





Företagsekonomiska institutionen  
Ekonomihögskolan  
Lunds Universitet

Kandidatseminarium  
Juni 2002

# Produkt: Läkare

eller

socialisering av en medicine  
kandidat

*"We are the Borg. You will be assimilated. Resistance is futile."*  
Borgkollektivets inledningsfras vid all kontakt med andra arter,  
ur TV-serien Star Trek: The Next Generation,  
t ex. The Best of Both Worlds del I + II

Författare:  
Ola Rauer

Handledare:  
Gudbjörg Erlingsdóttir

# Inledning

1.1 Bakgrund	1
1.2 Problematisering	2
1.3 Syfte	3
1.4 Avgränsning	4
1.5 Målgrupp	4
1.6 Definition av begrepp	4
1.7 Disposition	5
2 Metod	
2.1 Övergripande angreppssätt	6
2.2 Handgripligt angreppssätt	7
2.3 Deltagande observation	8
2.4 Litteratur	9
2.5 Dagboksanalys	11
2.6 Perspektiv	12
2.7 Metodkritik	12
3 Professionell socialisering	
3.1 Professionell byråkrati, indoktrinering och komplicerade arbeten	12
3.2 Vad är en profession?	15
3.2.1 Inledning	15
3.2.2 Olika synsätt	16
3.2.3 Professioners status och makt	16
3.2.4 Professionen - en social historisk process	19
3.2.5 Speciella värderingar hos professionella?	19
3.2.6 Diskussion profession	20
3.3 Socialisering, hur och varför?	
3.3.1 Inledning	22
3.3.2 Rollspel och prestation	22
3.3.3 Barn- och vuxensocialisering	24
3.3.4 Have a Nice Day - rutinisering av beteende i enkla arbeten	26
3.3.5 Diskussion socialisering	30
3.4 Diskussion professionell socialisering	31
4 Socialiseringsstudier om läkarstudenter	
4.1 Inledning	32
4.2 Inte som andra studenter	32
4.2.1 Olika värderingar i sjukvård och skola	32
4.2.2 Sjukvårdsstudenter tycker likadant	34
4.2.3 Tecken på presocialisering före studiestart	35
4.2.4 Attityd efter specialitet	36
4.2.5 Olika roller under utbildningen	37
4.2.6 Sammanfattande diskussion - inte som andra	38

4.3 Fyra systemmodeller om socialisering av läkarstudenter	
4.3.1 Funktionalism - 1950-tal	38
4.3.2 Interaktionism - 1960-tal	39
4.3.2.1 Både och?	42
4.3.2.2 Interpersonella faktorer	43
4.3.3 Professionellt rollspel - 1970-80-tal	43
4.3.3.1 Socialiserande agenter	43
4.3.3.2 Modeller efter rollmodeller	45
4.3.3.3 Ta sig igenom mentalitet	46
4.3.4 Affektiv neutralitet - det naturvetenskapliga paradigmet?	47
4.4 Sammanfattande diskussion socialiseringsstudier	48
4.5 Systemanalysmodell	49
5 Läkarutbildningen	
5.1 Läkarutbildningens uppläggning	51
5.2 Organisation av klinisk tjänstgöring under kirurgplaceringen	52
5.3 Kirurgklinikens veckoverksamhet	53
5.4 Den medicine kandidatens vardag under kirurgplaceringen	55
6 Resultat av dagboksanalys	
6.1 Inledning	56
6.2 Generella resultat	57
6.3 Specifika resultat	58
6.3.1 Interaktion	59
6.3.1.1 Interaktion med läkare	59
6.3.1.2 Interaktion med personal	61
6.3.1.3 Interaktion med patienter	62
6.3.1.4 Sammanfattande analys av interaktion	63
6.3.2 Att se andra och att bli sedd	63
6.3.3 Olika perspektiv - affektiv neutralitet	65
6.3.4 Att välja läkare att gå med	66
7 Sammanfattande analys	68
8 Reflektioner	71
9 Vidare forskning	72

# Tack

Denna uppsats har tagit nästan tio år från C-kursen Organisation och ledning till uppsatsseminarium. De första tre åren av dessa var självvalda, då jag valde att vänta med uppsatsämne tills jag hade påbörjat den kliniska delen av läkarutbildningen och därmed hade mer insikt i sjukvården.

Den förste att tacka är Herve Corvellec, som vid min första kontakt med honom på företagsekonomiska institutionen föreslog en uppsats med titeln "The Making of the Doctor", vilket blev början på denna uppsats.

Nästa tack är det största och går till Mia, som jag hunnit äkta under de år som det tagit att skriva denna uppsats. Jag tackar dig för allt stöd och tålamod under de sex år det tagit att skriva klart uppsatsen.

Vidare vill jag tacka de som under uppsatsarbetet läst min uppsats och givit goda råd. Tack Jaan Rauer, Agneta Gierow och Mats Andersson.

Slutligen vill jag tacka min handledare Guggi för en lång, lång resa till färdig (?) produkt.

Lund i juni 2002

Ola Rauer

# Sammanfattning

**Titel:** Produkt: Läkare eller socialisering av en medicine kandidat

**Ämne:** Kandidatuppsats i företagsekonomi, Organisation och ledning, 10 poäng.

**Författare:** Ola Rauer

**Handledare:** Gudbjörg Erlingsdottir

**Problem:** Läraryrket är ett komplext yrke där verklighetens obestämbarhet gör att enbart de med stor kunskap, erfarenhet och färdigheter, i förhållande till lekmannen, kan ta kvalificerade beslut. Yrken med denna beskrivning kallas professioner. Skapar professioner en viss sorts människor?

Efter avslutade civilingenjörstudier samt en nästan färdig fil.kand. i företagsekonomi, kände jag under mina läkarstudier att mitt tankesätt påverkades i en helt annan grad än vid de tidigare studierna. Höll jag på att förändras, höll jag på att socialiseras och i så fall till vad?

**Syfte:** Att belysa och diskutera den speciella insocialiseringen i läkarprofessionen.

**Metod:** Att med hjälp av en fallstudie i form av en deltagande observation samla in data om en läkarstudents vardag på en kirurgklinik. Att via litteraturstudier om socialisering, profession samt socialiseringsstudier om läkarstudenter nå förståelse för dessa. Vidare att utifrån litteraturstudierna skapa en analysmodell för de insamlade data från observationen, för att avgöra om en socialiseringsprocess pågick under fallstudien, samt skapa en analysmodell för socialiseringsstudierna, för att därmed jämföra dessa studier och föreliggande observation.

**Slutsats:** Litteraturstudien gav vid hand att värderingar överförs under den professionella socialiseringen av läkarstuderande på ett komplext sätt liknande den socialisering barn utsätts för.

Uppsatsförfattaren förändrade själv motvilligt sitt beteende under observationstiden, vilket kan tyda på en värderingsförändring i form av en aktiv identifiering. Vidare såg jag tecken på en interaktionistisk studentkultur och rollspel.

Blir läkarstudenten en standardläkare? Funktionalister anser det. Interaktionister och rollspelsanhängare kan inte med sina studier besvara frågan. Företrädare för den affektiva neutraliteten (att objektivifiera patienten, vilket inte är det samma som känslökyla) menar att den affektiva neutraliteten kvarstannar som en del av läkarrollen efter examen. Andra slutligen anser att läkarens mål är att bli specialistläkare och att den tidigare rollen som läkarstudent inte är adekvat för den roll läkaren senare skall spela. Ingen av de refererade socialiseringsstudierna har ett definitivt svar vem läkarstudenten blir efter examen, då ingen av dem studerat de yrkesverksamma läkarna efter sin examen, utan enbart studerat dem som läkarstudenter och jämfört deras värderingar med då yrkesverksamma läkare, där bl a. en generationseffekt mellan läkarstudenter och läkare inte alltid kan uteslutas som orsak till skillnader.

**Sökord:** professionell socialisering, profession, socialisering, medicin, läkarstudent, medicinstudent

# Referenser

Abbott, A. (1991), *The Order of Professionalization: An Empirical Analysis, Work and Occupations: An International Sociological Journal*; v18 n4, Nov 1991, pp. 355-384

Baszanger, I. (1985), *Professional Socialization and Social Control: From Medical Students to General Practitioners, Social Science and Medicine* 1985, 20(2), pp. 133-143

Becker H. S., Geer B., Hughes E. C., Strauss A. L. (1961), *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Transaction Publishers, återutgivning 1977, ISBN 0-87855-622-2

Bjerke, B. (1981), *Some comments on methodology in management research, Studies in the Economics and Organization of Action.*, No. 8, Discussion paper series of the Department of Business Administration, University of Lund, Sweden

Bonito A. J., Levine D. M. (1975), *Effect of "attitudinal content" on formation of professional attitudes in medical students, British Journal of Medical Education* 1975 Mar; 9(1): pp. 22-26

Boudon, R. (1989), *A Critical dictionary of sociology*, Routledge, London, ISBN 0-415-01745-9

Bramness J. G., Vaglum P. (1992), *Socialisering til legerollen i studiets kliniske del, Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1992 Jun 30; 112(17): pp. 2207-2213

Brim, O. G. Jr (1968), *skrivit om Adult Socialization* pp. 555-561 i  
Sills D L (ed) (1968), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Macmillan Co & Free Press, Crowell Collier and Macmillan, Inc, Library of Congress Catalog nr 68-10023

Burgess, R. G. (1984), *In the Field, An introduction to Field Research*, Unwin Hyman, London, ISBN 0-04-312018-0

Colombotos, J. (1988), *Continuities in the Sociology of Medical Education: An Introduction, Journal of Health and Social Behavior*; 1988, 29, 4, Dec, pp. 271-278

Conrad, P. (1988), *Learning To Doctor: Reflections on Recent Accounts of the Medical School Years, Journal of Health and Social Behavior* 1988 Dec; 29(4): pp. 323-32

Fahrenfort M. (1985), *Een Doktersroman*, VU uitg., Amsterdam

Lief H. I., Fox R. C. (1963) *skriver om Training for 'Detached Concern' in Medical Students* pp 12-35 i

Lief H. I., Lief V., Lief N. R. (ed) (1963), *The Psychological Basis of Medical Practice*, Harper and Row, New York

Freidson E. (1968), *skriver om Medical Personnel* pp. 105-120 i  
Sills D.L. (ed) (1968), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Macmillan Co & Free Press, Crowell Collier and Macmillan, Inc, Library of Congress Catalog nr 68-10023

Freidson E. (1975), *Doctoring together*, Elsevier Scientific Publishing Company, Inc, New York, 1975

Freidson E. (1994), *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Polity Press, Cambridge (org), ISBN 0-7456-1446-9

Froelich R. E., Bishop F. M. (1969), A method for guiding professional socialization in medical education, *British Journal of Medical Education* 1969 Sep; 3(3): pp.192-196

Fuchs R. (1975), *Visst är ni sjuk*, Wahlström & Widstrand, ISBN91-46-16021-3

De Groot L. (1987), Pliable but not receptive: concerning the marginal influence of a medical psychology course on the socialization process of doctors, *Medical Education* 1987 Sep; 21(5): pp. 419-425

Harris, C. M. (1974), Formation of professional attitudes in medical students, *British Journal of Medical Education* 1974 Dec; 8(4): pp. 241-245

Harvill L. M. (1981), Anticipatory socialization of medical students, *Journal of Medical Education* 1981 May; 56(5): pp. 431-433

Hodson R., Sullivan T. A. (1990), *The Social Organization of Work*, Wadsworth, Belmont, California

Kay J., Blythe M. (1984), Professionalization of the older medical student, *Journal of Medical Education* 1984 Jul; 59(7): pp. 559-66

Katz D., Kahn R. L. (1966), *The Social Psychology of Organizations*, Wiley International edition, Library of Congress 65-27660

Kirurgi termin 7/8 (1996), utdelad kursplanering, Institutionen för kirurgi, Universitetssjukhuset Lund, Medicinska fakulteten

Kurser i läkarutbildningen 1996/97 (1996), Lunds Universitet, Medicinska fakulteten, Reprocentralen Lunds Universitet

Leidner, R (1993), *Fast food, fast talk : service work and the routinization of everyday life*, University of California Press, Berkley and Los Angeles, California, ISBN 0-520-08500-0

Läkarfakta 2000 (2000), Sveriges läkarförbund, Elanders Graphic Systems

Läkarutbildningen Höstterminen 1997 (1997), Lunds Universitet, Medicinska fakulteten, Reprocentralen Lunds Universitet

Mintzberg H. (1983), *Structure in fives: Designing effective Organizations*, Prentice-Hall, New Jersey, ISBN 0-13-854191-4

Merton R. K., Reader G. G., Kendall P. L., (1957), *The Student-Physician*, Harvard University Press



Modern svensk-tysk ordbok (1980), Andra upplagan, Bokförlaget Prisma, ISBN 91-518-1324-6

Munro H. D. skrivit om Socialization pp.194 i

Mitchell G. C. (ed.) (1968), Dictionary of Sociology, Routledge & Kegan Paul, Aldine Publish, Chicago

Norstedts ORD FÖR ORD (1992), Norstedts Förlag, ISBN 91-1-915472-0

Norstedts svenska ordbok (1990), Norstedts Förlag, ISBN 91-1-915182-9

Parsons T. (1968), skriver om Professions pp. 537-547 i

Sills D. L. (ed) (1968), International Encyclopedia of the Social Sciences, Macmillan Co & Free Press, Crowell Collier and Macmillan, Inc, Library of Congress Catalog nr 68-10023

Prismas Engelska Ordbok (1988), Bokförlaget Prisma, Stockholm, ISBN 91-518-2525-2

Ridder, P (1986), Sozialisation und ihre Prozesse. Zum Forschungsstand über die Ausbildung von Ärzten, Sociologia Internationalis; 1986, 24, 1, pp. 1-17.

Roget's International Thesaurus (1977), Fourth Edition, rev Chapman R. L., Harper Perennial, 1977, New York, ISBN 0-06-091169-7

Roos P. A. (1992), skrivit om Professions pp. 1552-1557 i

Encyclopedica of Sociology, Borgata E. F., Borgata M. L. (ed.), Macmillan Publishing Co, 1992, New York, ISBN 0-02-897051-9

Sekretesslagen (SFS 1980:100)

Shuval, J. T. (1975a), Socialization of health professionals in Israel: early sources of congruence and differentiation, Journal of Medical Education 1975 May; 50(5): pp. 443-57

Shuval, J. T. (1975b), From "Boy" to "Colleague": Processes of Role Transformation in Professional Socialization, Social Science and Medicine; 1975, 9, 8-9, Aug-Sep, 413-420.

Shuval J. T., Adler I. (1977), Processes of continuity and change during socialization for medicine in Israel, Journal of Health and Social Behavior; 1977, 18, X, June, pp. 112-124.

Shuval J.T., Adler I. (1979), Health Occupations in Israel: Comparative Patterns of Change during Socialization, Journal of Health and Social Behavior; 1979 March; 20: pp. 323-332

Shuval, J. T., Adler, I (1980), The Role of Models in Professional Socialization, Social Science and Medicine; 1980, 14A, 1, Jan, 5-14

VIK/AT 1997 (1996), Facklig handbok för medicine studerande och nyutexaminerade läkare, Sveriges läkarförbund, Graphic Systems

Wiedersheim P. F., Eriksson L. T. (1989), Att utreda och rapportera, Liber, Malmö. ISBN 91-40-30919-3

## 1 Inledning

### 1.1 Bakgrund

Sedan ett halvår tillbaka är jag legitimerad läkare. Från läkarstudier via vikariat till allmäntjänstgöring och sedermera legitimering tog det åtta år. Nu är jag färdig läkare. Det är en stark identifikation. Den absolut starkaste jag känt. Jag ÄR läkare.

Redan i mellanstudiet ville jag bli läkare. Under högstadiet såg jag däremot sjukvården som ett grått och trist område och bestämde mig för att läsa tekniskt gymnasium istället. Om jag ändrade mig under tiden, kunde jag alltid läsa vidare till läkare när jag blivit gymnasieingenjör. Efter gymnasiet var det svårt att välja mellan ekonomi- och civilingenjörstudier, men efter värnplikten som teletekniker i flottan valde jag datateknik på civilingenjörsutbildningen på LTH i Lund.

Jag saknade dock människokontakten under den tekniska utbildningen och bestämde mig för att också läsa fristående kurser i ekonomi. På så sätt kunde jag inrikta mig på mer arbetsledande uppgifter i stället för det rent tekniska. Det var inga problem att växla mellan ett teknologiskt och ett ekonomiskt tänkande under studierna. Världsbilderna var väsensskilda, men det var enkelt att gå in och ut ur de olika paradigmen. På min studentkorridor fanns en läkarstuderande. Som så många andra såg jag upp till honom för det han läste till. Som läkarstuderande sågs han som någon speciell.

Efter att min far varit mycket svårt sjuk och under flera veckor behandlats på intensivvårdsavdelningen i Lund, förändrades åter min bild av sjukvården. Här fanns kontakten med människor samt den fascinerande biologin, allt i en meningsfull helhet. Jag var i slutet av mina civilingenjörstudier, avslutade dessa, läste in biologibehörighet, samt började på Karolinska institutet i Solna, efter att ha blivit uttagen via lämplighetsprov och intervjuer. Månaderna innan jag började och innan jag blivit antagen, så idealiserade jag läkarrollen och höll fanan högt i sjukvårdsdiskussioner på studentkorridoren.

Medicinstudierna liknade de teknologiska, men kunskapsmängden var så mycket större. Vid introduktionskursen, när jag åter bytt studieort till Lund, informerades vi om att kunskapsmassan våren 1993 hade beräknats till att kräva 300-400 hjärnor för att hålla all medicinsk kunskap. Studierna var krävande och fritiden begränsad. Allt eftersom terminerna gick märkte jag att det blev svårare och svårare att växla tankesätt från medicin till ekonomi eller teknologi. Jag förvånades ibland över min nypåfunna otekniskhet. Enkla tekniska saker som jag aldrig skulle ha tänkt på tidigare tog nu längre tid i anspråk, tekniska diskussioner blev svårare.

Med början termin 6 på läkarutbildningen påbörjade vi den sju terminer långa kliniska delen av utbildningen. Vi var nu inte längre medicine studerande, utan kallades medicine kandidater. Jag märkte ånyo hur jag förändrades i tankesätt. Jag träffade nu i vit rock och namnbricka med texten medicine kandidat dagligen patienter med sjukdomar av olika svårighetsgrad, gick bredvid läkare, lyssnade och lärde. Med övrig sjukvårdspersonal hade jag och mina kurskamrater litet kontakt. Något hade hänt med mig. Vad var jag? Jag var inte längre civilingenjör, ej heller ekonom. Jag var en medicine kandidat, på väg mot att bli läkare. Men vad var orsaken till denna förändring som jag kände att jag genomgått? Vad var det som skilde läkarutbildningen från mina tidigare studier i ekonomi och teknik? Skulle jag förändras mer? I så fall, till vad? Höll jag på att bli en standardläkare? Kvar av mina företagsekonomistudier fanns en C-uppsats inom fördjupningsområdet Organisation och ledning. Jag bestämde mig för att studera mig själv för att få ett svar på vad denna förändring stod för. Vad gjorde läkarutbildningen speciell?

## 1.2 Problematisering

Läkaryrket är en stark identitet. Den bär jag alltid med mig. Men vad har skapat denna identitet och hur ter den sig?

Identiteten är ett förhållningssätt som är svårförklarad. Utåt sett syns det på ett flertal sätt: Patienter bemöts alltid korrekt. Oavsett hur patienter betar sig, så finns en obruten hållning mot dem. Ord måste ibland, vid svåra besked, vägas på guldväg. Alla besked som ges skall vara sanningsenliga, men om det handlar om en svår eller kronisk sjukdom, alltid också inge hopp och förtröstan. Andra läkarkolleger bemöts alltid och omtalas alltid inför patienter med respekt och som doktor den och den.

Samtidigt som det finns en stark gruppidentitet bland läkare, så finns även ett individuellt ansvar. De patienter som söker mig för olika besvär är MINA patienter. Jag ansvarar för dem. Det är mitt ansvar att rätt diagnos ställs, samt att rätt behandling insätts. Oavsett om patienter betar sig illa, mottagningen är försenad, tre andra patienter väntar eller klockan är kvart i fem, så står just den här patientens besvär i centrum och skall lösas. Det är min uppgift. Jag kan inte komma undan detta. Jag kan inte göra något annat än att ta hand om min patient.

Motsvarande identifikation finns även för t ex. präster. En präst kan sändas var som helst i världen och kommer där att starta en församling och bygga en kyrka. Prästen kan inte göra på något annat sätt. Det är hans öde. Vad gör att organisationer utvecklar eller kräver denna typ av yrken?

Organisationer är till för att lösa uppgifter. För den valda uppgiften delas arbetet upp i de minsta beståndsdelar det går, för att sedan fördelas på personalen. Vissa uppgifter är lättare att dela upp i mindre delar än andra. För t ex. en McDonald's restaurang, så tillagas själva produkten, hamburgaren, av okvalificerade arbetare efter standardiserade scheman. Själva ansvaret för att hamburgaren blir som det är bestämt ligger högre upp i organisationen, där de olika scheman utarbetats.

När det gäller sjukvård och diagnostisering av sjukdomar är det svårare att dela upp arbetet i mindre beståndsdelar. I sjukvårdsorganisationen är det läkarna som ställer diagnoser och behandlar. Läkaryrket kräver kvalificerade arbetare. Arbetet går inte att dela upp i mindre delar än att samma person både ställer diagnos, ordinerar behandling samt följer upp behandlingen. Ansvaret kan inte heller föras högre upp i organisationen, då en sammanhängande bedömning av sjukdomsförloppet med personliga kontakter och undersökningar krävs mellan läkare och patient, från det första besöket till det sista besöket, då patienten tillfrisknat. Arbetsgivaren kan i denna situation ses som utan möjligheter att kontrollera att arbetet utförs rätt, men det är fel. Det finns kontrollmekanismer i sjukvårdsorganisationen, men de syns inte på samma sätt som för snabbmatsrestaurangarbetaren. Vad har gjort att organisationer som sjukvårdens vuxit fram?

