

## Antibiotika i almen praksis

En fælles beslutning?

*Johanna Lindell*

*Ph.d.-stipendiat ved Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab, Københavns Universitet. Cand.mag. i Sprogpsykologi og en del af det interdisciplinære forskningsprojekt UC-CARE (University of Copenhagen Research Centre for Control of Antibiotic Resistance). Har fokus på læge-patient kommunikation, særligt hvordan behandlingsbeslutninger om antibiotika træffes.*

### Abstract

Patient involvement and shared decision making (SDM) in treatment is increasingly on the health care agenda both nationally and internationally. Studies have shown that the benefits of actively including patients in decisions about their health care improves their health, satisfaction and agency, as well as being more cost-efficient (SUM 2014,2). SDM has been shown helpful in the primary sector in lowering the use of antibiotics (Legare et al 2012), where growing resistance due to antibiotic overuse is a public health problem, with primary care responsible for 90% of the prescriptions in Denmark. Using Conversation Analysis on a dataset of 13 cases this study investigates how treatment decisions for antibiotics are made in primary care and whether the interaction follows the ideal of SDM. It finds that most treatment recommendations are presented as decisions already made, not encouraging the patient to participate in the decision making.

**Keywords:** antibiotika, patientinddragelse, almen praksis, konversationsanalyse, behandlingsforslag

## Indledning

Overforbrug af antibiotika er et voksende globalt og nationalt problem og i Danmark står de alment praktiserende læger for langt den største del af forbruget. Hovedparten af antibiotika gives for luftvejsinfektioner (Llor & Bjerrum 2014; Plejdrup et al 2015) og der overbehandles ofte (Bjerrum et al 2014, 1; Jørgensen et al 2013). Studier viser, at fælles beslutningstagen, der er en del af patientcentreret medicin, kan være med til at nedbringe brugen af antibiotika (Legare et al 2012; Butler et al 2012; Coxeter et al 2014).

*Praksisplan for almen praksis 2014-2015* fastslår, at patientinddragelse er et "relevant led i behandlingen", både på organisatorisk og individuelt niveau (Region H 2014, 75) og studier viser, at de fleste patienter ønsker at træffe behandlingsbeslutninger i fællesskab med lægen (SUM, 2). I Sundhedslovens §15 fremgår det, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, herunder risiko for bivirkninger (LBK 95). Patientinddragelse skal være med til at sikre lighed i sundhed, så det ikke kun er de ressourcestærke, der høres.

Fælles beslutningstagen skal altså være for alle. En forudsætning for at opnå dette er viden og information (SUM 2014,6,12). Men danskere (såvel som andre europæere) har begrænset viden om antibiotika og dets virkning. På trods af, at 69% af de adspurgte i en Eurobarometer-undersøgelse havde taget antibiotika inden for det sidste år, kunne under halvdelen huske at være blevet gjort opmærksom på ikke at tage unødvendig antibiotika, f.eks. for forkølelse eller influenza (EB407). Mindre end en femtedel af de, der var blevet gjort opmærksom på det, var blevet det af en læge. Men netop læger har i kraft af deres position en særlig rolle at spille; 94% i Europa mener, at lægen er den mest pålidelige kilde til viden om antibiotika (EB407, 27). Det er derfor værd at se på, om læger i løbet af konsultationen giver patienter den viden og information, der er nødvendig for, at de aktivt kan deltage i fælles behandlingsbeslutninger om antibiotika.

Lægerne selv lægger vægt på, at behandlingsbeslutninger skal træffes i fællesskab og de vil strække sig langt for at imødegå patienten (Hilden 2015, 272). Således skal lægen "søge at finde fælles forståelse med patienten om behandling og omsorg, at involvere patienten mere i behandlingsprocesserne, at være lydhør over for patientens ønsker, behov og præferencer." (Hilden 2015, 270). Pa-

tienten skal, som en ligeværdig i samtalen, møde et sundhedsvæsen "der aktivt spørger, hvad der er vigtigt for en" (SUM 2014, 2).

