændig ens i Grønland og Danmark. Grønlandske patienter vil således hæve øjenbrynene snarere end at nikke som bekræftelse på et spørgsmål. Ligeledes er der i undersøgelsen eksempler på læger, der ikke opfatter skuldre, der hæves, eller ben, der flyttes lidt, som tegn på smerte.

²⁰ Denne proces var ikke nødvendig for Karo Thomsen, der havde deltaget i dataindsamlingen og derfor allerede havde godt kendskab til konsultationerne.

direkte til dansk. I tilfælde, hvor dette vanskeliggør forståelsen af det danske, efterfølges udsagnet af en yderligere fortolkning mellem de to sprog i parentes. Der er ingen tvivl om, at oversættelsen fra grønlandsk til dansk udgør en fortolkningsproblematik i sig selv for undersøgelser af denne art. Den negative påvirkning er forsøgt minimeret ved, at transskriptionerne og oversættelserne for manges vedkommende er lavet af Karo Thomsen, der med sit kendskab til projektet har haft fuld forståelse for betydningen af oversættelsen og ikke mindst for nødvendigheden af at følge lige så klare retningslinjer for oversættelsen, som for transskriptionen. De øvrige transskriptioner er foretaget af en grønlandsk forskningsassistent, der er uddannet lingvist og derfor har en særlig baggrund for og interesse for sproglige problemstillinger, og som desuden har været grundigt og løbende informeret om projektet.

Hvad angår citater, der bruges i denne fremstilling, er disse af hensyn til læsevenligheden bearbejdet endnu engang på baggrund af de oprindelige transskriptioner. Først og fremmest er der for citater til fremstilling ikke angivet sammenhængen mellem det sagte og tidsforløbet. I citater begynder alle udsagn helt til venstre i teksten, mens de oprindelige transskriptioner er lavet således, at det er muligt at se, hvorvidt parterne taler samtidig med hinanden, afbryder hinanden, om der er pause i samtalen osv. Tekst, der skulle være egnet til fremstilling, er desuden blevet tilføjet grammatiske tegn, og der er i enkelte tilfælde blevet slettet gentagelser uden betydning for forståelsen. Interviewcitater er skrevet i kursiv, mens uddrag af selve konsultationssamtalerne er skrevet i kursiv i den del af samtalen, der foregår på grønlandsk. Dette vil forhåbentlig lette læserens indtryk af, hvor meget hver af parterne i konsultationen kan forstå. Brugen af 'P' til angivelse af pauser er bibeholdt i fremstillingens citater - det skal læseren sandsynligvis lige vænne sig til. I enkelte interviewcitater forekommer '.....', hvilket betyder, at der er taget tekst ud, der ikke var relevant for forståelsen af den pointe, citatet skulle belyse. Til illustration af undersøgelsens transskriptionsmetode vedlægges som bilag 4 transskriptionen af case 14 i dansk oversættelse.

Analysemetoder

Kommunikation er blevet analyseret ud fra en lang række perspektiver, der i vid udstrækning baseres på, hvilken interesse der ligger til grund for analysen. Sørensen opdeler disse forskelle i interesse i fire grupper: 1) Analyser der vedrører handlingsaspektet, 2) analyser der vedrører udsagnsaspektet, 3) analyser der vedrører bestemte sproglige aspekter, udtrykstyper, stemmeføring, rytme og pauser samt 4) aggregerende analyser, der går udover den direkte beskrivelse af empirien og fortolker denne (Sørensen 1989). Interessen bag min undersøgelse af processer i den interkulturelle, institutionaliserede og tolkede konsultations-samtale i Grønland har snarere end sproglige aspekter at gøre med udsagnsaspektet, handlingsaspektet og den aggregerende analyse. Disse interesser behandles i tre adskilte analyser:

- * en temaanalyse, der beskæftiger sig med hvad der siges i konsultationen, og hvad parterne efterfølgende siger om samtalen (content)
- * en kommunikationsanalyse, der beskæftiger sig med interaktionen mellem samtaleparterne som en kæde af handlingssekvenser (kommunikative processer)
- * og en hermeneutisk fortolkningsanalyse, der forsøger at sammentænke de to tidligere analyser og fortolke resultaterne i en meningsfuld helhed

Der er gennemført temaanalyser efter hver dataindsamlingsfase, dvs tre gange, og resultaterne af disse analyser er brugt som udgangspunkt for henholdsvis interviewguide til fase to og tre samt for udviklingen af den analysemodel, der ligger til grund for det samlede analysearbejde. Kommunikationsanalysen ligger direkte i forlængelse af temaanalysen, idet den fokuserer på forhold, som temaanalysen viste betydningen af men ikke kunne skabe forståelse for. Der gennemføres således to på hinanden følgende analyser af det samme materiale samtidig med, at erkendelserne fra den ene analyse føres videre og undersøges på nye måder i den næste analyse. Denne analytiske arbejdsform er inspireret af Mishlers arbejde med 'interruptive analysis' (Mishler 1984). Både temaanalysen og kommunikationsanalysen er håndværksprægede analyser med en række på forhånd definerede teknikker og processer, der gennemføres i håb om - men uden sikkerhed for - at de må vise sig at kunne producere ny viden. Den afsluttende fortolkning omfatter en syntese, hvor de mest betydende resultater af de to foregående analyser ses i forhold til de samlede erfaringer fra undersøgelsen. Som sådan indebærer den fortolkende analyse et højere abstraktionsniveau end både temaanalysen og kommunikationsanalysen, der begge er direkte forankret i empiriens verbale udtryk eller handlinger (Sørensen 1989). Som opsamling på og genindsættelse af resultaterne af de to foregående analyser i det samlede materiale kan den fortolkende analyse betragtes som en vigtig del af forsøget på den stadige verificering af undersøgelsens resultater.

I figur 4 illustreres de tre analysers placering og relation til typer af kvalitative forskningsdesign (Tesch 1990, her fra Miles & Huberman 1994, s. 7).

Figur 4. Oversigt over kvalitative forskningstyper

Temaanalysen

Temaanalysen indebærer en række kodningsprocesser, hvorved dele af det empiriske materiale sammenfattes i en række temaer, der herefter sammenfattes i et antal overordnede temagrupper, der vurderes som betydningsfulde og relevante for netop det givne empiriske felt (Taylor & Bogdan 1984; Miles & Huberman 1994). Den direkte brug af det empiriske materiale i form af citater eller spørgsmål-svar sekvenser skaber mulighed for at lade materialet have sin egen autonomi, og analysen har fokuseret på, hvad konsultationerne handler om, og hvad parterne selv siger om konsultationen (udsagnsaspektet) (Sørensen 1989). Materialet er indgået i temaer og temagrupper uafhængigt af, hvilke konsultationer eller interview det stammer fra. Der er således tale om en cross-case analyse, hvor formålet er at få øje på temaer, der går igen som regelmæssigheder - eller væsentlige brud med disse regelmæssigheder - på tværs af materialet. Analysen skaber derimod hverken mulighed for forståelse af, hvilke dynamikker indenfor hver enkelt case, der dannede baggrund for temaerne, eller for sammenligning mellem cases (Miles & Huberman 1994).

Der er som beskrevet gennemført tre adskilte temaanalyser, idet der efter hver dataindsamlingsfase blev gennemført analyse af det indsamlede materiale. Analysen i fase 1 kan betragtes som en hypotese genererende fase, hvor den analytiske ramme blev anvendt i forhold til det aktuelle materiale, og der blev opstillet ideer for, hvilke temaer det syntes relevant at gå videre med. I fase 2 præciseredes temaerne yderligere, og der blev opstillet ideer til en række sammenhænge og overordnede temagrupper. I fase 3 bestod interviewguiden til hver af parterne i gensynsinterviewene af en række spørgsmål, der direkte havde til formål at afprøve eller uddybe relevansen af de fremanalyserede temaer.

Hver af faserne i temaanalysen er indledt med flere grundige gennemlæsninger af alle cases; dvs de oversatte transskriptioner af gensynsinterviewene og de videooptagede konsultationer, interviewene refererede til. Ved systematiske genlæsninger er materialet herefter blevet kodet i relation til de på det givne tidspunkt i forløbet relevante temaer. Yderligere genlæsninger af materialet havde til formål at medtænke både data, der måtte ligge udenfor temaerne, og derfor ikke var kodet i første omgang, og data der synes at 'tale imod' det allerede fundne (Berger & Kellner 1989).

Selve tematiseringen foregik på gammeldags maner med papirkopier af udskrifter og en saks til at klippe kodede passager ud med. Udklippene blev herefter sat på whiteboard i bunker, temaer, der om muligt blev givet en overskrift. Undervejs blev udklippene på baggrund af vurderinger af 'goodness of fit' flyttet adskillige gange rundt mellem temaerne eller ud i 'passer ikke ind'-gruppen, der blev tilføjet nye udklip fra materialet, der blev konstant ændret på overskrifter, temaer blev samlet i temagrupper, fjernet igen, opdelt i nye grupper osv. osv. Lindlof beskriver processen som "to label, separate, compile, and

organize data" (Lindlof 1995, s. 220). Selvom der i disse analytiske processer blev arbejdet på tværs af det samlede materiale, blev alt materialet dog påført et særligt mærke, således at det i den senere fortolkningsanalyse blev muligt at gen-indsætte de tematiserede dele af udskrifterne i hele udskriften af det interview eller den konsultation, de oprindeligt indgik i (Kvale 1997). Det er min opfattelse, at whiteboarden er et velegnet værktøj for analysen, fordi den løbende visualisering af bunkernes antal og størrelse giver en god fornemmelse for analyseprocessen forløb og fremdrift. Når arbejdet ved whiteboarden ikke længere syntes at kunne give yderligere viden, blev resultatet heraf overført til computeren, hvor der således opstod et dokument med en lang række citater og sekvenser fra materialet inddelt i temaer og overordnede temagrupper. Næste analytiske proces bestod i at forsøge at beskrive temaerne indholdsmæssigt. Hvad handler det her om? Er det i virkeligheden det samme som det, jeg tidligere har kaldt 'xxx'? Mon ikke der er tale om flere temaer her, og hvilke overskrifter kan jeg i så fald give dem?

Inden udarbejdelsen af næste fases interviewguide blev analysedokumentet diskuteret med Karo Thomsen, der havde deltaget i dataindsamlingen og derfor umiddelbart burde kunne forstå disse indledende, relativt abstraktionssvage temaer og beskrivelser. Når dette ikke var tilfældet, måtte jeg som oftest erkende, at mine beskrivelser ikke var tilstrækkelig klare og derfor måtte forbedres. I andre tilfælde syntes forståelsesspørgsmål at være resultatet af vores forskellige positioner til feltet - positioner, der også er på spil og måske endog i nogle tilfælde virker determinerende for processerne i det empiriske felt: indenfor/udenfor og grønlandsk/dansk. I alle tilfælde synliggjorde diskussionerne et behov for yderligere præciseringer af temaerne og resulterede således i bedre muligheder for at følge op på analysen i den efterfølgende interviewguide.

Kommunikationsanalysen

Temaanalysen viste hvilke temaer, der var relevante for kommunikationen mellem lægen og patienten, men den var ikke tilstrækkelig dybdegående til at kunne skabe forståelse for relationelle forhold mellem deltagerne og for tolkenes funktion og disse funktioners betydning for samtalen. Der var således brug for en egentlig analyse af samtalen i de enkelte cases, en '*within cases* kommunikationsanalyse' med fokus på handlingsaspektet, hvor forløbet af konsultationssamtalen kunne analyseres i sammenhæng med det, hver af parterne i de efterfølgende interview sagde om deres egen deltagelse i samtalen (Miles & Huberman 1994; Sørensen 1989). Fordi navnlig tolkenes funktion i samtalen var objekt for kommunikationsanalysen, og fordi analysen omfattede en sammenstilling af konsultationens forløb med deltagerens egen oplevelse heraf, er kun cases af tolkede konsultationer og cases, hvor der forefandt interview med alle parter, inkluderet. Mens temaanalysen således baseres på 14 cases, har kun 8 cases (8 tolkede konsultationer med alle tilhørende interview) været gjort til genstand for kommunikationsanalysen. Se figur 2, Selektion af cases.

I det følgende beskrives kommunikationsanalysens metode. Analysen består både af et skema, der fungerer som analytisk værktøj, og en efterfølgende analyse heraf med henblik på afklaring af samtaleforløbet (dynamik) og hver af deltagerens funktion i samtalen. Endelig ses denne delanalyse i relation til, hvad hver af parterne selv siger i interviewene om deres deltagelse. Fremstillingen er opdelt i afsnit om baggrunden for valg af metoden, en præsentation af det udviklede værktøj samt en beskrivelse af de efterfølgende delanalyser²¹.

Baggrund for metode til kommunikationsanalysen

Den valgte metode til analyse af kommunikationen er inspireret af Mishlers sekvensanalyse og den Harings molekylæranalyse (Mishler 1984; den Haring 1997). Begge ligger de metodisk tæt op ad konversationsanalysen men inddrager samtidig diskursanalysens fokus på kontekst forstået også som det, der ligger uden om samtalen, inddragelse af spørgsmål om legitimitet og dominansforhold i samtalen samt et analytisk blik for samtale som social handling og for talens funktioner (Silverman 1993). Konversationsanalysen er et eksempel på en analyse, der på baggrund af en interesse for de sproglige hverdagsrutiner analyserer udtryksformer som kommunikativ adfærd (Scheuer 1998). Konversationsanalysen omfatter 3 fundamentelle antagelser: at samtale er organiseret som stabile mønstre, som parterne følger, og at samtale derfor kan forstås på linje med andre sociale institutioner, hvorfor det ikke er relevant at beskæftige sig med særlige psykologiske karakteristika hos de specifikke udøvere; at samtale er organiseret i sekvenser, og at det, der siges i en sekvens, skal ses i sammenhæng med det, der skete før og efter; at analysen må baseres udelukkende på empirisk data, her detaljerede transskriptioner (Silverman 1993). Metodisk drejer det sig derfor om på basis af transskriptioner at undersøge strukturen af de handlingssekvenser, som samtalen er opbygget i, samtalens organisering eller forløb. Sekvenserne består ofte af par: hilsen og modhilsen, spørgsmål-svar, invitation-modtagelse, og turtagningsprincipper undersøges som interaktionens grundlæggende mekanisme (Boden 1994; Frankel 1984).

Mishler kombinerer konversations og diskursanalysen ved at arbejde med sekvensinddeling som et redskab til forståelse af samtalen som diskurs mellem forskellige 'stemmer': lægevidenskabens og patientens livsverdens stemme. Hans analyser fokuserer således på, hvordan patientens stemme introduceres i samtalen, og hvordan lægen responderer på denne; hvordan nye emner introduceres i samtalen og med hvilken legitimitet. Mishlers arbejde udmærker sig metodisk især ved gode overvejelser af, hvor megen fortolkning, forskerens inddeling i sekvenser indebærer: Hvornår startes en sekvens, hvornår tales der om det samme, er lægens modspørgsmål stadig indenfor det emne, patienten

²¹ Det analytiske arbejde med denne metode er ikke specielt kompliceret og heller ikke nær så tidskrævende som temaanalysens mange processer og delanalyser. Beskrivelsen af metoden er alligevel relativ omfattende, dels fordi der til en vis grad er tale om en nyudviklet metode, dels fordi værktøjet i sig selv kræver en del illustration for at lette formidlingen.

startede med, eller har lægen skiftet emne tilbage til sin egen dagsorden? En hovedpointe i Mishlers arbejde er netop, at patientens stemme ofte introduceres af patienten midt i en talehandling, således at patienten først taler om det, der relaterer sig til lægens spørgsmål og derefter, midt i en sætning, introducerer livsverdens stemme. Mishlers 'interruptive analysis' er således netop en re-analyse af materialet med henblik på ikke at transskribere i forhold til taletur og sætninger men i forhold til talens indhold og funktion, der nogle gange men ikke altid vil følge taletursstrukturen. Figur 5 illustrerer betydningen af de to transskriptionstyper, idet eksempel 2 viser en af patientens taleture ombrudt i to sekvenser (Mishler 1984, s. 106).

Figur 5. Sammenligning af to transskriptionsformer

Den Harings undersøgelse af kvaliteten i samtaler mellem brugere og leverandører af serviceydelser, service encounters, baseres hovedsageligt på materialet indsamlet ved videooptagelse og efterfølgende interview med personalet på et hotel og et plejehjem. Formålet med den Harings analyse er at undersøge, i hvilke situationer de to samtalepartnere har deres opmærksomhed rettet mod samme dagsorden eller indhold i samtalen. Dette undersøges ved at inddеле den transskriberede tale i taleture²² og herefter sekvenser på basis af situationer, hvor opmærksomheden hos den ene eller begge parter skifter, hvilket ifølge den Haring sker, når der introduceres et nyt emne i samtalen, eller når en part ikke svarer eller på anden vis giver udtryk for lydhørhed overfor det sagte. Responsiveness snarere end konversationsanalysens turtagning anses således som den grundlæggende mekanisme for samtalen forløb. Molekylærskemaet, som den Haring udvikler til sin kommunikationsanalyse, består af et skema, der indsætter transskriptionen af hver taletur på en linje direkte sammen med de koder, forskeren selv tildeler udtrykket på baggrund af handlingens indhold og funktion i samtalen. Figur 6 gengiver en illustration af skemaet (den Haring 1997, s. 51).

Figur 6. Eksempel på den Harings molekylæranalyse

²² Taleture defineret som den eller de sætninger en person i samtalen siger, før den anden person begynder at tale.

Præsentation af mit værktøj

Jeg har været meget inspireret af molekylærskemaet, idet jeg finder det velegnet som metode til at skabe overblik over sekvenser og derved dynamikken i samtalen. Samtidig har jeg dog været inspireret af Mishler således, at jeg i mit skema inddeler ikke blot sekvenser men også taleture i relation til talens indhold og funktion. I min analyse vil en taletur derfor i modsætning til i molekylærskemaet kunne opsplittes i flere sekvenser afhængig af, hvorvidt der sker et skift i emne eller dagsorden. Den Harings skema måtte også på anden vis ændres en smule for at være anvendeligt for mit formål. Dette skyldes hovedsageligt, at mit materiale omfatter ikke to men tre samtalepartnere. Desuden var kommunikationsanalysen for mit vedkommende forudgået af en temaanalyse baseret på de fulde transskriptioner, hvorfor jeg i kommunikationsanalysen kunne fokusere på samtalens dynamik og i mindre udstrækning koncentrere mig om de nøjagtige formuleringer. Jeg valgte derfor i tekstkolonnen i stedet for transskriptionen at beskrive talehandlingernes indhold og funktion med såvel koder som enkelte ord. Tabel 6 er en oversigt over de mest anvendte koder, der indgik i kommunikationsanalysen.

Tabel 6. Koder i kommunikationsanalysens skema

Koder og supplerende ord anvendt i kommunikationsanalysen	
Koder	Evt. supplerende beskrivelse
Spørgsmål	Til xx, forståelses-
Svar	Til xx, på dele af spørgsmålet
Information	Om sundhedsproblem, diagnose mv.
Oversættelse	Til lægen, til patienten
Uddybning	Til xx, På eget initiativ
Omformulering	Til xx, På eget initiativ
Recognition	(aktiv lydhørhed)
Attention	(passiv, høflig lytten), [nikker]
1-ord	(ja/nej-svar, hv-spørgsmål, hm mv.)
Desuden:	goddag, afslutning, forstår ikke, høflig small-talk mv.

Dette gav mig mere information end den Harings standardiserede koder og var nødvendigt, fordi koder som 'spørgsmål' og 'svar' ofte måtte efterfølges af en angivelse af, hvem der blev stillet spørgsmål til: patienter stiller spørgsmål om sin sygdom og behandling, som må antages at være til lægen, men patienter stiller også spørgsmål til tolken om behov for yderligere forklaringer osv. Ligeledes oversætter tolken til både lægen og patienten, ligesom tolken selv bringer ny information i samtalen til både lægen og patienten.

Udover at øge informationsmængden om samtalens indhold og funktion frigjorde denne udvikling af skemaet desuden højre side af skemaet udelukkende

til visualisering af dynamikken i samtalen. Hver start på ny sekvens gengives ved blank linje samt ved, at indlederen af sekvensen markeres med en ring rundt om krydset i højre side af skemaet. Derefter sættes streger mellem personernes talehandlinger, således at samtalens forløb visualiseres.

Figur 7 viser sekvens 19 fra case 4 som et eksempel på den skematiserede del af kommunikationsanalysen og som en illustration af et forventeligt normalforløb for tolkede konsultationer, med streger der går frem og tilbage på tværs af hele skemaet. Lægen spørger (kan du gøre sådan her), tolken oversætter, patienten svarer (det ved jeg ikke, jeg har ikke prøvet), tolken oversætter, lægen fortsætter i forlængelse af linje 74 (prøv), tolken oversætter, patienten svarer (nej), lægen forstår et grønlandsk nej og spørger igen (det slår ikke sådan ud), og sådan fortsætter det sekvensen ud.

Figur 7. Det kommunikationsanalytiske værktøj I

Sekvens	Linje	Person	Indhold og funktion	Pat	Tolk	Læge
19	74	Læge	Spm til patient			X
	75	Tolk	Oversættelse til patient		X	
	76	Patient	Svar	X		
	77	Tolk	Oversættelse til læge		X	
	78	Læge	Forts. linje 74			X
	79	Tolk	Oversættelse til patient		X	
	80	Patient	Svar, 1 ord	X		
	81	Læge	Spm til patienten			X
	82	Patient	Svar	X		
	83	Tolk	Oversættelse til læge		X	
	84	Læge	Spm til patienten			X
	85	Tolk	Oversættelse til patient		X	

Figur 8 viser sekvens 23 og 24 ligeledes fra case 4 og er et eksempel på et forløb, der ikke er helt så typisk som ovenstående. Blandt andet ses, at sekvens 23 er afbrudt af en sekvens 24, linje 106, hvor patienten fremkommer med en oplysning om sit symptom, som hverken tolken eller lægen reagerer på. Ligeledes ses, at tolken udover oversættelse både svarer på uddybende spørgsmål fra lægen (linje 104) og omformulerer sin oversættelse til patienten (linje 109), fordi denne ikke forstår (linje 108). Stregerne mellem talehandlingerne inden for sekvenserne går ikke hele vejen på tværs af skemaet, hvilket umiddelbart illustrerer, at der foregår noget, der er værd at kigge nærmere på: at tolkens funktion er andet og mere end ren oversættelse, at patienten eller lægen er dobbeltsproget, at der, som tilfældet er det her, ikke bliver responderet på alle udsagn eller lignende.

Figur 8. Det kommunikationsanalytiske værktøj II

Sekvens	Linje	Person	Indhold og funktion	Pat	Tolk	Læge
23	101	Patient	Inf om nyt sh-problem	X		
	102	Tolk	Oversættelse til læge		X	
	103	Læge	Forståelses spm til tlk			X
	104	Tolk	Svar på lægens spm		X	
	105	Læge	Forståelses Spm til pat			X
24	106	Patient	Oplysning om symptom	X		
23	107	Tolk	Oversættelse til patient		X	
	108	Patient	Forstår ikke	X		
	109	Tolk	Omformulerer 107		X	
	110	Patient	Svar	X		
	111	Tolk	Oversættelse til læge		X	

Et eksempel på sekvensanalyse (case 14) er vedlagt i bilag 5²³.

Den efterfølgende analyse

Visualiseringen af samtalsforløbet i de enkelte cases blev nedskrevet i stikordsform og analyseret med henblik på udpegningen af specifikke samtalsituationer med henholdsvis normale og atypiske forløb (forløbsbeskrivelser er vedlagt i bilag 5). Herefter fulgte en opgørelse over hver af parternes funktion i samtalen. For lægen og patienten navnlig spørgsmål om hvordan og hvor ofte sekvenser startes, og hvordan parterne responderede på hinandens talehandlinger. For tolken var opgørelserne særlig detaljerede og omfattede beskrivelse og optælling af tolkens forskellige funktioner i samtalen: antallet af oversættelser til hvilke parter, egne forklaringer, uddybninger osv (skema over sekvenser i hver case opgjort efter hvem, der starter disse, samt skema over tolkenes talehandlingers funktion er vedlagt i bilag 5). Disse opgørelser blev herefter analyseret i relation til, hvad hver af parterne sagde om egen deltagelse i samtalen i interviewene. Analysen af relationen mellem lægen og patienten blev som resultat af den forudgående temaanalyse fokuseret omkring lægernes oplevelse af patienterne som passive i samtalen, mens analyserne af tolkens funktion fokuseredes omkring forståelse af, hvorvidt og i hvilke situationer tolkens mediering i samtalen fungerede efter hensigten, dvs. lettede kommunikationen uden at forhindre en god kontakt mellem læge og patient.

²³ Case 14 er ligeledes vedlagt som bilag som eksempel på en transskription. Det er således muligt at sammenligne transskriptionen med sekvensanalysen.

Fortolkningsanalysen

Mens tema- og kommunikationsanalysen med hver deres metode fremanalyserede forhold, der er særlig betydende for kommunikationen mellem læge og patient i den tolkede konsultation, har formålet med fortolkningsanalysen været at forsøge at sammentænke disse forhold og relatere dem til hinanden. Fortolkningsanalysen er variabelorienteret, i og med den fokuserer på to overordnede forhold, som jeg som forsker finder afgørende for forståelse af det samlede problemfelt (Miles & Huberman 1994). De to forhold er dels tolkenes indflydelse på læge-patient samtalen set på baggrund af deres mange funktioner i samtalen, dels den to-sprogede og to-kulturelle konteksts betydning for, hvorvidt der opnås forståelse i samtalen.

Fortolkningsanalysen består i en syntese, dvs en opsamling og sammentænkning af de tidligere resultater med det formål at skabe en sammenhængende og meningsfuld helhed. Der er således - i modsætning til temaanalysens meningskategorisering - i fortolkningsanalysen tale om meningskonstruktion (Kvale 1997). De metodiske processer indebærer, at syntesen af de to forudgående analyser endnu engang ved genlæsninger af materialet ses i forhold til de enkelte dele af datamaterialet, hvorved der sker en vekselvirkning mellem dele og helheder i materialet. Denne spiralformede vekslen muliggør stadig dybere forståelse af meningen, og den analytiske proces ophører, når der er skabt en sammenhængende og logisk helhed. Konstruktionsarbejdet handler således om at skabe en samlet forståelse, der synes gældende på tværs af alle cases uanset forskellene imellem casene i øvrigt (Yin 1994). Meningskonstruktionens resultat består i en teori om sammenhænge mellem 1) forhold der virker som betingelser for kommunikationsprocessen, 2) forhold der kan ses som parternes respons på betingelserne og endelig 3) konsekvenser af denne respons (Strauss & Corbin 1998, s. 193). Fortolkningsanalysen skaber således retning i forståelsen af de betydende forhold.

Undersøgelsens samlede analytiske processer kan på mange måder sidestilles med analysemetoden Grounded Theory, som så ofte bruges inden for sundhedsvidenskabelig forskning (Strauss & Corbin 1998; Holm & Schmidt 1995). Der tages udgangspunkt i empirinære og meget åbne kodningsprocesser, hvor temaer (kategorier) dannes undervejs i analyseprocessen. De fremanalyserede kategorier danner herefter baggrund for stadig mere fokuserede genkodninger af materialet, hvis slutprodukt består af en teori om sammenhænge i det empiriske felt. Mens Grounded Theory dog kan betragtes som en ubrudt, spiralformet udvikling af kategorier og sammenhængen mellem disse, bør denne undersøgelses tema- og kommunikationsanalyse i højere grad - og med inspiration fra Mishlers 'interruptive analysis' - betragtes som adskilte analyser med hver deres analysemetoder, der benyttes til egentlig genanalysering af materialet. Forskellene mellem metoder er dog ikke større, end at kommunikationsanalysen tager udgangspunkt i fundene fra temaanalysen, og at der også i Grounded Theory opereres med forskellige analytiske metoder (åben vs. aksial eller selektiv kod-

ning). Den væsentligste forskel mellem de to analyseformer er deres videnskabssteoretiske udgangspunkter. Grounded Theory baseres på en fænomenologisk tradition, hvor der i vid udstrækning lægges vægt på ikke-forudfattede meninger og tolkninger, mens denne undersøgelse baseres på en hermeneutisk tradition, hvor interviewguide og analyser er intenderede og bygger på såvel en teoretisk ramme som allerede erkendt viden om emnet (Kvale 1997).

Som opsamling på beskrivelsen af undersøgelsens analysemetoder fremstilles i figur 9 i skematisk form analytisk niveau, formål, processer og fokus for de tre analysemetoder.

Figur 9. Skematisk oversigt over analysemetoderne

Analyse	Temaanalysen	Kommunikations-analysen	Fortolkningsanalysen
Niveau	Cross cases	Within cases	Variabel orienteret
Formål	Kategorisering	Visualisering	Meningskonstruktion
Processer	Åben kodning, mange processer, flere delanalyser	Skema-værktøj, Optælling, sammenstilling	Opsamlende, hermeneutisk fortolkning
Empirisk fokus	Udsagnsaspektet	Handlingsaspektet	På tværs og udover empiri
Emnemæssigt fokus	Temaer som betydende forhold, udvikling af interviewguide	Kommunikative processer, relationer mellem læge og patient, tolkens funktion	Forståelse af komplekse sammenhænge for det samlede problemfelt
Resultater	2-kulturelle og 2-sproglige forholds betydning som kontekst; parternes forskellige forventninger; oversættelse vs. tolkning	Kontekstens betydning for måder at tale på og for dominansforhold i læge-patient interaktionen; tolkens funktion	Tolkens mange roller og nødvendigheden af legitimering heraf; Sprog og kulturs betydning for forståelse og fællesforståelse

4. TEMA- OG KOMMUNIKATIONSANALYSEN

"Ideelt set skulle der være tale om en dobbeltbevægelse, hvor teoretiske forhåndsantagelser på den ene side ligger til grund for analysen, og på den anden side ændres, modificeres, beriges eller forkastes via kontakten med feltet." (Christensen 1995)

Analysen er struktureret direkte i forlængelse af modellens tre elementer: kontekst, forventninger og handlen. Kontekst omhandler betydningen af samtalepartnernes forskellige sociale og kulturelle baggrund for, hvad der siges i konsultationssamtalen, forventninger omhandler betydningen af parternes forventninger til hinanden for, hvad der siges og hvordan, og analysen af handlen viser betydningen af, hvordan parterne faktisk taler. Selvom den udviklede analysemodel blev anvendt som baggrund for såvel temaanalysen som kommunikationsanalysen indgår resultater fra de to analysemetoder ikke med ensartet vægt i den følgende beskrivelse. Hvad der tales om, belyses bedst gennem temaanalysen, mens hvordan der tales, belyses bedst gennem kommunikationsanalysen.

Kontekst

I det følgende præsenteres analysepunktet kontekst; både den store kontekst hvorfra parternes betydningsdannelse udspringer, og den lille kontekst der definerer rammen omkring konsultationssamtalen. Rammen udgøres som minimum af sundhedsvæsenets organisering og de fysiske rammer for konsultationen, mens den store kontekst rummer kompleksiteten af det grønlandske samfunds organisering, herunder sociale, kulturelle og sproglige aspekter, samt af de danske lægers baggrund, det vil sige dansk samfund, sprog og kultur. Kontekst er i denne forstand *det hele* og er derfor ikke på fornuftig vis tilgængelig for en samlet og total analyse (jf teoriafsnittets diskussioner af kulturbegrebet). Jeg har i min fremstilling valgt at beskrive udvalgte forhold, som jeg mener, er særlig vigtige for forståelsen af de videre analyser af mit genstandsfelt. Samtidig er jeg opmærksom på, at mens konteksten for livet i Danmark vil være kendt af de fleste læsere, vil det være givtigt med en kort introduktion til befolkningen og sundhedsvæsenet i Grønland. Efter disse to korte afsnit, der bygger på materiale fra andre undersøgelser end nærværende, følger analyser af den to-sprogede konsultation, tidsopfattelse samt tolkning og præcision.

Grønlands befolkning

Grønland er et stort land med en relativ lille befolkning på 56.000 mennesker, der bor langs kysterne i 17 byer og en række tilhørende bygder. I den største by, Nuuk, som er hovedstad, bor der godt 13.000 mennesker, i de større byer på Vestkysten bor der 3-5000 mennesker, mens der i de mindre byer i Syd-, Øst- og Nordgrønland bor mellem 500 og cirka 2000 mennesker. Der er cirka 80 byer og bygder med flere end 50 indbyggere. Cirka 80% af befolkningen bor i

byer, mens 20% bor i bygder (Grønlands Statistik 2000). Der er ikke veje mellem byerne i Grønland, og transport foregår med båd eller flyvemaskine; mellem by og bygd sejler man oftest i jolle eller kører med hundeslæde eller på snescooter. Hver by udgør derfor en selvstændig enhed med kommune kontor, postvæsen, butikker, kirke, skole og sundhedsvæsen.

Fra at være et samfund baseret på en fangerlivsform har Grønland i de seneste 50 år gennemgået en hastig forandring. En stor del af befolkningen lever nu et lønarbejderliv med pengeøkonomi, faste arbejdstider og fritid. For de voksne er der vækkeure der ringer, busser der skal nås, indkøb der skal klares og sportsaktiviteter eller aftenskolekurser, eksempelvis i perlebroderi. Børnene går i skole og på fritidshjem, og derefter går de måske til kajakroning eller tager ud til liften og står på slalomski. Der er dog stadig stor forskel i levevis mellem forskellige regioner i Grønland. Den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse Sundhedsprofil for Grønland (sundhedsprofilen) viser, at mens blot 5% af mænd i den erhvervsaktive alder i Nuuk er fuldtids fangere eller fiskere, gælder dette for 16% i de øvrige byer og for 37% i bygderne (Bjerregaard et al 1995)²⁴. En del mænd tager på fangst og fiskere i fritiden - også dette er mere hyppigt i bygderne end i byerne (61% og 32%) (Curtis et al 2001). Selvom lønarbejde er udbredt i byerne, er der ingen tvivl om, at fangsten har et stort kulturelt og symbolsk betydningsindhold i hele Grønland. Næsten halvdelen af befolkningen spiser hver dag et hovedmåltid fra egen eller familiens fangst (Bjerregaard et al 1995), og grønlandsk mad, kalaalimernit, er et væsentligt element i det sociale liv såvel som for det, der kan kaldes den moderne grønlandske identitet (Roepstorff 1997).

Ligesom fangst og kalaalimernit er også beherskelse af det grønlandske sprog et vigtigt element for livet i det grønlandske samfund; næsten alle grønlandere taler grønlandsk, og grønlandsk er hverdags sproget, der benyttes i familien og blandt venner og på arbejde. Dog tales der i vidt omfang dansk i administrationen, på de højere uddannelsesinstitutioner og i andre større og teknisk prægede erhvervsorganisationer. Alle børn undervises i dansk i skolen, og sundhedsprofilen viser, at 34% af den grønlandske befolkning taler dansk uden besvær, 25% taler nogenlunde dansk, 24% taler dansk med besvær, mens 18% slet ikke taler dansk (tabel 8). Der er store forskelle mellem by og bygd, idet blot 11% af befolkningen i bygderne taler dansk uden besvær (40% i byerne), mens 39% slet ikke taler dansk (12% i byerne). I befolkningen er det især de 25-34 årige, der taler godt dansk (73% taler flydende eller nogenlunde dansk), mens det især er de ældre, der ikke taler dansk (78% taler slet ikke eller kun med besvær dansk). Forskellene i sprogkundskaber mellem befolkningen i by og bygd og

²⁴ I analyserne refereres løbende til resultater fra Sundhedsprofilen. En del resultater stammer fra tidligere analyser af materialet, og der vil i disse tilfælde være reference til publikationer eller manuskripter under udarbejdelse. En del analyser er dog foretaget specifikt i relation til denne undersøgelses felt, og der vil for disse undersøgelser naturligt ikke være angivet referencer. Kort introduktion til Sundhedsprofilens metode og materiale samt nøgletal for sprog og benyttelse af tolk ved lægebesøg er vedlagt som bilag 6.

mellem aldersgrupperne hænger i vid udstrækning sammen med skolegang. Mens 80% af dem, der har gået mindst 9 år i skole, taler flydende eller nogenlunde dansk, gælder det for 35% af dem, der kun har gået i skole i 8 år eller mindre. I bygderne har 35% gået mindst 9 år i skole, i byerne gælder det for 56%; blandt de ældre (60+ årige) har 9% gået mindst 9 år i skole, blandt de yngre under 35 år har 73% gået mindst 9 år i skole.

En væsentlig del af den kulturelle baggrund, der udgør konteksten omkring betydningsdannelse i Grønland, kan rummes i forståelsen af det, der i relation til Inuit-kulturen er blevet beskrevet som en afbalancering af et stærkt fællesskab og en stor respekt for det enkelte menneskes integritet (Lyng 2000). I en artikel af psykologen Conni Gregersen forstås selvmord i relation til unges oplevelse af ensomhed som ubærlig og deres problemer med at forholde sig til mangfoldigheden af valg i deres liv, den enkeltes frihed (Gregersen 1998). Artiklen viser det traditionelle fællesskabs vanskelige kår i det moderne liv, hvor meningen med livet ikke er umiddelbart indlysende, men derimod kræver den enkeltes aktive forhold sig til eget liv. Med reference til teoridiskussionerne kan problemstillingen forstås som en situation, hvor samfundets organisering forandres så radikalt, at det orienteringsprincip, habitus, der leder individernes forestillinger og handlinger, ikke synes at passe til omgivelserne. Artiklen er et af ganske få eksempler på litteratur om, hvordan det, der ofte kaldes den traditionelle kultur, udleveres i nutidens moderne Grønlandske kultur- og samfundsliv. I mit eget feltarbejde fra en grønlandsk bygd arbejdede jeg med dualismen kollektivitet og autonomi som betydende for bygdens organisering og befolkningens livsstrategier (Curtis 1993; Curtis & Palludan 1992). Arbejdet viste familien som en væsentlig enhed i bygdens sociale livs fællesskab, der snarere end som en afgrænset institution måtte forstås som et rum for såvel omsorg og reproduktion af arbejdskraften som for produktion i form af fangst og fiskeri. Sundhedsprofilen kan på befolkningsniveau supplere forståelsen af familiens betydning i nutidens liv i Grønland. Undersøgelsen viser, at der bor flere personer i gennemsnit per husstand i Grønland (3,6) end i Danmark, at husstandene består af mange forskellige former for familier, og at der kun er få husstande, der ikke består af mennesker med familiemæssig relation til hinanden (12% af befolkningen bor alene). Kernefamilien med to voksne og et antal børn er udbredt i både by og bygd (42% af befolkningen), mens den udvidede familie med tre generationer eller to strenge af familierelaterede kernefamilier er mest udbredt i bygderne (24% i bygd og 10% i by) (Curtis et al 1997). Familien har stor betydning for befolkningen, og mange ser ofte familie, som de ikke deler husstand med²⁵. Integritet og autonomi er i litteraturen blevet sammenkædet med Inuit-kulturens ikke-eksisterende lederskab (Nooter 1978) og blandt andet tydeliggjort med reference til studier af socialisering (Lyng 2000; Curtis

²⁵ I Sundhedsprofilen angiver 74% af alle interviewpersoner gode familieforhold som et af tre forhold, der betyder mest for dem i deres liv, og over halvdelen har daglig kontakt med familie udenfor husstanden (Curtis et al 1997).

& Palludan 1992²⁶) samt risikopfattelse²⁷. Dualismen fællesskab/kollektiviteten og integritet/autonomi medfører en opfattelse af stærk handlefrihed og selvbestemmelse for individet og en heraf følgende ikke-indblanding fra andre mennesker. Samtidig må den enkelte af hensyn til fællesskabet udvise omsorg og respekt over for de andre, hvilket ikke mindst indebærer en tilpasning af og tilbageholdenhed i egen handlen. Man udtaler sig ikke gerne om andres motiver for deres handlinger eller om, hvad andre måtte tænkes at føle, og man viser respekt og konfliktundgåelse ved at tænke over sine ord, inden man taler²⁸. Disse forhold afspejles, som det vil fremgå i denne fremstilling, i den kommunikative handlen som *måder at tale på*.

Sundhedsvæsenet

I hovedstaden Nuuk findes Dronning Ingrid's Hospital, der også er landshospital for Grønland; i 15 andre byer findes mindre sygehuse. Sygehuse har et antal sygesenge og mellem en og fire læger ansat foruden sygeplejersker samt andet plejepersonale²⁹. I de større bygder med flere end 300 indbyggere er der sygeplejestationer med sygeplejersker ansat, i bygder med flere end 70 indbyggere er der et sundhedshus med klinik og en sundhedsmedhjælper ansat, mens der i de mindste bygder er ansat en ikke-sundhedsfaglig uddannet medicindepotforvalter. Bygderne besøges med mellemrum af lægerne fra sygehuse, men på grund af lægemangel og transport- og vejforhold kan besøgene ikke altid gennemføres, og de fleste bygder besøges derfor blot et par gange hver halve år, og kun få bygder besøges månedsvist (Bjerregaard & Young 1998). Mens det således kniber med adgangen til at blive set af en læge for bygdebefolkningen, har befolkningen i byerne relativ god adgang hertil. I Nuuk er primær og sekundær sektor opdelt, således at patienterne henvender sig til Lægeklinikken og ikke på sygehuset, når de har et problem, de gerne vil tale med en læge om. I resten af Grønland, på Kysten, går patienterne til læge på det lokale sygehus, hvor der er indrettet særlige ambulatorieafsnit med modtagelses-skranke, venteværelse og et antal konsultationsrum. Sundhedsvæsenets ydelser er gratis for patienterne, det gælder både lægebesøg og eventuel medicin. Medicinudleveringen foregår på sygehuse, og patienten henvender sig som oftest umiddelbart efter, at der i konsultationen er blevet ordineret medicin. På alle sygehuse og sygeplejestationer med danske sygeplejersker er der ansat

²⁶ Endvidere kan henvises til Jean Briggs. *Never in Anger*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press 1970; Richard Condon. *Inuit Youth*. New Brunswick and London: Rutgers University Press 1987; Hanne Thomsen. *Om europæernes syn på børn samt børns opvækst i det grønlandske samfund i tiden omkring koloniseringen*. Grønlandsk kultur- og samfundsforskning 92. Ilisimatusarfik/Atuakkiorfik, Nuuk 1992

²⁷ Endnu ikke publiceret fokusgruppstudier gennemført i 1997 af Afdeling for Grønlandsforskning, Statens Institut for Folkesundhed.