Svaret kanske finns i de olika yrkenas utbildning. Yrken som läkarens kan ses som självständiga gentemot McDonald's arbetarens schemaföljande, men det krävs en lång tids utbildning och erfarenhet innan läkaryrket fritt kan utövas. För McDonald's arbetaren sker utbildningen på några timmar. Läkarbanan å andra sidan börjar med en av universitetets längsta akademiska utbildningar på 5,5 år. Efter detta sker handledd praktik, sk. allmäntjänstgöring under 18 månader. Denna avslutas med en tentamen och ett praktiskt prov, varefter legitimering sker. Den legitimerade läkaren anses nu ha den allmänna medicinska kunskap och erfarenhet som krävs för att han skall kunna ta medicinskt och därmed legalt ansvar för sina egna patienter. Men utbildningen slutar inte här. För att bli specialist i en av de cirka sextio specialiteter som finns, krävs ytterligare minst fem års praktiskt arbete under handledning, parat med egna studier och kurser, för att uppnå specialistexamen. Efter ytterligare cirka fem år som specialist anses läkaren vara kompetent nog att helt självständigt handlägga även de allra svåraste av sjukdomar hos patienter.

Från studiestart till specialist krävs tolv år av studier och arbete. Till helt självständig specialist från legitimering tio år, totalt sjutton år efter påbörjade studier. Som synes är kunskapsmassan och erfarenhetsmassan som krävs för en läkare gedigen, innan han får utöva sitt yrke. Yrken som läkaryrket, där verklighetens obestämbarhet lett till att endast de med kunskap och stor erfarenhet inom området kan ta kvalificerade beslut kallas inom anglosaxisk litteratur för professioner. Läkaryrket är alltså en av professionerna. Man kan kanske se det som att den miljö en läkare arbetar i har lett till att en profession har uppstått för att lösa uppgiften i just den typen av organisation. Vad står en profession för, förutom att lång utbildning krävs? Vad skiljer mer en profession som läkaryrket från andra yrken med lång utbildning, t ex. ekonomens och civilingenjörens, vilka inte har lika stark identifikation?

En stark identifikation till sitt yrke innebär att en socialisering skett av individen. Denna ser ut att vara en del av professionaliseringsprocessen för läkarstuderande. Genom att socialisera, eller indoktrinera kan individer fås att bete sig på ett förväntat sätt i situationer. Detta blir ett kontrollinstrument för organisationen de tillhör. För läkarstudenten ser socialiseringen ut att vara en långvarig process, då utbildningen sträcker sig över årtal, till skillnad från den socialiserade McDonald' sarbetaren. Kan det vara så att det krävs flera år av socialisering under utbildningen eller senare, för att det är en så omvälvande och kraftig socialisering som sker?

För den professionelle läkaren sker arbetet i ett förtroligt samtal med en patient mellan fyra ögon. Till skillnad från andra yrken, vilka också har förtroliga samtal med kunder, står här liv och hälsa på spel. Vidare har kunderna oftast en viss kunskap om varan eller tjänsten som skall inköpas. Det är lätt för kunden att dra sig ur ett möte, utan att förlora något.

För läkare är situationen annorlunda. En patient är en patient och inte en kund. En patient som söker en läkare är i underläge, på grund av sin sjukdom och sin begränsade medicinska kunskap. De möts i ett förtroligt, sekretessbelagt samtal. Till skillnad från många andra yrken har läkaren ett medicinskt och legalt ansvar för det han gör. Innanför undersökningsrummets fyra väggar ställer läkaren sedan sin diagnos och ordinerar sin behandling. En journalhandling dokumenterar mötet. Arbetsgivarens enda kontroll över vad som sker i patientläkarmötet är den egne anställde läkaren. Läkaren är sin egen kontrollant i organisationen. En socialiserad professionell läkare gör det han skall, för att han inte kan göra på något annat sätt. Han måste ta ansvaret själv för patienten.

Det finns således tecken på att läkaryrket är ett speciellt yrke på grund av att den miljö läkaren verkar i kräver en speciell sorts långvarig socialisering för att han skall kunna utföra sitt professionella arbete. Detta innebär att kanske redan läkarstudenten utsätts för en professionell socialisering i början av sina studier, vilket förändrar hans beteende och värderingar? Var det dessa förändringar jag upplevde? Genomgår således läkarstudenten en socialiseringsprocess under sin utbildning, samt går det att visa att det sker en socialisering och i så fall till vad?

### 1.3 Syfte

Att belysa och diskutera den speciella insocialiseringen i läkarprofessionen.

Mer specifikt innebär detta att med hjälp av en fallstudie i form av en deltagande observation samla in data om en läkarstudents vardag på en kirurgklinik, för att i en analysmodell avgöra huruvida en socialiseringsprocess till en profession sker och i så fall socialisering till vad. Vidare genom litteraturstudier nå insikt om vad socialisering och en profession innebär, samt att via socialiseringsstudier om läkarstudenter förstå vad som sker med läkarstudenterna under den professionella socialiseringen och till vad de socialiseras, samt via en analysmodell jämföra dessa studier och föreliggande observation.

## 1.4 Avgränsning

Uppsatsen begränsar sig till att ur ett företagsekonomiskt perspektiv beskriva påverkan på läkarstudenten i dennes specifika utbildningsmiljö på ett universitetssjukhus. All relevant sociologisk och psykologisk litteratur är därmed inte belyst.

I denna uppsats refereras de händelser som antecknats under 5,5 veckors deltagande observation av en läkarstuderande på ett universitetssjukhus. Dessa händelser är stickprov ur verkligheten. Deras relevans i ett långt perspektiv, som reaktion på något som varit tidigare eller som uttryck för en långsam förändring ligger utanför denna uppsats mål.

## 1.5 Målgrupp

Uppsatsen riktar sig i första hand till studenter och lärare inom företagsekonomi, särskilt inom fördjupningsområdet Organisation och ledning. Uppsatsen vänder sig även till intresserade läkarstudenter och läkarlärare, samt sociologistudenter.

## 1.6 Definition av begrepp

I uppsatsen kommer jag att skilja på värderingar, beteende och attityder. Ett beteende kan vara orsakat av en värdering, men behöver inte vara det. En attityd är inte det samma som en värdering. I de följande refererade studierna används både orden värderingar, beteende och attityder på lite olika och ibland oklara sätt.

Ett klagörande är därför lämpligt. Ett beteende är ett iakttagbart sätt att uppföra sig, medan en värdering är en grundläggande åsikt (Nordstedts, 1990). Detta innebär att en värdering kan vara orsak till ett beteende, men behöver inte vara det. Två exempel får klargöra detta. En vuxen rasist betar sig som han gör på grund av de värderingar han har. Ett litet barn å andra sidan slår inte sitt syskon, inte för att det lilla barnet delar värderingar om människors lika rättigheter och integritet, utan för barnet vet att det inte får slå sitt syskon och därmed inte betar sig så.

Ordet attityd används i Shuvals (1975a, 1975b) och Shuval och Adlers socialiseringsstudier (1977, 1979, 1980) som uttryck för karaktärsdrag. Definitionsmässigt enligt professionslitteraturen är detta då inte det samma som värderingar, se kapitel 3.2.2. Men Shuval (1975a) använder ordet attityd som gällande ett normativt drag hos läkarstudenten, utgående från ett sociologiskt synsätt. Det är sålunda värderingar hon menar, vilket hon i ett flertal artiklar diskuterar uttömmande (t ex. Shuval 1975a). Jag kommer därför att använda ordet värdering, vilket är det hon avser.

Vad gäller Harris (1974) socialiseringsstudie så mäter den attityder, men på det sätt som han använder ordet attityd, så lutar det mer åt att han använder det som en synonym för värderingar. Jag kommer även att använda ordet värderingar här för det är vad författaren Harris (1974) verkligen menar. I Roget's Theasaurus (1977) benämns en av synonymerna till attitude som belief - övertygelse (Prismas Engelska Ordbok, 1988), vilket mer har drag av värdering. Ordet attitude översätts dock till svenska som attityd, hållning eller inställning (Prismas Engelska Ordbok, 1988). Vad är vad?

Går man vidare till svenska ordböcker finner man att ordet attityd betyder inställning till person eller företeelse (Nordstedts, 1990). Men letar man vidare i synonymordböcker finner man att värdering är - synsätt, åsikt, norm, medan attityd är - inställning, standpunkt samt beteende och beteende slutligen är - hållning, attityd, (handlings)sätt (Nordstedts ORD FÖR ORD, 1992). Efter denna rundgång bland orden står det klart att värdering inte delar några synliga synonymer med

attityd eller beteende. En värdering är således skilt från en attityd. Jag kommer konsekvent därför att skriva värdering när det är värdering författaren avser och attityd när det är det som avses.

För en läkarstudent finns det under utbildningen olika titlar. Under de prekliniska studierna kallas man medicine student. Tidigare avslutades de prekliniska studierna med en tentamen och studenten kallades därefter medicine kandidat under de återstående tre åren av utbildningens kliniska del. Denna tentamen är numera borttagen, men läkarstudenten kallas i den kliniska delen av utbildningen fortfarande för medicine kandidat.

Språkbruket går igen i schemalistor som kandidatmottagning, i vad som skall stå på läkarstudentens namnbricka, hur man som läkarstudent presenterar sig, etc. Jag kommer i uppsatsen konsekvent använda ordet läkarstuderande som ett samlingsbegrepp för båda för att inte blanda in för mycket termer. En annan orsak är att den engelska litteraturen inte använder motsvarande titlar.

I kapitel 5, vilket beskriver den svenska läkarutbildningen samt den kliniska vardagen för en svensk läkarstudent, kommer jag att använda ordet medicine kandidat och kortformen kandidat, då det är dessa begrepp som används här. I delar av kapitel 6 återfinns också den kliniska delen av utbildningen, varför orden även återfinns här. Ordet kandidat används även i några få andra paragrafer i andra kapitel t ex. 2.3, där det så krävs för tydlighetens skull.

## 1.7 Disposition

Kapitel 1 är det kapitel du just närmar dig slutet av. Det avslutas med en disposition enligt nedan.

I Kapitel 2 presenteras uppsatsens metod i form av angreppssätt, deltagande observation, analysmodeller, samt hur litteratururvalet skett.

Kapitel 3 är ett teoretiskt och historiskt kapitel som försöker ge en exposé över orden profession och socialisering, samt ge en användbar definition av dem sammanförda till begreppet professionell socialisering.

När föregående kapitel lagt de teoretiska och historiska grunderna för en professionell socialisering, fortsätter kapitel 4 med en genomgång av tidigare gjorda socialiseringsstudier om läkarstudenter och läkare, samt vad dessa gett för svar på frågan om hur socialisering sker och till vad läkarstudenten socialiseras. Kapitlet avslutas med en sammanfattande modell över de diskuterade socialiseringsstudiernas systemmodeller.

Då de flesta gjorda socialiseringsstudier är utländska, samt att de inte beskriver en läkarstudents vardag och läkarutbildningens uppläggning, så ger kapitel 5 en bild av den svenska läkarutbildningen och min egen utbildningsvardag som läkarstudent på en kirurgklinik, för att fördjupa och öka förståelsen för de presenterade socialiseringsstudierna.

I kapitel 6 presenteras resultatet av min egen observation av en läkarstudents vardag på en kirurgklinik.

I kapitel 7 sker en mer övergripande analys av resultaten i kapitel 6 i skenet av teorierna i kapitel fyra, samt socialiseringsstudierna i kapitel 5.

Efter den övergripande analysen fortsätter jag i en friare form i kapitel 8 att reflektera över min nuvarande roll som legitimerad läkare, men specialist under utbildning, relaterat till de föregående kapitlen.

Kapitel 9 slutligen formulerar de fortsatta undersökningar som leder vidare från de frågeställningar uppsatsen i sin tur har givit upphov till.

## 2 Metod

### 2.1 Övergripande angreppssätt

Ett paradigmen är en verklighetsuppfattning (Wiedersheim-Paul och Eriksson, 1989). Världsbilden kan t ex. övervägande vara naturvetenskapligt positivistisk - med lagar och ansatser kan vi dra logiska slutsatser och göra kvantitativa mätningar. Som grundutbildad teknolog hade jag detta synsätt. Det vi kan se kan vi mäta och dra slutsatser av. En känd ström genom en resistor, över vilken vi mäter spänningen gör att vi kan beräkna resistorns resistans. Voilá, världen är begriplig och enkel.

När jag så påbörjade mina företagsekonomiska studier möttes jag av - en som då jag såg - flummig värld. Mycket rörde sig i ett töcken utan klara ansatser, bevis och logik. Var hermeneutiken vad samhällsvetenskaperna kallade bevis och vetenskap?

Som nybliven medicinare och läkarstudent möttes jag igen av naturvetenskapen - ren och logisk. Men allt eftersom terminerna övergick från prekliniska till kliniska studier förändrades verkligheten. En känd sjukdom hos en patient yttrade sig inte helt i likadana besvär, eller i samma grad som hos en annan patient med samma sjukdom i samma stadium. Undersökningar gav inte riktigt samma resultat, samt patienternas tillfrisknande skedde olika. De läkare jag gick bredvid BEDÖMDE patienter. Med ledning av sjukhistorien, undersökningar och provtagning ställdes den mest sannolika diagnosen. Under resans gång fick man ibland omvärdera och ändra diagnosen. Vissa patienter fick aldrig någon diagnos, trots att de var sjuka, då det inte gick att ställa någon mest sannolik diagnos. Medicin var inte en exakt vetenskap. Världen var åter igen inte ren, men inte heller ett töcken. Under hela min utbildning har några ord av en av det sena 1800-talets stora engelska läkare, Sir William Osler, ringt i mitt huvud - "*Glöm inte det ni inte vet*". Innan Semmelweiss upptäckte "varämnet" 1849, fanns inte bakterier i något paradigmen. Idag skulle vi inte kunna tänka oss en värld utan bakterier - på gott och ont. Denna exposé leder så slutligen till denna uppsats angreppssätt - aktörssynsättet. Jag kommer i nedan paragrafer att följa Bjerke (1981).

Världen i aktörssynsättet är en social konstruktion som inte är oberoende av oss (Bjerke, 1981). Samhällsvetenskaperna är ett komplext studieobjekt, vilket påminner om klinisk medicin. Att mäta kausalsamband är svårt. Det vi kan göra är att försöka förstå. Aktörssynsättet menar att helheten förklaras genom delarna.

Inom aktörssynsättet ses verkligheten som bestående av flera olika bilder av verkligheten. Dessa bilder har olika kulturella betydelser för de mindre eller större grupper av människor som delar en gemensam bild av verkligheten, vilken här kallas en objektiverad verklighet för denna grupp. Detta betyder att beroende på kontext (miljö) och det perspektiv en aktör har, så ändras den mening som aktörerna sätter till sina handlingar. Vidare påverkar aktörens utförda handlingar aktören själv och leder till nya tolkningar av meningen med en handling. Detta innebär att sanningen, om man så vill, inte bara förändras beroende på kontext och perspektiv, den är också hela tiden i förändring. Vad aktörssynsättet kan bidra med är förklara är tre saker:

**1. Att med hjälp av de bilder av verkligheten som finns hos aktörerna förstå deras agerande i ett socialt system.**

**2. Att förändringar sker i sociala system sker genom att handlingars mening kan omtolkas och därmed kan påverka och förändra bilden av verkligheten.**

**3. Att ge intentionalitet.** I reda ord är det genom våra intentioner (genom intentionalitet) vi via våra sinnen skapar världen. Det är alltså inte våra ögon som tolkar världen, utan våra intentioner (genom intentionalitet) skapar genom ögonen vår värld. Intentionalitet är den struktur som ger innehåll åt en upplevelse (experience, Bjerke, s 15, 1981). Genom detta kan vi förklara människans subjektiva logik, utgående från hans bild av verkligheten.

Aktörssynsättet ser inte enbart vetenskapsmannen som en observatör utan även som en aktör - han påverkar sin omgivning. Detta är en grundpelare, för inom aktörssynsättet ses inte den enskilde som enbart påverkad av yttre faktorer, utan människan är en aktör i ordets rätta bemärkelse - hon agerar. Man talar därför om handlingar (acts) istället för beteende, där aktören genom sina handlingar skapar mening och inte är en passiv rollsändare eller -mottagare (Bjerke, 1981).

Vad aktörssynsättet framförallt ger oss, är en utgångspunkt för att förstå en komplex värld, där vi vet att olika paradigmer ger oss olika svar på samma fråga, men att detta i sin tur kan ge oss möjligheten att lyfta oss själva i håret och uppnå en ny förståelse.

## 2.2 Handgripligt angreppssätt

Uppsatsens syfte gav att tre delar behövdes för att uppnå syftet:

**1.** Först måste en **fallstudie** genomföras, för att samla in data om någon förändring pågick. Denna genomfördes först, innan teoristudierna, för att inte påverka insamlade data. Fallstudien genomfördes under slutet av läkarlinjens kirurgtermin våren 1996 vid universitetssjukhuset i Lund.

**2.** Sedan måste relevant organisations-, professions-, socialiserings- samt socialiseringsstudie-litteratur gås igenom i en **teoristudie**, vilken bestod av fyra delar:

- 1.** Att i utgångspunkt från **organisationsteori** belysa vad som kan ha lett till uppkomsten av organisationer som sjukvårdens.
- 2.** Därefter en genomgång av vad en **profession** står för och varför den har utvecklats.
- 3.** Vidare i tredje delen i teoristudierna följa vad en **socialisering** innebär.
- 4.** Slutligen genom **socialiseringsstudier** följa läkarstudenten genom utbildningen, för att utröna vad som händer med honom.

Detta skedde under sommaren och delar av hösten 1996, samt spritt under de följande fyra åren sammanfattning av teorierna och studierna.

**3.** Slutligen behövdes **analysmodeller** för att bearbeta insamlade data. Jag skapade en analysmodell för fallstudien samt en för de genomgångna socialiseringsstudierna. Uppsatsarbetet avslutades med en analys av fallstudien, de genomgångna socialiseringsstudierna samt en sammanfattande analys under sommaren 2001 till våren 2002.



## 2.3 Deltagande observation

Fallstudien utfördes under den kirurgiska terminen, termin sju på läkarlinjen. Detta är den andra kliniska terminen och detta innebär att läkarstudenterna redan varit stationerade på den internmedicinska kliniken i en termin och är familjära med delar av sjukhusarbetet. Att kirurgterminen är en klinisk termin innebär vidare att läkarstudenterna förutom föreläsningar har obligatorisk tjänstgöring enligt ett schema på en sjukhusavdelning, på operationsavdelning, poliklinisk mottagning samt på akutmottagning.

Studien genomfördes som en deltagande observation med dagboksanteckningar.

Observationen utfördes under urologiplaceringen (urinvägarna och manliga könsorgan, under tiden 960508-0524) samt de tre första veckorna av ortopediplaceringen (lemmar och ryggrad, 960528-0613), det vill säga totalt 5,5 veckor. Jag observerade då mig själv i min roll som medicine kandidat, vilket är vad läkarstudenten i denna fas kallas.

Inom antropologin (Burgess, 1984, s.79-82) observerar man grupper under autentiska förhållande, sk. deltagande observation. På detta sätt kan man få skeenden och händelser kommenterade av gruppmedlemmarna när det händer och på det sätt de uttrycker sig. Språket de använder och på det sätt de använder språket är präglad av deras värld.

Vid antropologiska studier kan undersökaren enbart observera vad som sker utan att delta i gruppens aktiviteter, eller kan undersökaren delta i gruppens aktiviteter samtidigt som han observerar. Förutom observatörs- eller deltagarrollen kan gruppen vara medveten eller omedveten om att den observeras. Detta ger fyra idealiska fältroller för en undersökare: komplett deltagare, deltagare-som-observatör, observatör-som-deltagare eller komplett observatör.

Vid fältrollerna komplett deltagare och komplett observatör vet omgivningen inte om att den studeras. Vid de andra vet omgivningen om att de observeras. Den enda fältroll som innehåller både deltagande och observation är den komplette deltagarens.

Då omgivningen inte vet om att den studeras rymmer den komplette deltagarrollen tre problem: 1. Att deltagaren genom sitt deltagande ändrar gruppens beteende, 2. att han helt uppslukas av sin roll och inte observerar längre, 3. samt att han hindras i sin observatörsroll genom att han får ta för stor aktiv del i arbetet.

**1. Risken att **ändra** gruppens beteende** ansåg jag som minimal, då gruppens alla medlemmar kände varandra sedan långt tidigare, samt att observationen utfördes under slutet av terminen, då jag var mer van vid rollen som kirugkandidat. Vidare hade enbart en observatörsroll utan deltagande stört miljön ännu mer än en roll som komplett deltagare. Om omgivningen hade varit medveten om observationen hade troligen observationerna blivit annorlunda, då alla händelser hade haft en osäkerhet i sig om de blev som de blev på grund av att omgivningen visste om att den var iakttagen och alla händelser noterades. Det hade inte heller varit praktiskt möjligt att informera alla berörda parter - patienter, anhöriga och personal om att observation pågick.

Dagboksanteckningar om dagens händelser fördes först efter hemkomst från sjukhuset, för att inte störa pågående deltagande och observation. Att alla händelser av vikt inte antecknas finns alltid med denna metod. Men fördelen av att inte störa pågående observation måste anses som större än nackdelen att en del händelser faller i glömska. De händelser som gjort ett varaktigt intryck på den komplette deltagaren och därmed antecknats, får anses som de viktigaste händelserna - ur dennes perspektiv. Dock antecknades troligen inte de händelser som en antropolog skulle ha sett i samma situation, utan vad en medicine kandidat sett ur en medicine kandidats ögon, vilket var syftet.

**2. Då undertecknad redan kände till och levte livet som medicine kandidat under en termin tidigare,**

så bedömdes risken att **uppslukas** av rollen som minimal. Å andra sidan observeras andra händelser än om detta hade varit den första terminen som medicine kandidat.