Men når læger stræber efter at være lydhøre overfor patientens ønsker, er det vigtigt, at de lytter til patientens *faktiske* og ikke *formodede* ønsker. Lægens opfattelse af patientens forventninger og patientens faktiske forventninger stemmer nemlig ikke altid overens: flere studier har fundet, at læger overvurderer patienters forventninger om antibiotisk behandling (Kumar et al 2003; Britten & Ukoumunne 1997; Cockburn & Pit 1997; Mangione-Smith 1999) og opfattelsen af patienters forventning om antibiotisk behandling er i USA fundet som den eneste signifikante prædikator for unødvendig ordinerings af antibiotika (Heritage 2004,139; Mangione-Smith et al 1999). Men meget af det, der opfattes som pres for antibiotika, består i søgning efter information eller specifikke handlingsmuligheder (Cabral et al 2014). Antibiotika er altså ikke nødvendigvis patientens førstevalg, selv i de tilfælde, hvor lægen opfatter det sådan. Patienter kan ønske behandling uden specifikt at ønske *antibiotisk* behandling. Studier peger på, at patienter er mere eller lige så tilfredse med en forklaring på deres symptomer, en vurdering af, hvor længe de kan forvente at være syge og rådgivning om håndkøbsmedicin til lindring af symptomer, som med at få antibiotika (Welschen et al 2004; se også Britten et al 2000; Mangione-Smith et al 2001). Når læger bliver bedre til at afdække patienters forventninger og bekymringer, og når patienten aktivt inddrages i beslutningen, falder brugen af antibiotika (Cabral et al 2014, 14; Legaré et al 2012).

Denne artikel undersøger, hvordan behandlingsforslag fremsættes. Efter en beskrivelse af data og metode, introduceres behandlingsforslag som sprogligt fænomen i den konversationsanalytiske tradition. Derefter analyseres 3 eksempler og det diskuteres, hvorvidt interaktionen mellem læge og patient er fælles beslutningstagen, og hvilke mulige konsekvenser dette kan have for antibiotikaforbruget.

### Data og metode

Det samlede datakorpus, der ligger til grund for dette studie, er 80 video- og lydoptagelser af konsultationer fra i alt 14 praktiserende læger. Af disse er 50 om luftvejsinfektioner og i 13 tilfælde træffes der beslutning om at give antibiotika for et nyt problem - dvs. at problemerne bliver præsenteret for første gang eller for første gang

siden de sidst blev kureret (jf. Robinson 2003, 30) og hvor antibiotika er det første behandlingsforslag. I alle tilfælde accepteres beslutningen om antibiotisk behandling af patienten<sup>1</sup>. De udvalgte tre eksempler er repræsentative for behandlingsforslagenes formater.

Optagelserne er transskriberet efter konversationsanalytiske konventioner (Jefferson 2004) og analyseret konversationsanalytisk. Konversationsanalysen ser, ved hjælp af detaljerede transkriberinger af naturligt forekommende data, på, hvad samtaledelegerne gør. Ved at se på brugen af ord, gestik, stilhed m.m., søger konversationsanalysen at forstå interaktionens logik og hvordan samtaledelegerne sammen når frem til f.eks. beslutningstagen (Ijäs-Kallio 2011,146). Et af konversationsanalysens grundlæggende fund er, at ethvert bidrag til en given interaktion både kan forstås som en respons på det, der går forud og samtidigt sætter rammen for efterfølgende bidrag (Heritage 1984). For behandlingsforslaget betyder det, at patientens accept eller afvisning af det er påvirket af, hvordan (og at) lægen har fremsat forslaget.

### **Behandlingsforslag og fælles beslutningstagen**

Behandlingsforslag er beskrevet grundigt som fænomen i konversationsanalysen (Greatbatch 2006; Kønig 2011; Stivers 2005). Det er som regel en af de sidste faser i konsultationen, følgende på åbning, problempresentation, undersøgelse (anamnese og fysisk undersøgelse) samt diagnose (Heritage & Maynard 2006,14).

Ijäs-Kallio et al (2011) skelner mellem den unilaterale og bilaterale behandlingsbeslutning. Den unilaterale beslutning er fremsættelse af et forslag eller en konklusion på en sådan måde, at kun accept (eller afvisning) er en relevant respons fra modtageren. Lægen antager at kende patientens perspektiv og efterspørger derfor sjældent patientens ønsker (Ijäs-Kallio et al 2011,145). Den bilaterale beslutningsproces opfordrer til og er delvist afhængig af patientens bidrag (ibid 145). Patientens ønsker efterspørgeres aktivt og de medicinske muligheder opvejes herimod. Det bilaterale format aktualiserer således fælles beslutningstagen.

