

Relationskompetence som etisk praksis

Cæcilie Hansen¹

Annette Sofie Davidsen²

Ann Dorrit Guassora³

Christina Fogtmann⁴

¹ Videnscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom, Region Sjælland
c.hansen@sund.ku.dk

² Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
adavid@sund.ku.dk

³ Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
guassora@sund.ku.dk

⁴ Institut for Nordiske studier og Sprogvidenskab
fogtmann@hum.ku.dk

Hansen, Cæcilie; Davidsen, Annette Sofie; Guassora, Ann Dorrit & Fogtmann, Christina. 2022. Relationskompetence som etisk praksis. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 36, 75-92

Denne artikel undersøger hvordan relationskompetence kan være til gavn for at praktiserende læger kan handle i overensstemmelse med deres etiske forpligtelser, der er en grundlæggende del af almen praksis som institution. Lægeforeningens etiske principper beskriver de forudsætninger alle slags læger har for at handle i overensstemmelse med etiske forpligtelser i deres medicinske virke, såvel som praktiserende læger. I denne artikel udforsker vi hvordan begrebet relationskompetence kan anvendes i almen praksis som institution for praktiserende læger, hvori det beskrives hvordan etiske forpligtelser omsættes til handling. Vi bruger konversationsanalyse (CA), samtidig med at vi bruger relationskompetence som teori i en kombineret analysemetode for at kunne udpege relationskompetente handlinger. Resultaterne peger på, at relationskompetence kan anvendes for praktiserende læger,

hvor asymmetrien i læge-patientforholdet er en betingelse i almen praksis som institution. Artiklen konkluderer at relationskompetence er brugbart for at skabe etisk praksis, uden at den asymmetriske betingelse er en hæmning, og at relationskompetence som teori kan bruges til at udpege handlinger, der støtter praktiserende læger i at leve op til deres etiske forpligtelser. Artiklen udpeger, at anerkendelse og accept kan udpeges gennem det konversationsanalytiske begreb præference, og at anerkendelse af egne reaktioner og oplevelser, som en del af en professionel autenticitet, kan ses gennem det konversationsanalytiske begreb evalueringer.

Relational competence as ethical practice

This article investigates how relational competence can be of use for GPs to act in accordance with the ethical obligations, which are rooted in general practice as an institution. The ethical principles described by Lægeforeningen (The Danish Medical Association) states the prerequisite for GPs' ability to act according to ethical obligations upon entering the medical establishment, though not limited to general practice. In the article we explore the application of the concept relational competence for general practitioners (GPs) in general practice as an institution, in which we will describe how these ethical principles can be enacted. Relational competence overlaps terms such as 'interpersonal skills' and 'communicative skills' among others. We use conversation analysis (CA) while at the same time applying relational competence through a combined analysis method, to be able to point out interactional examples of relationally competent actions. The findings point to an application of relational competence for GPs working with asymmetry as a precondition. It is discussed on which fields of study the investigation can contribute. The article concludes that relational competence could be useful in general practice to operationalize and point out how GPs can live up to the ethical obligations of their work by regarding their patient with acknowledgement and acceptance along with acknowledgement of their own reactions as a part of being an authentic professional. The relationally competent actions were identified by drawing on methodology of Conversation Analysis; 'preference' to identify acknowledgement and acceptance, and 'assessment' to identify authenticity within professionalism.

Indledning

Vores etik som praktiserende læger, herunder vores menneskesyn og sygdomsbegreber, er kun delvist afklaret og beskrevet. Den er en del af vores tavse viden, som vi tager for givet. (Niels Saxtrup, Practicus (2020: 44))

En del af denne "tavse viden" er dog indeholdt i Lægeforeningens etiske principper. Disse principper beskriver, hvad der kræves for at kunne udøve jobbet som læge, og principperne bruges af Lægeforeningens etiske udvalg til at vurdere, om en læge handler etisk korrekt i relation til sine patienter, kolleger, samfundet og sig selv (Lægeforeningen, 2018: 1). Principperne inddrages som bedømmelsesgrundlag i klagesager mod læger, hvorfor det har en konsekvens, hvis lægen ikke overholder principperne i sit arbejde (Sundhedspolitisk Tidsskrift, 2018; Nobel, 2020). Der er imidlertid et stykke vej fra beskrivelsen af etiske principper til en etik, der kan bruges i det praktiske arbejde i almen praksis, hvor den etiske handling kan udpeges i mødet med patienten. I denne artikel vil vi operationalisere den etiske praksis ved hjælp af begrebet relationskompetence. Ved relationskompetence forstås, at man i sit professionelle virke kan etablere en indlevende og forstående relation med den anden med henblik på at nå det eller de mål, der knytter sig til professionen; dette kaldes for *det institutionelle mål* (Klinge, 2018; Linder, 2011; Linder, 2018; Lund Hansen, 2021). Beskrivelsen af relationskompetence er specifik for en profession, fordi forskellige professioner har forskellige mål. Lægeforeningens etiske principper ser vi som en del af det, der samlet udgør det institutionelle mål i lægegerningen og dermed også i almen praksis. Herudover er læger underlagt Sundhedsloven¹ og den til enhver tid gældende overenskomst². Vi vil operationalisere etikken formuleret af Lægeforeningen gennem relationskompetence, fordi etikken som et institutionelt mål har indflydelse på de handlinger, der opbygger den indlevende og forstående relation, som indgår i dette begreb.