**3.** Det ingår i rollen som medicine kandidat att ta en stor **aktiv del** i arbetet och detta kan ha hindrat observatörsrollen, men detta är en del av rollen. Vidare gjordes observationen i slutet av terminen, då jag var mer van vid livet som kirurgstudent. Som komplett deltagare kan jag inte undgå att göra det jag förväntas göra. Dock hade uppsatsens syfte haft svårt att finna en lämpligare komplett deltagare.

Då syftet med uppsatsen var att studera en socialiseringsprocess in i en profession, utan att förändra förutsättningarna, så valdes rollen som komplett deltagare.

I alla deltagande observationer finns risken att drunkna i en ny miljö (go native, Burgess, 1984). Därför rekommenderas många avbrott i studierna. I föreliggande studie var inte observationstiden lång i antropologisk mening.

## 2.4 Litteratur

Litteratursökningen skedde i tre faser:

**1.** I första fasen genomsöktes i första hand ekonomiska, sociologiska, psykologiska samt medicinska databaser med **breda sökord** (se nedan) för att få en **överblick** över databasens material. Därefter söktes med smala sökord, för att smalna av urvalet, samt finna intressanta artiklar med andra definierade sökord (keywords).

**2.** I andra fasen **sällades** de artiklar fram där uppsatsens syfte **grovt** stämde överens med artikelns eller bokens sammanfattning (abstract), samt var skriven på svenska, engelska eller tyska. Dessa grovselektade artiklars sammanfattningar selekterades sedan ytterligare med avseende på om de vidare stämde med uppsatsens syfte.

**3.** I tredje fasen studerades dessa **fïnselektade** artiklar i sin helhet och medtogs om de fortfarande då tillförde något till uppsatsens syfte. Intressanta artikelreferenser, vilkas sammanfattning stämde med uppsatsens syfte, medtogs enligt samma urvalskriterier. Vidare konsulterades ämneslexikon inom sociologisk och psykologisk litteratur, vilka behandlades som referenterna ovan.

Sökorden valdes ur uppsatsens syfte - professionalisering, socialisering och medicin. Sökordet medicin valdes då detta bedömdes vara ett av en artikels sökord (keywords) i en artikel om socialisering och/eller professionalisering av läkarstudenter. Sökorden användes på engelska respektive svenska, där så tillämpligt.

Där urvalet bedömdes ha blivit för stort med ett sökord kombinerades de som p AND m, s AND m, samt s AND p AND m. Sökordet medicine bedömdes alltid behöva ingå. Om urvalet då fortfarande bedömdes vara för stort, eller för litet, kombinerades sökorden som s AND medical education, s AND medical students samt p AND medical students.

Följande då tillgängliga databaser genomsöktes tom. hösten 1996:

Lolita -9608, internet via AltaVista, WebCrawler, Yahoo och Opentext till och med 9608, samt i CDROM-baserna abi 85-90-96, econlitt 1969-96, helicon 1980-, psyklit 1974-, sociofile 1974-, ERIC 1982-96, Social Science Citation Index 80-( 81-85 86-90 94-96), Dissertation Abstracts 1861-9603, Theses 1970-, Medline 1966-9607, Science Citation Index with Abstracts 9501-9604, samt Science Citation Index without Abstracts 8701-9512.

### 1. Litteratursökningen i fas ett gav följande resultat:

s AND m - 1 853 artiklar varav 1 434 i sociofile, 206 i medline och 172 psychlit, etc.

p AND m - 229 artiklar, varav 140 i sociofile, 56 i medline och 18 psychlit, etc.

p AND m AND s - 2 artiklar i medline

s AND medical education - 69 artiklar i medline

s AND medical students - 152 artiklar, varav 90 i sociofile och 62 i medline

s AND medical students AND p - 4 artiklar i sociofile

p AND medical students - 8 artiklar, varav 1 i eric, 7 i medline

Flest artiklar fanns i sociofile, medline samt psychlit, vilket var väntat. Internetsökningen gav endast en intressant artikel, vilket kanske mest visar sökmotordatabasernas bristfällighet 1996.

2. I andra fasen grovselekerades 80 artiklar och tre böcker ut, totalt 83 fackpublikationer baserade på sammanfattningar. Dessa artiklar var publicerade från 1957 (boken The Student-Physician) till 1994, med en majoritet av artiklarna publicerade mellan 1988 och 1992.

3. I tredje fasen finselekerades artiklarna, samt tillkom ett antal referenter samt lexikon, enligt ovan. Totalt baseras uppsatsen på 32 artiklar och böcker, publicerade mellan 1957 och 1997, med en majoritet under 1970-90-talen. Av dessa berör åtta professionalisering och resten socialisering eller både socialisering och professionalisering.

Litteratursökningen gav ett stort valbart material på totalt 83 publikationer i relevanta databaser efter grovselektering. Detta måste anses vara tillräckligt. Kritik kan riktas mot att sökorden borde ha trunkerats, men sökningen på enstaka ord och även kombinationer gav ett stort utfall inom medicinsk professionalisering eller medicinsk socialisering. En stor del av artiklar och böcker är från tiden kring 1990. Ett relevant urval måste ändå ha skett, då sökningarna gjordes till då dags dato, 1996. Med tanke på att de flesta studier är mångåriga, borde artiklar komma med flera års mellanrum, vilket visas av ovan litteratursökning.

Artiklar om professionell socialisering av läkarstudenter publiceras som synes ovan oftast under sökorden s AND m, p AND m och s AND medical students.

För att sammanfatta de olika systemmodeller som presenterades i socialiseringsstudierna skapade jag en systemanalysmodell. Denna utgick från de dimensioner som diskuterades i uppsatsens inledning i 1.1 Bakgrund samt 1.2 Problematisering och de dimensioner som uppsatsen i huvudsak diskuterar - beteende, värderingar, socialiseringseffekter, samt om slutresultatet från en socialisering blir en standardisering av individen. Till dessa fyra dimensioner lades generationseffekten, vilken framkom som en komponent under socialiseringslitteraturstudierna.

## 2.5 Dagboksanalys

Analysen av dagboken skedde i slutet av uppsatsarbetet. Detta gav flera fördelar. Dels gav teoristudierna mig möjligheter att välja olika teoretiska infallsvinklar på analysen. Dels gav åren en nyttig distans till dagboksmaterialet. Den största fördelen, dock, var att jag under de åren som gått sedan dagboksanteckningarna gjordes genomgått en mognadsprocess till läkare. Därmed kan jag tydligare se drag i materialet, mer leva mig in i de refererade läkarna, den övriga personalen och patienterna. Materialet blir en del av en historisk process. Vidare kan jag med min erfarenhet och de redovisade teorierna peka på varför läkarna uppförde sig som de gjorde, vilket jag inte med min erfarenhet som läkarstudent kunde ha gjort.

Jag analyserade dagboksanteckningarna i fyra steg:

1. Först skapade jag en **modell** av läkarstudentens miljö, se nedan.
2. I steg två identifierade och **grupperade** jag alla situationer i min dagbok efter den gjorda modellen, se kapitel 6.
3. I steg tre **jämförde** jag dessa så grupperade situationer med de beskrivna socialiseringsstudierna. Dessa grupperade situationer analyserades fortlöpande i texten i kapitel 6, för att situationens alla relevanta jämförelser skulle belysas i rätt sammanhang.
4. I steg fyra i kapitel 7, analyserades dagboken mer generellt, för att i ett **sammanfattande perspektiv** belysa de ovan gjorda situationsanalyserna samt att relevans till tidigare genomgången socialiserings- och professionaliseringsteori skulle kunna presenteras.

I följd av aktörssynsättets bild av verkligheten (Bjerke, 1981) och i viss likhet med Katz och Kahn (1966), anser jag att händelser sker i interaktion mellan rollinnehavare eller aktörer i en organisation (se **figur 2**, ur Katz och Kahn, 1966). Som medlemmar i en organisation bär rollinnehavarna vissa normer (Mintzberg 1983). Miljön, rollsetet, består av de olika roller en läkarstuderande möter. Jag väljer i min modell av läkarstudentens sociala system att definiera fyra olika roller - patienter, läkarstuderande, läkare samt övrig personal. Detta följer i stort den modell som kan ses i litteraturen (Shuval, 1975b). Aktörssynsättet ger mig att jag som rollinnehavare kan förändra mitt beteende, genom att handlingars mening kan omtolkas.

Läkarstudenterna tillbringar mest tid med enskilda läkare och deras patienter, därefter med enskilda patienter, samt minst tid med andra läkarstuderande under tjänstgöring och föreläsningar. Föreläsningarna hålls av läkare de senare träffar under tjänstgöringen.

Interaktionen med övrig personal är liten. Detta gör att sjuksköterskor, undersköterskor, annan vårdpersonal samt övrig personal grupperats tillsammans under rubriken personal. Anhöriga är så sällan med i händelserna, att de i de få situationer de medverkar grupperas med patient, då de oftast utgår från patientens perspektiv då de interagerar.

I dagboken identifierades alla händelser, dessa numrerades, samt alla rollinnehavare identifierades. Jag skapade en tabell med alla interaktionspar (läkarstuderande - läkarstuderande, läkarstuderande - läkare, övrig personal - patient, etc.) och motsvarande händelse. Alla händelser för ett interaktionspar grupperades sedan i likartade händelser. Dessa grupperade händelser för ett interaktionspar fick namn efter händelsen, t ex. "ansvar", när läkare lägger ansvar på mig som läkarstuderande.

För att öka läsligheten vid presentationen av analysen av dagboksmaterialet har jag skrivit ut alla förkortningar, samt gjort den kortfattade dagbokstexten mer läsbar, utan att för den skull ändra andemeningen i det skrivna.

## 2.6 Perspektiv

Varje problem och syfte kan ses ur många olika perspektiv eller vinklar. Ett perspektivskifte kan för olika delar av ett syfte fokusera olika relevanta delar, samt kan strukturera upp syftet. Vad man skall vara väl medveten om är att ett valt perspektiv formar vad och hur man ser på det man studerar.

Uppsatsen har sålunda olika perspektiv. Dagboksanteckningarna samt kapitlet om läkarutbildningen har ett inifrånperspektiv som manlig läkarstuderande. Reflektionskapitlet utgår från ett både utifrån och inifrånperspektiv som manlig läkare och företagsekonostudent. I uppsatsen i övrigt är perspektivet utifrån som företagsekonostudent. Jag kan dock inte helt avsvära mig från perspektivförskjutningar med tanke på min tidigare historia och i följd av aktörssynsättets syn att ingen objektiv undersökare finns.

Människan är av hävd och historia en hon. Jag kommer dock i uppsatsen konsekvent använda han som pronomen, då uppsatsen handlar om mig som man och manlig läkarstuderande, samt att allt är relaterat till mig.

## 2.7 Metodkritik

Den ovannämnda dagboksanalysmodellen kan genom en artificiell uppdelning i händelser förvränga verkligheten och ge oönskade resultat. Det innebär att situationer kan komma att komprimeras ihop eller styckas upp i mindre delar för att kunna analyseras.

Fallstudien är svårkontrollerbar, då den kräver kombinationen av en läkarstuderande och intresserade företagsekonostudent i en och samma person.

# 3 Professionell socialisering

## 3.1 Professionell byråkrati, indoktrinering och komplicerade arbeten

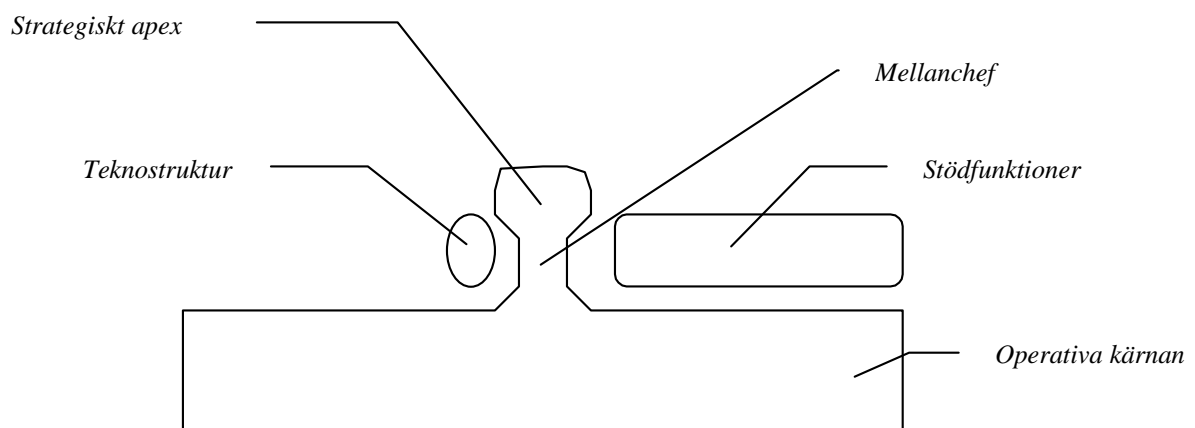
Vad har vi organisationer till och vad har vi läkare till? Varför betar de sig som de gör? Sjukvården utgörs av eller kräver speciella organisationer. Som sådan ställer den speciella krav på dem som arbetar där. Kraven utgår från den miljö sjukvården arbetar i. Med utgångspunkt från organisationsteoretikern Mintzbergs bok *Structure in Fives* (1983), skall vi i det följande diskutera sjukvårdens organisation i form av en professionell byråkrati. Detta kommer att ge oss en utgångspunkt för den fortsatta diskussionen om professioner och socialisering av professionella.

En organisationsstruktur bygger i grund och botten på hur man, för att lösa en organisations uppgift, delar upp det samlade arbetet i mindre delar inom organisationen och hur man sedan koordinerar mellan dessa så uppdelade arbeten.

Enligt Mintzbergs (1983) synsätt finns åtminstone fem effektiva organisationsstrukturer, där den professionella byråkratin är en och maskinbyråkratin (t ex. en biltillverkare eller en snabbmatsrestaurang) är en annan av de fem. Dessa fem effektiva organisationsstrukturer reflekterar en harmoni mellan de fem organisationsdelar, de fem koordineringsmekanismer, de nio designparameterar och de fyra situationsfaktorer som Mintzberg (1983) definierar. De för uppsatsen relevanta delarna av modellen kommer att diskuteras, övriga delar lämnas därhän. De organisationsstrukturer Mintzberg (1983) nämner är rena former. I verkligheten finns det suborganisationer i organisationen, samt maktkamper mellan organisationens fem delar, vilka kan förvränga organisationsstrukturen och därmed effektiviteten.

Sjukvården, vars arbete kan karakteriseras som "*pigeonholing*" (Mintzberg, 1983, s 192) ("rätt person i rätt håll") - att kategorisera patienter till diagnoser och sedan genomföra en behandling - är en professionell byråkrati. Med byråkrati menas här att organisationens beteende är förutsägbart - en viss diagnos ger en viss behandling. Med professionell menas att organisationens viktigaste anställda är specialister, det vill säga professionella. Med en profession avser Mintzberg (1983) ett yrke där vissa yrkesfärdigheter är specificerade, en boklig kunskapsmassa finns, samt arbetstagaren utbildas i detta innan han börjar sitt arbete. Förutom detta är arbetet i en professionell byråkrati komplext och går inte att dela upp i mindre delar.

Miljön är den viktigaste situationsfaktorn i en **professionell byråkrati**. Miljön är komplex - det krävs lång utbildning och träning för att ställa rätt diagnos. Miljön är också stabil - sjukdomarna finns kvar oförändrade över en lång tid. I Mintzbergs (1983) terminologi är det i alla organisationer den operativa kärnan som producerar en organisations produkter eller service. Övriga fyra funktioner i organisationen övervakar (mellanchef - middle line), tar strategiskt ansvar (verksamhetschef med eller utan ledningsgrupp - i Mintzbergs terminologi strategic apex), standardiserar arbetet (i den sk. teknostrukturen - technostucture) eller är olika stödfunktioner (support) till organisationen, se **figur 1** nedan.



**Figur 1.** Den professionella byråkratin med de fem ingående delarna i storleksordning efter betydelse (Mintzberg, 1983, s 11 och s 194)

För den operativa kärnan skiljer sig ansvaret och det inflytande de har mellan olika organisationsstrukturer, t ex. mellan den professionella byråkratin och maskinbyråkratin. Den operativa kärnan i sjukvårdens professionella byråkrati är läkarna, vilka sätter diagnoser och genomför behandling.

Inom hela organisationen är arbetet nedbrutet till mindre delar till ett antal olika specificerade arbeten, sk. positioner. För varje position i en organisation finns en arbetsbeskrivning (job specialization) - hur specialiserat arbetet skall vara, samt hur den anställdes beteende (behavior) skall formaliseras. Detta sista - styrning av beteendet är något mycket viktigt. Genom att formalisera beteendet minskar variabiliteten i den enskildes beteende, samt organisationen kan garantera en viss repeterbar kvalitet. Olika personer som innehar samma position beter sig därmed likartat. Organisationen kan på så sätt förutsäga och kontrollera beteendet. Beteendeformalisering är vanligast inom den operativa kärnan. Arbetet är här mest repetitivt (relativt sett) jämfört med andra delar i organisationen.

Beteendet kan styras via den position den anställde har (t ex. läkare), genom regler eller genom hur arbetsprocessen skall ske (work flow). För den professionelle i en professionell organisation sker beteendeformalisering genom den position han har i organisationen. För positionen läkare krävs läkarexamen och legitimering. Beteendet läkaren har, har formaliserats under utbildningen.

Läkarnas arbete är för komplext (se ovan) för att ansvaret för beslut skall kunna förskjutas längre upp i organisationen. Läkaren måste själv ta ansvar för sitt arbete. Detta innebär att läkaren måste ha kontroll över sitt eget arbete, vilket innebär en hög grad av horisontell och låg grad av vertikal specialisering. En låg grad av vertikal decentralisering innebär här en delegering av ansvar nedåt i en organisation. Med hög horisontell decentralisering menas att ickechefer till hög grad kontrollerar beslutsprocesserna, det vill säga en mellanchefer tar inte beslut utan det gör den enskilde. I och med att ansvaret för det operativa arbetet ligger på läkarna själva, så måste arbetet också koordineras inom den operativa kärnan. Denna koordinering sker genom beteendeformalisering avseende position, via **standardisering av yrkesfärdigheter** (standardization of skills, s 190). Mellanchefersskiktet, som övervakar, och teknostrukturen, som standardiserar arbetet via arbetsstudier (work-study), arbetsprocesser eller yrkesfärdigheter (där standardisering via yrkesfärdigheter i största utsträckning skett tidigare i professionella skolor, utanför den professionella byråkratin), blir på så sätt små, se **figur 1** ovan.

Standardisering av yrkesfärdigheter kan, enligt Mintzberg (1983), delas upp i två delar - utbildning (training) och indoktrinering. Utbildning sker på speciella professionella skolor under flera år, där kunskaper och färdigheter lärns in. Här sker också en del av indoktrineringen, där studenterna lär sig organisationsnormer. Utbildningen och indoktrineringen ger internaliserade beteendemönster. Översatt till sociologiska termer innebär detta att studenten socialiseras in i organisationen.

När de blivande professionella har det beteende som krävs så legitimeras de. För läkarstudenten sker detta efter sju års utbildning. När de sedan anställs till en position i organisationen, så har de redan de färdigheter och kunskaper som behövs samt organisationens normer. Vid anställning sker sedan ytterligare utbildning samt indoktrinering, specialiserat för just den organisationen.

I inledningen nämndes **maskinbyråkratin**. Även här sker repetitiva arbeten i den operativa kärnan, men beteendeformaliseringen sker på ett helt annat sätt. Den operativa kärnan här - t ex. McDonald's arbetaren, försäkringsförsäljaren eller bilindustriarbetaren har enkla, repetitiva arbeten, där utbildningen för arbetet är kort, från några timmar till någon vecka, samt sker inom företaget. Arbetet är vertikalt centraliserat och har begränsad horisontell decentralisering, det vill säga lite ansvar och liten kontroll över sitt eget arbete. Koordineringen sker genom beteendeformalisering via standardisering av arbetsprocessen (standardization of work processes, s 164) - exakt hur och på vilket sätt arbetet skall utföras. Hur arbetet skall utföras har bestämts högre upp i organisationshierarkin, närmare bestämt i teknostrukturen (technostructure). För t ex. McDonald's arbetaren har sålunda någon på huvudkontoret i USA bestämt hur pommes fritesen skall tillagas av den som har det arbetet, vilka frågor kassabiträdet skall ställa, samt hur kunder skall tilltalas.

**Sammanfattningsvis** kan vi säga att den professionelle standardiseras alltså till skillnad från arbetaren i maskinbyråkratin via sin långa utbildning. Då arbetet är komplext och resultatet (output) svårsmått, så kan den professionelle inte standardiseras via dessa. Det enda som går att påverka är utbildningen. *"All denna utbildning strävar mot ett mål - att internalisera standarder för att tjäna klienter och koordinera det professionella arbetet"* (Mintzberg, 1983, s 191). Dessa

standarder gör att arbetsgivaren trots att han inte kan kontrollera sin anställda, inte behöver ett kontrollsystem. Den professionelle gör vad han måste. Han kan inte göra på något annat sätt, det har utbildningen och indoktrineringen sett till. Till skillnad från andra koordineringsmekanismer - mätning av resultat (output), standardisering av en arbetsprocess, etc., så syns inte denna koordineringsmekanism. Givetvis styrs den professionelle även av regler satta av den organisation han tillhör, men utbildningen är den klart dominerande delen. Andra koordineringsmekanismer finns givetvis också, såsom informell kommunikation och direkt ledning (direct supervision), men den dominerande är standardisering av yrkesfärdigheter.

Vad är då en specialist, en professionell mer specifikt? Hur blir man en professionell?

