

LÆGELIV - de første år:

En professionssociologisk diskussion

Sidsel Vinge

(cand.merc., phd.)

DSI - Institut for Sundhedsvæsen

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Danmark

@: siv@dsi.dk

☎ : +45.35.29.84.26

Abstract

Dette paper indeholder resultatet af et litteraturstudie til et empirisk baseret forskningsprojekt om lægeliv, som er under planlægning.

Ved at følge en mindre gruppe læger over en toårig periode fra sidste semester på medicinuddannelsen gennem turnusperioden, er intentionen at analysere overgangen fra medicinstudiet til speciallægeuddannelse, samt lægelivet under turnusperioden.

I det følgende beskrives først baggrunden for hvorfor det er relevant at studere lægeliv. Dernæst diskuteres forskningen på området, men med særlig fokus på professionssociologien. Det er dette litteraturstudium, som udgør kernen i dette paper. Til sidst præsenteres designet af det planlagte empiriske studie kort.

En lille anekdote og et par tak

"Hvordan det ender - og hvordan det begynder", skriver Umberto Eco. Det endte for et par år siden med en ph.d.-afhandling om organisering af lægelige hospitalsarbejde i hverdagen - et rent organisationsteoretisk projekt. Den mandede ud i en artikel, hvortil Haldor Byrkleflot havde den finurlige kommentar, at det ikke var nok med Weber og hans bureaukratimodel, når det handlede om læger, men at man måtte forholde sig til en vis Señor Parson som havde skrevet et forord til en Weberoversættelse engang for længe siden, og heri begået en fodnote, som senere var blevet klassisk. (Tænk sig at være så stor, at man kan begå fodnoter der bliver klassikere).

Op da Parsons note 4 på s.58 i introduktionen til 1947 oversættelsen af Webers 'Theory of Social and Economic Organization' var gravet frem (Parsons 1947), skete skaden: En ny begyndelse var begyndt. For han havde fat for noget, den gode Señor Parsons, noget som organisationsteorien ikke fik fat om, og dermed noget af det jeg aldrig fik fat omkring i min afhandling.

En anden aflevering kom stort set samtidigt: En smuk dag i skriverrefugie på Skagen i selskab med min medredaktrice Signe Vikkelsø under tilblivelsen af "Hverdagens arbejdspraksisser i sundhedsvæsenet" (Vikkelsø & Vinge 2004), trillede hun en mursten med 600 siders essays over til mig med en bemærkning om at denne Everett Hughes som jeg aldrig havde hørt om, var intet mindre end The Grand Old Man. Da Haldors nævnte Parsons havde trods alt ringet en klokke eller to - mest noget med Luhmanns oprindelse. Men Hughes sagde mig ikke en lyd! Det er aldrig rart, at bliver præsenteret for store gamle mænd - som slet ingen klokker ringer. Sådan er en halvstuderet handelshøjskole-generalists lod dog ofte. Men bedre sent end aldrig, så jeg tog Everett med i seng den aften, og siden har han boet på mit natbord (Hughes 1984).

Det findes mange tilfældigheder og mange ledetråde. Men disse to - Haldors parsonianske fodnote og Signes mursten - viste sig at lede til en hel masse, ikke mindst, til hinanden.

Tak for indspillet!

Hvorfor studere lægeliv?

Der kan i debatten om sundhedsvæsenet og dets indretning spores en øget interesse for lægers arbejdsliv i de senere år. Således har der været stillet skarpt på lægers arbejdsliv fra forskellige vinkler og med forskellige formål. Nogen af de centrale stemmer i debatten refereres her kort, samt de typer af spørgsmål, de rejser.

Lægemangel

Sundhedsstyrelsen har udgivet en lægeprognose for 2000-2025 (Sundhedsstyrelsen 2003b). Fremskrivningerne af udbuddet af læger er der ikke den helt store usikkerhed knyttet til. Men med hensyn til efterspørgslen er billedet mindre entydigt. Hvordan beregner vi den reelle efterspørgsel, og hvordan er stillingsnormeringer relateret til reel arbejdsbyrde? Sådanne spørgsmål er betydeligt mere komplicerede at svare på².

Imidlertid står det klart, at vi i hvert fald ikke har overskud af læger i Danmark, og at vi heller ikke får det indenfor den nærmeste årrække. Ifølge prognosen tager det i gennemsnit 22 år fra en stud.med. starter, til vedkommende bliver speciallæge. Sundhedsministeriets analyser peger på samme generelle tendenser og på behovet for både at kunne rekruttere og fastholde sundhedspersonale (Sundhedsministeriet 2001).

Således er sundhedsvæsenet i en situation, der ikke er væsensforskellig fra det øvrige samfund: Der bliver mangel på arbejdskraft, specielt højtuddannet arbejdskraft. Situationen er dog mere kompleks, idet uddannelsen til speciallæge tager 22 år i snit (et tal der må forventes at falde med den nye speciallægeuddannelse, men som ikke desto mindre er højt). Behovet for at kunne minimere både frafaldet undervejs samt uddannelsestiden er derfor helt centralt for udviklingen i sundhedsvæsenet.

Disse forhold peger på, at behovet for præcis og detaljeret viden om lægernes arbejdsliv, herunder deres valg af speciale, som for manges vedkommende ændres undervejs, med

¹ Da dette paper befinder sig i opstarten af et større forskningsprojekt, beder jeg læserne om at tage de kritiske briller på og sige mig, hvad jeg kunne gøre bedre!

² En norsk undersøgelse af lægemangel peger på at fænomenet ikke udelukkende bør forstås i den traditionelle forstand - som et spørgsmål om at der er for få læger til at besætte stillingerne. Tre andre typer af lægemangel identificeres: *ekspansiv efterspørgselsbaseret lægemangel*, som skyldes at nye behandlingsmetoder øger efterspørgslen og dermed behovet for læger, *lokalt konstrueret lægemangel*, som skyldes lokale organisatoriske forhold og *professionsdrevet lægemangel*, som skyldes at medisinsk specialisering ikke er forenelig med en sygehusstruktur med mange små lokalsygehuse. (Kjekshus & Tjora 1998; Kjekshus & Tjora 1999). I Danmark forholder det sig således at lægemangel opgøres som et spørgsmål om mismatch mellem 'udbud' og 'efterspørgsel' efter læge, hvor udbuddet er antallet af erhvervsaktive læger, mens efterspørgslen opgøres ud fra normeringer i sygehusvæsenet og ydernumre i praksis (Sundhedsstyrelsen 2003b:34). Det betyder at konstruktionsprocessen omkring normeringer og ydernumre er af afgørende betydning for etableringen af fænomenet lægemangel. Hvordan ændringer i normeringer og ydernumre bliver til må belyses nærmere for at forstå det konkrete indhold i 'lægemangel'.

forlængelse af uddannelsen til følge. Dette rejser det åbne spørgsmål om, hvad der sker for de yngre læger, som vi gerne skulle kunne fastholde i sundhedsvæsenet i de næste mange år, når de kommer fra studiet ud i turnus? Hvordan opleves mødet med læge(arbejds)livet? Og herunder: Hvordan træffes valget om hvilket speciale de ender med at stille efter, hvornår træffes valget, og ikke mindst på hvilken baggrund?

Arbejdsglæde, arbejdskultur & arbejdsindsats

Der er som sagt et stort og voksende behov for at kunne fastholde læger i det offentlige sundhedsvæsen. Men Lægeforeningen har lavet en arbejdsvilkårsundersøgelse blandt medlemmerne, der viste, at det psykiske arbejdsmiljø var et betydeligt problem især for yngre læger, der led under dårlige kollegiale relationer, konflikter med andre faggrupper og manglende indflydelse på egen arbejdstilrettelæggelse³.

“Sammenlignet med andre læger og akademikere oplevede medlemmer af FAYL en ringere grad af rolleklarhed, indflydelse, forudsigelighed og tilfredshed i arbejdet. (...) Blandt medlemmer af FAYL sås lavere engagement.” (Den Almindelige Danske Lægeforening 2000)

Set i lyset af behovet for at fastholde læger i sundhedsvæsenet er dette problematisk. Men problemet har videre konsekvenser: Samtidig med behovet for at fastholde læger, er det også vigtigt at kunne udvikle hospitaler til moderne og serviceorienterede organisationer, der kan håndtere forandringer, både i organiseringsformer og ledelsesformer, så de evigt knappe ressourcer fortsat udnyttes effektivt, og så patienterne oplever helhed og kontinuitet såvel som kvalitet i pleje og behandling. Og set i dette lys, er det lave engagement fra de yngre lægers side et stort problem, for det sætter store begrænsninger på mulighederne for at bedrive organisationsudvikling, og for at skabe forandringer til det bedre. Derfor rejser arbejdstilfredshedsundersøgelsen et behov for at få mere præcis og detaljeret virkning om yngre lægers psykiske arbejdsmiljø og engagement i hverdagen.

Som en mere eller mindre direkte konsekvens af arbejdsvilkårsundersøgelsen blev et udvalgsarbejde under lægeforeningen igangsat, og det resulterede i udgivelsen af en lille bog med titlen "Lægekultur og kollegialitet" med den sigende og vigtigt undertitel: "Kollegialitet og god lægekultur kan ikke beordres - men befordes" (Den Almindelige Danske Lægeforening 2002). Bogen er uofficielt døbt "den lille sorte" - både grundet farven på omslaget, og grundet de temaer der behandles (fx de knapt så lyse sider af lægelige relationer og kultur) og på grund af den sorte humor, som budskabet formidles via. Bogen blev uddelt til alle foreningens medlemmer og den har afstedkommet en del debat blandt læger, og emnet har været tema for møder, konferencer og artikler.

Den lille sorte sætter fingeren på et ømt punkt: I modsætning til den diskurs, som gør lægestanden som helhed til offer for djøfficeringen af væsenet og andre faggruppers urimeligheder, så peger den lille sorte på forholdene *internt* i lægegruppen, som ikke altid

³ Lægernes egne organisationer tager i stigende grad disse interkollegiale problemstillinger alvorligt. Se fx Lægeforeningens tidligere formand, Jesper Poulsens leder i Ugeskrift for Læger, (Poulsen 2002).

er præget af så megen kollegialitet, skal man tro den lille sorte. Bogen søger at være katalysator i en kulturændringsproces; et behov der begrundes således:

“Hvorfor skal lægekultur ændres? Lægeforeningens egen arbejdsvilkårsundersøgelse har vist, at flere læger ikke er tilfreds med deres arbejdsliv. For vores egen skyld, men også for samfundets skyld, er det en betydelig gevinst ved at højne lægekulturen med henblik på at øge arbejdsglæden og dermed effektiviteten og kvaliteten af ydelserne i sundhedsvæsenet.” (Den Almindelige Danske Lægeforening 2000)

Hvad der ofte betegnes som lidt luftige og bløde værdier - begreber som kultur, kollegialitet og arbejdsglæde - knyttes meget direkte til traditionelt hårde værdier, som fx effektiv ressourceanvendelse og kvaliteten af kerneydelserne. Enhver kategorisk skelnen mellem “hårde” og “bløde” værdier er således uhensigtsmæssig, idet disse forhold i virkeligheden ofte viser sig at være særdeles forbundne kar.

Som konsulent, forsker, forfatter og foredragsholder deltager jeg i temadage o.lign. om lægekultur og kollegialitet samt emner der ligner, og min vurdering er, at der i lægekredse en voksende erkendelse af, at professionen som helhed har et problem, samt en større åbenhed overfor at diskutere disse problemer mere åbent end tidligere. “Lægekultur og Kollegialitet” refererer mange rammende situationer, som vækker genkendelse i lægekredse. Debatbogen har således ramt plet via dens karikaturer og sorte humor. Men nogen egentlig *analyse* af hvad der karakteriserer lægekultur og kollegialitet i hverdagens praksis, er en sådan mindre debatbog ikke, og det har aldrig været intentionen. Derfor står vi med en situation, hvor det er tydeligt, at der er problemer omkring lægekultur og kollegialitet, men hvor vi ikke har nogen præcis, skarp og reflekteret viden om lægekultur og kollegialitet i praksis: Hvad karakteriserer den? Hvordan opstår den? Hvordan socialiseres nye medlemmer i denne kultur? Hvordan forandres den? For at kunne handle anderledes og virkningsfuldt i forhold til de problemer som påpeges i den lille sorte, må vi have nuancerede svar på disse spørgsmål. Og her er en survey som arbejdsvilkårsundersøgelsen ikke meget bevendt. Den kan konfirmere at problemet eksisterer - men ikke meget mere.

Idealisme og kald versus lønmodtagerkultur og kamp

Da Yngre Læger for nylig udgav deres 100 års jubilæumsbog, var titlen netop “Mellem Kald og Kamp”. Kaldet er relateret til en tanke om idealisme i forhold til erhvervet - at der er andet og mere på spil, højere værdier, end det at udføre et arbejde og få løn det for⁴. Kampen handler om rettigheder, hvilket ikke kan undre idet Yngre Læger er en fagforening, der i modsætning til mange andre fagforeninger er anciennitetsbaseret: Yngre Læger og Speciallæger er ikke i samme båd på dette område eller samme fagforening⁵. Derfor har yngre lægers organiseringshistorie været præget af en relativt lang og sej kamp for rettigheder, idet de var skilt strukturel ud fra den fordelingsstruktur, som gjaldt de seniore i faget, og de to grupper har ofte kæmpet om dele af den samme ‘kage’.

⁴ Se fx (Becker & Geer 1958) og deres analyse af “*The fate of idealism in medical school*”.

⁵ Indenfor andre fag ville det svare til at der fandtes fx en fagforening for yngre økonomer og en anden for seniorøkonomer.