Relationskompetence har overvejende været brugt i pædagogikken (Klinge, 2016; Juul & Jensen, 2002; Laursen, 2008; Linder, 2018; Linder, 2011), hvor relationen også er en bærende del af arbejdet (Krejsler & Laursen, 2004: 7). Vi inddrager begrebet i møder mellem læger og patienter, hvor relationen ligeledes er afgørende for målet med mødet, især i almen praksis, hvor det langvarige læge-patientforhold og de ofte komplekse problemstillinger gør relationen særlig vigtig (Davidsen, 2010; Davidsen, 2011).

Lægeforeningens etiske principper gælder for hele lægeprofessionen, således også i almen praksis. I præambelen til principperne står der: "Lægens opgave er

at arbejde for sundhed og livskvalitet hos sine patienter og i det omgivende samfund" (Lægeforeningen, 2018: 1). Lægeprofessionen og hermed almen praksis er tillige underlagt Sundhedsloven, som pålægger lægen at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse (Sundhedsloven §2). Almen praksis i Danmark er et delvist liberalt erhverv med en overenskomst med Danske Regioner³. Almen praksis er således en institution, der som organisation adskiller sig fra det øvrige sundhedsvæsen.

Da relationskompetence typisk beskrives i pædagogiske institutioner, knytter der sig nogle ikke-ekspliciterede bestemmelser til begrebet der vedrører det pædagogiske område. Vi foreslår en mere eksplicit tilgang, fordi forholdene i pædagogiske institutioner ikke nødvendigvis kan overføres til almen praksis. Almen praksis har nogle særlige *institutionelle betingelser*, der bør medinddrages i formuleringen af, hvad der er relationskompetent i denne specifikke kontekst. Almen praksis er et sted, hvor patienterne kan komme uvisiteret, ofte med diffuse problemstillinger og i en fase, hvor der endnu ikke er stillet en diagnose; det er også et sted, hvor patienter med kronisk sygdom kommer til løbende kontrol, hvor en god relation kan muliggøre og støtte patientens egenomsorg. Den indlevende og forstående samtale opbygger kvaliteten i relation og kan være med til at afklare patientens helbredsproblem, både når relationen bygger på et langvarigt kendskab mellem læge og patient, og når lægen og patienten har en fragmenteret kontakt eller ved allerførste kontakt.

Artiklen vil tage udgangspunkt i, hvordan relationskompetence giver mulighed for at operationalisere etik gennem relationskompetente handlinger, ud fra et perspektiv på etik som et mål i lægeprofessionen og relationer som vigtige og bærende dele af de praktiserende lægers arbejde. Gennem en analyse af relationskompetente handlinger i en professionel interaktion vil vi vise, hvordan en etisk praksis kan operationaliseres i den alment praktiserende læges arbejde.

Lægeforeningens etiske principper

Lægeforeningens etiske principper gælder for alle dens medlemmer, som er næsten alle læger i Danmark⁴. Principperne tages op til revision hvert sjette år (Lægeforeningen, 2018: 1), så de er tidssvarende i forhold til forsknings- og samfundsudviklinger. De etiske principper er sammenfattet i 27 punkter inddelt i fire sektioner: patientrettet ansvar, kollegialt ansvar, samfundsansvar og ansvar over for sig selv (ibid.: 1). Lægeforeningen oplyser, at punkterne skal forstås i relation

til hinanden og derfor ikke som en rangordning. Det første punkt i de etiske principper ligner til forveksling det, der i præambelen beskrives som lægens vigtigste opgave: "Lægen skal fremme sundhed og livskvalitet hos patienten". Dette kan således beskrives som den overordnede opgave, principperne vil fremhæve: i interaktion med patienten at bistå denne med sin medicinske ekspertise, så patienten får fremmet sin sundhed og livskvalitet. Dette bør samtidig ske ved at leve sig ind i patientens situation og med udgangspunkt i patientens ønsker og værdier (ibid.: punkt 3) og ved at anse alle patienter som ligeværdige (ibid.: punkt 4), hvilket understreger betydningen af relationen.

Relationskompetence i almen praksis

Forskellige definitioner af relationskompetence rummer flere af følgende komponenter: modtageren, den professionelle, interaktionen mellem dem og det institutionelle mål (Fibæk, 2004; Juul & Jensen, 2002; Klinge, 2016; Linder, 2011; Linder, 2018), og en enkelt definition rummer alle fire komponenter (Klinge, 2016; 2018). Klinge har givet det hidtil mest udførlige bud på, hvordan relationskompetente handlinger ser ud i en pædagogisk kontekst. Selvom pædagogik ikke er uvæsentligt i almen praksis, er det imidlertid en anden kontekst, og almen praksis har betingelser, der får indflydelse på, hvordan relationskompetente handlinger ser ud i denne kontekst. Relationen i almen praksis bygger på det ligeværdige menneskelige forhold, som dog også indebærer en asymmetri, da patienten er den hjælpøgende, og lægen besidder en professionel viden, som patienten kan drage nytte af.

I behandlingssituationen tilstræber man en fælles beslutningstagen (eng. *Shared Decision Making*, (SDM)), hvor de to personer mødes i en forhandling om patientens behandlingsmuligheder på et informeret grundlag (Brown & Salmon, 2018). Den asymmetriske relation kan dog udfordre SDM. At det kan være vanskeligt at holde balancen mellem symmetri og asymmetri i SDM bekræftes i konversationsanalytiske studier, hvor asymmetrien eksisterer som lægens eksistensberettigelse (Pilnick & Dingwall, 2012; Lindell, 2015).

Asymmetrien indgår således i de *institutionelle betingelser* og som en komponent i formuleringen af relationskompetence i almen praksis, idet magtfulghed, og dermed også asymmetri, er et vilkår mellem den professionelle og modtageren af dennes ekspertise (Grimen, 2009).