## 3.2 Vad är en profession?

### 3.2.1 Inledning

Ur ett företagsekonomiskt synsätt blir den professionelle professionell genom utbildning och indoktrinering, för på så sätt klara av sitt yrke i dess komplexa, men stabila miljö. Indoktrinering lär ut organisationsnormer, utbildningen ger kunskaper och färdigheter. Men Mintzbergs (1983) definition av den professionelle är statisk. Teoribildningen säger inget om hur professionen tillkommit, bara att den finns som ett observerbart fenomen. Är en professionell mer än sina kunskaper och färdigheter? Om inte, är då inte alla yrken en profession? Vad skapar indoktrineringen? Inom sociologin har man sedan 1940-talet studerat professioner och vi skall i det följande mer penetrera vad en profession är, för att ytterligare ur några olika perspektiv närma oss vad en profession består av.

Jag kommer i det följande att argumentera för att professionell socialisering är en socialisering som skiljer sig från andra sorters socialisering, just på grund av att en profession är en profession. Inom all yrkesverksamhet finns en socialisering. För att bli snickare, mekaniker eller kassaoperatör på McDonald's krävs en socialisering - grovt sett en inläring av rätt beteende för att kunna utföra arbetet.

För de yrken som kallas professioner innebär socialiseringen något mera. På grund av komplexiteten i arbetet räcker inte enbart ett beteende för att vägleda den professionelle i komplexa beslut. En gemensam värderingsgrund bildar stommen för en världsbild vilken hjälper den professionelle att bete sig på ett adekvat sätt. Som exempel kan knappast en lutheransk präst utan kristna värderingar fungera som andlig ledare för sin församling, oavsett hur mycket rätt sorts beteende han fått lära sig. Till skillnad från en standardiserad försäljningssituation för kassaoperatören på McDonald's, så befinner sig prästen i fler situationer än vad det finns standardbeteende för. Han måste, till skillnad från kassaoperatören, lita till sin inre kompass - sina värderingar - för att bete sig på rätt sätt.

Andra yrkesutövare saknar dock inte världsbild. En snickare måste ha en världsbild om hur de material han arbetar med och de yrkesutövare och kunder han interagerar med fungerar. Men hans arbete och världsbild är för lekmannen lättbegriplig, till skillnad från den professionelles.

En professionell socialisering är således en omstötning av studenten för att klara professionens specifika krav om världsbild och beteende. För att klargöra detta kommer jag i det följande att först diskutera vad som skiljer en profession från andra yrken. Därefter följer en teoretisk diskussion om indoktrinering och hur denna, som i sociologers språkbruk benämns socialisering, kan förklaras. Sist sker en sammanfattning, innan jag fortsätter med vad läkarstudenterna socialiseras till att bli.



### 3.2.2 Olika synsätt

Inom anglosaxisk sociologisk litteratur skiljer man på yrken som är professioner och de som inte är det. Trots att forskning, till största del amerikansk, pågått sedan 1940-talet finns ingen enhetlig definition av ordet profession. Orsakerna till att det finns professioner är man också oense om inom sociologilitteraturen, vilket kommer att framgå av den följande diskussionen. Vad man kan se i USA är dock att yrken som karakteriseras som professioner har ett mer självständigt arbete, en högre inkomst, samt högre status jämför med ickeprofessionella yrken. Detta anses av vissa vara drivkraften till att yrken vill professionalisera sig (Roos, 1992). Men kan alla yrken bli en profession?

Freidson (1968) menar att det grovt sett finns två teoribildningar inom professionalitetsforskningen: den ena inriktningen ser den professionelle som en person med en viss status eller position i samhället, vilket beror på den professionelles yrke. Yrket i sig har lett till ett visst beteende. Den andra inriktning ser den professionelle som en speciell person, någon som har internaliserat vissa professionella värderingar och färdigheter, vilka tagits upp under utbildningen.

Den mest diskuterade teoribildningen i litteraturen är den första angående status och position i samhället. Denna teoribildning utgår från att professionerna har mycket makt. Men har de det? Det finns historiska fakta som tyder på att professionerna lever i en viss symbios med samhället i övrigt och att maktförskjutningar åt samhällets eller professionens sida sker fram och tillbaka. Vi skall i det följande spåra professionsdefinitionens utveckling historiskt enligt status och positionsteoribildningen, för att sedan med ett exempel närma oss den mindre teoribildningen om den professionelle som en person med vissa värderingar. Att märka i båda teoribildningarna, dock, är att ingen tvekan råder om att en profession är ett yrke där verklighetens obestämbarhet gör att endast de med stor kunskap, erfarenhet och färdigheter inom området kan ta kvalificerade beslut. Detta är man någorlunda ense om.

### 3.2.3 Professioners status och makt

Det kan ibland vara lättare att säga vad en profession inte är: en person verksam inom en profession tillhör varken gruppen arbetare, kapitalägare, statsbyråkrater, affärsinnehavare eller självägande lantbrukare (independent peasant proprietor, Parsons, 1968, s 536). Sålunda faller under en definition av termen profession hela perspektivet från de klassiska (prestigetyngda) professionerna medicin, juridik, präst och universitetslärare över de nya som civilingenjör och revisor till de marginella professionerna chiropraktiker och de semiprofessionella som sjuksköterska och bibliotekarie (Roos, 1992). En del räknar även in av samhället anställda eller sponsrade artister och intellektuella till professionerna (Parsons, 1968).

Enligt Parsons karakteriseras en profession av tre **kärnkriterier** (core criteria) (Parsons, 1968, s 536):

1. En **erkänd examina** från en ackrediterad utbildningsinstitution, vilken garanterar att individen har förstått ämnet, samt kan resonera logiskt och ändamålsenligt inom detta. Ämnet måste vara en del av landets kulturtradition, samt innehålla en stor intellektuell komponent.

2. **Praktiska färdigheter** inom detta ämne.

3. Att professionen har någon form av **styrning** av sina medlemmar så att deras kunskaper och färdigheter används på ett **socialt ansvarsfullt sätt**.

Således krävs av en professionell både kunskaper (examen) och färdigheter (praktik), samt att professionen har en etisk styrning av sina medlemmar. Parsons (1968) menar att man kan spåra en historisk linje från prästerskapets utbildning under medeltiden, via utvidgningen till filosofi, medicin och juridik till dagens olika professioner. Så ledde t ex. den medicinska forskningens genomslagskraft under 1800-talet, bland annat inom bakteriologin, till att den akademiska utbildningen fick en större tyngd och medicin tog steget mot att bli en riktig profession.

För de andra professionerna har det varit svårt att bli accepterade som akademiska ämnen. Uppkomsten av flera ingenjörssämmen kan t ex. spåras till den forskning och utveckling som gjordes i militärt syfte under andra världskriget. Att antalet professioner har ökat så mycket under 1900-talet anser Parsons beror dels på utvecklingen av det moderna universitetet, där fakultetsrollen har professionaliserats mot utbildning och forskning, dels på att universitetsutbildningar är gångbara inom många områden i dag, vilket gjort att efterfrågan på universitetsutbildad personal ökat.

Parsons definition av en profession lägger sin vikt vid formella kunskaper och färdigheter. Definitionen inkluderar många av de nya professionerna - t ex. revisorer. I fråga om t ex. civilingenjörer förblir frågan öppen - är det enligt Civilingenjörsförbundet socialt ansvarsfullt att arbeta i vapenindustri (död och förintelse), petrokemisk industri (utsläpp), etc.?

Genom fallstudier försökte man efter andra världskriget att definiera en profession och samtidigt gradera olika professioner genom ett antal olika karaktärsdrag, **karaktärsdragsteorin** (Trait Approach, Roos, s 1554, 1992, delvis efter Hodson och Sullivan, 1990). En profession karakteriseras här av: kunskap, arbetsautonomi, altruism, makt, samt att allmänheten anser att de är en profession. För oavsett om de anser sig vara en profession, så är de ingen profession enligt Roos (1992), om allmänheten inte anser det.

Roos (1992) genomgång av karaktärsdragsteorin är koncis och klar, men något kortfattad och jag kommer därför att ge exempel från andra källor, där de specifika exemplen ger en bättre förståelse för innebörden av de olika karaktärsdragen.

**1. Kunskap.** En professionell är en expert inom sitt område, han har stora kunskaper och färdigheter, till skillnad från lekmannen. Dessa kunskaper är svårtillgängliga för lekmannen. Vidare måste kunskaperna paras med färdigheter och erfarenhet inom området, vilket lekmannen saknar.

**2. Arbetsautonomi.** En profession är till viss del oberoende i förhållande till sina klienter, till sina överordnade och till myndigheter.

Detta har de uppnått genom att ha etiska regler, vilka medlemmarna är tvungna att följa, jämför Advokatsamfundet. Dessa etiska regler gör att de blir självstyrande och självreglerande. En medlem som inte följer reglerna utesluts. Genom att styra sig själva har de en viss autonomi mot myndigheter (Roos, 1992). Vidare har flera professioner, t ex. läkare, en viss autonomi gentemot myndigheterna genom att de kan hävda professionellt förtroende och ej behöver avslöja vad en patient sagt dem i förtroende. Autonomi är dock inte fullständig, den kan t ex. brytas vid brott som ger mer än två års fängelse (Sekretesslagen, SFS 1980:100). Den professionelle har också autonomitet gentemot sina uppdragsgivare - en läkare agerar enligt sin professionalitet oavsett vad uppdragsgivaren, t ex. en industri med lagvidrig arbetsmiljö anser.

Slutligen har en professionell, enligt Boudon (1989), en viss autonomitet även gentemot den hierarkiska yrkesorganisation de tillhör - en professionell tar egna beslut oberoende av sina överordnade.

**3. Altruism.** Altruismen består i att en profession är inriktad på att ge service och är inte en i första hand vinstdrivande verksamhet.

Som Boudon (1989) ger som exempel, så innebär detta att en läkare inte kan avsäga sig patienter som svävar i livsfara, bara för att de inte kan betala för sig. Ej heller kan en läkare välja patienter efter betalningsförmåga.

**4. Makt.** En profession har makt över sina klienter och sina underlydande yrkesgrupper (Roos, 1992). Makt över klienter har de därför att klienterna är beroende av deras professionelles kunskap för att lösa sina problem.

Makten över anställda är flerfaldig. Freidson (1968) utvecklar detta: för t ex. paramedicinsk personal, det vill säga yrkesgrupper med sjukvårdsarbete där en läkare har högsta ansvaret är orsaken trefaldig. För det första är deras utbildnings innehåll sanktionerat av läkare. För det andra utför de uppgifter på order av läkare, eller delegerat av läkare. Slutligen är deras arbetsuppgifter inriktade på att hjälpa läkaren, inte att ersätta hans arbetsuppgifter.

Under 1960-talet slog *The Power Approach*, **maktteorin**, igenom inom sociologin (Roos, 1992, beskriver anhängarna som "*power theorists*", s 1555). Makten var det viktiga för professionen. Kritikerna ansåg att professionella organisationer var ute efter monopol på sin marknad. På så sätt kunde de behålla eller öka sin status. Karaktärsdragen var något de professionella hävdade att de hade, men kritikerna ansåg att de använde karaktärsdragen enbart för att öka sin egen makt. Altruismen t ex., framhöll de för att vinna goodwill. Automin var ett sätt att undkomma myndighetskontroll. Fanns inte inom professionerna både skurkaktiga läkare och advokater, vilka professionen inte gjorde något åt? Det var anspråket på makt som gjort professionen till en profession, inte karaktärsdragen. (Roos, 1992).

Om professionerna nu har makt över sina klienter och underlydande yrkesgrupper, vad är det då som ger dem denna makt? Enligt maktteorin ovan så är det "*indeterminacy and uncertainty*" (obestämbarhet och osäkerhet, Prismas Engelska Ordbok, 1998) (Roos, 1992, s 1555).

Obestämbarheten i yrket beror på att arbetsuppgifterna inte går att dela upp i mindre delar, ej heller går arbetet att rutinisera. Osäkerheten i yrket beror på att det inte går att ta ett beslut utan både utbildning och ett stor mått av erfarenhet i yrket. Läkaren vet t ex. vilken behandling som är bäst för den enskilda patienten, baserat på kunskap och flerårig erfarenhet av liknande fall. Dessa två faktorer - osäkerhet och obestämbarhet - gör, enligt maktteoretikerna, att professionen får makt (Roos, 1992).

**5. Allmänheten.** För att erkännas som en profession måste även allmänheten anse att yrket är en profession, inte enbart gruppen som aspirerar på att bli en profession (Roos, 1992).

Men kan då alla yrken professionaliseras, frågar sig Boudon (1989). Han menar, att trots att dagens hårfrisör med egen salong, långa öppettider, samt biförsäljning av hårvårdsprodukter är långt ifrån bybarberaren som klipper ditt hår efter söndagsgudstjänsten, så fattas en sak. Frisörens status har inte ökat i allmänhetens ögon. Andra grupper har i stället professionaliserats - t ex. sjukgymnasten, genom sin längre utbildning och nära samarbete med en annan profession - läkaren.

Denna femdelade definition ger en striktare definition av vad en profession är än Parsons (1968) mer historiska. Den inkluderar som tidigare kunskap och färdigheter som en hörnsten i definitionen. Samtidigt exkluderar definitionen i stort alla professioner utom de fyra ursprungliga - präst, advokat, läkare och universitetslärare. Vidare i definitionen reduceras allmänheten till att kunna påverka professionen endast som statusindikator och professionen i sig reduceras till en sammanslutning som vill avskärma sig från allmänheten genom makt- och autonomianspråk. Kort sagt - professionen har makt över sig, allmänheten ingen över dem.

### 3.2.4 Professionen - en social historisk process

Abbott (1991) å sin sida, anser att professioner kan definieras på ett annat sätt än genom karaktärsdrag eller makt. Han menar att en profession uppstår ur en komplex dynamisk social historisk process.

Han har studerat professionaliseringen av läkare i USA från 1723 och framåt. Denna professionalisering verkar samtidigt både på lokal nivå, delstatsnivå och på federal nivå. Nivåerna interagerar med varandra. Han menar att det krävs fem händelser för att ett yrke skall professionaliseras. Händelserna är inte ordnade i tid eller efter vikt, då det är en komplex dynamisk process.

**1. Associering.** Att bilda en organisation för att kontrollera utövare eller arbetet, för att utbyta information eller utöva lobbyverksamhet.

**2. Arbetskontroll.** Att upprätta en avgiftstablå för olika ingrepp och undersökningar (fee bill), samt licensiering av utövare. Orsakerna till att licensiera utövare kan vara många - att skydda allmänheten från kvacksalveri, att säkra den egna ekonomiska intäkten, att öka professionell och personlig status, etc.

**3. Professionell utbildning.** Att starta medicinska skolor för att öka den professionella kunskapen, via både grundexamina och vidareutbildning till legitimerad läkare och specialist. Att skolor bildas kan också bero på att man vill skydda allmänheten från kvacksalvare, att någon vill sprida sin egen medicinska uppfattning eller för att tjäna pengar.

**4. Professionell kunskap.** Att starta periodiska tidskrifter. Genom dessa kan ny kunskap föras ut. Vidare kan professionen genom dessa försvara sitt kunskapsområde. Intresset för kunskap gör också att professionens område populariseras i tidningar och böcker. Detta gör att professionen legitimeras för allmänheten som en profession.

**5. Professionellt dominerade arbetsplatser.** Genom att organisera sig i större grupper kan man samla utbildning och forskning på ett ställe, samt ge en bättre service genom att utnyttja sina läkare effektivare genom specialisering, subspecialisering och jourtjänst dygnet runt. Genom dessa åtgärder kan man också öka sina inkomster.

Abbotts (1991) definition ger de konkreta delarna i vad en profession historiskt vilar på. Men den säger inget om vad en profession innebär för den enskilde eller i ett samhälleligt perspektiv.

Vad den säger är att utvecklingen av en profession inte är ett verk av en grupp, det vill säga det är inte professionen själv som skapar sin egen marknad. Detta sker i samspel med det övriga samhället. Professionen är inte allenaordande i skapandet av sig själv, som maktanhängarna ovan hävdar.

### 3.2.5 Speciella värderingar hos professionella?

Vad är då en profession? I essäsamlingen "Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy, 1994, ger Freidson, efter mer än trettio års forskning om professioner, framförallt den medicinska, sin syn på studiet av professioner:

*"Finally, I might mention the most serious deficiency of the field today - namely, its lack of an adequate theoretical foundation. At present, the sociology of professions stands as a topical*

*field, loosely affiliated with class theory by some, but essential without any clear theoretical roots.*" (Freidson, 1994, s 7)

Sammanfattat på svenska säger Freidson (1994) att det i dag inte finns någon adekvat teoretisk definition av professioner ur sociologisk synpunkt. Hans önskan vore en teori grundad på yrke, då en profession definitivt inte är en klass utan oftast ett yrke. Sin egen ståndpunkt, framväxt under mer än trettio år, att en profession bygger på värderingar, sammanfattar han i följande definition:

*" I use the word 'profession' to refer to an occupation that controls its own work, organized by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service." " I use the word 'professionalism' to refer to that ideology and special set of institutions"* (Freidson, 1994, s 10)

På svenska blir detta: "*[En] profession ...[är] ett yrke som kontrollerar sitt eget arbete, organiserat av en speciell sorts institutioner, vilka delvis sammanhålls av en särskild expertis- och serviceideologi"*

Freidsons definition (1994) betonar till skillnad från de andra definitionerna den praktiskt verksamme professionelle. Vidare att denne har vissa värderingar, vilket leder till ett visst beteende eller synsätt inom branschen och mot klienterna (patienterna) - en service- och expertideologi för båda. Definitionen inkluderar även professionens kunskap, då den bygger på en expertideologi, där expertisen kommer ur den speciella kunskap professionens medlemmar besitter. Därmed inkluderar definitionen även utbildning av nya medlemmar i professionen. Verksamheten inom professionen sker på särskilda platser - professionellt dominerade arbetsplatser i Abbotts (1991) terminologi. Arbetsautonomin samt altruismen (serviceideologi) enligt Roos (1992) finns också med. Vidare har definitionen ett innanförperspektiv på professionen genom inklusionen av expert- och serviceideologi även inom branschen.

### 3.2.6 Diskussion profession

Professioner kan ses ur många perspektiv och paradig. Oavsett karaktärsdrag, värderingar eller social historik, sammanfogas alla definitionerna av att en profession är ett yrke där verklighetens obestämbarhet gör att endast de med stor kunskap, erfarenhet och färdigheter inom området kan ta kvalificerade beslut. Vad är då en bra definition på en profession? Vi kan här gå tillbaka till Mintzbergs (1983) definition av en professionell som någon med specificerade yrkesfärdigheter och boklig kunskap, vilket innefattar ett komplext arbete vilket inte kan delas upp i mindre delar. Räcker detta för att karakterisera en professionell? Med Mintzbergs (1983) utvidgning att den professionelle standardiseras via sina yrkesfärdigheter genom utbildning och indoktrinering börjar vi närma oss kärnan. Den professionelle är, förutom sina kunskaper och färdigheter någon som är eller beter sig på ett visst sätt. Fångar, utvidgar och specificerar någon av de ovan definitionerna detta bättre än Mintzberg?

Mintzbergs (1983) grunddefinition omfattar grovt två av de tre kärnkriterierna, med tillägget ett komplext arbete. Den sociala kontrollen över professionen utvecklar Mintzberg (1983) i resonemanget om professionella byråkratier. Mintzbergs (1983) grunddefinition med utvidgningen och karaktärsdragsteorin är i mångt varandras likar - kunskap, arbetsautonomi, altruism (indoktrinering) och makt. Vad karaktärsdragsteorin vidare innehåller är ett kriterium att allmänheten måste se yrket som en profession, vilket Mintzberg (1983) saknar. Den sociala historiska processen sammanfaller även den med Mintzbergs (1983) definition - arbetskontroll, utbildning, och kunskap. I sitt vidare resonemang om professionella byråkratier tar Mintzberg (1983) upp det som den sociala historiska processen ser som associering, samt professionellt dominerade arbetsplatser. Mintzbergs (1983) grunddefinition, samt utvidgningen saknar dock

viktiga delar av vad de sociologiska definitionerna har.

De sociologiska definitionerna; kärnkriterie- (Parsons, 1968), karaktärsdrags- (Roos, 1992), maktteori- (Roos, 1992) och social historik (Abbott, 1991) har ett utanförperspektiv på professionen. Detta ses t ex. i att kärnkriterierna lägger vikt vid formella kunskaper och färdigheter, uppnådda under utbildning. Karaktärsdragsteorin och kärnkriterierna ligger här nära varandra, men karaktärsdragsteorin bygger även på status och makt, så som det ses av allmänheten. Vidare utvecklar karaktärsdragsteorins altruism kärnkriteriernas socialt ansvarsfulla styrning av sina medlemmar till något mer - ett beteende.

Maktteoretikerna (Roos, 1992) betonar framförallt professionernas makt över sina klienter. Värderingsdefinition (Freidson, 1994) å sin sida lägger vikten vid om att det är en anda som genomsyrar hela professionen, samt att verksamheten sker inom speciella institutioner. Den sociala historiska processen vilar på hårda fakta - vad som är kvantitativt mätbart, vilket blir korrekt i en historisk analys.

Alla definitionerna tar upp arbetsautonomi, samt kunskap och färdigheter som grundstenar i definitionen av en professionell. Detta nämner Mintzberg (1983) också. Det är mer som förenar definitionerna än åtskiljer dem. Men perspektiven gör att de förutom detta betonar olika delar.

De två definitionerna som skiljer sig mest är social historisk process och värderingsdefinition. Den första genom sitt historiska perspektiv och den andra genom att betona hur den praktiskt verksamma professionen betar sig och är organiserad.

Värderingsdefinition av den praktiskt verksamma professionelle bygger på att verksamheten sker på särskilda institutioner, samt att den professionelle är en person som betar sig på ett visst sätt i sin yrkesfunktion, strängare definierat än altruism. Detta saknar karaktärsdragsdefinitionerna.