Med kampen fulgte mange lønmodtagerrettigheder, men også hvad nogen læger selv betragter som en drejning fra kaldet og idealismen, til det som ofte benævnes en "lønmodtagerkultur". I dag er lægefaget ikke blandt de mest lukrative karriereveje et ungt stræbsomt menneske kan vælge. Den begrænsede forskning der findes i Danmark om lægestudiet peger da også på, at der ikke er lønnen der trækker studerende ind på medicinstudiet (Jacobsen 1981; Kortzen-Bohr 2002). Men hvad sker der i overgangen fra studiet, og forestillingerne om lægegerningen, til arbejdet som turnuslæge? Hør blot denne læge, som her fortæller om hans forventninger til arbejdet da han var studerende, og hvad der skete da han kom ud i hospitalsverden. Han har været hospitalslæge i 6 år, er under uddannelse til kardiolog, og bliver interviewet hjemme:

"På en måde føler jeg, at med min alder og den erfaringsmængde, der ligger hos min type, der kunne jeg være med til at vride mere ud af det her system eller få nogle bedre produkter ud af det. Bare selve engagementet fra mig af: Jeg synes, at det er lidt mærkeligt, at jeg arbejder 37 timer om ugen, og hvis nogen spørger: "Kunne du ikke lige blive et par timer længere", så siger jeg "Nej". Men ovre på den anden side af vejen, der bor der en kontorchef i Undervisningsministeriet, og han siger, at han arbejder 70 timer om ugen, og han har sin løn som den er, fordi det gør man. Og sådan havde jeg egentlig forestillet mig under studiet, at mit arbejde skulle være. Også at min løn var en fast løn og ikke sådan noget, hvor man går og skriver minutter på og overarbejdstimer. Og at man giver en masse, men der skal dæleme være nogen, der anerkender det og hører efter, hvad man siger, eller hvad man vil gøre."

Interviewer: "Hvad skete der så, da du kom ud? Hvorfor blev det ikke sådan?"

Yngre læge: "Jamen så kom jeg ud blandt mine kolleger, der sagde; "Nu har jeg fri. Hej, jeg er gået!". Man kommer ud i et system, som er meget anderledes. Og jeg føler, at hvis jeg kom i afdelingen og sagde; "Jeg vil se nogle patienter, jeg kommer hver lørdag, søndag, jeg giver 40 eller 20 timer ekstra om ugen" eller et eller andet. (Så vil jeg dog sige, at det synes jeg ikke helt, at lønnen er god nok til, men det er ikke så vigtigt). Men jeg ville være den eneste, der gjorde det, og så ville der bare være noget arbejde, der strømmede til mig, uden at jeg ville føle, at det ville blive bemærket - ud over at jeg selvfølgelig ville kunne bringe mig i kronprinsstilling til en eller anden karriere i afdelingen på grund af det. Men det er ikke sådan, man gør. (...) Så jeg mener, at for at man ville prøve sådan noget, så ville det kræve en dialog mellem os, som faggruppe. (...) Vi skulle diskutere, om det er sådan, vi vil arbejde. For jeg mener, at hvis vi vil tilhøre akademikergruppen og have noget af dens frihed og ansvar, så skal vi også arbejde på den måde [som kontorchefen, han refererede til ovenfor, siv]. Og vi har en overenskomst, hvor hver eneste overarbejdstime tælles, og vi tæller natarbejde med tillæg osv. osv. Det er der, vi henter pengene hjem, og dermed er vi også blevet meget fokuseret på de der timer: "Nu har jeg skrevet 3 timer på". Og når man skriver 3 timer på hos ens arbejdsgiver, så forventer han også noget produktivitet. Så kan man ikke, som en kontorchef nok gør, sidde og bestille nogle pizzaer, og mangler man et møde, så opfinder man et møde. Det er jo indflydelse! Det unddrager vi os selv, tror jeg, som faggruppe. Det er en stor diskussion, der er åbnet her, vil jeg sige."

Ja, der er en stor diskussion denne yngre læge her har åbnet. Men spørgsmålet bliver ikke desto mindre presserende: Hvad var det, der skete med ham, da han kom ud på hospitalet? Hans gejst, hans engagement og hans lyst til at arbejde? Hvordan oplevede han overgangen fra studiet til virket som læge? Hvordan håndterede han, og de mange andre af hans slags, mødet med hverdagen i lægevirket, og ikke mindst: Hvilke konsekvenser fik det?

Samlet set står vi i dag i en situation hvor behovet for at fastholde og rekruttere og videreuddanne læger vil stige fremover. Behovet for at de lægelige kompetencer udnyttes så godt som muligt til gavn for alle - ikke mindst lægerne selv - er også helt centralt. Samtidig ved vi, at der er problemer med engagement, arbejdsglæde, kultur og kollegiali-

tet, som har konsekvenser for både kvaliteten af kerneydelserne, for ressourceudnyttelsen og for mulighederne for at ændre på situationen ved at engagere lægegruppen i organisationsudvikling og forandringsledelse. Ovenstående er nogle af de mest presserende årsager til at vi har behov for mere, men også langt mere detaljeret, nuanceret og præcis viden om lægeliv, ikke mindst de første år.

Hvordan har man studeret lægeliv?

Der findes efterhånden megen forskning i sundhedsvæsenet. Følgende skitserer i korte træk overordnede tendenser i denne forskning. Helt overordnet set, kan der indenfor det skelnes mellem to typer: Den ældre og mere klassisk sociologiske forskning indenfor professionssociologien og den nyere og mere organisatoriske, arbejds sociologiske og ledelsesmæssigt orienterede forskning⁶.

Lægeliv, ledelse og organisation

Denne opdeling i et ledelsesmæssigt- og et organisatorisk perspektiv kan virke lidt kunstig, da sammenfaldet er betydeligt. Men jeg mener dog at der er tale om så forskellige tilgange, at det berettiger en opsplitning i to perspektiver.

Det ledelsesmæssige perspektiv med relevans for lægeliv, indeholder blandt andet den forskning, der stiller spørgsmål til *hvordan* læger leder, *om* de bør gøre det, hvilke *konsekvenser* det har når læger leder, og det *vurderes* hvor gode eller hvor dårlige de menes at være til det, og *samspillet* mellem læger og andre i ledelser (fx sygeplejersker og djøffer) analyseres⁷. Ikke al forskning i dette felt handler udelukkende om læger og om ledelse, men læger berører mere eller mindre og ledelsesmæssige aspekter og problemstillinger er indgangen til at studere dem.

Det organisatoriske perspektiv har ofte taget sit udgangspunkt i en ledelsesinitieret forandring af eller i organisationen, som derefter følges mere eller mindre realtime, dog ud fra vidt forskellige teoretiske perspektiver⁸ indenfor det organisationsteoretiske og arbejds sociologiske område.

⁶ Jeg ser her bort fra fx den statistiske spørgeskemabaserede forskning i bl.a. lægers arbejdsmiljø. Jeg fokuserer her på den grundlæggende set samfundsvidenskabelige forskning der berører lægelivet, (og ser dermed bort fra den mere naturvidenskabelige). Jeg er bekendt med en del forskning af denne type, og som jeg gør rede for i indledningen, så mener jeg den er anvendelig som diagnostisk værktøj, der kan indikationer af hvor der netop nu muligvis er problemer, der muligvis kræver handling. Men jeg finder generelt denne type forskning for ureflekteret mht. konstruktionen af dens teori- og begrebsapparater (ofte fordi den slet ikke erkender brugen af noget begrebsapparat - men blot antager at den spejler verden 'som den er') og derfor har jeg valgt at udelade denne type forskning i lægeliv i litteraturnemgangen.

⁷ Det er umuligt at nævne alt og alle, men følgende eksemplificerer forskning og antologier indenfor dette perspektiv de senere år: (Bentsen 2000; Bentsen 2001; Bentsen & Borum 2001; Borum 2002; Borum 2003; Frøland et al. 2005; Jespersen 2003; Schultz & Hildebrandt 1997; Sognstrup 2003)

⁸ Som eksempler på forskning der anlægger forskellige typer af organisatoriske vinkler kan blandt andet nævnes følgende: (Fredslund 2002; Knudsen 2003; Scheuer 2003; Svenningsen 2004; Vikkelsø & Vinge 2004; Vinge 2003)

Begge disse to perspektiver lægger således en bestemt vinkel på studiet af sundhedsvæsenet og dets aktører - herunder læger. Indenfor det ledelsesmæssige perspektiv trækkes der flere steder på en mere eller mindre eksplicit på professionssociologiske tilgange til forståelsen af læger og lægers adfærd. Men generelt set har der været en tendens til at tage mere udgangspunkt i ledelsesmæssige og organisationsteoretiske begreber og analytiker i udforskningen af lægers - og andres - arbejdsliv.

Karakteristisk for disse to perspektiver er, at de rummer megen nyere forskning i Danmark, og det finder en naturlig forklaring i den megen forandring på netop det ledelsesmæssige og organisatoriske område indenfor sundhedsvæsenet i de sidste årtier.

En styrke ved disse perspektiver er, at de formår at sætte lægernes - og andres - virke ind i en større sammenhæng, i en tid hvor der er behov for at tænke ledelsesmæssigt og organisatorisk. Men denne forskning er mindre stærk på andre områder af lægelivet. Den største svaghed er, at der stort set ikke findes forskning om *ikke*-ledende lægers arbejdsliv i hverdagen. Desuden er det langt fra alle bidrag, der forholder sig eksplicit eller implicit (om end der er undtagelser) til at læger er andet og mere en 'almindelige' akademiske medarbejdere, men at de også udgør en profession, og at de fx adskiller sig fra mange andre akademikere qua uddannelsens længe og form. Med 80ernes organisationskulturelle og neoinstitutionelle bølger blev 'det fælles' blandt lægerne - såvel som blandt andre faggrupper - ofte reduceret til et ikke alt for præcist kultur- eller rationale-begreb.

Imidlertid kræver professionsaspektet præcis, specifik og opdateret viden. Ikke fordi lægerne bør forstås som isoleret gruppe løsrevet fra de organisatoriske og ledelsesmæssige kontekster de ofte indgår i. Men fordi vi ikke kan forstå organisatoriske og ledelsesmæssige problemstillinger hvis vi ikke har et klart, detaljeret og præcist billede af lægeliv. Og her har professionssociologien meget at byde på.

Indgangen til dette studie bliver således at udforske den brudflade der befinder sig mellem på den ene side ledelses- og organisationsperspektiverne og på den anden side professionssociologien. Hughes beskriver forholdet mellem dem som en gensidig påvirkning:

"The professional trend is doing something to organizations and enterprises. But work in organizations and enterprises is also doing something to professions, both as concept and reality." (Hughes 1984:370)

Dette studie er interesseret i at sætte kniven ind her og undersøge lægelivet som noget der udfolder sig et sted mellem det klassiske professionsstudie og de nyere organisatoriske, arbejds sociologiske, og ledelsesmæssige studier, som også berører lægeliv. Mit håb er at professionssociologien og det mere eksplicit professions sociologiske studie af lægeliv kan bidrage til vores forståelse af læger- herunder ikke mindst de organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter af sundhedsvæsenet.

Lægerne og professionssociologien

Ser man på den klassiske forskning indenfor professionssociologien, er der ingen tvivl om at lægestanden har indtaget en meget fremtrædende plads⁹. Den professionssociologiske litteratur om læger rummer en rigdom af empiriske studier og teoretiske perspektiver, mange af hvilke er blevet klassiske med tiden.

Undertitlen på Dingwell & Lewis' antologi om professionssociologi har den ikke helt tilfældige undertitel "*Lawyers, Doctors and Others*", for tilbage på universiteterne middelalderens Europa fandtes ud over teologien netop disse to discipliner - jura og medicin (Freidson 1983:24)¹⁰. Med opkomsten af det moderne samfund og den moderne organisation i form af bureaukratiet, er der sideløbende sket en sekularisering af samfundet, hvilket har gjort teologiens ressortområde mindre centralt. Sjælelivet, synden, moralen, livet og døden eksisterer såmænd stadig, men andre professioner har brudt præstestandens monopol, og nu er det snarere titlen cand.psyk., end det er titlen cand.theol., der signalerer professionalisme på dette område. Og mens kirkerne står halvtomme, er der kø i psykologernes venteværelser. Den stik modsatte udvikling er sket for de to andre grupper, juristerne og lægerne. På den ene side har velfærdsstatens udbygning og en stigende interesse for vores (i vid udstrækning velfærdsskabte) helbredsproblemer betydet en meget central placering for lægestanden. På den anden side har specielt erhvervslivets og økonomiens globalisering og øgede omsætningshastighed betydet en lignende central placering for advokaterne indenfor deres ressortområde. Dette er blot nogle af årsagerne til at netop læger og advokater er placeret i professionssociologiens kerne.

Zoomer vi for et øjeblik ud af enkeltprofessioner og betragter selve fænomenet *profession*, så er der tale om en af hjørnestenene i det moderne samfund - på godt og på ondt: På den ene side fører den specialiserede viden, der dyrkes i forskellige professioner mange muligheder med sig qua de teknologiske landvindinger disse ekspertsystemer frembringer, men på den anden side skaber det både afhængighed af en uigennemskuelig ekspertviden samt nye former for risici for samfundet (Giddens 1994). Specialiseret professionel ekspertviden er et integreret element i det moderne (videns)samfund, og dette syn på professionernes centralitet i det moderne går igen på tværs af traditioner og tid. For to af professionssociologiens *grand old men*, Hughes og Parsons, var det de kaldte hhv. "*the professional trend*" og "*the professional pattern*" således ikke blot et særskilt interesseområde indenfor sociologien, men i høj grad et fænomen, hvis udvikling og transformation netop udgjorde noget af det mest centrale for studiet samfundet i deres samtid (Hughes 1984:fx 364ff., 374ff); Parsons 1939).

Det følgende afsnit gennemgår centrale skoler, værker, perspektiver og problematikker i professionssociologien. Først en kort gennemgang af feltet, de to mest markante skoler og centrale værker der ligger bag. Dernæst en mere emneorienteret diskussion af de centrale perspektiver og problematikker.

⁹ Hughes går så vidt som til at kalde medicinen "*the queen of professions*" (Hughes 1984:374)

¹⁰ Blandt andet derfor kaldes de ofte i den engekspertede litteratur for "*the three learned professions*".

Rødderne: Interaktionister og Strukturfunktionalister

Professionssociologien har flere fædre, men to profiler tegner sig klarere end andre: På den ene side den store teoribyggende systemtænkere Talcott Parsons (Parsons 1939; Parsons 1947; Parsons 1951)¹¹, og på den anden hans diametrale modsætning, Chicagosociologiens interaktionister med Everett Hughes i spidsen, som efterlod sig bunker af essays og artikler (Hughes 1984)¹², men måske vigtigst af alt, en hel generation af interaktionistisk tænkende sociologer som på forskellig vis fattede interesse for professioner. Blandt disse findes fx Howard Becker, Blanche Geer, Anselm Strauss & Eliot Freidson¹³.