I analysen af læge-patientrelationen i almen praksis har man benyttet begreber fra psykoterapien, herunder *den terapeutiske holdning* (Jørgensen, 2018; Davidsen, 2009). Med *den terapeutiske holdning* som teoretisk afsæt vil vi i analysen af relationskompetente handlinger inkludere asymmetrien som en uomgængelig faktor (Fog, 1998). I beskrivelsen af relationskompetente handlinger som etisk praksis vil analysen udmunde i en præcisering af, hvordan relationskompetente handlinger ser ud i en interaktion mellem læge og patient og tillige inddrage den terapeutiske holdning i en specificering af de psykologiske komponenter i relationskompetencebegrebet.

Den terapeutiske holdning

Den terapeutiske holdning blev først formuleret af Freud (Freud, 1992) og er for nylig udfoldet og redegjort for på baggrund af bl.a. empiriske undersøgelser af effektiv terapi (Jørgensen, 2018). Holdningen baserer sig på de fælles terapeutiske faktorer, som er virksomme i psykoterapeutisk behandling, uanset hvilken specifik behandlingsmetode terapeuten benytter (Barley & Lambert, 2001). Der lægges hos Jørgensen vægt på Rogers beskrivelse af behovet for forståelse, empati, ikke dømmende accept, kongruens og ærlighed (Rogers, 1957; Rogers, 1961). Tankegangen har også været formuleret af Balint i sammenhæng med almen praksis, hvor Balints beskrivelse af den patientcentrerede metode svarer til den terapeutiske holdning (Balint, 1969). Behovet for at udvise denne holdning har været fremhævet som vigtigt for at bevare almen praksis som en disciplin, hvor læge-patientrelationen er et bærende element (Davidsen, 2010).

Med Jørgensens fremstilling tager vi afsæt i både Freud, Rogers og Frank, der alle har bidraget til beskrivelse af den virkningsfulde terapi (Jørgensen, 2018). Jørgensen bruger betegnelsen "den psykoterapeutiske holdning" i samme betydning som *den terapeutiske holdning*, som har lighedspunkter med den terapeutiske relation eller alliance (Horvath, 2001; Norcross, 2010). Som nævnt består relationskompetence af flere komponenter, men i denne artikel fokuserer vi specifikt på deltagerne, dvs. den professionelle (lægen), og modtageren af den professionelle hjælp (patienten).

Relationskompetence og patienten som intentionelt subjekt

For at handle relationskompetent må lægen forholde sig til patienten som et *intentionelt* subjekt, dvs. som en der altid tænker og handler med et formål. Ideen om

at forholde sig til patienten som et intentionelt subjekt indgår i den terapeutiske holdning, hvor det uddybes, at terapeuten skal se patienten som oplevende og interagerende, og terapeuten skal forsøge at forstå patientens virkelighed på dennes egne præmisser (Jørgensen 2018; 2s. 266). I litteraturen om relationskompetence genfindes nogle tilsvarende tanker, idet det beskrives, at eleven skal ses på sine egne præmisser (Juul & Jensen, 2002: 128). Forståelsen af patienten som et intentionelt subjekt kan desuden relateres til det tredje etiske princip, hvor lægen påbydes at "indleve sig i patientens situation" (2018: 1).

I litteraturen om den terapeutiske holdning beskrives et forhold, der kommer beskrivelsen af patienten som intentionelt subjekt endnu nærmere: Jørgensen mener, at terapeuten ved at *anerkende* patientens indre psykiske realitet kan hjælpe patienten med at udforske den ydre realitet (Jørgensen, 2018: 266-267). Gennem denne form for anerkendelse af patientens situationen, som er nævnt i det tredje etiske princip, kan patienten forstås som et intentionelt subjekt med meningsfulde mentale tilstande, som det også beskrives i mentaliseringsforskningen (Fonagy et al., 2002), der udgør en vigtig del af teorien bag relationskompetence (Klinge, 2016).

Med denne forståelse tager vi også højde for det fjerde etiske princip, der pålægger lægen at "anse alle patienter som ligeværdige". Hvis lægen påbydes at indleve sig i patientens situation og samtidig se patienter som ligeværdige, så er måden, hvorpå lægen indlever sig i patienters situationen relevant for, at det tredje og fjerde princip efterleves. Dette betyder, at i *anerkendelsen* af patientens *oplevelser* må lægen forholde sig ikke-dømmende for at se alle patienter som ligeværdige. Dette tager højde for asymmetrien som institutionel betingelse, idet lægen trods den professionelle asymmetri bør anerkende patienten som et ligeværdigt menneske. Derfor kan lægen ved at forholde sig relationskompetent til patienten undgå, at asymmetrien fører til handlinger, hvor lægen misbruger sin magtposition (Grimen (2009). Relationskompetence i almen praksis indebærer hermed at:

Lægen orienterer sig mod patientens situation ved at anerkende patientens oplevelser uden at dømme.

Relationskompetence og lægen som autentisk og professionelt subjekt

For at kunne handle relationskompetent må den praktiserende læge også forholde sig til, hvordan hun selv indgår som subjekt i interaktionen, hvor hun er den pro-

fessionelle (Grimen, 2009; Fonagy et al., 2002). Det indebærer at lægen skal være opmærksom på og anerkende sine egne reaktioner i mødet med patienten. Hvis hun kan det, kan hun møde sin patient med autenticitet. *Autenticitet* inddrages både i relationskompetence (Fibæk, 2004; Juul & Jensen, 2002), her som en betingelse for at være nærværende i relationen (Juul & Jensen, 2002: 130), og i *den terapeutiske holdning* (Jørgensen, 2018).

