

Tre typer av framtoning i läkares möte med patienter

Betydelsen av läkares framtoning i umgänget med patienterna har varit föremål för forskning som resulterat i en doktorsavhandling i sociologi vid universitetet i Oslo.

Ann-Mari Sellerberg har läst avhandlingen, som har titeln »Skik och bruk på legekantoret – en studie av legers selvpresentation og deres relasjoner till pasienterna» och som skrivits av Aagoth Elise Storvik.

Interaktionen – umgänget – mellan läkare och patient är knappast något nytt ämne för sociologer. Vissa har i sina analyser betonat likheten: t ex menar Talcott Parsons att denna interaktion följer ett mönster. Både läkaren och patienten har vissa normativa förväntningar. Båda framträder sedan enligt dessa förväntningar. Andra forskare ställer frågor om interaktionens olikheter i skilda situationer. Vad betyder t ex läkares utbildning, sociala härkomst, kön, ålder, för hur han/hon är mot sina patienter?

Aagoth Elise Storvik har i sin avhandling »Skik og bruk på legekantoret – en studie av legers selvpresentation og deres relasjoner till pasienterna» som utgångspunkt att läkares beteende aldrig kan förklaras på ett färdigt sätt, varken enligt parsonska mönster eller utifrån olika bakgrundsvariabler.

Interaktionen på läkarmottagningen präglas av situationen. Att man är läkare i allmänhet ger således, enligt Storvik, inga entydiga direktiv för hur man uppför sig. Läkarrollen utformas olika. Dessa olika utformningar – självpresentationer – handlar, enligt Storvik, inte bara om personliga egenskaper. I stället handlar de om vem man är i för-

hållande till den andre i en viss situation.

Ljudband från läkarbesök analyseras

Avhandlingens undersökningsmaterial utgörs av ljudband från läkarbesök. Åtta läkare ingår i undersökningen. Fem manliga och tre kvinnliga läkare låter således sina konsultationer spelas in på band. Blandningen av sjukdomar är stor; patienterna har högt blodtryck, dåligt hjärta, allergi, sockersjuka, seninflammation, ryggproblem, matsmältningsbesvär, förkylningar.

Avhandlingsförfattaren sorterar sitt inspelade material genom att använda en tolkningsguide med begrepp dels från Goffmans essä »Deference and demeanor» (1967), dels från hans essä »Role distance» (1961). Goffman preciserar dock i mycket liten grad under vilka omständigheter ett bestämt fenomen inträder, något som försvårar sorteringen av observationerna. Goffman ger i en mening bara en »shoppinglista», som dessutom ständigt ändras.

Tre läkartyper urskiljs

Vid sin sortering urskiljer avhandlingsförfattaren tre typer av läkare: den personliga, den respektfulla och den instrumentella. Dessa läkartyper pratar med sina patienter på olika sätt. De beter sig också i övrigt olikartat: deras klädsel, deras användning av förnamn, deras skratt, leende och tonfall skiljer sig åt.

Jag ska ge några exempel från analysen. Tre av läkarna ses som personliga, två män och en kvinna. De är alla kommunala läkare. Närheten visar de genom att öppet uttrycka att de är engagerade. De har entusiastiska utrop när de anger blodtrycket: »170/80, det är ju strålande!» De personliga läkarna visar också intresse för patientens familjeliv. De frågar om barnbarn och barnbarns barn, om konfirmationer och semesterresor. De personliga säger: »Ha det gott», »lykke till». De tilltalar med »Lauritsen» och »fru Lydersen». De personliga läkarna delas ytterligare in i två underkategorier: de kamratliga och de faderliga. De kamratliga är oformella. Det är skämt och

jargong och ledig klädstil. De säger till patienten, »jaså du er byjente, du» osv. En av de kamratliga läkarna kallar en sömnmedicin för »Mercedesen bland sömnmedicinerna». Den faderlige läkaren däremot är mer formell i sitt sätt att vara.

Den personliga självpresentationen är dock än mer sammansatt. De personliga läkarna är visserligen duktiga på att ställa personliga frågor, men de är inte så duktiga på att hantera negativa inslag i patientens livssituation. Därmed blir det förståeligt att patienterna hos de personliga läkarna ofta följer det som Storvik kallar unngåelseritualer. Patienterna håller sig på avstånd.