Interaktionismen

Chicagosociologerne var optaget af de sociale og samfundsmæssige problemer som kunne observeres "nede på hjørnet". I den forstand bragte Chicagoskolen antropologiens metoder hjem fra de varme lande og satte dem i spil i Chicago og omegn. Sociologien på Chicago har en klar interesse i social reform, en orientering som Ritzer argumenterer for har sine rødder i den tidlige skoles (omkring 1900) religiøse fundament. Sociologinstituttets grundlægger, Albion Small mente således at "*the ultimate goal of sociology must be essentially Christian*" (Ritzer 1996:194). Det er nu ikke disse sjældent fremhævede religiøse rødder, som Chicagoskolen opnåede anerkendelse for, men de er centrale for at forstå orienteringen mod reform og forandring af samfundsmæssige forhold. Chicagoskolen er ikke kendetegnet ved noget samlet klart teoretisk projekt, men snarere ved en stærk empirisk, analytisk og reformistisk interesse. Der er dog klare fælles attituder i de værker som blev produceret af den tidlige Chicagoskolen og dens arvtagere. En af de klareste røde tråde er filosofen Mead¹⁴ og den videreudvikling af hans tanker til et decideret sociologisk program som Blumer foretog mange år senere, da han skrev "Symbolic Interactionism" (Blumer 1969). Således bruges termen "interaktionisterne" også som betegnelse for denne retning af (professions)sociologien (Atkinson 1983). Chicagosociologien er kendetegnet ved en stærk interesse for individet i social interaktion, for den måde vi mennesker fortolker, tilskriver mening, handler og tænker, og hvordan disse processer, der i deres natur altid er sociale, skaber og former større grupper og samfund.

Hughes var, som de andre Chicagosociologer, ikke den store teoribygger. Trods det mener jeg, at det ud fra hans essays er rimeligt at tale om en teoretiseren om fænomenet, med udgangspunkt i to centrale begreber i Hughes professionssociologi er *licence* og *mandate*

¹¹ Blandt hans arvtagere findes hans studenter Renée C. Fox (Fox 1988; Fox 1989) og Robert Merton (Merton, Reader, & Kendall 1957).

¹² Den centrale essaysamling er omfattende, men her tænkes primært på følgende essays: "*Disorganization and Reorganization*", "*The Study of Occupations*", "*The Sociological Study of Work*", "*Social Role and Division of Labor*", "*Studying the Nurse's Work*", "*Work and Self*", "*What Other?*", "*Prestige*", "*Psychology: Science and/or Profession*", "*The Professions in Society*", "*Professions*", "*Education for a Profession*", "*The Making of a Physician*", "*The Humble and the Proud: The Comparative Study of Occupations*".

¹³ Eksempler er: (Becker et al. 1961; Becker 2004; Becker & Geer 1958; Becker & Strauss 1956; Freidson 1963; Freidson 1983; Freidson 1986; Freidson 1988; Freidson 1989; Freidson 2001a; Freidson 2001b; Strauss et al. 1997; Strauss 2001; Strauss & Bucher 1961)

¹⁴ Kuriøst nok efterlod Mead, ligesom Hughes, heller ikke noget samlet værk. De posthumt udgivne bøger, som fx (Mead 1934), er redigeret ud fra studerendes stenografier af hans forelæsninger.

(Hughes 1984:283ff; 347ff.)¹⁵. *Licence* omhandler både den mere formelle side af sagen i betydningen autorisation og det faktum at der findes klare og formelle regler for hvem der må søge bestemte stillinger og nedsætte sig som selvstændige erhvervsdrivende indenfor visse liberale erhverv. Men *licence* omhandler også den ret til adgang som professionelle har til mere eller mindre hemmelig, privat eller fortrolig information ("*guilty knowledge*"), som for lægmand ofte vil kalde på en følelsesmæssig og/eller moralsk reaktion, men hvor den professionelle qua sit *licence* skal agere på basis af sin teoretiske viden og hermed netop forventes at tilsidesætte lægmandsreaktionen. Et sidste vigtigt aspekt er at der er tale om en licens til at udføre risikable handlinger med potentielt set alvorlige konsekvenser, fx lægen der skærer og doserer, videnskabsmanden der splitter atomer, advokaten der rådgiver sin klient forkert (Hughes 1984:289).

Mandate forholder sig i mindre grad til den specifikke relation mellem den professionelle og modtageren af dennes ydelser, services eller rådgivning, men handler om de bredere samfundsmæssige konsekvenser af professionalisme, som Hughes beskriver således:

"Mandate flows from the claim to esoteric knowledge. Lawyers not only give advice to clients and plead their cases for them; they also develop a philosophy of law - of its nature and its functions, and of the proper way in which to administer justice. Physicians consider it their prerogative to define the nature of disease and of health, and to determine how medical services ought to be distributed and paid for. (...) Every profession considers itself the proper body to set the terms in which some aspect of society, life or nature is to be thought of, and to define the general lines, or even the details, of public policy concerning it." (Hughes 1984:367)

Mandatet peger således på et meget centralt element i det professionelle fænomen, og det kan anskues som en art 2.ordens perspektiv: Hvor *licence* giver lægen ret, autorisation og legitimitet til at behandle og rådgive om sygdom, peger *mandatet* på langt videre konsekvenser i relation til at definere rammerne for overhovedet at tænke og tilrettelægge lægerollen og dermed også begreberne behandling og rådgivning i relation hertil:

"Not only do the practitioners, by virtue of gaining admission to the charmed circle of the profession, individually exercise a license to do things others do not do, but collectively they presume to tell society what is good and right for it in a broad and crucial aspect of life. Indeed, they set the very terms of thinking about it. When such a presumption is granted as legitimate, a profession in the full sense has come into being." (Hughes 1984:288)

License er således det mere individuelle begreb der omhandler selve embedsudførelsen mere snævert, mens *mandate* indfanger de langt videre og kollektive aspekter af den professionelle trend.

Midwestens Chicagoskole dominerede amerikansk sociologi fra århundredeskiftet frem til 1930'erne hvor østkystens radikalt anderledes strukturfunktionalisme i stedet overtog føringen de næste to årtier. Dette betyder selvfølgelig ikke at Chicagoskolens program forsvandt - både Strauss & Becker har deres virke efter denne periode - men det ophørte med at være den dominerende sociologi.

¹⁵ Se desuden (Dingwall & Lewis 1983:5f) for en diskussion af Hughes' projekt med fokus på netop disse to begreber.

Strukturfunktionalismen

Parsons og senere hans student Merton udgør de store funktionalistiske stemmer i professionssociologien, og begge gjorde det i vidt omfang med udgangspunkt i empiriske studier af læger. Grundlæggende set er strukturfunktionalismen en makroorienteret konsensusteori, der lægger vægt på at studere samfundets orden, fæller normer og værdier og sociale strukturer og institutioner, samt relationerne mellem disse og deres adfældsstyrende virkning på individer (Ritzer 1996:233ff.). Internaliseringen af normer og værdier, og enhver anden form for adfældsregulerende mekanismer, er af central betydning for reproduktion af systemet og dermed for opretholdelse af den eksisterende orden. At det netop blev medicinuddannelsen som Parsons elev, Merton, i samarbejde med andre ligesindede kaster sig over, var således ikke noget tilfældigt (Merton, Reader, & Kendall 1957), idet uddannelsen netop er central for denne internaliseringsproces:

“The functionalist position necessarily led to an emphasis on the socialization of ‘professional’ trainees. From this point of view it is the process of socialization which reconciles the opposition between the functioning of the social system and the action of individual members of society. The core values are *internalized* via this process.” (Atkinson 1983)

Mens Merton et.al. var mere empirisk orienterede, var Parsons den store teoretiker og centrale værker i denne tradition er bl.a. Parsons kapitel om “*The case of modern medical practice*” i hovedværket “*The Social System*” (Parsons 1951), hans videreudvikling af Webers autoritetsbegreb, hvor det netop er den professionelle autoritet, som Parsons peger på, at Weber overser (Parsons 1947), samt hans teoretiseren om professioner, deres struktur, organisering og funktioner (Parsons 1939).

Parsons kritik af Webers autoritetsbegreb peger på, at professionel autoritet, er af en ganske anden karakter, end den form for autoritet, som kan findes i det Weberianske bureaukrati, og at Weber ikke trækker disse afgørende forskelle frem (Parsons 1939; Parsons 1947). I bureaukratiet findes den legale kompetence (*legal competence*), men professioner er karakteriseret ved teknisk kompetence. I bureaukratiet er autoriteten formel og baseret på embedets rettigheder. Parsons bruger følgende eksempel:

“the treasurer of a corporation is empowered to sign checks disbursing large funds. There is no implication in his power that he is a more competent signer of checks than the bank clerks or tellers who cash or deposit them for the recipient” (Parsons 1947:59)

Helt anderledes forholder det sig med den professionelle autoritet som netop er karakteriseret ved at være funderet i en højere kompetence på ganske bestemt områder. Den professionelle autoritet er således ikke generel, men er i stedet begrænset til et konkret felt, og den professionelle er kun et autoritet på dette ene område, ikke på andre, idet autoriteten ikke er funderet i embedet, men i specifik teknisk viden (Parsons 1939:460)¹⁶.

¹⁶ Parsons påpegnig af at autoritetens grænse er lig den tekniske kompetences grænse for professionelle, er interessant. Parsons beskriver en idealtypiske forestilling. Men dens konsekvenser i praksis, kan anvendes til at forstå nogle af de skred, der er sket i lægestanden. Spørgsmålet er, om noget af det “prestigetab” eller den “proletarisering” som lægestanden har oplevet gennem de sidste årtier handler om, at Parsons professionelle rationalitetsforståelse for alvor er slået igennem i samfundets praksis, og ikke bare i Parsons idealtipe. (Over)lægerollen giver ikke længere nogen form for *almen* videns- og samfundsmæssige prestige og kompetence (i hvert fald slet ikke i samme grad som tidligere). Et lille anekdotisk eksempel er en bekendt, der havde et

Parsons tilgang til det han kalder det professionelle mønster i vores samfund, er en systemisk tænkemåde, som er præget af, at han søger efter at fremhæve fænomenernes funktioner. De fem centrale fænomener, som karakteriserer det professionelle mønster, er ud over det forhold at autoritet er baseret på (*videnskabelig*) *viden*, for det andet at denne viden organiseres og anvendes på *universel* vis. Desuden er den '*funktionelt specifik*' hvilket vil sige sig, at den er begrænset til et bestemt område¹⁷, og den professionelle rolle kræver for det fjerde *affektiv neutralitet*, i form af en dekobling mellem den professionelle kontekst og dens adfærdsnormer, fra andre kontekster (fx private), hvor der gælder helt andre adfærdsmæssige normer specielt på det affektive plan. Fx mener Parsons at det er kombinationen af den funktionelle specificitet, universalismen og den affektive neutralitet, som gør muligt for lægen at trænge så langt ind i patientens private forhold, at det bliver muligt for lægen at udøve hendes funktion. Et sidste karakteristika er det Parsons benævner *orienteringen mod det kollektive*. Hermed mener han en form for institutionelt og kulturel forankret fællesskab, hvis vigtigste formål er at fungere som adfærdsregulerende kontrolmekanisme. Hvorfor denne funktion er vigtig, kan illustreres via Parsons ofte brugte sammenligningen mellem på den ene side sundhedsvæsenet og lægen over for det rent kommercielle marked og forretningsmanden som udgangspunkt for at analysere ligheder såvel som forskelle mellem de to sub-systemer. Og her er Parsons formidabel til at indfange de karakteristika ved netop *the case of modern medical practice*, som gør det radikalt anderledes end markedssystemet: Patienten indtager en bestemt rolle, *the sick role*, som blandt er karakteriseret ved, at patienten ikke selv har valgt rollen, at patienten er teknisk inkompetent, og at patient helt eller delvist ikke er sig selv, men er syg og dårlig, i ubalance fysisk og sikkert også påvirket psykisk. Lægen er teknisk kompetent, og det sætter patienten i en afhængighedssituation, som går langt ud over den sædvanlige markedsrelation:

"The situation is such, that it would be particularly difficult to implement the pattern of the business world, where each party to the situation is expected to be oriented to the rational pursuit of his own self-interests, and where there is an approach to the idea of "caveat emptor"¹⁸. In a broad sense, it is surely clear that society would not tolerate the privileges which have been vested in the medical profession on such terms. The protection of the patient against the exploitation of his helplessness, his technical incompetence and his irrationality constitutes the most obvious functional significance of the pattern [the professional pattern, mønsteret med de fem beskrevne karakteristika, siv.]. (...) The collectivity-orientation of the physician is protected by a series of symbolically significant practices which serve to differentiate him sharply from the businessman." (Parsons 1951:463).

studiejob i kundeservice hos en parabol-TV udbyder, og han undrede sig over, at de eneste, der præsenterede sig med titel, når de ringede ind og klagede over at deres TV-modtagelse ikke fungerede, var læger. Han fandt det totalt irrelevant at de var (over)læger, når årsagen til henvendelsen var parabol-TV! Set med Parsons øjne ville man sige, at min ven kun anerkendte den professionelle autoritet baseret på specifik teknisk kompetence, mens de utilfredse læger må have ment, at deres status som læger også havde (eller burde have) en positiv effekt, når de skulle have repareret en parabol.

¹⁷ Parsons peger på den funktionelle specificitet som værende helt central for at forstå moderne samfund og deres evne til at opretholde orden. "*Specificity of function*" betyder at "*The technical competence which is one of the principal defining characteristics of the professional status and rôle is always limited to a particular "field" of knowledge and skill.*" (Parsons 1939:460)

¹⁸ Et juridisk udtryk der betyder "Køber, tag dig i agt!", og som omhandler en købers forpligtelse til selv at sikre sig at varen (som også kan være en service) er i orden. En forpligtelse som patienter selvsagt er teknisk inkompetente til at udøve, set ud fra Parsons vinkel.