I det 26. etiske princip påbydes lægen at værne om sin evne til at varetage sit job, og det forklares, at dette kan trues af fysiske såvel som psykiske helbredsproblemer (Lægeforeningen, 2018: 3). Det 26. princip er ét ud af de tre principper, der omfatter den relativt lille del af de etiske principper, der omhandler "ansvar over for sig selv". Der er til gengæld flere af de etiske principper i sektionen om "patientrettet ansvar", som vi mener vil kræve lægens opmærksomhed på sin egen rolle og på sine egne reaktioner i den professionelle interaktion.

Det femte etiske princip pålægger lægen at "tage ansvar over for sin patient og handle med omhu og samvittighedsfuldhed" (Lægeforeningen, 2018: 1). Lægens autentiske tilstedeværelse er vigtig, idet "samvittighedsfuldhed" er inddraget som en måde at tage ansvar for patienten på. Direkte herefter følger det sjette etiske princip, der pålægger lægen at "handlinger og ytringer skal bygge på lægevidenskabelig viden og erfaring" (2018: 1), hvilket er et klart udtryk for vigtigheden af, at lægen også hele tiden er til stede med sin lægefaglige professionalisme og sin lægefaglige viden. Hvis disse etiske principper skal følges, vil det være autenticiteten i forbindelse med professionalismen, der gør det muligt at have patientens sundhed og livskvalitet som overordnet mål.

Autenticitet er en betingelse for at møde patienten som et intentionelt subjekt og orientere sig mod patientens oplevelser, hvilket gør autenticitet til en essentiel del af relationskompetence. Denne autenticitet indebærer en åben, genuin nysgerrighed vedrørende patientens situation som beskrevet i mentaliseringsteori (Fogtman, 2014; Fonagy et al., 2002), som også bruges i relationskompetenceteori til at udfolde relationsopbyggende handlinger (Klinge, 2016).

Det er ved at tage højde for lægens autentiske professionalisme, at relationskompetence passer ind i almen praksis, idet der her tages højde for, at asymmetri er en institutionel betingelse. Når lægen er autentisk og professionel, bliver asymmetri ikke en hæmning for, at lægen kan udføre sit arbejde fyldestgørende og muliggøre det institutionelle mål.

Spørgsmålet er så, hvordan lægen som autentisk og professionelt subjekt udøver relationskompetente handlinger over for patienten. Her kan vi støtte os til de behandlingstekniske begreber *overføring* og *modoverføring* (Jørgensen, 2018: 180-

182, 239-241). Begreberne beskriver, hvordan terapeuten benytter egne mentale tilstande og reaktioner i forståelsen af patienten (ibid.: 273) og medtænker dem som faktorer i behandlingen (2018: 274). Selvom der er forskel på en behandlingssamtale i psykoterapeutisk regi og en konsultation i almen praksis, kan dynamikken i den psykoterapeutiske relation bruges til at beskrive interaktionen. Lægen kan bruge sin reaktion på patienten (modoverføring) til en forståelse af patienten og i en anerkendende dialog (Jørgensen, 2018). Herved kommer det autentiske forhold til syne. At lægen agerer som et autentisk og professionelt subjekt er derfor vigtigt for at følge de etiske principper således at:

Lægen agerer autentisk som en del af sit professionelle subjekt ved at anerkende sine handlinger og reaktioner som betydningsfulde for relationen.

Dette afgrænsede fokus på den del af relationskompetence, der beskæftiger sig med deltagerne i den professionelle interaktion, kan opsummeres således:

Lægen orienterer sig mod patientens situation ved at anerkende patientens oplevelser uden at dømme og ved at agere autentisk som en del af sit professionelle subjekt, der anerkender sine handlinger og reaktioner som betydningsfulde for relationen.

Relationskompetente handlinger: etik i interaktion

Til at udpege de faktiske interaktionelle handlinger, der via begrebet relationskompetence kan bidrage til at konkretisere de etiske principper, vil vi anvende den konversationsanalytiske metode (Conversation Analysis: CA). Konversationsanalytikere har gennem flere årtier studeret og identificeret den orden og de strukturer, der eksisterer i samtaler, og metoden bidrager således med relevante analytiske redskaber til præcisering af relationskompetente handlinger i interaktionen.

Konversationsanalytiske greb

Et af de bærende principper i CA er *sekventialitetsprincippet*, som beskriver, hvordan forståelsen løbende konstrueres i en interaktion (Linell, 2007: 30; Stivers, 2012). Ytringer forholder sig til hinanden i forhold til den rækkefølge, de produceres i, og alle ytringer i en interaktion skal derfor undersøges i deres kontekst, dvs. i lyset af det, der går forud for og kommer efter ytringen.

Vi inddrager begrebet *præference*, der i CA refererer til, at i samtaler er nogle handlinger mere tilbøjelige til at foregå (de er præfererede) end andre (Pomerantz & Heritage, 2012). Hvis en taler eksempelvis inviterer en anden taler på middag, fx ved at spørge "har du lyst til at komme til middag hos mig", så vil det præfererede svar være en bekræftelse af invitationen, og dermed et "ja". Præfererede handlinger har betydning i relationelle forhold ved fx at beskytte hinanden og skabe et solidaritetsbånd (Fogtmann, 2007; Pomerantz, 1984); med andre ord er præfererede handlinger relationskonstruerende, og de kan udpeges direkte i den interaktionelle analyse. I analysen af relationskompetente handlinger vælger vi derfor at se præfererede handlinger som nogle, der har potentiale til at udtrykke relationskompetence.