Detta är en viktig punkt, för så som Freidson själv skriver i *Doctoring together* (1975), så är medicin inte en tillverkningsindustri, utan handlar om att hjälpa människor i behov av hjälp. Sjukvården producerar ett visst antal höftledsoperationer per år av en viss kvalitet, men det är inte det brutna benet läkaren hjälper med en ny höftled. Det är Agda, som har brutit benet som han hjälper. Det är i mötet med henne och hennes livssituation, tidigare historia, förväntningar, oro och förtvivlan som det professionella omhändertagandet och beslutet tas om vad som blir bäst för just henne. Detta är service, inte tillverkning. Det är denna service- och expertisanda - en ideologi som visar sig i värderingar och beteende - som Freidson (1994) fångar i sin värderingsdefinition.

Vad Freidsons definition (1994) saknar är ett explicit utbildningskriterium. Dock sker utbildning av läkare på de institutioner han definierar och på så sätt omfattas även läkarstudenterna av miljön med expert- och serviceideologi, förutom den kunskap de får under utbildningen.

Freidson (1994) inför således vad Mintzberg (1983) saknar - en mer specificerad definition av vad indoktrineringen leder till, i form av en värderingsgrund. Även om Mintzberg (1983) till viss del väl diskuterar vad indoktrineringen leder till, så omfattas hans definition ej helt av vad som sker den professionelle under utbildningen. Vidare utvecklar Freidson (1994) Mintzbergs (1983) senare resonemang om professionella byråkratier - att det i Abbotts (1991) terminologi finns professionellt dominerade arbetsplatser, samt att som hos Mintzberg (1983) professionen kontrollerar sitt eget arbete. Med detta - värderingsgrund, kunskap, kontroll och speciella arbetsplatser innefattar Freidson (1994) bäst definitionen av en profession.

Freidsons definition (1994) definierar därmed också bäst den miljö där läkarstudenten tillbringar den största delen av sin utbildning. Detta, inklusive ovan resonemang om service, gör att jag väljer Freidsons definition av profession, där "[En] profession ...[ är] ett yrke som kontrollerar sitt eget arbete, organiserat av en speciell sorts institutioner, vilka delvis sammanhålls av en särskild expertis- och serviceideologi" (Freidson, 1994, s. 10).

Denna så definierade profession har en ideologi, vilken de inbördes uppbär och delar. Inom

dessa institutioner där professionen verkar, d v s i de organisationer de arbetar överförs normer, med andra ord beteende och värderingar i en process till läkarstudenterna. Denna process kallas socialisering. Vad innebär denna?

### 3.3 Socialisering, hur och varför?

#### 3.3.1 Inledning

Socialisering är den assimileringsprocess genom vilken individer upptas i sociala grupper (Boudon, 1989). Socialisering är också en process varmed normer ackvireras (Munro, 1968). För läkarstudenten sker detta först under den prekliniska tiden med övervägande teoretiska föreläsningar under fem terminer och sedan under de följande sex terminerna mer praktiskt i sjukhusmiljö på klinikerna, den kliniska delen. Prekliniskt befinner sig studenten i en universitetsmiljö, ganska lik den tidigare skolmiljön på gymnasiet. Den kliniska delen fullgörs i en universitetssjukhusorganisation. Denna miljö är åtminstone tvådelad i att både utbildning och praktisk sjukvård försiggår samtidigt inom samma organisation. Organisationskulturen består av ett antal fasta roller - läkare, sjuksköterska, undersköterska, etc. (Katz och Kahn, 1966). Här skall läkarstudenten så småningom inta rollen som läkare. Denna socialisering till läkare sker i början av vuxenlivet, när studenten lämnat gymnasiet.

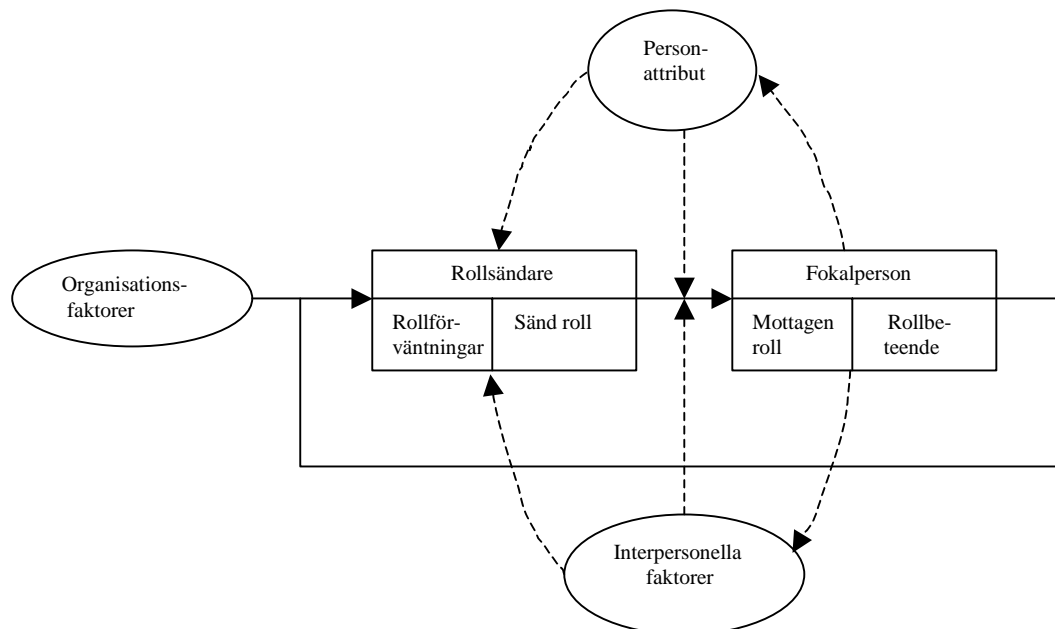
Vi skall i det följande först diskutera vad studenten möter och påläggs för förväntningar i form av roller och rollspel i de situationer han möter. Därefter följer en kort diskussion om hur arbetsprestationer upprätthålls i en organisation, vilka kan ses som ett tecken på om individens och organisationens mål sammanfaller.

Vi är därefter förberedda på att fördjupa oss i socialiseringsprocesser, vilka kan delas in i en barn- och en vuxendel. En del författare hävdar att enbart vid socialisering av barn upptas värderingar, förutom i extrema situationer, samt att vuxna endast omstuvar det de tidigare kan till nya roller (Brim, 1968). Andra hävdar att även värderingar tas upp hos vuxna, mer efter en lång tid, kanske livslångt (Munro, 1968). Slutligen menar andra, att socialisering inte är en komplett process, utan en selektiv process - endast vissa värderingar och beteenden tas upp (Merton et al, 1957). För att därefter få perspektiv på den socialiseringsprocess en professionell genomgår, så utvecklas och diskuteras hur socialiseringen för arbetaren i maskinbyråkratin sker versus den professionelles. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion.

#### 3.3.2 Rollspel och prestation

Utgående från biologiska och fysiska modeller över öppna system, där input genom transformation ger en output och därefter fortsätter i repeterande cykler, skapade Katz och Kahn (1966) en modell för organisationer. De ser en organisation som bestående av händelser och arbetsuppgifter. Dessa arbetsuppgifter är uppdelade på olika befattningar, där innehavaren spelar en för befattningen specifik roll. Genom roller minskar man den enskildes inverkan på hur arbetet genomförs. Gemensamma värderingar och regler, samt miljötrycket i den situation som rollinnehavaren befinner sig i leder till ett rollbeteende. Grunderna till en roll i en organisationskultur finns alltså i hela rollspelarens omgivning, inte enbart hos den rollspelande.

Varje rollinnehavare har ett rollset med vilka han interagerar, d v s den omgivning personen talar med varje dag på arbetet. Rollsetet kan bestå av personer med andra roller än han själv, eller med samma roll. Detta leder till att "...för varje person i en organisation finns det inte bara en sänd roll, bestående av de influerande och kommunikativa agerande från medlemmar av hans rollset, det finns också en **mottagen roll** [kursiverat i original, uppsatsförfattarens anmärkning], bestående av de perceptioner och tankar av vad som sändes" (Katz och Kahn, 1966, s 177)



**Figur 2.** Händelse i ett rollset, teoretisk modell av ingående faktorer (Katz och Kahn, 1966, s 187)

Denna sända och mottagna roll bygger på fyra delar som påverkar både fokalpersonen (mottagaren) och rollsändaren igen, se **figur 2** ovan. Det första är att det för en befattning, t ex. en läkare, finns rollförväntningar. För det andra ligger dessa rollförväntningar till grund för en sänd roll från en medlem (rollsändare) av läkarens (fokalpersonens) rollset. För det tredje mottages denna sända roll och tolkas sedan av läkaren (fokalpersonen). Detta ger för det fjärde ett rollbeteende som respons till det han tror sig ha mottagit.

Men verkligheten är inte så enkel. I varje roll finns det konflikter, då t ex. under- och överordnade har olika förväntningar på en fokalperson, vilket leder till konflikter i rollbeteendet hos denne. Vidare är rollepisoden ovan uttagen ur sitt sammanhang, då organisationen samt interpersonella (mellan personer) och personliga faktorer påverkar rollsändning och -mottagning, se **figur 2** ovan. Slutligen är en roll en pågående process med alla personer i rollsetet och inte en enstaka händelse mellan två personer.

För läkarstudenten kompliceras denna situation ytterligare. Ibland behandlas de som mindre vetande studenter av personalen, ibland behandlas de som läkare. Likadant är det inför patienter - vissa tar dem för läkare, andra vill absolut inte säga något till en läkarstudent utan kräver att få träffa en riktig läkare. Slutligen behandlas de olika av olika läkare - och då ofta beroende på tidsbrist, fara för patients liv eller ibland personliga faktorer. För läkarstudenten som skall bli läkare ställs således inte bara krav på en roll utan flera - som medicine studerande, medicine kandidat samt som läkare. I denna miljö, där läkarstudenten behandlas som allt från ett barn till en vuxen, skall han försöka bli läkare.



En organisation som producerar någonting kan alltså ses som en association av roller. För att organisationen skall utvecklas och prestera bättre krävs dock tre kriterier, enligt Katz och Kahn (1966):

1. Medarbetare måste **rekryteras** och **behållas**.
2. De så behållna medarbetarna måste pålitligt **utföra** sina **roller**.
3. För det tredje måste de ibland för organisationens **överlevnads** skull **samarbeta** på ett innovativt sätt bortom sina givna roller.

Enligt Katz och Kahn (1966) kan man urskilja fyra sätt att få rollinnehavarna att prestera:

1. **Lagligt**. Via auktoritet, hot eller via hot om straff få rollinnehavaren att utföra sin roll. Som exempel på detta kan äldre militära organisationer tas - anfall fienden eller så blir du skjuten för feighet. Detta ger dock enbart en minimiprestation.
2. **Belöning**. Om individuella, tillräckliga belöningar ges i anslutning till prestationen kan effektiviteten höjas. Belöningar till en hel organisation ger inte nödvändigtvis bättre prestationer än minimiprestationen.
3. **Självförverkligande** (Self expression). Om arbetet självt till sin art är komplext, innehåller variation och ansvar, så kan rollinnehavaren visa sina färdigheter genom goda prestationer. Självförverkligande ger karakteristiskt hög produktivitet.
4. **Internalisering av organisationens mål**. Detta är det mest effektiva, men svåraste att genomföra i en organisation. Graden av internalisering hos rollinnehavaren beror på organisationens mål och hur det sammanfaller med individens behov och värderingar, samt individens möjlighet att vara med i beslut och belöningar gällande en själv i organisationen. Hög internalisering av målen leder till en låg sjukfrånvaro och få nyanställningar, hög produktivitet och maximal spontanitet och innovativitet mot organisationens mål. Typexemplet är en munk. En munk kan av sin abott sändas till världens ände, med förvisningen om att han kommer att utföra sitt arbete till punkt och pricka. Munken kan inte göra annorledes, då det är hans öde att hans eget mål överensstämmer med organisationens mål.

En socialisering innebär att stegvis påta sig en kultur. För munken innebär det att uppbära en ideologi och dess praktiska konsekvenser, det vill säga såsom kyrkan eller klostret organiserat det praktiska arbetet. Innebär detta att de blivande rollspelare läkarna i slutändan internaliserar organisationens mål? Blir de professionella läkarmunkar, några som i enlighet med Freidsons definition delar en expertis- och serviceideologi? För att svaret på denna fråga krävs en penetration av vad socialisering innebär.

### 3.3.3 Barn- och vuxensocialisering

Genom socialisering ackvireras kulturen hos en grupp eller hos flera grupper (Brim, 1968). Enligt Brim (1968) finns det två delar av kulturen, dels *gruppens status* eller position i samhället, *dels de beteende* som är associerade med den gruppen. En socialiseringsprocess för en individ sker i åtminstone två delar. Dels en socialisering som barn, dels en senare insocialisering i vuxenrollen. Att minst två delar finns beror på att i socialiseringen av barn går det inte att förbereda ett barn för

alla dess möjliga framtider, så barnet får senare insocialiseras till sin vuxenroll. Socialisering av barn skiljer sig dock på två viktiga punkter från vuxensocialisering. Dessa punkter gör att socialisering av barn är mycket effektivare (Brim, 1968):

1. Mellan barn och förälder finns ett **starkt känslband**.
2. Föräldrarna kan använda **makt för att styra** barnet, då barnet är svagare.

Genom makt och känslband kan barnet ges inte bara ett beteende, utan även värderingar. Hos vuxna begränsar sig oftast socialiseringen till att ge ett beteende. Det finns dock två specifika situationer, där även vuxna, enligt Brim (1968), kan uppta även värderingar. Detta är vid hjärntvätt av krigsfångar, samt vid religiös konversion. De två kriterierna ovan för barn är då uppnådda - ett starkt känslband har skapats mellan fostrare och fostrad, samt fostraren har mycket makt. I normalfallet kan man dock urskilja fem skillnader i socialisering av vuxna, jämfört med barn, enligt Brim (1968):

1. **Den vuxne lär sig ett beteende, inte värderingar.** Detta problem kan lösas på två sätt - antingen acceptera att beteende är tillräckligt och att värderingar inte krävs. Dock kan problem uppstå senare, när individens värderingar krockar med organisationens. Eller så ser organisationen till att endast medlemmar med de rätta värderingarna kommer över tröskeln.
2. **Den vuxne ackvirerar inte nya reaktionsmönster**, etc., i socialiseringsprocessen, utan sammanställer den nya rollen som skall spelas från äldre, i barnsocialiseringen ackvirerade rolldelar, vilka kombineras till den nya rollen. Enstaka, små rolldelar kan dock ackvireras, för att få den nya rollen helt komplett.
3. **Från barnidealism till vuxenrealism.** Barnet får lära sig idealism och ideala roller. Den vuxne vet att det är skillnad på formella krav och verklighetens krav.
4. **Klara av rollkonflikter.** Till skillnad från barnet har den vuxne ett flertal roller, vilkas krav kan komma i konflikt med varandra. En gift, arbetande man med barn och sjuka föräldrar måste lära sig att klara av de konflikter som kan uppstå när tiden gör att han måste prioritera mellan sina roller som äkta hälft, arbetstagare, förälder och son. Denna konfliktlösning besparas barn, men är en daglig realitet i vuxenvärlden.
5. **Generalitet versus specificitet i sociala situationer.** Vissa socialiserade rollbeteenden kan användas generellt i alla situationer, medan andra rollbeteenden enbart passar i vissa specifika sociala situationer. Vuxensocialisering innebär att man lär sig specifika sociala rollbeteenden tillhörande den sociala klass eller yrke man tillhör och endast kan användas där, etc., jämfört det mer allmänna rollbeteende som kan användas i alla sociala situationer, det vill säga jämförbart med barns allmänna beteende.

Andra författare menar att även överförandet av värderingar ingår i vuxensocialisering, inte enbart i dess extrem. Munro (1968) anser att "*socialisering är den livslånga inpräglingsprocess varmed en individ lär sig de principiella värden och symboler i de sociala system han deltar i och såsom dessa värden uttrycks i de normer som utgör de roller som han och andra spelar*" (Munro, 1968, s 194).

Definitionen ovan förutsätter dock en individ utan förmåga att särskilja på personligen goda och dåliga värderingar. I "The Student-Physician" (Merton et al, 1957) ges en smalare, men

mer vuxenrelaterad definition av begreppet:

*"...the technical term socialization designates the processes by which people selectively acquire the values and attitudes, the interests, skills, and knowledge-in short, the culture-current in the groups of which they are, or seek to become, a member."* (Merton et al, 1957, s 287)

På svenska blir det: *"...med den tekniska termen socialisering menas de processer varmed människor selektivt upptar värderingar och beteende, intressen, färdigheter och kunskap-kort sagt, kulturen tillhörande den grupp de är i, eller vill bli medlem i".*

Merton et als (1957) definition innehåller ordet selektivitet, vilket är ett nyckelord i vuxensocialisering. Detta innebär att ackvireringen av kulturen sker genom ett val - medvetet eller omedvetet. Detta gör att alla individer inte blir likadana kulturbärare - de har selektivt valt olika värderingar, beteende, etc. Selektiviteten innebär också ett ackvirerande av kulturen i tiden, det vill säga att vissa värderingar kan ackvireras senare för vissa än för andra. Selektiviteten kan dock inte enbart hänföras till personligheten, utan får även tillskrivas det grupp- och miljötryck personerna utsatt för.

Socialisering är alltså åtminstone en tvådelad process från barn till vuxenstadiet. Huruvida den vuxne upptar sin omgivnings värderingar och till vilken grad detta sker är omtvistat. För vår professionelle läkarstuderande sker en vuxensocialisering, bitvis skiftande genom de roller han tar och möter. Tar han upp värderingar? Eller sker enbart en beteendeförändring? För att mer belysa detta kan en jämförelse av vad en kortare tids socialisering ger och gör, jämfört med den professionelles socialisering vara ett sätt att närmare få en förståelse för vad professionell socialisering innebär, innan vi går närmare in på den professionella socialiseringen igen.

### 3.3.4 Have a Nice Day - rutinisering av beteende i enkla arbeten

För att få ett perspektiv på och öka förståelse för vad standardiseringen av professionella innebär kan det vara av värde att analysera vad som sker vid mindre kvalificerade, i Mintzbergs (1983) termer - enkla - arbeten, där ett visst mått av osäkerhet finns och där interaktionen med människor är en integrerad del av arbetet. Dessa arbeten är således inte helt jämförbara med sjukvårdens professionella och därmed komplexa yrken, men kan genom att belysas ge värdefulla insikter om vad den mycket kraftigare professionella socialiseringen innebär.

Dessa yrken i den operativa kärnan är okomplicerade, enkla och består av repetitiva moment. Arbetet är rutin. De är den operativa kärnan i en maskinbyråkrati, enligt Mintzberg (1983). För att gå tillbaka till den professionelle, så får han under utbildningen en stor dos indoktrinering, vilket leder till internalisering av normer, vilka han har med sig till organisationen han skall arbeta i efter legitimering. För arbetaren i maskinbyråkratin är å andra sidan utbildningen kort och sker inom företaget. Där koordinering av den professionelle sker genom yrkesfärdigheter inlärd under utbildningen, så sker koordinering av maskinbyråkratiarbetaren via beteendeformalisering genom arbetsprocessen (work process). Det som för den professionelle är internaliserat implicit under flera år, skall här för arbetaren i maskinbyråkratin explicit inläras på maximalt några veckor.

Ett slående exempel är McDonald's. Här lär sig den uniformsklädde arbetaren i kassan hur han skall bete sig och exakt vilken ordalydelse frågorna till kunderna skall ha och vad han svarar dem. Detta är reglerat i *"...the Six Steps of Window Service.."* och andra regler, vilket lärs ut i specifika standardiserade kurser för varje station på arbetet (Leidner, 1993, s 73). McDonald's har centralt utvecklat dessa kurser, vilka finns som videofilmer och checklistor, att följas för att en uniform standard skall finnas i hela världen. Vad innebär denna standardisering eller om man så vill - rutinisering, vem vinner på den och vad får den för konsekvenser?

Jag kommer i det följande resonemanget att utgå från Leidners bok *Fast food, fast talk: service work and the routinization of everyday life* (1993), om rutinisering inom McDonald's och

försäkringsbolaget Combined Insurances. Leidner använder ordet rutinisering (routinization, Leidner, 1993, s 28) på det sätt som Mintzberg (1983) använder ordet standardisering av arbetsprocessen (work process), för att beskriva en beteendeformalisering. I Leidners fall (1993) inkluderar denna rutinisering även den osäkerhetsfaktor interaktion med människor innebär i jämförelse med produktion av varor.

Med influenser från industrin, försöker man också inom den interaktiva servicesektorn genom rutinisering och standardisering förbilliga arbetet med bibehållen kvaliteten. Med interaktivt servicearbete menas här rutiniserade arbeten där arbetaren interagerar med klienter (Leidner, 1993, s 2). Dessa kan delas upp i tre delar, beroende på om det går att urskilja arbetaren från produkten och arbetsprocessen eller ej. Försäkringsförsäljare är ett exempel på interaktivt arbete där en känsla måste infinna sig i samspelet med klienten, men där produkten är fristående från detta. I andra ändan av skalan finns McDonald's arbetaren som är en integrerad del av sin produkt där han står i sin uniform. Flygvärdinnan hamnar i mitten av skalan - hon skall skapa en trevlig atmosfär, ge en servicekänsla (emotion work) under resans gång. För alla tre exemplen står dock arbetsgivaren för utbildningen av arbetaren.

**Rutiniseringens fördelar** är som tidigare nämnts en jämn kvalitet och produktion, ett mindre beroende av en enskild arbetares skicklighet, ledande till lägre arbetskostnader och ökad arbetsgivarekontroll. Genom rutinisering kan arbetet delas upp i mindre delar, vilka kan utföras billigare av lägre utbildad arbetskraft.

Till skillnad från rutinisering och standardisering av industriarbete finns det i interaktivt servicearbete en osäkerhet. Människor är inte förutsägbara. För att rutinisera krävs förutsägbara arbetsförhållanden, inte obestämbara människor. Vidare ser kunder och klienter att likformighet, att alla behandlas exakt lika, som ett tecken på låg kvalitet. Vad arbetsgivarna gjort för att minska osäkerheten är att standardisera kunderna, att försöka gömma rutiniseringen eller försöka göra den mer autentisk, samt genom att standardisera sina arbetare.