Parsons grundlæggende tilgang til analysen af medicinsk praksis er således at beskrive generelle træk i den sociale orden, her i form af et mønster, og derefter analysere dem i relation til deres funktioner i det større system. Det er disse funktioner, som forklarer (og berettiger) deres eksistens (Parsons 1939; Parsons 1951)¹⁹.

Professionssociologien i 80'erne og 90'erne

Professionssociologien har ikke stået stille siden Parsons og Hughes (og deres mange efterfølgere). Dog er det tydeligt at mange indenfor professionssociologien i dag har deres primære rødder og inspiration mere eller mindre eksplicit i Chicagotraditionen eller Strukturfunktionalismen. Blandt de markante nyere teoretikere, er Andrew Abbott, (Abbott 1981; Abbott 1988; Abbott 1989; Abbott 1991b; Abbott 1993; Abbott 1991a), Eliot Freidson, som i høj grad har været markant inden for netop studiet af den medicinske profession (Freidson 1900; Freidson 1986; Freidson 2001a; Freidson 2001b), og Etzioni m.fl., der mere har været fokuseret på semi-professioner og deres kamp for professionalisering (Etzioni 1969).

Imidlertid har jeg valgt i dette litteraturstudie at bruge de to gamle klassiske skoler som afsæt for de diskussioner om hvordan dette studie af lægeliv skal designes, og hvor det skal hente sin teoretiske inspiration. Min begrundelse er, at de - i al deres modsætning - rummer utroligt meget, og at sammenstillingen af dem giver rigelig input til de perspektiv- og begrebsafklarende diskussion i litteraturstudiet. *Men da dette paper er del af et work-in-progress - og ikke en afrapportering af resultater af work-already-done - vil jeg gerne bede læsere om at kommentere dette valg, og lade mig vide om jeg overser centrale nybrud, som dette studie bør forholde sig mere eksplicit til.*

Temaer i professionssociologien

I det følgende vil jeg diskutere centrale temaer i relation til studiet af professioner på tværs af de to skoler, for at finde farbare veje for dette projekts tilgang til studiet af lægelivet. Temaerne omhandler det store spørgsmål om *definition* af hvad en profession overhovedet er, spørgsmålet om balancegangen mellem et konsensus- versus et konflikt-perspektiv, spørgsmålet om *normativitet*, forstået som forskerens tilgang til professionen

¹⁹ Parsons analyser er eminente til at få sammenhænge og konsekvenser frem i lyset. Parsons er i den grad en *system-* og ikke blot en *struktur-*tænkner: Han har ikke *kun* blik for statiske strukturer, men i høj grad også systemers indre logik og virkemåde. Hans måde at skrive det professionelle mønster frem som modsætning til det rene markedssystem, har været kritiseret af mange, men han får fat om de helt fundamentale forskelle mellem de to systemer. I debaten om sundhedsvæsenets indretning i Danmark, genlyder et diffust omkvæd om at sundhedsvæsenet jo er fundamentalt anderledes end erhvervslivet, og at de samme teorier, styringsmekanismer, ledelsesprincipper osv. ikke blot kan overføres fra den ene sfære til den anden. Her overfor står en lige så upræcis position, som mener at mere marked i sundhedsvæsenet, mere NPM, er løsningen på næsten alt. Men Parsons er langt mere præcis. Han viser hvor og hvordan både efterspørgerens rolle (*the sick role*) og udbyderens (*medical practice*) er fundamentalt anderledes end på kommercielle markeder, og ikke mindst hvordan samfundet hidtil har brugt forskellige konkrete mekanismer til at håndtere disse forskelle og deres konsekvenser på en sådan måde, at systemet har været stabilt. (Parsons 1939; Parsons 1951).

og dens værdsæt, spørgsmålet om professioners reproduktion via socialisering og uddannelse, og endelige spørgsmålet om forholdet mellem profession og organisation.

Hvad er en profession?

Det mest fundamentale problem i professionssociologien har været selve kernebegrebet: Hvad er egentlig en profession?²⁰

Profession som struktur

Tager man udgangspunkt strukturfunktionalismens mere homogen konsensusforståelse af professioner, ligger der også heri en antagelse om, at forskelle og variationer, netop er undtagelser der bekræfter reglen om at professioner har en stabil kerne. Goode har blandt andre fremført dette synspunkt, at professioner bedst kan forstås som "*Communities within the Community*" (Goode 1957). Disse er karakteriseret ved at dele en identitet, værdier, og definitioner af roller og interessere. Der er rum for nogen variation og heterogenitet, endda også konflikter til en vis grænse, men overordnet set er der en stabil kerne som definerer professionen, og afvigelser fra den, ses som midlertidig variation og uenighed. (Strauss 2001:10)

Dette grundsynspunkt ledte meget naturligt forskningen i professioner til at søge at beskrive denne faste kerne: Hvilke bestemte egenskaber eller træk karakteriserede den? Og hvad skulle som minimum være til stede i faggruppe, før end der kunne være tale om en profession?²¹ Der findes variation i de forskellige lister af grundlæggende træk, men der er også en klar rød tråd i dem. Blandt de mest fundamentale træk der ofte anvendes i definitioner af professioner er følgende:

1. Medlemmerne af en profession har et bestemt abstrakt (esoterisk) vidensdomæne, som er tilegnet gennem længere tids formaliseret uddannelse.
2. Professioner fastlægger egne standarder for uddannelse og træning.
3. Studerende i profession går gennem en mere midtrækkende socialiseringsproces end individer i andre erhverv.
4. Professioner rangerer højere end andre erhverv mht. indkomst, magt og prestige, og kan ofte tiltrække studerende der er bedre end gennemsnittet.
5. Professionelle identificerer sig stærkere med deres profession end medlemmer af andre erhverv gør.
6. Udøvelsen af professionelle hverv kræver ofte en form for tilladelse eller licens.
7. De licensudstedende myndigheder er ofte bemandet af professionens egne medlemmer.
8. Det meste af lovgivningen på professionens område er forment af professionen selv.

²⁰ Selve ordet *profession* (og *professionel*) stammer fra den latinske rod *profiteri* som betyder at erklære højt eller offentligt, at love, bekende tilstå eller bevidne²⁰. På engelsk er drejningen en lidt anden, i det engelske verbum "*to profess*" betyder at erklære, påstå, hævde eller foregive²⁰. Oprindelige var det man erklærede et kloster- eller ordensløfte. I dag kan den sproglige rod forstås på følgende vis: "*Professionals profess. They profess to know better than others the nature of certain matters, and to know better than their clients what ails them or their affairs. This is the essence of the professional idea and the professional claim. From it flows many consequences.*" (Hughes 1984:375)

²¹ Se evt (Atkinson 1983) for en uddybning af dette argument.

9. Udøverne af professionelt virke er relativt fri for lægmandsevalueringer og -kontrol.
10. Professioner udøver ofte streng intern normativ kontrol med enkeltmedlemmer.
11. Professionelle har en tendens til at blive indenfor professionen hele karrieren.

(se fx (Goode 1960:903))

Den megen debat om hvilke træk, der er de mest essentielle, er ikke blot et spørgsmål om simpel definition. Grundet den prestige og de rettigheder som omgærder hele professionsfænomenet, er der klare interesser på spil når de både forskningsmæssige, administrative og politiske grænser skal trækkes for hvem der er "rigtige" professioner, hvem der er "semi-professioner"²², og hvem er slet ikke er professioner. Denne strukturelle og i sagens natur essentialistiske tilgang til professioner med vægt på bestemte kriterier og egenskaber, leder således let til grænsedragningsdiskussioner: Hvem er inde, hvem er ude, og hvem er på vej hvorhen?

Denne øvelse, som grundlæggende set går ud på at beslutte sig for et klassifikationssystem der kan skille fårene fra bukkene, er kun nyttig til en vis grænse, og kun på en bestemt måde. Det er klart, at der helt implicit i vores hverdagsforståelse af ordet og begrebet "profession" ligger en indforstået viden om betydningen: Det er noget med lang uddannelse, det er noget med at individer med samme uddannelse også får samme hverv (cand.med.ere bliver læger, cand.theol.ere bliver præster, og mange, men dog langt fra alle, cand.jur.ere bliver advokater - mens cand.merc.ere kan blive snart sagt hvad som helst! Blandt andet derfor udgør cand.merc.'ere heller ikke nogen profession i et lægmandsunivers). Professioner handler også om organisering, om *professional societies*, og om at hvervet og uddannelsen er vigtige bærere af en identitet. Professioner har mere magt over et felt, og mere monopol, end andre erhvervsgrupper - herunder en større ret til selvkontrol, selvforvaltning og selvbestemmelse. Det kan være frugtbart at have sådanne karakteristisk og generelle træk som ledetråde, nærmest som en art idékatalog over temaer der er relevante i empiriske analyser. Men klassifikationen af erhvervsgrupper i et skema med "rigtige" og "semi"-professioner rummer i sig selv ingen form for analytisk *value added*. Den øvelse kan højest have (fag)politiske formål. Men hvis nu det professionssociologiske projekt ikke skal reduceres til en klassifikationsøvelse, hvad kan det da?

Professionalisering som proces

Som direkte modsvar til den strukturelle og funktionalistisk tilgang opstod en langt mere procesorienteret tilgang, som var mere interesseret i at studere *professionalisering* som proces, i stedet for professioner som givne enheder. Her bliver to spørgsmål centrale: Hvordan professionaliseres et erhverv? Og hvordan socialiseres et individ ind i en profession?

Det første spørgsmål fokuserer i højere grad de erhvervsgrupper, som mere eller mindre bevidst og aktivt forsøger at opnå status som professioner (Etzioni 1969). Et godt eksempel er sygeplejen, som har kæmpet for at blive en akademiseret profession. Derfor har man fået gjort uddannelsen til en såkaldt "professionsbachelor", derfor har man fået indført en

²² Semi-professioner er beskrevet i (Etzioni 1969).

kandidatgrad (cand.cur.), derfor har man fået organiseret sygepleje *faglig* viden i egne diagnosesystemer, og derfor arbejdes der mange steder på at evidensbasere sygeplejen²³.

Det andet spørgsmål leder forskningsstrategien i retning af de fungerende socialiseringsmekanismer, herunder uddannelsen, og det er her man blandt andet studerer hvordan "drenge i hvidt" langsomt med sikkert forandres og bliver "læger" (*medical men*)²⁴.

Professioner & professionalisering som empiriske fænomener

Et helt tredje approach er at se stort på sociologernes definitioner af professioner som strukturer eller professionalisering som processer - og i stedet fokusere på det faktum at "profession", "professionel" og "professionalisering" ikke blot er teoretiske termer, men i mindst lige så høj grad er empiriske størrelser. Dette approach leder til hvad man kunne kalde en art professionernes fænomenologi (Freidson 1983:27), som blandt andre Dingwall har været fortæller for (Dingwall 1976):

"One does not attempt to determine what profession is in an absolute sense so much as how people in a society determine who is a professional and who is not, how they 'make' or 'accomplish' professions by their activities, and what the consequences are for the way in which they see themselves and perform their work." (Freidson 1983:27)

Et første og åbenlyst problem med denne tilgang er selvfølgelig, at med det samme definitionsretten er overgivet til lægmændene, så vil der være flere definitioner på spil. At studere forskellene i og eventuelt kampen mellem disse, kan i sig selv være et relevant forskningsprojekt.

Et andet problem relaterer sig til, hvorvidt man kommer det empiriske fænomen meget nærmere, ved *udelukkende* at studere det Friedson kalder "*the folk concept*", som værende en interpersonel socialt konstrueret størrelse, som kan studeres lokalt. For der er også andet og mere på spil omkring netop professioner, end lokale konstruktioner. Officielle kategorier, titler, licenser, rettigheder osv., ligger alt sammen udenfor rammerne af hverdagens praktiske *udøvelse* af professionelle erhverv. Selvfølgelig er formelle rammer, rettigheder, retningslinjer og regelsæt også forhandlede og foranderlige fænomener. Men den fænomenologiske tilgang må blot ikke blive for lokal, hvis professionsperspektivet skal bevares, da professioner netop er kendetegnet ved at være andet og mere end blot lokale fænomener.

²³ Hughes taler om "quasi"-professioner, som typisk har været kvindefag, fx lærerfaget, socialrådgivning, bibliotekarer og selvfølgelig sygepleje. Blandt de typiske midler, der benyttes for at komme tættere på professions-idealet, er at kræve mere og længere uddannelse, at insistere på at medlemmerne af (quasi)professionen - og ikke nogen udenfor stående autoritet - skal definere hvad der bør være de professionelles arbejde, ved at lave opgaveglidning af mere rutineprægede opgaver til mindre uddannede underordnede, ved at lægge mere vægt på forskning indenfor faget, og ved at påberåbe sig et mandat til at definere "public interest" i relation til emner og forhold, der berører deres arbejde. (Hughes 1984:368)

²⁴ Hughes peger netop på disse to typer af processer - den individuelle og den kollektive - som værende karakteristiske for den empiriske forskning. Imidlertid lægger Hughes vægt på at der et tale ikke blot om en transformation, men om social avancering og mobilitet, for individet såvel som for gruppen (Hughes 1984:367)

Fra brede generaliseringer og lokale fænomenologiseringer til casestudier

I forhold til dette studie - som ikke handler om alle professioner - men om én ganske specifik profession, er ikke alle de ovenstående tilgange lige aktuelle. For det første er professionssociologien og teorierne på dette område, i vidt omfang opstået ud fra studier af netop lægestanden. Derfor er der ingen analytisk pointe i at opstille en lang liste af teoretiske inspirerede og funderede karakteristisk, for så at foretage en klassifikation af lægestanden. Det betyder ikke, at de mange og lange lister med centrale træk ved professioner er ligegyldige. De er som sagt gode analytiske checklister, der peger på mulige forhold, som kan undersøges nærmere i en professionssociologisk analyse af lægestanden og dens indre liv.