Desuden vil vi inddrage begrebet *reparatur*, der beskriver, hvordan samtaledeltager opretholder en fælles forståelse, hvis der opstår problemer, som fx når en samtaledeltager siger noget som en anden samtaledeltager har svært ved at forstå eller synes er upassende eller utilstrækkeligt (Kitzinger, 2012). Hvis en næstetaler således beder en førstetaler om at gentage det, vedkommende lige har sagt, ved fx at sige "vil du ikke lige sige det igen" eller mere åbent at spørge "hvad", så initierer næstetaleren hermed, at førstetaleren skal reparere på sin tale, altså foretage en reparatur. I CA er det vist, at der i samtaler er præference for at holde reparaturer på et minimum (Fogtmann, 2007: 228; Pomerantz & Heritage, 2012: 215). Præferencebegrebet er således koblet til reparaturer.

Endelig inddrager vi begrebet *evaluering*. Evalueringer er produkter af samtaledeltageres deltagelse i interaktioner, der viser en deltagers påstand om at besidde en viden om, hvad der foregår i en given situation (Pomerantz, 1984). Dette kan være en samtaledeltager, der udtrykker evalueringen "vejret er godt", hvilket kan kategoriseres som en *førsteevaluering*. Pomerantz (1984) beskriver, at en *førsteevaluering* relevantgør en *andenevaluering*, som fx "ja, det er det i dag" og at det er præfereret, at andenevalueringen er positiv og/eller bekræftende som i dette eksempel. Da vi som overordnet princip fastholder, at præfererede handlinger har potentiale til at være relationskompetente, vil vi også inddrage evalueringsbegrebet, idet en førsteevaluering fulgt af en positiv andenevaluering har potentiale til at være relationskompetent.

Datamateriale

I den følgende analyse bruger vi data fra en konsultation i almen praksis med en årskontrol for en multisyp patient. Data er fra Anne Arreskovs ph.d.-projekt

(2019). Konsultationen foregår mellem en kvindelig læge og en kvindelig patient. Patienten har overstået et kræftforløb og har diabetes og KOL. Det fremgår af optagelsen, at det er en årskontrol, og at lægen og patienten har mødt hinanden før. Det første uddrag af konsultationen starter 10 minutter inde i konsultationen, og andet uddrag foregår i direkte forlængelse af det første. Konsultationen er på i alt 16 minutter, og det er dermed i sidste halvdel, vi befinder os.

I transskriberingen af uddragene benytter vi Jeffersonian Transcription System (Jefferson, 1983; Jefferson, 2004), hvor tegnet *:/* indikerer forlængelse af vokalen, */°* rundt om et ord indikerer, at det er sagt blødt og/eller lavt, *[↓]* indikerer nedadgående intonation, */h/* indikerer en indånding, *[]* indikerer overlap af det deltagerne ytrer, */-/* indikerer selvfrydelser. Pauser på under 0,3 sekunder indikeres med */(.)*, pauser på 0,4 sekunder og over indikeres fx */(.4)* eller */(2.2)*/ alt afhængigt af pausens længde.

Orientering mod patienten gennem præference

Dette uddrag viser, hvordan det kan se ud, at lægen møder patienten som et intentionelt subjekt ved at orientere sig mod patientens situation og anerkende patientens oplevelser.

Uddrag 1

120 LÆ: og hvad med alkoholen hvordan går det

121 PA: ja: det er sådan nogenlunde det samme

122 LÆ: °ja: okay [↓]°

123 (.6)

124 LÆ: så hvor meget bliver det til om dagen

Ved at bruge den bestemte form *alkoholen* i sit spørgsmål i linje 120 henviser lægen til en allerede etableret viden om patienten, hvorved lægen viser patienten, at hun har kendskab til patientens liv. Ved at sætte sin allerede etablerede viden om patientens liv i spil, samtidig med at lægen afdækker information om patientens nuværende forhold, ser vi en orientering mod patientens situation, og dermed synliggøres lægens relationskompetence.

Det er dog ikke blot i lægens reference til den etablerede viden, at handlingen fremstår som relationskompetent. Patienten godkender den etablerede viden i linje 121 i sit svar, når hun, straks efter at lægen har færdiggjort sit spørgsmål, svarer ved at sige *det samme*. Handlingen bliver først relationskompetent, da patienten accepterer, at den viden lægen fremsætter rent faktisk er etableret mellem dem. Her er det således sekventialitetsprincippet, der giver mulighed for at belyse, hvorledes lægen handler relationskompetent: Ytringer i en interaktion forholder sig til hinanden, og fælles forståelse skabes løbende. Derfor kan en handling ikke være relationskompetent i sig selv; den skal opleves som relevant og berettiget af modtageren. Lægens orientering mod patientens situation er her relationskompetent på baggrund af det, lægen ytrer om patientens situation samt patientens godkendelse af denne orientering.