De respektfulla läkarna visar ett försiktigt engagemang. De är på intet sätt likgiltiga. Men de markerar att de avslutande är intresserade av patientens hälsa. De respektfulla ursäktar sig när de är tvungna att fråga personligt.

»Vi spør og graver om allt vi, vet du.» Avhandlingsförfattaren observerar även hur de respektfulla är klädda. De är mer formella i sin klädsel än de personliga. Samtidigt är de respektfulla läkarnas patienter klart mer oformella än de personliga läkarnas! Patienterna här grälar och skämtar.

Den tredje typen är de instrumentella läkarna. De instrumentella läkarna uppför sig enligt, vad Storvik kallar, »unngåelseritualer». De svarar inte patienterna i situationer där man i vanligt socialt umgänge förväntar ett svar.

Ceremonierna studeras

Storvik analyserar vad hon kallar ceremonierna i läkarnas umgänge med patienterna. Hon betonar att en ceremoni aldrig är ytlig. Det handlar ju här om inslag i människors umgänge som är »ansiktsbevarande»; värdighet kan ges eller berövas. Storvik – och Goffman – talar i detta sammanhang om »face». »Face» är den bild en individ tecknar av sig själv och önskar inneha i mötet med andra människor. Det »face» som en människa presenterar handlar således alls inte bara om social status. Individen kan t ex i sitt »face» vilja framhålla sin ärlighet, spontanitet och utåtvändhet – »sån är jag».

Efter analysen av det ceremoniella ►

Författare

ANN-MARI SELLERBERG

professor, sociologiska institutionen, Lunds universitet.

ANNONS

ANNONS

kommer Storvik in på den uppgiftsbaserade interaktionen.

- Läkaren ska diagnostisera.
- Läkaren ska förhandla om välfärdsvinster.
- Läkaren ska ge livsstilsvägledning.

Dessa arbetsuppgifter är sociologiskt komplicerade. De ställer motsägelsefulla krav. Ett exempel är: Diagnosen. Diagnoser är ofta – med nödvändighet – osäkra. Läkaren måste emellertid framställa det osäkra på ett säkert sätt: »Vi har en hypotes», »vi har ett förslag». Läkarna markerar på dessa sätt inför patienten att osäkerheten är under kontroll. Även andra arbetsuppgifter är motsägelsefulla. Dagens läkare har en dubbelroll. Å ena sidan är de patienternas advokater. Å andra sidan blir läkaren en kontrollerande portvakt vid fördelningen av mediciner på s k blå recept, sjukskrivningar osv. Även när läkarna utför dessa konkreta – och socialt komplexa – arbetsuppgifter kommer emellertid de olika självpresentationerna till synes.

Storviks utgångspunkt är således långt från Parsons och de färdiga normativa förväntningarna som präglade hans läkarroll. Särskilt kommer detta

till synes i diskussionen av hur läkarna uttrycker sin rolldistans. Rolldistans innebär att roller inte bara spelas utan, som Goffman uttrycker det, »they are played at». Å ena sidan spelar läkaren sin läkarroll. Å andra sidan använder han/hon sin roll på ett annat sätt, nämligen genom att avvisa den. Läkaren kommunicerar utåt till omgivningen att »jag är inte sån som ni förväntar utifrån den läkarroll jag just nu intar».

Positiv detaljrikedom

Som omdöme kan sägas att avhandlingen är välskriven och rik på detaljer. Framför allt är arbetet ett seriöst försök att tillämpa ett visst teoretiskt perspektiv på högst konkreta data. Storvik visar även finurlighet i sina observationer.

Hon observerar hur stor andel av patienterna som kommer för sent till en viss läkare. Hon observerar vilka läkare som har knäppt vit rock. Hon noterar om läkaren ler, om han/hon ger beröm. Storvik ser vilka läkare som uttrycker avskedshälsningar och vilka som använder förnamn. Jag ser denna detaljrikedom som positiv. Jag hade emellertid önskat ännu mer detaljer. Jag menar att »tecknen» ibland är alltför grova.

Här kommer jag till min kritiska centralfråga: I vilken mån är olika användning av namn, olika sätt att hälsa och fråga etc i första hand knutet till vad läkaren/patienten är i färd med att göra, och således inte till läkarens självpresentation?