Organisationen standardiserar kunders krav genom att ge dem en förutbestämd mängd val - t ex. en meny eller ett antal olika sorters standardförsäkringar. Med färdiggjorda frågor leds kunden genom köpprocessen, så som organisationen lagt upp sitt arbete. Som synes av resonemanget kan man inte få en standardförsäkring för en rymdfärja eller beställa en filet mignon på McDonald's. Klienter och kunder standardiseras också genom att fås att följa organisationens rutiner - att stå i kön, att inte ställa till bråk, att boka tid, att infinna sig i tid, etc. Kunder som betar sig illa tillrättavisas också, för att återföra dem in i organisationens rutiner och inte störa pågående arbetet. Vissa organisationer går till och med längre i sin rutinisering och får kunden att utföra en del av organisationens arbete - genom att t ex. plocka undan sina egna matrester, samt att kontrollera arbetarna genom att ge dem reprimander om de inte sköter sig. Klienterna måste alltså fås att spela med i organisationens rutiner, vilka kan vara skilda från de vanliga sociala regler som gäller i övriga samhället, när människor interagerar!

Organisationen försöker gömma en rutinisering av standardfraser, genom att arbetaren försöker personalisera fraser med egna ord, eller genom att lägga till ett leende eller något annat, för att klienten skall känna sig betraktad som en individ. Frasen "Have a nice day" (Leidner, 1993, s 29) infördes ursprungligen inom interaktivt servicearbete för att samtalsavslutet skulle kännas mindre mekaniskt. Nu är frasen, som Leidner påpekar, snarare en symbol för den tomhet i den mänskliga kommunikationen, som den försökte skyla över. Som ett annat exempel på denna interaktion kan flygvärdinnans leende ses. Det är en del av hennes arbete att le, för att skapa en vänlig atmosfär, eller för att lugna en orolig passagerare.

När osäkerheten inte går att minska eller arbetaren måste ge än mer individuell service än de ovan åtgärderna kräver, så standardiserar arbetsgivaren arbetaren. Om organisationen vidare inte kan utesluta att arbetaren måste ta ett kvalificerat beslut, så måste en ytterligare rutinisering av

arbetaren ske. Detta kan vara motiverat för t ex. resande försäljare, där arbetsgivaren har svårt att kontrollera arbetaren. Detta kallar Leidner (1993) för *routinization by transformation*, att rutinisera arbetarens karaktär, personlighet och tankeprocesser i enlighet med militär rekrytutbildning - och professionell utbildning.

Men denna **rutinisering** sker på ett mer **grovhugget** sätt än standardisering av professionella. Som tidigare sagts, så indoktrineras och standardiseras den professionelle implicit under flera år av utbildning. För den interaktive servicearbetaren genomförs en motsvarande process explicit - handfast - under maximalt några veckor. För vårt första exempel, en arbetare på McDonald's, så handlar rutiniseringen om några timmar till några dagars explicit socialisering.

Då arbetaren i ett interaktivt servicearbete är en del av produkten, så ser sig arbetsgivaren att ha rätt att utöka sin rutinisering och kontroll även till arbetarens jag. Detta sker genom vad som sägs - skriptning (scripting) - och genom arbetarens attityd, stil, gester, servicekänsla etc. Det kan räcka, som för en taxichaufför, att se proper ut i uniform. För telefonförsäljare krävs en stor mängd inlärd standardfraser för att få kunden avslappnad och i rätt stämning i början av samtalet, några andra för att senare få rätt information av kunden, samt slutligen en annan uppsättning fraser för att få sin produkt såld. Hur försäljaren ser ut är irrelevant.

För försäljaren vid kassan i McDonald's krävs både skriptning och attityd, dock ej i någon större manipulativ grad. Men arbetsgivaren har här bestämt arbetarens utseende - om han blir anställd i första taget, samt vidare vad han skall ha för kläder (uniform) och extrautrustning vid kampanjer, samt i vilken mån smycken och vissa frisyrier är tillåtna. Uppträdandet mot kunderna och vad som sägs och svaras kunderna är också hårt reglerat via färdiggjorda fråge- och svarsmallar, vilka som tidigare setts skall läras in. Leidner (1993) ger som exempel i sin fältstudie att arbetarna instruerades att under en reklamkampanj för en Bacon Double Cheeseburger fråga ALLA kunder om de ville ha en sådan. Denna depersonalisering - att inte få tala meningar de satt samman själva, fick ytterligare en udd av mekanisering då kampanjen genomfördes under en sommar då flera kunder uppenbart enbart kommit till hamburgerbaren för att köpa en läsk eller en milkshake.

Som synes av de ovan tre exemplen, så behöver en arbetsgivare endast rutinisera det interaktiva arbetet när det krävs att en viss servicekänsla eller stämning skall lysa igenom (emotion work) i arbetet. En rutinisering behöver endast ske i tre specifika situationer: 1. om denna känsla är viktig i interaktiviteten och behövs för att klara uppgiften, 2. om arbetaren inte kan eller inte vill ge en servicekänsla, eller slutligen 3., om servicekänslan krävs för att säkerställa kvaliteten på servicen.

Serviceorganisationer försöker med dessa medel att få sina arbetare att uppvisa känslor - vänlighet, personlig lyhördhet, intresse, sympati och att betrakta varje kund som en specifik individ, allt efter situation. Detta ger identitets- och autenticitetsproblem för arbetaren. Vem är jag? Har jag en arbetsroll och en annan roll? Leidner går så långt att hon frågar sig hur de anställda på McDonald's och försäkringsbolaget Combined Insurance ser på sig själv och vad de gör - "*How could they maintain their dignity while enacting a script?*" (Leidner, 1993, s 189). Svaret ger hon själv - de kan inte upprätthålla sin värdighet och samtidigt säga inlärd fraser, det visar den höga personalomsättningen på båda företagen. Hur klarar sig då de som faktiskt stannar på företagen? Leidner (1993) fann i sin fältstudie på McDonald's att arbetarna utvecklat tre strategier för att klara den roll de hade att spela i interaktionen som kassaförsäljare:

**1. Total och komplett acceptans av hela rollen** med skript och uppträdande parat med ett avståndstagande.

2. Inarbetning av en **del av personligheten i skripten**, men försök till kvarhållning av den egna personligheten.

3. **Excellens i en del av rollen** för att känna sig duktiga och behålla en känsla av kontroll. Detta innebar att t ex. arbeta snabbare eller vara ännu kortare i kundinteraktionen.

Alla tre strategierna krävde förstås sitt offer av arbetarna, då många kunder, i enlighet med den standardisering de utsatts för, inte själva involverade några känslor - de vill bara bli snabbt och smärtfritt expedierade - och gav inte arbetaren en känsla av värdighet.

Till skillnad från McDonald's arbetarens roll, krävdes det mer involvering av jaget för **försäkringsförsäljaren** från Combined Insurances. Om försäljaren inte intog den manipulativa, påträngande rollen och med inlevelse levererade sina memorerade fraser med medföljande gester och kroppsspråk, så fick han inte sålt några försäkringar och gick därmed miste om sin provision.

Som tidigare sagts arbetar försäkringsförsäljaren ensam, öga mot öga med kunden, utanför sina chefers kontroll. För att tillförsäkra sig om ett uniformt resultat i en situation där endast en variabel var känd, standardiserade Combined Insurances den. Försäkringsförsäljarna genomgick en rigorös kurs för att kunna anta rollen som superförsäljaren, där hela försäljarens person ingick i standardiseringen. Till skillnad från den professionella standardiseringens fleråriga implicita förlopp skedde denna rutinisering på några veckor på ett mycket handfast, explicit sätt.

Denna trestegsutbildning bestod av skript, kroppskontroll samt attitydträning. Som för McDonald's arbetaren fick de lära sig standardfraser, fast här i en mängd och komplexitet som täckte ett helt försäljningssamtal med frågor och svar. De förväntades lära sig dessa utantill och i princip recitera dem ord för ord inför varje kund.

Men som för McDonald's arbetaren är skriptning enbart mekaniskt om det inte efterföljs av en rätt stämning - emotion work. Det följande steget innebar en standardisering av försäljarens intonation, kroppsspråk och rörelser. Han fick teoretiskt och praktiskt lära sig hur han skulle ta sig in hos en kund, när och var ge ögonkontakt, hur och var sätta sig, hur han skulle lägga upp presentationsmaterialet på bordet, etc.

Combined Insurances viktigaste vapen för att få sina försäljare att sälja var dock genom attitydförändring. Genom reciterande av slagord som "*I FEEL HEALTHY, I FEEL HAPPY, I FEEL TERRIFIC*" (Leidner, 1993, s 100) flera gånger per dag, inympades en positiv känsla av optimism, entusiasm och målmedvetenhet.

Detta reciterande av slagord var en del av företagets filosofiska grundbult för försäljarna - "*Positive Mental Attitude*" (Leidner, 1993, s 99). Med positivt tänkande genom självsuggestion, attitydriktlinjer och psykologiska strategier försöker företaget skapa den entusiastiske och mentalt hårdføre provisionsförsäljare de behöver. För den enskilde försäljaren - hårt styrd i sitt beteende, leder denna transformering av jaget till den vinnande personlighet Combined Insurances vill ha, enligt Leidner (1993), till två problem avseende den egna identiteten. Är jag manipulativ och vilken autonomitet samt manlighet har jag kvar? En del försäljare tog till sig den manipulativa rollen med hull och hår - Combined Insurances strategier gav dem möjlighet att skaffa de kunder de behövde. Försäljare som värderade etik mer, försökte se manipulativiteten som att de i sitt arbete gav kunderna en viktig service.

Försäkringsbolaget och försäljarna såg sitt arbete som manligt. Trots att en stor del av deras vardagskontakt med kunder var av manipulativt slag - en egenskap som enligt Leidner anses kvinnlig - så ansåg de att det var aggressiviteten, determinationen och stoicismen - typiskt manliga drag som avgjorde att de sålde. De fann också en autonomitet i sitt yrke - ytterligare en manlig egenskap - i att de själva styrde över sin arbetsdag - när och hur mycket de skulle arbeta. Så trots att de var hårt styrda i sitt uppträdande kände ändå flertalet av försäljarna att de kunde klara av

kraven, att folk så ned på dem, att de fick avsnäsningar av kunder samt hade helt misslyckade dagar, för möjligheten att bli riktigt rik fanns alltid där - om de levde upp till rollen som superförsäljaren.

Leidner (1993) konkluderar sin bok med att även om denna rutinisering av interaktivt servicearbete utmanar autenciteten, individualiteten och hederligheten i mänskliga relationer genom att depersonalisera arbetaren, så finns det andra sidor av sanningen.

För att **sammanfatta**, så hjälper servicerutiner arbetaren att utföra sitt arbete, ökar hans självförtroendet, minskar kraven på honom, samt ökar kontrollen över kunderna och ger ett psykiskt skydd från arbetsmiljön.

På samma sätt får kunden eller klienten en pålitlig, snabbare eller billigare service. Rutinerna minimerar kundens interaktiva krav, skyddar kunder från inkompetens samt klargör hans rättigheter. Dock är interaktionen mellan kund och arbetare inte en jämlik relation.

Sålunda kan man enligt Leidner (1993) inte se rutinisering enbart som något depersonaliserande och förtryckande. Men hon höjer ett varnande finger för att den interaktiva servicesektorns standardisering av mänskliga kontakter kan få oanade konsekvenser, då de ruckar på samhällets grundvalar för hur vi beter oss som människor mot varandra.

### 3.3.5 Diskussion socialisering

Den situation en läkarstuderande befinner sig i under sin kliniska period kan jämföras med en extrem situation enligt Brim (1968) ovan. Läkarstudenten är helt beroende av välviljan hos de läkare han går med för att kunna inhämta klinisk kunskap. Läkarna har den kunskap och de färdigheter studenten behöver lära sig.

Utan deras välvilja att berätta om patienter, låta studenten undersöka och ta del av undersökningsresultat, samt svara på frågor, så förblir textbäckernas patientfall enbart text. Det finns inget för läkarstudenten att hänga upp teorin på, inga patientfall att börja samla på i den egna erfarenhetsarsenalen, inga patientfall att jämföra andra patienter med. Läkarstudenten har heller inga möjligheter att träna sin intervjueteknik, undersökningsteknik eller patientbemötande - vilket behövs för senare praktiska prov. Vidare är läkarna inte enbart lärare, utan kan om studenten gör ett bra intryck, vara den som kan rekommendera dem för ett framtida arbete.

Sålunda finns ett känslband, inte till en enskild utan till ett kollektiv, med ett beroende liknande Brims (1968) extrema situation för vuxna. Detta kan leda till inprägling av värderingar. Det är detta Merton et al (1957) tar upp i sin definition - att miljön är en mycket kraftig socialiserare och därmed kan överföra värderingar. Merton et al (1957) har dock ett förbehåll - selektiviteten. Till skillnad från barn kan vuxna välja vad de vill internalisera.

Vi kan närma oss internalisering av värderingar på ett annat sätt. Katz och Kahn (1966) definierar fyra sätt på vilket rollinnehavare kan fås att prestera. Läkaryrket hamnar här i grupp tre eller fyra. Grupp tre definierar ett självförverkligande yrke som ett komplext, varierat och ansvarskrävande yrke. Grupp fyra definierar internalisering av organisationens mål som ett yrke där bland annat låg frånvaro och få nyanställningar finns, förutom hög produktivitet. Läkaryrket hamnar här till största del i grupp fyra. Det finns sålunda mycket som talar för att läkarstudenten upptar värderingar.

Från ett tredje håll kan vi se den professionella byråkratin enligt Mintzberg (1983), som ställer stora krav på sina anställda i den operativa kärnan. Inom sjukvården är det läkarna som har denna position. Under årtal av utbildning och indoktrinering har de upptagit de standarder och organisationsnormer som behövs för att koordinera arbetet samt tjäna patienternas bästa.

Som ett fjärde eller som en utveckling från det tredje hållet kan vi följa Leidners (1993) resonemang i interaktiva serviceyrken. Som Leidner (1993) framhåller, så sker socialiseringen av

den professionelle på ett annat och mer djupgripande sätt, till skillnad från t ex. maskinbyråkratins enkla rutinerade serviceyrken, där kontakten med människor också är stor, men på ett annat plan. Vad som skiljer är främst tre saker: tiden, metoden och kraven. Professionell socialisering tar årtal, medan interaktiv service sker under timmar till veckor. Metoden är implicit under den professionelles utbildning, medan servicearbetaren explicit lär sig hur han skall se ut och bete sig. Rutineringen av servicearbetaren sker i de situationer som kräver interaktion med kunder, inga andra - vilket visar sig i den handfasta, explicita metoden. För den professionelle, runt om vilken organisationen är uppbyggd, vilket Mintzberg (1983) visat, är hela den professionelle standardiserad.

Det finns sålunda flera tecken på upptag av värderingar som en del i en socialiseringsprocess för läkarstuderande. Jag väljer därför att följa Merton et als (1957) definition av socialisering, då den bäst speglar vuxensocialisering med selektivitet, samt att definitionen även inbegriper upptagandet av värderingar och beteende - "*...med den tekniska termen socialisering menas de processer varmed människor selektivt upptar värderingar och beteende, intressen, färdigheter och kunskap, kort sagt kulturen, tillhörande den grupp de är i eller vill bli medlem i*" (Merton et al, 1957,s 287).

### 3.4 Diskussion professionell socialisering

Vi kan nu binda samman de olika delarna till en större helhet, för att skapa begreppet professionell socialisering. Jag har i den refererade litteraturen inte funnit någon heltäckande definition eller heltäckande problematisering av begreppet professionell socialisering (t ex. Freidson, 1994). Det litteraturen refererar, t ex. hos Shuval (1975b), är att professionell socialisering är en speciell sorts vuxensocialisering, som har mer med socialisering av barn att göra än vuxna, då läkarstudenten står i en beroendeställning, samt att troligen värderingar överförs. Någon definition gives dock inte.

Läkaryrket är ett speciellt yrke. Det är ett yrke där verklighetens obestämbarhet gör att endast de med stor kunskap, erfarenhet och färdigheter inom området kan ta kvalificerade beslut. Yrket är definitionsmässigt en profession, där en profession *...[är] ett yrke som kontrollerar sitt eget arbete, organiserat av en speciell sorts institutioner, vilka delvis sammanhålls av en särskild expertis- och serviceideologi*" (Freidson, 1994, s 10).

Att läkaryrket är en profession, gör att särskilda krav ställs på läkarna, vilket omfattas av definitionen ovan. Det ställer vidare särskilda krav på dem som utbildas till professionen. Detta innebär att de måste genomgå en för professionen specifik socialisering för att kunna uttrycka dessa beteende och värderingar, vilket expertis- och serviceideologin lägger grunden för.

Vi har i det tidigare sett att den explicita socialisering andra serviceyrken genomgår, t ex. försäljare och snabbmatsrestaurangpersonal, skiljer sig markant från läkarstudentens implicita. Detta beror, enligt Mintzberg (1983) på att de har olika yrken - läkaren har ett komplext yrke i en stabil miljö med mycket ansvar, medan hamburgerförsäljaren har ett enkelt yrke i en stabil miljö med lite ansvar, vilket kräver olika standardiseringar. I den professionella byråkratin standardiseras positionen, det vill säga läkaren. I maskinbyråkratin standardiseras arbetsprocessen för snabbmatsrestaurangarbetaren.

Medan läkarstudenten under sju år av utbildning i sin framtida arbetsmiljö lär sig yrkesspecifika kunskaper och utsätt för socialisering i en miljö starkt präglad av beroende till sina lärare, så sker typiskt utbildningen och socialiseringen för de interaktiva serviceyrken under maximalt några veckor. För det enkla interaktiva servicearbetet krävs inte en så genomgripande förändring av arbetaren som för den professionelle, vilken skall internalisera standarder för att tjäna patienter, eller med inledningsorden ovan - dela professionens expertis- och serviceideologi.



Denna socialisering syftar hos läkarstudenterna till att de "selektivt upptar värderingar och beteende, intressen, färdigheter och kunskap, kort sagt kulturen, tillhörande den grupp de är i eller vill bli medlem i" (Merton et al, 1957, s 287).

En läkarstuderande, som blivande medlem i en profession, genomgår under sin utbildning inte enbart en socialisering, utan mer specifikt en genomgripande socialisering in i sin profession, en professionell socialisering. Som en läkarstudent uttryckt sig i sin självbiografi - "[...] by the time I finish, will I still remember any of what I originally wanted to be?" (Conrad, 1988, s 330)

## 4 Socialiseringsstudier om läkarstudenter

### 4.1 Inledning

Läkaren ses av sociologer som prototypen för en profession (Freidson, 1968), vilket gör att läkarstudenten är den mest välundersökta av professionerna. Man är dock inte ense om vad som blir resultatet av socialiseringen eller varför.

Jag har valt att dela upp mitt material i två delar:

**1. Dels en generell** del där jag går igenom övergripande studier som ser på helheten i läkarutbildningen och den fortsatta läkarkarriären versus andra studentgruppers socialisering.

**2. Dels en specifik** del där jag fördjupar mig i de fyra systemmodeller som utvecklats under den tidsperiod man studerat läkarstudenter mer specifikt under läkarutbildningen. Den generella delen får således bilda en bas för de kommande specifika socialiseringsstudierna, samt vara en röst för att det finns andra synsätt än de fyra systemmodellerna som sedan 1950-talet försökt ge ett svar på vad som sker i socialiseringsprocessen och hur det sker.

Då materialet i båda delarna är digert, så sker diskussioner löpande efter varje avsnitt, samt kapitlet avslutas med en mer övergripande sammanfattning och diskussion, samt en analysmodell över de olika systemmodellerna.

### 4.2. Inte som andra studenter

I det följande generella resonemanget om socialisering till läkarstudent och läkare börjar jag med att studera skillnader mellan läkarstudenter och andra studenter, för att sedan se om tecken på en tidig försocialisering, innan studierna påbörjas, finns.

I det senare, när individen blivit läkarstuderande fortsätter jag med att utreda om det finns personlighetsfaktorer som styr studenternas attityder. Denna del avslutas med en exposé över den färdige specialistens tidigare olika roller - och orsaker till olika beteenden hos läkare?

#### 4.2.1 Olika värderingar i sjukvård och skola

Harris (1974) menar, att de flesta åsikter om hur läkarstudenters socialisering sker är teoretiska - om de är ett resultat av sin miljö, generation, om läkarutbildningen inte har givit någon given roll, eller om läkarutbildningen är halvvägs till socialisering. Få studier då hade mätt attityder (attitudes) och hur de korrelerar mellan läkarstudenter och deras läkarlärare. De tre tidigare studier han refererar till i USA har visat att lärarkåren har ett minimalt inflytande på läkarstudenternas professionella värderingar (professional values). Harris (1974) använder ordet attitudes (attityder) i

hela artikeln, men använder ordet som menande värdering, varför jag i fortsättningen använder ordet värdering, se förklaring nedan.

Harris (1974) menar, refererande till de tidigare studierna, att så inte är fallet, utan att studenterna under utbildningens lopp mer och mer antar sina läkarlärares värderingar. Studenterna på olika skolor i Storbritannien kommer sålunda att anta liknande värderingar, då deras lärare har samma professionella värderingar, vilka genomsyrar yrket. Vidare menar Harris (1974) att läkarstudenter skiljer sig redan från början i sina värderingar gentemot andra studentgrupper, t ex. lärarstudenter. För att belägga detta genomfördes en enkätstudie.

Kliniskt verksamma läkarlärare på läkarutbildningen, förstaårs-, tredje-, fjärdeårsläkarstudenter, samt förstaårs- och fjärdeårsLÄRARstudenter i Manchester och Aberdeen (ej tredjeårsstudenter) medverkade i enkätstudien, totalt 151 läkarlärare, 646 läkarstudenter, samt 191 lärarstudenter. Med ett Medical Attitudes Inventory (MAI) med Lickertskalor mättes formella värderingar inom läkarprofessionen hos de båda grupperna läkarstudenter och lärarstudenter.

