

Ann-Mari Sellerberg



Lina Larsson:

Att mobilisera för framtiden. Anestesiläkares översamtal

Linköping Studies in Arts and Science nr 515, Linköpings
universitet, Institutionen för tema, Linköping, 2010

Avhandlingen handlar om anestesiläkares översamtal på en intensivvårdsavdelning (IVA). Det som analyseras är samtalen när jouren på en intensivvårdsavdelning går på och av. Larsson beskriver läkarnas situation som paradoxal. Den är vardaglig och extrem. Den är vardaglig som det återkommande arbetet är för de flesta av oss. Den är extrem för att de patienter som det handlar om ofta befinner sig i en livshotande situation. Analysen visar detaljerat med hjälp av konversationsanalys hur anestesiläkarna beskriver patienternas tillstånd, hur de kategoriserar patienterna och hur de pratar om patienterna. I dessa samtal beskriver de också en möjlig framtid för dessa.

Det är 17 samtal som Larsson analyserar enligt konversationsanalytiska normer. I samtalen medverkar mellan tre och sju läkare. Hon har följt läkarna i arbetet på avdelningen men också i kafferum och vid korridorprat och schemalagda möten. Översamtalen sker en gång på morgonen när jourens arbete slutar och en gång på eftermiddagen när jourens arbete börjar.

Ann-Mari Sellerberg, professor i sociologi,
Sociologiska institutionen, Lunds universitet
ann-mari.sellerberg@soc.lu.se

Anestesiläkarna är ansvariga för vården på intensivvårdsavdelningen. Deras uppgift är att minska smärta och upprätthålla vitala funktioner hos patienter i oftast mycket kritiska tillstånd. De söver och smärtlindrar. Läkarnas samtal om patienternas framtid har verkliga följder för deras överlevnad.

Intensivvård är dyr. Man beräknar då avhandlingen skrevs 2010 att en plats kostar 35 000 kronor per dygn. På avdelningen fanns det plats för sex patienter. Omfattningen kunde utökas till åtta platser. En utgångspunkt hos Larsson är att i denna situation är skapandet av medicinska fakta ett ständigt pågående projekt. Detta faktaskapande sker till stor del i samtalen. Medicinsk kunskap, skriver Lars-

son, är en praktik som ständigt produceras och reproduceras.

En ytterligare aspekt som är central i Larssons avhandling är att samtalen utgör problemlösningar, där medicinska och moraliska dimensioner sammanflätas. Samtalen påverkar vilken framtid patienten får och vilken "sort" patienten blir. Ett kapitel heter således "Riktiga IVA-patienter". Larsson skriver om hur anestesiläkarna "gör" kategorin IVA-patienter i sina samtal. De icke önskvärda patienterna på en intensivvårdsavdelning är antingen i för bra eller för dåligt skick. Detta är dock inte något som är enkelt fastställt. Det råder stora osäkerheter och det finns förhandlingsutrymme. Det gäller emellertid för läkarna inte bara att kategorisera patienten medicinskt utan även organisatoriskt. Hör patienten hit eller ska patienten vara på en annan avdelning? Ibland kan en icke-IVA-patient befinna sig där på grund av att det var "knökfullt på infektionen".

Läkarnas samtal och den kategorisering som sker i dessa skapar ett framtidsperspektiv för patienten. Det är här begreppet mobiliseringsvärde från Dodier och Camus (1998) förs in. Begreppet är en kritik mot föreställningen att det skulle vara sociala eller moraliska egenskaper hos patienten som delvis avgör vem som ska prioriteras, vilket ibland hävdats i sociologiska arbeten. Den idealiske/a läkaren skiljer strikt på moraliska omdömen och klinisk praktik (Green 1997:25). Moraliska synpunkter från läkare blir därför problematiska. Dodier och Camus menar att mobiliseringsvärden i hög grad handlar om medicinska kriterier. I första hand handlar det om läkarnas möjlighet att med sin expertkunskap kunna hjälpa just den här patienten. Inför detta resonemang infinner sig frågan hos läsaren: är mobiliseringsvärdet fritt från moraliska inslag?

Det är således en ytterst känslig fråga som behandlas i kapitel nio, "Den socialt situerade patienten". Här kommer vi åter in på den moraliska aspekten som diskuteras i kapitlet om mobiliseringsvärde. Larsson skriver att patienterna på intensivvården är avskalade många av sina sociala markörer. De har vanligtvis svårt att tala med sin omgivning och meddela sig, de är ofta medvetlösa och/eller intuberade. De har inte sina egna kläder. De framträder inte som mamma, pappa, yrkespersoner, charmiga personer eller respektabla medborgare. Ändå kommer en viss sådan information in i samtalen. Vad är det då för information? Mobiliseringsvärdet grundar sig på den medicinska livsapparatusens värde – men inte enbart. Patientens framtid ska förstås, läsas och bestämmas. Patientens framtid är i denna mening inte statiskt orörlig utan rörlig och plastisk. Här diskuterar Larsson det underförstådda samtalet och hon analyserar det underkommunicerade, det diskreta och de sidokommunikationer som ingår i skapandet av mobiliseringsvärdet. Familjesituationen, om patienten är gift eller ogift, omtalas sällan i den medicinska rapporten. Informationen görs ändå ofta tillgänglig. Den kan komma fram i uttryck som "Kan cykla sju mil enligt system" eller "Det har pågått en månad säger frun". Här signaleras något. Om det är en syster som har uttalat sig så är

patienten troligtvis ensamstående, i motsats till om hustrun uttalat sig. Social information som får medicinsk relevans kommuniceras alltså diskret. Negativa men relevanta aspekter (för mobiliseringsvärdet) kan uttryckas i form av underdrifter, till exempel alkoholism. Man nämner inte ordet "alkoholist" utan talar om en skrumplever. I materialet finns också omskrivningar som "etyliker". Psykiska störningar kan nämnas mer tillfälligt: "Har varit i kontakt med psyk". Larsson tolkar detta som att det finns en medvetenhet om hur det sociala kan spela in i bedömningarna och att läkarna medvetet försöker motverka detta, bland annat genom att inte säga explicit att någon är alkoholist. Här inställer sig dock snarare insikten att den sociala, ibland moraliska, informationen verkligen kommuniceras. Den kommer in i diskreta samtal. Men beror detta på att man försöker undertrycka den?