At studere lægestandens professionaliseringsproces, er ligeledes mindre interessant - og desuden er det for sent, med mindre man er historiker. At analysere specialiseringen af feltet i dette perspektiv ville dog være særdeles interessant: Den relative professionalisering af de forskellige specialer er ikke ens - der er stor forskel på alt fra kultur, til graden af jurisdiktion over et område (ikke så mange bestrider lægernes jurisdiktion over thoraxkirurgi felt, mens det samme ikke kan siges om psykiatriens genstandsområde, hvor der både konkurreres med en anden profession - psykologerne - og med alverdens "psykoterapeuter" og andet godtfolk). Ligeledes ændrer det også et specialeområdes relative status når fx medicinsk teknologiske innovationer radikalt ændrer behandlings- og helbredelsesmulighederne indenfor området. Og hvad betyder det fx for et fagområde som hæmatologien, at det lægges sammen med et andet, og ikke længere er et selvstændigt speciale med eget *lisence* og med retten til at definere sin egen speciallægeuddannelse? Men dette studie er ikke primært interesseret i specialernes professionaliseringsprocesser relativt i forhold til hinanden. Fokus er snarere hvordan professionen og det professionelle aspekt af lægelivet former og præger det, og hvilke konsekvenser det har i praksis - både for den enkelte læge og for organisation og ledelse.

Udgangspunktet for dette studie er at undersøge lægeliv. Der er tale om én profession (ikke flere), og sigtet er at gøre det i nutiden (realtime), og hermed tegner konturerne af et casestudie sig allerede fra start. Friedson tilbyder en definition og en analytik, som falder godt i tråd med mine intentioner og mit udgangspunkt:

"The future of profession lies in embracing the concept as an intrinsically ambiguous, multifaceted folk concept, of which no single definition and no attempt at isolating its essence will ever be generally persuasive. (...) The task for a theory of professions is to document the untidiness and inconsistency of the empirical phenomenon and to explain its character. The strategy of analysis, therefore, is particular rather than general, studying occupations as individual empirical cases rather than as specimens of some more general fixed concept. (...)The outcome would be all the richer for its emphasis on the special characteristics of each rather than on the comparatively little they share that corresponds to some simplistic model or ideal type." (Freidson 1983:32-4)

Den strategi Friedsons skitserer her, er den jeg finder mest frugtbar til dette studie. Men det er en strategi, der ikke nødvendigvis indeholder nogen nem balancegang - mellem detaljen og den store linje, mellem det stabile og det flydende. Det må stå sin test i analysen hvorvidt denne ambition lykkes eller ej.

Homogenitet, konsensus og struktur versus heterogenitet, konflikt og proces

De store forskelle mellem de to teoribygninger blev til dels belyst i det foregående som et spørgsmål om fokus på struktur (og almene træk) overfor proces. Men forskellene kan trækkes mere præcist op, hvis man søger at indkredse perspektivernes forskellige ontologier, herunder specielt synet på stabilitet versus forandring. Grundlæggende set er der tale om det man kunne kalde en *konsensusteori* overfor en *konfliktteori*²⁵. Atkinson giver forskellen en lidt anden drejning ved at gøre det til et spørgsmål om teorier med udgangspunkt i *homogenitet* overfor *heterogenitet* (Atkinson 1983:227). Han peger på at funktionalisterne har et grundlæggende set mere homogent synspunkt på professioner (og socialisering til professioner), mens Chicago-interaktionisterne er mere fokuserede på heterogenitet, forskelle og segmentering indenfor professioner.

Denne diskussion indenfor professionssociologien hvor to skoler står overfor hinanden i en grundlæggende set ontologisk diskussion, der handler om hvorvidt det sociale er mere eller mindre homogent og struktureret, eller om det er langt mere heterogent og dermed også åbent for (aktørinitieret) forandring, er blot én version af den store diskussion i sociologien om forholdet mellem struktur og aktør, mellem stabilitet og foranderlighed.

Det første som er værd at bemærke er, at spørgsmålet selvfølgelig ikke kan afgøres a priori og ad teoretisk vej. Det er ikke et spørgsmål om enten/eller, men i stedet om vægtning og perspektiv: Lægger analysen af en profession mest vægt på de samlende, systembevarende og reproducerende træk, eller fokuseres der mere på forskelle, konflikt og forandring?

For at forstå både rødderne og konsekvenserne af denne tilsyneladende rent teoretiske diskussion, er det nødvendigt at slippe den antagelse, at der skulle være tale om et videnskabeligt (empirisk) spørgsmål, og i stedet se det som et politisk spørgsmål. Strauss mener fx at strukturfunktionalisternes antagelser om relativ homogenitet i professioner ikke er specielt *brugbare*, idet der er mange identiteter, mange værdier og mange interesser på spil, og han foreslår at synet på professioner som *communities within the community*, erstattes af følgende definition af professioner som værende:

“loose amalgamations of segments pursuing different objectives in different manners and more or less delicately held together under a common name at a particular period in history” (Strauss & Bucher 1961).

Men her er ikke tale om apolitisk videnskabelig empirisk observation. Der er selvfølgelig tale om politik - på begge sider af *the great divide*.

Der er grundlæggende forskelle på spil når konfliktteoretikere stiller spørgsmålstegn ved de tidligere årtiers konsensusteori, og når de fælles værdier og det homogene evolutionære billede af en konstant fremadskridende bevægelse om ikke afløses, så i hvert fald

²⁵ “*Consensus theories* see shared norms and values as fundamental to society, focus on social order based on tacit agreements, and view social change as occurring in a slow and orderly fashion. In contrast, *conflict theories* emphasize the dominance of some social groups by others, see social order as based on manipulation and control by dominant groups, and view social change as occurring rapidly and in a disorderly fashion as subordinate groups overthrow dominant groups” (Ritzer 1996:233-4). Ritzer betegner idealtypene i yderpunkterne af et spectrum.

angribes af en skole, der trækker forskelle og forandring frem i lyset. Dette spil har dybe rødder, og langt videre samfundsmæssige konsekvenser, end blot et spørgsmål om hvad der specifikt karakteriserer professioner, og hvordan de følgelig bør studeres. Chicagoskolens interesse for at social reform er let at genkende i de forskels- og forandringsvenlige teorier i efterkrigstidens USA. Hammersly tydeliggør her den politiske dimension i denne (tilsyneladende) teoretiske diskussion:

“At the heart of the critique was the claim that the dominant theoretical tradition - notably, structural functionalism - portrayed human society as a natural object independent of and controlling human behavior. This, it was argued, contradicted the nature of human social action, as well as serving to support the status quo by implying that people could not change society.” (Hammersley 1989:3)²⁶

Et grundlæggende træk ved professionssociologien er interessen for professionen som helhed og fænomen, altså for hvad der karakteriserer fx den medicinske profession versus den juridiske, eller for hvad der karakteriserer professioner generelt (sammenlignet med andre grupper af arbejdere), eller for de (re)produktionsmekanismer og processer, som er med til at opretholde professioner. Dette fokus på professionen som helhed og enhed leder ofte til en bestemt form for bias: Professionen kan komme til at fremstå som en blackbox, og individerne i professionen, i dette tilfælde lægerne, bliver følgelig ofte betragtet som en meget unuanceret ens hvidkitlet masse. Der er således åbenlyse grunde - som *ikke* blot er af politisk og systembevarende karakter - til hvorfor professionssociologien ofte tenderer mod at favorisere et konsensusperspektiv. Derfor peger Berg & Mol da også meget fornuftigt på, at bias til den ene eller den anden side ikke udelukkende handler om (forandrings)politik:

“Within the tradition of medical sociology, the unity of the *medical profession* has often been emphasized. The social power of doctors, a classical argument runs, derives from the strength of their professional organization. The medical profession has managed to monopolize medical knowledge and access to training, and it has created a united front against outsiders such as patients, the state, and insurance companies.” (...) [But] “are doctors really unified? The answer depends (...) on how the question is posed. If one asked about general professional matters, the answer was still often yes. If one explored smaller groups, however, a whole variety of differences turned up.” (Berg & Mol 1998:4)

Der er således ganske tydeligt indenfor professionssociologien klare forskelle i interesser. Men hvordan skal et kommende empirisk studie af lægeliv forholde sig disse dagsordner?

Det første, der springer mig i øjnene er faren for at det reformistiske projekt, med dets vægt på processer (på bekostning af strukturer), på heterogenitet i stedet for homogenitet, og på konflikt og løse koblinger frem for konsensus og træge sammenhænge, er en overhængende risiko for at dette udgangspunkt kan virke direkte kontraproduktivt på

²⁶ Et andet eksempel på de politiske overtoner i den teoretiske diskussion tydeliggøres her af Ritzer: “*Structural functionalism supported America's dominant position in the world in two ways. First, the structural-functional view that every pattern has consequences which contribute to the preservation and survival of the larger system was nothing less than a celebration of the United States and its world hegemony. Second. The structural-functional emphasis on equilibrium (the best social change is no change) meshed well with the interests of the United States, then the wealthiest and most powerful empire in the world*” (Ritzer 1996:209). Man kan diskutere hvorvidt disse udlægninger af de to skolers politiske agendaer er korrekt, men at forestille sig en “objektiv” og dermed apolitisk socialvidenskab, er utopi. (Derfor er det næsten herligt med teoretiske projekter, der er så åbenlyst politiske som disse to).

muligheden for reform. Hvis det virkelig er reform man vil, så er det farligt at tage Strauss programmerklæring for gode varer, og arbejde ud fra den tese at professioner ikke er andet eller mere end midlertidige løst sammenføjede segmenter²⁷, der med forskellige midler forfølger forskellige mål, og som ikke har meget mere til fælles end et navn. Og her virker det som om de senere generationer af Chicago-teoretikere, der kom efter Hughes med hans skarpe blik for betydningen ikke blot af *licence*, men også af det langt mere vidtrækkende *mandate*, har undervurderet betydningen af det sidste. Faren for at overse sindrige og komplekse stabilitetsskabende og systembevarende mekanismer er overhængede hos den yngre chicagogeneration med Strauss i spidsen - mindst lige så overhængende som faren for at overse signifikante forskelle, udviklinger og nybrud er det hos strukturfunktionalisterne.

At mange af de årsager til overhovedet at studere lægeliv, som dette projekt tog sit udspring i, handlede om behovet for reform og forandring, betyder ikke at man derfor automatisk bør lægge sig i den reformvenlige teoretiske grøft. Som sagt mener jeg, det er tvivlsomt, hvorvidt dette perspektivs mere radikale og nyere versioner overhovedet er i stand til at levere varen.

Men i og med, at jeg har valgt kun at fokusere på én profession, og ikke på flere, ligger der allerede her en mulig fare for at det bliver forskellene i professionen, som springer i øjnene, da der ikke umiddelbart i designet er andet at sammenligne med. Dette er forklaringen på, at jeg er meget bevidst om at inddrage andre referencepunkter end blot professionen²⁸.

Der er ikke nogen let eller gylden middelvej mellem disse to åbenlyse politiske projekter. Mit eget projekt er reformistisk, så langt som det stiler mod at kunne udsige så meget præcist og detaljeret om lægelivet, at det kan komme med kvalificeret input til de aktuelle problemstillinger på området, og ikke mindst til den organisatoriske og ledelsesmæssige forskning. Og blot det faktum at lægerne ikke engang er organiseret i samme fagforening, men er splittet langs uddannelses- og anciennitetsmæssige linjer, indikerer at det er et helt umuligt projekt at fokusere for enøjlet på helheden og de samlende værdimæssige træk.

Men faren er, at man i sin forskels- og forandringsiver ikke har blik nok for de både indforståede, heterogene og gensidigt understøttende systemer og strukturer af enhver art, som tilsammen skaber stabilitet, strukturering og træghed i systemet. Den afhandling, som var afsættet til hele dette studie af lægeliv, pegede netop på hvordan den daglige organisering af lægeligt arbejde var præget af en homogen og stabil infrastruktur, der bestod af vidt forskellige systemer og elementer, som tilsammen gjorde forandring af systemet til en særdeles kompleks affære (Vinge 2003).

²⁷ I virkeligheden er Strauss' konflikt-definition ikke i direkte modsætning til strukturfunktionalisternes konsensusdefinition. Han zoomer bare et niveau ned. I stedet for at spørge Strauss hvad professioner er, bør man spørge ham hvad disse "segmenter" er, og om de i virkeligheden ikke er miniversioner, af den homogene professionsforståelse, som han vender sig mod? Om det er professioner i samfund, eller segmenter i professioner, der er *communities within the community* gør ikke den store principielle forskel.

²⁸ Blandt andet derfor beskrives lægeuddannelsen i denne teoridiskussion ikke i vakuum, men med reference til andre videregående uddannelser.

Dette projekt vil bygge på denne erkendelse af at stabilitet og strukturering i praksis skabes på uendeligt mange måder, ikke blot på makroniveau (forstået som i den bredere samfundsorden), men også på mikroniveau (i betydningen den daglige organisering af medicinsk arbejde). Det betyder ikke, at der ikke er forskelle, at der ikke er konflikt, eller at der ikke ligefrem også til tider er åbenkamp. Men vi kan blot ikke *på forhånd* antage noget som helst meningsfyldt om hvorvidt forskelle, konflikt og kamp vil lede til nogen form for bevægelse eller forandring. Sådanne spørgsmål må besvares specifikt, konkret og frem for alt empirisk.

Af det gode eller af det onde!?

Et centralt tema i studiet af professioner er normativitet: Er udgangspunktet kritisk, fordi professioner har tilranet sig magt og monopol over områder, hvor systemer er bygget op, som fremmer de professionelles egeninteresser, men som efterlader lægkvinden til de professionelles nåde? Eller er det snarere det modsatte: At professionelle - specielt læger - i modsætning til kapitalens lakajer, har viet deres (arbejds)liv til en højere sag, til et lægeløfte og til ønsket om at gøre godt for menneskene?