Flere konversationsanalytiske studier af læge-patient samtaler om antibiotika har påvist, at patienter har mulighed for at deltage i og at påvirke behandlingsbeslutninger og at forholdet mellem læge og patient ikke er så autoritært og ensidigt, som det nogle gange hævdes. Selv når det gælder behandlingsbeslutninger, hvor patien-

ter ellers hyppigt opfattes som passive (Robinson 2003, 27; Larsen et al 2010, 8), viser konversationsanalysen, at patienter reelt har en del muligheder og redskaber til at deltage: De kan opretholde eller udfordre det unilaterale behandlingsformat ( bl.a. at komme med udvidet respons (Ijäs-Kallio et al 2011) eller tilbageholde accept eller foreslå og efterstræbe et alternativ (Stivers 2007). I forbindelse med beslutninger om antibiotisk behandling er dette dog overvejende undersøgt i tilfælde, hvor lægen anbefaler ikke-antibiotisk behandling samt hvor dette, efter direkte eller indirekte pres fra patienten, ændres til antibiotika. Jeg vil i denne artikel udelukkende se på tilfælde, hvor lægens første behandlingsforslag er *for* antibiotika og diskutere, hvilke konsekvenser formatet kan have for patientens respons herpå.

Når læger fremsætter et behandlingsforslag for en bestemt type medicin, er de med til at legitimere patientens besøg samt give patienter et håndgribeligt næste skridt i kampen mod infektionen (Stivers 2007). Behandlingsforslag *for* antibiotika er som udgangspunkt altid af dette format. Selve det, at der stilles et forslag, lægger op til - tilsyneladende uanset hvilken social kontekst – at acceptere snarere end at afvise forslaget (Davidson 1984). Dette kan yderligere forstærkes af, hvor "sikkert" lægen fremsætter forslaget. Behandlingsforslag (og forslag i det hele taget), kan nemlig fremsættes med større eller mindre grad af autoritet. Både den *epistemiske* autoritet, dvs. den autoritet, der kommer af at have viden (Heritage 2012a; Heritage 2012b), og den *deontiske* autoritet, dvs. retten til at træffe beslutninger om fremtidige handlinger (her patientens: at tage antibiotika) (Stevanovic & Peräkylä 2012) kan, som jeg vil vise i analysen, understreges eller underspilles ved hjælp af forskellige sproglige greb. Den grad af autoritet med hvilken lægen fremsætter sit forslag, kan få betydning for, hvor tilbøjelig patienten er til at acceptere eller afvise det.

### Analyse

Jeg vil i analysen vise eksempler på forskellige måder, behandlingsforslagene kan fremsættes på. Som jeg vil vise, lægger disse formater ikke op til patientens aktive tilvalg af antibiotika og opfordrer ikke patienten til fælles beslutningstagen<sup>2</sup>. Behandlingsforslagene er angivet med → i transskriptionerne.

### Behandlingsforslag efter fysisk undersøgelse eller prøvesvar

De behandlingsforslag, jeg finder i mine data, kommer oftest umiddelbart efter fysisk undersøgelse eller prøvesvar. I eksempel 1 har en patient opsøgt sin læge med symptomer på en luftvejsinfektion. Lægen har netop afsluttet den fysiske undersøgelse:

*Eks. 1*

- 1 LÆ : Altså jeg kan høre en lille smule (.) knitren, (.)
- 2 PT : Ja=
- 3 LÆ : =på: (.) på lungerne,
- 4 (0.5)
- 5 LÆ : o:g
- 6 → (1.0) så jeg vil give dig noget penicillin,
- 7 (0.3)
- 8 PT : °okay° ((nikker))
- 9 LÆ : ((ser på computer))

Lægen indleder med at give en *account* (Peräkylä 1998), dvs. en begrundelse, for sit forslag: en knitren på lungerne (l. 1). Dette objektive fund bruges som belæg for at fremsætte forslaget om behandling. At disse er forbundne viser lægens brug af "så" (l.6), der kobler "jeg vil give dig noget penicillin," til det umiddelbart foregående. På denne måde delagtiggøres patienten i det lægefaglige rationale, der ligger til grund for beslutningen, men inviteres ikke aktivt til selv at træffe en beslutning (noget, Ijäs-Kallio også finder (2011, 148)). Lægen er det handlende subjekt "jeg", der "vil give" og patienten den modtagende "dig", til hvem noget (penicillin) bliver givet. Selvom lægen i sin fremsættelse af behandlingsbeslutningen hævder deontisk autoritet ved at fremsætte beslutningen som en, der ligger inden for sit område ("jeg" vil "give dig"), med patienten som passiv modtager, bliver denne autoritet delvist nedtonet ved begrundelsen (l. 1,3)(Peräkylä 1998; Stevanovic & Peräkylä 2012). Lægen står til ansvar for sine handlinger over for patienten, men træffer beslutningen selvstændigt og informerer blot patienten om, hvad hun allerede har besluttet at gøre (Hudak et al 2011, 1031). Det gør accept fra patienten relevant, men signalerer ikke, at lægen forventer mere fra hende.