Intressant är att dessa andra aspekter kommer in på vissa typiska sätt, som kartlagts inom den konversationsanalytiska forskningen. Man refererar till att andra beskrivit patienten som "oerhört charmig och belevad". Här är Larsson skicklig i sina tolkningar av denna subtila kommunikation och hänvisar då till konversationsanalysens rön om hur "reported speech" (man återger vad någon annan sagt) är ett sätt att fransäga sig eget ansvar om det utsagda. Det känsliga förmedlas diskret och underrapporterat – men ändå tydligt.

Konversationsanalysens resultat bygger ofta kumulativt på varandra. Det finns en mängd forskare som studerat samtal mellan läkare och patienter. Färre har studerat samtal mellan läkare. Den känsliga tolkning som Larsson gör skulle än mer kunnat grundas genom hänvisningar till konversationsanalysens resultatvärld. Larsson skriver bland annat att det halvt uttalade får sannolikt större konsekvenser och gör större avtryck hos mottagaren av information än det explicit utsagda. Detta sägs i samband med att en vuxen kvinna av läkarna (halvt uttalat) beskrivs med underförstådda markörer som barnslig och omogen och att hon inte tar ansvar för sin sjukdom. Man undrar varför det halvt uttalade får större emotionella konsekvenser? Finns annan forskning på området? Varför får inte det explicit och tydligt utsagda i detta sammanhang samma resonans? Vilka normer gör att det inte är möjligt att direkt uttala detta i de medicinska samtalen?

Larsson ger emellertid även exempel på ett motsatt samtalsmönster. En överläkare är onödigt utförlig och tydlig i sin redogörelse (det som brukar kallas "account") för att förklara sin behandlingsinskränkning. Han lämnar vida mer information än vad han behöver. Inom konversationsanalysen har detta kallats för "defensiv detaljering" ("defensive detailing", Drew 1998:297). Antagandet är att läkaren försvarar sin behandlingsinskränkning med att vara övertydlig. Här är det naturligtvis svårt att veta vad utförligheten innebär. Det är även svårt att dra gränsen mellan vad som är onödigt mycket information, lagom information eller mindre information än vad som behövs. Kort sagt, empiriskt måste det

vara svårt att veta när informationen är överflödigt eller inte. Å andra sidan visar begreppet defensiv detaljering på något väsentligt och mänskligt naturligt vid dessa känsliga beslut.

Lina Larsson tar ganska kortfattat upp betydelsen av olika status i de medicinska yrkessamtalen. Olika typer av medicinska utbildningar har olika status och den medicinska hierarkins roll är stark. Anestesiologer har olika status sinsemellan och det hade varit intressant att även se den formella statusens eventuella inverkan. Ett exempel är när anestesisköterskan haft synpunkter. Detta beskrevs ironiskt med anestesiläkarnas ord som att hon agerade ”stordoktor”. Hon hade gått över gränsen för sin egen roll, något som givetvis har följder för hur det hon säger uppfattas.

Lina Larsson urskiljer således betydelsen av vem som uttalar något. Överläkaren markeras till exempel med tanke på hur medicineringen skett: att NIVA framstår som mindre trovärdigt i relation till Thorax.

Ö1: Det var [ST1:s förnamn] hade hört hur de gör på NIVA.

ST1: Thorax.

Ö1: Thorax kör detta, oj då, då får jag ta lite mera respekt. Tar de midazolam.

ST1: Ja midazolam och fentanyl.

A1: Det låter som standard.

ST1: Ja.

Slutomdöme

Larsson visar i sin avhandling på hur oändligt förenklat det är när man talar om läkarrollen i allmänna ordalag. Hon visar hur läkarrollen elaboreras i skriven text, i talad interaktion och i sättet att vara i relation till kollegor och patienter. Här handlar det inte om att läkarna gör läkarskap (som det brukar uttryckas) utan att läkarna mer specifikt gör anestesiläkarskap på en intensivvårdsavdelning. Detta är min första positiva erfarenhet efter att ha läst Lina Larssons avhandling. Det andra är hennes skickliga sätt att förankra sina observationer av läkarnas kommunikation (och underkommunikation) i den kunskapskälla som finns i konversationsanalysen. Begreppen blir markörer som klargör obegriplig underkommunikation liksom överarbetade förklaringar i samtalen. Några gånger har jag reagerat för att slutsatsen kunde ha förankrats än mer. I stort innebär emellertid Lina Larssons sätt att hänvisa till det stora erfarenhetsunderlag som finns inom konversationsanalysen att särdrag i anestesiläkarnas samtal ges spännande begrepp där det som är utmärkande just för ”anestesiläkarskapet” blir tydligt.

Referenser

- Dodier N & Camus A (1998): "Openess and specialisation: Dealing with patients in a hospital emergency service". *Sociology of Health & Illness*, vol 20, nr 4, s 413–444.
- Drew P (1998): "Complaints about transgression and misconduct". *Research on Language and Social Interaction*, vol 31, nr 3–4, s 295–325.
- Green J (1997): *Risk and misfortune. A social construction of accidents*. London: UCL Press.