Både Gouldner og Atkinson peger på at Parsons strukturfunktionalister hørt blandt de mere tilbedende i relation til lægestanden, mens Chicagoskolen var langt mere kritisk:

"The former [functionalists] are more respectful of the medical establishment ... they are more prone to view it as a noble profession. [Chicago sociologists] however, tend to be uneasy about the very idea of a profession as a goal for study, believing instead that the notion of an 'occupation' provides more basic guidelines for study, and arguing that occupations as diverse as the nun and the prostitute, or the plumber and the physician, reveal instructive sociological similarities" Gouldner (1962) citeret i (Atkinson 1983:226-7)

"The functionalists had tended to reproduce the 'professional' own claims, suggesting such high-flown ideas as 'service' and 'collectivity' orientation. The interactionists [Chicago], on the other hand, more cynically, perhaps, focused on the mundane aspects of 'professional' work. Writers in the Chicago vein have studied how members of occupations operate pragmatically and survive amid conflicting pressures in the everyday performance of their work" (Atkinson 1983:227)

For retfærdighed må det dog påpeges at Parsons selv tidligt var meget skeptisk overfor denne overforsimplede forståelse af professionelle som værende altruistiske pr. definition mens forretningsfolk af enhver art i modsætning hertil blev karakteriseret som egoistiske, hvilket Parson selv mener, er en "falsk dikotomi":

"Doctors are not altruists, and the famous "acquitiveness" of a business economy is not the product of "enlightened self-interest". (Parsons 1939:465)

Chicagoskolens mere skeptiske tilgang er ikke funderet i nogen form for a priori mistillid, men udspringer i stedet af en helt anden tænkemåde. Som Hughes definerer professioner, så spiller de en betydeligt mere indflydelsesrig rolle end andre erhverv. Ikke blot i relation til den individuelle embedsudøvelse indenfor et bestemt område, men også i relation til hvordan hele dette område overhovedet skal begribes, afgrænses, håndteres og vurderes i

samfundslivet generelt, hvilket følger af hans definition af begrebet *mandat*, som værende den kollektive overbygning på *licens*-begrebet. Det er denne position, som i en typisk pragmatisk amerikansk tankegang bør give anledning til den form for skepticisme der er indlejret i *checks and balances* tankegangen, der har rødder langt tilbage til fundamentet for den amerikanske demokratimodel. Dette projekt lægger sig tæt op ad Hughes' tanker, hvor der er blik for den næsten foucaultske pointe, at professioner ikke blot består af individer, der *håndterer* et givent område af samfundslivet, men at de som enhed er med til at *skabe* dette område, og *the very terms of thinking about it* (Foucault 2000; Hughes 1984:288). Det betyder ikke en mistæneliggørelse af professionelt virke, men det betyder, at der med de friheder og rettigheder en profession bemyndiger sig, naturligvis følger et granskende blik, som ikke bør *overtage* professionens normative forestillinger om det gode og det rigtige, men i stedet *udforske* sådanne normative forestillinger, i det omfang de viser sig empirisk²⁹.

En mere frugtbar strategi er derfor hverken at antage at lægeprofessionen er af det onde eller af det gode, men i stedet søge at udforske hvorvidt, hvordan, hvornår og hvorfor eventuelle normative aspekter, perspektiver og argumenter spiller en rolle i lægelivet.

Professioners reproduktion: Socialisering og uddannelse

Det enkeltområde indenfor professionssociologien, som har fået mest forskningsmæssig opmærksomhed er uddannelsen³⁰. En praktisk årsag hertil er ganske sikkert at lægerne gennemgår meget lange både pre- og postgraduate studier. Formaliseret uddannelse fylder simpelthen mere hos læger, end hos akademikere – også set i sammenligning med andre klassiske professioner³¹.

Selvom dette paper primært er et litteraturstudie, kan det være nyttigt at vide hvilken virkelighed denne litteratur skal sætte i spil i forhold til:

Der er i Danmark ca. 17.000 erhvervsaktive læger, og heraf arbejder ca. 60% i hospitalssektoren, små 30% er privatpraktiserende (enten almene eller speciallæger), og ca. 10% arbejder med forskning, undervisning, i socialektoren eller andre former for private jobs (Sundhedsstyrelsen 2003b: egne beregninger på basis af tabel 7).

Selve lægestudiet – cand.med. studiet – er som det eneste i Danmark 6årigt, idet alle andre videregående uddannelser er 5årige. Men dette er ikke det eneste punkt mediciner-

²⁹ Et sådant perspektiv søger Chicagostudiet af Kansas Medical School meget klart både at formulere eksplicit og anvende (Becker, Geer, Hughes, & Strauss 1961:15).

³⁰ Det faktum at lægestudiet har været genstand for megen (sociologisk) forskningsopmærksomhed internationalt har ikke haft den store afsnittende effekt i Danmark. Dog er et større studie af medicineruddannelsen i København, som delvis er inspireret af Chicagotraditionen undervejs, men der er endnu ikke publiceret herfra. Dette studie ledes af lektor I. Netterstrøm og er beskrevet på www.pucs.ku.dk (Pædagogisk Udviklingscenter Sundhedsvidenskab) under titlen "Forløbsstudiet". Desuden kan nævnes et interessant studie i form af afhandlingen "Vi læser ikke medicin - vi læser til læge: En kvalitativ undersøgelse af lægevidenskabsstuderendes indgang til det medicinske felt" (Kortzen-Bohr 2002)

³¹ Her er det dog interessant at bemærke at netop jurister, som er en anden klassisk profession, også er karakteriseret ved, at der skal et formaliseret postgraduat efteruddannelsesforløb til før titlen advokat kan erhverves. Dog er dette forløb lagt fra så lagt eller så akademisk tungt som lægernes postgraduate forløb.

uddannelsen adskiller sig på. Få studier er i dag så klart rettede mod ét bestemt erhverv, nemlig virket som læge³². Dette spiller ind allerede under studiet, som i forhold til andre akademiske uddannelser, er præget af mange og lange ophold på arbejdspladser i det behandlende sundhedsvæsen (såkaldt "kliniske ophold"). Således er kravet minimum 44 ugers klinik, som typisk foregår på sygehusafdelinger (Undervisningsministeriet 1986), men på den største uddannelsesinstitution, Københavns Universitet, er den kliniske undervisning i alt 94,5 uger, og hermed udgør klinikken langt den største undervisningsform i det samlede studie, som i alt er normeret til 217 uger fordelt på 6 år (Studienævnet for Medicin 2005). Det betyder at de studerende allerede i løbet af studiet har en helt anden kontakt med den kultur og de socialiseringsmekanismer som udfoldes på hospitaler, end på andre videregående uddannelser.

Et bestemt forhold ved den prægraduale lægeuddannelsen er værd at trække frem. Langt de fleste andre akademiske uddannelser består grundlæggende set af en fortsættelse af de indlæringsformer de studerende kender fra skolingens indtil da, nemlig at læse, lytte og skrive. Medicinstuderende lytter en hel del, skriver ret lidt og læser meget. Men medicin-studerende skal også stikke i, røre ved og skære i levende såvel som døde menneskekroppe! ((Becker, Geer, Hughes, & Strauss 1961 viser med al tydelighed hvordan netop anatomiundervisningen er et rite de passage ind i en anden verden). Lægestudiet overskrider kulturelt bårne normalitetsgrænser en masse, hvilket i sig selv pIRRer den sociologiske nysgerrighed.

Efter opnåelsen af cand.med. graden fortsætter uddannelsen. Nu skal retten til såkaldt "selvstændigt virke som læge" erhverves gennem en 18 måneders uddannelse, også kaldet turnusuddannelsen. Turnus er fordelt med 12 måneders ansættelse på en hospitalsafdeling og 6 måneder i almen praksis (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001). Turnus betegnes som en uddannelse, men i praksis er der tale om et regulært ansættelsesforhold i henhold til gældende overenskomster mv., hvor cand.med.erne indgår som yngre læger i det daglige arbejde. Uddannelsen består således i den læring kandidaterne får af arbejdet.

Efter turnusuddannelsen påbegyndes speciallægeuddannelsen, som er normeret til ml. 60 og 72 måneder alt efter hvilket speciale der er tale om (Sundhedsstyrelsen 2003a)³³. Speciallægeuddannelsen foregår som en serie af obligatoriske ansættelser i forskellige typer af uddannelsesklassificerede stillinger. Den her beskrevne ordning er fra 2004 og således stadig under indkøring, og derfor er der stadig mange læger i systemet, hvis uddannelse indtil for ganske nylig har fungeret efter den gamle ordning, hvor den norme-

³² Denne tilgang til cand.med.uddannelsen er fanget godt ind i Korzen-Bohr's afhandling med den sigende titel: *"Vi læser ikke medicin - vi læser til læge."*, (Kortzen-Bohr 2002) som via interviewanalyser viser hvordan selv relativt nystartede studerende i høj grad har en bevidsthed om, at de skal være læger, og i høj grad identificerer sig med dem af deres undervisere, som er læger. Langt de fleste medicinkandidater fortsætter da også efter cand.med. med at uddanne sig til selvstændigt virke som læge, og senere speciallæge. Faktisk er der tale om så mange, at Sundhedsstyrelsen i sin lægeprognose ikke har fundet grund til at foretage noget fradrag af læger med beskæftigelse uden for det behandlende sundhedsvæsen. (Sundhedsstyrelsen 2003b)

³³ Denne speciallægeuddannelsesstruktur trådte i kraft i 2004. Indtil da var den normerede uddannelsestid betydeligt længere, blandt andet fordi der var tradition for at medicinere og kirurger erhvervede sig både et såkaldt grundspeciale (fx intern medicin) og et grenspeciale (fx kardiologi eller endokrinologi). Denne struktur er nu afskaffet, og der eksisterer kun ét niveau i specialestrukturen, men indenfor medicinen og kirurgien er der nu i stedet længere fælles forløb.

rede uddannelsestid var betydeligt længere. Derfor må talmaterialet i det følgende tages med et vist forbehold, da der er grund til at tro, at effekterne af reformen af speciallægeuddannelsen vil slå igennem i løbet af årene der kommer.

Men situationen i dag er, at det i gennemsnit tager 22 år at gennemføre hele dette forløb fra stud.med. til færdig speciallæge, hvilket både i den gamle og den nye ordning er betydeligt mere, end det samlede normerede forløb (Sundhedsstyrelsen 2003b).

Årsagerne til dette er mange, bl.a. ventetid i uklassificerede stillinger pga. flaskehalse i de populære specialer, specialeskift, men også forskning tager tid. I øjeblikket opnår ca. 18% af en årgang ph.d.-graden og 2,8% af samtlige færdiguddannede læger er til stadighed beskæftiget med ph.d.-arbejde (Næser 2005).

I denne sammenhæng er årsagerne dog mindre relevante end konsekvenserne, som netop er at lægeliv i høj grad er lig med (næsten) livslang uddannelse. Lægerne gennemgår det længste prægraduale forløb for videregående uddannelser i Danmark, og har ligeledes det både længste og mest formaliserede postgraduale forløb³⁴. Alene omfanget af uddannelsen gør den til et væsentligt element i studiet af lægeliv. Forskellene i forhold til uddannelsens form, længde og betydning er omfattende set i forhold til andre videregående uddannelser og kræver derfor selvstændig analyse. Vigtigste af alt er måske det forhold, at der ikke er nogen klar skillelinje mellem uddannelser og arbejde. Helt fra starten er de to kategorier sammenflettede, og de gennemsnitligt 22 år det tager at komme i gennem forløbet, er rundt regnet et halvt arbejdsliv. Senere i litteraturgennemgangen vil jeg komme nærmere ind på indholdet i lægernes uddannelsesrejse, og betydningen af det.

En anden konsekvens af at uddannelsen er en integreret del af arbejdslivet er, at det stort set er en praktisk umulighed at studere lægers arbejde uden samtidig at studere lægeuddannelse i en eller anden form.

Strukturfunktionalisterne og interaktionisterne om lægeuddannelsen

Men ét er de praktiske årsager til hvorfor netop studiet har fået så stor forskningsmæssig opmærksomhed. Der findes også mere teoretisk funderede årsager. Et centralt spørgsmål indenfor professionssociologien er selvfølgelig professionernes reproduktion, altså den proces hvor igennem nye medlemmer skabes:

“Medical education is the whole series of processes by which the medical culture is kept alive (which means more than merely imparted) through time and generations, by which it is extended to new populations or elements of the population, and by which it is added to through new learning and teaching” (Hughes 1984:399)

To hovedværker - et fra Chicago og et fra strukturfunktionalisterne - indenfor studiet medicinsk uddannelse skal nævnes: Parsons' arvtageres antologi om *“The Student Physi-*

³⁴ Andre professioner, fx advokater og revisorer har forløb der i grundstruktur, men ikke i omfang, kan minde om lægernes forløb. Således skal de cand.jur.'ere som ønsker at blive advokater gennem en 3årig fuldmægtigtid, som i nogen større advokatvirksomheder fungerer som en turnus-ordning, idet de unge fuldmægtige turnerer mellem forskellige afdelinger med bestemte frekvenser fx ét år hvert sted. Herefter kan de tage advokateksamen, og dermed erhverve retten til selvstændigt virke som advokat.

cian" (Merton, Reader, & Kendall 1957) og alle de store Chicagosociologers fælles værk om livet på Kansas Medical School, "*Boys in White*" (Becker, Geer, Hughes, & Strauss 1961)³⁵.

Interessen for uddannelse indenfor strukturfunktionalismen er begrundet i, at det netop er her en af de centrale sociale processer foregår i form af en integration af adfærdsregulerende normer og værdier i individer, hvilket skaber bestemte funktioner i sociale systemer³⁶. I "*The Student Physician*" betragtes medicinen som en institution med klare funktioner:

"The institution of medicine and health care (...) can be sociologically regarded as uniting large numbers of people to the performance of numerous and diversified tasks all aimed at the same central purpose: the prevention of illness, the care and cure of the sick. (...) The organization of medical and associated personnel has as its major and pervasive social function (whether or not this be the intent of individual practitioner) the provision of means for coping with a major *internal threat* to the effective operation of the economy and the society." (Merton, Reader, & Kendall 1957:4)

Der er klare normative undertoner i denne måde at begribe professionen på: I stedet for at undersøge de konkrete og praktiske konsekvenser af *the institution of medicine and health* antager strukturfunktionalisterne at institutioner altid har funktioner (ellers ville de ikke stadig eksistere), og at disse funktioner er formålstjenlige for systemets fortsatte beståen og udvikling. Hvorvidt alle aktører i dette felt alle arbejder (bevidst eller ubevidst) mod det samme mål, nemlig at undgå og helbrede sygdom, kan i bedste fald kun være en hypotese, hvis relevans og udfoldelse i praksis kræver empirisk undersøgelse.

