

Läkare, kvinna och forskare - reflektioner kring tolkning av intervjuer

Katarina Hamberg

Eva Johansson

I denna artikel problematiseras tolkningsprocessen vid kvalitativ intervjuanalys. Empirin kommer från erfarenheter gjorda i en intervjustudie där forskarna var kvinnliga läkare och informanterna deras kvinnliga patienter. Hur påverkades intervjuanalysen av forskarnas olika positioner som läkare, kvinna och forskare?

Katarina Hamberg och Eva Johansson är båda distriktsläkare vid Mariehems Vårdcentral i Umeå, tf. högskolelektorer vid Tillämpad medicin vid Umeå universitet och doktorander vid allmänmedicinska institutionen vid Umeå universitet.

Forskningen har gjorts möjlig via stöd från Umeå sjukvårds anslag för FoU i primärvården, Forskningsrådsnämnden och Samverkansnämnden i Norra regionen.

Ett växande intresse för kvalitativa metoder kan märkas inom medicinsk kvinnoforskning i stort och särskilt inom forskning med en feministisk ansats. Det är glädjande eftersom mycket av människors erfarenheter, upplevelser och reaktioner inte kan fångas med traditionella kvantitativa tillvägagångssätt (1). Med nya metoder följer emellertid också nya svårigheter som det är nödvändigt att förhålla sig till eller lära sig bemästra. I denna artikel kommer vi att problematisera tolkningsprocessen vid intervjuanalys, genom att kritiskt reflektera över egna erfarenheter från en intervjustudie med kvinnliga patienter. Som en bakgrund presenteras först forskningsprojektet och de teorier som var avgörande för uppläggningsen.

FORSKNINGSPROJEKTET

Som distriktsläkare ville vi studera ett problemområde i vårt arbete; kvinnor som söker hjälp för långvarig värk i muskler och skelett. Värk där vi trots utredning inte hittar någon biomedicinsk förklaring eller där värken och smärtan vid en viss diagnos blir kronisk, trots att

den vid den aktuella diagnosen "borde" gå över. Vi ville få ökad kunskap om kvinnornas livsvillkor och förståelse för situationer och förhållanden som läkare och patienter "normalt" inte talar om. På så sätt hoppades vi kunna hitta nya vägar att hjälpa kvinnorna bättre.

Teoretiska utgångspunkter

Vår utgångspunkt i forskningen var att låta kvinnorna tala och ge sin bild av verkligheten. Med ett feministiskt perspektiv (2), en kvalitativ metod (1) och genom att se på kvinnorna som resurser i forskningen sökte vi ny kunskap (3). Vi baserade oss på andra kvinnoforskarens erfarenheter av intervjuer (4, 5) som kan sammanfattas: det är avgörande att skapa en förtroendefull relation till kvinnan, ge henne tillräckligt med tid och ta henne på allvar för att hon skall berätta om sin verklighet. Genom att följa dessa rekommendationer hoppades vi skapa en intervjusituation där informanten kunde berätta vad hon egentligen ville ha för hjälp och var skon verkligen klämd. Hon skulle berätta om egna tankar som hon annars höll inne med p g a tidsbrist, brist på förståelse eller maktasymmetrin i patient-läkarrelationen.

Design och analys

Tjugo kvinnor som var sjukskrivna p g a svårdiagnostiserad värk och besvär från rörelseorganen inkluderades. Vi intervjuade dem vid tre tillfällen under två år och som deras läkare skötte vi utredning och behandling. I tematiskt strukturerade intervjuer (3), fick kvinnorna berätta om sina livsvillkor med fokus på besvären, arbetslivet och familjelivet. Varje intervju varade 1-2 timmar och skrevs ut till text. Analysen gjordes enligt grounded theory (6, 7), en etablerad kvalitativ analysmetod. Först läste och kodade vi intervjuerna var

Med kvalitativa metoder följer nya svårigheter som det är nödvändigt att förhålla sig till

Intervjuer av egna patienter bör resultera i fynd som blir tillämpbara i kliniskt arbete

för sig, sedan jämförde vi koder och tolkningar med varandra.

Resultat

Vi har tidigare beskrivit kvinnornas situation på arbetsmarknaden (8), och analyserat deras erfarenheter i sjukvården och de strategier de använder för att ta sig fram och få hjälp i sjukvården trots den marginalisering de beskriver (9). I vår analys av kvinnornas hemsituation och relation till mannen har vi föreslagit begreppet "äktenskapskontrakt" för att beskriva outtalade och i detta sammanhang viktiga strukturer i parrelationen (10). Villkoren i äktenskapskontraktet och kvinnans förhållningssätt till dessa villkor påverkar nämligen rehabiliteringen och kvinnans möjligheter att anpassa sitt liv när hon har värk (11).