²⁸ Med reference til Inge Lynges mundtlige forsvar af sin doktorafhandling, oktober 2000, samt eget feltarbejde i Grønland, 1992.

²⁹ Oplysninger fra Direktoratet for Sundhed og Kirke, Grønlands Hjemmestyre. Blandt andet direktoratets web-site på www.dsk.gl/SHV.

dobbeltsproget personale, der fungerer som tolke. Der eksisterer ikke et samlet billede af tolkenes uddannelse eller arbejdsfunktioner³⁰. Nogle tolke arbejder fuldtids som tolke, mens andre tillige fungerer som lægesekretærer eller plejepersonale. Alle tolke med tilknytning til ambulatorierne deltager dog i skrankearbejdet med modtagelse af patienter, opsporing af journaler mv. Tolkene er således en del af det faste sundhedspersonale, der ofte har været længere tid på sygehuset end lægerne og kender til patienterne både fra arbejdet på sygehuset og ofte også fra lokalmiljøet³¹.

Et af de absolut væsentligste problemer for sundhedsvæsenet i Grønland er en udbredt mangel på såvel læger som andet sundhedsfagligt personale. Blandt lægerne er der mange korttidsansatte lægevikarer, oftest danske læger, der for en kortere eller lidt længere periode tager orlov - ofte fra en stilling som alment praktiserende læge i Danmark - for at opleve Grønland. Situationen på Lægeklinikken er relativ god, idet der er en gruppe faste læger, der alle har været længe i Grønland. På Kysten er situationen der i mod p.t. temmelig uholdbar i stor set alle distrikter med næsten ingen faste læger, en masse vikarer ansat for ganske korte perioder og en del ubesatte stillinger. På grund af manglen på grønlandske læger går mange patienter til læge hos en person, de ikke kan tale direkte med. Der er enkelte danske læger, der har været en årrække i Grønland og taler en smule grønlandsk, men de fleste taler slet ikke grønlandsk. Sundhedsprofilens materiale viser, at 54% af befolkningen som regel benytter tolk ved lægekonsultationer (tabel 9). Der er stor forskel mellem befolkningen i byer og byer, idet en større del af bygdebefolkningen end af befolkningen i byer benytter tolk ved besøg hos lægen (86% og 45%). I Nuuk benytter blot 30% tolk (Christensen et al 1996). Selvom kvinder og mænd generelt taler næsten lige godt dansk, benytter kvinder oftere tolk end mænd (57% og 50%). Ældre mennesker, der ofte kun taler dansk med besvær eller slet ikke taler dansk, benytter ofte tolk (83%), mens befolkningen i aldersgruppen 25-34 år, der taler bedst dansk, ikke benytter tolk så ofte som befolkningen i de øvrige aldersgrupper. Sammenhængen mellem alder og henholdsvis benyttelse af tolk i konsultationssamtaler og danskkundskaber illustreres i figur 10.

³⁰ Materialet fra denne undersøgelse, hvor alle tolke fra Nuuk og to af de store sygehuse på Kysten deltager, udgør derfor en pejling. Metodebeskrivelsens oplysninger om deltagende tolke indeholder oplysninger om tolkenes køn, anciennitet og uddannelse.

³¹ Sundhedsprofilens materiale om befolkningens oplevelse af tolkningen og lægens brug af tolken præsenteres i tilknytning til analysen af 'Forventninger'.

Figur 10. Brug af tolk og danskkundskaber

Aldersmæssig fordeling af brug af tolk og danskkundskaber. LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland. Kun personer 18-65 år.

Der blev også i sundhedsprofilen spurgt om, hvorvidt der opleves sproglige problemer i forbindelse med lægekonsultationer. Hertil svarede 60% af dem, der som regel benytter tolk, og 25% af dem, der ikke bruger tolk, at de imellem oplever sproglige problemer i lægekonsultationer (se figur 11 og tabel 10). Blandt dem, der taler dansk med lægen, oplever kvinder sproglige problemer oftere end mænd, og aldersgruppen 25-34 år, der taler bedst dansk og oftest taler dansk med lægen synes alligevel at opleve sproglige problemer oftere end befolkningen i de øvrige aldersgrupper. Der synes således at være en del sproglige problemer forbundet med at benytte tolk; hvilket blandt andet var baggrunden for nærværende undersøgelse (jf indledningen).

Figur 11. Oplevelse af sproglige problemer i konsultationen

Oplevelse af sproglige problemer i konsultationen blandt tolkebrugere og personer, der taler dansk med lægen. Sundhedsprofil for Grønland. Kun grønlandere.

Den tolkede konsultation

Udgangspunktet for den tolkede samtale i Grønland er, at den i de fleste distrikter er reglen snarere end undtagelsen. Patienterne har altid været vant til at lægekonsultationer foregik med tolk og udtrykker således ikke utilfredshed med selve det at skulle benytte tolk; de accepterer det som det normale. Patienter, der vælger at benytte tolk, selvom de selv taler dansk, forklarer brugen af tolk som et spørgsmål om tryghed. At være *helt* sikker på, at man har forstået.

Patient: "Jeg bruger tolk for at forstå, om tolken mener det samme som jeg mener, så på den måde så begynder jeg at tro på mig selv.....Jeg forstod ikke alt, men på den anden side forstod jeg næsten det hele, men for ikke at være i tvivl, så bruger jeg tolken." (case 13, patienten)

Sundhedsprofilen viser, at næsten halvdelen (47%) af dem, der taler dansk nogenlunde, som regel benytter tolk ved besøg hos lægen, og at også en lille del (6%) af dem, der taler dansk uden besvær, som regel benytter tolk. Som forkla-

ring på, hvorfor dobbeltsprogede patienter benytter tolk, peges der i casene på, at det at kunne tale dansk i en hverdagssituation ikke nødvendigvis er ensbetydende med at kunne tale dansk i en lægekonsultation. Konteksten omkring lægekonsultationen som en institutionaliseret og asymmetrisk samtale indebærer en situation, hvor patienterne ikke som i dagligdagens tale føler sig fortrolige med deres andetsprog, og hvor der opstår usikkerhed med hensyn til egen kunnen. Elverdam beskriver både patientens sygdom og lægebesøget som en stresssituation og finder, at det er denne reaktion, der påvirker den sproglige veltalendehed på et tillært sprog (Elverdam 1991). Sproglig kompetence kan således ikke reduceres til frembringelse af grammatiske korrekte sætninger, men må medtænke den "sociale formåen til adækvat at udnytte denne kompetence" i den aktuelle kontekst, dvs. i det aktuelle sprogfelt med dets specifikke strukturer af legitim sprogbrug (Madsen 1995, s. 182).

Patient: "Jeg forstod det godt, men når jeg kommer ind til lægekonsultationen, øh, så holder jeg op med at have tillid til mig selv. Jeg vil høre det fra et andet menneske, ikk, fra tolken. Jeg er bange for at misforstå. Jeg synes bedre om at høre det fra et andet menneske. Jeg hører det jo ellers godt, men jeg vil gerne også, øh, have det bekræftet, når det kommer ud til mig på grønlandsk

Interviewer: Hvad synes du om brugen af tolken?

Patient: Jo, det går godt. Nogle gange er jeg selvfølgelig spændt, altså især når jeg er spændt, så føler jeg det som om, jeg ikke forstår noget, så sætter jeg min lid til tolken." (case 7, patient)

Brugen af tolk blandt dobbeltsprogede kan desuden være et spørgsmål om ikke at kunne den specifikke, danske terminologi omkring krop og sygdom, som er nødvendig i konsultationen. Samtidig synes det, som om ord for kroppen i nogen grad er forsvundet fra – eller ikke er opstået i – det grønlandske sprog, hvilket sandsynligvis skyldes, at sundhedsvæsenet altid i overvejende grad har været dansksprogligt domineret. Mange mennesker kender ikke de grønlandske ord for eksempelvis lænd eller vrist, nerve eller blodåre og er således hverken på grønlandsk eller dansk i stand til nøjagtigt at beskrive deres symptomer³².

Tolk: "Nogle gange vil patienterne ikke tale dansk selvom de kan P hvis de er andre steder og ikke er til lægen, så er de ellers meget gode til det. Det er tit de unge mennesker P de kan godt tale dansk, hvis de sådan taler om almindelige ting, men hvis de skal tale om sygdomsbegreber, så tror jeg, det er vanskeligere for demmen altså med nyre og milt og mavesæk, det er ikke sikkert de ved, hvad det er på dansk, det er jo ikke sådan noget, de har lært i skolen." (case 9, tolken)

³² Grønlandsk fjernsyn, KNR-TV, sendte i en periode i 1992 en række korte oplysnings-spots, hvor sådanne grønlandske ord blev beskrevet og illustreret ved billeder af en person, der pegede på de relevante dele af kroppen. Disse spots blev ivrigt set og diskuteret i hjemmene men er ikke gentaget siden.

Lægerne, der kan noget grønlandsk, har naturligvis en fordel ved at kunne forstå patienternes simple udbrud og forklaringer. Samtidig benytter også flere af de helt nye læger sig af enkelte grønlandske ord; ikke så meget for at øge forståelsen, dertil er der tale om for lille et ordforråd, men snarere for at vise villighed overfor patienterne og dermed forsøge at skabe en bedre situation omkring samtalen. Nedenstående eksempel drejer sig om en konsultation, hvor lægen i hele forløbet blot bruger et enkelt grønlandsk ord, *annernarpa*, men hvor dette er nok til, at patienten øjensynligt bliver gladere og drømmer om fuldt grønlandsk talende læger, og hvor tolken håber, at lægerne får det lært.

Interviewer: "Hvordan påvirker det dig, æh hvordan skal jeg formulere det, øh, lægens snak på grønlandsk, hvordan påvirker det dig?"

Patient: For mig ikk', jeg syntes det var meget godt, at han snakker på grønlandsk. Tænk hvis han bare snakkede grønlandsk, ikk', det ville være meget godt." (case 4, patienten)

Tolk: "Også det som lægen selv har lært sig, som "annernarpa". De spørger selv på den måde og når de ikke bliver forstået, så retter vi det bare lidt til"

Interviewer: Hm, hvordan påvirker det, at han kan lidt grønlandsk?"

Tolk: Øh, nogle gange har det stor indflydelse, øh, og det kan være, for os, en besparelse for at tale, øh også for at lægerne selv skal lære noget af det, og øh, det hjælper også for patienten, han falder lidt til ro, han bliver måske endda glad, når der er lidt grønlandsk indblandet." (case 4, tolken)

Procedurer for tilkaldelse af tolk

Lokalt på sygehusene synes der at være stor usikkerhed om, hvornår det afgøres og af hvem, om der skal tolk med i en given konsultation. Nedenstående citater illustrerer, at patienterne ikke direkte bliver spurgt, om de vil benytte tolk. Der er i undersøgelsens materiale hverken observationer af eller henvisninger til historier om patienter, der selv undervejs i en konsultationssamtale beder om tolk eller om patienter, der beder om en specifik tolk.

Interviewer: "Hm, inden du gik ind til lægen, blev du da spurgt, om du ville have en tolk?"

Patient: Nej, jeg bliver aldrig spurgt

Interviewer: Hm, er de så bare med?"

Patient: Ja, de er bare med P de er altid bare med." (case 2, patienten)

Spørgsmålet, om hvorvidt konsultationen skal gennemføres med tolk, synes således tydeligvis ikke at være patientens afgørelse. Lægerne og tolkene er dog ikke enige om, hvem der så skal afgøre spørgsmålet: lægerne oplever, at det er personalet i skranken (dvs tolkene), der skal tage sig af det, mens tolkene afventer signal fra lægerne om, hvorvidt de skal gå med ind i konsultationen.

Læge: "Jeg har jo spurgt om derude ved skranken hvorfor de, når de snakker med folk fra starten, hvorfor de ikke får at vide, hvem har behov for tolk og hvem har ikke. Vi render mange unødige skridt på grund af det. Det har da også været lidt forvirrende for P det virker endnu mere som om, at man er til besvær." (case 14, lægen)

Tolk: "Når lægen be'r os om at komme, så kommer vi med." (case 14, tolken)

Usikkerheden omkring procedurerne for tilkaldelse af tolk medfører situationer, hvor der ikke er tolk med fra starten i konsultationen, selvom der burde have været det. De videooptagede konsultationer indeholder flere eksempler, hvor lægen opdager problemet, allerede når parterne hilser på hinanden, og patienten forgæves kigger sig over skulderen for at se efter den manglende tolk. I disse tilfælde tilkalder lægen umiddelbart en tolk over samtaleanlægget, men tiden inden tolken kommer, inden der eventuelt bliver en tolk ledig, giver dårlige vilkår for den efterfølgende samtale. I nedenstående eksempel fra case 5 beslutter lægen, at der skal tilkaldes en tolk, da patienten i første talehandling taler grønlandsk (2). Det er tydeligt, at situationen ikke føles behagelig, og tiden, indtil tolken kommer, forsøges udfyldt med 'jamen så' og forsigtige forsøg fra patientens side på at fortælle, hvad der er galt. Da tolken kommer, skynder patienten sig at forklare, hvorfor han er kommet, og tolken reagerer på patientens smerte (10) og stiller uopfordret et spørgsmål om symptomernes varighed (12) for at få konsultationen ind på ret køl. Herefter tager lægen over, og konsultationen fortsætter.

1. Læge: "Ja, og det er XX [patientens navn], ja
2. Patient: *Denne her er dårlig*
3. Læge: og vi var enige om, at vi sku' ha' tolk på [spørgende].
[tænder for samtaleanlægget og taler i det]
Det er XX [lægens navn]. Må jeg be' om en tolk.
[svar høres utydeligt] Tak [pause]
Jamen så P øh,?(uf)?
4. Patient: *[hoster] det er også mit øre, det her*
5. Læge: hva'be har
6. Patient: *også mit øre*
7. Læge: hm, der er også noget der, ja
[det banker på døren, tolken kommer ind]
8. Tolk: *Goddag*
9. Patient: *Jeg har ondt i skulderen, jeg plejer nok at sove på den*
10. Tolk: *Hvad er der i vejen med den*
[patienten viser tegn på smerte]
ahr, du har så ondt i den
11. Patient: *Jeg har så ondt i den*
12. Tolk: *Hvor lang tid har du haft smerter*
(case 5, konsultationen)

I andre konsultationer viser de sproglige problemer sig først senere i konsultationsforløbet, hvilket nødvendiggør en form for forhandling mellem parterne, der dårligt forstår hinanden. Nedenstående interviewcitater illustrerer lægens dilemma, fordi han ikke er klar over, om patienten faktisk har bedt om at komme til læge uden tolk og derfor vil føle sig stødt, hvis lægen alligevel kalder på en tolk.

Læge: "... hvis jeg får indtryk af, at patienterne ikke forstår, hvad jeg siger, så kalder jeg en tolk alligevel, og så siger jeg til patienten, ikke fordi jeg tror, du ikke kan forstå hvad jeg siger, men jeg vil bare være helt sikker på, at vi ikke sidder og snakker forbi hinanden." (case 9, lægen)

Betydningsdannelse i relation til tid

Fra ovenstående analyse af 'den lille kontekst', rammen omkring samtalen i konsultationen, vender jeg i det følgende blikket mod 'den store kontekst'. Som min beskrivelse af den grønlandske befolknings ændrede levevis med overgangen fra fangerlivsform til lønarbejderliv antyder, anser jeg det sociale livs organisering i tid og tidsopfattelse som et væsentligt element i den kontekst, der danner baggrund for patienternes betydningsdannelse og forståelse. Opfattelsen bunder i en forestilling om en abstrakt tid, klokketiden, der knytter sig til det moderne samfund og en praksis tid, der knytter sig til det ikke-moderne samfund (Adam 1990; Asplund 1983), og hvor der refereres til tid i forhold til konkrete begivenheder, eksempelvis mærkedage i familien eller fangstperioder. Forskellen i tidsopfattelse kan betragtes ud fra perspektivet grønlandske patienter og danske læger, men den kan lige såvel betragtes som forskellige tidsstrukturer og tidsopfattelser, der eksisterer samtidig, og som på kompleks vis organiserer det sociale liv og betydningsdannelse - ikke mindst i et samfund som det grønlandske, der er under hastig forandring.

Tid, særlig den præcise fastsættelse af tid, er netop et af de emner, temaanalysen belyste som særlig vanskeligt i den tolkede konsultation. Case 4 indeholder flere eksempler herpå. I det første eksempel forsøger tolken at hjælpe patienten til at præcisere sit svar på lægens spørgsmål, det andet eksempel viser en decideret fejloversættelse af en tidsangivelse.

8. Læge: "Hvor lang tid har det været?
9. Tolk: *Hvor lang tid har det været sådan*
10. Patient: *Hvad dag var det nu, det var P det har jeg glemt, hvad dag det var, jeg tog til lægen. Vi havde været ude og sejle, måske over en uge for at fiske, og så mens vi var derovre fik jeg ondt i ørerne igen. Det var ellers ved at komme i orden men så blev den igen dårligere*
11. Tolk: *Fra i dag af, hvor lang tid fra i dag har du haft øresmerter*
12. Patient: *Jeg kan ikke huske det, fra da jeg tog til lægen*
13. Tolk: *Sådan cirka [spørgende]*

14. Patient: *Øh om fredagen blev det vist værre, altså måske fredag øh, sidste gang*

15. Tolk: Han kan ikke rigtig huske, hvornår det skete, men det var nok sidste fredag, i forrige uge."

(case 4, konsultationen)

62. Læge: "Ja, der er ikke noget at se i dit øre. Det er ikke betændelse

63. Tolk: *Der er ikke noget betændelse at se*

64. Patient: *Aha*

65. Læge: Det, der kan være, er undertryk eller væske

66. Tolk: *Det kan måske være dens tryk eller at der er lidt væske*

67. Patient: *Nå*

68. Læge: Og det kan holde sig en to-tre måneder efter en mellemørebetændelse

69. Tolk: Og på den måde, ørebetændelse, kan den vare fra en uge til tre uger

70. Patient: *Aha*

71. Læge: Og det kan gøre ondt

72. Tolk: *Og derfor kan det smerte*

73. Patient: *Aha."*

(case 4, konsultationen)

I interviewet med tolken forklarer denne sin fejl som resultat af, at han tidligere har hørt læger angive sådanne problemer indenfor en tidshorisont på uger og ikke måneder. Det synes således, som om tolkens erfaring som sundhedsperson her spiller en negativ rolle for hans oversættelse, som om rutinen medfører en manglende opmærksomhed mod den aktuelle situation. Nedenstående uddrag af case 11 viser en situation, hvor tolken er opmærksom på problemer omkring tidsfastsættelse og derfor stiller lægen et uddybende spørgsmål herom.

20. Læge: "Hvordan har du haft det?"

21. Tolk: Er det sådan siden sidst eller hvad?"

20. Læge: (fortsat) Ja, siden sidst

21. Tolk: *Øh, hvordan har du haft det siden sidst*

22. Patient: *Der er ingen, der fortæller os noget P slet ingen der har sagt noget om det sidste gang*

23. Tolk: *Sidste gang P tog de dit blodtryk*

24. Patient: *De sagde ikke noget om det P de sagde det skulle gøres igen*

25. Tolk: Det har hun ikke fået noget at vide om P altså der er ikke nogen, det har fortalt hende det, siger hun P hun har bare fået at vide, at hun skulle komme herop igen."

(case 11, konsultationen)

På trods af tolkens præciseringer, misforstår patienten alligevel lægens spørgsmål og opfatter det som et spørgsmål om, hvad lægen sagde ved sidste besøg.

Lægen gentager ikke sit spørgsmål for at få det ønskede svar men undrer sig, som det fremgår af interviewcitater.

Læge: "Det var lidt go'dag mand økseskaft det der P hvordan har du haft det siden sidst, og så siger hun, det er der ikke nogen, der har fortalt mig, hvad det var for noget, jeg var inde for P der er et eller andet der. Jeg spørger om, hvordan hun har haft det den sidste tid og så siger hun bare, hun ikke får noget at vide P hun svarer ikke på mit spørgsmål. Hvad der ligger i det, ved jeg så ikke. Om det er tolkens oversættelse eller om det patienten, der misforstår P det ved jeg ikke." (case 11, lægen)

Lægen er således åben for, at der kan være noget i tolkens oversættelse, der forårsager problemerne, men giver senere i samme interview udtryk for, at problemerne også kan skyldes forskelle i kulturelt bestemte tidsopfattelser.

Læge: "Når patienterne kommer med nogle symptomer, så spørger jeg dem om, hvor længe det har varet og sådan noget. Men nogen gange kan man blive skuffet, fordi øh her i Grønland har jeg bemærket en tendens til, at folk ikke rigtig opfatter tid på samme måde, som man har derhjemme i Danmark. Jeg ved ikke, om det er et eller andet kulturelt. Hvis man spørger, hvor længe noget har varet, så siger patienten bare "længe", så spørger man "hvor længe er længe", "meget længe" lyder svaret, men om det er 5 minutter eller en måned, det ved de ikke." (case 11, lægen)

Det er dog ikke kun de danske læger, der refererer til forskelle i tidsopfattelse og forskelle i måder at bruge sproget på til beskrivelse af tid mellem grønlændere og danskere. I interviewcitater nedenunder med tolken i case 2 fremgår det, at tolken er opmærksom på, at tidsfastsættelse kan skabe problemer, og at dette kan skyldes forskelle mellem grønlændere og danskere eller mellem grønlandsk og dansk.

Tolk: "Nogle gange er det svært, øh, at skulle forklare en grønlænder, at 'du må holde dig fra arbejde et par dage', ikk'? Disse 'et par dage' bliver nogle gange på dansk forstået som to eller tre dage, ikk? Det er ikke tydeligt nok, hvis man til en grønlænder siger 'nogle dage'. Her er det et vigtigt spørgsmål, om man er nødt til at være hjemme fra arbejdet. Hvis vi siger, at du er nødt til at være hjemme i nogle dage, så vil patienten overhovedet ikke forstå, hvor mange dage det drejer sig om." (case 2, tolken)

Tolken i case 2 synes at mene, at tidsfastsættelsen generelt for grønlandske patienter skal være meget præcis, men i den aktuelle konsultation er tilkendelsen af sygedagpenge et væsentligt emne for patienten, hvilket naturligvis øger behovet for præcis tidsfastsættelse. Eksemplet viser således, den abstrakte tidsdominans i den moderne lønarbejderlivsform.

Tolkning og præcision

Forståelsesproblemerne i relation til den præcise fastsættelse af tid er i ovenstående analyseret i forlængelse af sproglige og kulturelle forskelle mellem grønlandske patienter og danske læger. Dette analytiske fokus ligger i forlængelse af undersøgelsens formål, men der er ingen tvivl om, at de omtalte problemer også genfindes i konsultationer mellem læger og patienter, der deler sprog og kultur. Således udgør manglende præcision ifølge Thompson³³ netop en af hovedårsagerne til kommunikationsproblemer generelt set i samtalen mellem lægen og patienten. De særlige problemer omkring tidsfastsættelse i den to-sprogede og to-kulturelle konsultation hænger udover kulturelt bestemte forskelle i måder at udtrykke sig på endvidere sammen med tolkningen.

73. Patient: *"Hvad med de der piller P skal jeg stadig bruge dem?"*
74. Tolk: *De der grønne?*
75. Patient: *og de der røde*
76. Tolk: Hun spørger, om hun stadigvæk skal bruge både de røde og de grønne
77. Læge: Yes. Tre om dagen af de små der og én af de der grønne, ikk
78. Tolk: *Øh, tre af de røde om dagen P Og så siger du også P og så siger du én af de grønne ikke også?*
79. Læge: Ja
78. Tolk: *(fortsat) og én af de der grønne om dagen*
80. Patient: *Jeg har ikke flere af de grønne*
81. Tolk: Hun har ikke flere af de grønne
82. Læge: Nej, nå så skal hun have nogle.
- Altså det er meget vigtigt, at du bliver ved med at tage det
83. Tolk: *Det er selvfølgelig meget vigtigt at du fortsætter med de der*
84. Læge: Også at du tager dem fast
85. Tolk: Ja, øh, jeg ved ikke. *Tager du de der om morgenen?*
86. Patient: *Hvilke nogen?*
87. Tolk: *De dersens grønne*
88. Patient: *Jeg får en grøn om morgenen P altså om dagen*
89. Tolk: *Øh. Ja, det er dem, som du skal fortsætte med P du skal tage dem på den måde P om morgenen*
90. Patient: *Øh ja. Jeg plejer at tage de røde tre gange om dagen*
91. Tolk: Ja
92. Læge: Og så synes jeg, vi skal se dig om en måned igen til ... og lige kontrollere det igen
(case 11, konsultationen)

³³ Med reference til et studie af Scherz, Edwards, and Kallil, 1995.

Ovenstående er gengivet endnu en situation fra case 11. Tidligere viste analysen problemer omkring lægens indledende spørgsmål om, hvordan patienten havde haft det 'siden sidst'. Eksemplet her viser både problemer med tidsfastsættelse og præcisering af medicin. Tolken er meget opmærksom på at forsøge at få både patienten og lægen til at præcisere deres information yderligere (74 og 78). Tolken er ligeledes opmærksom på, at patienten er en ældre dame, og at hun formentlig har behov for præcisering af, hvilke tidspunkter på dagen pillerne skal tages, og på at lægens anmodning til patienten om at tage medicinen fast derfor ikke er tilstrækkelig præcis (85). Alligevel illustrerer eksemplet betydningen af de kommunikative omveje, som information må gå igennem i den tolkede konsultationssamtale. Det synes således uklart, om tolkens indsats og omhu overhovedet virker fremmende for forståelsen, men budskabet om røde og grønne piller i forskellig antal og på forskellige tidspunkter på dagen synes at være forstået af alle.

Case 14 er ligeledes et eksempel på en konsultation med en lang og kompliceret samtale om medicinering. I denne case foregår afklaringen af spørgsmålet hovedsageligt mellem tolken og patienten, mens lægen i udpræget grad ser til fra sidelinjen.

31. Læge: Hm, har du stadig den suger derhjemme?
 32. Tolk: *Har du stadig den der suger?*
 33. Patient: *[trækker trøjen på] Den bruger jeg, ja*
33. Patient: *[fortsat] den er vist ved at være tom*
 34. Tolk: Han mener, den er ved at være tom
35. Patient: *Men jeg har fået det bedre af den [trækker trøjen over hovedet]*
 36. Tolk: Den har haft meget god effekt
37. Læge: Ja den er tom, når den begynder at blive rød - der er sådan et lille vindue, man kan se, hvor den begynder at blive rød
 38. Tolk: Ja, så er der 23 sug tilbage
 39. Læge: Det er rigtigt - der er 20
 40. Tolk: Øh, 22 23
 39. Læge: Nå
 40. Tolk: *Den der røde, når du kan se den, når den kommer frem her på siden, øh der er sådan en lille vindue*
41. Patient: *Ja, nå*
 42. Tolk: *Når den så kommer frem, er der stadig enten toogtyve eller treogtyve sug indeni, du kan inhalere [patienten nikker]*
43. Læge: Har du den med?
 44. Tolk: *Har du den med?*

45. Patient: *Nej*
46. Læge: *Nej nej. Men hvis der ikke er så meget tilbage, skal du ha en ny med,*
46. Læge: *[fortsat] fordi det er meget vigtigt du bruger den ind imellem*
47. Tolk: *Han siger, at hvis den er ved at være tom, skal du have en ny igen, øh han siger at det er vigtigt at den bruges*
47. Tolk: *[fortsat] men altså du skal huske når den der røde dukker op - fordi der er meget i den - der er vist tohundrede*
48. Patient: *ja [nikker]*
49. Tolk: *Så først efter den røde er kommet frem, er der stadig tyve sug i den*
[lægen begynder at rode med papirerne]
50. Patient: *Men altså den røde kommer ikke frem. Jeg brugte den ellers i morges*
51. Tolk: *Altså, den skal først komme frem, når den er ved at være tom. Det er først, når den er ved at tom, at den der røde skal komme frem. Du kan inhalere tohundrede gange, jeg tror nok det er to-*
52. Patient: *Nå, så er det godt nok*
53. Tolk: *-hundrede, hvis det ikke er femhundrede, du bruger den bare indtil den der røde på siden*
54. Patient: *Ja, den i det lille vindue*
55. Tolk: *Ja den vil komme frem, og når den røde så er kommet frem, har du endnu enten toogtyve eller treogtyve sug, du kan inhalere, én af de tal, der er flere end tyve i den endnu og selvfølgelig, når den er tom, tror jeg der vil dukke noget op. Altså når den røde har været der og når den er tom, så er der vist noget der -*
56. Patient: *ja*
[Lægen skriver, kigger op, ser på tolken, rømmer sig og skriver videre]
57. Tolk: *- kan ses, et eller andet, men jeg ved det ikke*
[Lægen vender sig mod tolken]
- (case 14, konsultationen)

Situationen illustrerer tydeligt, at de øgede problemer med præcis information i de tolkede konsultationssamtaler ikke blot drejer sig om muligheden for fejl-oversættelser. Snarere er der tale om, at den tolkede samtale kan forstås som en samtale, der ikke blot involverer tre personer, men hvor det endvidere gælder, at det til ethvert givent tidspunkt kun vil være to af disse personer, der taler sammen: lægen og tolken eller patienten og tolken. Den tolkede samtale vil således af parterne i samtalen opleves som forskudt dialog, der til stadighed afbrydes af pauser, hvor de andre parter taler et sprog, man ikke forstår. I ovenstående case 14 foregår afklaringen af patientens medicin i en dialog mellem

lægen og tolken (37-39), og da tolken herefter påbegynder sin oversættelse til patienten (40), glemmer tolken, at patienten ikke ved, hvad de andre to har talt om.

I den tidligere omtalte canadiske undersøgelse af tolkede samtaler mellem læger og inuit patienter findes ligeledes, at præcisering af mening i særlig grad vanskeliggøres i den tolkede konsultation (O'Neil et al 1990). Undersøgelsen fokuserer på, hvorledes tolkene i sådanne situationer sættes i et dilemma. Navnlig de ældre patienter beskriver ofte deres problemer meget detaljeret og gentagne gange, men hvis den lange beskrivelse oversættes direkte, føler lægen sig presset tidsmæssigt, og hvis oversættelsen er afkortet, bliver lægen irriteret over ikke at få al information. I både denne grønlandske og i den canadiske undersøgelse er det en klassisk klage fra lægerne, at selvom patienten bruger adskillige minutter på at forklare sig, oversætter tolken med et ja eller nej. Ligeledes finder også den canadiske undersøgelse manglende præcision i tidsfastsættelse og sætter dette i relation til såvel oversættelsesproblemer som forskelle i tidsopfattelse mellem de canadiske læger og inuit patienterne.

Opsamling

På trods af utryghed omkring de skiftende læger og drømme og håb om en situation, hvor læger taler samme sprog som patienterne, bevirker almindeligheden i den aktuelle kontekst omkring konsultationssamtalen, at patienterne synes rimeligt velvilligt indstillede på at skulle benytte tolk. Sproglig kompetence og fortrolighed er kontekstbestemt, og patienter, der ikke har problemer med at tale deres andetsprog dansk i hverdagssituationer, oplever det alligevel som vanskeligt at tale dansk i lægekonsultationer. Dette er baggrunden for, at en del hel eller delvis dobbeltsprogede patienter benytter tolk i lægekonsultationen. Usikkerhed omkring procedurer for tilkaldelse af tolke til konsultationerne har negativ betydning for konsultationssamtalen.

De beskrevne forståelsesproblemer relateret til tidsfastsættelse illustrerer flere pointer i arbejdet. Dels illustreres parternes forskellige betydningsdannelse og måder at tale på set i relation til forskelle i kulturel kontekst. Dels illustreres de særlige problemer ved kommunikation af præcis information i den tolkede konsultationssamtale. Problemerne drejer sig om forskydninger i forståelsen, der opstår i situationer, hvor der i særlig grad er brug for overensstemmelse mellem parternes betydningsdannelse, dvs. situationer hvor det er vigtigt, at modtageren forstår den præcise mening med det, den talende havde til hensigt, og - for tolkens vedkommende - er i stand til at kommunikere denne forståelse videre på et andet sprog. I forlængelse heraf introduceres opfattelsen af, at den tolkede samtale af parterne i nogen grad opleves som forskudt dialog.

Forventninger

Der er en stærk sammenhæng mellem på den ene side analysen af konteksten for betydningsdannelse hos samtalepartnerne, de grønlandske patienter, de danske læger og tolkene, og på den anden side de relationer disse mennesker indgår i med hinanden i den aktuelle samtalsituation. Sammenhængen kan forstås i forlængelse af teoriafsnittets diskussion af positioner, der netop er socialt skabte snarere end relateret til de specifikke individer. De indledende tema-analyser viste, at parternes forventninger til hinanden udgør et analyseelement, der både kan begribe relationerne mellem samtalepartnerne som et møde mellem sociokulturelt konstituerede positioner, og som samtidig er i stand til at bringe analysen fremad mod forståelse af parternes faktiske kommunikative handlen.

Patienternes forventninger

Patienternes forventninger omfatter dels konkrete forventninger til, hvad der skal ske i konsultationen; hvad lægen kan gøre for dem og hvordan lægen opfører sig, og dels mere generelle forestillinger om, hvad man i det hele taget kan bruge sundhedsvæsenet og lægen til.

Forventninger til konsultationen

Alle deltagende patienter blev i interviewene spurgt, hvad de forventede af en almindelig læge konsultation. Svarene var ofte ikke særlig præcise. Patienterne syntes at komme, simpelthen fordi de har et eller andet symptom, og så tænker de ikke umiddelbart over, hvad de forventer sig af konsultationen, eller hvad lægen kan gøre ved problemerne.

Patient: "men vi [folk, grønlandere] respekterer meget det, at vi først skal undersøges af en læge, hvis jeg har været syg, så skal jeg først undersøges, det er jeg overbevist om, at det er den rigtige måde at gøre det på - at man først skal tilses af en læge" (case 13, patienten)

Patienten i case 13 kæder således opfattelsen af, at man bør gå til lægen, hver gang man har ondt - bare for en sikkerheds skyld - sammen med det at være grønlander. Opfattelsen eksisterer i sundhedsvæsenet både blandt de danske læger og de grønlandske tolke som en negativ stereotyp om grønlandske patienter, men dels er det klart at patienterne, selvom de ikke umiddelbart angiver en klar forventning til deres lægebesøg, alligevel når der i undersøgelsen spørges yderligere til emnet, faktisk kan formulere deres forventninger mere præcist, og dels må stereotypen, hvis den på nogen måde indeholder sandhed, kunne forstås på baggrund af den aktuelle kontekst for patienternes og deres adgang til sundhedsydelse i Grønland. Disse forhold vil blive nærmere analyseret nedenfor.

Blandt de supplerende oplysninger patienterne angav som forventning til lægebesøget, nævnte nogle få en forventning om at få en forklaring på årsagen til deres symptomer eller sygdom. Oftest i interviewene gav patienterne dog udtryk for, at deres forventninger til konsultationen drejede sig om hvorvidt og på hvilken måde, de ville blive undersøgt af lægen.

Patient: "Siden jeg var fjorten år, begyndte jeg at fiske efter hellefisk østpå. Når jeg så har haft meget ondt i ryggen og er taget til lægen, så bliver der sagt P altså så er de simpelthen så ligeglade med mig. De siger bare 'ah, det er fordi du kører på hundslæde'. Så lader de mig bare gå.

Interviewer: Hvad ville du håbe på, at de gjorde

Patient: F.eks. ikk, lige som ham her, håber jeg at de sådan vil røre ved mig, fordi nogle læger gør sådan for at undersøge, ikke. Det er første gang, at lægen har vist mig så stor en interesse P som om at han forstod min sygdom. Det er første gang, at jeg bliver behandlet så godt, jeg bliver undersøgt grundigt." (case 4, patienten)

Patient: "Han undersøgte det hele, også senerne i begge mine ben, om der var noget i vejen med dem, det er jeg tilfreds med, fordi han undersøgte mig ved at røre ved ryggen, ikk', fordi han ville undersøge, hvad der eventuelt kunne være sket med mig. Jeg er meget tilfreds med denne konsultation, det ville selvfølgelig have været noget andet, hvis han bare havde snakket med mig og ikke havde undersøgt hvad der var i vejen med mig. Måske ville det have været noget." (case 13, patienten)

Citaterne er eksempler på den opfattelse, at patienterne har en forventning om, at konsultationen skal omfatte en fysisk undersøgelse, og at der er umiddelbar sammenhæng mellem indfrielse af denne forventning og vurderingen af såvel konsultationens forløb som af lægen. I modsætning hertil skriver Lunde (1992), at næsten alle patienterne i en dansk undersøgelse forventede 'forklaring' af konsultationen, mens blot halvdelen af patienterne havde en forventning om 'undersøgelse'. En kvalitativ undersøgelse som denne kan ikke påvise, om der generelt i Grønland er flere end halvdelen af patienterne, der forventer sig fysisk undersøgelse. Den giver dog mulighed for diskussion af baggrunden for de observerede forskelle, og i forlængelse heraf mener jeg, at forståelsen af den nævnte mulige forskel mellem danske patienter og grønlandske patienter formentlig må diskuteres i relation til den to-sproglige virkelighed, som de grønlandske patienters forventninger er blevet skabt i.

Patientens forventning til lægens opførsel i konsultationen synes kort at kunne beskrives som almindelig høflighed. Alle udsagn fra temaanalysen, både de positive og de negative, fra patienter omkring lægernes opførsel handlede om dette. Som nedenstående citater viser, bemærker nogle patienter konkrete forhold ved lægens opførsel, så som at lægen er venlig og giver hånd, eller at lægen burde lade være med at begynde at tale i diktafon, før patienten er ude af døren.

Patient: "Det er fortrøstningsfuldt med sådan en venlig læge. Han går og hilser ordentligt, dette er meget godt. Dem, der går rundt uden at hilse, bliver man genert overfor." (case 14, patienten)

Patient: "Måske ville det have været mere passende, hvis han først var startet med det [at tale i diktafon], efter vi var kommet ud af døren." (case 12, patienten)

Andre patienter udtaler sig mere alment om lægers opførsel, blandt andet henvises som nedenfor til et ønske om at lægen forholder sig ikke blot som læge men som menneske. Asii Narup skriver i sit essay 'Brev til lægen' om grønlandske patienters forventninger til lægen, at lægen gennem sin totale adfærd skal vise imødekommenhed og vise, at hun eller han stiller sin person til rådighed for patienten (Narup 1998). Dette kan i relation til de teoretiske diskussioner forstås både som et ønske om, at den professionelle stiller sin viden til rådighed og som et ønske om i interaktionen mellem parterne at nedtone den institutionaliserede samtales asymmetri - at mødes som to ligestillede mennesker.

Patient: "Han opfører sig ikke sådan som en læge. Det er det, vi kan lide." (case 11, patienten)

Den præsenterede sygdomsopfattelse

Patienternes generelle forventninger til det at gå til lægen, deres forestillinger om, hvad man kan bruge sundhedsvæsenet og lægen til, afspejles blandt andet i de problemer, de præsenterer for lægen. Tabel 4 giver en oversigt over patienternes henvendelsesårsager og viser, at patienterne som deres primære henvendelsesårsag udelukkende beskriver traditionelle, biomedicinske problemer. Enkelte patienter nævner flere problemer, enkelte refererer til attester, der skal udfyldes, men ingen af konsultationerne indeholder egentlig samtale om forhold, der ligger udenfor det biomedicinske paradigme. Forhold i patientens familie omtales blot i en enkelt konsultation, der omhandler en kvindes ønske om sterilisation, og hvor lægen spørger, om kvinden har talt med sin mand herom (case 1). Den pågældende case er atypisk for materialet, fordi der var tale om en konsultation, hvor lægen har været relativt længe i byen og kender patienten fra tidligere besøg. Endvidere er patienten dansktalende, hvilket ligeledes kan ses som baggrund for, at denne konsultation indeholder omtale af kvindens familieliv. Spørgsmål vedrørende patienternes arbejdsliv omtales blot i enkelte konsultationer. I case 2 er patienten bekymret og spørger om antallet af sygedage grundet et sår på hånden, i case 3 har patienten ondt i armen, og lægen spørger, om hun arbejder med tunge ting, i case 4 nævner patienten, at skaden er sket, mens han arbejdede, og i case 13 er der diskussion om en arbejdsskadeanmeldelse.

Patienternes præsentation af sundhedsproblemer i sundhedsvæsenet kan betragtes som et aspekt af patienternes sygdomsopfattelse. Der har i alle faser af nærværende undersøgelse været rettet opmærksomhed mod muligheden af, at eksempelvis forskelle i sygdomsopfattelse hos de grønlandske patienter og de danske læger kunne have betydning for konsultationssamtalen, men som det fremgår af ovenstående, afspejles sådanne mulige forskelle ikke af de problemer, der præsenteres i konsultationer. Det er dog sandsynligt, at sygdomsopfattelse ikke blot omfatter det, der præsenteres i sundhedsvæsenet, men at patienterne i deres hverdagsliv i øvrigt har en bredere eller måske helt anden sygdomsopfattelse. Mishlers arbejde viser netop, at 'livsverdens stemme' har ringe muligheder for at blive hørt i sundhedsvæsenet, og det er muligt, at patienterne socialiseres til i deres kontakt med sundhedsvæsenet udelukkende at præsentere den sygdomsopfattelse, der ligger i tråd med sundhedsvæsenets egen logik og derfor forekommer legitim (Mishler 1984). Elverdam skriver, at patientens opfattelse af sygdom afgrænses af den forklaringsmodel, som man finder indenfor patientens kultur, og hun gør derfor i sit arbejde meget ud af beskrive sygdomsopfattelse blandt de muslimske kvinder, hun studerer (Elverdam 1991)³⁴. Patienternes sygdomsopfattelse må derfor betragtes i en bredere, kulturel og hverdagslivsorienteret kontekst for at kunne skabe forståelse for de generelle forventninger, patienterne har til besøget hos lægen.