Patienten samarbejder om dette format ved at acceptere forslaget med et "Okay" (l. 8), der efterfølges af nikken (l. 8), hvilket ofte

angiver en lidt større grad af tilslutning end blot den minimale verbale respons, der ellers er den hyppigste måde at respondere på behandlingsforslag på (Stivers 2008; Stivers 2000; se også Ijäs-Kallio 2011). Hvis patienten havde haft noget at indvende mod beslutningen, ville dette være muligt i pausen på 0.3 sekunder efter lægens forslag (se også Ijäs-Kallio 2011, 147). Men da det ikke sker, signalerer lægen ved at vende sig mod computeren (l. 9), at patientens respons var tilstrækkelig til at lukke beslutningssekvensen og påbegynde en ny aktivitet.

I eksempel 2 har patienten henvendt sig med symptomer på bihulebetændelse og efter problempresentationen og den fysiske undersøgelse siger lægen:

*Eks.2*

- 1 LÆ : jeg tæ: nker at du har fået bihulebetændelse,
- 2 - : (.)
- 3 PT : Mm
- 4 LÆ : Ø::h
- 5 - : (.)
- 6 LÆ : som jo er bakterier der sætter sig derinde
- 7 LÆ : og laver en betændelsesreaktion
- 8 - : (0.3)
- 9 LÆ : ku man sige
- 10 LÆ : den bedste behandling er egentlig næsespray,
- 11 LÆ : for at få det drænet ud.
- 12 LÆ : → men jeg synes også med den feber og sådan som du ser ud nu,
- 13 LÆ : → at at vi skal give dig en antibiotikakur
- 14 LÆ : =ganske almindelig penicillin,
- 15 LÆ : =tåler du det?
- 16 PT : Ja
- 17 LÆ : ((giver instrukser i hvordan penicillinkuren skal tages))

Efter diagnosen "bihulebetændelse" og en forklaring af, hvad den skyldes (bakterier), fortæller lægen at symptombehandling (l. 10-11) er den bedste behandling. Umiddelbart derefter følger et "men", der vidner om, at næsespray alligevel ikke er nok og en account (l. 12) for hvorfor. Derefter fremsætter lægen behandlingsforslaget.

Det er let epistemisk nedtonet ("synes") (Heritage 2012, 16; Stivers, 2007, 165) og sammen med brugen af det fælles "vi" viser lægen, at hun orienterer sig mod beslutningsfasen som i nogen grad fælles (Heritage 2004, 135; Quirk et al 2012), om end beslutningen er designet som en bekendtgørelse af, hvad lægen allerede har besluttet, med patienten som den passive modtager til hvem noget ("antibiotikakur") gives. Bekendtgørelsen lægger ikke op til andet end at patienten tilslutter sig den behandlingsplan, lægen har foreslået. En sådan accept (og ikke bare kvittering for at have modtaget informationen) er nødvendig for at vise, at patienten er indforstået med at tage antibiotikaen (Stevanovic & Peräkylä 2012). Ved at give sin accept viser patienten samtidig, at hun accepterer lægens ret til at træffe sådanne fremtidige beslutninger. Selvom formatet således kalder på en tilslutning fra patienten, efterspørger lægen altså ikke aktivt patientens overvejelser og formatet lægger ikke op til, at patienten selv skal træffe et valg. Fordi lægen fortsætter direkte over i spørgsmål om allergi (l. 14), bliver patientens "ja" til et ja til at hun tåler penicillin og kun indirekte en accept af selve behandlingen, men dette behandles som tilstrækkeligt af lægen (l. 17).

### Forslag efter patientens eget bud på diagnose og behandling

Forslaget kan også komme efter at patienten selv har fremsat sit eget bud på, hvad både diagnose og behandling kunne være. Dette er mere usædvanligt, både i mine data og i litteraturen (se bl.a. Robinson 2003, 27; Stivers 2002a, 113) og Stivers (2002b) finder, at læger ofte opfatter dette som at patienten lægger pres på dem for at få antibiotika.