REFLEXIONER

Vilken sanning?

Vi blev redan tidigt medvetna om att våra olika roller som läkare, kvinna och feministisk forskare skulle kunna bli svåra att balansera. Vi fick kritik framför allt för att vi forskade på egna patienter; "Vilken sanning kommer ni att hitta med en sådan design?", "Blir inte dessa patienter så särbehandlade och speciella att det inte går att dra några slutsatser alls av eventuella resultat?". Vi framhärdade, framförallt med motiveringen att som distriktsläkare ville vi forska i vår egen miljö. Intervjuer av egna patienter bör resultera i fynd som blir tillämpbara i kliniskt arbete. Det kvinnorna berättar för oss om sina livsvillkor är sådant de kan tänka sig berätta för sin läkare. Andra läkare och kvinnliga patienter bör därför kunna få nytta av våra resultat.

Naturligtvis har vi brottats med svårigheter relaterat till att vi forskade på egna patienter. Framförallt har vi diskuterat frågan om tolkningsföreträde. Vi har dels frågat oss hur vår analys skulle kunna ge kvinnorna rättvisa (ett problem vi inte berör i denna artikel och som inte enbart är knutet till att vi var informanternas läkare) dels, på ett annat plan, har vi upplevt en kluvenhet mellan våra olika perspektiv som *läkare*, *kvinna* och som *feministisk forskare*. Vi har ibland rent påtagligt känt att som läkare reagerar vi på ett sätt, som kvinna på ett annat och forskaren har haft ytterligare en in-

fallsvinkel. Skulle en position ges tolkningsföreträde före en annan?

För analysen har vi valt att använda "position" och "perspektiv" i stället för "roll" när vi försöker skilja upp våra reaktioner och handlingar som läkare, kvinna och forskare. I postmodern teoribildning är begreppen "position" och "perspektiv" (12) relaterade till dekonstruktion av helheter och granskning av delarna, med målet att nå ökad klarhet och förståelse för fenomen och processer. Rollbegreppet har inte denna koppling till helhet och delar, utan "roller" uppfattas snarare som något man man vandrar in i, ut ur, eller mellan (13). Eftersom vi utgår från en helhet, vårt tolkningsarbete som det utfördes av oss som personer i intervjustudien, och försöker dekonstruera för att se hur våra olika erfarenheter och kunskaper påverkade helheten, passar perspektiv och positionsbegreppen bra. Vi kursiverar *läkare*, *kvinna* och *forskare* när vi avser våra olika positioner och perspektiv i forskningen.

Hur skiljer sig positionerna?

För att belysa bakgrunden och essensen till motstridiga koder och tolkningar av vissa intervjuavsnitt har vi renodlat våra positioner.

Som *läkare* har vi identifierat forskningsproblemet. *Läkaren* vill förstå mer om symptomen och för att det ska bli tillämpbart i klinisk verksamhet är *läkaren* själv aktiv i datainsamling och analys. I mötet med informanten visade det sig betyda att vi, som kropp och intervjuare, inte kunde uppträda eller säga något som inte *läkaren* kunde stå för.

I positionen *kvinna* ska vi vara något av en katalysator i forskningen. Vi tror att informanterna lättare berättar alla aspekter i vardagen för en person av samma kön som kan ha erfarenhet av att vara mamma, dotter, kvinnlig patient... Det förutsätts också att *kvinnan* ska bidra i analysen med en förtrogenhetskunskap om hur det är att vara kvinna. Ett observandum i detta resonemang är klasskillnaderna. Intervjuaren/*kvinnan* var välutbildad och höglavlönad medan informanten/*kvinnan* med några få undantag var lågutbildad och låglavlönad.

I positionen som *forskare* ska vi bidra med feministisk teori och med den som analysredskap se

Fokuserar den feministiska forskaren på det som ligger i de studerade kvinnornas intresse - eller har forskaren andra uppdragsgivare?

Reflexionerna över hur olika perspektiv påverkade tolkningsprocessen blev en drivkraft till fördjupad analys

informanten i en annan belysning än vad medicinen traditionellt gör. Feministisk forskning förutsätts bidra med kunskap som kan förbättra kvinnors villkor och möjligheter i samhället. Här ställs frågor om *forskarens* lojalitet. Har *forskaren* andra uppdragsgivare än *läkaren* som vill förstå mer och kvinnorna som behöver hjälp? Redaktörerna i vetenskapliga tidskrifter t ex? Fokuserar verkligen *forskaren* på det som ligger i de studerade kvinnornas intresse - och vem bestämmer det?