En outtalad jämförelse

Storvik skriver själv att hon använder en jämförande metod. I hennes konkreta tillvägagångssätt ser jag dock vissa problem. Det första problemet är en dold jämförelse. Storvik jämför – ofta outtalat – med prat på bussen och liknande. Storvik synes förvänta att t ex »small talk» mellan läkare och patient skall vara som »small talk» i vardagliga situationer mellan goda vänner. Hon synes av kommentarerna att döma förvänta sig att läkarna skall använda »small talk» t ex då en patient berättar om sina höftsmärtor.

Legen: Hvorfor har du kommet hit i dag?

Pasienten: For å snakke med legen. Mange av mine venninner sier at jeg må gå til en annen lege. Jeg har så skrekkelig vondt i hoftene.

Legen: Har du det?

Pasienten: Ja, det er helt forferdelig, om det er noe som kan gjøres for å bli bedre.

Legen: Så det er hoftene som er problemet.

Pasienten: Ja, det er det verste. Du ser jeg kan jo nesten ikke gå.

Legen: Nei, det gikk smått, er det på grunn av smertene at du går så langsomt?

Legen viser ingen medfølelse, skriver Storvik. Han kunde ju t ex ha sagt »dette høres leit ut» eller »jeg skjønner at du ikke har det bra». I stället förhåller han sig helt instrumentellt konstaterande och säger »så det er hoftene som er problemet» och »nei, det gikk smått». Jag menar dock att det på kliniken sker en speciell form av »small talk» och att det inte handlar om en vardaglig situation och dess uttryck. Det är här frågan om en speciell asymmetrisk form av so-

cial interaktion. Läkarna kan vara sociala – men de berättar vanligen inte om sig själva. Och patienten frågar dem inte heller.

Förenklade slutsatser

Storviks utgångspunkt leder till vad jag ser som förenklade slutsatser. Hon fastslår att patienterna är passiva. Patienter föreslår inte själva diagnos. De kommer inte med förslag vad det kan vara för någonting. (Jag drar mig här till minnes att jag hört bekanta upprört relatera läkarbesök där läkaren frågat dem: »Ja, vad tror ni själv att det är?») Återigen finns den dolda jämförelsen mellan bekanta i botten. Patienterna framstår som passiva. »Dom blir fremmedgjorda», skriver Storvik. Men på kliniken finns ett i en mening fast interaktionsformat. Patienten kommer visserligen inte med egna förslag, men det behöver inte innebära passivitet. När patienterna kommer hem kan de ta sin medicin – eller låta bli. (Alla »compli-

ance»-undersökningar handlar ju just om patienter som är alltför egenmäktiga.) Och patienterna företar utvärderingar: Är han duktig? Vet han? De försöker tolka. I texten finner jag ett viktigt uttalande avseende denna utvärderande aktivitet: Storvik skriver att många patienter letar efter symboliska uttryck för läkarnas duktighet. Patienterna bedömer, de utgör inte en passiv »captive audience». Man värderar, man underlåter att ta den föreskrivna medicinen och, framför allt, man kommer inte tillbaka.

Oegentliga jämförelser

Storvik säger sig ha kommit fram till sina typer av självpresentationer med hjälp av en jämförande metod. Problemet är dock att Storviks jämförelser är oenhetliga. Hon borde ha sökt efter mer likartade jämförelsesituationer, t ex genom att mer precisera arbetsuppgifterna: Det är mycket olikartade arbetsuppgifter att meddela ett lagom blodtryck till en orolig liten dam och att ge ett problematiskt värde till en patient som inte ser detta värde som ett problem.

»Blodtrycket, 95, det er jo glimrende!», säger läkaren som meddelar det goda värdet. Storvik tolkar detta så att läkaren är personlig. Detta kontrasteras sedan mot läkare som inte ger sådana utrop. Avsaknaden av tillrop skulle tyda på läkarens självpresentation som distanserad, respektfull. Men jämförelsen handlar om olikartade arbetsuppgifter, nämligen att meddela ett problematiskt värde versus ett oproblematiskt. Storvik borde ha jämfört hur också de respektfulla, instrumentella, inte bara de personliga, meddelar bra värden samt hur personliga meddelar dåliga värden – och inte bara hur de respektfulla gör det.