Eks. 3

- 1 PT: ø:hm så jeg tænker at jeg jo nok (.)  
 2 PT: ø- hvis det er mu:ligt jeg skal have noget penicillin,  
 3 PT: fordi det er jo ikke ↓bare en virus det her,  
 4 LÆ: =du skal på ferie?  
 ((anamnese optag, fysisk undersøgelse))  
 5 LÆ: Der ikke noget at hore på lungerne.  
 6 PT: =>Nej< hh  
 7 LÆ: Nej.  
 8 (0.3)  
 9 me:n ø:h

- 10 LÆ: .hh jeg tro:r at det er rigtigt at du har nok noget  
siddende i
- 11 LÆ: bihulerne. ø::hm
- 12 PT: j:a,
- 13 - : (0.3)
- 14 LÆ: .h ø::h o:g, (0.4)
- 15 LÆ: i betragtning af at du skal afsted der så
- 16 (.)
- 17 PT: Ja
- 18 LÆ: Øh men,
- 19 - : (0.2)
- 20 LÆ: jeg tror det vil være en god ide:(0.3)
- 21 LÆ: >under alle omstændigheder< så
- 22 LÆ: også og prøve at få taget lidt af trykket af der.
- 23 PT: ja,  
((lægen instruerer i flere former for symptomlindring))
- 24 LÆ: → men jeg giver dig en gang penicilli{n, ( )
- 25 PT: [Ja: det ville være super.
- 26 PT: kan man få en recept på panodil så man kan få  
mere end en tipak

Patienten påbegynder et behandlingsforslag (l. 1) og behandler samtidig dette som følsomt: hun indleder med en nedtoning af sit deontiske standpunkt: "ø:hm så jeg tænker at jeg jo nok (.)", og afbryder sig selv for at indsætte "hvis det er muligt", der overlader den endelige autoritet til lægen. Forslaget er designet sådan, at lægen ikke er forpligtet til at svare – det er ikke et direkte spørgsmål, men et udtryk for, hvad hun har "tænkt". Derved undgås noget af den uenighed patienten kunne risikere, hvis lægen ignorerede (eller sagde nej til) et direkte spørgsmål (Gill 1998, 343). Med begrundelsen for, hvorfor hun skal have penicillin (l. 3) skærper hun sit epistemiske ståsted ved at hævde at kende forskel på viral og bakteriel infektion. Hendes "jo" giver indtryk af, at det er tydeligt for enhver, at dette er en voldsom (dermed bakteriel) infektion og ikke "bare" en virus (understreget af tryk på "bare" og fald i toneleje).

Lægen responderer ikke på dette, men starter en ny sekvens (l. 4), nemlig indsamlingen af yderligere oplysninger, en sekvens, der ofte er blevet betegnet som værende lægens område (Heritage & Maynard 2006; Larsen et al 2010). Først herefter vender han tilbage

med en tentativ diagnose (l. 10-11), og inkorporerer på denne måde patientens bud på en diagnose (bihulebetændelse, data ikke vist) i nedtonet form. To gange antyder han beslutningen om at give antibiotika (l. 15, 21), men først i linje 24 giver han det egentlige forslag. Instrukserne i symptombehandling er grundige og kunne stå alene som alternativt behandlingsforslag, men patienten gives ikke valget. Lægens "men" (l. 24) sætter behandlingsbeslutningen i kontrast til de foregående instrukser i håndkøbsmedicin og giver indtryk af, at han modstræbende har besluttet *for* antibiotika. Ikke desto mindre fremsættes behandlingsforslaget som hans beslutning. Patienten svarer, i tråd med hendes stærke præsentation i hele konsultationen, ikke blot minimalt, men også med en positiv evaluering, "Det ville være super", og hævder dermed i stærkere grad end blot minimal accept sin ret til at med-beslutte dette (Stevanovic & Peräkylä 2012, 315)<sup>3</sup>.

### Diskussion

Som analysen viser, er lægerne gode til at indvie patienterne i de sundhedsfaglige overvejelser, der ligger til grund for en beslutning om at give antibiotika. De designer også deres udtalelser til den enkelte patient, og på den måde har patienterne indflydelse på beslutningsprocessen. Men selvom lægerne lytter til patienterne og sandsynligvis indirekte underviser patienterne i sygdomsforståelse, cementerer de med det unilaterale format, at de forskellige muligheder allerede er blevet overvejet og en beslutning truffet. Begrundelserne bliver altså ikke grundlag for, at patienten selv kan træffe et kvalificeret valg på baggrund af lægens rådgivning, men kun en orientering, som patienten kan give generel accept af. Denne accept *kan* skyldes, at der er overensstemmelse mellem lægens beslutning og patientens ønsker (Hudak et al 2011,1028)<sup>4</sup>. Men netop fordi formaterne lægger op til accept, kan det ikke med sikkerhed siges, at patienten ville have valgt antibiotika, hvis han eller hun var blevet introduceret til andre valgmuligheder og informeret om fordele og ulemper. Fravær af modstand mod antibiotisk behandling kan derfor ikke automatisk forstås som informeret samtykke til en fælles beslutning.