Praktiskt exempel på dekonstruktion eller "positionsanalys"

Forskningen kan framstå som väldigt subjektiv, slumpartad och komplicerad när vi granskar den så här. I alla tre positionerna finns tändhatten och motorer som påverkar tolkningsprocessen. Men sådan är ju också vår vardag! Medvetenheten om de olika perspektiven och reflexionerna över hur de påverkade tolkningsprocessen blev inte bara ett problem utan också en drivkraft till fördjupad analys. Det gällde att hitta förklaringar och begrepp som kunde integreras och förstås av oss ur alla tre perspektiv. Vi ska med ett exempel visa en sådan analys:

Den kvinnliga informanten Britt är städerska, 45 år, och sjukskriven sedan mer än ett år på grund av värk. Hon har avbrutit flera försök till arbetsträning i olika arbetsuppgifter och på olika arbetsplatser med hänvisning till att jobben var för tunga. Hon berättar:

"Det är aldrig någon dötid. Jag har aldrig haft 'heller. Jag kan aldrig sitta och slappna av och göra ingenting utan jag måste ha nånting att göra. Jag handarbetar jämt. Om inte annat bakar jag. Det finns mycket fikabröd hos mig."

När vi läste det här reagerade vi båda. Vi hade satt flera olika koder ('idealkvinna', 'dåligt självförtroende', 'motsägelser', 'blå dunster', 'schabloner', 'pust!' ...) och hade behov av att diskutera vad citatet stod för.

Utifrån de tre positionerna kan reaktionerna delas upp: *Läkaren* blir förvirrad, lite misstänksam och ligger närmast till att ha kodat 'motsägelsefullt' och 'blå dunster'. Säger inte Britt emot sig själv? Om hon orkar göra så mycket hemma borde hon väl kunna arbeta i lätt arbete, i alla fall deltid. Vill hon inte jobba? Som *läkare*

blir vi tveksamma till om symptomen verkligen berättigar till sjukskrivning.

Kvinnan kodar 'pust!' och jämför med sig själv som inte hinner sticka och baka och som själv ständigt betonar att 'kvinnligheten' inte sitter i hushållsarbete. Hon känner sig anklagad av Britts aktiviteter och den självklarhet och stolthet med vilken Britt berättar om sina insatser i hemmet. Som *kvinna* blir vi irriterade och lite provocerade.

Forskaren försöker tränga bort *läkarens* och *kvinnans* misstänksamhet och ilska, hålla huvudet kallt och undvika att värdera. I stället försöka se vad som händer och lyfta upp det till ett teoretiskt plan. Koderna 'idealkvinna', 'dåligt självförtroende' och 'schabloner' är troligen uttryck för *forskaren*.

När vi tittat på det här lilla avsnittet framstår hur viktigt det är att ta hänsyn till kontexten och interaktionen i intervjusituationen vid tolkningen. Patient-läkarrelationen kan beskrivas som hierarkisk (14). Patienten söker hjälp, är beroende och i en underordnad position i förhållande till läkaren som i sin tur har kunskaper, makt och myndighet att besluta om utredningar, sjukskrivning och behandling. Britt berättar sin historia utifrån sina positioner där hon är informant i ett forskningsprojekt, kvinna och tillika patient. Hon känner av *läkarens* tveksamhet till om symptomen berättigar till sjukskrivning och hon försöker vinna respekt för att hon verkligen är en aktiv människa som vill och försöker återfå hälsa och återgå i arbete. För att övertyga om detta berättar hon om sina aktiviteter i hemmet, vilket här snarast förstärker *läkarens* misstänksamhet att sjukskrivning inte är berättigad eller att Britt på något sätt manipulerar. Intervjuaren/*kvinnan* känner sin kvinnlighet anklagad av Britt och får lust att ifrågasätta hur nödvändigt det är att ha hembakade bullar. *Kvinnan* och *läkaren* blir båda provocerade. En tveksamhet och irritation infinner sig som Britt sannolikt uppfattar och som försvagar och gör henne osäkrare i patient-läkarrelationen.

Lite senare i intervjun kommer en liknade sekvens där Britt gör ett nytt försök att övertyga om sina ansträngningar att vara igång, men samtidigt om det orimliga i att tro att hon ska klara ett arbete:

Intervjuaren/kvinnan känner sin kvinnlighet anklagad av Britt och får lust att ifrågasätta nödvändigheten av att ha hembakade bullar

Med positionsanalys kan vi fundera över hur vi själva påverkar vad och hur Britt berättar

"Mina fingrar är helt försvagade. Jag kan ta ett exempel. Igår lyste solen rakt in i mitt kök så att man såg allt, dörrar och så. Så jag tog en trasa och tog bort. Men jag behövde bara det för jag fick så ont i fingrarna. Helt slut. Bara av den lilla grejen. Och då tänker man hur ska jag kunna vara på ett arbete när jag inte klarar av nästan det här."