Der tegner sig et billede af det sociale som et formålstjenligt (funktionelt) system, hvor professionerne så at sige har slået en handel af med samfundet: de privilegier og den autonomi professionen nyder godt af - i form af fx Hughes' licence og mandate - er belønningen af at yde en bestemt funktion:

"Free societies continue to grant relative autonomy to their component institutions only as long as these responsibly discharge their functions" (Merton, Reader, & Kendall 1957:6)

Men ikke blot det medicinske system, også uddannelsen analyseres med udgangspunkt i dets funktion:

"It is their [the medical schools',siv] function to transmit the culture of medicine and to advance that culture. It is their task to shape the novice into the effective practitioner of medicine, to give him the best available knowledge and skills, and to provide him with a professional identity so that he comes to think, act, and feel like a physician. It is their problem to enable the medical man to live up to the expectations of the professional role long after he has left the sustaining value-environment provided by the medical school" (Merton, Reader, & Kendall 1957:4)

Men hvad er det da for normer og værdier som disse institutioner har som funktion at indpode i de unge mænd og kvinder? Strukturfunktionalisterne peger på værdisæt til regulering af tre typer af relationer: læges relation til patienten, lægens relation til

³⁵ For en god introduktion til og diskussion af disse to relativt omfattende værker og de bagvedliggende perspektiver, se (Atkinson 1983).

³⁶ "From the functionalist point of view, it is the process of socialization which reconciles the opposition between the functioning of the social system and the action of individual members of society" (Atkinson 1983:225)

kollegaer og til samfundet i det hele taget, og måske vigtigst af alt, lægens relation til sig selv, altså lægen selvopfattelse og identitet (Merton, Reader, & Kendall 1957:74ff). Disse kerneværdier antages at være meget stabile og klare - der listes i dette værk således 22 forskellige adfærdsregler om normativt korrekt lægelig tænkning og adfærd, som i opbygning mindre om de 10 bud: Om hvad læger, kan, bør, skal og må.

I de empiriske enkelte studier bliver fokus i høj grad at vise hvordan, helt konkret, denne normative værdi-transplantation foregår i praksis. Merton stiller således det centrale forskningsprøgsmaal der guider den strukturfunktionalistiske erkendelsesinteresse:

"To what degree and through what processes does the medical school shape the professional self of the student, so that he comes to "think, feel, and act like a doctor"?" (Merton, Reader, & Kendall 1957:viii)

Og undertonen er hele vejen igennem, at denne assimileringproces sker med et højere mål for øje: vitale samfundsmæssige funktioner. De studerende bliver således mere eller mindre *cultural dopes*, og der er tale om en relativt passiv assimileringproces, hvor en gruppe af vidt forskellige individer langsomt assimilerer den medicinske kulturs kerneværdier, for til sidst at 'tænke, føle og handle som en læge'³⁷.

Chicagosociologernes Kansasstudie blev publiceret fire år senere og er baseret på mange af den samme type data (direkte observation og interviews), foretaget i det samme land, men der er radikale forskelle mellem de to. Hvor funktionalisterne tilgang var at anskue uddannelsen som en integration af nytilkomne i en værdimæssigt stabil kultur, den medicinske, så er Chicago-tilgangen i stedet at undersøge, hvordan de studerende håndterer de udfordringer de møder i hverdagen, og hvordan de gennem forskellige håndteringsstrategier (kaldet "*perspectives*") skaber - og opretholder - deres egen kultur (heraf undertitlen til værket: "*Student Culture in Medical School*"). Funktionalisterne er interesserede i hvordan systemets permanens opretholdes, mens Chicago folket er evigt interesserede i muligheden for *agency*, selv i de stærkeste og mest markante kulturer, som fx den medicinske uddannelsesinstitution, der betragtes som en *totalinstitution* med mange paralleller til Geffmann's analyser af sindssygeanstalter (Goffmann 1961). Blikket er vendt et ganske andet sted hen i Kansasstudiet og konklusionen bliver derfor at:

"The joints of the medical system have a great deal of play in them. The people who work in the system have - and use - a good deal of freedom in choosing both what to do and how to do it." (Becker, Geer, Hughes, & Strauss 1961:13)

Kansasstudiet starter ikke ud med nogen normativ antagelse om at alle skuer samme funktionelt hensigtsmæssige og moralsk prisværdige vej (mod helbredelse, lindring og forebyggelse af sygdom) men pointerer i stedet at der er tale om den mest lukrative

³⁷ Retfærdighedsvis må jeg nævne, at Merton ikke er enig i denne passive kultur-modtagende rolle, og i stedet pointerer at "*the medical student must be recognized as more than a passive receptacle into which new knowledge is being poured*" (Merton, Reader, & Kendall 1957:viii). Sammenligner man med mere hardcore funktionalistisk forskning, indeholder antologiens bidrag ganske sikkert langt mere nuancerede og komplekse skildringer af disse internaliseringsprocesser, og i den forstand har Merton ret. Men er sammenligningsgrundlaget i stedet forskning, som ikke deler de funktionalistiske grundantagelser om professioners og institutioners værdimæssige kerne, hvis spredning er det der sikrer institutionens fortsatte funktionalitet i det større sociale system, så er der tale om en meget passiv aktørrolle, idet fokus konstant er på hvordan diversiteten i værdisæt, tænke- og handlemønstre langsomt men sikkert ensrettes og erstattes af professionens.

højstatus profession (på daværende tidspunkt og i USA). Kansasstudiet peger på at lægerollen er så langt væk for en studerende, at det de først og fremmest må lære, er en ganske anden rolle, nemlig den som medicinstuderende. At lære og at mestre denne rolle, er i sig selv en krævende affære. De studerende har således en kultur som er anderledes fra undervisernes. Der er ikke blot tale om én samlende medicinsk kultur med et værdisæt som transmitteres fra undervisere til studerende.

Udover forskellene mellem studerende og undervisere, peger Kansasstudiet på en anden central forskel, nemlig den mellem de akademisk orienterede læger, der hovedsageligt underviser på universitetet, og den typer langt mere klinisk orienterede læger, de studerende møder i klinikken. Her er ikke tale om én eller om to lægekulturer - men om mange.

De grundlæggende forskelle mellem de to perspektiver, som blev beskrevet i mere generelle vendinger i de tidligere afsnit, er særdeles tydelige i disse to relativt samtidige empiriske studier af "det samme" fænomen. Såledeser forholdet mellem studerende og undervisere i Kansasstudiet konfliktfyldt og deres portræt af de studerendes kultur er blevet karakteriseret som en "undergrundsmodstandsbevægelse", mens de studerende i det andet studie karakteriseres som værende en slags "junior kollegaer" overfor en gruppe "mentorer" (Atkinson 1983:288).

Fra medicinstuderende til yngre læger

Det forskningsprojekt, som er under forberedelse her, tager ikke sigte på specifikt at studere den prægraduale del af uddannelsen, som de to klassiske studier her har gjort. Planen er at følge de studerendes overgang fra den præ- til den postgraduale uddannelse, og således bliver de først fulgt umiddelbart inden de forlader det prægraduale studie. Alligevel rummer de gennemgåede studier megen brugbar indsigt i forhold til dette forskningsprojekt om de første år af lægelivet. Som jeg bemærkede ovenfor, er det slet ikke muligt at studere lægeliv uden også at studere lægeuddannelse (præ- såvel som postgradual). Uddannelsesaspektet at allestedsnærværende, og dermed et af de punkter hvor denne type professionelle organisationer præget at netop læger - altså hospitaler - adskiller sig aller mest markant fra andre mere typiske bureaukratiske organisationer i det offentlige såvel som det private erhvervsliv.

Sammenblandingen af livslang uddannelse og arbejdsliv har mange typer af konsekvenser. En af dem er, at der kan nås et meget højt videns og kompetenceniveau. En anden er at voksne mennesker fastholdes i en art elev- eller studenter-rolle langt ind i deres voksne liv. I Danmark deles lægerne op i "Yngre Læger" (fagforeningen for læger under speciallægeuddannelse) og "Foreningen af Speciallæger". Men som en humoristisk artikel i Ugeskriftet³⁸ præciserede, så er der ikke nødvendigvis megen biologisk ungdommelighed over de såkaldt "yngre" læger, og forfatterinden beretter hvordan de "yngre" læger på hendes afdeling både har måner, grånende hår og læsebriller! Statistikken indikerer at

³⁸ Indlæg i Ugeskriftet (18. februar 2002) af førstereservelæge Bernadette Guldager, hvor hun påpegede at: "Der er stor diskrepans mellem FAYL's brug af ordet 'yngre', og medlemmernes faktiske biologiske alder". For som hun skriver: "Flere er over 60!".

billedet må være generelt, når det tager 22 år i snit at komme ud på den anden side. Kansasstudiet peger netop på denne paradoksale situation, som værende et forhold der er værd at studere, idet det rejser en udfordring til den enkelte læge, som kræver håndtering: På den ene side er der tale om fagligt kompetente voksne mennesker, hvoraf mange er gift og har børn, har været i militærtjeneste, og på alle andre måder deltager i samfundslivet som absolut fuldgældige voksne mennesker. Men på den anden side er de også "yngre" læger, på midlertidige kontrakter, der har langt mindre råderet over deres egen arbejdstid og de arbejdsopgaver de bliver givet. Sammenlignet med andre typer af akademikere på samme anciennitetstrin - fx cand.merc.ere, jurister og ingeniører - så er den gennemsnitlige 35årige læges arbejdssituation langt mere som en studerendes, i den forstand at de yngre læger fx har et stort fælles rum, men ikke eget kontor som de "rigtigt" ansatte, de figurerer ikke som "medarbejdere" på organisationernes hjemmesider, de er ikke permanente medlemmer og derfor deltager de heller ikke i mange af de mere udviklende og forandringsrettede aspekter af det organisatoriske liv, der ligger ud over den direkte produktion. (Vinge 2003). Denne tilstand beskrives som en form for "*prolonged adolescence*" (Becker, Geer, Hughes, & Strauss 1961), og håndteringen af den er en af de store udfordringer læger står overfor i forbindelse med deres professionelle virke - frem til den dag hvor de langt om længe er færdige speciallæger (og hvor langt de fleste har fået de børn de skal have, en del er blevet skilt igen!). At denne forlængede nomadiske novice-tilstand, som omkring halvdelen af alle læger befinder sig i, har store konsekvenser for både muligheden for organisatorisk mobilisering, forandring og ikke mindst ledelse, er der ingen tvivl om (Vinge 2003). Men netop fordi professionssociologien og den ledelsesmæssige og organisatoriske forskning i og omkring lægeliv har været så adskilt, har vi ikke nogen systematisk analyse af, hvordan den professionens uddannelse påvirker de organisatoriske og ledelsesmæssige vilkår og praksiser.

Organisation og Professioner

Som vi så i indledningen ser Hughes grundlæggende set professioner og organisationer som gensidigt påvirkende fænomener, men nogen eksplicit eller dybere behandling af de organisatoriske aspekter af professionelt virke foretog han aldrig.

Parsons så bureaukratiet som noget nær det professionelle projekts antitese - heraf udsprang jo hans kritik af Weber. Senere samlede andre tråden op, og Mintzbergs senere så kendte idealtypiske organisationskonfigurationer lægger sig i samme spor via den klare distinktion mellem maskinbureaukratiet og fagbureaukratiet (Mintzberg 1979). Denne modsætningsfyldte forståelse af forholdet mellem professionalisme og bureaukrati har leveret input til en del af den ledelsesorienterede forskning omkring lægeliv, idet den rummer en forklaring på hvorfor ledelse efter sigende er så stort et problem, i hvert fald i det omfang, der er tale om den mere traditionelle bureaukratiske forståelse af ledelse.

Flere teoretikere har illustreret hvordan de to typer af institutioner adskiller sig på væsentlige punkter:

	Bureaucracy - <i>Bureaucratic market</i>	Professionalism - <i>Professional market</i>
Task	Partial, interdependent with others	Complete, sole work
Training	Short, within the organization, a specialized skill	Long, outside the organization, a total skill
Legitimation for act	Is following rules	Is doing what is to the best of his knowledge correct
Compliance	Is supervised	Is socialized
Loyalty	To the organization	To the profession
Career	Ascent in the organizational hierarchy	<i>Often no further career step in the organization</i>
<i>Typical career-line</i>	<i>Regular, vertical within firm</i>	<i>Horizontal across firms</i>
<i>Port of entry</i>	<i>Personnel office</i>	<i>Practice institution</i>
<i>Requirements for entry</i>	<i>Formal job description varying by position</i>	<i>Training credentials</i>
<i>Predominant knowledge</i>	<i>Variable by position but firm-specific</i>	<i>Discretionary, transferable</i>

Kilde 1: (Scott 1966) (gengivet i (Davies 1983))

Kilde 2: (Freidson 2001a:82)

Der er næppe tvivl om at enhver feltarbejder udi lægelig organisering vil kunne nikke mere eller mindre genkendende til disse stikordskarakteristikker af hvordan det professionelle projekt arter sig i organisationer: På problematisk vis! Men ikke desto mindre findes der jo i høj grad professionelle i organisationer, og tendensen er at de professionelle bureaukratier bliver større og større i Danmark - både hospitaler og advokatfirmaer går den vej. Og at den idealtypiske karakteristik vækker umiddelbar genkendelse, betyder ikke at den rummer analytisk præcision.

Desuden peger meget på, at modsætningerne ikke er helt så rene. Davies fremhæver blandt andet på baggrund af en større litteraturgennemgang at billedet er noget mere komplekst:

"the empirical data has shown the joint occurrence of bureaucratization and professionalisation. It would appear that far from being total alternatives these two are in some sense complementary. Secondly, successful accommodations of so-called incompatibilities have occurred. Thirdly, some role occupants occupy with apparent ease and satisfaction combined professional and bureaucratic roles." (Davies 1983)

Forholdet mellem bureaukratisk organisering og professioner er således ikke nogen klar eller entydig relation, men derimod et forhold, som kræver langt mere empirisk udforskning. Ambitionen må derfor blive at undersøge læger i organisationer, med fokus på den konkrete form for professionel organisatorisk praksis der opstår i kombinationen af de to, så vi kan formulere bedre og mere præcise svar på det spørgsmål der følger i kølvandet på Hughes' konstatering: Professioner påvirker organisationer, og *vice versa* - men hvordan?