Ijäs-Kallio skriver, at "the patients themselves have means to affect the decision-making vis-a-vis their own preferences" (Ijäs-Kallio et al 2011, 154), men dette forudsætter netop, at patienten allerede

har præferencer og viden om alternativer. Det er langt fra sikkert, at alle patienter har det. Hvis de således ikke selv proaktivt tager del i beslutningen, og hvis lægen heller ikke aktivt inddrager dem, er risikoen, at de blot tilslutter sig lægens beslutning uden at få mulighed for at træffe et informeret valg i fællesskab med lægen. På denne måde ender man med en beslutningsproces, der er i strid med idealet om lighed i sundhed og fælles beslutningstagning. Risikoen er, at dette resulterer i højere antibiotikaforbrug end nødvendigt.

Uoverensstemmelsen mellem de generelle anbefalinger om fælles beslutningstagning og de måder, behandlingsforslag fremsættes på, kan skyldes, at lægen i løbet af konsultationen har fået indtryk af, at patienten ønsker antibiotika (eks. 3, se også Stivers 2002b og Stivers 2007) eller formoder, at dette forslag vil være uproblematisk for patienten. Men dette bliver i så fald antaget snarere end afklaret (Cabral et al 2014, 2). Det kan også skyldes, at læger betragter netop brugen af begrundelser som tilstrækkelig inddragelse af patienten. Studier peger også på, at læger ofte synes, at fælles beslutningstagning kræver (for) lang tid eller at patienterne ønsker, at lægen træffer beslutningen (Legaré & Thompson-Leduc 2014).

Yderligere undersøgelser af behandlingsformater for antibiotika ville kunne danne grundlag for udvikling af en slags gradbøjning af de forskellige formater for behandlingsforslag efter i hvor høj grad de lægger op til fælles beslutningstagning eller accept. Dette ville muligvis kunne føre til forslag til, hvordan fælles beslutningstagning kan efterstræbes. Sådanne studier ville kunne sammenlignes med internationale data for at finde universelle ligheder eller særlige danske praksisser.

## Konklusion

Som analysen viser, kan behandlingsforslagene have let forskellig ordlyd og være placeret forskelligt sekventielt, men fælles for dem er, at lægen er den handlende part, patienten modtageren og at behandlingsbeslutningen fremsættes unilateral og som allerede truffen. Formaterne lægger op til, at patienterne accepterer og tilslutter sig beslutningen, særligt hvor den fremsættes med en høj grad af epistemisk og deontisk autoritet. Det fremherskende unilaterale format giver kun medbestemmelse til de patienter, der selv kan tage den. Dermed risikerer læger at give unødvendig antibiotika til patienter, der ville være tilfredse med en ikke-antibiotisk løsning.

## Referencer

- Bjerrum, Lars, Bente Gahrn-Hansen, Malene Plejdrup Hansen et al. 2014. *Luftvejsinfektioner – diagnose og behandling*. [Klinisk vejledning for almen praksis]. Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Butler, C. C., S. A. Simpson, F. Dunstan, S. Rollnick, D. Cohen, D. Gillespie, M. R. Evans, et al. 2012. "Effectiveness of Multifaceted Educational Programme to Reduce Antibiotic Dispensing in Primary Care: Practice Based Randomised Controlled Trial". *BMJ* 344: d8173.
- Britten, Nicky, O. Ukoumunne. 1997. "The influence of patients' hope of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: A questionnaire study." *BMJ* 315: 1506-1510.
- Britten, Nicky, Fiona A. Stevenson, Christine A. Barry, Nick Barber, og Colin P. Bradley. 2000. "Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study". *BMJ* 320: 484-88.
- Cabral, Christie, Jeremy Horwood, Alastair D Hay, og Patricia J Lucas. 2014. "How Communication Affects Prescription Decisions in Consultations for Acute Illness in Children: A Systematic Review and Meta-Ethnography". *BMC Family Practice* 15 (1): 63.
- Coxeter, Peter, Tammy Hoffmann, og Chris B Del Mar. 2014. "Shared Decision Making for Acute Respiratory Infections in Primary Care". I The Conchrane Collaboration (red.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. EB407. 2014: Eurobarometer 407 Antimicrobial resistance DK. Senest 27.3.2015 på: [http://ec.europa.eu/health/antimicrobial\\_resistance/docs/ebs\\_407\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/ebs_407_sum_en.pdf).
- Davidson, Judy. 1984. "Subsequent versions of invitations, offers, requests, and proposals dealing with potential or actual rejection". I Atkinson, J Maxwell og Heritage, John (red.) *Structures of social action: Studies in conversation analysis*. Cambridge, UK. University Press: 102-128.
- Gill, Virginia Teas. 1998. "Doing Attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses". *Social Psychology Quarterly* 61 (4): 342.
- Gill, Virginia Teas, Timothy Halkowski, og Felicia Roberts. 2001. "Accomplishing a request without making one: A single case