For at lægen kan anses for at agere relationskompetent, er det ikke nok, at lægen orienterer sig mod patientens situation; det kræver også, at lægen anerkender patientens oplevelser. Lægens accept i *ja okay* i linje 122, kombineret med lægens opfølgende spørgsmål til patientens alkoholindtag pr. dag, er en anerkendelse af patientens oplevelse i selve interaktionen. Accepten efterfølges af det nye spørgsmål, og det er måden, hvorpå disse to ytringer forholder sig til hinanden, der viser relationskompetence: I linje 122 accepterer lægen umiddelbart patientens svar, men efter en pause i linje 123 tager lægen igen ordet og beder om et mere uddybende svar. På den måde giver hun med sin pause i linje 123 patienten mulighed for selv at tilføje yderligere information, uden at lægen har skullet tilkendegive, at patientens svar ikke var tilstrækkeligt. Hun har hermed formået at holde reparation på et minimum. Lægens relationskompetente handling ligger altså i den anerkendelse, hun udviser, når hun accepterer patientens svar, samtidig med at hun vedligeholder relationen ved at holde reparation på et minimum, hvorved patientens oplevelse i selve interaktionen anerkendes uden at trække en pause i langdrag, hvilket kan være dispræfereret (Etehadieh & Rendle-Short, 2016) og derved potentielt være relationsnedbrydende.

Dette uddrag viser et bud på en relationskompetent handling, der opfylder, at patienten mødes som et intentionelt subjekt, belyst ved sekventialiteten og de præfererede handlinger. Herved handler lægen etisk når hun efterlever at "indleve sig i patientens situation" gennem orientering og anerkendelse, og at hun "anser alle patienter for ligeværdige" ved at være ikke-dømmende.

Professionel autenticitet udtrykt i evalueringer

Det følgende uddrag viser, hvordan lægen agerer med autenticitet som en kvalitet ved sit professionelle subjekt, ved at hun anerkender sine handlinger og re-

aktioner som betydningsfulde for relationen. Denne analyse er, lig den forrige, opbygget af flere forskellige interaktionelle handlinger, der tilsammen udgør en relationskompetent handling. Uddraget foregår i direkte fortsættelse af uddrag 1 og indledes med patientens svar på lægens spørgsmål om hendes alkoholindtag pr dag:

Uddrag 2

125 PA: *ja:: det bliver til et par glas [om*

126 LÆ: *[ja*

127 (1.2)

128 PA: *og*

129 (2.2)

130 PA: *det øh*

131 (.6)

132 PA: *°det kan jeg godt lide°*

133 LÆ: *ja (.) men det er også god- jeg skal bare lige høre (.) så der er- ja*

134 (.) *°det er fint nok° .h °okay°*

135 (.6)

Her agerer lægen autentisk ved at anerkende sine egne handlinger som betydningsfulde for relationen samtidig med hun forbliver en professionel, der orienterer sig mod det institutionelle mål.

Lægen handler præfereret i linje 133 ved at lave en positiv og bekræftende anednevaluering i *men det er også god-* til patientens *førsteevaluering* i linje 132, der lyder *det kan jeg godt lide*.

Patientens *førsteevaluering* bærer præg af at være følelsesbetonet. Dette kan ses i verbet *lide*, der betegner nydelse, frem for fx rationale, der kan ligge i verbalfraaser

som *brug for*. Der er yderligere tegn på, at patientens *evaluering* er følelsesbetonet ved, at den leveres efter adskillige *lange pauser*, eller *lapses* (Nielsen & Nielsen, 2010) mellem konjunktionen *og* i linje 128 og anaforen *det* i linje 130, som binder patientens *evaluering* sammen med hendes ytring i linje 125; den hakkende levering kan være et udtryk for, at taleren er affektivt påvirket (Fogtmann & Thøgersen, 2020: 106-108). Lægen handler herefter præfereret og dermed relationsopbyggende ved at give en positiv og bekræftende andenevaluering: *men det er også god-*.

Lægen laver efterfølgende en *opgradering* af sin andenevaluering i linje 134 ved at sige *det er fint nok*, og den kan gennem sekventialitetsprincippet ses som udløst af patientens affektprægede *førsteevaluering*. Lægens *opgradering* kan være en reaktion på den affekt, patienten viser. Vi ser den præfererede andenevaluering som et tegn på, at lægen med sin handling gerne vil undgå at give patienten en ubehagelig følelsesoplevelse, der netop kan opstå i dispræfererede handlinger (Fogtmann, 2007: 227). Lægen agerer med autenticitet i den præfererede bekræftende andenevaluering, der som et tillæg har en *opgradering*. Denne *opgradering* viser lægens forståelse af, at hendes handling, nemlig spørgsmålet, der kommer før patientens *førsteevaluering*, har en betydning i interaktionen. Det viser også, at lægen er påvirket af den affektprægede *førsteevaluering*, patienten laver i linje 132. Handlingen er derfor relationskompetent, da lægen reagerer autentisk med en præfereret handling, og vi kan se en anerkendelse af, at hendes handlinger har betydning for relationen, der skabes og vedligeholdes i interaktionen. Denne anerkendelse er netop en del af at være relationskompetent.

Det er dog ikke kun lægens autentiske tilstedeværelse, der sikrer den relationskompetente handling; det autentiske skal balanceres med det professionelle subjekt, der også orienterer sig mod det institutionelle mål. Det kommer til udtryk i lægens ytring *jeg skal bare lige høre* i linje 133. Selve ytringen refererer tilbage til hendes spørgsmål til patientens alkoholindtag pr. dag, og den viser i verbet *skal*, at lægen anerkender sin position som professionel sundhedsfaglig behandler, som stiller spørgsmålet pga. det mål, der er i interaktionen.

Nødvendigheden tydeliggøres i den aktive grammatiske nutidsform og udtrykker dermed en aktiv handling, hvor hun forholder sig til det mål, hun som professionel retter sig mod. Ved at tilføje modaliseringen *bare lige* efter verbet, trækker lægen sin autenticitet med ind i interaktionen og tager forbehold for den ovennævnte dispræference i lægens spørgsmål i Uddrag 1. Lægen anerkender nødvendigheden af at orientere sig aktivt mod det institutionelle mål, selvom dette skaber en affektpræget adfærd hos patienten, der kunne være relationsnedbrydende. Hun agerer dermed som en professionel, hvis job retter sig mod et mål, samtidig

med at hun er autentisk, hvilket er relationsopbyggende. Lægens relationskompetente handling er her sammensat af flere handlinger, der i interaktionens udvikling og forløb tilsammen viser lægens professionelle autenticitet.