Harris (1974) använder ordet attitudes (attityder) i större delen av artikeln, men när han utvidgar vad MAI:n mäter, så beskriver han den bestående av formal values (formella värderingar) och medicinska förutfattade meningar (medical prejudices, vilket måste tolkas som en förutfattad åsikt, det vill säga en värdering.) Den svenska översättningen av attitudes måste därför vara värderingar. Vad Harris (1974) mäter är sålunda inte attityder utan värderingar. Studien visade att läkar- och lärarstudenter skiljer sig åt signifikant redan från första året i formella värderingar och i medicinska fördomar. Lärarstudenternas åsikter jämfört mellan första och fjärde utbildningsåret skilde sig inte signifikant. Således fann han en signifikant skillnad mellan läkarstudenter och lärarstudenters värderingar.

I studien framkom också, att desto längre läkarstudenterna kom i sin utbildning, desto mer liknade deras värderingar de kliniska lärarnas. Samtidigt med detta fanns det också en viss sk. antimodelleringsseffekt - en motreaktion mot läkarlärarnas värderingar. Denna antimodelleringsseffekt var signifikant bland de studenter som genomgått den kliniska delen av läkarutbildningen jämfört med de som inte hade det. Detta menar Harris (1974) är en reaktion mot vissa av läkarlärarnas värderingar. Detta gör att han frågar sig om denna antimodelleringsseffekt är bestående och att det är en ny generation läkare av en annan sort på väg in i yrket?

Studiens resultat skiljer sig från de tidigare refererade och publicerade studierna i USA, vilket enligt författaren kan bero på kulturfaktorer, annan utformad MAI, samt att läkarstudenterna i USA är fyra år äldre.

Vidare var inte, enligt författaren, lärar- och medicinarstudenterna matchade för kön, socialgrupp och skolresultat. De var dock i samma ålder. De olika grupperna följdes inte åt, utan förstaårs- och fjärdeårsstudenter undersöktes vid samma tidpunkt. För att validera MAI:en genomfördes dock intervjuer också för att försäkra att resultaten från dessa var tillförlitliga.

**Diskussion:** För inträde till läkarutbildningen i USA krävs en fil.kand. i medicin, sk. Premed Bachelor Degree. Det amerikanska grundskolesystemet saknar engelsk och svensk motsvarighet till gymnasium och naturvetenskaplig inriktning. De två första åren av de fyra på högskola i USA motsvarar ungefär vårt gymnasium (enligt uppsatsförfattarens egen amerikanska högskoleerfarenhet). I premed-examen ingår fysiologi, kemi, etc. De amerikanska studenterna är således redan socialiserade till viss del, samt motiverade och fokuserade på ett annat sätt än sina europeiska likar, när de efter dessa fyra förberedande år fortsätter sina studier på läkarutbildningen. Detta kan vara den största förklaringen till att denna engelska studies resultat skiljer sig från tidigare amerikanska.

Studien ovan kan vidare kritiseras för att den inte redogör exakt för vad som ingick i MAI:n. Det är inte uteslutet att MAI:n var så pass specialiserad så att dess språk och innehåll var

helt främmande för lärostudenterna. Då är det inte anmärkningsvärt om den visar en signifikant skillnad mellan läkar- och lärostudenter. Dock har intervjuer gjorts, i vilka dessa problem skulle ha framkommit.

Budskapet i den engelska studien är dock tydligt - redan tidigt har lärostudenter andra värderingar än en icke-naturvetenskaplig studentgrupp. Detta kan vara tecken på personlighetsfaktorer och/eller självselektion till utbildningen, där lärostudenterna redan från början har de förutfattade meningar eller värderingar som krävs. Dessa värderingar överensstämmer, samt närmar sig än mer läkarlärares värderingar under utbildningens gång, dvs en socialiseringsprocess sker. Om det är värderingar Harris (1974) mäter, så innebär detta att en socialisering av Brims (1968) extrema slag sker för lärostudenterna - att en överföring av värderingar sker i vuxensocialiseringen, såvida inte MAI:n visar ett beteende, utan verkligen mäter värderingar.

Det finns i materialet också en antimodelleringsseffekt, vilket mer utreds i Shuval och Adler (1980) nedan. Antimodelleringsseffekten är ett starkt indicium på att en selektiv socialisering enligt Merton et al (1957) sker, där lärostudenterna väljer vilka värderingar de internaliserar. Att lärostudenterna närmar sig sina läkarlärares värderingar kan ses som att de blir mer professionella, att de mer och mer delar den service- och expertisideologi som finns inom läkaryrket.

#### 4.2.2 Sjukvårdsstudenter tycker likadant

Men om nu lärostudenter skiljer sig från andra studenter, skiljer de sig från andra högskolestudenter inom vårddyrken? Shuval (1975a) jämförde bilden av den kompetente yrkesmannen i termer av karaktärsdrag (traits) inom utbildningen till läkare, tandläkare, apotekare samt sjuksköterska i Israel. Studien är jämförbar med svenska förhållande, då studenterna i Israel går direkt från deras motsvarighet till gymnasium till högskolestudier, utan förberedande utbildning, så som utbildningssystemet är i USA. Alla studenter i Israel genomgår två års (kvinnor) eller tre års (män) värnplikt innan högskolestudierna kan påbörjas.

Dessa den kompetente professionelles karaktärsdrag valdes ur litteraturen efter diskussion med yrkesverksamma inom de olika fälten. Dessa karaktärsdrag var inte uttömmande, men de ansågs kunna teckna en bra bild av den kompetente professionelle yrkesmannens rollprestation (role performance of a competent professional). Shuval är här noga med att påpeka att det hon är intresserad av är om studenterna upptar gemensamma värderingar (values) och orienteringar (orientations). De karaktärsdrag som här beskrivs ses ur sociologisk synvinkel som normativa (normative) för professionen, inte som psykologiska personlighetsdrag. Shuvals karaktärsdrag bygger således på värderingar och inte på attityder.

Värderingskaraktärsdragen kan delas in i tre grupper - mänskliga- (People), vetenskap- (Science) och statuskomponenter (Status).

**1. Mänskliga (People).** Drag som mäter yrkesmannens förmåga att interagera med andra - sålunda bland annat förmågan att arbeta med andra, att förstå andra, flexibilitet i relationer, att hjälpa andra, att inge förtroende, samt en varm personlighet.

**2. Vetenskap (Science).** Drag som innehåller kunskap och kognitiva delar - naturvetenskap, forskning, nyfikenhet och originalitet.

**3. Status.** Drag som ger yrkesmannen en plats i hierarkin - ansvar, administrativ förmåga, prestige, status och utseende.

Shuval testade studenterna innan de började sina läkarstudier, i slutet av år ett samt vid slutet av år tre under utbildningen. Vid varje tillfälle fick de på en skala 1-5 avgöra hur viktiga de tyckte att de 16 till 25 olika karaktärsdragen (olika antal för de olika yrkena) var för den kompetenta yrkesmannen.

Hon fann att det fanns en stor likhet mellan de fyra studentgrupperna i hur de värderade vad som var viktigast i det professionella uppträdandet (role performance). Hon tyckte sig se att alla hade en gemensam grund för sin yrkesorientering. Denna kvarstod under de tre år hon studerade grupperna.

**Diskussion:** Studien kan kritiseras för att de olika studentgrupperna vid testtillfället hade kommit olika långt i sin utbildning och därför borde vara olika långt komna i sin identifikation med sina yrkesroller. Borde Shuval då inte ha upptäckt en skillnad, när läkarstudenterna var på sina prekliniska studier (år 3 är sista prekliniska året i Israel, se Shuval och Adler (1977)) och sjuksköterskestudenterna nästa färdiga? Vidare kan det ses som förvånande att även farmaceuter, vilka har mycket lite interaktion med patienter i en sjukvårdssituation, jämfört med de andra yrkesgrupperna, ändå har samma grund för sin yrkesorientering. Vidare framgår inte av studien om de olika grupperna är matchade för ålder, kön och bakgrund.

Studien visar dock att studenter inom sjukvårdande yrken redan innan utbildningen börjar och fortsatt under sin utbildning har en klar bild av vilka krav yrket ställer på dem i form av rollprestationer. Vad Shuval visar är att sjukvårdspersonal redan från början är en selekterad grupp individer med gemensam syn på sin roll som vårdpersonal. Detta skulle visa att värderingarna som krävs redan finns hos de som söker. Kommer den fortsatta vuxensocialiseringen att överföra nya värderingar?

#### 4.2.3 Tecken på presocialisering före studiestart

Harvill (1981) menar att en presocialisering sker hos studenterna innan de påbörjar sina läkarstudier, att deras värderingar (values) förändras från när de fått en plats på läkarlinjen eller bestämt sig för att bli läkare, tills de börjar sin läkarutbildning. I en studie mätte han sex faktorer hos studenter som sökte till ett universitet i Tennessee i USA, samt upprepade testen igen när de började sin utbildning.

Harvill (1981) refererar till tre tidigare studier, där man mätt hur läkarstudenter förändras under sin utbildning i vad de värderar i sina förhållanden till andra människor. Harvill (1981) mätte följande faktorer:

- 1. Stöd (Support)** - att bli behandlad med förståelse, vänlighet och uppmuntran.
- 2. Konformitet (Conformity)**- att göra vad som är socialt korrekt, att följa regler.
- 3. Erkännande (Recognition)**- att bli beundrad och anses vara viktig.
- 4. Oberoende (Independence)**- vara fri att göra saker på sitt eget sätt.
- 5. Välvillighet (Benevolence)** - att göra saker för andra, att hjälpa de olyckligt lottade.
- 6. Ledarskap (Leadership)** - att ha auktoritet och makt över andra.

Dessa tre tidigare studier visade en signifikant ökning av oberoende och en signifikant minskning av välvillighet från första året och framåt i utbildningen. Två av studierna visade också signifikant ökning av stöd och signifikant minskning av ledarskap. Två av studierna visade en signifikant minskning av konformitet.

Harvills studie (1981) visade att alla läkarstudenterna hade signifikant ökat stöd och oberoende samt signifikant minskade välvillighet och ledarskap när de började terminen än när de ansökte. Vidare visade det sig att det enbart var signifikanta förändringar i stöd, välvillighet och ledarskap för de studenter där det var mellan åtta och elva månader mellan ansökan och när de började, men inte för de med mindre tid emellan.

Således överensstämde Harvills presocialiseringsstudie (1981), innan studenterna påbörjat läkarutbildningen, med vad som i tidigare studier visats ske under utbildningens gång. Detta skulle visa att socialiseringsprocessen började redan innan läkarstudenterna hade påbörjat läkarutbildningen, samt att detta är en process som tar lång tid. Harvill (1981) menar att det sker en förväntad (anticipatory) presocialisering till de värderingar de tror medlemmarna av den grupp de snart skall tillhöra har. En alternativ förklaring, enligt Harvill (1981), till resultaten skulle vara att detta har med test- och återtestreliabilitet att göra.

**Diskussion:** Vad Harvill (1981) visar är att socialiseringsprocesser tar tid, samt att det sker en socialisering innan läkarutbildningen påbörjas. Harvills resultat skulle visa på att studenten själv, motiverad till framtida läkarstudier, oberoende av sin miljö, ändrar sina värderingar. Eller kan dessa värderingar internaliseras utan en extrem situation à la Brim (1968), under den amerikanska premed-utbildningen, eller finns värderingarna där latent i den nästan vuxne? Mättes beteende istället i studien, vilket den vuxne kan uppvisa utan förändringar av sina värderingar?

#### 4.2.4 Attityd efter specialitet

Om presocialisering finns, så finns personligheten innan dess hos dessa läkarstudenter. Inverkar personligheten i presocialiseringsprocessen? Bonito och Levine (1975) menar att man antar de hållningar som finns i den specialitet (kirurgi, internmedicin, psykiatri, etc.) man valt. I en tidigare undersökning hade Bonito och Levine (1975) studerat vad fakultet och studenter ansåg om förändringar av sjukvårdens organisation i förhållande till sina erfarenheter av läkarutbildningen vid ett universitet i USA. De fann då att fakultet och läkarstudenter inte intog samma attityder.

Det intressanta var att inom fakulteten och bland läkarstudenterna fanns stora variationer i attityder, men om man bröt ned dessa till vilken specialitet läkarlärarna tillhörde samt vilken specialitet läkarstudenterna aspirerade på, så minskade skillnaderna mellan fakultet och studenter. Om studenterna vidare bröts ned på prekliniska och kliniska studenter, så var skillnaden mellan fakultet och kliniska läkarstudenter liten. Vad berodde detta på?

Författarna genomförde så ytterligare en attitydundersökning till vad läkarstudentens roll är, vad läkarens ansvarsområde är versus andra personalkategorier och hur sjukvården skall organiseras. De fann att tre faktorer i olika stor grad styr attityderna till dessa frågor, nämligen generationsfaktorer, självselektion och socialisering.

De frågor författarna ställde i sin undersökning är givetvis inte heltäckande, men vad studien visade var att socialisering inte är den enda faktor som styr attityder. Generationsfaktorer och självselektion - att tycka som sin specialitet - är också två viktiga faktorer. Socialisering kanske inte har så stor inverkan inom vissa områden när det gäller attityder?

**Diskussion:** Studien kan kritiseras för att för att få läsa medicin i USA måste man ha tagit motsvarigheten till en fil.kand. med inriktning på medicin, en sk. premed-examen. Om man läser premed-utbildningen, borde man då inte redan ha ställt in sig på att bli läkare och presocialisering

skett redan tidigare, om nu presocialisering finns? Borde inte därmed även de prekliniska studenterna ligga närmare både de kliniska studenterna och lärarna i attityder? Å andra sidan vet studenten inte om han kommer in på utbildningen. Eller är det så att socialiseringen under det kliniska stadiet är så kraftig, att en tidigare presocialisering inte märks eller överskuggas av den kliniska socialiseringen?

Vad studien visar är att självselektion - ett annat ord för personlighet? - är en viktig faktor i socialisering. Sålunda florerar i samhället, på sjukhus och bland läkarstudenter schablonbilder av olika specialiteter och deras kynne, sanna och osanna. En utmärkt skönlitterär referens är läkaren Richard Fuchs bok *Visst är ni sjuk* (1975), där specialistpersonligheternas stereotyper uppvisas. Olika specialiteter ställer dock olika krav på läkaren. Sjukdomsprocessers hastighet formar specialitetens tidsperspektiv. En rehabiliteringsprocess tar veckor, månader, ibland år. Ett narkoslarm om sviktande cirkulation kräver en helt annan hastighet i beslutsfattande och agerande, vilket kanske tilltalar olika personligheter?

#### 4.2.5 Olika roller under utbildningen

Vilken ny skön värld möter så den presocialiserad, självselektade läkarstudenten? Froelich och Bishop (1969) menar att det finns olika på varandra följande roller under utbildningen till läkare. I analogi med Katz och Kahn (1966) och teorier om roller och rollset, där mottagaren av en sänd roll påverkas och påverkar den som sänd rollen, så ser Froelich och Bishop (1969) att studenten tar konsekutiva roller. Studenten tar i tidsordning rollen som medicine student (och medicine kandidat), AT-läkare, specialist under utbildning och slutligen specialist. Men de frågar sig om den i tiden föregående rollen, t ex. som AT-läkare, är en bra förberedelse för nästa roll, i detta fall specialist under utbildning? Nej, menar de och refererar bland annat till Becker et al (1961), som vi skall ta upp senare.

Målet för alla kliniskt verksamma läkare är att bli specialist. Froelich och Bishop (1969) menar att det finns inget i utbildningen - varken teoretiskt eller praktiskt, som förbereder den blivande specialisten för denna roll. Han får i stället lära sig detta genom trial-and-error, dag för dag på jobbet, hur han skall bete sig i sin nya roll. Detta leder till stora variationer i beteende hos olika specialister, då de kommit olika långt i denna slumpvisa socialiseringsprocess. Specialisterna har kunskaper och färdigheter, men utan denna socialisering, menar Froelich och Bishop (1969), så kan de inte bli de optimala läkare de skulle kunna vara och därmed ge sina patienter det bästa omhändertagandet.

**Diskussion:** Froelich och Bishop (1969) menar att det finns olika roller. Helt klart ställs olika krav på individen i de olika rollerna från de andra läkarna och övrig personal, men ser inte patienterna hela tiden en läkare som en läkare? Enligt Katz och Kahn (1966) så ger detta att de olika fokalpersonerna får olika roller sända till sig beroende på var i utbildningsgången de är, då olika krav ställs på dem. De cementeras därmed i en roll specifik för sin plats i utbildningsgången. Kan det å andra sidan vara så att det Froelich och Bishop (1969) tolkar som inkonsistent rollbeteende är specialistens personlighet?

Vad Froelich och Bishop (1969) i princip säger sig sakna är en, med Mintzbergs (1983) ord, indoktrinering för att likställa alla läkares beteende. Men socialiseringsprocesser tar tid. Vi såg ovan att en presocialisering tar mellan åtta till elva månader, vilket skulle innebära att vidare socialisering också tar tid. Läkaren kanske inte är färdigsocialiserad ännu? Som Merton et al (1957) beskriver i sin definition så sker en selektiv socialisering, vilket, beroende på när komponenter assimileras i tiden, ger ett inkonsistent rollbeteende.

#### 4.2.6 Sammanfattande diskussion - inte som andra

Vad alla ovan refererade studier visar, med förbehåll, är att någon form av självselektion beroende på personliga hållningar finns till att välja vård- och läkaryrket, jämfört med något annat yrke. Vidare sker en socialisering, där läkarstudenterna närmar sig sina läkarlärares värderingar. Dessa värderingar kan ses som ett uttryck för socialisering in i professionen - att dela dess service- och expertisideologi.

Dock finns det en diversivitet inom denna gemensamma grundhållning eller attityd, sannolikt beroende på personlighet eller beroende på ofullständig eller selektiv socialisering. Vad vi också kan se är att under utbildningens gång ställs olika krav på läkarstudenten och den sedermera färdige läkaren, vilket kan tolkas som ett inkonsistent rollbeteende eller en del av socialiseringsprocessen. Vilka krav ställs då, från vem och hur hanterar läkarstudenten dessa?

### 4.3 Fyra systemmodeller om socialisering av läkarstudenter

I sin artikel om socialisering av läkare och dess processer, tar Ridder (1986) upp fyra systemmodeller, såsom de tillkommit i tiden sedan 1950-talet: funktionalism, interaktionism, rollspel samt affektiv neutralitet. Jag kommer utifrån denna tidsuppdelningen och Ridders artikel att mer djuplodat diskutera de böcker och artiklar jag anser är relevanta i sammanhanget.

#### 4.3.1 Funktionalism - 1950-tal

För funktionalisterna är det organisationsstrukturen som skapar läkaridentiteten, som socialiserar läkarstudenterna. I funktionalisternas ögon presenterar socialiseringsprocessen inte enbart en färdig värld för de blivande läkarna, den konstituerar den också.

The Student-Physician (Merton et al, 1957) är den mest kända av alla studier om socialisering av läkarstudenter. Det är den studien alla andra studier bygger på något sätt eller refererar till. Studien utfördes vid Cornell, University of Pennsylvania och Western Reserver i USA. Studiens slutsats är att det är den professionella miljöns organisation som skapar de nya läkarna, funktionalistsynsättet. Studenterna övertar en färdig läkarroll.

För att bli en kompetent läkare anser de att man måste lära sig läkarrollen. Denna består av de kunskaper, färdigheter, attityder och värderingar som behövs för att klara av rollen. Studenterna förvärvar denna roll direkt och indirekt. Direkt genom föreläsningar och indirekt via kontakt med läkare, andra personalkategorier och patienter. Den indirekta överför attityder, beteendemönster och värderingar.

Studien utnyttjade en mängd tekniker, bland annat deltagande observation, dagböcker, intervjuer med dagboksförare, samt upprepade observationer, frågeformulär eller intervjuer av samma personer under en längre tidsperiod.

Den del av studien jag refererar här nedan utfördes som frågeformulär till studenter under sitt första, andra, tredje och fjärde år. Inga studenter följdes under alla åren.

De fann att studenterna allt eftersom de framskred genom utbildningsåren, mer och mer kände sig som läkare när de interagerade med patienter. Merton et al menar att det är miljön som skapar detta. Deras rollset - fakultet, sjuksköterskor, patienter, etc., ser olika på dem och får dem att känna sig som studenter ibland och läkare ibland. Men det är med patienter som de mest ser sig själva som läkare. När de får agera som låtsasläkare börjar de se sig själva som läkare och inte som studenter. Om de sedan tycker att de klarar av de problem de ställs inför av patienterna, så ökar deras känsla av att känna sig som läkare.

**Diskussion:** Ridder (1986) menar att Merton et als studie (1957) visar att miljön är det viktiga, men det tycker jag inte helt visas av studien. Merton et al (1957) utgår ifrån, som Ridder (1986) påpekar, att det finns en fix och färdig bild och värld att kopiera, lite grovt uttryckt. Bland den viktigaste kritiken som riktats mot studien är att vad den kanske främst visar är tidsandan på 1950-talet. Bli som din far. Idag är det färre män som har läkare som fäder, vilket var mycket vanligare på 1950-talet, då yrket gick i "arv". Idag har läkarstudenterna en mer diversifierad bakgrund och en jämnare könsfördelning bland studenterna. Det visar sig också i statistiken, där 50 % av alla läkare under 35 år är kvinnor (Läkarfakta 2000, Sveriges Läkarförbund).

#### 4.3.2 Interaktionism - 1960-tal

För interaktionister, den andra grenen i tidsträdet, är en socialiseringsprocess en överenskommelse mellan två motvärdiga parter, inte ett på förhand övertagande av en läkarroll, enligt Ridder (1986). Detta gjorde att Becker et al (1961) kom till en helt annan slutsats efter att ha studerat läkarstudenterna på University of Kansas Medical School i USA. Becker et al (1961) menar att miljön gör att läkarstudenterna antar vissa strategier för att klara sig igenom - som studenter. Själva miljön nekar dem att anta läkarrollen, i motsats till vad funktionalisterna anser.