Arbetsrelevant framtoning

Storvik talar om personliga inslag i självpresentationen. Jag menar att det personliga ofta är arbetsrelevant. Läkaren använder sin personliga framtoning. Storvik beskriver t ex en kamratlig läkare som i ett väninnehållande (läkaren och patienten) skrattar på mäns bekostnad över deras svagheter. Storvik talar om »en lustig historia» som läkaren återger. Hon har skickat en patient flera tusen kilometer i onödan. Storvik framhåller den muntra tonen.

Legen: Og det har jeg opplevd en gang som distriktslege, å sende en pasient mange tusen kilometer, for så å få rede på at han ikke hadde en eneste levende sædcelle – det gjør jeg ikke igjen!

Läkaren kommer även med en anmärkning om mäns reaktioner på att ge spermprov:

Legen: Og det syns jo menn er ytterst

ubehagelig å komme med et kondom knyttet igjen.

Är verkligen väninnehållandet och den muntra tonen det primära? Är det inte i stället så att läkaren ser en arbetsuppgift framför sig. Det tidigare misstaget får inte upprepas. Mannen måste komma. Väninnetonen skall få mannen till kliniken – genom kvinnan.

Något som visar att det personliga kan vara arbetsrelevant (och ibland inte är det) är följande: Vissa personliga saker som patienten tar upp »nappar» inte de personliga läkarna på. – De har helt enkelt ingen nytta av det personliga just då. Patienten kastar ut personliga lokelser: »Jag har födelsedag idag!» (Inget svar.) »Jag har hållit på med TakWanDo.» (Inget svar.) Om läkaren tigger – t ex efter TakWanDo – så är det för att han/hon vill vidare i arbetet. En mer precis beskrivning av situationen och arbetsuppgiften hade gjort metoden i en sann mening mer jämförande.

Små skillnader i självpresentationerna

Det lilla antalet läkare gör också att jämförelser mellan deras olika självpresentationer ter sig osäkra. Ibland är skillnaden hårfin. Storvik skriver att de respektfulla läkarna försökte förklara synpunkter i lite mindre grad än de personliga läkarna, eller att de respektfulla läkarna t ex inte var fullt så ivriga att ge bakgrunden till sina synpunkter som de personliga läkarna. Storvik använder »ett intryck var likväl», uttryck som visar att olikheterna ter sig osäkra även för henne.

Det lilla antalet får även en särskild innebörd genom att så få hamnar i varje grupp. Storvik delar in dem i tre grupper. Med underavdelningar blir det fem olika kategorier. Alla fall blir – nästan – en kategori. Och det är klart att man då frågar sig: Hade det stannat vid dessa grundtyper om hon haft avsevärt fler inspelningar?

Slutomdöme

Mitt slutomdöme blir trots mina kritiska synpunkter att Storvik varit djärv på ett positivt sätt. Det är djärvt att försöka fånga dessa subtila – och kanske avgörande – skillnader i mikrointeraktioner. Även om jag anser att Storvik ibland övertolkat framtoningens betydelse är det tveklöst så att »det ligger nånting i det». Man kan ju bara se på sig själv; vem undviker inte en läkare med fel framtoning?

Storvik urskiljer nyanser skickligt. Hon ser de subtila olikheterna: den respektfulla ursäktar »inträngandet» och säger, »vi spør och graver om allt vet du». I denna mening är Storvik en »positivistisk optimist». Med detta menar jag hennes förvisning att man kan

komma åt det undflyende i respekt, närhet och värdighet och liknande med »positivistiska» medel. Jag vet att Storvik hajade till när jag använde uttrycket positivistisk optimism i oppositionen. Detta stämde väl inte? Sättet att se »manchesterbyxor» och »skratt» som manifesta tecken på en personlig framtoning ser jag dock i positiv mening som positivistiskt. – Vi ser en representant för det som Webb m fl en gång kallat »unobtrusive measures».

Referenser

- Goffman E. Encounters: Two studies in the sociology of interaction. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1961.
Goffman E. Interaction ritual, essays on face-to-face behavior. New York: Anchor Books, 1967.
Webb E J. Unobtrusive measures. Nonreactive research in the social sciences. Chicago: Rand McNally, 1966.