- analysis of a primary care visit". *Text– Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 21 (1-2): 55–81.
- Greatbatch, David. 2006. "Prescriptions and prescribing: coordinating talk and text-based activities". I Heritage, John., og Douglas W. Maynard (red.) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press. Kap. 11
- Hansen, Malene Plejdrup, Tammy C. Hoffmann, Amanda R. McCullough, Mieke L. van Driel, og Chris B. Del Mar. 2015. "Antibiotic Resistance: What are the Opportunities for Primary Care in Alleviating the Crisis?". *Frontiers in Public Health* 3 (Februar).
- Heritage, John. 2004. "Conversation Analysis and Institutional Talk." I Robert Sanders and Kristine Fitch (red.), *Handbook of Language and Social Interaction*. Mahwah NJ, Erlbaum: 103-146.
- Heritage, John. 2012a. „Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge.“ *Research on Language and Social Interaction* 45(1): 1-29.
- Heritage, John. 2012b. "The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge." *Research on Language and Social Interaction* 45:30-52.
- Heritage, John og Douglas W. Maynard. 2006. *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press.
- Heritage, John. 2005. "Revisiting authority in physician-patient interaction." I Judith Duchan and Dana Kovarsky (red.), *Diagnosis as Cultural Practice*. New York, Mouton De Gruyter: 83-102.
- Hilden, Jens. 2015. "Almen medicin – alment praktiserende lægers speciale II" *Månedsskrift for Almen Praksis* marts 2015: 268-274.
- Hudak, Pamela L., Shannon J. Clark, og Geoffrey Raymond. 2011. "How Surgeons Design Treatment Recommendations in Orthopaedic Surgery". *Social Science & Medicine* 73 (7): 1028–36.
- Ijäs-Kallio, Taru, Johanna Ruusuvoori, and Anssi Peräkylä. 2012. „‘Unilateral’ Decision Making and Patient Participation in Primary Care.“ *Communication & Medicine* 8, (2): 145-55.
- Ijäs-Kallio, Taru. 2011. *Patient participation in decision making process in primary care: a conversation analytic study*. Tampere University Press, Tampere. Acta Universitatis Tampereensis, no. 1630
- Jefferson, Gail. 2004. "Glossary of transcript symbols with an introduction". I Gene H. Lerner (red.) *Conversation Analysis: Studies*

- from the first generation*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins: 13-31.
- Jørgensen, Lars Christian, Sarah Friis Christensen, Gloria Cordoba Currea, Carl Llor, og Lars Bjerrum. 2013. "Antibiotic Prescribing in Patients with Acute Rhinosinusitis Is Not in Agreement with European Recommendations". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 31 (2): 101-5.
- Koenig, Christopher J. 2011. "Patient Resistance as Agency in Treatment Decisions". *Social Science & Medicine* 72 (7): 1105-14.
- Kumar, S., Little, P. og Britten, N. 2003. "Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study". *BMJ* 328 (7381):138-141
- Larsen, Jan-Helge, Risør, Ole og Jørgen Nystrup. 2010. "Vejledning i konsultationsprocessen". Specialeuddannelsen i almen medicin. Senest 10.3.2015: [www.speam.dk/flx/aarhus/undervisere/?getFile=1275](http://www.speam.dk/flx/aarhus/undervisere/?getFile=1275)
- Légaré, France, Thompson-Leduc, Philippe. "Twelve myths about shared decision making". *Patient Education and Counseling*, 96(3):281-286.
- Légaré, France, Michel Labrecque, Stephane Turcotte, Michel Cauchon, Josette Castel, og Jeremy Grimshaw. 2012. "Training Family Physicians in Shared Decision-making to Reduce the Overuse of Antibiotics in Acute Respiratory Infections: A Cluster Randomized Trial." *CMAJ* 184(13): E726-734
- Llor, Carl, og Lars Bjerrum. 2014. "Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem". *Therapeutic advances in drug safety* 5 (6): 229-41.
- LBK nr 95 af 07/02/2008 (Sundhedsloven) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, j.nr. 2008-1200-196 Senest 1.4.2015: [www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054)
- Mangione-Smith, Rita H., Paul A. Krogstad, Robert H. N. Brook, Elizabeth A. McGlynn, and Marc N. Elliott. 1999. "The Relationship between Perceived Parental Expectations and Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior." *Pediatrics* 103:(4 I): 711-18.
- Mangione-Smith, R., Ea McGlynn, Mn Elliott, L. McDonald, CE Franz, and Rl Kravitz. 2001. "Parent Expectations for Antibiotics, Physician-parent Communication, and Satisfaction." *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine* 155(7): 800-06.