I grønlandsk sammenhæng er der ikke skrevet meget om sygdomsopfattelse. I tiden før kolonialiseringen viser beretninger, at der ikke skelnedes mellem fysisk og psykisk sygdom. Sygdom blev forårsaget af sjælevandring og angakokken, åndemaneren der kunne kommunikere med den åndelige verden, var ansvarlig for behandlingen. Sygdom var ikke kun relateret til individet, men kunne berøre et helt samfund og blev ofte behandlet ved deltagelse af hele samfundet (Lyng 2000; Bjerregaard & Young 1998). I nutidens Grønland synes angakokken at være fuldstændig forsvundet og det, der kunne kaldes den traditionelle sygdomsopfattelse, eksisterer som husråd og brug af urter til behandling af smerter mv. I sundhedsprofilen blev interviewpersonerne spurgt, hvad de gjorde for at blive raske eller få det bedre efter smerter eller sygdom. Blandt de 1580 interviewede grønlændere svarede blot 54, at de havde fulgt traditionelle grønlandske husråd. Langt de fleste havde brugt grønlandsk post, en urt der bruges mod blandt andet hovedpine, muskelsmerter og forkølelse. Desuden nævntes et mindre antal urter i øvrigt, ligesom hvalolie blev nævnt som middel mod eksem, og grønlandsk mad i det hele taget blev fremhævet som middel til at holde sig sund (Bjerregaard & Young 1998). I en anden undersøgelse, hvor 50 grønlandske patienter og deres danske behandlere blev interviewet om sygdoms- og sundhedsopfattelse, fandt man, at de grønlandske patienter i deres

³⁴ Elverdam bruger begrebet 'forklaringsmodeller', men kritiserer selv begrebet for ikke at kunne begribe, at betydningdannelse ofte ikke refererer til blot eet system men snarere relaterer sig til flere systemer eller rationaler samtidigt og afhængig af konteksten. Styrken ved begrebet forklaringsmodeller er dog, at det har en god face-value til forståelse af samtalepartnernes eventuelle forskellige opfattelser af sygdom og deres forventninger til situationen og hinanden, og begrebet er da også blevet brugt meget indenfor medicinsk antropologi (Elverdam 1991).

sundhedsopfattelse lagde vægt på betydningen af grønlandsk mad, af naturen og frisk luft samt af nære familierelationer (Elsass et al 1994). I Afdeling for Grønlandsforskning har vi ved analyse dels af en række fokusgruppintervju om sundhedsopfattelse og dels af åbne svar fra en helbredsinterviewundersøgelse kun i nogen grad fundet overensstemmende med Elsass' resultater³⁵. Vi finder, at interviewpersonerne ofte nævner en række referencerammer i forlængelse af hinanden, og at den førstnævnte referenceramme omhandler 'smerter, symptomer og sundhedsvæsenet', hvilket ikke fremgår af Elsass' resultater. De efterfølgende referencerammer fra vores analyser 'kost, rygning, alkohol og motion', 'familierelationer og arbejdsliv', 'humør, psykisk træthed og ensomhed' samt 'sjælen, det åndelige' ligger derimod mere på linje med Elsass' undersøgelse. Der kan tænkes flere forklaringer - ikke mindst metodiske - på denne forskel mellem undersøgelserne, men begge undersøgelser synes at bekræfte forestillingen om en kontekstafhængig sygdomsopfattelse, hvorfor de problemer, der præsenteres i sundhedsvæsenet, må udgøre blot en del af patienternes samlede sygdomsopfattelse. Det er også muligt, at sygdomsopfattelse er kontekstuel i den forstand, at det ikke blot refererer til og præsenteres forskelligt i forskellige kontekster, men at hele tanken om et essentielt sundhedsbegreb må afvises, således at de præsenterede problemer udgør en blandt flere samtidigt eksisterende sygdomsopfattelser hos patienten (Otto 1994). I forlængelse heraf synes patienternes forestillinger om, hvad de kan forvente sig hos lægen, blot at omfatte en del af de problemer, der kan relateres til deres opfattelse af sundhed og sygdom.

Måder at tale om sygdom

Materialet indeholder konsultationer, der viser, at selvom patienterne bruger mange ord på at forklare præcis, hvor smerter er lokaliseret, og hvordan de føles, synes lægerne alligevel at have svært ved at fange betydningen. Det kan tænkes, at patientens brede beskrivelse af de fysiske oplevelser står i modsætning til lægens ønske om en kort og præcis beskrivelse, og som sådan kan disse kommunikationsproblemer anskues ud fra forskelle i forventninger og sprogbrug mellem lægmanden og den professionelle. Problemerne kan dog også hænge sammen med parternes forskellige måder, verbalt og non-verbalt, at give udtryk for følelser, herunder deres brug af metaforer. Der bruges ofte en række metaforer til beskrivelse af sygdomme, eksempelvis 'jeg blev ramt af influenzaen' og 'epidemien er over os', hvor der tales om sygdommene, som om de havde en selvstændig fysisk eksistens (Mabeck og Olesen 1997, side 92). Problemet med metaforene er, at de ofte ikke betyder det samme for patienten og lægen, der ikke blot baserer deres forståelse på henholdsvis erfaringer fra hverdagslivet og lægevidenskaben men tillige fra en henholdsvis grønlandsk og dansk kulturel baggrund.

³⁵ Analyserne er endnu ikke publicerede.

Alle de interviewede læger i undersøgelsen blev spurgt om deres oplevelse af forskelle mellem danske og grønlandske patienter. De fleste læger kunne ikke umiddelbart komme i tanke om - eller beskrive - sådanne eventuelle forskelle, men i eksemplet nedenfor om 'den jagende smerte' beskriver lægen dette, at sproglige og kulturelle forskelle mellem den grønlandske patient og den danske læge kan øge problemerne omkring beskrivelse af sygdom og brug af metaforer.

Læge: "Som læge er du jo utroligt afhængig af anamnesen, altså selve den måde de fortæller på. Og når man har samme sprog, så har man også nogenlunde, altså udfra ordene, har man nogenlunde samme mening om, hvad tingene betyder ikk'? Altså har patienten i Danmark en 'jagende' smerte, så har man sådan nogenlunde en fornemmelse af, en ligeværdig fornemmelse af, hvad det betyder. Altså, jeg ved ikke, om der er noget, der hedder 'jagende smerte' på Grønland - bare for at tage et eksempel - men altså, det er klart, at sprog det betyder utroligt meget, når man skal stille en diagnose, eller når man skal finde ud af hvad hvorfor de kommer P Jeg havde jo en eller anden fornemmelse af, at smerterne de ikke var så kraftige, som hun ligesom gav udtryk for. Men det er jo, altså det er igen utroligt svært, fordi det er også kulturelt bestemt og så meget indblik har jeg ikke endnu i grønlandsk." (case 2, lægen)

Oplevelsen af sammenhæng mellem sprog og kultur genfindes også blandt patienterne. I nedenstående citat fra case 11 giver patienten udtryk for sin oplevelse af, at det er nemmere at tale om følelser med en person, der taler samme sprog som én selv; følelsen af 'hvordan det er' kan ikke adskilles fra, hvordan man taler om det og forstår.

Patient: "Det er nemmere at tale på sit eget sprog om sine egne følelser. Når man selv kan spørge om det, man gerne vil have at vide P at spørge ordentligt P gennem sproget." (case 11, patienten)

Problemer omkring beskrivelse af og lægernes forståelse af sygdom og symptomer er særlig tydelig i konsultationer med et indhold, der som ovenstående opleves som følsomt af patienterne. På et seminar om psykiatrien i Grønland nævntes problemer ved diagnose af depression blandt grønlandere set i relation til grønlanderes 'generte mentalitet'³⁶, og det blev endvidere bemærket, at de skiftende danske læger uden kendskab til grønlandsk kultur har endnu sværere ved at opdage det afvigende indadvendte fra den almindelige tilbageholdenhed, og at sprogproblemerne øger disse problemer yderligere³⁷.

Man danner sine forventninger på baggrund af tidligere erfaringer, både egne og samfundsmæssige forestillinger om, hvad det er at gå til lægen, og når disse

³⁶Poul Bisgaard, overlæge på Psykiatrisk Afdeling, Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

³⁷Fatuma Ali, distriktspsykiater.

i Grønland indbefatter, at lægen ikke taler samme sprog som én selv, kan det ikke undre, at den fysiske undersøgelse spiller en væsentlig rolle. Alle konsultationer udtrykker en læreproces³⁸, og når patienterne synes at fokusere på den fysiske undersøgelse, kan dette tænkes at være resultat af de sproglige vilkår, der eksisterer for konsultationer i Grønland.

Parternes forskellige forventninger

Mens patienterne altså oftest giver udtryk for, at de kommer til lægen for at blive undersøgt, følt på, få taget blodtryk osv., er der ikke mange i nærværende materiale, der forestiller sig noget konkret, lægen kan gøre for at hjælpe dem. Lægerne derimod tager ofte udgangspunkt i netop en sådan formodning om, at patienten kommer med et ønske om, at lægen skal gøre noget konkret ved patientens problem, dvs ordinere medicin eller anden behandling.

Læge: "Altså, jeg forventer af patienterne, at de kommer med en problematik, som jeg kan tage del i på en eller anden led. Der må være en årsag til, at vedkommende kommer til læge, og det er klart, så spekulerer jeg over, hvad jeg kan gøre i den sammenhæng. Altså, jeg forventer, at de kommer og beder om et eller andet, hvis man kan sige det på den måde." (case 8, lægen)

De skitserede mulige misforhold mellem patientens forventninger til konsultationen og lægernes opfattelse af patienternes forventninger kan bevirke, at parterne taler forbi hinanden, og at konsultationen bliver svær at afslutte: lægen opfatter, at patienten vil noget andet eller mere end det, der allerede er foregået, men lægen kan ikke finde ud af hvad det er, patienten ønsker. Larsen og Risørs arbejde med konsultationsprocessen i almen praksis i Danmark omfatter blandt andet beskrivelse af en række elementer, der bør indgå i samtalen for at forbedre kommunikationen; og dermed både spare tid og øge patientens forståelse af, hvad lægen efterfølgende siger. I relation til patientens forventninger indgår nøglespørgsmål som 'Hvad er anledningen til, at du kommer (netop) i dag', 'Er der noget, du er særlig bekymret for' og 'Hvad har du tænkt, at jeg kunne gøre?' (Larsen & Risør 1994). Nedenstående citat fra case 5 viser, at den uforløste situation omkring hvad patienten egentlig forventer sig, skaber irritation hos lægen. Situationen fra denne case analyseres mere indgående senere i analysen, hvor der blandt andet peges på lægens sprogbrug som en mulig forklaring på, hvorfor der ikke skabes forståelse omkring dette punkt.

Læge: "Der sidder jeg og tænker på, hvad det egentlig var, han kom for. Det hele ender ud i sådan en ren og skær kommunikationsbrist. Hvad kom han egentlig for? Det fandt jeg aldrig ud af P selv da jeg sendte ham ud af døren. Jeg kunne godt mærke, der kom en smule irritation op i mig: Hvorfor kommer han her egentlig igen." (case 5, lægen)

³⁸ Mundtligt citat af Jan-Helge Larsen.

Ligeledes illustrerer case 10, hvor patienten er en mor, der kommer til lægen med sit lille barn, fordi der er mistanke om, at barnet har problemer med hjertet betydningen af, at patienten formulerer sin bekymring i konsultationssamtalen. Moren viser sin bekymring i et konkret spørgsmål til lægen men forlader alligevel konsultationen bekymret.

60. Patient: *Hvad så med øh, vil han så ikke have men af det*
61. Tolk: *Øh, det hun spørger om*
61. Tolk: *Sådan hvilken, hvordan have men af det, hvad tænker du på*
62. Patient: *Er det sådan, hvordan skal jeg sige det, hvis han har det, vil han så blive syg af det eller*
63. Tolk: *Tror du han så kan blive syg af det eller får sådan øh kan han sådan blive dårlig af det*
64. Læge: *Øh, det tror jeg ikke, altså i langt de fleste tilfælde, der er skyld øh hvor der er sådan en hjertelyd øh noget helt ufarligt. Men man er nødt til lige at identificere hvad det er for noget og i og med at han har udviklet sig så fint og ikke har udvist nogen symptomer i nogen retning så tyder det også på, at det er noget godartet*
65. Tolk: *Ja, det er sådan noget som i det fleste tilfælde, altså med sådan nogle børn, som har sådan en lyd i hjertet som ikke skal være der, altså så har de det ikke dårligt. Øh, sommetider når de vokser op lukker det dersen lille hul, øh hjertets lille hul, men selvfølgelig også når han ser sådan ud, er det ikke noget man forventer, ja, fordi han ser så rask ud. Men selvfølgelig, når hullet er større ser det anderledes ud, altså så er de ikke så sunde i deres udvikling*
66. Patient: *Nå*
67. Læge: *Ok, er der noget, I vil spørge om*
68. Tolk: *har du noget at spørge om*
69. Patient: *Jeg ved ikke, måske først når jeg kommer ud, så øh, det ved jeg ikke, nej nu skal jeg så bare vente til jeg får besked*
70. Tolk: *Nej, hun venter bare på at høre fra os*
71. Læge: *Ja, ja*
72. Tolk: *Ja, du skal bare vente, til du får besked fra os*
73. Patient: *Hm*
(case 10, konsultationen)

Herefter er konsultationen slut, og moren går ud. I interviewet med moren virker hun i det store hele tilfreds med forløbet men antyder dog, at lægen måske ikke havde tilstrækkelig lyst til at forstå, jf Narups ønske om, at lægen skal være imødekommende og stille sig til rådighed for patienten.

Interviewer: Følte du, at du og lægen forstod hinanden rigtigt, øh, via tolken
Patient: Hun [tolken] kan nok ikke rigtig gøre noget P fordi jeg ikke selv kan tale dansk, plejer jeg at have tolk, og så er det for mig altså som om der

mangler, altså måske fordi jeg ikke kan tale dansk, ikk, som at der mangler noget

Interviewer: Hvordan som om der mangler noget

Patient: For eksempel plejer jeg at tænke, at lægen måske ikke forstår alt det, jeg kom til lægen for

Interviewer: Hm, når du tænker sådan, siger du så, hvad du sagde, om igen [gentager]

Patient: Nej, det er måske også et spørgsmål om lægen, ikk. Nogle har mere lyst til at forstå noget og andre kommer mere let hen over det hele." (case 10, patienten)

Moren føler sig altså ikke i stand til at stille flere spørgsmål, og lægens respons på hendes spørgsmål åbner ikke op for, at hun får mulighed for at formulere sin bekymring. Et hurtigt spørgsmål 'er der andet' efter en lang enetale signalerer ikke åbenhed overfor patienten men snarere 'nu har jeg givet svar, så er der vel ikke andet du ønsker'.

Patienten i case 11 er ligeledes bekymret efter endt konsultation. Hun har fået at vide, at hendes hjerte er forstørret og fortæller i interviewet, at hun gerne ville have spurgt lidt mere om det. Patienten her synes at relatere problemerne med ikke at få spurgt om sine bekymringer til de to-sproglige vilkår for konsultationen. Som tidligere vist, siger patienten, "Når man selv kan spørge om det, man gerne vil have at vide P at spørge ordentligt P gennem sproget."

Patient: "Jeg forstår det ikke P jeg har ikke forstået det P de siger, jeg har haft meget forhøjet blodtryk.....Jeg fik først at vide i går at mit hjerte også skulle være blevet større på grund af, at jeg har det sådanJeg havde sådan lyst til at få at vide hvorfor mit hjerte blev større P om der er noget at gøre ved dem, der får det sådan P jeg har lyst til at ringe og bestille tid, hvor jeg kan tale med én om hvordan de bliver behandling og sådan P noget i den retning, ville jeg gerne vide". (case 11, patienten)

Lægerne oplever, at patienternes til tider uindfrie forventninger hænger sammen med, at patienterne ikke i videre udstrækning tager aktivt del i konsultationssamtalen. Lægerne bliver skuffede og føler sig frustrerede, når de oplever patienterne som inaktive og tilbageholdende i konsultationsforløbet, og de forstår ikke baggrunden for denne passivitet i patienternes kommunikative handlen.

Forventninger til tolken

Forventningerne til tolken hænger måske først og fremmest sammen med tilliden til, om tolken oversætter korrekt. I sundhedsprofilen blev interviewpersonerne, der oplyste at de som regel benytter tolk ved lægekonsultationer, spurgt om deres tillid til tolkenes oversættelse. 37% mente, at tolken ikke altid er god nok til at forklare hvad lægen siger til dem eller god nok til at forklare lægen,

hvad de selv siger i konsultationen (tabel 11). Kvinder har mindre tillid til tolken end mænd, og som tidligere vist oplever kvinder oftere end mænd også sproglige problemer i samtalen (tabel 10). Kvinder synes således generelt at være mere utrygge end mænd omkring den sproglige forståelse i samtalen med lægen.

Denne undersøgelses temaanalyse viste, at der både blandt læger og patienter eksisterer en vis generel utilfredshed med eller mistillid til tolkenes arbejde. Lægerne kritiserer ofte tolkene for ikke at oversætte alt det, der bliver sagt i konsultationen, men har i øvrigt ikke mange muligheder for at bedømme oversættelsens kvalitet.

Læge: "Jeg har måske nogle kommunikationsproblemer, som den tredje person skal være med til at formidle for mig. Det er ikke selve tolkens tilstedeværelse, der hæmmer mig i det, jeg gerne vil vide. Det er selve tolkningen, som nogle gange er for dårlig. Ofte så har jeg indtryk af, at man ligesom får mindre at vide end det, der egentlig skete, altså der bliver ført en lang samtale, så ender det med et nej eller et ja." (case 5, lægen)

De patienter, der er i det mindste delvis dobbeltsprogede, har naturligvis bedre muligheder for at vurdere tolkenes oversættelsesarbejde. Sundhedsprofilen viser, at de dobbeltsprogede stoler mindre på tolkningen end dem, der slet ikke taler dansk. Mens 74% af dem, der slet ikke taler dansk, som regel er tilfredse med tolkenes oversættelse til lægerne, gælder dette for 58% af dem, der taler noget dansk. Ligeledes siger flere af dem, der taler noget dansk, end dem der slet ikke taler dansk, at de ind imellem oplever sproglige problemer i de tolkede konsultationer (63% og 52%). Som det fremgår af nedenstående, kritiserer patienterne i denne undersøgelse - ligesom lægerne - blandt andet tolkene for ikke altid at oversætte alt det, der siges.

Patient: "Det var ellers meget tilfredsstillende [konsultationen], men tolkene tager kun nogle af ordene [oversætter ikke alle ord]. De vælger nogle gange den nemmeste løsning." (case 2, patienten)

I nedenstående interview anklager patienten tolken for at fejlversætte det antal dage, lægen angiver som sygedage med ret til sygedagpenge. Af transskriptionen fra konsultationen fremgår det, at tolken faktisk oversætter korrekt og endda i situationen spørger lægen en ekstra gang for at sikre sig, at han har forstået det rigtigt.

Patient: "Det betyder egentlig ikke så meget, at jeg skal starte igen [på arbejde] om mandagen, men lægen sagde ellers en uge, og så sagde tolken, at fra i dag og indtil fredag kan du tage fri P og så skal jeg altså starte igen på mandag, selvom lægen sagde, at jeg kunne holde fri en hel uge." (case 2, patienten)

Læge: ”Ja, så synes jeg, at når du har smurt med den creme i et par dage, så må du gerne starte på arbejde igen
 Tolk: *I denne uge må du hellere være stille [blive hjemme]*
 Tolk: Og det vil altså sige i morgen og fredag?
 Læge: Øh ja, ja, ja, ikk’
 Patient: *Fra i dag af?*
 Tolk: Ja, altså fra i dag af.”
 (case 2, konsultationen)

Patientens utilfredshed med ikke at have fået flere sygedage synes i dette eksempel at munde ud i en uberettiget kritik af tolken. I det hele taget viser transskriptionerne fra konsultationerne, at mens der er et utal af mindre gode oversættelser, navnlig af meget lange forklaringer fra patienten eller lægen, er der i materialet kun ganske få egentlige fejlversættelser og også få tilfælde, hvor tolken undlader at oversætte noget. Der synes således i nogen grad at være tale om, at tolkene til tider får skylden for kommunikationsproblemer, som de ikke er årsag til. Tolkene fungerer måske som en bekvem syndebuk, når noget ikke går som det burde, og dette kan forstås i relation til tolkens position som den, der står midt i mellem lægen og patienten (Galal & Galal 1999).

Oversættelse eller formidling

Lægernes svar på spørgsmålet om deres forventninger til tolken viste sig i temaanalysen at fremvise mindst to modsatrettede opfattelser af tolkens arbejde: kan man forvente, at tolken oversætter direkte ord for ord, eller skal tolken fungere bredere som en formidler af sprog og kultur? Nedenstående citater er eksempler på disse opfattelser, og viser lægernes uenighed angående dette spørgsmål. Nogle læger synes, tolken skal være helt anonym og oversætte ordret (lægen i case 11 og 6), mens andre lægger vægt på, at tolken forstår at leve sig ind (case 9). Diskussionen drejer sig, som lægen i case 9 antyder og med reference til teoriafsnittet, om forskellige opfattelser af kommunikation: om der er tale om direkte, uforstyrret overførsel af information eller om betydningsdannelse og meningsfortolkning.

Læge: “Jeg forventer, at tolken så vidt mulig ordret oversætter hvad jeg spørger om, og ikke sidder og sorterer i hvad patienten siger, men oversætter alt, hvad patienten siger til mig.” (case 11, lægen)

Læge: “En dygtig tolk fylder tilsyneladende ikke ret meget, øh, altså hun formår faktisk og sidde, næsten som fluen på væggen. Hvis jeg spørger ved du egentlig hvad der bliver sagt, kammerat, ikk, så ved de det jo altså ikke, men en rigtig dygtig tolk, øh, fungerer automatisk ude på fløjen ligesom.”
 (case 6, lægen)

Læge: "Jeg vil hellere have en dårlig tolk, der ligesom forstår at leve sig ind, end jeg vil have en tolk, der er fuldstændig perfekt og som bare siger som en maskine og ikke prøver at kommunikere videre, hvad det er patienten siger."
(case 9, lægen)

Alle lægerne i undersøgelsen havde stor lyst til at tale om tolkene og tolkning. Det er noget, der påvirker lægerne i deres daglige arbejde, og i modsætning til patienterne er det ikke noget, de fleste af lægerne har været vant til igennem længere tid. Lægerne, der som oftest slet ikke forstår grønlandsk, er klar over, at de for at kunne gennemføre deres konsultationer på tilfredsstillende vis nødvendigvis må opbygge tillid til tolkenes arbejde. Samtidig er mange af lægerne i løbet af deres arbejde blevet opmærksomme på, hvor vanskelig tolkningen kan være – at tolkningen afhænger af 'en hel masse andre ting', som der står i citatet nedenfor.

Læge: "Jeg stoler ligesom på, at der bliver tolket P det er jeg faktisk nødt til at gøre, og jeg ved også godt, at en tolkning, det er ikke noget, der er særlig let P og den kan ikke altid være særlig præcis, den er afhængig af en hel masse andre ting." (case 5, lægen)

Tolken i samfundet og sundhedsvæsenet

Den del af lægernes forventninger til tolken, der ligger udover oversættelsesfunktionen, er præget af, at tolken i vid udstrækning har fælles kulturel og samfundsmæssige baggrund med patienten. Tolkene har en viden om samfundet, det til tider er nødvendig at medtænke i konsultationerne, og som de nye læger og vikarer, der kun skal være kort tid i Grønland, ikke har. Tolken kan da - som lægen i case 14 siger nedenfor - blive et redskab ikke blot til forståelse af de ord, der siges, men en mediator for forståelse af patienten og det liv, patienten lever. Lægen i case 9 beskriver det som en situation, hvor tolken uddanner lægen.

Læge: "Tolken er et redskab til at forstå den person, som jeg skal tale med. Det er noget med oversætter funktionen, men det er også noget med nogle papirer nogen gange og nogle sociale muligheder der findes og sådan noget, som jeg absolut ikke kender noget til." (case 14, lægen)

Læge: "Det kan være utrolig vigtigt, at de tolke du får, ved hvad der er normalt i det samfund, de lever i. Der kan tolken så at sige blive brugt som en uddanner af lægen og forklare, at sådan er det altså her på bjerget." (case 9, lægen)

Patienternes forventninger til tolkene hænger sammen med det forhold, at tolkene ofte og navnlig i de mindre byer på Kysten har et udstrakt kendskab til patienternes liv, familie og sygehistorie. Det er dog sjældent, at tolkenes viden om patienterne inddrages direkte i konsultationen. Dette kan til dels skyldes, at

tolkene ikke selv ønsker at bryde deres neutralitet overfor patienterne. Tolkene giver udtryk for et ønske om at skabe afstand til patienterne og nævner blandt andet, at det i denne forbindelse hjælper dem at bruge kittel. Nedenstående citat er et eksempel på, hvorledes tolkenes kendskab til patienterne og deres hverdagsliv kan gøre det svært for tolkene at distancere sig fra patienternes lidelser.

Tolk: "Ja, for eksempel når patienterne har problemer derhjemme. Det er sådan noget, der nogen gange tæller P at man ved det. Jeg kender mange P jeg har medlidenhed med dem P sommetider kan det være ret hårdt, når det er nogen man kender, der er hos lægen, og man så for eksempel skal meddele, at de har en alvorlig sygdom, det kan være lidt hårdt. Så kommer medlidenheden." (case 14, tolken)

Patienterne synes at betragte tolkene som deres mest naturlige adgang til sundhedsvæsenet. Det er måske nok lægen, der har den professionelles kompetence og autoritet, men det er tolkene, patienterne har mødt før, og som de kan forvente at møde igen ved senere brug af sundhedsvæsenets ydelser. Tolkenes position som den stabile kontakt mellem patienterne og sundhedsvæsenets ambulatorium illustreres ved nedenstående citat.

Patient: "Jeg har næsten haft den samme tolk hele tiden, men hun er der ikke nu. Hun havde ellers været på kursus og var meget god. Når tolkene skifter, er det meget mærkeligt." (case 9, patienten)

Tolken i case 10 fortæller om en situation, hvor patienten ved konsultationens begyndelse henvender sig direkte til tolken med kritik af en tidligere episode, hvor hun blev afvist, fordi hun kom for sent til det aftalte lægebesøg. Kritikken er måske berettiget, i og med tolkene fungerer som en del af skrankepersonalet, men det er samtidig endnu et eksempel på, at patienterne opfatter tolkene som en del af sundhedsvæsenets personale.

Tolk: "Der var vi næsten oppe og diskutere fordi hun snakkede noget om, at der var en dag, hvor hun skulle have været her klokken 11.15, men så kom hun lidt over, 5 minutter over 12, øh sådan cirka, og så sagde hun, ja det var det hun snakkede om, ikk, at hun ellers var her den dag men at hun blev afvist, ikk." (case 10, tolken)

Patienternes forventningerne til tolken som deres primære kontakt til sundhedsvæsenet illustreres også af, at tolkene - som nedenstående citat viser - føler sig pressede af patienter, der henvender sig til dem udenfor sygehuset. Patienterne har således en forventning om, at tolkene står til rådighed som sundhedsvæsenets repræsentanter også i tolkenes fritid, og tolkenes ønske om at holde distance til patienterne i konsultationen skal betragtes i lyset heraf.

Tolk: "For eksempel kan nogen, som jeg har været tolk for, når de møder mig, lige meget hvor jeg kommer gående, så stopper de mig og siger, øh, de

piller hjælper ikke eller sådan noget. Så siger jeg, at de skal henvende sig til lægen på sygehuset, ikke sandt. Jeg ved ikke, hvad de vil have, at jeg skal gøre.” (case 14, tolken)

Opsamling

Analysen af undersøgelsens materiale viser, at de problemer, patienterne præsenterer i konsultationen, ligger indenfor det biomedicinske paradigme, og dette kan betragtes som udtryk for patienternes forestilling om, hvad der er legitimt at komme til lægen med, og hvad man kan forvente sig af et lægebesøg. Det er sandsynligt, at de præsenterede sundhedsproblemer blot afspejler en del af patienternes sygdomsopfattelse.

Der eksisterer en vis modsætning mellem henholdsvis patienternes og lægernes forventninger til, hvad der skal foregå i konsultationen. Patienterne synes hovedsageligt at have forventning om fysisk undersøgelse, og dette kan tænkes at have at gøre med de to-sproglige vilkår for konsultationen. Lægerne derimod har en forventning om, at de skal kunne gøre noget for patienterne og undrer sig i forlængelse heraf over, hvorfor patienterne ikke deltager mere aktivt i konsultationen og giver udtryk for, hvad de ønsker.

Både blandt patienter og læger synes der at eksistere en vis generel mistillid til tolkenes arbejde, der dog i nogen udstrækning synes uberettiget. Snarere kan der være tale om, at tolken qua sin midterposition fungerer som en bekvem syndebug for generel og diffus utilfredshed. Der er ingen entydig forventning blandt lægerne om, hvori tolkenes arbejde bør bestå; nogle læger forventer direkte oversættelse andre foretrækker en mere aktiv og formidlende tolk. Patienternes forventninger til tolken er præget af, at tolken både er en del af lokalsamfundet og er patienternes stabile kontakt til sundhedsvæsenet.

Handlen

Analyseelementet handlen tager i særlig grad udgangspunkt i vilkårene for den tolkede konsultation: hvordan taler man sammen, hvad gør man, når al betydning, af en tolk skal oversættes frem og tilbage mellem to sprog? Temaanalysen har kunnet afdække en række forhold, som parterne i konsultationerne selv refererer til som betydende for det at tale med tolk. Kommunikationsanalysen har kunnet vise, hvad det rent faktisk er parterne gør, og hvad der synes at fungere godt og mindre godt³⁹.

Lægerne som tolkebrugere

Lægernes konkrete brug af tolken hænger sammen med forløbet af samtalen. Lægekonsultationen indledes typisk med, at lægen spørger til patientens ærinde, hvorefter patienten kommer med en kortere eller længere beskrivelse heraf, lægen stiller uddybende spørgsmål for til slut at stille en diagnose og foreslå behandling. Lægens åbningsspørgsmål volder sjældent problemer i oversættelsen, ligesom de uddybende spørgsmål også oftest forløber uden de store problemer for tolkene.

Harrison et al har i deres undersøgelse af to-sprogede, tolkede konsultationer specifikt analyseret konsekvensen af lægens måde at stille spørgsmål på for den efterfølgende tolkning og forståelse i konsultationen. De inddeler spørgsmålene i tre grupper: simple, komplekse (eksempelvis indirekte spørgsmål) og serie-spørgsmål (hvor flere spørgsmål stilles i træk uden at tolken har mulighed for at oversætte undervejs) og konkluderer, at der ofte opstår problemer ved komplekse og serie-spørgsmål (Harrison et al 1988). Samme - ikke overraskende konklusion - findes også i ikke-tolkede konsultationer (Larsen & Risør 1996) og som for diskussionen af præcision i samtalen gælder altså her, at betydningen af forhold, der påvirker konsultationssamtaler generelt, øges i tolkede konsultationer. Gennem sammenligninger af tolkede og ikke-tolkede konsultationer er det således blevet påvist, at lægernes forklaring angående behandling er bedre i ikke-tolkede end tolkede undersøgelser, og at dette har betydning for, i hvilket omfang patienterne forstår de givne anbefalinger og kan huske, hvad der bliver sagt (Cline & McKenzie 1998).

Også i nærværende undersøgelse synes lægerne mest opmærksomme på at stille enkle spørgsmål i begyndelsen og den midterste del af konsultationsforløbet, mens det kniber med at huske at tale 'tolke-venligt' i den efterfølgende diagnose- og behandlingsbeskrivelse. Endvidere skaber også patientens indledende

³⁹ Undersøgelsens bagvedliggende anvendelsesorienterede interesse medfører et vist uundgåeligt fokus på, hvad der ikke fungerer og derfor kunne gøres bedre. Det er derfor nødvendigt som indledning til det følgende at fastslå, at det overordnede indtryk fra observationerne af de optagede konsultationer er, at parterne i konsultationen generelt gør sig meget umage og virker interesserede i at gøre deres til at få situationen til at fungere bedst muligt.

beskrivelse af formålet med sit lægebesøg problemer i konsultationerne. Begge parter taler generelt i disse situationer for længe uden at give tolkene mulighed for at komme til at oversætte med det resultat, at det ofte kun er den afsluttende - og i bedste fald også den indledende - sætning, der bliver oversat.

Nedenstående vises udskrifter fra to forskellige konsultationer, der begge omhandler en patient med ondt i øret. Case 4 er tidligere indgået i analysen som eksempel på fejlversættelse relateret til tidsfastsættelse. Nedenstående uddrag fra konsultationen viser en situation, hvor kommunikationsanalysens inddeling af sekvenser på baggrund af indholdsmæssige skift tydeligt illustrerer, at lægens sprogbrug med simple sætninger giver tolken gode muligheder for oversættelse. Det efterfølgende uddrag fra case 5 viser derimod, hvorledes kun dele af lægens information til patienten oversættes, fordi lægen taler i serieform.

62. Læge: "Ja, der er ikke noget at se i dit øre. Det er ikke betændelse
63. Tolk: *Der er ikke noget betændelse at se*
64. Patient: *Aha*

65. Læge: Det, der kan være, er undertryk eller væske
66. Tolk: *Det kan måske være dens tryk eller at der er lidt væske*
67. Patient: *Nå*

.....

71. Læge: Og det kan gøre ondt
72. Tolk: *Og derfor kan det smerte*
73. Patient: *Aha"*
(case 4, konsultationen⁴⁰)

68. Tolk: "Han har ellers høreapparat på venstre side, men det suser meget
69. Læge: Det suser meget, ja. Det øre heromme, det ser nu ganske fredeligt ud, altså, der er ikke tegn på betændelse og jeg tvivler på, at der er noget, der hjælper ved at blive opereret, men derfor kan du nok blive set af en ørelæge alligevel
70. Tolk: *Øh, dit øre, man kan ikke sige, at der er noget i vejen med dit øre nu, men øh, når ørelægen kommer skal du til undersøgelse*
(case 5, konsultationen)

Case 5 indgik tidligere i analysen som eksempel på en konsultation, hvor der selv efter konsultationens afslutning stadig var usikkerhed om, hvorfor patienten egentlig kom til læge. Mod slutningen af konsultationssamtalen forsøger

⁴⁰ Talehandling 68-70 er ikke medtaget her, fordi der sker en fejlversættelse fra "to-tre måneder" til "to-tre uger". Fejlversættelsen har ikke noget med lægens sprogbrug at gøre, men skyldes problemer med oversættelse af tid, hvilket fremgår i analysen af Tidsopfattelse og kontekst.

lægen sig ellers med et direkte spørgsmål om, hvad formålet er, men som det fremgår, formår tolken ikke at oversætte lægens tvivl.

39. Læge: "Ja, hvad tænker du på, når du kommer her i dag. Skal du have smertestillende eller en ny undersøgelse eller hvad tænker du på
40. Tolk: *Du er taget til lægen nu med din smerte, ikk'? Øh, smertestillende, du sagde noget om, at de smertestillende ikke, at de ikke hjælper*
41. Patient: *Altså, det hjælper ikke så meget og pillerne mod gigt kan min mavesæk ikke tåle*
42. Tolk: Det er i forbindelse med, øh, smerte
- 43 Læge: Det er mere smertebehandling?
44. Tolk: Ja"
- (case 5, konsultationen)

I de efterfølgende interview giver lægen udtryk for, at første del af spørgsmålet, om hvorfor patienten kommer, er hovedspørgsmålet, og også tolken forstår spørgsmålet åbent og betragter det efterfølgende om smertestillende medicin eller undersøgelse som eksempler. Det er således ikke i betydningsdannelseprocessen fra lægen til tolken, der er problemer med forståelsen, men derimod med tolkens formidling af denne betydning til patienten. Tolken griber i sin oversættelse kun fat i det smertestillende og formidler dette videre til patienten. Eksemplet illustrerer betydningen af, at lægen omformulerer sit spørgsmål og derfor taler i serieform. I sådanne tilfælde vil tolken tendere mod kun at oversætte den sidste version, hvilket forringer forståelsen, fordi også de indledende formuleringer udgør en del af budskabet (Wadensjö 1992).

I interviewet med patienten ses det tydeligt, at patienten naturligvis udelukkende fokuserer på det, han har hørt, nemlig den del af lægens spørgsmål, der handlede om, hvorvidt han ville have mere smertestillende. Det ses også, at dette spørgsmål ikke forekommer særlig relevant for patienten - selvom tanken om, at der måske findes en virkelig virksom smertestillende medicin naturligvis ikke afvises. Senere i dette analyseafsnit behandles yderligere mulige årsager til patientens henvendelse.

Interviewer: "Hvad er det, der sker her?"

Patient: De spurgte, om de smertestillende hjalp. De hjælper ikke så forfærdelig meget.

Interviewer: Hm, så hvad for grund er det, du tager til lægen for

Patient: Altså, det er det her

Interviewer: At du gerne ville have smertestillende

Patient: Ja, altså det var ikke mest på grund af de smertestillende piller, men hvis der nu var noget bedre medicin, ikk." (case 5, patienten)

Lange forklaringer med serie-formede sætninger skaber - udover problemer forårsaget af manglende oversættelse af dele af informationen - også problemer, fordi tolken, selv hvis denne husker al information, alligevel har svært ved at formidle det videre i en forståelig form. Nedenstående fra case 10, der tidligere er indgået i analysen omkring patientens forventninger, viser lægens forklaring til moderen, efter at han har lyttet til hendes søns hjerte og konstateret, at der er en mislyd. Det er første gang, moderen hører om mislyden, og som det er fremgået, beroligede lægens noget famlende forklaring og tolkens efterfølgende endnu mere usikre oversættelse ikke moren⁴¹.

42. Lægen: "Det kan være noget som øh ikke betyder noget P det er det heldigvis i de fleste tilfælde og det kan også godt være at han måske har det øh har et lille hul i hjertet som han har fra dengang han lå inde i din mave. Der har man sådan et hul P i maven P det hul i hjertet. Og det lukker sig ikke altid
43. Tolken: *Hm, det kan være sådan som dengang du havde ham i maven at det er hans hjerte, der er et lille hul endnu, som ikke er helet. Dengang mens du var gravid skulle han efter sigende måske have lidt af sådan én, men nogen af dem, de fleste selvfølgelig øh hvordan øh de har ikke mén af det, sådan som, når de har et lille hul, fordi hjertet har et lille hul, ikke også. De fleste selvfølgelig øh heler det."* (case 10, konsultationen)

Det sidste eksempel på lægernes ikke altid hensigtsmæssige måde at bruge tolken på viser en situation, hvor lægen fortsætter en meget lang forklaring, selvom tolken undervejs forsøger at stoppe ham og komme til oversættelse. Eksemplet viser også, at denne relativt erfarne tolk er i stand til senere i konsultationen at vende tilbage de dele af lægens forklaring, som ikke blev oversat i første omgang.

34. Læge: "Ja, du har simpelthen fået det vi kalder sådan et hekseskud, altså simpelthen af at løfte på den tunge byrde, også er det dine rygmuskler, der strammer øh, der strammer. Der er ingen tegn på at du har noget diskosprolaps eller noget der er værre. Øh, det jeg skal ha' dig til, det er at jeg skal ha' dig til at slappe af i dine muskler og det kan jeg gøre på to måder P dels ved at give dig noget smertestillende, fordi hvis du går og har ondt, så går du bare og spænder endnu mere hele tiden og så spænder du nogle andre steder også, så derfor er jeg nødt til at bryde den smertecirkel, så du slapper af i dine muskler. Og så skal jeg lige snak-
35. Tolken: ja

⁴¹ Det må naturligvis bemærkes, at tolkens oversættelse bærer præg af den relative direkte oversættelse mellem grønlandsk og dansk. For patienten har oversættelsen derfor forhåbentlig ikke virket helt så svært forståelig, som den her er fremstillet.

36. Læge: -ke med Karin, vores fysioterapeut, om hun godt vil ta' dig nu, fordi jeg tror, at hvis du kom ned til Karin nu og fik noget varme, så ku' vi få løst det op, så du ku' få, du kommer over det her hurtigt i løbet af weekenden

37. Tolk: *Altså først [host] du har forstrukket dig, ikk, din muskel har strækket sig meget, og så øh heldigvis er der ikke nogle af dine nerver i ryggen, som er i klemme. Men han vil gi' dig en henvisning til en fysioterapeut, du kan tage derned nu, så vil han forsøge at afhjælpe dig så hurtigt som overhovedet muligt*

[konsultationen fortsætter med en diskussion af arbejdsskadeerklæring og da lægen ringer op til fysioterapien for at høre, om patienten kan komme med det samme, fortsætter tolken sin oversættelse af lægens lange forklaring til patienten]

69. Tolk: *så skal du også ha' smertestillende piller, du får nogle smertestillende*

(case 13, konsultationen)

Lægen, der tidligt i interviewet påpegede vigtigheden af at tale i korte sætninger, lægger i gensynet med den gengivne situation mere vægt på brugen af fagtermer og stopper selv videoen umiddelbart efter ordet hekseskud. Da lægen spørges direkte om den lange sætning, giver han udtryk for, at han har tillid til, at tolken kan klare oversættelsen, og tolken - der først ved gensynet lægger mærke til, at lægen overhører hendes forsøg på at komme til orde - synes da heller ikke negativt berørt over at skulle vende tilbage til oversættelsen senere i forløbet. Det er interessant at bemærke tolkens fortolkning af, at lægen fortsætter sin lange forklaring, fordi patienten nikker som i forståelse. Interviewet med patienten, der forstår noget dansk, viser, at denne er taknemmelig for tolkens oversættelse.

Tolk: "Her er det som om, at jeg skulle have oversat det, men lægen kører bare videre, da patienten nikker, så P men til sidst så gjorde jeg det alligevel, oversatte det P Altså jeg lagde bare mærke til, nu hvor jeg ser det, at lægen bare kørte videre, ikk. Han begynder straks at gå over til behandlingsformen, øh, begynder at forklare uden at jeg først oversatte det. Men til sidst oversatte jeg det, efter min mening, skulle det her lige oversættes." (case 13, tolken)

Patienten: "Når han begynder at snakke sådan ud i et, ikk, lægen, så kan jeg selvfølgelig ikke adskille præcist hvad det drejer sig om. Så på den måde har jeg godt udbytte af tolken, for at forstå hvad han [lægen] snakker om." (case 13, patienten)

Forskydninger i opmærksomhed

Kontakten mellem lægen og patienten påvirkes af, i hvilken udstrækning lægen i konsultationen orienterer sig væk fra samtalen med patienten og mod eksempelvis journalen på bordet eller computeren for at søge oplysninger. Case 5, hvor lægen selv efter konsultationens afslutning er usikker på årsagen til patientens henvendelse, illustrerer betydningen af, at lægen ikke orienterer sig væk fra patienten. Lægen stiller et uddybende spørgsmål om den skade, patienten tidligere i konsultationen har præsenteret, men som det fremgår, er patienten mere interesseret i at fremkomme med information om et brev, han har med til lægen.