Diskussion

I professionsetikken i den medicinske verden hænger behovet for at artikulere etiske principper sammen med lægens professionelle autonomi og magt i forhold til patienterne (Grimen, 2009). Når vi i denne artikel har behandlet professionsetik ved hjælp af relationskompetence som begreb, har vi forsøgt at give en teoretisk ramme og tilhørende metodisk fremgangsmåde, der kan udpege etisk forsvarlige handlinger og derved specificere professionsetikken i almen praksis.

Det er ikke nyt at fokusere på samtalen, når det diskuteres, hvorledes relationen inddrages når etik skal beskrives i relation til lægearbejdet, herunder når det kommer til lægens asymmetri og autenticitet (Kopp, 2003), den "læge-sociale" kompetence (Hauberg, 2003), og den terapeutiske holdning (Elsass, 2003). Men vi har vist, at relationskompetencebegrebet kan konkretisere de forhold, Hauberg, Kopp og Elsass beskriver, der skal være fokus på i relationer i konsultationer. Vores bud på, hvordan handlinger kan fremme gode relationer mellem lægen og patienten, og hvad der udgør lægens relationelle kompetencer, kan være et bidrag til, hvordan etik operationaliseres og indtænkes i relationer. På sigt kan yderligere forskning i, hvordan relationsopbyggende handlinger udpeges på baggrund af den forståelse af relationskompetence, vi har brugt i artiklen, anvendes i undervisning i konsultationsteknik i almen praksis.

Relationskompetence kan også bidrage til diskussionen vedrørende Fælles Beslutningstagen. Relationskompetence udspilles mellem de deltagende subjekter, og inddragelsen af asymmetri som institutionel betingelse kan være med til at udfolde diskussionen om, hvordan asymmetri omgås på en måde, hvor patientens selvbestemmelse og beslutningstagen fremmes (Brown & Salmon, 2018: 282). Vi mener, at lægens position i det asymmetriske forhold til patienten kan udfoldes i en balanceret indstilling som en professionel autenticitet i mødet med patienten som et intentionelt subjekt. Asymmetriens funktion i "den medicinske institution" (Pilnick & Dingwall, 2011) behøver ikke "bekæmpes", men kan anskues som en dimension i lægens relationskompetente arbejde, der hører med til at gøre de etiske handlinger mulige.

Metodisk skriver denne artikel sig ind i flere felter. Konversationsanalytiske studier af Fælles Beslutningstagning er allerede et voksende felt (Lindell, 2015; Landmark et al., 2017; Barnes, 2018), hvor det foreslås at anvende CA som en del af en større komparativ forskning ved at kombinere CA med sociologiske eller psykologiske analyser (Barnes, 2019). Her mener vi, at relationskompetence som psykologisk fortolkende forståelsesramme i samspil med CA kan bidrage til denne komparative forskning som Barnes (2019) foreslår, og give indsigt i, hvordan asymmetri fungerer optimalt i interaktionen ift. at føre en etisk praksis som læge. Når vi gennem konversationsanalytiske begreber som præference og evalueringer kan udpege hvor og hvordan relationskompetente handlinger forekommer, bruger vi noget så naturligt forekommende som samtalens "ordentlighed" og implicite metoder til betydningsskabelse (Stivers & Sidnell, 2012) til at se etik i handlinger. Vi tror, kort sagt, at relationskompetente handlinger er en måde at skabe etisk praksis på i almen praksis som institution.

Noter

¹ Fundet på <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

² Fundet på OK22 | læger.dk (laeger.dk)

³ Fundet på OK22 | læger.dk (laeger.dk)

⁴ Fundet på <https://www.laeger.dk/hvad-er-laeforeningen>

Referencer

- Arreskov, A. B. (2020). What is "the primary"? The priorities and perspectives of patients and Danish general practitioners when the patient has chronic conditions and a history of cancer. (Ph.d.-afhandling). København: Københavns Universitet.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.
- Balint, E. (1987). Research, changes, and development in Balint groups. In Elder, A. & Samuel, O. (Eds.), *While I'm here doctor* (95-102). London and New York: Tavistock/Routledge.
- Barnes, R. (2018). Preliminaries to Treatment Recommendations in UK Primary Care: A Vehicle for Shared Decision Making? *Health Communication*, 33(11), 1366-1376. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1350915>
- Barnes, R. (2019). Conversation Analysis of Communication in Medical Care: Description and Beyond. *Research on Language and Social Interaction*, 52(3), 300-315. <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631056>