- Perakyla, Anssi. 1998. "Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care". *Social Psychology Quarterly*, 301–20.
- Quirk, Alan, Rob Chaplin, Paul Lelliott, og Clive Seale. 2012. "How Pressure Is Applied in Shared Decisions about Antipsychotic Medication: A Conversation Analytic Study of Psychiatric Outpatient Consultations: CA of Psychiatric Outpatient Consultations". *Sociology of Health & Illness* 34 (1): 95–113.
- RegionH Koncern. 2014. *Praksisplan for almen praksis 2014-2015*. Samarbejdsudvalget for almen lægegerning i Region Hovedstaden. Senest 16.03.2015: [www.regionh.dk/Sundhed/Politikker-Planer-Strategier/Praksisplaner/Documents/praksisplan\\_almen\\_praksis\\_201415.pdf](http://www.regionh.dk/Sundhed/Politikker-Planer-Strategier/Praksisplaner/Documents/praksisplan_almen_praksis_201415.pdf)
- Robinson, Jeffrey D. 2003. "An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation". *Health Communication* 15 (1): 27–59.
- Stevanovic, Melisa, and Anssi Peräkylä. 2012. „Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide.“ *Research on Language & Social Interaction* 45, no. 3 (2012): 297-321.
- Stivers, Tanya. 2002a. "Participating in decisions about treatment: Overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters". *Social Science & Medicine*, 54(7), 1111-1130.
- Stivers, Tanya. 2002b. "Presenting the problem in pediatric encounters: „symptoms only“ versus „candidate diagnosis“ presentations". *Health Communication*. 2002;14(3):299-338
- Stivers, Tanya. 2005. "Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance". *Social Science & Medicine* 60 (5): 949–64.
- Stivers, Tanya. 2006. "Treatment decisions: negotiations between doctors and patients in acute care encounters". I: Heritage, John og Douglas W. Maynard (2006) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press. Kap. 10
- Stivers, Tanya. 2007. *Prescribing under pressure: parent-physician conversations and antibiotics*. Oxford: Oxford University Press.
- Stivers, Tanya (2008) "Stance, alignment and affiliation during story telling: When nodding is a token of preliminary affiliation", *Research on Language in Social Interaction*, 41 / 1: 29-55.

SUM. 2014. "Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende". Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Hentet 16.03.2015: [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Dialogpapir-oeget-inddragelse-af-patienter-og-paar-aug-2014/01-Dialogpapir-om-oeget-inddrag-af-patienter-paaroeerende.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Dialogpapir-oeget-inddragelse-af-patienter-og-paar-aug-2014/01-Dialogpapir-om-oeget-inddrag-af-patienter-paaroeerende.ashx)

Welschen, I. 2004. "Antibiotics for Acute Respiratory Tract Symptoms: Patients' Expectations, GPs' Management and Patient Satisfaction". *Family Practice* 21(3):234–37.

### Noter

- 1 Kun i ét tilfælde beslutter patienten sig til slut for håndkøbsmedicin i stedet – dette sker efter at lægen har introduceret ikke-antibiotisk behandling som en mulighed. Dette tilfælde vil blive analyseret i et særskilt single-case studie.
- 2 Omend de, som Stivers har beskrevet (Stivers 2007) søger accept fra patienten før konsultationen bevæger sig videre fra beslutningsfasen.
- 3 Dette er mere sjældent i mine data end at respondere med simpel accept (se også Stevanovic & Perikylä 2012).
- 4 I nogle studier fortolkes patienters umiddelbare og umarkerede accept som ensbetydende med, at behandlingen var den, patienten havde forventet eller søgt (Ijäs-Kallio et al 2011).