16. Læge: "Hvornår var det?"

17. Tolk: *Øh, hvornår skete det?*

18. Patient: *Mit brev ligger i frakkelommen, jeg glemte det*

19. Tolk: *Var det i maj 1995, at du fik den ned over dig*

20. Patient: *Ja*

21. Tolk: *maj måned*

22. Læge: *Ah, det er altså mere end et år siden [lægen kigger på computeren]*

23. Patient: *Brevet ligger ellers i min frakkelomme*

24. Tolk: *Han har et brev med, hvor der står, hvornår han skal ha' kigget på det*

25. Læge: *Nå, så du har været hernede tidligere med den skade der*

26. Tolk: *Øh, har du været til læge med den tidligere*

27. Patient: *Ja*

28. Læge: *Ja, jeg kigger lige på det her [i journalen på computeren] Nå, det kan jeg godt se, du har været her for ikke så lang tid siden (case 5, konsultationen)*

Interviewet med patienten viser, at det omtalte brev var en blanket, som patienten skulle have lægen til at udfylde, og at dette var - i hvert fald delvis - patientens årsag til henvendelse. Problemerne opstår i første omgang, fordi tolken ikke oversætter patientens oplysning (19) men i stedet vælger at forsøge at få det svar ud af patienten, som lægen ønsker. I anden omgang, da tolken oversætter oplysningen (24), er det lægen, der i stedet for at se brevet fortolker patientens oplysning og vælger at informere sig om det tidligere lægebesøg ikke via brevet men via computeren. Undervejs i interviewet refererer lægen selv til sin store opmærksomhed mod computeren som en årsag til, hvorfor han ikke opfatter patientens oplysning.

Læge: "Prøv lige at stoppe her. Ja, så bliver jeg klar over noget, der P han laver en lang udredning og der kommer jeg så i tanke om, at der er noget med den skulder der. Og så kan I se, så vender jeg mig mod pc'eren, fordi så skal jeg lige genopfriske min hukommelse

Interviewer: Øh, hvordan var det i selve situationen, altså hørte du hvad de snakkede om, lagde du mærke til, at de havde snakket sammen

Læge: Nej, jeg koncentrerede mig om at læse et par linjer her. Men hør altså, nu ku' jeg godt snart lide at vide, har han sagt noget P altså på grønlandsk som jeg egentlig, altså, hvad er jeg egentlig gået glip af. Ja, jeg sad jo og gloede på den skærm der." (case 5, lægen)

Det forekommer naturligt, at lægerne bruger journalen, når der opstår problemer med forståelsen med patienten, men der skabes en barriere i kontakten til patienten, hvis lægen ikke samtidig formår at være opmærksom på, hvad der i øvrigt foregår i samtalen. I en undersøgelse af betydningen af brug af informationssystemer for interaktionen mellem læge og patient i konsultation beskrives både situationer, hvor læger ikke opfatter patientens forklaringer, fordi lægen er mere opmærksom på journalen end på det patienten siger, og situationer hvor patienterne undlader at sige noget, mens lægen kigger i journalen og først genoptager samtalen, når lægen igen kigger op (Heath 1986). I studier af konsultationsprocessen i almen praksis fra Danmark konkluderes det, at lægens tanker om hvad patienten fejler, om hvilket spørgsmål der skal stilles næste gang, om hvor mange der sidder i venteværelset eller hvad man skal købe med hjem til middag kan virke som en forstyrrelse i dialogen og interferere med lægens evne til at kunne rumme informationerne i den historie, patienten fortæller (Larsen & Risør 1994). Denne tendens til uhensigtsmæssig progression i samtalen synes at øges i de tolkede samtaler, idet lægerne har svært ved at skulle forholde sig - også tankemæssigt - passivt og afventende, når der foregår noget, de alligevel ikke forstår. I stedet for at afvente patientens svar, bruger lægerne den tid, hvor der tales grønlandsk, til inde i hovedet eller via information fra computeren at bringe konsultationen videre frem og formulere nye spørgsmål.

Problemet viser sig som manglende respons fra lægernes side på patienternes oplysninger⁴², og kommunikationsanalysen viser mange eksempler på patienter, der ikke får respons på deres udsagn samt situationer, hvor læger stiller et spørgsmål, der allerede tidligere er kommet svar på. Case 14 indeholder et eksempel på en sådan situation⁴³. I konsultationens begyndelse oplyser patienten, at han hoster slim op (6), men lægen opfatter det ikke og afbryder faktisk tolkens oversættelse for selv at kunne stille det spørgsmål, han har udtænkt, mens patienten talte. Senere i konsultationen må lægen så selv stille et spørgsmål om opspyt (16), og hverken tolk eller patient lader sig mærke med, at de faktisk allerede har givet lægen denne oplysning (17-19).

⁴² Jf afsnittet om responsiveness i beskrivelsen om kommunikationsanalysens metode.

⁴³ Casen er gengivet i sin helhed som både transskription og sekvensanalyse i bilagene.

1. Lægen: [kommer ind og giver hånd og henviser til nærmeste stol] "Ja goddag. Sid herhenne engang [patienten sætter sig nærmere]. Nå, hvordan går det?"
2. Tolk: *Han spørger om, hvordan du har det.*
3. Patient: *Jeg har det bedre*
4. Tolk: Han har det meget bedre
5. Læge: Ja
6. Patient: *Det er også fordi jeg kommer bedre af med mit slim, at jeg har det bedre*
7. Tolk: Øh, der kommer meget slim op ogs-
8. Læge: Ja, ikke noget med feber nu? [kigger i journalen]
9. Tolk: *Har du ikke mere feber*
10. Patient: *Nej*
11. Tolk: Ingen feber
12. Læge: Nej, det lyder også bedre i vejrtrækningen nu kan jeg høre [tager stetoskopet]
13. Tolk: *Han siger også, at han kan høre, at du har en meget bedre vejrtrækning*
14. Patient: *Ja det bliver bedre*
15. læge: [med stetoskopet i hånden] Ja må jeg høre på ryggen? [spørgende] [kigger i journalen igen]
14. Patient: [fortsat] Ja [begynder at trække trøjen af]
16. Læge: hvad med opspyt, er der stadig meget opspyt? [forbereder stetoskopet]
17. Tolk: *er du stadig i gang med at komme af med det slim*
18. Patient: *ja* [trækker selerne ned og løfter sin skjorte op og rejser sig]
19. Tolk: ja
- (case 14, konsultationen)

Lægens problemer med at forholde sig afventende og opmærksom også i de perioder i samtalen, hvor der tales grønlandsk, illustreres tydeligt også senere i konsultationsforløbet i case 14. Den meget lange dialog mellem tolk og patient, om hvornår patientens inhalator er tom (talehandling 47-57), er gengivet i slutningen af analysen af kontekst som illustration af nødvendigheden af en øget opmærksomhed mod præcision i de tolkede samtaler. I gensynsinterviewet kommenterer lægen situationen som en følelse af at blive holdt udenfor.

Læge: "Dér er det også, jeg mener, at tolkene altså fører for lange samtaler med personen, hvor i hvert fald jeg ikke aner, hvad der foregår, om hun stadig forklarer eller hvad det er... Jeg mener altså, man sidder trods alt som en af parterne. Hm, lige i den der situation, kan man jo godt sige, at man er

lidt holdt udenfor, altså i den forholdsvis lange seance, det vil jeg sige” (case 14, lægen)

Man kan af den tidligere gengivne udskrift se, at lægen begynder at orientere sig væk fra samtalen på et tidspunkt, hvor tolk og patient kun har gennemført to-tre replikskifter (49), og interviewdialogen nedenfor viser, at lægen meget hurtigt, når han ikke forstår hvad der foregår i konsultationen, vælger at bruge tiden til at tænke fremad i konsultationsforløbet. Selvom lægen altså oplever, at det er tolken og patienten, der holder ham udenfor, kan situationen lige såvel fortolkes derhen, at lægen i nogen grad kobler sig selv fra.

Interviewer: “Hvad tænker du, når du sidder der og kigger lidt i papirerne og ordner og sådan?”

Læge: Jamen jeg skal bare have tiden til at gå

Interviewer: Og hvad tænker man så?”

Læge: Jamen hvad tænker man. Man tænker [ler lidt], man forbereder sig måske på, om der kommer mere eller om P hvad skal man sige, om man har været rundt om det problem der nu var.”

(case 14, lægen)

Det kan undre, at lægen ikke direkte spørger til det, patienten og tolken har talt om. Generelt er lægerne i materialet irriterede over, at patient og tolk fører samtaler uden om lægen, men ingen af casene viser eksempler på, at lægerne efterfølgende har spurgt om, hvad der måtte være gået for sig i sådanne samtalesekvenser. Parterne i konsultationen synes at finde det utilfredsstillende, når den tolkede samtale opleves som forskudt dialog med tolken, og der ikke er direkte kontakt mellem lægen og patienten; men oplevelsen er tydeligvis så almindelig, at parterne ikke i den konkrete situation handler i forhold til den. Dette behandles yderligere i afslutningen af analysen.

Patienternes tilsyneladende passivitet i samtalen

Som beskrevet undrer de deltagende læger i undersøgelsen sig over, hvorfor patienterne ikke deltager mere aktivt i konsultationen, ikke udtrykker mere præcist hvad de forventer af lægen, ikke stiller spørgsmålstejn ved lægens behandling osv.

Patienten i case 2 er som tidligere beskrevet efter konsultationens afslutning stadig utilfreds med ikke at være blevet tilkendt flere sygedage. Patienten arbejder på fiskefabrik og er meget bekymret for, om hans sår på hånden kan gøre fisken sundhedsskadelig for andre at spise, og han er bange for, at cremen, lægen giver ham til at komme på, blot øger problemerne. I konsultationen ytrer han sig én gang til lægen om denne bekymring, men da dette medfører en dialog mellem tolken og lægen om typen af arbejdsplads og præcisering af antal sygedage, får patienten aldrig rigtig svar på, om det er farligt. Interviewet med lægen viser en tydelig afklaring på spørgsmålet, idet lægen sammenkæder

antallet af sygedage med bekæmpelsen af bakterier i såret snarere end helingen af såret. Lægen sad således inde med en forklaring på sin angivelse af blot to sygedage, men patienten fik aldrig lejlighed til at forholde sig til denne forklaring. Patienten spørges i interviewet om, hvorfor han ikke gentog sit spørgsmål og svaret, der kommer tøvende og er meget svært at forstå, synes at dreje sig både om en utryghed overfor at tale om følelser og en erkendelse af, at tolknin-gen forværrer problemerne.

Patient: "Jeg tænkte ellers på P at jeg skulle sige det P men, ja, P altså, jeg kunne ikke rigtig sige noget.

Interviewer: Hm, hvorfor?

Patient: Hm jeg holdt det ligesom herinde [peger ved brystet] P nogle gange, øh, forsøger vi selv at gemme vores følelser P når vi nogle gange ikke får mulighed for at sige noget P når vi er til lægen, øh, når vi ikke bliver forstået rigtigt. Nogle tolke tolker ikke rigtigt P Jeg kan bare ikke finde ud af at sige tingene direkte, når der er tolk." (case 2, patienten)

Resultatet synes på baggrund af interviewet med den bekymrede patient at blive, at patienten under alle omstændigheder bliver hjemme, til han er færdig med at bruge cremen, og såret er helet. Casen udgør således et eksempel på manglende forståelse, der bunder i, at lægen ikke giver patienten den nødvendige forklaring på sin behandling (antal sygedage), og at patienten ikke tydeligere giver udtryk for sin bekymring.

Også i case 4 får patienten ikke sagt det, han ville. Nedenstående gengives dele af konsultationen (sekvens 23 til begyndelsen af 27).

101. Patient: *"Se også denne her. Da jeg arbejdede med den, måske med hellefisketænder, begyndte den at hæve meget, den begyndte at blive ikke-brugbar og-*

102. Tolk: *Og så har han fingeren dér, som er blevet hævet muligvis på grund af hellefiske tænder*

103. Læge: *På grund af hvad*

104. Tolk: *Hellefiske tænder*

105. Læge: *Har den bidt ham*

106. Patient: *Lige nu er den ikke hævet men*

107. Tolk: *Er du ellers blevet bidt*

108. Patient: *Hva' ba*

109. Tolk: *Er du ellers blevet bidt*

110. Patient: *Jeg er blevet bidt*

111. Tolk: *Han er blevet bidt af hellefisk*

112. Læge: *Hvornår*

113. Tolk: *Hvornår*

114. Patient: *Øh, måske i torsdags*

115. Tolk: Torsdag

116. Patient: *Når jeg begynder at bruge den [fingeren] [er det] som om de her [peger på fingeren] bliver helt usynlige, fordi de hæver så meget*

117. Tolk: når han bruger den så bli-

118. Læge: Jeg tør ikke andet end at give dig noget penicillin for det...
(case 4, konsultationen)

I det efterfølgende interview siger patienten, at han oplever, at lægen og tolken afbryder ham, og at han ikke får sagt det, han gerne ville.

Interviewer: "Hm, ja, har du nogle tilføjelser til det, vi lige har set

Patient: Altså, mens jeg stadig gerne ville tale, så startede han på dansk, ikk, det var lige i slutningen, jeg havde stadig noget, jeg gerne ville sige, men jeg holdt bare min mund P jeg ville ellers godt have forklaret men jeg holdt bare min mund midt i det hele fordi han begyndte at tale dansk.

Interviewer: Ahr ja, hvordan

Patient: F.eks. mens jeg stadig taler, så taler de forbi mig, så derfor holder jeg bare min mund, når jeg er til lægen." (case 4, patienten)

Som det fremgår af transskriptionen, afbrydes patientens forsøg på at forklare sig både af tolken (102) og senere af lægen (118). Patientens oplevelse synes dog nok så meget at skyldes, at han savner den respons fra lægen, der i første omgang ikke kommer, fordi lægen stiller forståelsesspørgsmål til tolken (103), og i anden omgang fordi tolken overhører patientens information og i stedet oversætter lægens spørgsmål (107). Det er tydeligt, at patienten bliver meget overrasket over tolkens spørgsmål i denne situation, hvor han forventer, at tolken i stedet skulle oversætte til lægen (108), og lægens næste spørgsmål om, hvornår skaden skete (112), opfattes af patienten som endnu et spring i forståelsen i forhold til hans eget ønske om at forklare problemet til bunds (116). Der er således både tale om afbrydelser af tale og om afbrydelser i form af emneskift, og begge dele kan forstås i et magtperspektiv (Wynn 1995). Patientens oplevelse ikke, at han har fået mulighed for at forklare sig, han har ikke fået respons fra lægen på det, han har ønsket at fortælle, og han har derfor ingen oplevelse af, at lægen forstår ham.

Case 13 er et eksempel på en konsultation, hvor lægens manglende opmærksomhed synes at være årsag til, at patienten ikke får indfriet sine forventninger til konsultationen. Nedenstående uddrag viser en situation, hvor patienten flere gange spørger, om han kan få en lægeerklæring, uden at få tilfredsstillende svar⁴⁴.

⁴⁴ Begyndelsen af dette uddrag er tidligere indgået i analysen som eksempel på, hvorledes patienten taler til lægen gennem tolken.

43. Patient: *"Hm P kan han [lægen] lave en seddel til min chef om, at jeg ikke kan arbejde lige nu?"*
44. Tolk: *Vil han da ha' sådan en?"*
45. Patient: *Ja, han har krævet sådan en lægeerklæring, han vil gerne ha' et bevis*
46. Tolk: *Øh, hvad hedder det, ja altså hans chef skal have en anmeldelse."*
47. Læge: *Ja, det sku' jeg lige sige til dig, det skal du snakke med din chef om, fordi det er jo en arbejdsskade, altså det skete på dit arbejde, ikk' også*
48. Tolk: *Øh ja, det skete jo under dit arbejde, du blev skadet mens du arbejdede og derfor skal din chef anmelde det*
49. Patient: *Også selvom ham der [lægen] ikke laver en seddel*
50. Tolk: *Øh, altså, ja, selvom han ikke skriver en seddel, så skal din chef melde det som noget, der er sket på dit arbejde*
51. Patient: *Men lægen må da vidne på det, ikke sandt*
52. Tolk: *Øh, det er altså hans chef, der skal lave en anmeldelse?"*
53. Læge: *Ja, det er hans arbejdsgiver*
54. Tolk: *Øh P det øh P er ikke nødvendigt*
55. Patient: *Men det kan godt være, Peter [chefen] først forlanger at se et bevis fra lægen*
56. Læge: *Ja, ska' jeg lige høre Karin om hun P vi- ta' dig...."*
(case 13, konsultationen)

I interviewet med patienten udtrykker denne lægeerklæringen som sin primære forventning til lægebesøget og fortæller desuden, at han har sikret sig mod den manglende erklæring ved at oplyse sin arbejdsgiver om navnet på lægen og tolken. Tolken er godt klar over patientens misforståelsen og indrømmer i interviewet, at hun måske ikke har forklaret sagen tilstrækkeligt for patienten .

Tolk: "Hm, ja patienten mente ellers lægeerklæring, men ifølge reglerne så kan enhver være syg i tre dage, det er først ved den fjerde dag, at arbejdsgiveren kan bede om en lægeerklæring og så henvender de sig selv hertil for at få én. Men øh forklaringen her var måske lidt uforståelig. Hvis jeg skulle forklare det grundigt, skulle jeg bruge en masse tid på det og jeg troede ellers han godt vidst det." (case 13, tolken)

Tolkens selvkritik synes dog på basis af transskriptionen kun delvis retfærdig. Snarere er der tale om, at lægen ikke er opmærksom på, at patientens gentagne spørgsmål om samme emne kan være begrundet i, at han endnu ikke har fået svar på sit spørgsmål, og at der kan være tale om misforståelser. Ved gensynet stopper lægen selv videoen umiddelbart efter, at tolken har sagt til lægen, at patienten skal bruge en anmeldelse (46), og udtrykker her en utålmodighed og manglende opmærksomhed, der synes relevant som årsag til problemerne.

Lægen: "Se nu sidder jeg og skal have det afsluttet [griner]. Jeg kan se, det der jeg gør med fingrene, det er mit utålmodighedstegn. Nu hører jeg jo ikke efter ... Jeg har sådan set afsluttet den konsultation. Også ud fra den viden jeg har om sygdommen, så vælger jeg hvad der nok er vigtigt for mig at få at vide. Altså, ok, det kan jeg også finde på bevidst, øh, altså bevidst at overhøre nogle ting, men øh her, altså er det nok ubevidst på den måde, at jeg er jo færdig for længe siden P jeg er jo færdig med det her, ikk, så nu skal jeg bare have patienten ud af døren." (case 13, lægen)

Konversationsanalytisk forskning om tur-tagning i samtaler mellem patienter og læger viser, at patienter afbrydes af lægerne gennemsnitlig 18 sekunder efter, at de er begyndt at beskrive deres symptomer, og at halvdelen af de problemer eller bekymringer, som patienterne nævner, ikke bliver besvaret af lægerne (West & Frankel 1991). Resultatet af lægernes afbrydelser og manglende respons er, at mange patienter derfor ikke får beskrevet deres væsentligste sundhedsproblem, og at parterne kun i halvdelen af alle konsultationer er enige om hovedårsagen til patienternes henvendelse (Thompson 1998). Ligeledes viser forskningen, at i tilfælde, hvor lægen og patienten samtidig forsøger at bringe et emne på banen, vil patienten med kun ganske få undtagelser være den, der trækker sig, således at lægens dagsorden bliver gældende for den efterfølgende samtale (Frankel 1984). Patienters passivitet og lægers dominans som en følge blandt andet af lægernes egen måde at indgå i samtalen på er således ikke noget, der følger af de to-sproglige og to-kulturelle vilkår for konsultationen i Grønland. Analyserne viser dog, at lægernes opmærksomhed i den aktuelle kontekst mod det, patienterne siger, er påvirket af forskelle i måder at tale på. Måder at tale på, måder at tale om sig selv på, tur-tagnings-principper osv. er som beskrevet i teoriafsnittet udtryk for sociale og kulturelt bestemte regelmæssigheder, der udefra set giver sig til udtryk som konventioner. I Alaska er der gennemført en undersøgelse af de stereotyper, der findes i to forskellige etniske grupper om den anden gruppes måde at tale på (Scollon & Scollon 1980). Undersøgelsen omhandler henholdsvis atabaskere, som er en oprindelig befolkningsgruppe i Alaska med eget sprog, og gruppen af 'hvide' tilflyttere fra det øvrige USA, som har engelsk som modersmål. Der er som nævnt tale om stereotyper, men mønsteret er tydeligt nok. Mens atabaskere synes, at de hvide taler for meget og for længe, afbryder for meget, taler for direkte om sig selv og andre mennesker og hele tiden taler om fremtiden, er det en udbredt forestilling blandt de hvide, at atabaskere ikke taler nok, ikke tager initiativ i samtalen, undgår direkte spørgsmål, aldrig siger noget om sig selv og ofte snakker udenom emnet. I et dansk arbejde om vestlig og arabisk kommunikationsstil beskrives forskelle, der kan sammenlignes med ovenstående (Nielsen 1995). Her beskrives den vestlige stil som konfrontativ, idet det opfattes som en dyd at tale lige ud af posen uden hensyntagen til samtalepartnerens alder, køn og status eller arten af bekendtskabet, mens den arabiske måde at tale på beskrives som tilpasning og respekt for samtalepartneren. I en undersøgelse af latinamerikanske patienters kontakt med det amerikanske sundhedsvæsen fremstilles patienternes måde at tale på som særlig taktfuld og ikke-konfrontationssøgende,

idet respekt for den anden gør dem mindre tilbøjelige til at diskutere problemer eller gå umiddelbart til sagen uden først at indgå i en social interaktion (Vera 1996). Beskrivelserne af forskelle i måder at tale på fører til påvisning af de magtrelationer, der opstår i den interkulturelle kommunikation, når den ene part vægter en direkte samtaleform og målorientering, mens den anden søger det fælles og konfliktundgåelsen. Også Scollon ekspliciterer i et senere arbejde magtaspektet. Han beskriver forestillingen om *time-urgency*, som en tidsopfattelse, der knyttes til den vestlige verden, og som i kommunikationen producerer en negativ vurdering af deltagere i samtalen, der taler langsommere og med flere pauser: som nogle der ikke vil samarbejde og ikke vil forandre sig (Scollon & Scollon 1995).

Forskelle i måder at tale på som ovenfor beskrevet synes også at eksistere mellem danskere og grønlandere, mellem befolkningen i byer og bygder og mellem lønarbejdere og fangere. Analysen synes at pege mod betydningen af forskelle i måde at tale på mellem grønlandske patienter og danske læger for det, som lægerne opfatter som passivitet hos patienterne. Patienterne får ikke sagt, hvad der bekymrer dem, og dette skal ses i sammenhæng med den kulturelle kontekst; med de grønlandske patienters opmærksomhed mod andre og fællesskabet, og den indflydelse det har på deres måde at tale på. I undersøgelsen af den tolkede samtale i Canada findes ligeledes, at patienterne kun sjældent indgår meget aktivt i samtalen og kun sjældent stiller spørgsmål, selvom de faktisk er bekymrede. Den canadiske undersøgelse kæder disse observationer sammen med at det, ifølge undersøgelsen, i inuitkulturen er uhøfligt at stille direkte spørgsmål (O'Neil et al 1990).

Ikke erkendte forskelle i måder at tale på kan være baggrunden for uindfrie forventninger til samtalepartneres måde at indgå i samtalen på. Der er altså tale om en form for etnocentrisme defineret som "inappropriate assumptions made about the needs of people from minority ethnic groups on the basis of the majority experience" (Smaje 1995, s. 110), hvor grønlanderes handlen i konsultationen af de danske læger bliver vurderet negativt, fordi den ses i forhold til danske forestillinger om, hvordan man bør indgå i en samtale.

Autoritetsforhold er en anden mulig forklaring på den passive rolle, som lægerne oplever blandt patienterne. Autoritetstro overfor læger er noget, der ligger indbygget i den institutionelle samtale og lægernes profession; de ved noget om sygdom, som ingen andre ved, og som folk ikke selv kan vide, de skal derfor konsulteres, og man må tro på dem som autoriteter, for at konsultationen kan give mening. Patienter i alle kulturer vil derfor i større eller mindre omfang have autoritetstro overfor lægen. I Grønland har man i de seneste år set flere klagesager i sundhedsvæsenet⁴⁵ - og det kan tyde på, at folks autoritetstro til lægerne er blevet mindre. Ligeledes viser Sundhedsprofilen, at der blandt tolkebrugere i de yngre aldersgrupper er samme niveau af tillid til lægens brug

⁴⁵ Oplysninger om klagesager fra embedslægeinstitutionen i Grønland.

af tolken som til tolkens oversættelse (tabel 11). I modsætning hertil, er de ældre samt befolkningen i bygderne, der generelt ikke gerne udtaler sig kritisk, samtidig også mindre kritiske overfor lægen end overfor tolken. En interviewundersøgelse af patienter og deres behandlere på grønlandske sygehuse konkluderer, at de ældre er 'nemmere' og mere tilfredse end de yngre, og dette kan meget vel skyldes ændringer i opfattelsen af autoriteter (Elsass et al 1994). Undersøgelsen refererer desuden en del danske læger for at opfatte grønlandske patienter som dem, der fandtes tidligere i Danmark eller som patienter i danske landkommuner; dvs. som mindre besværlige og mindre kritiske.

Kun få af lægerne i nærværende undersøgelse mener dog direkte adspurgt, at der skulle være forskel på danske og grønlandske patienter. Samtidig henviser lægerne altså gentagne gange til en undren eller endog utilfredshed med patienternes passivitet og tilbageholdenhed. Det kan tænkes, at lægerne som danskere, dvs som tilhørende gruppen af tidligere kolonialister og gruppen, der stadig i vid udstrækning besidder de magtfulde og højt lønnede erhverv, ikke bryder sig om at fremhæve forskelle mellem grønlandske og danske patienter. Det kan også tænkes, at lægevidenskaben overordnet set synes at omhandle sygdomsklassifikationer snarere end forskelle mellem individer, hvorfor læger bliver tilbøjelige til at nedtone kulturelle og etniske forskelle i forhold til det almenmenneskelige (Smaje 1995). Også for denne forklaring er der tale om, at både parternes forventninger til hinanden og deres faktiske kommunikative handlinger skal ses i sammenhæng med den kontekst, der danner baggrund for såvel deres betydningsdannelsesprocesser som for de positioner, de indgår i (grønlænder/dansker, patient/læge).

Tolkenes mangeartede funktioner

Kommunikationsanalysens optællinger af tolkenes talehandlinger viser, at tolkens oversættelser udgør 70% af tolkens talehandlinger (se bilag 5). De resterende 30% udgøres af uddybninger af parternes spørgsmål og svar samt informationer til parterne. En stor del af disse funktioner, der ligger udover oversættelse, har at gøre med tolkens position som en del af det stabile personale på sygehuset. Mens tolkene som oftest har arbejdet på sygehuset i længere tid og kender den specifikke organisering af sundhedsvæsenet i Grønland, har de nye læger fra Danmark naturligt nok ikke kendskab til, hvordan eksempelvis systemet med tilrejsende specialister til Kysten fungerer, eller hvilken medicin der er tilgængelig på sygehuset. Undersøgelsens materiale indeholder således eksempler på, både at tolkene selv uopfordret fortæller lægerne om disse rutiner i sundhedsvæsenet, og at lægerne spørger tolkene. Nedenstående er dels et eksempel, hvor tolken i interviewet fortæller om sin hjælp til lægen (case 14) og dels et eksempel, hvor tolken i selve konsultationen uopfordret giver patienten anvisninger på brugen af medicinen (case 4).

Tolk: "Hvis vi nu snakker om noget medicin, så siger jeg, åh dem har vi derude. Jeg har ikke fået fortalt til den nye læge, at vi har det og det og det derude. Og så spørger han om vi har, altså har I de piller." (case 14, tolken)

133. Læge: "[mens han skriver recept, synes at snakke med sig selv] ja, tetracyklin, to morgen og to aften i ti dage, det er for fingeren
134. Tolk: *Altså til din finger [skal du have] disse tetracyklin to om aftenen ti dage*
135. Patient: *Ja*
136. Læge: og Otrivin næsedråber
137. Tolk: *Og til din næse disse til at dryppe med. Penicillin pillerne vil de instruere dig i hvordan de skal tages derude. Mælk sl-, øh, man må ikke sluge dem med mælk. De vil instruere dig derude*
138. Patient: *Ja*
139. Læge: OK?
140. Patient: *Ja*
141. Tolk: Han får instruktion derude på tetracyklin, der er noget med, at man skal øh, undvære mælk
142. Læge: Nå, ja ja, ok, ja, ja
(case 4, konsultationen)

Udskriften fra case 4 viser, at tolken ikke korrekt oversætter lægens anvisninger på, hvor ofte pillerne skal tages (133/134). Dette kan dels skyldes, at lægen ikke giver sine anvisninger tilstrækkelig klart. Hans ord falder hurtigt efter hinanden, som om han snarere repeterer for sig selv end formidler en information. Dels kan tolkens utilstrækkelige oversættelse ses i forlængelse af hans viden om, at patienten vil blive grundigt informeret i forbindelse med medicinudleveringen, *derude*, og dette kan måske ligeledes være årsagen til, at heller ikke lægen gør sig særlig umage omkring dette punkt. Lægen siger blot 'nå, ja, ja' (142) til tolkens uopfordrede og supplerende oplysninger om, at pillerne ikke må indtages med mælk, og selvom lægen i det efterfølgende interview giver udtryk for, at han ikke finder oplysningerne særlig relevante, synes det dog ikke som om, lægen har noget imod tolkens indblanding. Interviewet med tolken illustrerer opfattelsen af, at tolkene ikke blot føler sig som en del af sundhedsvæsenets personale, eksempelvis som skrankepersonale, men snarere oplever sig selv som lægens medhjælp i det sundhedsfaglige arbejde.

Tolk: "Ja, altså her, øh, han vil give ham tetracyklin, øh, men jeg har vidst for lang tid siden, at disse piller ikke må indtages med øh mælk eller mælkeprodukter og så jeg, øh, instruerede og sagde, at derude hvor han ville få piller, ville sygeplejerskerne også instruere ham i, hvordan det skal bruges."
(case 4, tolken)

Case 11 er en konsultation med en ældre dame, der kommer til blodtryksskontrol, og som mod slutningen af konsultationen i forlængelse af en besked om at

komme igen en måned efter spørger til, hvornår hun næste gang skal have taget smear. Tolken er meget aktiv og indgår med opklarende spørgsmål både for at hjælpe den ældre kvinde over sin forlegenhed ved at udtale sig direkte om sin livmoder (94/95) og for at sikre den sundhedsfaglige information til lægen (97). Tolken beder direkte lægen om at kigge efter oplysninger i journalen (99), og lægen overgiver selv styringen til tolken ved at spørge om yderligere oplysninger om patienten (105). Casen viser således tolkens betydning som en person med kendskab til såvel patienten, sundhedsvæsenets organisering og det sundhedsfaglige arbejde⁴⁶.

94. Patient: *"Og så, øh, jeg har glemt hvornår jeg have det taget, ikke [peger nedad på sig selv]*
95. Tolk: *Altså fra din livmoder?*
96. Patient: *Ja*
97. Tolk: *Har du fået det (uf) eller er det hver tredje år, du får det?*
98. Patient: *De giver besked fra Sana og så plejer de at sige det til mig herfra, men jeg har ikke fået nogen tid*
99. Tolk: *Nå, men øh, du øh, bliver altså indkaldt herfra ikke sandt? [patienten nikker] Hun plejer sådan at blive indkaldt, når hun skal have taget smear. Kan du lige se, hvornår hun sidst fik taget smear?*
100. Læge: *Nå, P det er her, det er den 26/10 96 så det er ikke så længe siden-*
101. Tolk: *26. oktober sidste år, i 96 var den sidste gang*
102. Patient: *Nå*
103. Læge: *- at hun har fået lavet det sidste gang*
104. Tolk: *At du sidste gang fik taget det*
105. Læge: *Har hun haft nogen, hvad hedder det øh, nogen smear der ikke var normal, da?*
106. Tolk: *Det er, øh, det er fordi hun har været en tur på Sana førhen. Du har været på Sana ikke sandt? Hvad, øh, hvad var det du lavede på Sana?*
107. Patient: *De sagde, at jeg havde en byld, at jeg har haft en byld, øh, fra min livmoder, de sagde, det var herfra [peger med begge hænder på maven]*
108. Tolk: *Hun har fået at vide, at hun har fået sådan en byld*
109. Læge: *Ok, ja, men den sidste, der blev lavet på dig her, den ser helt fin og normal ud*

⁴⁶ Emnet blev diskuteret med tolkene på et efteruddannelseskursus for tolke i sundhedsvæsenet i 1998, hvor jeg fungerede som arrangør og underviser. Her fortalte tolkene, at deres viden om sygehuset, medicin mv. var noget, der med fordel kunne inddrages i konsultationssamtalen, men at de ikke ønskede at blive gjort ansvarlige herfor. Der er forskel på at *kunne* og at *skulle*, som de sagde.

110. Tolk: *Den du har fået taget sidste gang, den er meget god, den er som den skal være*
111. Læge: *Så det er nok, at vi laver den, den ene gang om året*
112. Tolk: *Det er derfor nok, altså, at du nu bliver undersøgt en gang om året*
113. Patient: *Ja*
114. Læge: *Med mindre at du får symptomer af, hvad hedder det, øh pludselige blødninger, småblødninger og kontaktblødninger og sådan noget så skal vi jo se hende før*
116. Tolk: *Ja, så selvfølgelig hvis du skulle få blødninger pludseligt øh, på et andet tidspunkt så, øh, skal vi se dig igen."*
(case 11, konsultationen)

I interviewet med lægen fortæller denne, at han blev irriteret over, at patienten på så sent et tidspunkt i konsultationen bragte endnu et sundhedsproblem på bane. Lægen sagde dog, at han ikke bryder sig om at afbryde patienterne og derfor som regel blot forfølger sagen, så hurtigt han kan. Han tilføjede, at han i Grønland har oplevet, at tolkene har sagt til patienterne, at de må bestille en ny tid, og det synes han er positivt. Han er også tilfreds med tolkens arbejde i den aktuelle situation og begge disse forhold synes at stå i modsætning til hans generelle forventning om, at tolkene så vidt muligt skal oversætte ordret (citatet indgår tidligere i analysen).

I case 2 om tilkendelse af sygedage fremgik det af interviewet med lægen, at denne ikke var opmærksom på, at patienten havde brug for en klar tilkendegivelse fra lægen om antallet af sygedag. Tolken derimod var under hele konsultationsforløbet bevidst om, at antallet af sygedage var vigtigt for patienten og også, at patienten på grund af regler for udbetaling af sygedagpenge kunne have ønsket sig flere sygedage. Tolken reagerer dog ikke på patientens tvivl angående sygedage men er derimod meget opmærksom på lægens udtalte behov for supplerende oplysninger; både hvad angår samfundsforhold og medicin på sygehuset. Interviewet med lægen viser, at han sætter pris på tolkens opmærksomhed.

Tolk: "Især når lægen er ny, så er det nødvendigt på flere områder, øhh, at jeg forklarer lidt i dybden ... denne her læge er næsten ny og derfor kender han ikke de cremer og så videre, der bliver brugt. Det vi bruger, er forskellige fra dem, der bliver brugt i Danmark. Vores mærker er anderledes, men ingredienserne er de samme...Nogle gange [griner] er det svært at forstå for lægen. Han har måske aldrig nogensinde i sit liv været inde og se en fiskefabrik. Derfor grinte jeg P og forklarede ham, hvilke dele af hellefisken, patienten arbejder med." (case 2, tolken)

Læge: "Dette her [med fiskefabrikken] det opfattede jeg som om at det var sådan en supplerende oplysning fra tolken P jeg tror ikke det var noget pati-

enten havde sagt, og P altså der er forskel på tolkene og det er ham her god til. Jeg har også oplevet nogle gange med patienter hvor han siger, han siger så'n og så'n men i virkeligheden tror jeg han mener det med. Og det er jo en kæmpe hjælp og det er han ret skrap til. Ham kan jeg godt li' at ha' som tolk."(case 2, lægen)

I case 5, hvor der er usikkerhed om, hvorfor patienten kommer, er det tidligere i analysen fremgået, at dette til dels skyldes lægens sprogbrug og manglende opmærksomhed mod det, patienten siger. Analysen viste også, at problemerne opstår, fordi tolken er mere opmærksom på at sikre, at lægen får det svar han efterlyser, end på at oversætte for patienten. Tolken forklarer situationen således:

Interviewer: "Hvad er det for et brev, der bliver snakket om her

Tolk: Altså, øh, hvornår patienten har været til læge med det før, ikk. Lægen kan også se det, altså, det står skrevet i journalen fra ham den anden læge, som patienten var hos første gang

Interviewer: Hvad mon brevet indeholder

Tolk: Altså, det er vedrørende hans sidste lægebesøg, hvorfor det gjorde ondt på ham og hvorfor det er sket og sådan

Interviewer: Det var altså et brev her fra sygehuset

Tolk: Øh, han sagde ikke hvor det var fra, men altså her mente vi, at det ikke var nødvendigt, fordi lægen vidste det allerede, altså, det var allerede beskrevet, så brevet var ikke nødvendigt som bevis i sig selv." (case 5, tolken)

Det er således lægens behov for information, der har første prioritet for tolken og ikke ønsket om at formidle patientens oplysninger. 'Vi', der ikke finder oplysningen 'nødvendig', er tydeligvis 'lægen og mig'. Interviewet med lægen viser dog, at lægen i konsultationen slet ikke havde opfattet oplysningen om brevet.

Interviewer: "Hvad er det for noget med et brev, han har med

Læge: Hm, hvad er det med et brev. Lugter jeg lunt her, ja fordi det lyder lidt kommunalt, ikk. Jamen det kan jeg slet ikke huske, hvad er det for et brev? Viste ham mig det nogensinde?

Interviewer: Du tænkte ikke over det

Læge: Nej, slet ikke [griner] det brev er jeg blevet nysgerrig efter, det må jeg se at få fat på bagefter" (case 5, lægen)

At skabe kontakt mellem læge og patient

Analysen har tidligere vist, at parterne synes at opleve konsultationssamtalen som en forskudt dialog, fordi der er problemer med at etablere og fastholde kontakten mellem lægen og patienten. Analysen har også vist, at parterne ikke i den konkrete situation, hvor de føler sig udenfor samtalen, aktivt forsøger at ændre kommunikationsformen. I det følgende beskrives oplevelsen af den for-

skudte dialog yderligere, og der peges efterfølgende på måder, hvorpå parterne udenom selve samtalen alligevel forsøger at skabe den nødvendige kontakt.

I de følgende to interviewcitater uddyber lægerne oplevelsen af ikke at være forbundet med patienten: der er kontakt via tolken men ikke mellem lægen og patienten. Som oftest mener lægerne, at problemet skyldes patientens og tolkens handlen, men flere er opmærksomme på, at de også selv har indflydelse på, om der skabes kontakt til patienten.

Læge: "Man kan godt lidt have den oplevelse i forhold til tolkning, at man enten har kontakt med patienten eller man ikke har det. Det kan jeg nogen gange godt være i tvivl om, om hvor kontakten er henne. Er det mellem tolken og patienten eller er det mellem lægen og tolken altså til patienten P. Der er formentlig forskel på, om nogle formår, på trods af tolk, at få kontakt med patienten. For det mener jeg er utrolig afgørende, om man kan det eller ej." (case 8, lægen)

Læge: "Det er forskelligt, ikk. Nogle patienter, når der er tolk på, da sidder man der bare som sådan en maskine. De kigger ikke på én, de snakker til tolken P patient og tolk snakker sammen og siger nogle ting P man har ikke kontakt med patienten. Hende her havde jeg ikke særlig megen kontakt med. Det er bare hvad man fornemmer, når man kigger på hinanden, når man har øjenkontakt og sådan noget, når man siger noget." (case 11, lægen)

Nedenstående udsnit af en konsultation viser en situation, hvor patienten i stedet for at tale til lægen gennem tolkens oversættelse, taler til lægen gennem tolken som samtalepartner.

43. Patient: "Hm P kan han [lægen] lave en seddel til min chef om, at jeg ikke kan arbejde lige nu?"
44. Tolk: Vil han da ha' sådan en?
45. Patient: Ja, han har krævet sådan en lægeerklæring, han vil gerne ha' et bevis
46. Tolk: Øh, hvad hedder det, ja altså hans chef skal have en anmeldelse."
(case 13, konsultationen)

Også patienterne oplever, at de ofte har konsultation snarere med tolken end med lægen, og forholdet skal naturligvis ses i lyset af, at tolken ikke blot er taler samme sprog som patienten, men også ofte er den person, der udgør den faste kontakt til sundhedsvæsenet for patienten, og ofte endog er en person, patienten kender fra sit hverdagsliv.

Generelt synes lægerne at sammenkæde en persons fokus for opmærksomhed med, hvem denne person kigger på, og de mener derfor, at læge og patient ide-

elt set bør kigge på hinanden under hele samtalen. Patienterne der imod finder det rigtigst at kigge på tolken i oversættelsessituationen.

Læge: "Jeg tror da helt klart, at man kunne få en bedre kontakt, hvis man kiggede på hinanden, når man svarede og sådan." (case 2, lægen)

Patient: "Selvfølgelig kigger jeg på hende, der oversætter. Hvis det er tolken, der taler, så kigger jeg mest på hende." (case 12, patienten)

Patienterne kigger skiftevis på tolken og lægen, fordi dette er, hvad man af hensyn til almindelig høflighed ville gøre i en ikke-tolket samtale mellem tre personer. Ligesom tilbageholdenhed i måde at tale på kan betragtes som et udtryk for respekt for den anden, kan også patienternes skiftende øjenkontakt ses som udtryk for, at de oplever sig selv som en slags gæst hos lægen og tolken, der er på hjemmebane på sygehuset. Desuden - og måske endog i højere grad - har det uden tvivl betydning, at mange af patienterne i modsætning til lægerne er delvis to-sprogede, og at den sproglige forståelse øges, når man kigger på den, der taler.