- Brown, S. & Salmon, P. (2018). Reconciling the theory and reality of shared decision making: A "matching" approach to practitioner leadership. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(3), 275–283. <https://doi.org/10.1111/hex.12853>
- Davidsen, A. (2008). *Mentalization, Narrative and Time; a qualitative study about psychological interventions in general practice*. (Ph.d.-afhandling). Odense: Erhvervsskolernes Forlag.
- Davidsen A. (2009) How does the general practitioner understand the patient? A qualitative study about psychological interventions in general practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2):199-217.
- Davidsen, A. (2010). To survive, general practice needs a reintroduction of the psychodynamic dimension. *Psychodynamic practice*, 16(4), 451-461.
- Davidsen, A. S. (2011). Den betydningsfulde samtale. *Practicus*, 35(205), 46-47.
- Elsass, P. (2003). Kommunikation og compliance – to vanskelige begreber for læge-patient-forholdet. I *Læge-patient-forholdet: refleksioner og visioner*. Det Ethiske Råd.
- Elaheh, E. & Rendle-Short, J. (2016). Intersubjectivity or Preference: Interpreting Student Pauses in Supervisory Meeting *Australian Journal of Linguistics*, 36(2), 172-188, DOI: 10.1080/07268602.2015.1121529
- Fog, J. (1998). *Saglig Medmenneskelighed*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag
- Fogtmann, C. (2007). *Samtaler med politiet: interaktionsanalytiske studier af sprogtæstning i danske naturalisationssamtaler*. (Ph.d.-afhandling). Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.
- Fogtmann, C. (2014). *Forståelsens psykologi: mentalisering i teori og praksis*. (1. udgave.). Samfundslitteratur.
- Fogtmann, C. & Thøgersen, J. (2020). Socialsemiotiske perspektiver på social kognition. En SFL-funderet metode til analyse af mentalisering. *Globe: A Journal of Language, Culture and Communication*(10), 102–119. Fundet 19. januar 2021 på: <https://journals.aau.dk/index.php/globe/issue/view/372>
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. *Afhandlinger om behandlingsteknik*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 1992
- Grimen, H. (2009), Power, Trust, and Risk. *Medical Anthropology Quarterly*, 23, 16-33. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2009.01035.x>
- Hansen, C. (2020). Tale om tanker. Et blik på sproglig analyse til vurdering af mentale tilstande. *Journal of Language Works*, 5(2). Fundet 19. januar 2021 på: <https://tidsskrift.dk/lwo/>
- Hauberg, A. (2003). Lægerollen og læge-patient-forholdet i det 21. århundrede. I *Læge-patient-forholdet: refleksioner og visioner*. Det Ethiske Råd.
- Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research and training. *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176. Retrieved from <Go to ISI>://000169417900013
- Jefferson, G. (1983). Issues in the transcription of naturally-occurring talk: Caricature versus capturing pronunciation particulars. *Tilburg Univ., Dept. of Language and Linguistics*.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. I G. H. Lerner (Red.), *76 Conversation Analysis: Studies from the First Generation (13–34)*. John Benjamins Publishing

- Jensen, H. & Juul, J. (2002). Pædagogisk relationskompetence: Fra lydighed til ansvarlighed. Apostrof.
- Jørgensen, C. R. (2018). Den psykoterapeutiske holdning. Hans Reitzel.
- Klinge, L. (2016). Lærerens relationskompetence: En empirisk undersøgelse af, hvordan lærerens relationskompetence viser sig i interaktioner med elever og klasser i almenundervisningen i folkeskolen. København: Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet
- Klinge, L. (2017). Lærerens relationskompetence. Kendetegn, betingelser og perspektiver. 1. udgave. Frederikshavn: Dafolo.
- Kopp, K. (2003). Samtalen som mulighed. I Læge-patient-forholdet: refleksioner og visioner. Det Ethiske Råd.
- Lægeforeningen. (2018). Lægeforeningens etiske principper. Fundet 19. januar 2021 på: https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegeforeningens_etiske_principper.pdf
- Landmark, Anne Marie; Ofstad, Eirik & Svennevig, Jan. (2017). Eliciting patient preferences in shared decision-making (SDM): Comparing conversation analysis and SDM measurements. *Patient Education and Counseling*, 100. 10.1016/j.pec.2017.05.018.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Lindell, J. (2015). Antibiotika i almen praksis. En fælles beslutning? *Akademisk kvarter*, 12, 102-117.
- Linder, A. (2011). Hvad er relationskompetence? I B. B. Andersen (Red.), *Relationer på biblioteket*, 17-30. Randers, Danmark: Aalborg Universitetsforlag.
- Linder, A. (2018). Professionel relationskompetence: Stjernestunder i det relationelle univers. Dafolo.
- Linell, P. (2007). Essentials of dialogism. Aspects and elements of a dialogical approach to language, communication and cognition. Part-A. <http://isis.ku.dk/kurser/blob.aspx>.
- Lægeforeningen. Hvad er Lægeforeningen?. Fundet på *Hvad er Lægeforeningen? | læger.dk* (laeger.dk) d. 1. april 2022
- Moos, L.; Krejsler, J. & Laursen, P. F. (2004). Relationsprofessioner: lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemledere. Århus, Danmark: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Nobel, C. (2020, 15. juni). Lægeetisk Nævn: Læger bør ikke sælge varer i deres klinik. Fundet 19/01/2021 på: <https://politikensundhed.dk/nyheder/art7823156/L%C3%A6ger-b%C3%B8r-ikke-s%C3%A6lge-varer-i-deres-klinik>
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In D., B. L.; Miller, S. D.; Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (Eds.), *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (Second ed.), 113-141. Washington DC: American Psychological Association
- Pilnick, A. & Dingwall, R. (2011). On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/Patient Interaction: A Critical Review. *Social science & medicine* (1982). 72. 1374-1382. 10.1016/j.socscimed.2011.02.033
- PLO & RLTN. (2022, 1. Januar) Overenskomst om Almen Praksis (OK22). Fundet på OK22 | laeger.dk (laeger.dk) 1. april 2022
- Pomerantz, A. (1984). Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/Dispreferred Turn Shapes. I Atkinson, M. & Heritage, J. (Eds.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*, 57-101. Cambridge: Cambridge University Press