Skitse til et empirisk studie af Lægeliv - de første år

“Specificity and complexity have replaced overall explanatory models. Thus, instead of giving broad answers that promise too much and achieve too little, we will modestly explore specific and complex cases” (Berg & Mol 1998:8)

Intentionen i dette studie er at følge 12 læger - eller rettere 12 medicinstuderende - fra den afsluttende fase af deres studie, og videre igennem turnusuddannelsen. Tidsrammen for empiriindsamlingen er således anslået til 2 år. Dette er lang tid at vente på et resultat, men jeg mener det er helt essentielt at følge en mindre gruppe tæt over længere tid igennem én af de faser, vi ved opbyder problemer, nemlig overgangen fra studiet til virket som yngste læge.

De 12 studerende vælges på Københavns Universitet. Målet er at finde 12 studerende, som står umiddelbart overfor afslutningen af studiet, og som fordeler sig således at 3 af dem har afklaret med sig selv at de ønsker at stile efter et kirurgisk speciale, 3 ønsker et indenmedicinsk, 3 ønsker at blive almen medicinere, og resten er uafklarede. Der tilstræbes en lige kønsfordeling, og det tilstræbes at 2-3 har en anden etnisk baggrund end dansk. I løbet af de følgende 2 år, er intentionen at interviewe alle 12 læger i alt 4 gange: Første gang mens de endnu er på studiet, anden gang under kirurgisk turnus, tredje gang i medicinsk turnus og sidste gang i turnus i almen praksis.

Det første interview er tænkt som et decideret biografisk interviews. De følgende interviews er tænkt som praksisnære arbejdsinterviews, der søger at gå tæt på lægernes konkrete arbejdsliv i hverdagen, men også de mange andre aspekter af deres virke som læger, som måtte opstå.

Desuden påtænker jeg at følge alle 12 læger én³⁹ dag på arbejde i hver af faserne i turnus, og at følge dem før de interviewes. Min erfaring fra tidligere feltarbejde er, at det giver grundlag for en helt anden form for dialog i de efterfølgende interviews, at forskeren har fulgt respondenterne rundt i hverdagen, og således selv hørt og set episoder fra denne verden.

Det samlede datagrundlag vil således blive:

- 12 biografiske interviews
- 12 * 3 = 36 interviews om lægeliv i og udenfor organisationer
- 12 * 3 = 36 separate dages observation

De endelige analysers form må i sagens natur bero på de data som bliver genereret. Intentionen er dog helt klart at arbejde primært individ og forløbsorienteret, således at datagrundlaget bliver 12 udviklingshistorier om lægeliv. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at sige noget om mulighederne for kombination og gruppering på tværs af de 12

³⁹ Man kunne indvende at én dag er for lidt. Men jeg har gode erfaringer med hvor meget indsigt man kan få på en dag, jeg kender det felt jeg skal observere i godt, og der er tale om en rent pragmatisk prioritering af forskningsressourcer - selvfølgelig ville længere observation være at foretrække.

forløb. Det er også muligt at der vil blive foretaget analyser, som går helt på tværs af datasættet, og i stedet er tematisk organiseret.

Når jeg netop vælger overgangen fra præ- til postgradual uddannelse har det flere årsager. Den prægraduale uddannelse er interessant, men uddannelsen har undergået stor reform, og som nævnt er et større studie allerede nu undervejs i andet regi⁴⁰. Min interesse er primært koblingen mellem det professionelle projekt og organisationer, og derfor er jeg mere interesseret i læger på arbejde under de postgraduale uddannelser. Som nævnt er der foretaget en speciallægeuddannelsesreform, hvis konsekvenser vi endnu ikke kender. Men netop turnusuddannelsen er ikke blevet fundamentalt ændret. Muligvis står den for tur, og derfor er der god grund til at skaffe viden om netop denne periode i lægelivet.

En sidste væsentlig årsag til dette valg af fokus er imidlertid en ganske bevidst bagtanke, som er at skabe mulighed for flere etaper af dette projekt med årene. Derfor er titlen på dette projekt: "Lægeliv - de første år". Dette studie skal kunne udgøre en helhed i sig selv, men der skabes samtidig også grundlag for at bygge videre på et helt unikt datasæt, hvor det vil blive muligt at følge en gruppe longitudinelt over en længere årrække og lave opfølgende studier på basis af disse data i fremtiden.

⁴⁰ "Forløbsstudiet" på Pædagogisk Udviklingscenter, Samfundsvidenskab, Københavns Universitet (PUCS).

Litteratur

Abbott, A. 1988, *The System of Professions - An Essay on the Division of Expert Labor* The University of Chicago Press, Chicago.

Abbott, A. 1991a, "The Order of Professionalization - An Empirical Analysis", *Work and Occupations*, vol. 18, no. 4, pp. 335-384.

Abbott, A. 1981, "Status and Status Strain in the Professions", *American Journal of Sociology*, vol. 86, no. 4, pp. 819-835.

Abbott, A. 1989, "The New Occupational Structure", *Work and Occupations*, vol. 16, no. 3, pp. 273-291.

Abbott, A. 1991b, "The Future of Professions: Occupation and expertise in the age of organisation", *Sociology of Organizations*, vol. 8, pp. 17-42.

Abbott, A. 1993, "The Sociology of Work and Occupations", *Annual Review of Sociology*, vol. 19, pp. 178-209.

Atkinson, P. 1983, "The Reproduction of the Professional Community," in *The Sociology of the Professions*, R. Dingwall & P. Lewis, eds., The Macmillan Press, London.

Becker, H. 2004, "The Rotational System: Its Impact Upon Teaching, Learning, and the Medical Service," in *Professions, Work and Careers*, A. L. Strauss, ed., Transaction Inc., New Jersey, pp. 275-313.

Becker, H. & Geer, B. 1958, "The Fate of Idealism in Medical School", *American Journal of Sociology*, vol. 23, no. 1, pp. 50-56.

Becker, H., Geer, B., Hughes, E., & Strauss, A. 1961, *Boys in White* Transaction Publishers, New Brunswick.

Becker, H. & Strauss, A. 1956, "Careers, Personality, and Adult Socialization", *American Journal of Sociology*, vol. LXII, no. 3, pp. 253-263.

Bentsen, E. Z. 2000, *Sygehusledelse i Danmark - Trojka modellen opståen, spredning og funktion* Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København.

Bentsen, E. Z. 2001, *Lægelig ledelse - om at gøre en forskel*, Handelshøjskolen i København, København, 2.

Bentsen, E. Z. & Borum, F. 2001, "Legitimering i et konfliktfyldt felt - en topledelses håndtering af en radikal organisationsændring", *Nordiske Organisationsstudier*, vol. 3, no. 1, pp. 5-31.

Berg, M. & Mol, A. 1998, *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques and Bodies*. Duke University Press, Durham and London.

- Blumer, H. 1969, *Symbolic Interactionism* University of California Press, Berkeley.
- Borum, F. 2002, "Ledelse blandt læger", *Ledelse og Erhvervsøkonomi* no. 1, pp. 15-27.
- Borum, F. r. 2003, *Ledelse i sygehusvæsenet* Handelshøjskolens Forlag, København.
- Davies, C. 1983, "Professionals in Bureaucracies: the Conflict Theses Revisited," in *Sociology of the Professions*, R. Dingwall & P. Lewis, eds., The MacMillan Press, Oxford, pp. 177-194.
- Den Almindelige Danske Lægeforening 2002, *Lægekultur og kollegialitet. Kollegialitet og god lægekultur kan ikke beordres - men befordres*. DADL, Den Almindelige Danske Lægeforening., København.
- Den Almindelige Danske Lægeforening 2000, *Arbejdsvilkårsundersøgelsen: Juni 2000* Den Almindelige Danske Lægeforening, DADL, København.
- Dingwall, R. 1976, "Accomplishing Profession", *Sociological Review*, vol. 24, pp. 331-349.
- Dingwall, R. & Lewis, P. 1983, *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others* The Macmillan Press, London.
- Etzioni, A. 1969, *The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers*. The Free Press, New York.
- Foucault, M. 2000, *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzel, København.
- Fox, R. C. 1988, *Essays in medical sociology* Transaction, New Brunswick, New Jersey.
- Fox, R. C. 1989, *The Sociology of Medicine - a participant observer's view* Prentice Hall, New Jersey.
- Fredslund, H. 2002, *Når vilde problemer tæmmes - En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af implementering af en forebyggelsessamtale på en afdeling på Bispebjerg Hospital*, Ph.d. afhandling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Freidson, E. 1963, *The Hospital in Modern Society* The Free Press, New York.
- Freidson, E. 2001a, *Professionalism* Polity Press, Cambridge.
- Freidson, E. 1900, *The Hospital in Modern Society* The Free Press, New York.
- Freidson, E. 1988, *Profession of Medicine* University of Chicago Press, Chicago.
- Freidson, E. 2001b, *Professionalism. The third Logic*. Polity Press, Cambridge.

- Freidson, E. 1986, *Professional Powers. A Study of Institutionalization of Formal Knowledge* The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Freidson, E. 1983, "The Theory of Professions: State of the Art," in *The Sociology of the Professions*, R. Dingwall & P. Lewis, eds., The Macmillan Press, London.
- Freidson, E. 1989, *Medical Work in America - Essays on Health Care* Yale University Press, New Haven & London.
- Frøland, A., Nielsen, S. F., Christensen, Aa., & Hansen, M. K. 2005, *Læge & Leder* Munksgaard, København.
- Giddens, A. 1994, *Modernitetens Konsekvenser* Hans Reitzels Forlag, København.
- Goffmann, E. 1961, *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* Anchor Books, Random House, New York.
- Goode, W. J. 1957, "Community within a community: The Professions", *American Sociological Review*, vol. 22, no. 2, pp. 194-200.
- Goode, W. J. 1960, "The Profession: Reports and Opinion", *American Journal of Sociology*, vol. 25, no. 6, pp. 902-965.
- Hammersley, M. 1989, *The Dilemma of Qualitative Method: Herbert Blumer and the Chicago Tradition* Routledge, New York.
- Hughes, E. C. 1984, *The Sociological Eye* Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelse til selvstændigt virke som læge. 272. 19-4-2001.
Ref Type: Bill/Resolution
- Jacobsen, B. 1981, *De højere uddannelse mellem teknologi og humanisme. En uddannelsessociologisk analyse* RHODOS, København.
- Jespersen, P. K. 2003, "Magt og faglighed i sygehuse," in *Sygehusledelse: temaer, perspektiver, udfordringer*, S. Hildebrandt, K. K. Klausen, & S. F. Nielsen, eds., Munksgaard, København, pp. 371-378.
- Kjekshus, L. E. & Tjora, A. H. 1998, *Hvor reell er mangelen på leger? En kartlegging av legebemanningen i et fylke*. SINTEF Unimed Norsk Institutt for sykehusforskning, Trondheim.
- Kjekshus, L. E. & Tjora, A. H. 1999, "Er legemangelen bare et spørsmål om antall leger? - En fenomenologisk tilnærming til legemangel i ett fylke", *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 119, no. 4, pp. 541-544.

Knudsen, M. 2003, *Beslutningens Vaklen: En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*, Ph.d. afhandling, Ph.d. nr. 3.2004, Handelshøjskolen i København.

Kortzen-Bohr, S. 2002, *Vi læser ikke medicin - vi læser til læge: En kvalitativ undersøgelse af lægevidenskabsstuderendes indgang til det medicinske felt*, Kandidatspecial i Sociologi, Sociologisk Institut, Københavns Universitet.

Mead, G. H. 1934, *Mind, Self, & Society* University of Chicago Press, Chicago.

Merton, R., Reader, G., & Kendall, P. 1957, *The Student-Physician: Introductory studies in the sociology of medical education* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Mintzberg, H. 1979, *The structuring of organizations. A synthesis of the research*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs .

Næser, K. 2005, "Den planlagte lægemangel", *Ugeskrift for Læger* no. 2.

Parsons, T. 1939, "The Professions and Social Structure", *Social Forces*, vol. 17, no. 4, pp. 457-467.

Parsons, T. 1947, "Introduction to Max Weber: The Theory of Social and Economic Organization," in *The Theory of Social and Economic Organization*, The Free Press, New York, pp. 3-77.

Parsons, T. 1951, *The Social System* The Free Press, Glencoe, Illinois.

Poulsen, J. 2002, "Kollegialt Netværk for Læger [Leder]", *Ugeskrift for Læger*, vol. 164, no. 4, p. 459.

Ritzer, G. 1996, *Sociological Theory*, Fourth Edition edn, McGraw-Hill International Editions, Singapore.

Scheuer, J. K. D. 2003, *Patientforløb i praksis - en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis*, Ph.d. afhandling, Ph.d. nr. 14.2003: Handelshøjskolen i København.

Schultz, M. & Hildebrandt, S. 1997, *Fokus på Sygehusledelse* Munksgaard, København.

Scott, R. W. 1966, "Professionals in Bureaucracies: Areas of Conflict," in *Professionalisation*, H. Vollmer & D. Mills, eds., Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J..

Sognstrup, H. 2003, *Professionelle i afdelingsledelse*, Aalborg Universitet.

Strauss, A. 2001, *Professions, Work and Careers* Transaction Publishers, New Brunswick.

Strauss, A. & Bucher, R. 1961, "Professions in Process", *American Journal of Sociology*, vol. LXVI, no. January, pp. 325-334.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. 1997, *Social Organization of Medical Work* Transaction Publishers, New Brunswick.

Studienævnet for Medicin, K. U. 2005, *Studiehåndbog for 2002-ordningen inkl. Studieordning og Bekendtgørelse* København.

Sundhedsministeriet 2001, *Rekruttering, Fastholdelse og Faggrænser i sundhedssektoren - en analyse af arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker* Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger. 660. 10-7-2003a.
Ref Type: Bill/Resolution

Sundhedsstyrelsen 2003b, *Lægeprognose - Udbudet af læger 2000-2025* Sundhedsstyrelsen, København.

Svenningsen, S. 2004, *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse* Handelshøjskolens Forlag, København.

Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om den lægevidenskabelige kandidatuddannelse. 541. 28-7-1986.
Ref Type: Bill/Resolution

Vikkelsø, S. & Vinge, S. 2004, *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet* Handelshøjskolens Forlag, København.

Vinge, S. 2003, *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse. Ph.d.-afhandling.* Handelshøjskolen i København, København.