Patient: "Jeg kigger selvfølgelig direkte på den, der taler, når jeg gerne vil finde ud af, hvad han snakker om. På den måde forstår jeg bedre, hvad der bliver sagt." (case 13, patienten)

Patienten synes således at have god grund til at kigge skiftevis på lægen og tolken i samtalen. Derimod virker det mindre hensigtsmæssigt, at lægen ikke altid kigger på patienten, når denne taler. Som resultat af sin undersøgelse af tolkede konsultationssamtaler anbefaler Dimitrova, at lægen, når denne taler, bør henvende sig i både ord og blik direkte til patienten og også kigge direkte på patienten, når denne taler (Dimitrova 1991).

Mens øjenkontakt altså blandt lægerne betragtes som betydende for kontakten mellem lægen og patienten i den tolkede konsultation, oplever patienterne navnlig den indledende hilsen mellem parterne som betydningsfuld. Mange patienter nævner, at de sætter pris på, når lægen starter konsultationen med at give hånd, og dette understøtter forståelsen af patienternes oplevelse af at være gæst i konsultationen. Nedenstående interviewcitater med en tolk illustrerer den opfattelse, at lægerne især giver hånd, når de møder en patient for første gang, hvorimod dette ikke er tilfældet ved senere konsultationer med samme patient. Mens patienterne oplever håndtryk som en måde at skabe kontakt mellem parterne, synes lægerne at opfatte håndtryk som en mere formel hilsen forbeholdt førstegangsmøder. Denne forskel mellem patienterne og lægerne hænger sandsynligvis sammen med generelle og bredere mønstre for social handlen i henholdsvis Grønland og Danmark⁴⁷.

⁴⁷ Det er således mit generelle indtryk, at håndtryk er mere almindeligt i Grønland end i Danmark.

Tolk: "Det er måske især de nye læger, de nye giver hånd. De stopper ikke sådan med at gøre det senere, men måske bliver det sjældnere." (case 13, tolken)

Flere af lægerne nævner den tolkede konsultations svære betingelser for uformel små-snak mellem læge og patient som en barriere for kontakten mellem parterne.

Læge: "Der bliver ikke sagt meget overflødigt i sådan en situation der, øh, hvor der er to sprog i luften." (case 6, lægen)

Læge: "I Danmark ville man jo snakke meget mere privat, spørge til hele familien og sådan. Man kan jo komme meget mere ind på de mennesker, der taler samme sprog, ja det her bliver let noget formelt og lidt stift her." (case 14, lægen)

Ved indledningsvis at gå ud over den institutionaliserede samtales fastlagte indhold og tilføje 'andre fortællinger' - eksempelvis patientens familie, som ovenstående citat omtaler - kan lægen forsøge at nedtone betydningen af sin egen professionelle identitet og signalere, at der er tale om en samtale mellem ligeværdige personer (jf teori om den institutionaliserede samtale). Lægerne har erfaret, at små-snak er en god måde at skabe kontakt til patienterne på, og at patienterne er glade for denne form for opblødning af situationen. Ligeledes påviser Korsch og Negretes undersøgelse sammenhæng mellem tilfredshed og mængden af ikke-medicinsk samtale: "nonmedical, that is, social, conversation between doctor and patient" (Korsch & Negrete 1972, s. 74). I den tolkede konsultation opleves betingelserne dog som så svære, at navnlig de nye læger helt undlader at forsøge sig med små-snak. Andre læger har erfaret, at netop små-snak, vendinger der udtrykker høflighed, medfølelse eller lignende, ofte ikke oversættes af tolkene. Kommunikationsanalysen viser dog ingen eksempler på, at tolken ikke oversætter lægens små-snak. Derimod undlader tolkene i flere cases at oversætte små-snak fra patienterne.

Tolk: "F.eks. det som patienten snakker om, øh, som ikke har noget med konsultationen at gøre, f.eks. vedrørende fiskeri P det øh P har jeg ikke oversat, fordi jeg mente ikke det var nødvendigt." (case 4, tolken)

Ovenstående citat af tolken fra case 4 er et eksempel på, at tolken bevidst undlader oversættelse i et forsøg på at holde konsultationen indenfor den institutionaliserede samtales fastlagte rammer. Kommunikationsanalysen visualiserer tydeligt disse sekvenser med manglende oversættelser, og i nedenstående uddrag fra case 4 kan man se, at det er lægen selv, der spørger patienten om hans erhverv og uddyber med det i denne situation 'ikke-nødvendige' spørgsmål om, hvorvidt patienten fanger noget.

36. Læge: "Hm, hvad laver du?
 37. Patient: Fisker ?rejer?
 38. Læge: Du fisker, ja
 39. Tolk: *Er du rejefisker eller fisker du hellefisk?* [patienten nikker for hellefisk] Han fisker hellefisk
 40. Læge: Fisker hellefisk P fanger du noget?
 41. Tolk: *Fanger du noget?*
 42. Patient: *Meget...nu hvor jeg har to både*
 [kort pause i samtalen]
 43. Læge: Lad mig lige prøve og se dit gode øre først".
 (case 4, konsultationen)

Lægen i case 4 synes meget opsat på at skabe en god kontakt til patienten. Udover uformel små-snak som ovenstående viser, er det også lægen i case 4, der som tidligere beskrevet i analysen, benytter sig af en enkel grønlandsk glose *annernarpa*. Det tidligere gengivne interviewcitatet med tolken viser, at denne er opmærksom på, at lægens brug af det grønlandske ord kunne bevirke, at "patienten, han falder lidt til ro, han bliver måske endda glad" (case 4, tolken). I ovenstående situation vælger tolken dog kun at oversætter lægens spørgsmål men ikke patientens svar (42). Der synes at være en tendens til, at navnlig de nyere tolke og tolke, der ikke taler rigtig godt dansk, i højere grad har behov for at holde samtalen inden for den institutionaliserede samtales faste ramme. Den mest rutinerede af alle de deltagende tolke siger således:

Tolken: "F.eks. det patienterne snakker om ved siden af lægeting, det forsøger jeg også så vidt muligt at oversætte. Det gør dem glade, f.eks her, det at patienten selv gerne ville fortælle om, hvor hun skulle hen, så gik hun glad ud, ikk. Det er med den tanke, at jeg så vidt muligt forsøger at oversætte det hele, selvom det måske ikke har så meget at gøre med lægeting." (case 7, tolken)

Også for lægerne synes at gælde, at de mere rutinerede oftere synes at benytte små-snak end de nye læger i Grønland. Det kan blandt andet skyldes, at lægerne med tiden erfarer, at den sproglige forståelse - eller som her oversættelse - af små-snak ikke har den afgørende betydning som basis for at skabe kontakt mellem læge og patient. På videooptagelserne ses en del situationer, hvor læger eksempelvis siger 'ja, hvis du lige vil dreje hovedet lidt til højre', mens de samtidig med deres egne hænder og krop viser betydningen af det, de netop har sagt. Det er tydeligt, at lægerne på ingen måde forventer, at deres ord bliver oversat; de har blot erfaret, at selvom patienten overhovedet ikke forstår dansk, er kropssprog et på mange måder universelt og tydeligt sprog, der med ledsagelse af små-snak fører til både god forståelse og kontakt mellem parterne.

Opsamling

Samtale med tolk fordrer en kommunikationsform med særlig opmærksomhed rettet mod præcision i det, man siger, og hvor man ikke taler i serieform og undgår for lange talehandlinger, der ikke giver tolken lejlighed til at komme til oversættelse. Der er ingen tvivl om, at lægerne generelt kunne blive bedre tolkebrugere.

Patienternes passivitet i samtalen synes i vid udstrækning at skyldes ikke blot deres egen handlen men navnlig tolkens og lægens måde at indgå i samtalen på. Patienterne afbrydes og får ofte ikke respons på det, de siger. Sammenhængende hermed synes også patienternes og lægernes forskellige kulturelt bestemte måder at tale på at have betydning. Mens lægerne taler meget og ofte afbryder, er patienterne mere tilbageholdende i deres tale. Lægerne vurderer ikke patienternes kommunikative handlen som udtryk for respekt i samtalen men som udtryk for passivitet. Samtidig kan også autoritetsforhold have betydning for patienternes måde at indgå i samtalen på, og i forhold hertil har det ikke blot betydning, at lægen er den professionelle men også, at lægen er dansker. Også lægernes ulyst til at tale om kulturelt betingede forskelle mellem grønlandske og danske patienter kan tænkes at hænge sammen med deres position som tilhørende den tidligere kolonimagt.

Tolkenes faktiske kommunikative handlen omfatter mange flere funktioner end ren oversættelse. I konsultationssamtalen bidrager de aktivt med deres viden om såvel det grønlandske samfund som om sundhedsvæsenets organisering og rutiner. Tolkenes kendskab til patienternes hverdagsliv og sygehistorie har også betydning, men tolkene søger ikke selv at inddrage denne viden, fordi de ønsker at opretholde en professionel distance til patienten. Der synes i materialet at være en tendens til, at læger, der har en generel forventning om direkte oversættelse, samtidig i de konkrete cases har en positiv vurdering af tolke, der aktivt hjælper dem i samtalen ved at gå udover den rene oversættelsesfunktion.

Tolkene er mere opmærksomme på lægernes behov i samtalen end på patienternes. De reagerer på lægernes udtalte undren men ikke på patienternes bekymringer, og de oversætter lægernes små-snak men oversætter ikke patienternes brud på den institutionaliserede samtales normalforløb og fastlagte indhold.

Læger og patienter er enige om, både at den tolkede samtale i nogen grad opleves som en forskudt dialog, og at det er nødvendigt at forsøge at skabe en direkte kontakt mellem lægen og patienten. Oplevelsen af den tolkede samtale som forskudt dialog synes at medføre manglende opmærksomhed mod, hvad der sker i de dele af samtalen, hvor dialogen foregår mellem tolken og den anden part i samtalen på et sprog, man ikke forstår. Materialet viser, hvorledes lægerne benytter pauserne, mellem de sekvenser hvor de selv taler med tolken, til at orientere sig mod journalinformationer eller til at udtænke nye spørgsmål

til patienten. Denne uhensigtsmæssige progression synes at medføre manglende respons på patientens information eller spørgsmål. Det forekommer relativt svært at etablere og fastholde kontakten mellem læge og patient i den tolkede konsultation. Parterne giver dog udtryk for forskellige former for kommunikativ handlen, der synes at øge muligheden for kontakt. Håndtryk, øjenkontakt og indledende små-snak betragtes som midler til at skabe en positiv indledende kontakt mellem parterne. Denne kontaktskabelse kan betragtes som en måde, hvorpå parterne i den aktuelle interaktion signalerer ligeværd trods konsultationssamtalens faktiske asymmetriske karakter. Samtidig synes kontakten mellem lægen og patienten at være det, der kan ændre kommunikationsformen fra den utilfredsstillende oplevelse af forskudt dialog til en trekantssamtale, hvor alle parter deltager i hele samtalen.

5. DISKUSSION

"Det er ofte svært at opsummere konkrete case studier i generelle udsagn og teorier. Problemerne med opsummering er imidlertid i højere grad en egenskab ved virkeligheden end ved case studiet som metode." (Flyvbjerg, 1992)

Fortolkning

Fortolkningsanalysen er relateret direkte til de to overordnede problemstillinger for undersøgelsen, der blev identificeret på baggrund af de indledende tema-analyser⁴⁸. Det drejer sig dels om problemstillingen omkring tolkenes indflydelse på samtaleforløbet og indhold set på baggrund af tolkenes mange funktioner i samtalen og den generelle mistillid til tolkenes arbejde. Dels drejer det sig om spørgsmålet om, på hvilken måde den 2-sprogede og 2-kulturelle kontekst for samtalen har betydning for forståelsen mellem parterne i samtalen. Fortolkningen er en aggregerende analyse, idet den forsøger at sammenligne resultater fra de forudgående tema- og kommunikationsanalyser⁴⁹; samtidig går analysen udover de tidligere fund, idet jeg gennem kritisk analyse forsøger at fortolke resultaterne i en meningsfuld helhed⁵⁰. Som afslutning på fortolkningen af materialet følger en analytisk konklusion, der omfatter en tabel over betydende forhold, en model til beskrivelse af kommunikationen i den tolkede konsultationssamtale samt teorier om sammenhænge mellem de forhold, der er betydende for de to udvalgte problemstillinger.

Tolkens indflydelse på samtaleforløbet og indhold

For mange patienter er det at benytte tolk, når man går til lægen, det almindelige og derfor ikke noget, der i udgangspunktet problematiseres. Samtidig opfatter de dobbeltsprogede patienter tolken som en ekstra tryghed for forståelse. Alligevel mener jeg, at der eksisterer en generelt mistillid til tolkens arbejde blandt patienterne, og dette synes at hænge sammen med tolkenes position som del af lokalsamfundet og som ansat i sundhedsvæsenet. Patienterne kender tolken som privatperson fra lokalsamfundet, og i sundhedsvæsenet er tolken en stabil kontakt for patienterne og samtidig en ansat med relativ lav prestige. Tolken opfattes derfor hverken som en fremmed eller som en autoritet,

⁴⁸ Der er således pointer fra de forudgående analyser, der er væsentlige for det empiriske felt, men som ikke indgår i fortolkningen. Det gælder eksempelvis påpegningen af, at det at kunne tale dansk i en hverdagslivskontekst ikke er det samme som at føle sig fortrolig med dansk i en lægekonsultation, samt forståelsen af problemer relateret til usikkerheden omkring procedurer for tilkaldelse af tolk til konsultationerne.

⁴⁹ Der vil i de følgende analytiske diskussioner kun blive refereret ganske kort til pointer, der i de forudgående analyseafsnit allerede er blevet fremstillet mere uddybende.

⁵⁰ Jf. beskrivelsen af analyserne i 'Analysemetoder'.

hvilket blandt andet illustreres ved patienternes henvendelse til tolkene også uden for sygehuset. I denne forstand opfylder tolkene i modsætning til de skiftende, danske læger sandsynligvis rollen som sydebuk for en del generel utilfredshed med sundhedsvæsenet. Tolkene reagerer ved selv at søge at øge distancen til patienterne i konsultationen. Tolkene bærer altid kittel, og de indtager kun, når lægen direkte er i tvivl om noget, deres viden om patienternes hverdagsliv i konsultationen (som i case 2, hvor lægen undrer sig over patientens arbejde på fiskefabrikken). Tolkens forsøg på at distancere sig kan meget vel tænkes at øge patienternes mistillid til tolken.

Lægerne siger selv, at de er nødt til at have tillid til tolken, men alligevel eksisterer en generel opfattelse af, at tolke og patienter ofte fører samtaler med hinanden, som ikke eller kun delvis oversættes til lægen. Lægerne har forskellig opfattelse af, hvori tolkens arbejde bør bestå, idet nogle læger mener, at tolkene bør holde sig til den rene oversættelse, mens andre finder, at tolken bør indgå aktivt i konsultationen og fortolke det, der siges. Der synes i materialet af være en tendens til, at læger, der har en generel forventning om direkte oversættelse, samtidig i de konkrete cases har en positiv vurdering af tolke, der deltager aktivt i samtalen og går udover den rene oversættelsesfunktion.

Ved sammenligning med O'Neils canadiske undersøgelse genfindes denne påvisning af manglende tillid til tolkenes arbejde. Begge undersøgelser viser, at tolkene i mange konsultationssamtaler udfylder en funktion, der går udover den rene oversættelse, og undersøgelserne peger begge på, at problemerne med mistillid synes at hænge sammen med uenigheden både i lægegruppen og blandt tolkene selv om, hvorvidt tolkene bør udfylde denne udvidede rolle. Tolkene møder mistro fra nogle sider, når de tolker direkte og fra andre sider, når de aktivt påtager sig rollen som den, der sikrer sig at kommunikationen fungerer godt: stiller supplerende spørgsmål til patienten eller uddyber lægens forklaring.

Som beskrevet i teorien om tolkning hænger konferencetolkningens ideal om den neutrale tolk sammen med opfattelsen af kommunikation som direkte overførsel af information, mens en opfattelse af kommunikation som betydningsdannelse indebærer en åbenhed overfor tolkens funktion som formidler i samtalen. Forskellen mellem de to synspunkter kan betragtes i et dominansperspektiv, idet lægens anerkendelse af tolkens rolle som formidler indebærer en erkendelse af, at ikke kun lægens information til patienten - men også det der i øvrigt foregår mellem tolk og patient - kan have betydning for konsultationens forløb og indhold. Analyserne viser således netop, at lægerne (case 5, 13 og 14) går glip af værdifuld viden om patienterne, fordi de vender deres opmærksomhed væk fra samtalen, når tolken og patienten taler sammen. I forlængelse af dette synspunkt vil en anerkendelse af tolkenes funktion som formidlere i sam-

talen indebære en ændring af relationen mellem lægen og tolken og en ændring af tolkens position som sådan⁵¹.

Omkring tolkens rolle viser Dimitrovas undersøgelse af den tolkede læge-patient samtale i Sverige, at tolken er aktiv i næsten alle sekvenser, og at der oftest er tale om forløb, hvor tolken taler mellem lægen og patienten, læge-tolk-patient-tolk-læge osv. (Dimitrova 1991). Nærværende analyser af den tolkede konsultationssamtale i Grønland viser, at tolkens kommunikative handlinger omfatter andet end ren oversættelse, hvorfor der foruden forløb, hvor tolken er i midten, ofte er tale om dialog-forløb mellem tolken og en af de øvrige parter. Der er lige så mange sekvenser mellem tolk og læge udenom patienten, som der er tolk-patient sekvenser, og lægernes oplevelse af, at der foregår megen snak - og megen udenomssnak - mellem patienter og tolke kan således ikke genfindes i materialet. Snarere viser analysen, at næsten alle tolk-patient sekvenser består af, at tolken gennem omformuleringer og gentagelser af lægens spørgsmål forsøger at sikre, at lægen får det ønskede svar fra patienten (blandt andet i case 11 om hvorvidt patienten fik taget blodtryk ved sidste besøg og om smear). I case 5 stiller tolken hurtigt efter den dårlige start med manglende tolk de spørgsmål til patienten, som tolken forventer, lægen alligevel ville stille.

Tolk: "Sådan gør vi nogle gange, når patienten ikke svarer, så fortsætter vi bare med at spørge om det, som lægen har spurgt om". (case 4, tolken)

Samtidig gælder, at tolk-læge sekvenserne generelt består af, at tolken giver lægen information om sundhedsvæsenet, medicin eller lignende (illustreret i analysen ved case 2, case 4 og case 13). Analysen har endvidere vist, at tolkene oversætter lægernes små-snak men derimod ikke oversætter patienternes brud på den institutionaliserede samtales normal-forløb og fastlagte indhold. I case 4 afbryder tolken patientens forklaring om den hævede finger og vælger senere at overhøre patientens information for i stedet at oversætte lægens spørgsmål. Ligeledes i case 5, hvor tolken vælger ikke at oversætte patientens information om brevet i lommen men i stedet gentager lægens spørgsmål for at få det ønskede svar ud af patienten. I case 2, hvor tolken under hele forløbet var opmærksom på, at antallet af sygedage var vigtigt for patienten uden dog at reagere herpå, forsøger tolken mod slutningen af konsultationen endog aktivt at afbryde patienten for at holde konsultationen indenfor de indholds- og tidsmæssige rammer.

Tolk: "Han prøver at snakke, han prøver ellers at snakke udenom. Nogle gange er sådan nogle svære at, øh, svære at afbryde. Måske fordi vi nogle

⁵¹ Det er mit indtryk, at tolkenes position og status allerede *er* under forandring; ikke mindst som følge af den generelle opkvalificering af det grønlandske sundhedspersonale. Der ansættes i stigende omfang uddannede tolke i sundhedsvæsenet, ligesom de øvrige tolke gennemfører stadige efteruddannelseskurser. Ligeledes synes tolkning i sundhedsvæsenet at være ved at blive et mandefag, og det kan både ses som et udtryk for en stigende status og som et potentiale for stadige forandringer i tolkenes position.

gange styrer dem dårligt, så afbryder vi dem desværre ikke. Og på den måde, ikk? Så kommer de til at fortælle meget mere. Men heldigvis forsøger vi at stoppe denne situation". (case 2, tolken)

Gennem disse funktioner, som tolkene udfører, og som ligger ud over den rene oversættelse, medvirker tolken til at få konsultationen til at forløbe glat og indenfor rammerne af den institutionaliserede samtales fastlagte indhold og struktur. Samtidig kan denne form for handlen ses som udtryk for tolkens opfattelse af sin rolle som lægens medhjælper. Som tolken i case 11 udtrykker det, opfatter tolkene direkte deres egen rolle som lige dele hjælp til lægen, når han skal snakke med patienten, og hjælp til lægen i øvrigt.

Tolk: "Ja, altså det er det at snakke med patienten og så hjælpe lægen med forskellige ting. Feks plejer vi selvfølgelig at hjælpe ham, når kvinder skal undersøges ...og så når patienten skal til laboratoriet... eller til fysioterapien eller skal indlægges på afdelingen, så følger vi patienten. Så er der det der med lægernes skuffer og det forskellige P øh P det, der er inde i konsultationsrummene. Vi fylder skufferne P hvad er det, der mangler og sådan, sørger for at der ikke mangler noget. Så vi hjælper dem med forskellige ting. Ja, lægerne altså, vi både hjælper lægerne og er tolke for dem P på den måde, ikk." (case 11, tolken)

Tolkenes fokus på lægernes behov er ikke noget, der i alle tilfælde fremgår direkte af konsultationssamtalen og sandsynligvis heller ikke noget, hverken tolkene selv eller mange af lægerne er opmærksomme på. Dette er en naturlig følge af opfattelsen af tolkene som neutrale oversættere, der ikke indgår selvstændigt i samtalen. Tolkenes forsøg på at hjælpe lægen vil i sådanne konsultationer kun udmønte sig indirekte som små ændringer i oversættelsen, udeladelse mv. I konsultationer, hvor tolkens rolle i videre udstrækning indebærer fortolkning af samtalen, og tolken derfor aktivt indgår med sin viden - uopfordret påpeger problemer i kommunikationen eller tilføjer yderligere forklaringer - vil tolkens loyalitet overfor lægen være mere direkte synlig.

Læge: "... han er utrolig loyal overfor mig, ja næsten lidt for meget P og det har jeg nok oplevet i de fleste situationer, at tolkene er mere loyale end det egentlig er umiddelbart ønskværdigt P tolken skal opponere og sige hov, nu gik det galt, men tolken giver ikke udtryk for sin personlige mening. Det ved jeg ikke, om det er den rolle, der er normalt." (case 5, lægen)

Som Elverdam skriver bør tolken ideelt set via sin position og tilknytning til og viden om begge de øvrige parter kontekst kunne fungere som formidler både af patientens forestillinger og forventninger til lægen og af lægens medicinske forklaringer og sundhedsvæsenet til patienten (Elverdam 1991). I Elverdams undersøgelse af samtaler mellem danske læger og muslimske indvandrerkvinder beskrives tre konsultationer, hvoraf kun kvinden i den sidste formår at indpasse lægens model i sin egen sygdomsopfattelse (Elverdam 1991). Elverdam

finder ikke selv nogen særlig grund til, at denne sidste konsultation går bedre end de andre, mens jeg ud fra beskrivelsen finder det rimeligt at antage, at den dobbeltsprogede antropologs tilstedeværelse og deltagelse i denne konsultation kan have afgørende betydning. Transskriptionen viser netop, hvorledes antropologen fungerer som formidler til patienten i præcis de situationer, hvor der ifølge min undersøgelse typisk opstår problemer med forståelsen: uddybende forklaring af lægens beskrivelse af diagnose, uddybning af medicinsk term og præcisering af hvor længe behandlingen skal foregå (Elverdam 1991, s. 161-164). Antropologen fungerer i Elverdams beskrivelse som mediator til gavn for samtalen, og det interessante spørgsmål i relation til tolkene i det grønlandske sundhedsvæsen er så, hvorfor de prioriterer lægerne snarere end at fungere som støtte og talsmand for patienten (advocacy, jf beskrivelsen af O'Neils undersøgelse i teорияfsnittet).

Jeg mener først og fremmest, at dette har at gøre med den manglende legitimering af tolkenes rolle som formidlere. Idealet om tolkene som oversættere uden yderligere betydning for samtalen bevirker, at tolkenes forsøg på at definere sig selv og styrke deres position nødvendigvis må ligge udenfor eller udover konsultationssamtalen. Tolkenes særlige opmærksomhed mod lægens behov kan således fortolkes som en indsats rettet mod et ønske om først og fremmest at definere dem selv som lægens medhjælp og ansatte i sundhedsvæsenet. Positionen som ansat på sygehuset medfører identifikation ikke i første omgang med patientens ønsker men med sundhedsvæsenets ønske om at levere de bedst mulige ydelser til befolkningen. Så længe tolken identificerer sig med lægen, vil enhver trussel mod lægens ydelser af tolken blive betragtet som en trussel mod hans eller hendes eget arbejde (Knapp-Potthoff & Knapp 1987). Når lægen mangler nødvendig information, kan dette betragtes som en sådan trussel, og tolkens levering af informationen kan således ses ikke blot som et forsøg på at hjælpe lægen til at gøre det godt men lige så meget som et forsøg på at styrke sin egen position.

Den manglende anerkendelse af tolkens rolle som kultur- og samfundsformidler er først og fremmest et problem, fordi lægen i Grønland kommer udefra og derfor faktisk har brug for både oversættelse og formidling. Der foregår derfor i praksis en indirekte formidlerrolle til lægen i form af tolkenes småændringer i oversættelsen, udeladelserne osv, der synes at være uundgåelig, og som dels medfører mistillid til tolkens arbejde og som dels sandsynligvis skaber grobund for flere misforståelser i konsultationssamtalen, end hvis tolken med en legitimering af formidlerrollen åbent kunne indgå direkte i samtalen. Desuden synes det rimeligt at antage, at problemerne omkring den tolkede samtale øgede behov for præcisering kunne afhjælpes ved en legitimering af tolkens formidling rettet mod patientens behov, ligesom en loyal oversættelse også af patientens små-snak ville kunne medvirke til at overkomme problemerne omkring skabelsen af kontakt mellem læge og patient. Endelig medfører tolkens rolle som lægens medhjælp, at tolken aktivt forsøger at holde samtalen indenfor den institutionaliserede samtale fastlagte forløb og indhold. I samtaler hvor lægen

ikke umiddelbart forstår, hvorfor patienten er kommet (fase 2, jf teoriafsnittet), vanskeliggør tolkens deltagelse i samtalen derfor patientens muligheder for at fremkomme med sit ærinde, sine forestillinger og forventninger, senere i konsultationssamtalens faser. Konsekvenserne heraf problematiseres i det følgende.

Kontekstens betydning for forståelse

Den to-kulturelle og to-sprogede kontekst for den tolkede konsultationssamtale i Grønland har betydning for måden, hvorpå parterne indgår i samtalen, for deres forventninger til konsultationen, for deres forståelse af hvad der siges, og for deres ihærdighed i forhold til inddragelse af emner, som de selv finder relevante.

Temaanalysen viste sig velegnet til belysning af det, parterne siger i konsultationen og deres oplevelser af, hvad der foregik i konsultationen. Resultatet af temaanalysen var, at der i materialets cases - også de tolkede konsultationer - kun er ganske få direkte misforståelser mellem parterne, og at lægen og patienten i almindelighed synes at forstå, hvad hinanden siger. Derimod synes forståelsen i konsultationssamtalerne at være påvirket af parternes forskellige kontekstbestemte betydningsdannelse og af parternes forskellige forventninger til konsultationen: patientens forventning om undersøgelse og lægens om at skulle gøre noget konkret. Lægerne finder desuden, at patienterne kunne bidrage til at øge lægernes muligheder for forståelse ved at forberede sig bedre på, hvordan de vil beskrive deres problemer for lægen. Kommunikationsanalysens var særlig velegnet til belysning af dynamikken i samtalen og af, hvad der ikke siges i samtalen. Gennem kommunikationsanalysen tydeliggøres af situationer i samtalen, hvor patienterne ikke fik respons på det, de sagde, øgedes undersøgelsens opmærksomhed mod dominansforhold i samtalen. Analyserne viste, at der ofte er flere dagsordener, der gør sig gældende samtidigt, og at patienternes dagsorden ofte ikke får plads i samtalen.

Kontekstens betydning for forståelse illustreres i analyserne navnlig ved behovet for præcisering af eksempelvis tid og information om medicin. Case 2 er et eksempel på sprogets betydning for patienternes mulighed for at fremføre deres egen dagsorden. Patienten er efter konsultationen stadig bekymret over, at lægen ikke tilkendte ham flere sygedage. Han spurgte lægen én gang i løbet af konsultationssamtalen men gentog ikke sin anmodning, da lægen øjensynligt ikke opfattede problemet, og patienten derfor ikke fik svar. I det efterfølgende interview (gengivet tidligere i analysen) svarer patienten, at det ikke er nemt at tale om følelser til en læge, der ikke forstår ens sprog. Udover problemerne med at tale om følsomme emner i en tolket konsultation illustrerer eksemplet, de to-sproglige og to-kulturelle vilkårs betydning for, hvorfor patienterne ikke opleves som mere aktive i konsultationssamtalen. Også i case 10 opleves moren til et lille barn som passiv trods sin bekymring, og analysen viser, at dette hænger sammen med lægens måde at tale på. Lægen giver ikke tilstrækkelig plads i samtalen til, at moren får tid til at formulere sin bekymring. "Nogle har mere lyst til at forstå end andre", siger patienten. Ligeledes viste analysen af case 4, at lægens afbrydelse og manglende respons på patientens bekymring førte til, at patienten ikke følte, at hans forventninger blev indfriet. I interviewet med lægen fra case 5 siger denne direkte, at patientens passivitet kan være en reaktion på lægens egen dominans i samtalen.

Læge: "Hvis han havde kunnet fremføre lidt mere, hvad det egentlig var, han kom for, så kunne det godt have været afgjort i løbet af den halve time. Men det vil jeg sige, det gav jeg ham nok ikke rigtig lov til P han kunne sagtens have præciseret det meget mere, hvis han havde haft P hvis jeg ikke havde taget P ja, altså, det var jo stort set mig, der bestemte alt, hvad der skulle foregå." (case 5, lægen)

I case 13 er patienten i modsætning til patienterne i de øvrige cases i stand til at gentage sit ærinde flere gange, selvom der ikke kommer respons fra lægen. Trods denne patients relative ihærdighed lykkes det ham alligevel ikke at bringe egen dagsorden på banen, og ved konsultationens afslutning har han stadig ikke fået opfyldt sin forventning til konsultationen. Lægens manglende respons skal forstås som udtryk for en indre progression, der i det mindste delvis skal ses som en reaktion på den tolkede samtales forskudte dialog. Den uhensigtsmæssige progression hænger desuden sammen med den institutionaliserede samtales fastlagte indhold, der giver lægen en forventning til konsultationen om at skulle 'gøre noget for patienten' og en forventning om, hvad 'sådan en konsultation' normalt indeholder. Opmærksomheden mod det forventelige blokerer for hans opmærksomhed mod den aktuelle patient (jf teori om roller i den institutionaliserede samtale). Årsagen til netop denne patients relative ihærdighed hænger sandsynligvis sammen med, at patienten er ansat på sygehuset og kender lægen, og derfor ikke i samme udstrækning som de øvrige patienter opfatter sig som fremmed og som gæst hos lægen. Den institutionaliserede samtales form, hvor lægen ofte allerede sidder i konsultationsrummet, når patienten træder ind, medfører en situation, der ikke blot kan karakteriseres som et møde mellem en professionel og en lægmand, men også som et møde mellem vært og gæst. Lægen i case 8 beskriver i interviewet betydningen af dette forhold for patienternes muligheder for at komme til orde med deres egen dagsorden.

Læge: "Man er sammen med en patient i fem, ti, femten minutter, og der er mange måder, man kan få sat dagsordenen på P og jeg tror, det er vigtigt at være bevidst om, at man er vært i den rolle, og patienterne altid er afventende indtil de får mulighed for at reagere." (case 8, lægen)

Patienternes passivitet skal ses i forlængelse af den kulturelt bestemte tilbageholdenhed, der synes at præge de grønlandske patienter, og som bevirker, at de ikke i højere grad forsøger at fastholde deres egen dagsorden, bekymring eller ønske om lægeerklæring eller hvad det måtte være, når lægen ikke i første forsøg giver respons herpå. Kultur og sprog kan ikke ses som adskilte størrelser, og patienternes tilbageholdenhed kan både ses i forlængelse af deres oplevelse af at være gæst og respekt for den anden, der bevirker, at de ikke taler om noget, den anden ikke interesserer sig for, og i forlængelse af måder at tale på, idet patienterne har en utilbøjelighed mod at bryde ind i samtalen i meget korte pauser og navnlig mod direkte at afbryde den andens tale. Samtidig skal patienternes tilbageholdenhed ses i forlængelse af lægernes måde at indgå i samta-

len på. Lægerne dominerer samtalen og fastholder deres egen dagsorden både ved ikke at respondere på patienternes forsøg på at inddrage deres ønsker og ved i deres måde at tale på ikke at skabe rum for, at patienterne kan komme til orde; lægerne taler meget og hurtigt, med korte pauser og de afbryder både patienter og tolke. Lægerne viser venlighed og ønske om kontakt blandt andet ved indledningsvis i konsultationssamtalerne at inddrage 'andre fortællinger' og herigennem signalere ligeværd i relationen, mens patienternes kommunikative handlen bunder i høflighedsstrategier og et ønske om at signalere respekt. Parterne har således ikke blot forskellig talemåder, henholdsvis direkte og tilbageholdende, men synes også at benytte forskellige retoriske strategier (Scollon & Scollon 1995) til at skabe den kontakt mellem parterne, som begge finder ønskelig.

De to-sproglige og to-kulturelle vilkår for konsultationssamtalen har således betydning for både, hvad der siges noget om og hvordan, og for hvordan og hvor vedholdende man forsøger at bringe egen dagsorden på banen. Disse forhold har også tolken indflydelse på. I case 4 forværrer tolkningen problemerne, fordi tolken mere eller mindre bevidst undlader at oversætte patientens forklaringer, mens tolken i case 11 afhjælper lægens manglende opmærksomhed mod patientens spørgsmål ved på eget initiativ at vende tilbage til spørgsmålet senere i konsultationen. Billedet af tolkens betydning for forståelsen mellem læge og patient er således ikke entydigt, men - som analysen af tolkenes betydning for samtalsindhold og forløb viser - er tolken generelt i konsultationerne overvejende opmærksomme på at sikre lægens forståelse, snarere end at bidrage til at sikre patientens forståelse og navnlig patientens inddragelse af egne emner og spørgsmål i samtalen. Tolkenes loyalitet mod sundhedsvæsenet og lægen øger lægernes dominans i samtalen og forringer patienternes muligheder for at komme på banen.

Lægens dominans i samtalen er ikke blot noget, der gælder for den to-kulturelle og to-sprogede konsultationssamtale. Som det er fremgået af gennemgangen i det teoretiske fundament omhandler såvel Mishlers som en række danske arbejder netop, hvorledes lægen ved opmærksomhed, aktiv medlytten og en bevidst spørgestrategi kan medvirke til inddragelse af patientens forestillingsverden og ønsker for konsultationssamtalen (Knudsen 1997; Larsen & Risør 1995 og 1996; Lunde 1992; Mishler et al 1989). Analyserne af denne undersøgelse viser situationer, hvor lægerne med fordel kunne øge deres opmærksomhed mod det, patienten siger, også selvom det ikke umiddelbart synes at passe ind i lægens biomedicinske forståelse af, hvad der er relevant (Wackerhausen 1997). Samtidig synes også rammerne for indholdet af den institutionaliserede lægekonsultation at udgøre et problem, idet patienterne, jævnfør beskrivelsen af de præsenterede sygdomsproblemer, synes på forhånd at bortcensurere det, der ligger udenfor deres forventning om, hvad lægen ønsker at høre. Lægen må således vise patienten, at det er legitimt at tale om det, som patienten synes er relevant, på den måde, som patienten føler sig fortrolig med eller finder velegnet; lægen

må "aktivt spørge inden for og demonstrere denne flerfoldigheds mulighed og legitimitet" (Wackerhausen 1997, s. 20).

Mens konsultationssamtalerne synes at fungere, hvad angår forståelse defineret som en rimelig overensstemmelse mellem modtagerens betydningsdannelse og afsenderens hensigter (Poulsen 1999), viser analyserne, at det grundet lægernes dominans i samtalen med hensyn til at definere dagsordenen kniber med fællesforståelsen defineret som en enighed omkring, hvad der tales om og ønskerne herfor. I modsætning hertil finder Hermann, der er en af forskerne bag forståelsesmodellen, i sit materiale fra København, at ".både patienterne og lægerne fik sagt det de havde på hjerte [og at], parterne forstod faktisk hinanden" (Hermann 1996, s. 59). Det er ikke muligt at vurdere med sikkerhed, hvorfor denne danske undersøgelse finder både forståelse og - det jeg har valgt at betegne som - fællesforståelse. Måske er der tale om en reel forskel i materialet, der kunne betragtes som resultatet af, at tolkens rolle som lægens medhjælp øger den lægelige dominans, hvorved fællesforståelse bliver sværere at opnå i tolkede konsultationer. På den anden side genfindes konklusionen om god forståelse og manglende fællesforståelse i Mishlers undersøgelse af ikke-tolkede læge-patient samtaler (Mishler 1984). Der er anvendt sammenlignelige analysemetoder i Mishlers og min undersøgelse, og begge finder god forståelse som resultat af de indledende temaanalyser, men manglende fællesforståelse som resultat af den efterfølgende kommunikationsanalyse. Uden fuldstændig at underkende tolkens betydning for samtaleforløb og indhold er det således nærliggende at forestille sig forskellen i konklusioner mellem Hermanns danske og denne grønlandske undersøgelse som i hvert fald delvis et spørgsmål om forskelle i analytiske tilgange. Ligeledes finder Dimitrova i sin undersøgelse, at de indbyrdes relationer mellem læge og patient i den tolkede konsultation synes at være de samme som i en en-sproget samtale. "Lægen er den, som tager initiativet og beholder det samtalen igennem. At der er en tredje taler, tolken, ændrer ikke ved denne struktur" (Dimitrova 1991, s. 61). Lægens dominans i konsultationssamtalen må således betragtes som et alment forhold, dvs gældende også i ikke-tolkede konsultationssamtaler, mens tolkens betydning og parternes måde at tale på må betragtes som forhold, der er betinget af de to-sproglige og to-kulturelle vilkår for konsultationssamtalen i Grønland, og som yderligere styrker den lægelige dominans.

Erkendelsen af forskellen mellem forståelse og fællesforståelse har betydning for en eventuel normativ vurdering af kommunikationen i konsultationssamtalen, idet erkendelsen har at gøre med grundlæggende forskellige definitioner af kommunikation og heraf følgende opfattelser af formålet med kommunikationen (Ong et al 1995). Hvis målet med kommunikationen mellem læge og patient er, at lægen forstår patienten tilstrækkeligt til at finde frem til de problemer, som lægen kan gøre noget ved, og patienten forstår, hvad han eller hun skal gøre i den forbindelse, så tyder analyserne på, at der ofte er tale om vellykket kommunikation. Hvis kommunikation derimod defineres som en situation, hvor parterne er i stor overensstemmelse med hensyn til det indhold, som de oplever

i kommunikationsprocessen - hvis også patientens perspektiver og dagsordener skal inddrages i konsultationssamtalen, og patienten tilmed skal opnå en vis form for afklaring af og beroligelse for sine problemer - så er der ikke altid tale om god kommunikation.

Analytisk konklusion

Den analytiske konklusion udgør en opsummering og sammenstilling af de analytiske pointer, der er fremgået af arbejdet. Konklusionen består indledningsvis dels af en model for den tolkede samtale, der illustrerer sammenhængen mellem konteksten, relationerne mellem parterne og den kommunikative handlen, dels af en tabel der skitserer forhold, der virker betydende for konsultationssamtalen. Dernæst præsenteres to teorier vedrørende undersøgelsens overordnede problemstillinger: tolkens indflydelse på samtaleforløb og indhold samt betydningen af den 2-sprogede og 2-kulturelle kontekst for forståelse i samtalen. Teoriene ligger i direkte forlængelse af diskussionerne i fortolkningsanalysen og omfatter beskrivelse af sammenhænge mellem forhold, der kan betragtes som betingelser, forhold der kan ses som parternes respons på betingelserne og konsekvenser af denne respons⁵².

Modellen er en skitse til beskrivelse af kommunikationen i den tolkede konsultationssamtale i Grønland (figur 12). Modellen er inspireret af Gudykunst og Kim (her fra Jensen & Løngren 1995), der forstår kommunikation som en dialogisk proces, der indebærer udveksling af betydning. Både det at tale og det at forstå indebærer betydningsdannelsesprocesser (encode (E) og decode (D)), der er kontekstafhængige. I modellen vises den primære kontekst for parternes betydningsdannelse. For alle parter danner den institutionaliserede samtalebaggrund for, hvad der siges (legitime emner, det fastlagte indhold og struktur), og hvad der forstås (lydhørhed overfor bestemte emner). Patienten og tolken har den samfundsmæssige og kulturelle kontekst Grønland som fælles baggrund for deres måde at tale på og skabe mening på, mens tolken og lægen som ansatte i sundhedsvæsenet er påvirket af rutiner og organisering indenfor denne kontekst. Endelig er lægen påvirket af sin baggrund i en dansk samfundsmæssig og kulturel kontekst. Modellen er - som det oftest gælder for modeller - en fremhævelse af nogle vigtige forhold, men dog en simplificering af virkeligheden: parternes måder at tale på og måder at forstå vil udover de viste være præget af en række yderligere socio-kulturelle tilknytninger, der alle kan betragtes som kontekst for betydningsdannelse; de vil altid indgå samtidig i en række diskurssystemer (jf teori afsnittet).