Här syns maktspelet och förhandlingen mellan läkaren och patienten tydligt. Britt försöker finna en allierad i kvinnan för att övertyga läkaren. Hon beskriver en situation som hon förutsätter att kvinnan ska känna igen och förstå. Intervjuaren/kvinnan blir emellertid ånyo provocerad över att Britt förutsätter likhet och en gemensam referensram på kvinnlighet. Läkaren och kvinnan reagerar båda med att bli avvaktande och lite misstänksamma och här skulle analysen kunna fortsätta genom att ånyo granska intervjuerna med Britt för att konfirmera eller avfärda tolkningen att hon manipulerar. Med positionsanalys blir det dock mindre intressant att försöka nå klarhet i dikotomin ' trovärdig' eller 'manipulerande'. Vi kan i stället börja fundera över hur vi själva som deltagare i samtalet påverkar vad och hur Britt berättar. Vi kan se läkarens misstänksamhet om sjukskrivningslegitimitet, kvinnans irritation över att bli påförd en kvinnlighet hon inte delar och forskarens lojalitetskonflikt att som feminist föra denna kvinnas talan, (en kvinna med andra mål och värderingar än forskarens egna) som betydelsefulla faktorer som påverkar samtalet.

SLUTSATSER

Med dekonstruktion av våra reaktioner och handlingar i olika positioner, tydliggörs svårigheter i tolkningsprocessen. Intresset flyttas från patienten, och orsakerna till hennes symptom, till interaktionen och krafterna i konsultationen.

Likhet och olikhet i synen på och utövandet av 'kvinnlighet' manifesteras i de här båda exemplen som en betydelsefull faktor i samtalen. Det var inte helt oväntat - vi hade ju t ex funderat över klasskillnadernas betydelse - men styrkan i faktorn "kvinnlighetsideal" var ett oväntat fynd. Våra reaktioner i positionen kvinna innebar här ökad och befäst makt-asymmetri i patient-läkarrelationen, men reaktionerna kunde i andra situa-

tioner bidra till att patientens position stärktes och att det blev ett mer jämbördigt förhållande.

Liknande situationer som i de här två exemplen, uppstår sannolikt ofta i konsultationer, och att analysera sådana konflikter och hur de hanteras blir intressant i såväl Balintdiskussioner som konsultationsforskning. För att kunna studera hur män kommunicerar attityder och värderingar om kvinnlighet, och hur värderingar av manlighet manifesteras i konsultationen, bör kommande studier helst inkludera även manliga doktorer och patienter.

REFERENSER

1. Kvale S: *InterViews*. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: Sage, 1996.
2. Harding S: *The Science Question in Feminism*. New York: Cornell University Press, 1986.
3. Hamberg K, Johansson E: Fråga och lyssna - teori, metod och analys i allmänmedicinsk kvinnoforskning. *Allmänmedicin* 1993;14:238-42.
4. Davies K, Esseveld J: *Kvalitativ kvinnoforskning*. Stockholm: Arbetslivscentrum, 1989.
5. Oakley A: *Interviewing women. A contradiction in terms?* Ur: Oakley A, ed. *Essays on women, medicine and health*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1993: 221-242.
6. Strauss A: *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press, 1987.
7. Hamberg K, Johansson E, Lindgren G, Westman G: Scientific rigour in qualitative research - examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract* 1994;11(2):176-181.
8. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G: "How could I even think of a job?" - Ambiguities in working life in a group of female patients with undefined musculoskeletal pain. *Scand J Prim Health Care* 1997. In press.
9. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G: "I've been crying my way" - Qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13(6): 498-503.
10. Hamberg K: Hur har hon det hemma? - fokusera mer på villkor i familjen vid oklara eller långvariga besvär. Tema: Kvinna. Symposier vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma 1995. Stockholm: Spris Förlag, 1996.
11. Hamberg K, Johansson E, Lindgren G, Westman G: The impact of marital relationship on the rehabilitation process of women with long-term musculoskeletal disorders. *Scand J Soc Med*. 1997;25(1):17-25.
12. Jones A: Flickor blir flickor i ett socialt spel av betydelser och sätt att vara. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1994;(4):30-39.
13. Arber S: Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32(4):425-36.
14. SOU 1996:133. Kapitel 8.3. Kommunikation, kön och makt i patient-läkarkonsultationer. Ur: *Jämförande vård*. Olika vård på lika villkor. Stockholm: Socialdepartementet, 1996.