Kontekstafhængige betydningsdannelsesprocesser som udgangspunktet for al tale og forståelse er således det primære i modellen. Her udover viser modellen den tolkede samtales typiske struktur: lægen spørger om noget (E), tolken for-

⁵² I forlængelse af beskrivelsen af formålet med fortolkningsanalysen i afsnittet herom i Analysemetoder, Materiale og metoder.

står (D), transformerer denne forståelse til et andet sprog (oversætter) (T) og formidler sin forståelse af lægens spørgsmål til patienten (E), patienten forstår (D) og svarer (E), tolken forstår (D), oversætter (T) og formidler videre (E) osv. Som det er fremgået af analyserne, vil forløbet dog ikke altid foregå ved en sådan vekselvirkning; ofte vil tolken tale frem og tilbage et par gange med lægen før der eventuelt oversættes til patienten, som tolken så igen taler med et par gange frem og tilbage, før der vendes tilbage til lægen. Under alle omstændigheder vil parterne i den tolkede samtale opleve sig som deltagere i en dobbelt dialog, læge-tolk og patient-tolk, hvis ikke lægen og patienten formår at skabe en direkte, eventuel non-verbal, relation udenom tolken (den svære kontakt) - og hermed få lukket trekanten.

Figur 12. Model for den tolkede samtale

Tabel 7 skitserer resultaterne af undersøgelsens analyser af, hvilke forhold der virker betydende for interaktionen i den to-sprogede og to-kulturelle konsultationssamtale. De betydende forhold er opdelt i tre grupper: 1) de almene, dvs. forhold som litteraturen har vist også gælder i Danmark og internationalt, 2) de to-sproglige og to-kulturelle forhold, dvs. forhold denne undersøgelse har belyst som særlig betydende for konsultationssamtalen i Grønland, samt 3) undersøgelsens påpejning af forhold omkring tolkningen og tolkenes betydning for samtalen.

Tabel 7. Betydende forhold

Almene forhold	Den institutionaliserede samtales struktur og indhold; Samtalens asymmetri; Parternes forskellige erfaringsverdener; Manglende inddragelse af patientens dagsorden; Lægens muligheder for at spørge til patientens forestillingsverden
2-sproglige og 2-kulturelle forhold	Lægen kommer udefra, kender ikke sprog, samfund eller patient; Konsultation på sygehuset; Lægernes arbejde som både almen- og sygehuslæge; Skiftende læger; Grønlandsksprogede og dobbeltsprogede patienter; Det danske sprogs dominans i sundhedsvæsenet; Forholdet mellem danskere og grønlændere, kolonihistorie og autoritet; Forskelle i retoriske strategier og måder at tale på (insisteren og tilbageholdenhed); Forskelle i forventninger; Sproglig kompetence og fortrolighed er kontekstbestemt
Tolkning og tolkenes betydning	Procedurer for tilkaldelse af tolk; Almindeligheden i at benytte tolk; Tolkning som forskudt dialog; "Den svære kontakt"; Små-snak; Præcision; Oversættelse vs. formidling; Tolkens position i lokalsamfundet og ansat i sundhedsvæsenet; Tolken som lægens medhjælp; Styrkelse af lægens dominans

Teori om tolkens betydning for samtalsens forløb og indhold

Nødvendigheden af at bruge tolk er en betingelse for konsultationssamtalen i Grønland.

Tolken har i modsætning til lægen overensstemmende kontekst for betydningdannelse med patienten og har desuden viden både om patienternes hverdagsliv og om sundhedsvæsenet. Tolken fungerer derfor ikke blot som oversætter men desuden som formidler af information til lægen. Som ansat i sundhedsvæsenet opfatter tolken sig som lægens medhjælp, og tolkens mediering i samtalen synes næsten udelukkende at rette sig mod lægens behov og den effektive afvikling af konsultationen.

Tolken udfører således flere funktioner i konsultationen, og dette står i modsætning til både tolkenes egne og nogle af lægernes opfattelse af, at tolkens arbejde ideelt set bør kunne afgrænses alene til oversættelse. I aktuelle situationer, hvor lægerne konkret oplever tolkens hjælp, opleves tolkens omgåelse af idealet om ren oversættelse ikke problematisk. Derimod medfører misforholdet mellem idealet og det faktiske arbejde, der udføres af tolkene, en generel mistillid til tolkene.

På grund af lægernes skiften opfattes tolkene af patienterne som den stabile kontakt til sundhedsvæsenet, men nærheden og stabiliteten i parternes relation til hinanden synes at medføre en vis mangel på respekt for tolkene. Patienterne bruger derfor tolken som en syndebug for generel utilfredshed med sundhedsvæsenet. Tolkene oplever det som problematisk både at kende patienterne fra hverdagslivet og at være vidne til deres problemer på sygehuset. Både patienternes brug af tolken og tolkenes egne oplevelser medfører, at tolkene forsøger at holde en professionel distance til patienterne. Tolkens distancerede rolle i forhold til patienterne og deres rolle som lægens medhjælp virker formentlig gensidig forstærkende i retning af, at tolkene udelukkende fungerer som mediatorer hvad angår lægens men ikke patientens behov.

Tolkenes position som ansatte i sundhedsvæsenet medfører en loyalitet overfor lægerne, der i samspil med lægernes manglende opbakning af tolkens samtale med patienten bevirker, at den forståelse, der kunne forventes mellem tolk og patient, der deler sprog og kultur, i mange tilfælde synes at blive overskygget af indforståetheden mellem de to repræsentanter for sundhedsvæsenet; lægen og tolken. Dette medfører dels, at tolkenes formidling først og fremmest er rettet mod lægens behov som udefrakommende for information om patientens liv og sygdom, dels at tolken aktivt forsøger at holde samtalen indenfor den institutionaliserede samtales fastlagte forløb og indhold, hvilket medvirker til en styrkelse af lægens dominans i samtalen.

Teori om kontekstens betydning for forståelse i samtalen

Mange konsultationssamtaler i Grønland kan karakteriseres som både to-sprogede og to-kulturelle.

Parternes forskellige socio-kulturelle baggrund medfører forskelle i forventninger til konsultationen, og patienternes forventninger synes desuden at være påvirket af deres erfaringer med konsultationen som to-sproget. De to-sproglige og to-kulturelle betingelser medfører endvidere, at parterne taler på forskellige måder og benytter forskellige retoriske strategier. Mens patienterne bruger en tilbageholdende og afventende samtalestrategi, taler lægerne mere direkte og længe og tillader kortere pauser i samtalen.

Den institutionaliserede samtales faste struktur og indhold medfører, at lægen får en dominerende rolle i samtalen, og dette forstærkes af parternes forskellige

måder at tale på. Dominansen giver sig til udtryk ved, at det i overvejende grad er lægernes dagsorden og den medicinske diskurs logik, der er bestemmende for hvordan og om hvad, der samtales. Dominansen sættes igennem ved lægernes manglende opmærksomhed overfor patientens forsøg på at inddrage egne dagsordener og informationer. Den manglende respons skal forstås på baggrund af lægernes indre progression, der ikke mindst er betinget af den tolkede samtale som forskudt dialog og parternes heraf følgende problemer med at forholde sig lyttende i den del af samtalen, der foregår på grønlandsk.

Tolkene opfatter sig som lægernes medhjælp og fungerer derfor som mediatorer i samtalen, hvad angår lægens behov, samt bidrager aktivt til at holde samtalen indenfor rammerne af den institutionaliserede samtale. Ikke alle læger støtter i ord tolkene i denne rolle, men lægernes faktiske kommunikative handlinger støtter denne mediering snarere end medieringen for patienterne. Tolkenes rolle i konsultationssamtalen bidrager til, at patienternes ønsker for samtalen nedprioriteres med heraf følgende forstærkning af lægernes dominans.

Lægerne og patienterne synes som oftest at forstå hvad hinanden siger, men lægernes dominans i samtalen bevirker, at der opstår forskydninger i forståelsen, hvor flere dagsordener er på spil samtidig, uden at parterne opdager det, og at patienterne ikke altid får sagt det, de gerne ville. Selvom der tilsyneladende opstår forståelse i samtalen, synes denne at være betinget af lægernes dominans, hvilket resulterer i manglende fællesforståelse.

Videnskabelig kvalitet og sandhed

Vurderingen af undersøgelsens videnskabelighed tager udgangspunkt i spørgsmålene: er problemstillingen relevant (relevans), er metoderne velegnede til belysning af problemstillingen og gennemført med omhu (hæderlighed), og er resultaterne sande (troværdighed).

Relevans

Baggrunden for undersøgelsen har som nævnt indledningsvis været den bekymring, der fra forskellig side er blevet udtrykt, og som handler om muligheden for, at der eksisterer kommunikationsproblemer i sundhedsvæsenet. Formålet med undersøgelsen er at skabe viden om, hvilke forhold der påvirker kommunikationen for herigennem at søge forståelse for, hvad der eventuelt kan gøres for at forbedre den nuværende situation. I et for det grønlandske sundhedsvæsen og anvendelsesorienteret perspektiv er problemstillingen således relevant. Samtidig er studier af brug af tolke generelt en mangelvare. Først i 1999 udkom der på dansk en samlet publikation om emnet (Galal & Galal 1999), og også den internationale litteratur er mangelfuld trods et stigende fokus på interkulturel og interetnisk kommunikation. Relevansen af undersøgelsens fremstilling som ph.d. afhandling for en bredere kreds kan naturligvis diskuteres. Det er dog min ambition med fremstillingen her, at den kan indgå som en del af erfaringsopsamlingen omkring gennemførelsen af kvalitative undersøgelser på det samfunds- og sundhedsmæssige område i Grønland. Som sådan er beskrivelsen af undersøgelsens dataindsamlings- og analysemetoder særlig relevante.

Som det er fremgået, ligger vurderingen af undersøgelsens relevans i forlængelse af dens erkendelsesinteresse. Sammenhæng mellem interesse, metoder og analytiske resultater udgør et grundlæggende kriterium for vurderingen af undersøgelsens samlede videnskabelighed og fordrer en særlig opmærksomhed i undersøgelser, der som denne er af tværvidenskabelig karakter. Undersøgelsen placerer sig mellem kultursociologi, kommunikationsforskning og sundhedsvidenskab; mellem almen medicin, medicinsk sociologi og sundhedstjenesteforskning; mellem en grundforskningspræget, hermeneutisk forståelsesinteresse og en bagvedliggende interesse for den anvendelsesorienterede forskning. Ligeledes er undersøgelsens forskningsobjekt på mange måder 'i mellem': Grønland er mellem det kendte og det fremmede, kommunikation er hverken patientcentreret eller lægecentreret, og handlen udgør et forskningsfelt på hverdagslivsniveau mellem individ og samfund. At finde vej mellem alle disse skæringpunkter på videnskabelig forsvarlig vis har styrket min faglige identitet: som kultursociolog på et sektorforskningsinstitut, der arbejder med sundhed i Grønland. Undersøgelsen har således været relevant som baggrund for et forskningsuddannelsesforløb.

Hæderlighed

Begreberne validitet og reliabilitet anvendes traditionelt således, at validitet omhandler spørgsmålet om, hvorvidt man faktisk måler det, man ønsker at måle, mens reliabilitet diskuteres i forhold til bestræbelserne på at indsamle præcise observationer og gennemføre analyser, der i princippet ville føre til samme resultat ved gentagne undersøgelser. I den (post)moderne afvisning af korrespondenskriteriet, dvs. idealet om endegyldig overensstemmelse mellem forskningen og den objektive verden, udviskes imidlertid forskellene mellem de klassiske begreber. Den fulde sandhed om verden kan da ikke gøres til mål for forskningen, hvorfor validitet ikke kan betragtes som et spørgsmål om at sikre sandhed, men som et spørgsmål om at sikre forsvarlig videnskab og sikre, at man i hvert fald ikke gør noget forkert. At man ikke udvælger og indsamler sit materiale forkert, at man ikke stiller irrelevante spørgsmål til materialet, at man ikke fortolker det forkert ved for eksempel at vægte data forkert, og at man ikke drager forkerte konklusioner om fortolkningernes anvendelighed og generaliserbarhed. Validitet kommer således til at handle om god håndværksmæssig kvalitet (Kvale 1997) og om at gøre sig de hæderligste anstrengelser (Christensen 1995) - om kvalitetskontrol, hvilket netop er et af de ord Miles & Huberman bruger til beskrivelse af begrebet reliabilitet (Miles & Huberman 1994). Med idealet om hæderlighed som mål skærpes kravene ikke blot til systematik i metoder til indsamling af data og fortolkning men også kravene til dokumentation af disse processer.

Min beskrivelse af undersøgelsens metoder skulle gerne have vist, at jeg har gjort mig de hæderligste anstrengelser for i såvel dataindsamling som den efterfølgende bearbejdning af materialet at arbejde med god håndværksmæssig kvalitet, omhu og systematik. I det følgende diskuteres yderligere en række overordnede gyldighedsspørgsmål med et fokus på, hvorledes jeg undervejs i undersøgelsesforløbet har forsøgt at træffe hensigtsmæssige valg af design, dataindsamlingsmetode, selektion af cases, transskription og analyse.

Valg af design

Valget af kvalitative metoder til undersøgelsen har været nødvendige af hensyn til frembringelse af materiale, der gav mulighed for forståelse af det givne genstandsområde: betydende forhold for kommunikationen mellem læge og patient. Det valgte multicase design, hvor kategoriseringer og analyser gentagne gange blev konfronteret med det empiriske felt, gav mulighed for stadige afprøvninger af forudfattede eller undervejs opståede opfattelser af, hvad der var på spil (jf analysemetoder samt intern validitet i det følgende). Kvantitative metoder, eksempelvis en standardiseret spørgeskemaundersøgelse, ville ikke have kunnet tilvejebringe den ønskede information, og der ville eksistere en større risiko for, at forskerbias - i form af tidlige valg af variable - ville kunne overleve igennem hele undersøgelsen (Flyvbjerg 1992).

Undersøgelsens fokus på kommunikation som interaktion var baggrunden for valget af de konkrete, kvalitative dataindsamlingsmetoder i form af kombinationen af observationer af konsultationssamtaler og efterfølgende interview. Jeg havde brug for information både om, hvad der faktisk skete mellem parterne, og information om, hvad de selv sagde om, hvorfor de gjorde, som de gjorde. Som metodetriangulering har metodevalget vist sig hensigtsmæssig, idet vekselvirkningen mellem mine egne observationer og vurderinger af, hvad der siges i konsultationerne og hvordan, har kunnet sammenholdes med deltagernes egne oplevelser af konsultationssamtalen og deres deltagelse heri. Således er eksempelvis forståelsen af den tolkede samtale som forskudt dialog et resultat af både mine observationer af manglende respons på patienternes udtalelser og af deltagernes interviewudtalelser angående problemer med fastholdelse af opmærksomhed i de konkrete situationer.

Fordelen ved gensynsinterviewene frem for almindelige interview var, at interviewpersonerne havde mulighed for at udtale sig om deres handling på baggrund af specifikke situationer. Udover at videoen skaber mulighed for genkaldelse af situationer, hvorved interviewpersonerne husker mere, er det også mit klare indtryk⁵³, at denne konkretisering af interviewsituationen skabte en mere dynamisk interviewsituation, end det ellers ville have været muligt at opnå. Interviewpersonerne var således generelt ivrige efter at kommentere konsultationsforløbet, både uopfordret og når videoen blev stoppet på baggrund af forud definerede videostop. De vellykkede gensynsinterview må tolkes som resultat af, at det giver god mening for folk, at kommentere den handling de netop har genset.

Det valgte, kvalitative designs mest afgørende mulighed for sikring af undersøgelsens gyldighed består i gennemførelsen af dataindsamlingen i tre faser adskilt af transskription og analyse. Opsplitningen af dataindsamlingen i faser synes logisk, navnlig når man som for denne undersøgelse har meget lidt forhåndsviden om det empiriske felt. Alligevel er det mest almindelige, at man først indsamler en mængde materiale og derefter - nogle gange først lang tid efter arbejder - sætter sig ved skrivebordet og påbegynder analysearbejdet (jf Kvale 1997, 1000-sidersspørgsmålet). For denne undersøgelse har det faseopdelte design kunnet sikre, at dataindsamlingen blev stadig mere relevant for den gældende problemstilling, samtidig med at hypoteser om processer og sammenhænge fra de indledende analyser kunne verificeres undervejs. Det kan dog problematiseres, at gennemførelsen af undersøgelsens dataindsamling inden for en overskuelig tidsperiode er sket på bekostning af tilstrækkelig tid til analyser mellem dataindsamlingsfaserne. Der var cirka et halvt år mellem dataindsamlingsfaserne, hvilket gav et par måneder til transskription, et par måneder til analyse og et par måneder til udarbejdelse af interviewguide samt anden planlægning af næste fases dataindsamling. De indledende analyser omfattede der-

⁵³ Baseret på sammenligning med almindelige face-to-face interview og fokusgruppinterview gennemført i Grønland i tilknytning til andre undersøgelser.

for udelukkende en temaanalyse, hvilket havde den væsentlige konsekvens, at der med kommunikationsanalysen og den afsluttende fortolkningsanalyse var tale om genanalyse af materiale, der allerede var indsamlet, hvor der ikke var mulighed for efterfølgende at interviewe parterne om nye fund. Dette betød eksempelvis, at fællesforståelse kun indgik antydningssvis og som en svag hypotese i interviewguiden selv til den afsluttende dataindsamling. Løsningen kunne være at vende tilbage og gennemføre yderligere dataindsamling, men af pragmatiske (ikke mindst økonomiske) grunde er dette ikke umiddelbart muligt. Samtidig er det min klare opfattelse, at undersøgelsens tre faser har været passende for det niveau af forståelse, som var tilsigtet med undersøgelsen: at forstå hvilke forhold, der virker betydende for konsultationssamtalen, og forstå sammenhænge mellem disse forhold. At det på baggrund af erkendelser fra denne undersøgelse vil være muligt at gennemføre ny dataindsamling, der vil kunne danne baggrund for endnu større indsigt og dybere forståelse af feltet, anser jeg som en force ved undersøgelsen snarere end som et problem.

Dataindsamling

Gyldighedsspørgsmålet i relation til, hvorvidt data er udtryk for den empiriske virkelighed eller snarere er påvirket til ukendelighed af forskerens indsamlingsmetode, drejer sig i denne undersøgelse især om, hvorvidt deltagerne i konsultationerne påvirkes af videooptagelsen. Bekymringen drejer sig både om, hvorvidt parterne føler sig generede af videooptagelsen, og om at de, når de - og her tænkes traditionelt mest på lægerne - ved sig betragtede af videokameraer, vil gøre sig mere umage med samtalen, end de plejer at gøre i konsultationer.

I dataindsamlingen har jeg forsøgt at minimere påvirkningen ved at bruge automatisk optagelse, ved at stille kameraet i et hjørne af konsultationen og ved at benytte mikrofon tilsluttet kameraet snarere end ekstern båndoptager til lydoptagelse. Adspurgt om påvirkningen sagde deltagerne i de efterfølgende interview, at de havde været opmærksomme på tilstedeværelsen af kameraet i begyndelsen af konsultationen men hurtigt glemte det. Ligeledes tyder andre undersøgelser på en meget begrænset påvirkning af videooptagelse. Alligevel tror jeg, at opstilling af et videokamera i konsultationen altid vil have en vis effekt på deltageres adfærd. Hvis undersøgelsens formål havde været at give et kvantitativt mål for, hvor mange af konsultationerne der gennemføres med og uden problemer, ville påvirkningen have været et problem. Jeg mener dog ikke, at gyldigheden svækkes i denne undersøgelse, hvor fokus ikke er *hvor mange* men *hvilke forhold*, der påvirker den almene konsultationssamtale. Forhold og processer, der besværliggør konsultationssamtalen, bliver muligvis sværere at få øje på, når deltagerne har mulighed for at gøre sig mere umage end normalt, men dette problem opvejes af, at undersøgelsens fokus ikke utilsigtet drejes væk fra det almene og mod de få, meget komplicerede konsultationer og også

af, at de ting, der kan virke positivt for kommunikationen, måske er så meget desto nemmere at få øje på⁵⁴.

Selektion af cases

Formålet med selektionen af cases har været variation indenfor det almene, og gyldigheden af det indsamlede datamateriale kan derfor vurderes i forhold til, hvorvidt det faktisk er lykkedes at indsamle materiale, der repræsenterer det almene. Skemaerne til illustration af datamaterialet viser, at dette har været tilfældet. De valgte sygehuse er forskellige, men også rimelig almene hvad angår deres andel af faste læger og vikarer, tolke med og uden tolkeuddannelse, og patienter der taler grønlandsk i konsultationen - og ligeledes er de valgte konsultationer forskellige af indhold men almene med hensyn til henvendelsesårsager for konsultationer generelt set⁵⁵.

Variationen i materialet har været brugt til undervejs i analysearbejdet at konfrontere de indledende analyser af det, der typisk gjorde sig gældende i konsultationerne med det, der forekom sjældnere. Det gælder eksempelvis i relation til forskelle mellem tolkene, hvor tolkenes manglende oversættelse af patienternes udsagn blev konfronteret med den mest erfarne tolks oplevelse af, at det er hensigtsmæssigt også at tolke det, patienten siger, som ikke har direkte tilknytning til konsultationens indhold. Herved åbnedes for forståelse af tolkenes arbejde som et resultat af deres position som ansatte på sygehuset. De relativt uerfarne har en positiv oplevelse af deres eget arbejde, når konsultationen holdes inden for rammerne af den institutionaliserede samtale. Den erfarne tolk har ikke behov for bekræftelse af sin position som ansat og baserer derfor sin oplevelse af egen indsats på patientens og ikke blot sundhedsvæsenets udbytte. Ligeledes åbnede konsultationer om emner, der oplevedes som svære eller særlig følsomme af patienterne, op for forståelse af de ting, der ikke siges i konsultationerne. Den almene eller typiske case vil ofte ikke være den mest informations-

⁵⁴ I en interviewundersøgelse til belysning af 150 patienters oplevelse af videooptagelser fandt man, at 5% gav udtryk for ubehag ved at blive optaget, 2% havde undladt at fortælle lægen noget på grund af optagelsen, og 3% fandt at lægen havde udvist mere opmærksomhed end sædvanligt (Campbell 1982, her Lassen 1989). I en svensk undersøgelse af kommunikation mellem patient og læge med brug af videooptagelser oplyste 90% af patienterne og 80% af lægerne, at de under konsultationen kun følte sig lidt eller slet ikke påvirkede af videooptagelsen (Arborelius 1991). Lægerne følte sig tydeligt mindre påvirkede af optagelserne efter de havde set sig selv på video, end de gjorde lige efter konsultationen var overstået, og dette kan tolkes som et udtryk for, at lægerne måske nok føler sig anspændte under optagelsen, men at deres faktiske handlinger kun påvirkes marginalt. Også den Haring konkluderer i sin undersøgelse, at påvirkningen af videooptagelse i retning af ikke-naturlig adfærd er minimal (den Haring 1997).

⁵⁵ Den samlede oversigt over materialet - case for case - ville givetvis have styrket indtrykket af undersøgelsens hæderlighed. Denne oversigt har dog grundet anonymitetshensyn ikke kunne vedlægges; patienterne fremstår rimelig anonyme i oversigten, men tolkene ville ofte kunne personificeres blot ved oplysningen om uddannelse, og enhver læge i Grønland ville kunne identificeres på variablene by, køn, alder og anciennitet i Grønland.

holdige (Flyvbjerg 1992), og det ville sandsynligvis være muligt, at nå endnu dybere forståelse af den almene konsultationssamtale i Grønland, hvis man med den viden, der foreligger efter denne undersøgelse, vendte tilbage og selekterede bevidst efter konsultationer, hvor parternes forskellige sprogbrug influerede på konsultationens forløb, eller hvor tolkene med fordel fungerede som formidler for patienten. Pointen er dog netop, at forståelse af det atypiske eller afvigende kræver et indgående kendskab til det almindelige, og at dette ikke var tilgængeligt forud for denne undersøgelse.

Transskription

Transskriptioner er aldrig direkte udtryk for det talte, der er altid tale om konstruktioner, der bygger på fortolkninger af det sagte sprog, og validiteten bør vurderes i relation hertil (Kvale 1997). Transskriptioner kan altid gøres mere detaljerede, mere præcise, og det giver derfor ikke mening at forsøge at opnå 'den perfekte transskription'. En valid transskription er således en transskription, der fungerer som nyttigt redskab til det givne formål og gør det muligt at analysere det, man har tænkt sig (Silverman 1993). Transskriptionerne til denne undersøgelse er blevet udformet i anerkendelse af, at analyserne tjener til forståelse af sociale processer snarere end eksempelvis lingvistiske. Transskriptionernes detaljeringsgrad ligger således mere på linje med den diskursanalytiske tradition end med konversationsanalysens (Silverman 1993).

For at tilpasse transskriptionerne til det aktuelle formål med analyserne er det givet mest hensigtsmæssigt, hvis transskriptioner og analyser gennemføres af den samme person. Dette har ikke været tilfældet i nærværende undersøgelse, fordi jeg ikke kan tilstrækkelig grønlandsk, og i stedet har to forskningsassistenter stået for transskriptionerne. For at sikre ensartede udarbejdelser og transskriptionernes velegnethed i forhold til det formålet har der været udarbejdet detaljerede transskriptionsregler (jf metodeafsnittet). Endvidere har transskriptionsarbejdet omfattet omhyggelig notering af tvivl og særlige fortolkninger af det talte, og disse tvivlsspørgsmål er løbende blevet diskuteret mellem mig selv og forskningsassistenterne for - eventuelt på baggrund af endnu et gensyn af videooptagelsen - at sikre den mest præcise transskription af enkeltdele i materialet. Den tætte kontakt mellem mig selv og forskningsassistenterne førte endvidere og navnlig i de indledende faser af undersøgelsen til ændringer i transskriptionsmåder, når analysearbejdet viste behov herfor. Disse forholdsregler har sikret transskriptionernes velegnethed i forhold til det analytiske arbejde.

Undersøgelsens transskriptionsarbejde omfattede dog oversættelse fra grønlandsk til dansk som en ekstra komponent og risiko for u hensigtsmæssig fortolkning. Oversættelsen vil ligesom for oversættelsen mellem det talte og nedskrevne sprog altid indebære fortolkning, og løsningen er i forlængelse heraf gode forhåndsftaler om metoder og omhyggelige noter til brug for den senere fortolkning. Reliabiliteten af transskriptions- og oversættelsesarbejdet er - som

det foreslås af Kvale (Kvale 1997) - undersøgt i et andet af afdelingens projekter, hvor et fokusgruppeinterview er blevet bearbejdet uafhængigt af de samme forskningsassistenter, der udarbejdede transskriptionerne til nærværende undersøgelse. Sammenligningen mellem de to viser trods samme klare aftaler som gjaldt for nærværende undersøgelse tydelige forskelle i detaljerings- og fortolkningsgraden (Canger 2000), idet den ene transskription omfatter flere parenteser med forklaringer, alternative oversættelser samt påpegninger af usikkerheder. Forskellene i transskriptionerne har dog ikke været af afgørende betydning for analyserne af nærværende undersøgelse, fordi detaljeringsbehovet klart blev opfyldt af den mindre detaljerede af de to forskningsassistenter transskriptionsmåde. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at de mindre detaljerede var lavet af Karo Thomsen, der deltog i dataindsamlingen, og som derfor havde en god fornemmelse af, hvilke forklaringer, der var nødvendige, og hvilke jeg - på grund af mine egne mange gennemsyn og kendskab til materialet - ikke havde brug for, til forståelse af hvad der skete i konsultationerne. Hvis en person, der ikke selv havde deltaget i dataindsamlingen, skulle analysere materialet, ville de mest detaljerede transskriptioner givet have været nødvendige.

Analysemetoder

I valget af undersøgelsens analysemetoder har flere forhold været afgørende for arbejdets samlede gyldighed. Dels gav genanalyseringen af materialet i forskellige på hinanden følgende analyser mulighed for at se materialet fra forskellige vinkler, idet temaanalysen omfattede det, parterne siger om, hvad der foregår og deres forventninger hertil, mens kommunikationsanalysen viste, hvad parterne faktisk gør i samtalen. Som i Mishlers arbejde (Mishler 1984), der med sin 'interruptive analysis' har inspireret mig til genanalyseringen, resulterede analyserne blandt andet i det overraskende fund, at det der i temaanalysen lignede forståelse, i kommunikationsanalysen viste sig at være resultatet af lægernes dominans i samtalen og heraf følgende manglende fællesforståelse. Desuden indeholdt metoderne i sig selv muligheder for stadige testninger af fremanalyserede forståelser, for løbende i analyseprocessen af stille spørgsmål og lade data udfordre det det fundne endnu engang (Miles & Huberman 1994). Således muliggjorde systematiske genlæsninger og genindsættelse af kategoriseringer og fortolkninger i det oprindelige materiale forfølgelse af forskelligheder og modsigelser; forfølgelse af det, der ikke umiddelbart kunne passes ind, men som måske alligevel havde betydning; adskillelse af det, der i første omgang lignede sammenhænge, men som viste sig ikke at være det, samt sammentænkning af det der i første omgang syntes adskilt (Kvale 1997). Denne stadige vægtning af de forskellige dele af materialet, alle de små valg, der tages i analyseprocesserne og som afgør, hvorvidt noget er væsentligt eller ej, er det, der udgør fortolkningen i kvalitativ forskning og det, der er sværest og måske umuligt at beskrive.

Den positivistiske videnskabstradition har - vel med nogen ret - kritiseret den kvalitative forsknings manglende intersubjektivitet med reference til disse

sidstnævnte processer. Løsningen på dette gyldighedsproblem er dog, som ovenstående turde antyde, en anerkendelse af, at det netop er i den systematiske og omhyggelige gennemførelse af de forud definerede teknikker og processer i analysearbejdet, at den nødvendige kreativitet og fantasi tillades rum som inspiration men afskæres fra uimodsagt at passere som analytiske konklusioner (Christensen 1995). Samtidig mener jeg, at den afsluttende fortolkningsanalyse udgør en særlig væsentlig kilde til verificering af undersøgelsens analyser, idet resultaterne af de to forudgående analyser endnu engang på hermeneutisk vis blev splittet op i enkeltdele, variable, og dernæst betragtet i forhold til hele det samlede materiale og fortolket i sammenhænge.

Troværdighed

Diskussionen af undersøgelsens troværdighed betragtes som et spørgsmål om, hvorvidt jeg har gennemført troværdige fortolkninger (intern validitet), hvorvidt fortolkningerne baseres på relevant teori (teoretisk validitet), i hvilket omfang det vil være muligt at gøre brug af undersøgelsens resultater (ekstern validitet) og i direkte forlængelse heraf, hvorvidt jeg har været i stand til at fremstille fortolkningerne som troværdige (sandsynliggørelse⁵⁶).

Intern validitet

Vurderingen af undersøgelsens interne validitet har at gøre med analysernes sandhedsværdi. Om hvorvidt jeg har været i stand til at forholde mig "adækvat til det udforskede objekt, at udtrykke det undersøgte objekts virkelige natur" (Kvale 1997, s. 74). Dette kan betragtes som et spørgsmål om i fortolkninger at medtage alle data og ikke blot se, hvad jeg gerne vil se, at stille relevante spørgsmål til teksten og til stadighed i processen at bibeholde et kritisk syn på fortolkninger for at blive i stand til at afdække mulighederne for alternativer.

Fortolkningerne af undersøgelsens data kan problematiseres som læge- eller elitebiased (Miles & Huberman 1994), hvilket i nogen udstrækning kan betragtes som en konsekvens af min perspektivering af undersøgelsen som sundhedstjenesteforskning⁵⁷. Den væsentligste konsekvens af denne elite-bias er, at mens undersøgelsen direkte har fokuseret på patientens kontekstbestemte betydningsdannelse, har lægens betydningsdannelse og det lægevidenskabelige paradigme uproblematiseret været betragtet som 'det vi alle kender'. Problemet kan ikke affejes ved, at lægerne og læserne er danskere; ikke alle danskere forstår på samme måde, og heller ikke undskyldes ved, at lægerne som de professionelle refererer til den lægevidenskabelige logik; idet denne logik hverken er

⁵⁶ Diskussionen af undersøgelsens troværdighed er overordnet inspireret af Miles & Hubermans "Standards for the Quality of Conclusions" (Miles & Huberman, 1994, s. 277-80). Sandsynliggørelse bruges med inspiration fra Jørgensen 1995, og i tilknytning til fremstillingen med inspiration fra Elsass 1992.

⁵⁷ Dette er baggrunden for, at jeg endog i afhandlingens titel har fastholdt den meget lidt politisk korrekte benævnelse læge-patient samtalen fremfor patient-læge.

så homogen, som den ofte fremstilles⁵⁸, eller afspejler sig på nogen entydig måde blandt forskellige praktikere (Petersen 1995). I den afsluttende fortolkningsanalyse har jeg forsøgt at medtænke muligheden for, at konteksten for lægernes betydningsdannelse er en anden end den 'danske, lægevidenskabelige normal-kontekst', som jeg har taget for givet. Jeg kan dog ikke fortolke resultaterne anderledes af den grund: lægerne 'hører' ikke patienternes inddragelse af det, der ligger udenfor den antagede kontekst for lægernes betydningsdannelse, og under alle omstændigheder medvirker patienternes forestillinger om, hvad der måtte være legitimt at omtale i lægekonsultationen til yderligere at holde konsultationerne emnemæssigt indenfor en sådanne kontekst. Min undladelse af specifikt at undersøge lægernes betydningsdannelse og konteksten herfor udgør dog et videnskabeligt og metodisk problem, der ikke fuldt ud kan afhjælpes gennem et kritisk blik på egne fortolkninger.

Der er dog andre aspekter af min elitebias, som jeg i højere grad har været i stand til at forholde mig konstruktivt til undervejs i den videnskabelig proces. Det vedrører især den vægtning, hvormed materialet indgår i analyserne og tillægges betydning. Min position som dansker og akademiker har gjort mig i stand til umiddelbart at forstå lægerne; ikke blot fordi de taler samme sprog, som jeg gør, men også fordi de - og i modsætning til flertallet af patienter og tolke - i socio-lingvistisk sammenhæng har samme position som jeg selv og taler på samme måde. Jeg har således haft lettere ved at forstå og kategorisere lægernes udtalelser, end jeg har haft for patienternes og tolkenes, og har derfor i fortolkningerne måttet være særlig opmærksom på medtænkning af data vedrørende tolkenes og patienternes perspektiver. Såvel temaanalysens stadige genlæsninger og omstruktureringer af materialet som den egentlige genanalyse af det samlede materiale i flere på hinanden følgende analyser har været særdeles betydningsfuld for mulighederne for hele tiden bevidst at medtænke det, der ikke umiddelbart blev inddraget eller kunne fortolkes meningsfuldt. Ligeledes kan min position som dansk forsker, der arbejder med Grønland, betragtes i relation til elite-bias. Jeg har arbejdet med socio-kulturelle forandrings indflydelse på sundhed i Grønland i 10 år og har en generel positiv oplevelse af det grønlandske samfund. Min elitære tilgang til feltet viser sig som et ønske om at hjælpe, som en 'hensynsfuld, god vilje', der måske minder lidt om en hatte-dames. Problemet med den omtalte elite-bias i forhold til lægernes arbejde og det grønlandske samfund er, at den kan medføre en tendens til tildækning af det negative og heraf en mindre kritisk analytisk tilgang, end nogle ville finde passende. Eksempelvis forstår jeg det biomedicinske paradigmes dominans i læge-

⁵⁸ Min forståelse heraf stammer fra den medicinsk antropologiske litteratur, blandt andet: MacCormack C. Ethnological studies of medical science. *Social Science and Medicine* 1994;39(9):1229-35; Good BJ. Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994; Lindenbaum S, Lock M, eds. Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life. Berkeley: University of California Press, 1993; Gordon D. Tenacious assumptions in Western medicine. I: Lock M, Gordon D, eds. *Biomedicine examined*. Kluwer Academic Publ, 1988:19-56; Zola IK. Studying the decision to see a doctor. *Adv. Psychosom. Med* 1972;8:216-236.

konsultationerne som et resultat blandt andet af lægernes manglende kendskab til samfundet og patienten. Jeg accepterer systemets vilkår og fokuserer på, at parterne gør sig umage. Andre ville måske fortolke dominansen som udtryk for systemets ligegyldighed eller som baggrund for en opfattelse af, at systemet måtte laves grundlæggende om.

Indenfor rammerne af den gennemførte undersøgelse kan det problematiseres, at undersøgelsens fokus på den almene konsultationssamtale og den heraf følgende strategi for selektion af cases i vid udstrækning har afgrænset mig fra analyser af forskelle indenfor materialet. Jeg har kunnet analysere processer mellem lægen og patienten og tolken, men ikke forskelle mellem lægerne, mellem patienterne og mellem tolkene. Variationen af cases har haft til formål at ramme bredden af det almene, men kan ikke i sig selv bruges i analytisk øjemed. Jeg har således "bort-reduceret afvigelser" og til dels "lukket af for den undersøgte virkeligheds kompleksitet" (Christensen 1995, s. 21). Dette er et udpræget problem for en stor del af litteraturen om læge-patient samtaler, og problemet skyldes formentlig dels at undersøgelserne oftest gennemføres ud fra en sundhedsvidenskabelige snarere end eksempelvis en antropologisk forskningstradition og dels, at det er nødvendigt at vide noget om det almene, før man kan få øje på afvigelser (Cline & McKenzie 1998). Samtidig præges forskningsfeltet af opfattelsen af den institutionaliserede samtales dominerende betydning for samtalen og en heraf følgende fokus på positionsspecifikke roller snarere end individuelle forskelle (Album 1996; den Haring 1997). Malteruds undersøgelse af forskelle i lægers respons på henholdsvis kvinders og mænds henvendelser udgør en undtagelse i denne sammenhæng (Malterud 1987). Jeg er overbevist om, at kønsforskelle har betydning også for konsultationssamtalen i Grønland, men har med undersøgelsens design ikke haft mulighed for at gennemføre analyser heraf.

Problemerne med bias og de ringe betingelser for analyser af forskelligheder i materialet bør dog ikke betyde, at de konklusioner, der drages i undersøgelsen, ikke er udtryk for nogen sandhed; snarere er der tale om, at de er udtryk for dele af sandheden, er gyldige perspektiver på feltet, men ikke repræsenterer den fulde sandhed. En opfattelse af, at hele sundhedssystemet burde laves om, kan ikke i sig selv være tilstrækkelig basis for en underkendelse af sandhedsværdien af de fortolkninger, der baserer sig på de gældende vilkår. Ligeledes er det givetvis sådan, at mandlige og kvindelige læger taler forskelligt med patienterne og har forskellige forventninger til deres eget arbejde med patienten, men dette underkender ikke betydningen af sammenhængen mellem kulturel kontekst og måder at tale på eller sammenhængen mellem måder at tale på og dominansforhold i samtalen.

Teoretisk validitet

Undersøgelsen tager ikke udgangspunkt i én samlet teori men derimod i en mange-facetteret empirisk problemstilling. Det har derfor været nødvendigt at

sammenstille og anvende meget forskellige teoriretninger, hvilket i videnskabsteoretisk sammenhæng kan medføre problemer. Mens det empiriske fokus været rettet mod kommunikation som interaktion mellem parterne i den konkrete konsultationssamtale, har det teoretiske fundament beskæftiget sig med relationer mellem mennesker og strukturer på et mere overordnet niveau. Faren ved at benytte de subjekt-objekt overskridende teoretikere som Giddens og Bourdieu uden at have et tilstrækkeligt empirisk fokus på både relationer mellem mennesker og på relationer mellem mennesker og samfund er, at man risikerer ikke at kunne udsige noget essentielt om nogen af delene. Problemet ligger ikke i teorierne, men i hvorvidt ens undersøgelse designes så den kan skabe viden om hele det spektrum, som teorien omfatter. På trods af ovenstående betæneligheder mener jeg dog, at de valgte teoridelen har været velegnede, fordi ambitionen hele tiden har været at placere det konkrete i en større kontekst, og fordi jeg oplever, at dette i rimelig grad er lykkedes. Teorivalget har dog ikke udelukkende været styret af indholdsmæssige ambitioner, idet jeg også af pragmatiske årsager var nødsaget til at vælge de overskridende teoretikere. Et enten-eller valg ville således forde en større forhåndsviden om hvilke dele af virkeligheden, der var betydende, end der var tilgængelig forud for denne undersøgelse. Fremtidige undersøgelser af det empiriske felt *kommunikation i konsultationssamtaler i Grønland* kan basere deres design på baggrund af viden fra dette projekt og vil eksempelvis som repræsentant for subjekt-siden kunne vælge Goffmans mikrosociologi til - på trods af bekymringen over Goffmans rollebegreb (jf teoriafsnittet) - at skabe øget indsigt i tolken som en person, der gerne vil fremstå som kompetent og dettes betydning for tolkens loyalitet overfor lægen og sundhedsvæsenet. Med Foucault, som repræsentant for objektsiden, kunne man skabe forståelse for sundhedsvæsenet og den institutionnaliserede samtales dominans uden at skulle klandre lægerne - fordi Foucaults strukturalisme netop ikke beskæftiger sig med bærere af magt men med magt-strukturer. Som nævnt mener jeg dog, at både de indholdsmæssige og de pragmatiske årsager bag valget af overordnet teori til undersøgelsen har været relevante.

Litteraturen i relation til det komplekse felt mellem kultur, sprog og kommunikation udspringer af forskellige faglige traditioner og befinder sig både det yderste mikro- og det yderste makroniveau. De anvendte teorier om interkulturel kommunikation definerede kommunikation som interaktion, der indebærer betydningsdannelse og er kontekstbestemt (Poulsen 1999, Jensen & Løngreen 1995, Scollon & Scollon 1980 og 1995, samt Gumperz arbejde både det tidlige fra 1979 og de senere mere grundvidenskabelige). Definitionen ligger i god forlængelse af min forståelse af relationer mellem mennesker og mellem mennesker og samfund, og måder at tale og forstå på blev begreber, der indkapslede denne forståelse og samtidig viste sig konkret anvendelige i det analytiske arbejde. Ligeledes hentede denne undersøgelse inspiration fra den del af litteraturen om konsultationssamtalen, der har empirisk fokus på processer i interaktionen (Byrne & Long 1976), og som videnskabsteoretisk baseres på en

opfattelse af relationen mellem menneske og samfund som refleksiv (Todd og Fisher 1993; Mishler 1989).

Udover teori anvendt som fundament og ramme for undersøgelsen har der endvidere været anvendt en række studier og teoretiske arbejder, der har bidraget til forståelse af specifikke problemstillinger, der dukkede op undervejs i analysearbejdet. Undersøgelsens analyser har ikke været styret af denne teori, men er derimod udsprunget af den givne empiriske virkelighed. Den teoretiske validitet af undersøgelsen vurderes som god, fordi analyserne netop har kunne inspireres af teorien og andres undersøgelser. Det gælder eksempelvis undersøgelser af måder at tale på (Gumperz et al 1979; Scollon & Scollon 1980), af forventninger (Lunde 1992; Larsen & Risør 1995), af forskelle mellem forståelse og fællesforståelse (Hermann 1996; Mishler 1984), af den canadiske inuitbefolknings handlen i konsultationssamtalen (O'Neil et al 1990) og af tolkens rolle i samtalen (Dimitrova 1991; Galal & Galal 1999).

Ekstern validitet og sandsynliggørelse

Ekstern validitet kan ikke i kvalitativ som i kvantitativ forskning afgøres som et spørgsmål om direkte generaliserbarhed fra en stikprøve til en større population. Repræsentativitet er således ikke et legitimt krav for den kvalitative forskning, hvis erkendelsesmæssige status har at gøre med forståelse af mening (Jørgensen 1989). Derimod kan man indenfor kvalitativ forskning vurdere undersøgelsens validitet på baggrund af dens analytiske eller teoretiske generaliserbarhed, idet det vurderes, hvorvidt teorien, der udspringer som resultat af undersøgelsen, kan skabe forståelse for, hvad der sker i andre empiriske virkeligheder (Kvale 1997). Det er min opfattelse, at teorien om tolkens betydning for samtalen samt teorien om kontekstens betydning for forståelse kan skabe generel forståelse for den almene to-sprogede og to-kulturelle konsultationssamtale i Grønland. Ikke sådan at forstå, at tolken altid gennem fastholdelse af den institutionaliserede samtale vil medvirke til en styrkelse af lægens dominans, eller sådan at parternes forskellige kontekst for betydningsdannelse i alle konsultationer vil medføre manglende fællesforståelse. Den teoretiske generaliserbarhed skal snarere forstås i retning af, at de forhold, hvis sammenhæng beskrives i teorierne, vil være betydende for alle konsultationssamtalerne, også selvom de giver sig til udtryk eller vil have et forskelligt indhold i forskellige samtaler. Generelt vil det således eksempelvis gælde, at måder at tale på er kulturelt bestemte, og at dette vil influere på parternes måde at indgå i den to-kulturelle samtale på. Ligeledes vil tolkenes position som en del af lokalsamfundet og som ansatte på sygehuset påvirke deres rolle i konsultationssamtalen, og dette vil have indflydelse på interaktionen mellem lægen og patienten.

Udgangspunktet for resultaternes anvendelse handler ikke mindst om, hvorvidt det er lykkedes at fremstille analyserne på troværdig vis, så det virker sandsynligt, at fortolkningerne faktisk udspringer af data snarere end at være resultatet af min egen forforståelse og holdning til feltet. Troværdighed handler i denne

forstand om sandsynliggørelse, og læserne får således en afgørende rolle for vurderingen af arbejdets gyldighed (Kvale 1997; Tyler 1986). Interviewcitater og udsnit af transskriptioner fra konsultationer er ikke i denne fremstilling gengivet for at bevise, at analyserne er sande, men for at illustrere netop de dele af virkeligheden, som jeg anser for at være særlig gyldige i relation til det givne felt. Fremstillingen repræsenterer således ikke virkeligheden direkte; det er en social konstruktion, skabt med det formål at sandsynliggøre overfor læseren, at det faktisk kan tænkes at hænge sådan sammen. I fremstillingen forsøger jeg således at styre læserens modtagelse af mit budskab men er dog samtidig klar over, at der ligger et paradoks i min forestilling om, at dette er muligt, og de teoretiske diskussioner af kommunikation, der netop afviser forestillingen om direkte overførsel af information.

Jeg anser undersøgelsen som gyldig, først og fremmest fordi der er en god videnskabsteoretisk overensstemmelse mellem undersøgelsens formål, dens bagvedliggende interesse, teorien, design og dataindsamlingsmetoder samt analyserne af det indsamlede materiale. Formålet om betydende forhold 'passer sammen med' analysernes udsigelsesrum, og kommunikation som interaktion 'passer sammen med' de metoder, der er anvendt til indsamling af materiale herom. Jeg mener, det har været muligt gennem denne undersøgelse at forstå i hvert fald dele af virkeligheden, og jeg håber, at fremstillingen som intenderet konstruktion repræsenterer forståelsen i en sådan form, at den giver mening og bibringer ny og anvendelig viden for læseren - uanset hvilke diskurssystemer denne mening udspringer af.

Perspektivering

Anbefalinger for praksis

På baggrund af undersøgelsens analytiske resultater præsenteres nedenfor en række anbefalinger til, hvad der i praksis kan gøres for at forbedre muligheden for opnåelse af fællesforståelse mellem læge og patient. Betinget af undersøgelsens fokus på interaktionen i konsultationen vil anbefalingerne tage udgangspunkt i, hvad hver af parterne kan gøre.

Patienterne må opfordres til at forberede sig inden lægebesøg på, hvordan de vil beskrive deres problemer for lægen og på, hvad de forventer af lægen. En sådan opfordring var indeholdt i den TV-spot, der blev produceret som et resultat af denne undersøgelse og udsendt i grønlandsk TV⁵⁹. Spotten blev vist i TV ti gange, men indsatsen kan naturligvis ikke stå alene, hvis formålet er at få befolkningen til at ændre deres adfærd som brugere af sundhedsvæsenet. Det anbefales, at der sættes initiativer i gang til at styrke den offentlige debat om sundhedsvæsenets rolle set i forhold til egenomsorg og til befolkningens - de fremtidige patienters - forventninger til lægen.

Tolkenes rolle som lægens medhjælp snarere end som patientens talsmand og talerør hænger sammen med organiseringen af sundhedsvæsenet, tolkens ansættelsesform og de skiftende, danske læger. Da der givetvis i en årrække endnu vil være brug for tolke i sundhedsvæsenet i Grønland, bør det både lokalt og centralt diskuteres, hvorvidt denne rolle er ønskværdig set fra henholdsvis befolkningens og sundhedsvæsenets side.

Der vil sandsynligvis altid være uenighed omkring, hvorvidt tolkenes arbejde bør inkludere formidling og mediering mellem de to sprog og kulturer – og det vil sandsynligvis under alle omstændigheder være umuligt at undgå det. Derfor bør personalet på sygehuset ved åbne møder diskutere deres forventninger til tolkenes arbejde, således at tolkene ved, hvilken baggrund deres arbejde vurderes ud fra. Også fra mere centralt hold bør det overvejes, hvorvidt og hvordan man kan øge mulighederne for udnyttelse af tolkens potentiale som formidler og mediator også hvad angår patientens behov. Eventuelt kunne der udarbejdes retningslinjer for tolkenes arbejde⁶⁰. Tolkene må også indbyrdes diskutere deres arbejdsområdes mange funktioner for herved at styrke deres faglighed gennem bevidsthed om, hvad de faktisk gør og med hvilket formål. Disse diskussioner kan, som det var tilfældet på baggrund af denne undersøgelses resultater, med fordel blive ført på tolkenes efteruddannelseskurser ved Center for Sundheds-

⁵⁹ TV-spotten blev produceret efter manuskript fra Afdeling for Grønlandsforskning (SIF) af Inuk Media og med støtte fra Egmont Fonden.

⁶⁰ - med henvisning til Medical Interpreter Code of Ethics udarbejdet af Cynthia Roat, her fra Luckmann 2000, s. 153-155.

uddannelser. I relation til tolkenes arbejde opfordres der endvidere til, at man lokalt på sygehusene forbedrer sine procedurer for tilkaldelse af tolk. Det mest enkle vil være at forhøre sig hos patienterne, når de henvender sig til skranken. Det er blevet foreslået, at skrankepersonalet rutinemæssigt spurgte patienterne om, hvilket sprog, de helst vil tale i konsultationen⁶¹. Formuleringen, der omhandler ønske om sprog og ikke direkte et ønske om tolk, udtrykker respekt for patienternes ret til at tale eget sprog ved henvendelse til lægen ved at patienten med sit ønske ikke gøres ansvarlig for eventuelle ressourceproblemer. Personalet på sygehuset kan ikke forvente, at patienterne føler sig tilstrækkelig trygge ved at skulle gennemføre lægekonsultationen uden tolk, selvom de i en hverdagslivskontekst udemærket forstår og taler dansk.

Lægernes væsentligste problem ved deres brug af tolk synes at være, at de ikke er i stand til at forholde sig afventende og lyttende, mens tolken og patienten snakker grønlandsk. Lægerne må være opmærksomme på ikke at lade deres indre progression af samtalen blokere for deres opmærksomhed mod, hvad der foregår i situationen og må, hvis ikke tolken oversætter en patient-tolk dialog, selv spørge hertil. Lægernes dominans og den delvis heraf følgende passivitet fra patienterne i konsultationssamtalen er påvirket af parternes forskellige måder at tale på. Set i interkulturelt perspektiv synes det ikke muligt, at lære enkeltpersoner at tale på en grundlæggende anden måde end den, de er opvokset med og finder naturlig, hvorfor øget opmærksomhed mod forskellene derfor sandsynligvis er den bedste løsning for at undgå problemer (Gumperz et al 1979). Lægerne må være opmærksomme på ikke at forcere samtalsforløb men derimod tillade pauser i samtalen i forbindelse med spørgsmål-svar sekvenser og navnlig i den del af samtalen, hvor patienten fortæller om årsagen til sin henvendelse. Det er svært at skabe god kontakt mellem læge og patient i den tolkede konsultation. Læger, der har erfaring med den tolkede konsultation, har erhvervet en praksisviden om, hvordan den tolkede konsultationssamtale gennemføres bedst muligt, og herunder erfarede hvorledes der gennem håndtryk, små-snak mv. kan skabes kontakt i den konkrete situation. Denne viden bør fremlægges og diskuteres internt på sygehusene, hvorved der sikres en formidling af erfaringer fra de faste læger til de nyttilkomne. Lægerne må opfordres til at forsøge at lægge mærke til brug af ansigtsmimik og kropssprog og diskutere betydningen af det, de ser, med det grønlandske personale på sygehuset. For at øge lægernes opmærksomhed mod de to-kulturelle og to-sproglige vilkår for konsultationssamtalen i Grønland har Afdeling for Grønlandsforskning (SIF) på baggrund af denne undersøgelse og i samarbejde med Grønlands Lægekredsforening udarbejdet en folder, der løbende udsendes som en del af Hjemmestyrets introduktionspakke til de nye læger⁶².

Både tolke og læger, der deltog i denne undersøgelse, bemærkede ved gensynsinterviewet noget ved deres egen måde at indgå i samtalen på, som de ville

⁶¹ Asii Narup, den sundhedspolitiske konference i Ilulissat marts 1996.

⁶² Folderen er udgivet af Direktoratet for Sundhed, Grønlands Hjemmestyre.

tænke over at gøre anderledes fremover. Det kan derfor anbefales, at der gennemføres en form for systematisk brug af videooptagelser, eventuelt med efterfølgende supervision på sygehuset eller på egentlige kommunikationskurser. Selvom kommunikationstekniske problemer ikke udgør det fulde kompleks af forhold, der har betydning for konsultationssamtalen - herunder ikke mindst den to-sprogede og to-kulturelle konsultationssamtale - kan man utvivlsomt vinde noget ved at øge sin opmærksomhed mod og forsøge at lære at kommunikere bedre; og tolkene og lægerne bør som professionelle føle sig forpligtede hertil.

Perspektiver for fremtidig forskning

Undervejs i arbejdet med denne undersøgelse har jeg flere gange været begrænset i mit arbejde, fordi der manglede viden om områder, der lå udenfor undersøgelsen problemområde, men som kunne have fungeret som baggrund for de aktuelle analyser. Disse problemstillinger opsummeres nedenfor tillige med problemstillinger, som ligger inden for undersøgelsens problemområde, men som kun delvis er blevet afdækket, og som der derfor kunne være behov for yderligere viden om.

Der er et stort behov for yderligere viden om sundheds- og sygdomsopfattelse i den grønlandske befolkning. Sådanne opfattelser er givetvis ikke udelukkende knyttet til befolkningens kontakt med sundhedsvæsenet men synes snarere på individniveauet at variere afhængig af det aktuelle felt, opfattelsen referer til. Undersøgelser af sundheds- og sygdomsopfattelse må derfor perspektiveres ikke blot i forhold til sundhedsvæsenet men også til eksempelvis arbejdslivet og familielivet. Ligeledes må betydningen af befolkningens vurdering af eget helbred vurderes i relation til både sygdom, muligheder for og lyst til at indgå i arbejds- og familieliv, livskvalitet mv. Også sproglige aspekter omkring sundheds- og sygdomsopfattelse og betydningen af og variationer mellem ord til beskrivelse af krop, sundhed og sygdom må belyses nærmere set i lyset af det danske sprogs mangeårige dominans indenfor sundhedsvæsenet. I relation hertil må også sammenhængen mellem identitet og muligheder for at udtrykke sig på sit eget sprog om egen krop og helbred undersøges. Generelt eksisterer der kun meget begrænset litteratur om kulturelle udtryk i det moderne grønlandske samfund. Tilbageholdenhed og konfliktundgåelse synes at have betydning for kommunikationsprocesser, og det kunne være interessant at undersøge disse karakteristikas indflydelse på social handlen i en række øvrige sammenhænge.

Patienternes tilsyneladende mangel på tillid til tolkene synes at hænge sammen med en vis jante-lovspræget mangel på respekt for det nære og kendte, der også synes at afspejles i autoritetstroen overfor de fremmede, danske læger. Relationen mellem de grønlandere, der henholdsvis leverer og er brugere af ydelser, kunne undersøges i sammenhæng med relationen mellem grønlandere og danskere i samfundet generelt og herunder ikke mindst betydningen af, at det stadig i stort omfang er danskere, der besætter de uddannelseskrævende og indflydelsesrige erhverv i Grønland.

Måder at tale på viste sig undervejs i analysearbejdet at være væsentligt for forståelse af parternes handlen i den to-kulturelle konsultationssamtale. En egentlig analyse af forskelle i måder at tale på har ligget udenfor denne undersøgelses mulighedsrum og ville under alle omstændigheder have nødvendiggjort anderledes og mere præcise transskriptioner. Måder at tale på kunne dog med fordel undersøges nærmere indenfor eksempelvis social- og sundhedsvæsenet som forskelle mellem grønlandere og danskere, mellem by- og bygde-

befolkningen, mellem unge og ældre eller som udtryk for maskulinitet og feminitet.

Sundhedsvæsenets organisering er kun inddraget i denne undersøgelse som en del af konteksten for konsultationssamtalen. Organiseringen og herunder ikke mindst betydningen af de mange skiftende læger bør undersøges nærmere, eventuelt i tilknytning til de mindre kystsygehuses igangværende omstrukturering til sundhedscentre. Sundhedstjenesteforskning er i det hele taget tæt ved ikke-eksisterende i Grønland, og dette skyldes ikke mangel på behov herfor.

RESUME

En spørgeskemabaseret interviewundersøgelse har vist, at halvdelen af alle patienter i Grønland benytter tolk, når de er til konsultation hos lægen, og at mange af disse patienter oplever sproglige problemer i konsultationerne. Formålet med nærværende undersøgelse var at skabe forståelse for forhold, der virker betydende for kommunikationen i den to-sprogede og to-kulturelle konsultationssamtale i Grønland, og for mulige sammenhænge mellem disse forhold. Tolkens betydning for samtalsforløb og indhold samt den to-kulturelle og to-sprogede konteksts betydning for forståelsen i samtalen var overordnede problemstillinger.

Undersøgelsen blev baseret på en teoretisk forståelse af *kultur* som måder mennesker handler på, af *mennesker* som aktører, der handler kreativt, men også i vid udstrækning på baggrund af de sociale og kulturelle vilkår og muligheder, de lever med, af *sprog* som kulturelt betinget handling og af *kommunikation* som en proces, der indebærer kontekstafhængig betydningsdannelse og forståelse. I forlængelse heraf defineredes *tolkning* som formidling af mening, hvilket videre førte til opmærksomhed mod tolkenes mange roller. Konsultationssamtalen defineredes som *interkulturel*, hvilket indebærer forståelse af sammenhænge mellem kulturel kontekst og diskurssystemer forstået som sprogbrug, og konsultationssamtalen defineredes som *institutionaliseret*, hvilket indebærer forståelse af konsultationens fastlagte indhold og struktur og dens asymmetri.

Undersøgelsen blev designet efter kvalitative dataindsamlings- og analysemetoder. Dataindsamlingen blev gennemført ved tre forskellige sygehuse i Grønland og bestod af en række observationer af konsultationssamtaler samt efterfølgende interview med de deltagende parter: lægen, patienten og tolken hver for sig. Observationerne af konsultationssamtalerne foregik ved videooptagelse. Interviewene blev gennemført på grønlandsk eller dansk efter interviewpersonens ønske og blev optaget på lydbånd. Der blev i alt videooptaget 88 konsultationer og gennemført interview med 12 patienter, 13 læger og 8 tolke. Såvel de bandede interview som videooptagelsen af de tilhørende konsultationer blev transskriberet og oversat til dansk, og det er dette skriftlige materiale, der danner grundlaget for undersøgelsens analyser.

Der blev gennemført tre adskilte analyser af materialet: en temaanalyse, en kommunikationsanalyse og en afsluttende hermeneutisk analyse. Temaanalysen omfattede en meget åben kodning af materialet og dannelse af tematiske grupper med betydningsbærende overskrifter for at karakterisere regelmæssigheder på tværs af materialet. Der blev gennemført indledende temaanalyser i forlængelse af dataindsamlingen ved hvert af sygehusene. Kommunikationsanalysen indeholdt en sekvensopdeling af transskriptionerne i et skema, der visualiserede dynamikken i samtalerne og parternes deltagelse heri. Dette blev sammenholdt med, hvad parterne i interviewene havde sagt om konsultationen. Afslutnings-

vis gennemførtes en hermeneutisk analyse, hvor resultater af de tidligere analyser blev fortolket i sammenhæng inden for rammerne af de to udvalgte problemstillinger: *tolkenes indflydelse på samtals forløb og indhold samt kontekstens indflydelse på forståelse.*

Tolkens indflydelse på samtalen blev diskuteret i relation til påvisningen af tolkenes funktioner, der både omfatter oversættelse og formidling. Undersøgelsen viste, at tolkenes formidling først og fremmest er rettet mod lægens behov, hvilket fortolkes i tilknytning til tolkenes position som ansat i sundhedsvæsenet og en heraf følgende loyalitet overfor lægerne, der bevirker, at tolken aktivt forsøger at holde samtalen indenfor den institutionaliserede samtals fastlagte forløb og indhold. Herved styrkes lægens dominans i samtalen, mens patientens muligheder for at komme til orde mindskes.

Forståelse blev diskuteret på baggrund af lægens og patientens forskellige sproglige og socio-kulturelle baggrund og set i relation til forskelle i forventninger til konsultationen og forskelle i måder at tale på. Begge forhold relateredes yderligere til den institutionaliserede samtals struktur og indhold, og også betydningen af tolkens rolle som lægens medhjælp blev inddraget. Undersøgelsen konkluderede, at de beskrevne forhold virker som en barriere for patienternes aktive deltagelse i samtalen, hvilket i sidste ende fører til, at konsultations-samtalen præges af manglende fællesforståelse.

De analytiske konklusioner peger i retning af øget opmærksomhed mod initiativer, der kan styrke den offentlige debat om befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet og lægen. Tolkenes funktion i samtalen vil uundgåeligt indebære såvel oversættelse som formidling, og en legitimering heraf vil kunne afhjælpe problemer forårsaget af tolkningen; behovet for præcisering i samtalen samt problemer relateret til kontakten mellem læge og patient. Det må diskuteres, om tolkens rolle som lægens medhjælp er ønskelig eller eventuelt kan forandres i retning af mere aktiv mediering for og støtte til patienten.

SUMMARY IN ENGLISH

A questionnaire-based health interview survey has shown that half of all patients in Greenland use an interpreter when they consult a doctor and many of these patients experience linguistic problems during their consultation. The aim of the present study was to understand the specific conditions of the bilingual and bicultural consultation in Greenland and to explore possible interrelationships between these conditions. The study was focused on the influence of the interpreter on the structure and content of the consultation and the influence of the context on understanding between doctor and patient.

The study was based on a theoretical understanding of *culture* as the ways in which individuals act; of *individuals* as creative actors, but at the same time acting on the basis of the social and cultural conditions and opportunities they live with; of *language* as culturally conditioned, and of *communication* as a process involving contextual attribution of meaning and understanding. Following this, *interpretation* was defined as mediation of meaning, which further drew attention to the many roles of the interpreter. The communication during the consultation was defined as *intercultural* which implied an understanding of the relation between cultural context and language usage and the consultation was defined as *institutionalised* which implied an understanding of the predictable course and content of the consultation and its asymmetry.

The study was designed according to qualitative data collection and methods of analysis. The data collection was conducted at three hospitals in Greenland and included a series of observations of consultations and subsequent separate interviews with the parties involved: the doctor, the patient and the interpreter. The observations took place through video recordings of consultations. The interviews were audio taped and carried out in Greenlandic or Danish according to the wish of the interviewee. Altogether 88 consultations were recorded and 12 patients, 13 doctors and 8 interpreters were interviewed. Both the audio taped interviews and the video recordings of the corresponding consultations were transcribed and translated into Danish. The analyses were based on this written material.

Three separate analyses of the material were performed: a theme analysis, a communication analysis, and a concluding hermeneutic analysis. The theme analysis included a very open coding of the material and the construction of thematic groups with meaningful headings in order to characterise regularities across the material. Initial theme analyses were conducted after data collection at each of the hospitals. The communication analysis comprised a breakdown of transcripts into sequences in a chart to visualise the dynamics of the discourse and the participation of the speakers. This was compared with the information given by the participants in the interviews about the consultation. Finally, a hermeneutic analysis was conducted in which the results of the previous analy-

ses were coherently interpreted within the framework of the two areas of focus: *the influence of the interpreter on the structure and content of the consultation* and *the influence of the context on understanding between doctor and patient*.

The influence of the interpreter was discussed in relation to the translating and mediating tasks of the interpreters. The position of the interpreter as an employee of the health service implies a loyalty towards the doctors and therefore the interpreters give priority to mediation towards the need of the doctors and actively try to keep the consultation within the predictable course and content of the medical interview. As a result of this, the medical dominance in the communication is increased and the possibilities of the patient to include his own agendas are reduced.

Understanding was discussed in relation to the different linguistic and socio-cultural backgrounds of the doctor and the patient and this was related to differences in the participants' expectations towards the consultation and differences in language usage. Both of these circumstances were further viewed in relation to the structure and content of the medical interview in the institutionalised setting. Also included in the discussion was the significance of the role of the interpreter as the doctor's assistant. The study concluded that the conditions described constrain the patient's active participation in the conversation, which ultimately results in a lack of shared understanding.

The analytical conclusions suggest the need for an increased attention to initiatives that will strengthen the public debate concerning the population's expectations to the health service and the doctor. The functions of the interpreters in the communication will inevitably involve both translation and mediation. A legitimisation of this will help remedy problems caused by the interpretation; the extra need for clarification and problems related to the contact between the doctor and the patient. It must be discussed whether the role of the interpreter as the doctor's assistant, if possible, should be changed in the direction of a role with more active mediation and support to the patient.

LITTERATURLISTE

Adam B. Time and social theory. Oxford: Polity Press, 1990.

Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. Evaluating the medical care system - effectiveness, efficiency, and equity. Ann Arbor: Health Administration Press, 1993.

Album D. Nære fremmede - pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano AS, 1996.

Andersen J, Larsen J. Hvad, hvorfor og hvordan - metodologi, erkendelsesinteresser og etik i sociologisk forskning. Dansk Sociologi 1995;6(4):36-56.

Arborelius E. Att dokumentera kommunikation - läkarbesök på video. Spov - studier av den pedagogiska väven 1991;(11):44-51.

Arborelius E, Timpka T. In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship. Medical Teacher 1990;12(2):197-208.

Asplund J. Tid, rum, individ och kollektiv. Stockholm: Liber Förlag, 1983.

Baarts C. Her er vi alle ens - om lighed og forskellighed i kommunikation mellem patienter og behandlere. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet, 1998.

Barry C, Bradley C, Britten N, Stevenson F, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. British Medical Journal 2000;320 (7244):1246-50.

Berger PL, Kellner H. Nytolkning af sociologien. København: Lindhardt og Ringhof, 1989.

Berner B, Callewaert S, Silberbrandt H. Skole, ideologi og samfund. København: Munksgaard, 1977.

Bjerregaard P, Curtis T. Cultural change and mental health in Greenland: the association of childhood conditions, language and urbanization with vulnerability and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. Accepteret til Social Science and Medicine 2001.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. København: DIKE, 1995.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Helbred, livsstil og levevilkår i Grønland. Den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse 1993-1994. Ugeskrift for Læger 1999;161(11):1595-602.

Bjerregaard P, Petersen HC, Lynge I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. København: DIKE, 1997.

Bjerregaard P, Young TK. The Circumpolar Inuit - health of a population in transition. Copenhagen: Munksgaard, 1998.

Boden D. Talk, text and history: conversation analysis and communication theory. I: Crowley D, Mitchell D, eds. Communication theory today. Cambridge: Polity Press, 1994:140-169.

Bourdieu P. Outline of a theory of practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

Bourdieu P. In other words. Essays towards a reflexive sociology. Cambridge: Polity Press, 1990.

Bourdieu P. De tre former for teoretisk viden. I: Callewaert S, Munk M, Petersen KA, red. Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. København: Akademisk Forlag, 1994:72-108.

Bourdieu P, Wacquant LJD. An invitation to reflexive sociology. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.

Bourdieu P, Passeron JC. Reproduction in education, society and culture. London: Sage, 1977.

Britten N, Stevenson F, Barry C, Barber N, Bradley C. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. British Medical Journal 2000;320(7244):484-488.

Byrne PS, Long B. Doctors talking to patients. Exeter: H.M.S.O., 1976.

Callewaert S. Kultur, pædagogik og videnskab. København: Akademisk Forlag, 1992.

Canger T. Sammenligning af to transskriptioner. København: Afdeling for Grønlandsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, 2000.

Christensen B. Virkelighedens tale. Dansk Sociologi 1995;6(4):6-36.

Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland - befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. København: DIKE, 1996.

Cline R, McKenzie N. The many cultures of health care: difference, dominance, and distance in physician-patient communication. I: Jackson L, Duffy B, eds. Health communication research. A guide to developments and directions. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1998:57-74.

Curtis T. Mens vi venter på sundheden - muligheder for forbedring af bygdesundhedsbetjeningen i Grønland. København: Institut for Kultursociologi (magisterkonferens), Københavns Universitet 1993.

Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. København: DIKE, 1997.

Curtis T, Palludan C. Ikamiut - en lille bygd i menneskenes land. København: Institut for Kultursociologi, Københavns Universitet, 1992.

Curtis T, Pars T, Bjerregaard P. Kalaalimernit - cultural and social aspects of the traditional Greenlandic diet. Under udarbejdelse 2001.

den Haring, MJ. Psycho-social dynamics of service encounters: exploring quality in face-to-face communication. Roskilde: (ph.d. afhandling) Roskilde University, 1997.

Dimitrova BE. När två samtalar genom en tredje - interaktion och icke-verbal kommunikation i medicinska möten med tolk. Stockholm: Centre for Research on Bilingualism, Stockholm University, 1991.

Drew P, Heritage J. Talk at work: interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Dyhr L. Det almene i det anderledes. København: Central Forskningsenhed for Almen Praksis, Københavns Universitet, 1996.

Elsass P. Sundhedspsykologi. København: Nordisk Forlag, 1992.

Elsass P, Christensen HP, Falhof J, Hvolby A. Grønlændere på hospital og Grønlænderes sygdoms- og sundhedsopfattelse. Ugeskrift for Læger 1994;156(12):1794-1804.

Elverdam B. Fra tradition til institution. Århus: Århus Universitetsforlag, 1991.

Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1997;(18):48-52.

Finkler K. Physicians at work, patients in pain. Boulder: Westview Press, 1991.

Fisher S. Doctor talk/patient talk: how treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. I: Todd AD, Fisher S, eds. The social organization of doctor-patient communication. Second edition. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1993:161-182.

Fisher S, Todd AD. Communication and social context - toward broader definitions. I: Todd AD, Fisher S, eds. The social organization of doctor-patient communication. Second edition. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1993:1-16.

Fiske J. Introduction to communication studies. Second ed. London: Routledge, 1990.

Flyvbjerg B. Rationalitet og magt. København: Akademisk Forlag, 1992.

Fortescue M. West Greenlandic. Revised version. London: Groom Helm, 1997.

Frankel RM. From sentence to sequence: understanding the medical encounter through microinteractional analysis. Discourse Process 1984;7:135-70.

Frankel RM. The laying on of hands: aspects of the organization of gaze, touch, and talk in medical encounter. I: Todd AD, Fisher S, eds. The social organization of doctor-patient communication. Second edition. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1993:71-106.

Galal LP, Galal E. Goddag mand økseskaft - samtale gennem tolk. København: Mellemløkeligt samvirke, 1999.

Giddens A. The constitution of society. Cambridge: Polity Press, 1984.

Giddens A. Social theory and modern sociology. Cambridge: Polity Press, 1987.

Goffman E. Anstalt og menneske. København: Paludan, 1967.

Gregersen C. Selvmord i Grønland. Psykolog Nyt 1998;12:14-20.

Grønlands Statistik. Grønlands befolkning 1. januar 2000. Nuuk: Grønlands Statistik, 2000.

Gumperz JJ. Discourse strategies. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

Gumperz JJ, Cook-Gumperz J. Introduction: language and the communication of social identity. I: Gumperz JJ, ed. Language and social identity. Cambridge: Cambridge University Press, 1982:1-21.

Gumperz JJ, Jupp TC, Roberts C. Crosstalk - a study of cross-cultural communication. Background material and notes to accompany the BBC film. Southall: National Centre for Industrial Language Training, 1979.

Gumperz JJ, Levison SC. Rethinking linguistic relativity. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

Hamerik N. Vejledning og retningslinjer for grunduddannelsen til social og medicinsk tolk. København: Handelshøjskolen i København, 1989.

Hantho A, Hermann J, Jensen L. Samtale hos lægen. København: Københavns Universitet, 1995.

Harrison B, Bhatt A, Carey J, Ebden P. The language of the bilingual medical consultation. *British Studies in Applied Linguistics* 1988;3:67-73.

Hastrup K. Kultur som analytisk begreb. I: Hauge H, Horstbøll H, red. Kulturbegrebets kulturhistorie. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 1988:120-139.

Heath C. Body movement and speech in medical interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

Hermann J. Nogle forståelser i samtalen hos lægen. *Tidsskrift for Sprogpsykologi* 1996;1:47-61.

Holm N, Sørensen T. Forstår jeg dig rigtigt. København: Dansk Flygtningehjælp og British Refugee Council, 1993.

Holm S, Schmidt L. Analyse baseret på "Grounded Theory". I: Lunde IM, Ramhøj P, red. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder. København: Akademisk Forlag, 1995:222-235.

Holstein B. Triangulering - metoderedskab og validitetsinstrument. I: Lunde IM, Ramhøj P, red. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder. København: Akademisk Forlag, 1995:329-338.

Jensen I. Interkulturel kommunikation i komplekse samfund. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, 1998.

Jensen I, Løngreen H. En oversigt over interkulturel kommunikationsforskning. I: Jensen I, Løngreen H, red. Kultur og kommunikation - interkulturel kommunikation i teori og praksis. København: Samfundslitteratur, 1995:13-52.

Jensen JF. Det dobbelte kulturbegreb - den dobbelte bevidsthed. I: Hauge H, Horstbøll H, red. Kulturbegrebets kulturhistorie. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 1988:155-189.

Jørgensen PS. Om kvalitative analyser - og deres gyldighed. Nordisk Psykologi 1989;41(1):25-41.

Jørgensen PS. Generalisering i kvalitativ forskning. I: Lunde IM, Ramhøj P, red. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder. København: Akademisk Forlag, 1995:315-328.

Kalleberg R. Kvalitative metoder i sosiologisk forskning. I: Holter H, Kalleberg R, red. Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget, 1982:19-35.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Medical Care 1989;27(3),Supplement:S110-S127.

Kaspersen LB. Anthony Giddens og strukturations teorien: en løsning på sociologiens dualisme? Dansk Sociologi 1991;2(2):51-69.

Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation. Culture, Medicine and Psychiatry 1991;15(3):275-301.

Knapp-Potthoff A, Knapp K. The man (or woman) in the middle: discursal aspects of non-professional interpreting. I: Knapp K, Enninger W, Knapp-Potthoff A, eds. Analyzing intercultural communication. Berlin: Mouton de Gruyter, 1987:181-211.

Knudsen VZ. Det relationelle forhold mellem patient og professionel. I: Elsass P, Olesen F, Henriksen S, red. Kommunikation og forståelse. Århus: Forlaget Philosophia, 1997:119-141.

Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. Scientific American 1972;227:66-74.

Kvale S. Interview. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.

Larsen JH, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1994;72:319-330.

Larsen JH, Risør O. Nogle redskaber til at bedre samtalen i konsultationen. København: Københavns Universitet, 1995.

- Larsen JH, Risør O. Om at arbejde unødigt meget i konsultationen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 1996;74:493-504.
- Lassen LC. Compliance i almen praksis. København: Institut for Almen Praksis, Københavns Universitet, 1989.
- Lindlof T. Qualitative communication research methods. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1995.
- Linell P. Samtalet mellan experten och lekmanen. *Spov - studier av den pedagogiska väven* 1991;(11):26-31.
- Lings KK, red. Dynamisk tolkning. Herning: Special-pædagogisk Forlag, 1988.
- Luckmann J. Transcultural communication in health care. Albany: Delmar Thomson Learning, 2000.
- Lund AB, Lunde IM, Meillier L. Research symposium on communication within the health care sector. Proceedings from the seminar. Århus: The Danish Research Councils, 1994.
- Lunde IM. Patienters egenvurdering - et medicinsk perspektivskift. København: Særtryk af *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, 1992.
- Lynge I. Psykiske lidelser i det grønlandske samfund. Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Århus Universitet og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 2000.
- Mabeck CE, Olesen F. Metaforer, kommunikation og sygdomsforståelse. I: Elsass P, Olesen F, Henriksen S, red. *Kommunikation og forståelse*. Århus: Forlaget Philosophia, 1997:87-106.
- Madsen L. Magtfri kommunikation eller symbolsk vold. Kommunikationens grænser under sociale magtforhold i sundhedsvæsenet. I: Petersen KA, red. *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 1995:173-186.
- Malterud K. Illness and disease in female patients. II. A study of consultation techniques designed to improve the exploration of illness in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1987;5(4):211-216.
- Maunsbach M, Lunde IM. Udvælgelse i kvalitativ forskning. I: Lunde IM, Ramhøj, red. *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. København: Akademisk Forlag, 1995:142-153.

Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis*. Second ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

Mishler E. *The discourse of medicine*. New Jersey: Ablex Publishing Corp., 1984.

Mishler E, Clark JA, Ingelfinger J, Simon MP. The language of attentive patient care. *Journal of General Internal Medicine* 1989;4(4):325-335.

Munk M. På vej ud af dikotomierne. I: Callewaert S, Munk M, Petersen KA, red. Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. København: Akademisk Forlag, 1994:49-52.

Narup A. Brev til lægen, eller lægen gennem patientens øjne. I: Karlsen KO, Permin H, red. Den vide hvide verden. København: Lægeforeningens forlag, 1998:139-143.

Nielsen HL. Omgangsformer, samtale og magt i interkulturel kommunikation. I: Jensen I, Løngreen H, red. Kultur og kommunikation. Interkulturel kommunikation i teori og praksis. København: Samfundslitteratur, 1995:135-146.

Nooter G. Traditionelt lederskab og grønlandsk selvforvaltning. *Tidsskriftet Grønland* 1978;26:249-62.

O'Neil JD, Kaufert JM, Koolage WW. A study of medical interpreters and health communication in Inuit communities. Final report. Winnipeg: University of Manitoba, 1990.

O'Neil JD, Koolage WW, Kaufert JM. Health communication problems in Canadian Inuit communities. *Arctic Medical Research* 1988;47(suppl.1):374-378.

Ong L, Haes Jd, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine* 1995;40(7):903-918.

Otto L. Et robust helbred eller et lykkeligt liv. I: Jensen UL, Andersen PF, red. Sundhedsbegreber filosofi og praksis. Århus: Philosophia, 1994:75-94.

Parsons T. *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe, 1964.

Pendleton D. Doctor-patient communication: a review. I: Pendleton D, Hasler J, eds. *Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983:5-53.

Petersen KA. At udforske medicinske praktikker. I: Petersen KA, red. *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 1995:14-28.

Poulsen J. Kultur og betydning - kommunikation som kulturel og social praksis. København: Samfundslitteratur, 1999.

Rischel J. The making of modern Greenlandic dictionaries. I: Jacobsen B, Andreasen C, Rygaard J, eds. Cultural and social research in Greenland 95/96. Nuuk: Ilisimatusarfik/Atuakkiorfik, 1996:217-227.

Roepstorff A. Den symbolske betydning af kalaalimernit. I: Kalaalimernit. INUSSUK - Arktisk Forskningsjournal 1, 1997. Nuuk: Direktoratet for Sundhed og Forskning & DIKE, 1997:97-105.

Scheuer J. En kritisk oversigt over diskursanalyser af interview. Danske Folkemål 1998;40:3-23.

Scollon R, Scollon SW. Intercultural communication. A discourse approach. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers Inc, 1995.

Scollon R, Scollon S. Interethnic communication. Fairbanks: University of Alaska Fairbanks, 1980.

Shuy RW. Three types of interference to an effective exchange of information in the medical interview. I: Todd AD, Fisher S, eds. The social organization of doctor-patient communication. Second edition. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1993:17-30.

Silverman D. Interpreting qualitative data - methods for analysing talk, text and interaction. London: Sage, 1993.

Smaje C. Health, race and ethnicity. Making sense of the evidence. London: King's Fund Institute, 1995.

Solomon MR, Surprenant C, Czepiel JA, Gutman EG. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. Journal of Marketing 1985;49(winter)99-111.

Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal 1995;152(9):1423-1433.

Sørensen TB. Talehandlinger. Interview- og samtaleanalyse 3. Århus: Forlaget Gestus, 1989.

Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Second ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

Strawbridge S. Roles and relationships. I: Walmsley J, Reynolds J, Shakespeare P, Woolfe R, eds. Health, welfare and practice. Thousand Oaks: Sage, 1993:172-179.

Styringsgruppen for initiativområdet 'Dansk talesprog i dets variationer'. Dansk Standard for udskrifter og registrering af talesprog. Danmark: Statens Humanistiske Forskningsråd, 1992.

Talbot M. Language and gender. Cambridge: Polity Press, 1998.

Taylor SJ, Bogdan R. Introduction to qualitative research methods: the search for meanings. New York: Wiley, 1984.

Thompson TL. The patient/health professional relationship. I: Jackson L, Duffy B, eds. Health communication research. A guide to developments and directions. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1998:37-55.

Todd AD. A diagnosis of doctor-patient discourse in the prescription of contraception. I: Todd AD, Fisher S, eds. The social organization of doctor-patient communication. Second edition. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1993:183-212.

Tyler S. Post-modern ethnography: from document of the occult to occult document. I: Clifford J, Marcus GE, eds. Writing culture. The poetics and politics of ethnography. London: University California Press, 1986:122-140.

van Dijk TA. Discourse and cognition in Society. I: Crowley D, Mitchell D, eds. Communication theory today. Cambridge: Polity Press, 1994:107-126.

Vera M. Health care of Latino women. Sociocultural factors. Journal of the Florida Medical Association 1996;83(7):494-7.

Wackerhausen S. Kommunikation, forståelse og handling. Et filosofisk perspektiv. I: Elsass P, Olesen F, Henriksen S, red. Kommunikation og forståelse. Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren. Århus: Forlaget Philosophia, 1997.

Wadensjö C. Interpretation as interaction. Linköping: Linköping University, 1992.

Werner O, Campbell DT. Translating, working through interpreters and the problem of decentering. I: Naroll R, Cohen R, eds. A handbook of method in cultural anthropology. New York: Columbia University Press, 1973:398-420.

West C, Frankel RM. Miscommunication in medicine. I: Coupland N, Giles H, Wiemann JM, eds. Miscommunication and problematic talk. California: Sage Publications, 1991:166-194.

Windahl S, Signitzer BH, Olson JT. Using communication theory. London: Sage, 1992.

Wynn R. The linguistics of doctor-patient communication. Oslo: Novus Press, 1995.

Yin RK. Case study research. Design and methods. Second ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

Bilag 1: Registreringsskema for videooptagelser

Udsnit af registreringsskema fra Ilulissat-dataindsamling

Dato	Klokken	Opt	Pat/læge/tolk	Interview	Bemærkninger
23.4	10:10-10:20	1	P1, L1, T1	-	Kontrol af operation, god tolkning "nu gør vi sådan"
23.4	10:28-10:43	2	P2, L1	p2 + L1	sterilisation, udtalte spørgsmål, kender hinanden?
23.4	10:46-10:54	3	P3, L1	-	Slået knæ ved hundeslæde, akut, tid inkl. us
23.4	11:16-11:21	4	P1, L1, T2	-	forts. fra opt1
23.4	11:24-11:26	5	P3, L1	-	forts. fra opt3
23.4	12:22-11:26	6	P4, L1	-	Dansker, blodtrykskontrol
23.4	13:19-13:21	7	P5, L1	-	p-piller, skrives ud ? Nej, svær patient
23.4	13:39-13:52	8	P6, L1, T1	T1???	Sparket i hovedet, interessant tolkning
23.4	14:03-14:09	9	P7, L1	-	Barn, opkast, forståelse ??
23.4	14:15-14:21	10	P6, L1, T1	-	forts. fra opt8
24.4	9:24-9:42	11	P8, L2, T2	-	Smerter i underlivet, forvirret snak
24.4	10:09-10:16	12	P11, L2	-	Smerter i armen, enkel kons.
24.4	10:19-10:25	13	P12, L2	-	dreng 3 år, skoldkopper, far med
24.4	10:28-10:35	14	P13, L2, T2	-	Pige 2 år, forkølet, mor med
24.4	10:37-10:43	15	P9, L2	-	Dansker, ansat på sygehuset
24.4	11:00-11:0?	16	P10, L2, T2	-	"små"døv + undersøgelse
24.4	11:33-11:38	17	P14, L2, T1	p14,L2, T1	Eksem, mudder om sygedag-penge?, interessant tolk/læge
24.4	11:22-??	18	P10, L2, T2	-	arbejdsplads tjek til sygehus

26.4	12:15-12:25	19	P15, L3	p15 + L3	grønlandsk kons, ord for muskler, om gigt, Sygdomsforståelse??
26.4	12:30-12:39	20	P16, L3		gammel sportsskade
26.4	12:42-12:47	21	P17, L3, T3		gammel, forvirret dame i kørestol
26.4	12:51-13:00	22	P18, L3		far med lille dreng, lunger, lægen småpludrer

Bilag 2: Udvikling af interviewguide og temaanalyse

Temaer for 1. temaanalyse

Ramme - konsultationens indretning, tidspres

Personer - danskere, nye læger, lægernes arbejde

Emne - emnet, sygdomsopfattelser

Handling - inuit (autonomi, "genertid")

Tolkning og tolkens rolle - at være 3, kender hinanden, kan tolken lide sit arbejde

Almene indledende spørgsmål:

Bopæl i byen, uddannelse/opvækst

Sprogkunderskab, vurderet som sundhedsprofilens kategorier

Om parterne kender hinanden fra lokalmiljøet

Hvad var forventningen til konsultationen

Hvad forventer de generelt af hinanden som hhv patient, læge og tolk

Almene afsluttende spørgsmål:

Resume af konsultationen (hvad handlede det her om)

Tanker efter konsultationen

Forståelse i samtalen (føjte du, I forstod hinanden)

Beskrivelse af temaer til 2. dataindsamlingsfase

Patientens forventninger

Patientens forventninger synes at være af stor betydning for konsultationens forløb. Og de "misforståelser", jeg har set, har for manges vedkommende handlet om de forskelle i oplevelse af, hvad konsultationen egentlig skal handle om; altså patienten har en forventning om sygeerklæring, at lægen skal fremskynde et behandlingsforløb eller lignende og dette ikke kommer frem i konsultationen - lægen mener altså, at konsultationen har et andet formål, end det patienten mener, han kommer for. Denne problemstilling er den samme som er påpeget i mange andre undersøgelser, internationalt og i Danmark, jv eksempelvis Jan-Helges om forventning som en vigtig del af forståelsen.

Trekants-kommunikation

Lykkes det for lægen at skabe kontakt med patienten, når der er tolk ved konsultationen? Nogle gange går kontakten patient-tolk og tolk-læge og synes aldrig at komme til at fungere læge-patient. Hvad er det, der får kontakten mellem de to til at fungere, og hvad skaber distance (øjenkontakt; når lægen rykker tættere på patienten - sidder mindst lige så tæt på patienten som lægen og patienten sidder på tolken; kontra lægen kigger hele tiden på computeren og sidder langt fra patienten).

Kropssprog og smalltalk

Har egentlig samme funktion, skaber kontakt mellem læge og patient, når de ikke taler/forstår samme sprog. Sjovt, at de nye læger ikke kan finde ud af at smalltalke, men kun siger ting, som de forventer oversat af tolken; det er de erfarne læger, der pludrer løs uden forventning om oversættelse. Hvad gør det for konsultationen?

Tolk?

Der er flere eksempler på, at der ikke er orden på, hvornår en patient skal have tolk og hvornår ikke. Ville det ikke være en ide, konsekvent at indføre Asii Narups spørgsmål "hvilket sprog ønsker du at tale hos lægen" allerede ved skranken og så påføre dette til journalen, så lægen kan kalde en tolk samtidig med at han/hun kalder patienten?

Forventninger til tolkning

Nogle læger synes tolken skal oversætte alt; det er jo faktisk deres opgave, hævdes det med stor overbevisning; mens andre med lige så stor overbevisning mener, at tolkene skal formidle/fortolke det, der siges, så forståelsen fungerer bedst muligt. Også tolkens rolle ift at hjælpe lægen, hvis der er noget konkret eks. om sygehuset de ikke ved - eller om tolken snarere er til i konsultationen for at hjælpe patienten med yderligere forklaringer af lægens ord. Flere læger siger ukritisk, at de oplever tolkene som meget loyale - og det ligger så underforstået, at de mener loyale mod lægerne.

Det generelle/det specifikke

Forholdet mellem det generelle i kommunikationen (det der også gælder i Danmark), det der har med de to kulturer at gøre og det, der har med tolken at gøre. Lægerne mener, at det generelle er alt afgørende, at det med tolken fylder noget, mens det med de kulturer kun spiller en lille rolle for konsultationen. Hvad synes patienten og tolken?

Analysetemaer til 3. dataindsamling

Handlingen

3-kants samtale

Emnet

Beskrivelse af smerte

Tidsopfattelse

Forståelse?

Ramme

Fysiske rammer - computeren ift opmærksomhed

Forholdet mellem det almene og specifikke (2 sprog/kulturer)

Tilkaldelse af tolk

Relationer mellem personerne - forventninger

Forskel på grønlandske og danske patienter

Undersøgelse vs. forklaring

Mistillid til tolken

Patient

Årsag til henvendelse (action fra lægen)

Afventende/passiv rolle

Lægen

Forskel på nye/erfarne

Praksis + sygehuslæge

Tolk

Procedurer for tilkaldelse af tolk

Loyalitet - overfor hvem?

Som sundhedsvæsens person

Som samfunds-/kulturformidler

Passiv rolle

Oversætte/tolke

Beskrivelse af interesse omkring tolk og tolkning til 3. dataindsamling

Loyalitet - overfor hvem?

Tolkene opfatter deres rolle udelukkede som et spørgsmål om loyalitet overfor lægen, at gøre sit arbejde som lægen vil have det. Og lægerne er enige i, at sådan skal det være. Hvorfor er tolkene ikke patientens "mand"?

Som samfunds-/kulturformidler

Særlig når lægen er uerfaren træder tolken til og hjælper med sit kendskab til samfundet; forklarer om arbejdspladser, sociallovgivning osv. Hvorfor ser vi ikke tolken som kulturformidler, den der går ind og siger "jeg tror, patienten mener...." Mon ikke det hænger sammen med spørgsmålet om loyalitet?

Som sundhedsvæsenets person

Tolkene opfattes som en del af sundhedsvæsenets personale; med tiden opnår de kendskab til en række procedurer omkring undersøgelse og behandling, hvilket bevirker, at de i konsultationer vil spørge selvstændigt til forhold, som de mener, lægen alligevel ville spørge om. Det betyder måske også, at de får en egen, til tider noget speciel, opfattelse af sundhed og sygdom, da de kun har set procedurer og ikke kender de bagvedliggende forklaringer (?). Endelig betyder deres viden om sygehuset, procedurer, medicinbeholdning osv. at de kan hjælpe nye læger med denne viden.

Passiv rolle

Tolkene går ikke ind og afbryder lægen, hvis denne taler for længe eller uforståeligt for tolken - og er ofte kun interesseret i at oversætte rigtigt og ikke særlig interesseret i, om parterne nu faktisk forstår hinanden er det her rigtigt?

Oversætte/tolke

Alle parter er usikre på, om det faktisk er tolkens opgave at oversætte "blindt" eller at deltage i samtale, fungere aktivt, som formidler af kultur, samfund og sundhedsvæsen osv.

Hvem nævner lægerne som "gode" tolke, specifikt?

Kan man mon ikke få dem (i hvert fald læger og tolke) til at snakke sammen om disse to muligheder?

Interviewguide til tolke, 3. dataindsamlingsfase

Analysetema - tolke	Eksempler på spørgsmål - tolke
Procedurer for tilkaldelse af tolk	Hvordan blev du tilkaldt til konsultationen?
Tolkning	<p>Er der noget specielt, du kan huske fra konsultationen i dag?</p> <p>Hvad synes du gik godt under konsultationen i dag? Hvad synes du gik mindre godt?</p> <p>Var der noget, du ikke fik oversat, hvorfor ikke?</p> <p>Var der noget tidspunkt i konsultationen, hvor du ikke kunne forstå hvad patienten eller lægen mente med det, de sagde?</p> <p>Synes du, patienten og lægen havde nok tid til hinanden i dag?</p>
Loyalitet / tolkens rolle	<p>Hvad kommer patienten for?</p> <p>Hvornår sagde du første gang noget om, hvad patienten kom for?</p> <p>Tror du, patienten forstod alt, hvad du sagde?</p> <p>Hvem styrer konsultationen? Hvem synes du, skal styre den?</p> <p>Hvilke forventninger har du til lægen?</p> <p>Er der nogen læger, der er bedre at tolke for end andre?</p> <p>Hvilke forventninger har du til patienten? (om de kender hinanden)</p> <p>Hvad er en tolks og hvad er en oversætters arbejde?</p> <p>Hvad er forskellen mellem de to?</p> <p>Hvad er dit ansvar som tolk?</p>
3-kants-samtale	<p>Hvad betyder det, at I er tre i konsultationen? (specifikke situationer)</p> <p>Hvad tror du patienten synes om, at I er tre under konsultationen?</p> <p>(rammer - bordopstilling)</p>
Det almene/det specifikke	<p>At der er to sprog og to kulturer, hvordan føler du, det påvirker konsultationen? (specifikke situationer)</p>
Særlige emner	<p>Er der nogle konsultationer, du hellere vil tolke end andre?</p> <p>Hvilke konsultationer er nemme og hvilke er svære? (tid og følsomme emner)</p>

Bilag 3: Selektion af optagelser til interview

Baggrund for udvælgelse til interview (Optagelse Ilu 17: Case 2).

Patienten er en yngre, grønlandsk mand der kommer, fordi han har noget eksem på hånden. Lægen kigger på det og spørger, om ikke patienten i forvejen har noget creme til at spørge på. Patienten siger, at han har noget, men at det ikke virker. Bruger du det? spørger lægen, Suu, siger patienten hurtigt. Lægen giver ham noget nyt creme, der også vil tage den betændelse, der er kommet i eksemen. Patienten spørger til, om han må gå på arbejde, om det kan være farligt. Lægen siger, at han nok skal blive hjemme ugen ud.

Der er noget mudder omkring, hvorvidt patienten er tilfreds med at skulle blive hjemme - får han sygedagpenge, kan lægens ord regnes for en egentlige sygeerklæring - lægen siger efterfølgende til journalen (også optaget), at manden er sygemeldt, hvad betyder det? Konsultationen er udvalgt til interview blandt andet for at få klarhed over dette - er der tale om en ny dansk læge, der ikke kender det grønlandske system omkring sygemelding?

Konsultationen er også udvalgt, fordi der er et ret specielt samarbejde mellem tolk og læge. Afslutningen på konsultationen indeholder en 3-delt beskrivelse af det videre forløb. Det vil være interessant at høre, om lægen og tolken er bevidste om denne opdeling af beskederne. I det hele taget synes der i denne konsultation at være et samarbejde mellem tolk og læge, gensidig tillid; tolken viser det ved at genoversætte sin egen uddybning af lægens anvisninger (ugen ud = altså i dag, torsdag og fredag) for at sikre sig, at det var det lægen mente; og lægen spørger tolken til råds, da han er i tvivl om, hvilken slags creme, der findes på sygehuset.

Videostop (opt. Ilu 17)

1. 00:01:08 L: kigger i papirerne
der er stilhed, lige efter indledningen - hvorfor siger de ikke noget
2. 00:02:20 T: han arbejder nede på fabrikken, er det noget der
patientens spørgsmål om hvorvidt han kan arbejde, hvad er problemet, hvad er han bekymret for - hvad synes lægen om patientens spørgsmål
3. 00:03:04 L: har smurt med det i et par dage, så må du gerne starte igen
er patienten tilfreds med sygemeldingen - hvorfor siger lægen det, som han gør, som en sygemelding
4. 00:03:11 T: og det vil altså sige i morgen og fredag
hvor mange dage er der tale om, misforstår tolken eller patienten.
tolkens genoversættelse af sin egen uddybning af lægens anvisninger, hvorfor gør han sådan.
5. 00:03:30 L: aha, nå det er det
lægen, der spørger tolken til råds angående creme typer på sygehuset, hvad tænker patienten om, at de to andre snakker sammen på dansk
6. 00:04:04 T: og så kan du formentlig holde op
3-delning af de afsluttende anvisninger på det videre forløb til patienten

Tanker efter interview med lægen (case 2 - opt Ilu 17)

Lægen har været i Grønland i 14 dage. Han synes, det går fint med at bruge tolk, især en af tolkene synes han er god. I starten var det sværere, han havde slet ikke tænkt på sprogforskelle (eller kulturforskelle?) hjemmefra. Der var så meget han tænkte på, men ikke det. Han mener nok, at patienten i denne konsultation forstod, hvad han sagde, hvorfor tolkningen mest var nødvendig den anden vej. Lægen synes det er generende - et problem - at patienter og tolke ikke er opdraget til, at det er lægen og patienten, der skal kigge på hinanden under konsultationen - og ikke patienten og tolken, som det ofte er tilfældet.

Lægen mener, at anamnesen er grundlaget for diagnosen i almen medicin. Og han gør sig umage og prøver øjensynligt at gøre som han er blevet belært på kommunikationskursus. Her har han før set sig selv på video.

Noter om videostop kommentarer:

1. lægen opfatter konsultationen som enkel, det er et enkelt problem, manden kommer med; han skal bare have noget creme - måske synes lægen, at det er lidt "lidt" at komme på sygehuset med, men det siger han ikke direkte.
2. lægen mener, at det er kvikt af p at spørge om det med arbejdet - han føler, at det er den slags han selv bør huske at spørge om.
3. Han opfattede det ikke sådan, at patienten ønskede en "rigtig" sygeerklæring, og føler patienten var tilfreds med udfaldet i relation til sygemelding 2-3 dage.
4. Han ser ikke noget specielt i situationen, hvor tolken tilbageoversætter "det var jo, hvad han sagde". lægen nævner ikke noget med, at "det var godt, tolken lige tjekkede" el.lign.
5. Igen ser lægen ikke noget usædvanligt i sin "omgang" med tolken. Han forklarer, hvordan han som ny læge ikke kan være klar over, hvilken medicin, der er på sygehuset. Men "tolken er kvik, han lægger mærke til den slags", så at spørge ham virker ganske naturligt.
5. Siger ikke selv noget om 3-delingen, men adspurgt mener lægen, at han ville have gjort det samme hvis patienten havde været dansk (-sproget). I så fald ville pauserne, hvor ingen sagde noget, fungere som "hjerne-lagrings"- pauser. Det er altså ikke en speciel opmærksomhed mod tolkningen, der er bestemmende for pauserne.

Bilag 4: Transskriptionsmetoden

Fuld transskription af konsultation, dansk version (case 14)

Læge = L, Tolk = T, Patient = P

(uf) = fuldstændig uforståeligt

? mangler noget, usikkerhed

L: (uf) hm [kommer ind og giver hånd og henviser til nærmeste stol] ja goddag sid herhen engang [patienten sætter sig nærmere] nå P hvordan går det

T: han spørger om hvordan du har det

P: jeg har det bedre det er også fordi jeg

T: har det meget bedre

L: ja

P: kommer bedre af af med mit slim [?jeg har det?] bedre

T: heeh kommer meget slim op også

L: ja ikke noget med feber nu [kigger i journalen]

T: har du ikke mere feber

P: nej

T: ingen feber [går over på modsatte side og sætter sig]

L: nej nej nej det lyder også bedre i vejrtrækningen nu kan jeg høre [tager stetoskopet]

T: han siger også at han kan høre at du har en meget bedre vejrtrækning

P: ja det bliver bed bedre

L: ja må jeg høre på ryggen [kigger i journalen igen] hm hvad med opspyt er meget opspyt stadig [forbereder stetoskopet] P

P: ja [begynder at trække trøjen af]

T: er du stadig i gang med at komme af med det ?slim [er der stadig opspyt]

P: ja [trækker selerne ned og løfter sin skjorte op og rejser sig]

T: ja

L: [rejser sig og går hen til patienten og begynder at lytte på ham] ja og trække vejret godt så'n huuh

T: du skal trække vejret dybt

L: prøv og host engang P

T: han siger du lige skal hoste lidt

P: [hoster og trækker vejret hørligt]

L: ja- P og så trække vejret

T: og så trække vejret dybt

L: ja det er godt [sætter sig ned igen] det det lyder meget pænere end den dag [patienten trækker sit tøj på plads]

T: kusana [det er det de kalder hinanden] det er meget bedr- P eeh han siger at du er blevet meget bedre

P: [trækker selerne op] ja det er sådan jeg kan mær mærke
at ?jeg blevet? bedre [sætter sig ned og begynder at tage sin trøje på]

T: det kan hun også mærke

L: ja hja har P har du stadig den den suger
derhjemme har du

T: er der stadig denne suger har du en

P: [trækker trøjen på] den bruger jeg ja den er vist ved at være to tom

T: han mener den er
ved at være

P: men jeg

T: tom den er har været meget god effekt

P: har fået det bed bedre af dem [trækker trøjen over hovedet]

L: ja den er
den er tom når den begynder at blive rød der er så'n et lille vindue man kan se hvor det
begynder at blive rød

T: ja
så er det så er det 23 sug tilbage

L: det er rigtigt der er 20 nå

T: eeh 22 23 den dersens røde når
du se eeh når den

P: ja

T: kommer frem her på siden eeh der har sådan en lille vindue

P: ja nå

T: når den så kommer frem er der stadig enten toogtyve eller treogtyve du kan
indhalere den har inden i
[patienten nikker]

L: du har du den med

T: har du den med nej

P: nej

L: nej nej hnej men eh hvis der ikke er så meget tilbage
skal du skal du få en ny med fordi det er meget vigtigt du bruger den ind imellem

T: han siger at hvis den er ved at være tom skal du have en ny igen eeh han siger at det
er vigtigt at den bruges men altså du skal huske når den der røde dukker op fordi der er
meget meget i den der der er vist tohundrede

P: ja [nikker]

T: så først efter den røde er kommet frem er der stadig så mange tyve der skal være i
den
[lægen begynder at rode med papirerne]

P: men altså den røde kommer ikke frem kommer ikke frem jeg gjorde det
ellers i morges

T: altså den skal kom den
skal komme frem når den først er ved at være tom det er først når den er ved at tom
den røde der skal komme frem da du kan indhalere [viser hvordan man indhalerer]
tohundrede gange der er to

P: nå så er det godt nok

T: hundrede hvis det ikke er femhundrede så bruger den sådan og bruger og bruger den så en gang P de der den røde røde her på siden ja den vil komme frem og når den

P: ja den på den lille vindue

T: røde så er kommet frem P har du endnu enten toogtyve eller treogtyve du kan indhalere en af de tal

P: ja

T: der er flere end tyve den skal have i sig endnu P og selvfølgelig altså når den er tom tror jeg der vil dukke noget op på den P altså når den røde [har været der] så når den er tom er der vist noget der [lægen skriver, kigger op og ser på tolken og rømmer sig og skriver videre] kan ses et eller andet men jeg ved det ikke [lægen vender sig mod tolken]

P: men altså de der pil piller dem tror jeg gør mig meget bedre men der er ikke flere ?af dem?

T: heeh han har også brugt noget medicin tabletter og det har været hjulpet meget P han har ikke flere

L: ja

T: af dem

L: det var nogen penicillin tabletter dem skal der heller ikke flere til men men eh til

T: heeh

L: gengæld den suger skal bruges og den kan bruges lidt efter behov P jeg kan sige det som jeg har

T: hm

L: skrevet op en til to sug højst fire gange om dagen

T: han siger at du ikke skal bruge de tabletter mere fordi det er penicillin det er penicillin men den der suger skal du bruger eeh han siger han skriver en

P: nå det er godt nok [nikker]

T: eller to sug fire gange om dagen men altså du skal selv eeh bestemme efter hvordan du har det

P: hm [nikker]

L: hm, ja så du får så'n en med derned med det samme så du har i hvert fald derhjemme og du har

T: han vil så give dig en

L: prøvet at forklare det med hensyn til hvornår den er tom (uf) ja, meget fint ja men det

T: ja ja det har jeg

L: lyder meget bedre [rækker en seddel mod patienten]

P: ja

T: så skal du bare tage den der skal du bare tage [rejser sig og begynder at gå ud]

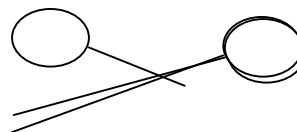
L: ja

P: [rejser sig og begynder at gå ud] tak [ser tilbage mod lægen]

L: ehm godt P farvel hmhm [samler papirer sammen og rejser sig]

Bilag 5: Kommunikationsanalysen

Eksempel på sekvensanalyse (case 14)



Sekv.	Handling	Person	Indhold	Patient	Tolk	Læge
1	1	Læge	Goddag			X
1						
2	1	Læge	Spørgsmål til pat			X
Ltp	2	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	3	Patient	Svar	X		
	4	Tolk	Oversættelse til læge		X	
	5	Læge	Attention			X
3	6	Patient	Oplysning om symptom	X		
Pt	7	Tolk	Oversættelse til læge		X	
4	8	Læge	Spm til patient			X
Ltp	9	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	10	Patient	Svar - 1-ord	X		
	11	Tolk	Oversættelse til læge		X	
5	12	Læge	Inf til patient			X
Ltp	13	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	14	Patient	Recognition	X		
6	15	Læge	Anvisning			X
Lp	16	Patient	svær, 1-ord	X		
7	15	Læge	Spm, som pat 6			X
Ltp	17	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	18	Patient	Svar, 1-ord	X		
	19	Tolk	Oversæt til læge, 1-ord		X	
8	20	Læge	Anvisning			X
Lt(p)	21	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	22	Læge	Anvisning			X
	23	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	24	Pat	Non-verbalt, ift lægen	X		
	25	Læge	Anvisning			X
	26	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	27	Læge	Attention			X
9	27	Læge	Diagnose			X
Ltp	28	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	29	Pat	Recognition	X		

	30	Tolk	Oversættelse til læge		X	
10	31	Læge	Behandling, spm til pat			X
Ltp	32	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	33	Pat	Svar til læge	X		
11	33	Pat	Inf om behandling	X		
Pt	34	Tolk	Oversættelse til læge		X	
12	35	Pat	Inf om behandling	X		
Pt	36	Tolk	Oversættelse til læge		X	
13	37	Læge	Recognition/Svar på 33			X
Lt(p)	38	Tolk	Inf om beh. til læge		X	
	39	Læge	Recog til tolk			X
	40	Tolk	Inf om beh til læge		X	
	39	Læge	Attention til tolk - 1 ord			X
	40	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	41	Patient	Attention - 1 ord	X		
	42	Tolk	Oversæt til pat, fortsat		X	
14	43	Læge	Spm til pat			X
Lt(p)	44	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	45	Patient	Svar, 1-ord	X		
	44	Tolk	Oversæt til læge, 1-ord		X	
	46	Læge	Recognition			X
15	46	Læge	Inf om behandling			X
Lt	47	Tolk	Oversættelse til pat		X	
16	47	Tolk	Inf om beh til pat, jf tidl		X	
Ltp	48	Patient	Attention, 1-ord	X		
	49	Tolk	Fortsat, 47		X	
	50	Patient	Svar	X		
	51	Tolk	Fortsat, 47		X	
	52	Patient	Svar	X		
	53	Tolk	Fortsat, 47		X	
	54	Patient	Recog til tolk	X		
	55	Tolk	Fortsat, 47		X	
	56	Patient	Attention, 1-ord	X		
	57	Tolk	Fortsat, 47		X	
17	58	Patient	Information til læge	X		
Ptl	59	Tolk	Oversættelse til læge		X	
	60	Læge	Attention, 1-ord			X
	61	Tolk	Oversættelse til læge		X	

	62	Læge	Svar til pat			X
	63	Tolk	Attention, 1-ord		X	
18	64	Læge	Information til patienten			X
Lt(p)	65	Tolk	Attention, 1-ord		X	
	66	Læge	Fortsat, 64			X
	67	Tolk	Oversættelse til pat		X	
	68	Patient	Recognition	X		
	69	Tolk	Oversæt til pat, fortsat		X	
	70	Patient	Attention, 1-ord	X		
19	71	Læge	Inf til pat			X
Lt	72	Tolk	Oversættelse til pat		X	
20	73	Læge	Spm til tolk (om sek.14)			X
Lt	74	Tolk	Svar til læge		X	
21	75	Læge	Inf til pat			X
L(p)	76	Patient	Attention, 1-ord	X		
22	77	Tolk	Inf til pat		X	
Tl	78	Læge	Attention, 1-ord			X
23	79	Patient	Farvel	X		
Pl	80	Læge	Farvel			X

Optællingsskemaer fra kommunikationsanalyse

Antal sekvenser pr. case opgjort efter hvem, der starter sekvenser

Sekvens startes af	Case 2	Case 4	Case 5	Case 9	Case 10	Case 11	Case 13	Case 14	I alt
lægen	15	25	22	24	9	14	13	16	138
Patienten	3	7	8	1	1	9	9	5	43
Tolken		2	5	3	1	1	6	2	20
I alt	18	34	35	28	11	24	28	23	201

Tolkens talehandlinger opgjort efter handlingens art

Tolkens arbejde	Case 2	Case 4	Case 5	Case 9	Case 10	Case 11	Case 13	Case 14	I alt
Oversæt til lægen	8	11	11	7	4	7	5	10	63
Oversæt til patienten	11	31	27	25	19	23	13	16	165
Uddybning af spm til patienten	2	4	6	3	2	10	6		33
Uddybning af svar/info til pat	1	3	1	2		6	5	7	36
Spm til læge	1		1		4	4	2	1	13
Svar/info til læge	4	2	2	1		1	1	2	18
I alt	27	51	48	38	29	51	32	36	328

Forløbsbeskrivelse for cases til kommunikationsanalyse

Case 2:

Patienten er en yngre mand, der ikke taler dansk. Han kommer til lægen, fordi han har et sår på hånden. Lægen stiller spørgsmål om patientens problem (1), patienten svarer og giver yderligere oplysninger (2), tolken stiller på eget initiativ spørgsmål (3), lægens spørger yderligere (4-6). Derefter følger flere sekvenser om behandling (7-12), hvorefter patienten spørger om sin bekymring angående hvorvidt han kan arbejde, når han har såret (13). Lægen forstår ikke rigtig spørgsmålet men bliver af tolken oplyst om arbejdets karakter (14), hvorefter lægen umiddelbart begynder at tale om sygemeldingens længde og der opstår nogle problemer omkring tidsfastsættelse, hvor tolken aktivt medierer (15-16). Lægen spørger tolken om medicin (17) og giver besked herom til patienten (18).

Case 4:

Patienten er en mand fra 1963, som forstår noget dansk. Han har ondt i ørerne og nævner senere i konsultationen desuden problemer på grund af en hævet finger. Patienten beskriver sit problem (2), lægen spørger uddybende og patienten svarer (3-6), patienten bringer yderligere oplysninger på bane og lægen viser attention (7) og stiller yderligere spørgsmål i forlængelse af patientens oplysninger (8-12). Der opstår lidt rod, fordi tolken gentager en oversættelse fra patienten til lægen, og fordi lægen i stedet for at tilkendegive at han har hørt tolken går videre med et nyt spørgsmål (13-16), lægen giver information om diagnose og behandling (17-22), patienten beskriver nyt problem og lægen stiller forståelsesspørgsmål (23), patienten fortæller yderligere om problemet, hvilket der igen ikke responderes på (24, 26 og 30). Lægen stiller spørgsmål og giver information om diagnose og behandling (27-32), hvorefter tolken uopfordret giver yderligere instrukser til patienten vedrørende medicin (33).

Case 5:

Patienten er en mand født i 1945. Forstår ikke dansk og er opvokset i bygd. Patienten har problemer med sin skulder og ondt i øret. Patienten og lægen sidder uden tolk i konsultationen, patienten beskriver sit problem på grønlandsk (2), lægen opdager at de må have tolk og sender bud efter én (3) mens patienten fortsætter med at snakke grønlandsk (4). Da tolken kommer, gentager patienten sin sygehistorie og tolken informerer lægen (6-7), lægen spørger uddybende (8), men patienten bringer yderligere oplysninger på banen i stedet for at svare (brevet i lommen) og får hverken respons fra tolk eller læge (9), i stedet gentager tolken spørgsmålet til patienten og denne svarer (10). Patienten forsøger igen at komme med sin oplysning, men der kommer ikke respons (11), lægen er fokuseret på oplysningerne om forløbet i journalen (computeren) og går videre med sin opremsning af forløbet til patienten og ja/nej-spørgsmål til patienten (12-16). Lægen er i tvivl om, hvad patienten kommer for og spørger derfor hertil (17), men fordi lægen stiller dobbeltspørgsmål og tolken kun oversætter det ene, får patienten ikke mulighed for at svare på lægens tvivl. I stedet fortsættes med lægens andet spørgsmål og patienten svarer ja/nej (17-22). Så forsøger patienten igen at komme på banen med oplysninger (23) men igen reagerer lægen ikke, men fortsætter i egen tankebane omkring forløb og mulig diagnose og medicinering (24-29). Der afsluttes med tak og værsgo og farvel (30-35) og patienten siger lidt som opsamling på konsultationen, hvilket dog ikke oversættes af tolken (32).

Case 9:

Patienten er en ældre kvinde, der kommer fordi hun er forkølet. Lægen stiller et godt indledende spørgsmål (1) og patienten svarer kort (3), derefter følger en lang række af korte spørgsmål-svar sekvenser (2-6) med enkelte uddybende spørgsmål fra lægen til patienten (7-13). Derefter foretages undersøgelse, lægen spørger yderligere (14-15 + 17-18) og også tolken bidrager med spørgsmål på eget initiativ men i forlængelse af lægens (16). Lægen informerer om fund af første undersøgelse (19) og foretager endnu en undersøgelse (20), der igen efterfølges af information om fund (21). Derefter følger information fra læge til patient om diagnose og behandling (22-25) og tolken gentager lægens budskab for at sikre forståelse (25). De er alle opmærksomme på at tilkendegive attention. Lægens talehandlinger er for lange, og tolken har svært ved at oversætte alle delemner (7+9+13+20+25). Patienten siger meget lidt og er aldrig rigtig på banen - og forsøger det heller ikke. Oversættelsen er præget af, at både læge og patient forstår hinandens sprog delvis, der "mangler" en masse oversættelser.

Case 10:

En mor er blevet indkaldt til kontrol med sit lille barn, fordi der ved et tidligere lægebesøg tilfældigt er opstået mistanke om problemer. Lægen fortæller om årsagen til kontrolbesøget og stiller spørgsmål om barnets velbefindende (2-4). Læger spørger, om barnet har været undersøgt ved de almindelige børneundersøgelser, men tolken kan ikke forstå spørgsmålet og der følger en del forståelsesspørgsmål og uddybninger (5). Lægen informerer om diagnose, men igen har tolken problemer med forståelsen (7) og med oversættelse af den lange forklaring til patienten (8). Patienten spørger bekymret til det videre forløb, men får kun et kort og dårligt svar (10), hvilket skyldes tolkens utilstrækkelighed med oversættelse og lægens mangel på opmærksomhed samt alt for lange forklaringer uden at give tid til tolkning. Lægen åbner til sidst op for spørgsmål fra patienten, men denne kan/vil/formår ikke at stille yderligere spørgsmål i situationen (11).

Case 11:

En ældre kvinde kommer til blodtryksskontrol og snak om medicin. Lægen spørger om formål og giver information herom til patienten (1-2). Patienten og tolken har en diskussion om tidsbestilling (3). Lægen spørger ikke, hvad de snakker om men påbegynder uanfægtet sin undersøgelse (4) og stiller spørgsmål og giver information angående patientens helbred (5, 6, 8, 9, 11, 13, 15, 18, 20) og patienten giver uopfordret lægen yderligere information om omkring medicin og symptomer (7, 10, 14, 16, 17, 19). Patienten stiller et konkret spørgsmål (10) som ikke umiddelbart besvares af lægen - tolken vender på eget initiativ tilbage til det senere (12). Patienten bringer yderligere et sundhedsproblem på bane (21) og her tager tolken meget initiativ og ping-ponger med patienten. Til slut spørgsmål og information fra lægen (22, 23) og information/spørgsmål fra patienten (24). Patienten næsten lige så aktiv som lægen.

Case 13:

Grønlandsk mand midt i 30'erne. Er ansat som portør på sygehuset og forstår lidt dansk. Har forstrøket sin ryg i forbindelse med sit arbejde. Lægen spørger om formål og symptomer (1,3,5) og tolken tager aktivt del heri (4). Patienten opfordrer lægen til fysisk undersøgelse (2) og viser ved udbrud, hvor lægens undersøgelse (7) gør ondt (6,8,9). Tolken responderer på patientens udbrud, men ikke lægen. Videoen slukkes under en del af undersøgelsen. Lægen forklarer om diagnose og behandling i én meget lang talehandling (10, 11), der ikke i første omgang oversættes fuldstændigt (12). Patienten spørger til lægeerklæring, men lægen forstår ikke patientens ønske og giver information om arbejdsskadeanmeldelse (14), patienten spørger yderligere gange (15, 16, 18) og lægen gentager sin "forkerte" forklaring (17, 19). Lægen går videre med yderligere behandling (20), bruger tolken til at oplyse om telefonnr (21) og mens lægen ringer, bruger tolken tiden til at oversætte en del af den tidligere (10,11) givne information (22). Lægen informerer i lange sætninger om behandling (23,24) og tolken oversætter i bidder og spørger til sidst patienten, om han har forstået det hele (25). Lægen afslutter venligt (26), men tolken gør opmærksom på, at der mangler en henvisningsseddel (27). Til sidst kommer patienten igen med et smerte-udbrud og denne gang er der respons fra lægen med forsikring om bedring (29).

Case 14:

Lægen siger goddag og spørger om patienten har det godt (1), patienten svarer og kommer med en oplysning om symptomer, der oversættes af tolken (7), men som lægen ikke reagerer på. I stedet stiller lægen et nyt spørgsmål (8) og går i gang med undersøgelsen (12-27). Undervejs stiller lægen dog selv spørgsmål om det, patienten tidligere oplyste (15). Efter undersøgelsen følger en lang diskussion om medicin (sugeren); først spørger lægen patienten og denne svarer (31-33), så kommer patienten med en oplysning, der ikke følges op på (35-36), så følger en sekvens mellem læge og tolk om medicinen (37-42), og et yderligere spørgsmål og information til patienten (43-47). Tolken tager herefter selv initiativ til at forklare patienten (47-57) om det, lægen og tolken talte om tidligere (37-42). Patienten fortsætter med et spørgsmål om anden medicin (piller), som lægen svarer kort på (58-63), hvorefter lægen vender tilbage til diskussionen af sugeren (64-74) og blandt andet spørger tolken, om diskussionen mellem tolk og patient tidligere afklarede spørgsmål i relation hertil (73). Der afsluttes ved at lægen giver recept (75) og patienten tager initiativ til farvel (79).

Der er en del mudder om, hvorvidt patientens suger faktisk er tom eller ej - og lægen vælger at give patienten recept på en ny (for en sikkerheds skyld?).

Bilag 6: Sundhedsprofil for Grønland

Kort beskrivelse af metoder og materiale

Sundhedsprofil for Grønland er en landsdækkende interviewbaseret spørgeskemaundersøgelse, der blev gennemført i 1993 og 1994. Udover information om selvvalueret helbred og selvrapporeret sygdom indeholdt undersøgelsen også spørgsmål om etnicitet og sprog, familier og sociale relationer samt livsstil og levevilkår. De fleste spørgsmål var inkluderet i det interviewbaserede skema men interviewpersonerne blev tillige bedt om at udfylde et skema til selvudfyldelse. Dette skema indeholdt spørgsmål af mere følsom karakter om psykisk sundhed og velvære, vold, seksuelt misbrug og alkohol. Endelig blev de deltagende kvinder interviewet om deres hjemmeboende børn i alderen 0-12 år. Dette interview omhandlede børnenes hverdag og helbred.

Undersøgelsen omfattede en tilfældig stikprøve af voksne (18+) personer fra samtlige 17 byer og fra 24 bygder, svarende til cirka halvdelen af bygder med flere end 50 indbyggere. Stikprøven omfattede 3025 personer og heraf lykkedes det at gennemføre interview med 1728 (57%), hvoraf 1580 identificerede sig som grønlandere og 148 som danskere. En del personer blev aldrig forsøgt kontaktet af interviewerne og svarprocenten blandt de kontaktede kan derfor med nogen forsigtighed sættes til 70, hvilket under de givne forhold må betragtes som acceptabelt og der ikke er noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning (Bjerregaard et al 1999).

I fremstillingen indgår både tidligere analyseret data og analyser, der er foretaget specifikt for at udvikle konteksten for denne undersøgelse. Analyserne er foretaget i SPSS ved hjælp af relativt simple statistiske metoder, hovedsageligt chi i anden tests og i enkelte tilfælde binær logistisk regressions analyser.

Kun signifikante resultater er medtaget ($p < 0,05$).

Resultaterne af undersøgelsens analyser er publiceret i en serie rapporter. En om levevilkår, livsstil og de overordnede resultater omkring selvvalueret helbred og symptomer (Bjerregaard et al 1995), en om sundhedsvæsenet (Christensen et al 1996), en om sygdom og psykisk helbred (Bjerregaard et al 1997) samt en om familie og børns sundhed (Curtis et al 1997). En oversigtsartikel om undersøgelsen er publiceret i Ugeskrift for Læger (Bjerregaard et al 1999). Undersøgelsen er publiceret på engelsk i en monografi om sundhed blandt Inuit (Bjerregaard & Young 1998) og der er udarbejdet endnu ikke publicerede manuskripter til flere engelsksprogede artikler (Bjerregaard & Curtis 2001; Curtis et al 2001; Curtis T, Larsen FB, Helweg-Larsen K, Bjerregaard P. Violence in Greenland and its consequences for health, under udarbejdelse). Der er desuden holdt en række foredrag både i Danmark, i Grønland og internationalt.

Figur og tabeller fra sundhedsprofilen

Figur 13. Nøgletal fra sundhedsprofilen

Befolkningens danskkundskaber, brug af tolk ved besøg hos lægen, oplevelse af sproglige problemer i konsultationssamtalen samt tillid til tolkningen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1580.

Tabel 8. Befolkningens danskkundskaber

Hvor godt taler du dansk? Svar fordelt efter køn, alder, bopæl (by/bygd) og skolegang. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1580, uoplyst = 43.

	Antal	Uden besvær %	Nogenlunde %	Med besvær %	Slet ikke %	
Køn						
Mænd	720	36,5	24,0	23,8	15,7	
Kvinder	817	30,8	25,3	24,1	19,7	
						P=0,059
Alder						
18-24	220	25,9	34,1	28,2	11,8	
25-34	512	42,0	31,3	19,3	7,4	
35-59	617	35,8	20,3	24,5	19,4	
60+	188	11,7	10,6	29,8	47,9	
						P<0,001
Bopæl						
By	1183	40,4	27,6	20,5	11,5	
Bygd	354	10,5	15,3	35,3	39,0	
						P<0,001
Skolegang						
< 9 år	719	15,0	19,9	32,7	32,4	
>= 9 år	776	50,3	29,6	16,0	4,1	
						P<0,001
I alt	1537	33,5	24,7	23,9	17,8	

Tabel 9. Befolkningens brug af tolk

Andel, der som regel benytter tolk ved konsultation hos læge. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N = 1580, uoplyst = 28.

	Antal	By N=1203 %	Bygd N=349 %	I alt 1552 %
Køn				
Mænd	725	39,1	84,3	50,2
Kvinder	827	49,5	87,7	57,4
		P<0,001	n.s.	P=0,004
Alder				
18-24 år	222	45,7	87,9	56,8
25-34 år	507	31,9	79,4	41,4
35-59 år	618	44,0	87,7	53,7
60+ år	205	80,5	92,2	83,4
		P<0,001	n.s.	P<0,001
Danskkundskaber				
Taler dansk uden besvær	509	4,2	25,0	5,7
Taler nogenlunde dansk	372	42,9	76,0	47,3
Taler dansk med besvær	362	92,9	96,7	94,2
Taler slet ikke dansk	270	97,0	96,3	96,7
		P<0,001	P<0,001	P<0,001
Alle	1552	44,8	86,0	54,1

Tabel 10. Befolkningens oplevelse af sproglige problemer

Andel, der ind imellem oplever sproglige problemer i konsultationssamtalen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N = 1580, uoplyst = 81.

		Alle N=1499	Benytter tolk N=793	Taler dansk med lægen N=706
	Antal	%, der ind imellem oplever sproglige problemer		
Køn				
Mænd	702	38,9	58,2	20,3
Kvinder	797	47,4	61,9	28,8
		P=0,001	n.s.	P=0,009
Alder				
18-24 år	218	48,2	64,2	28,4
25-34 år	489	44,6	65,0	39,8
35-59 år	595	38,7	58,7	16,8
60+ år	197	49,2	54,6	23,5
		P=0,015	n.s.	P=0,001
Bopæl				
By	1163	40,8	62,2	24,7
Bygd	336	52,2	56,9	21,7
		P<0,001	n.s.	n.s.
Alle	1499	43,4	60,3	24,5

Table 11. Population's confidence in the interpreter

Andel tolkebrugere, der oplever at lægen ikke altid er god nok til at bruge tolken og andel tolkebrugere, der oplever, at tolken ikke altid er god nok til at forklare, hvad lægen siger til dem og hvad de selv siger til lægen. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun personer, der benytter tolk hos lægen. N = 839.

	Antal	Lægen er ikke altid god nok til at bruge tolken (Uoplyst 16) %	Tolken er ikke altid god nok til at forklare, hvad lægen siger til mig (Uoplyst 22) %	Tolken er ikke altid god nok til at forklare, hvad jeg siger til lægen (Uoplyst 28) %
Køn				
Mænd	364	21,9	29,7	29,2
Kvinder	475	34,9	41,9	42,0
		P<0,001	P<0,001	P<0,001
Alder				
18-24 år	126	36,8	37,7	36,1
25-34 år	210	35,3	37,8	40,0
35-59 år	332	27,5	37,0	37,6
60+ år	171	19,8	32,1	30,2
		P=0,002	n.s.	n.s.
Bopæl				
By	539	31,7	38,7	38,2
Bygd	300	24,9	32,9	33,4
		P=0,041	n.s.	n.s.
Alle	839	29,3	36,6	36,5