Becker et al (1961) var intresserade av vad som skedde med dem som genomgick läkarutbildningen. Vad hände med dem förutom de kunskaper och färdigheter de fick? De utgick ifrån teorierna om symbolisk interaktion, att mänskligt beteende kan förstås som en process där den enskilde styr sitt uppträdande (conduct) eller beteende efter vad andra har för förväntningar på honom

Studien genomfördes som deltagande observation, där alla visste att man var där för att observera läkarstudenterna. De ställde frågor under observationerna till läkarstudenterna. Man följde inte en speciell årskull, utan studerade samma situationer flera gånger för olika grupper ur samma årskull. Vidare genomfördes ett antal intervjuer med läkarstudenter ur varje av de fyra årskullarna, samt av fakulteten.

De drog slutsatsen, tvärt emot Merton et al (1957), att läkarstudenterna inte övertar sin miljöns kultur. I stället gör miljön att de utvecklar egna strategier för att klara sig igenom. För de vill klara sig igenom läkarutbildningen och bli kliniskt verksamma läkare.

Becker et al (1961) menar att situationen och miljön skapar ett visst **perspektiv** hos läkarstudenterna. Författarna ser värderingar som något allmänt, medan perspektiv är något situationsspecifikt - det är värderingar som gäller i en viss situation. Perspektiv är inte i deras definition ett beteende eftersom perspektiv även innehåller åsikter, föresatser att handla på ett visst sätt, samt handlingar (actions).

Enligt Becker et al (1961) är ett perspektiv "*a co-ordinated set of ideas and actions a person uses in dealing with some problematic situation*" (Becker et al, 1961, s 34), vilket på svenska blir: ett perspektiv är en koordinerad uppsättning åsikter och sätt att handla en person använder för att ta itu med vissa problematiska situationer. Becker et al (1961) delar vidare upp perspektiv i kortsiktiga och långsiktiga.

Becker et al (1961) menar att läkarstudenterna börjar sin utbildning med höga idealistiska mål; medicin är det bästa av professioner och vi vill hjälpa människor. Vi kommer att tjäna mycket pengar, men detta är inte det viktiga, etc. Men dessa långtidsmål klarar dem inte igenom utbildningen. Först måste de klara av sina tentamina, termin för termin. Det långsiktiga målet ersätts av ett mer kortsiktigt. De finner snart att skolan kräver för mycket av dem och att de måste prioritera. Från att i början ha velat lära sig allt inser de att de inte kan lära sig allt. Det de kan lära sig är vad fakulteten tycker att de skall lära sig.



Författarna ser detta perspektiv som av miljön påtvingat. De som lyckats i sina studier har antagit detta perspektiv. Alla läkarstudenter kommer förr eller senare till denna insikt och inrättar sitt liv efter detta. Man kan därför tala om en studentkultur. Om varje kull startar med samma mål och utsätts för samma omgivning, så överförs denna kultur till nästa generation.

I och med att alla läkarstudenterna följer samma **kultur**, så får de en viss autonomitet mot fakulteten, då de agerar i grupp. De tolkar sin omgivning och handlar på ett sätt som fakulteten inte alltid vill att de skall göra. Detta trots att fakulteten inom medicin har mer makt över studenterna än inom andra fakulteter. Studenterna är hårt inriktade på att bli läkare och ett misslyckande skulle vara ett hårt slag mot deras självbild. De tror vidare att lärarna vill ge dem det de verkligen behöver i sin utbildning, så de är mer beroende av dem än i andra fakulteter. Detta speciellt under de kliniska delarna av utbildningen då mycket av kunskapen inte kommer från böcker utan från läkarlärarna.

Fakulteten anser att medicin har blivit ett så komplicerat ämne, att de inte räknar med att kunna lära läkarstudenterna allt de behöver veta på fyra år. Därför ser de läkarutbildningen som början på en livslång utbildning, inte slutet. De försöker ge läkarstudenterna de grundläggande bitar de behöver.

Läkarstudenterna å sin sida anser att läkarutbildningens fyra år är den viktigaste fasen i livsutbildningen. Därför ser de i motsats till fakulteten den kliniska delen som den del där de skall lära sig det som de ser att en läkare har - erfarenhet och medicinskt ansvar.

Detta gör att de vill ha så mycket klinisk erfarenhet som möjligt, att träffa så många olika patienter som möjligt med olika sjukdomar. Vidare vill de få så många möjligheter som möjligt att ta ansvar - i att utreda, undersöka, diagnostisera och behandla sjukdomar med allt vad de innebär av färdigheter och handgrepp man skall lära sig. Slutligen vill de göra ett bra intryck på fakulteten, visa att de har tillräckliga kunskaper och färdigheter.

Detta skulle kunna förklara hur läkarstudenterna ser på patienter. Becker et al (1961) menar sig kunna dela upp läkarstudenters syn på patienter i tre grupper - medicinsk, lekman- och studentkultursyn. De ser i sitt material att läkarstudenterna till 2/3 ser på patienterna ur studentkultursynsättet.

Ur detta synsätt är patienterna de som skall ge dem mer erfarenhet av en sjukdom, någon som kan lära dem något som inte står i boken. Vidare skall patienterna ge dem en möjlighet att ta ansvar - att få undersöka och diagnostisera. Slutligen används patienterna som ett sätt att göra intryck på fakulteten. Om patienten kan redogöra väl för sig, så kan läkarstudenten ta upp en korrekt sjukhistoria. När läkarstudenten avrapporterar till den ansvarige läkaren, så kan läkarstudenten visa att han inte missat något och därmed har goda kunskaper.

Om patienten inte kan ge dem något inlärningsvärde, det vill säga läkarstudenterna kan inte lära sig något nytt eller inte får ta ansvar, så känner de det som bortkastad tid, då de kunde lärt sig något annat under denna tid. Men, de får aldrig känna att de är läkare, såsom Merton et al (1957) menar. De står längst ned på ranglistan, de har minst kunskap och minst erfarenhet - och därför får de inte utföra det som riktiga läkare gör - ta medicinskt ansvar. Allt detta enligt fakultetens syn på livslång utbildning.

Visserligen får de göra mer och mer desto längre de kommer i sin utbildning, men de känner sig hela tiden åsidosatta. Antingen saknar de kunskap för att klara en undersökning på en svårare patient, eller är omständigheterna sådana att det inte finns möjlighet för läkarstudenten att utföra en undersökning, igen påminnande läkarstudenten om att han är just student. De är studenter och tror aldrig heller att de är annat än studenter.

Vad Becker et al (1961) menar är att läkarstudenterna inser värdet av medicinskt ansvar och erfarenhet, men att de omarbetar och använder dessa grundläggande värderingar i sin situation som **läkarstudenter** ("*They adapted the core meanings to apply to their immediate situation as students*", Becker et al, 1961, s 239-240). Becker et al (1961) menar att värderingarna inte hade samma innebörd för läkarstudenterna, samt att de aldrig fick använda dem som läkare använder dem. Läkarstudenterna använde dessa värderingar i sin specifika situation som studenter. Men är inte, som kritikerna till Becker et als (1961) studie menar, en värdering som tagits upp en värdering även om den används i en situation där du inte har fullt ansvar (Baszanger, 1985)?

När läkarstudenten närmar sig slutet på sin utbildning, när nästan alla tentamina är avklarade, så minskar det kortsiktiga målets inflytande och studentens långsiktiga mål, idealismen kommer fram igen, enligt Becker et al (1961). Men detta är nu en mer professionell idealism, en medicinskt pragmatisk idealism. Läkarstudenten vet nu mer vad man kan och inte kan göra. Idealismen visar sig t ex. i att de inte vill behandla någon patient utan att först ha fastställt diagnos och att de inte vill ta emot för många patienter per dag. Det ansågs i läkarstudentgruppen vara viktigare att rätt kunna ta hand om och ge sina patienter tillräckligt med tid för att ställa rätt diagnos, än den ökade dagsinkomsten fler patienter gav för dem som amerikanska läkare.

Författarna menar att den kritik som lekmän riktar mot att läkarutbildningen gör läkarstudenterna cyniska inte stämmer. Författarna menar slutligen att man inte kan ta läkarstudenternas perspektiv under utbildningens gång som intäkt för hur de blir som läkare. Studentkulturen har bildats av ett visst miljötryck och när denna miljö inte finns längre, så behövs inte heller de strategier för att klara av den, så länge inte samma situationer uppstår igen.

**Diskussion:** Studien kan kritiseras för att en från fakulteten fristående och avvikande studentkultur hade stoppats. Den medicinska fakulteten har större maktbefogenheter över sina studenter jämfört med andra fakulteter. Den hade haft all möjlighet att ingripa mot en studentkultur vars syfte inte överensstämde med den medicinska fakultetens.

De refererade läkarstudenterna i USA fick vidare ta mycket mer ansvar än vad motsvarande läkarstuderande får göra i Sverige på 1990-talet. Detta kan förstås också vara en effekt av uppstramning av regler och samhällsförändringar sedan 1950-60-talet.

Författarna har valt att beskriva läkarstudenternas världsbild som uppbyggt av ett perspektiv som innefattar situationsbaserade värderingar och handlingar, utan att för den skull se detta som enbart ett beteende. Sålunda finns det värderingar, men inte i den form jag tidigare definierat. Becker et al (1961) är noga med att understryka att de ser ett kortsiktigt perspektiv hos läkarstudenterna, vilket de behöver för att klara sig igenom utbildningen. Det långsiktiga, idealistiska perspektivet framskyntar igen i slutet av utbildningen, när det kortsiktiga perspektivets vikt minskar. Är Becker et als (1961) definierade perspektiv ändå att se som värderingar? Kritikerna menar detta (Baszanger, 1985). Det går också att läsa mellan raderna i paragrafen ovan om internalisering av värderingar. För om läkarstudenterna assimilerar de grundläggande professionella värderingarna såsom att de behöver erfarenhet och skall ta medicinskt ansvar, så har de tagit upp värderingarna, även om de i sin specifika situation inte kan utnyttja dem till fullt, då miljön nekar dem att ta en läkares ansvar. Dessa assimilerade värderingar är värderingar i alla andra situationer också, inte enbart i utbildningssituationen.

Vad studien visar är att värderingar överförs, i linje med att professionell socialisering är mer än en vanlig vuxensocialisering. Överföringen av värderingar tyder åter på en extrem situation med känslomässiga band och maktband mellan läkarstudenter och läkarlärare, visande en socialisering i paritet med barnsocialisering (Brim, 1968).

#### 4.3.2.1 Både och?

Conrad går i sin artikel *Learning to Doctor* (1988) igenom fyra autobiografers syn på sin egen läkarutbildning på Yale och Harvard under 1980-talet. Han koncentrerar sig på deras fyra år på läkarlinjen, dvs han tar inte upp den föregående fyraåriga premed-utbildningen vilket krävs för inträde. Hans slutsats blir att både Becker et als (1961) och Merton et als (1957) perspektiv har rätt till viss del, men att en mer integrerad teori behövs.

Dessa fyra läkarstudenter som skriver om sin utbildning till läkare är inga duvungar. De har alla arbetat eller läst vidare efter sin Bachelor, vår motsvarighet till fil. kand., innan de påbörjade sin läkarutbildningen. Två av dem hade vidare doktorerat, två fick barn innan de blev färdiga med sin utbildning och två var i trettioårsåldern när de började på läkarutbildningen. Tre av dem hade publicerat en bok innan. De är, som Conrad skriver, "[...] *people of 'letters,' humanists rather than hard scientists.*" (Conrad, 1988, s 324). På så sätt är de kanske inte karakteristiska för vad normalläkarstudenten ser och upplever under sin utbildning. Men dessa läkarstudenter i normalintervallens kanter kan visa vilken kraftig socialiseringskälla läkarutbildningen är. Dock skall nämnas att dessa läkarstudenter verkar ha ett mycket mer späckat veckoschema, med bland annat jourtjänst var tredje eller fjärde natt, än vad motsvarande svenska läkarstudenter har. Vad dessa "insiders" ser faller dock väl in i vad "outsiders" har sett. Jag fokuserar här på vad Conrad (1988) skriver om den kliniska utbildningen.

Precis som hos Becker et al (1961) finner autobiograferna att det finns för mycket att lära, att de måste göra ett bra intryck på fakulteten, att de inte var läkare utan studenter, oavsett om de förväntades spela detta. De finner att de implicit blir lärda nya värderingar och att de från att från början ha identifierat sig med patienterna mer och mer identifierar sig med läkarna och andra läkarstudenter, såsom Merton et al (1957) ser det. De antar och spelar rollen som läkare och spelar mer kunniga än vad de känner sig vara inför patienter. Detta utvecklar Shuval (1975b) samt Shuval och Adler (1977, 1979, 1980) mer nedan.

Men ytterligare aspekt framkommer i Conrads material (1988). Han kallar det "*detached concern*" (Conrad, 1988, s 325, från Fox och Lief, 1963). Ridder (1986) tar upp det nedan under benämningen affektiv neutralitet. De blivande läkarna tränas i affektiv neutralitet genom djurlaborationer och dissektioner av lik i att objektivifiera människan. Conrad (1988) menar att detta till en viss del krävs av en läkare, men att denna uppdelning i kropp och själ utökas senare i utbildningen till att gälla även levande patienter. Autobiograferna ser denna "*detached concern*" när läkarna ignorerar patienter, är bryska mot dem och talar i deras närvaro om dem, som om de inte fanns. Allt centreras på det tekniska tycker autobiograferna - tester som leder till diagnos och behandling, men man lär sig inte tala med patienterna och bry sig om. Patientkontakten skall vara smidig, hjärtlig och effektiv, men inte personlig. Läkarstudenterna tar mot sin vilja över denna attityd.

Att läkarutbildningen är en starkt socialiserande faktor kan sägas, då en av autobiograferna undrar: " *'[...] by the time I finish, will I still remember any of what I originally wanted to be?'* " (Conrad, 1988, s 330)

**Diskussion:** På flera håll i litteraturen (bland annat Baszanger (1985)) refereras att den främsta kritiken mot både Merton et als (1957) och Becker et als studier (1961) är att de enbart visar vad läkarstudenterna är under utbildningen och inget säger om vad de blir efter utbildningens slut. Detta är också en del av Conrads (1988) kritik ovan, att det behövs en mer integrerad teori.

#### 4.3.2.2 Interpersonella faktorer

Finns det alternativa förklaringar till vad dessa "insiders" upplevde? Kay och Blythe (1984) fann i sin studie bland annat att äldre läkarstudenter är mer intresserade av interpersonella frågeställningar (issues) än yngre läkarstudenter.

Med hjälp av intervjuer jämförde Kay och Blythe läkarstudenter 28-44 år med yngre 21-23-åriga läkarstudenter på University of Cincinnati. Av de äldre läkarstudenterna hade 81 % en högre examen än en fil. kand. (Bachelor Degree) sedan tidigare, där de flesta hade arbetat flera år, samt nästan hälften hade barn.

De äldre studenterna sågs av andra studenter, både yngre och äldre, som bättre på att klara av svårigheter i läkarpatientförhållandet, ta svåra medicinska beslut samt att förstå patienter. De äldre var statistiskt signifikant mer intresserade av vänner och vänner som kunde stödja dem än de yngre, visande deras större intresse av interpersonella förhållanden. Detta är helt i linje med traditionella personlighetsutvecklingsteorier.

**Diskussion:** Allt ovan sagt skulle kunna förklara varför autobiograferna kände som de gjorde. Detta inte sagt att de hade fel i att läkarutbildningen dehumaniserade dem, för att de var extra känsliga, utan att det kanske fanns en utvecklingspersonlighetsorsak som till en del förklarar varför de reagerade mer än sina yngre kurskamrater.

#### 4.3.3 Professionellt rollspel - 1970-80-tal

Till skillnad från interaktionister och funktionalister ansåg, enligt Ridder (1986), däremot forskarna på 1970- och 1980-talen att det viktigaste för utvecklingen av en professionell identitet och upptagande av värderingar var att spela en professionell roll i själva arbetet. Att observera rollmodeller, samt hur läkarstudenterna behandlades av annan personal, studiekamrater, etc. är underordnat att spela rollen som läkare. Socialiseringsprocessen enligt dessa forskare, där Shuval och Shuval och Adler redovisas i detalj nedan, sker inte främst under den prekliniska delen utan under den kliniska, där läkarstudenterna får spela rollen som läkare. Utgångspunkten för dessa studier är synsättet att en organisation består av händelser och arbetsuppgifter (enligt t ex. Katz och Kahn, 1966). En rollinnehavare interagerar med sitt rollset. De förväntningar som ställs på rollinnehavaren - läkarstudenten - och det han presterar som rollinnehavare ger en modellering av hans beteende. Denna teori om roller måste vidare kopplas ihop med en teori om socialisering - t ex Merton et al (1957) selektiva socialisering, byggd på vuxensocialiseringsteorier.

##### 4.3.3.1 Socialiserande agenter

Shuval (1975b) följde läkarstudenter under det första och andra kliniska året i Israel, vilket är år fyra och fem av den sex år långa utbildningen. Hon menar att det är under den kliniska delen som läkarstudenterna tar det stora steget mot att ta på sig den professionella rollen. Det är här som de träffar på läkare och den kliniska vardag de senare skall arbeta i. Innan under den prekliniska fasen har de mest träffat forskare. Läkarutbildningen i Israel är upplagd på liknande sätt som i Sverige, med ett års premedicinska studier, två prekliniska (år 2-3) samt tre kliniska år (år 4-6). Därefter efter examen följer ett års obligatorisk allmäntjänstgöring innan legitimering.

Det israeliska utbildningssystemet och sjukhusen har en starkt hierarkisk uppbyggnad. Detta, samt att deras läkarlärare också är deras framtida arbetsgivare, på det sjukhuset de är under läkarstudierna, eller genom informella kontakter från andra sjukhus, gör att läkarstudenterna hamnar i underläge. Shuval ser i denna miljö att förutsättningarna för en extrem situation enligt

Brim (1968) finns, samt att detta talar för att professionella värderingar och normer assimileras, särskilt i den kliniska delen av läkarutbildningen.

Hon såg rolltransformeringen som att läkarstudenterna svarade på de förväntningar som ställdes på dem och spelade en roll. Läkarstudenterna växlade mellan två roller och olika belöningar: Den professionella rollen som i belöning gav fokuseringen på det långsiktiga målet att bli läkare och närde deras höga motivation, dels studentrollen som var familjär, lättspelad och krävde mindre ansvar.

Man kan se det som att hon använder Katz och Kahns (1966) synsätt med rollsändare och -mottagare, samt rollset (se kapitel 3.3.2). Rollsetet här bestod av de fyra olika socialiserande agenterna - läkarlärarna, annan personal, patienter samt läkarstudenterna själva som grupp. Shuval studerade hur de fyra grupperna visade förväntningar på läkarstudenter som studenter och som professionella läkare.

Läkarlärarna förstärkte den professionella rollen genom att de krävde att läkarstudenterna alltid skulle bära vit läkarrock och namnbricka, precis som de själva. De diskuterade patientfall med dem. Å andra sidan behandlades de också som enbart studenter - läkarlärarna gav dem reprimander för dålig närvaro, frågade ut dem och fick dem att känna sig som femte hjulet under ronderna.

Övrig personal tilltalade ofta läkarstudenterna respektfullt och med en del aktning, såsom de tilltalade läkarna. De behandlade dem som läkarna, när de utförde läkaruppgifter. Men samtidigt läxade de upp dem för att de inte följde sjukhusets rutiner och ställde till besvär.

Patienterna behandlade dem som läkare när de inte hade namnskylt. När de hade namnskylt och det syntes att de inte var färdiga läkare, ville de ibland inte bli undersökta av dem. Beroende på patientens ålder behandlades de ibland i en patroniserande ton.

Inom läkarstudentgruppen avbröt de inte en undersökning för att gå till planerad undervisning. De fick skriva journaler, de undersökte sjuka vänner och gav dem troliga diagnoser. Samtidigt fanns bland läkarstudenterna en rörelse mot denna professionalisering, att inte spela en roll man inte kan.

Shuvals slutsats i studien var att ingen av de fyra socialiserande agenterna dominerade, men att de alla spelade olika roller i socialiseringen - som åhörare, kritiker eller förstärkare för läkarstudenten i hans rollspel som student och läkare. Hon menar att tidigare studiers tyngdpunkt på läkarlärarna och "*stjärnläkaren*" (huvudmodellen för läkarstudenterna bland läkarlärarna) som viktigaste socialiserande agent inte stämmer.

De informella kontakterna med läkarlärarna gjorde att läkarstudenterna fördes mer mot läkarrollen än studentrollen. Om denna informella ton sattes av klinikchefen eller någon annan äldre läkare, så gjorde frånvaron av synlig status att trycket på läkarstudenterna att agera som professionell ökade.

Samtidigt stoppade läkarstudenterna sig själva. Det verkade som det fanns ett tidsschema. De fick inte gå in i den professionella rollen för fort. Det fanns ett antal kontrollmekanismer - ironi, skam, uppskattning (esteem) eller hån (ridicule) från läkarstudentgruppen som bestämde farten, trots att alla var motiverade att ta sig an den professionella rollen.

Undersökningar av rollspel har gjorts även i skandinavien. Vid universitetet i Oslo genomfördes en enkätundersökningar på läkarstudenter i början av sin kliniska utbildning och samtidigt på läkarstudenter i slutet av sin kliniska utbildning. Bramness och Vaglum (1992) kunde där visa att läkarstudenternas identifiering med läkarrollen inte ökade under avdelningstjänstgöring, men att den däremot ökade vid mottagningstjänstgöring. Detta korrelerade med att läkarstudenterna upplevde att de lärde sig mer under mottagningar och att detta mer motsvarade vad de såg som läkarrollen. Därmed ökade deras identifiering. Vid avdelningstjänstgöringen saknade de däremot klart definierade arbetsuppgifter, ansvar och mål.

**Diskussion:** Detta bekräftar Merton et als (1957) ansats, att när läkarstudenterna fick agera låtsasläkare ökar deras identifikation och därmed socialiseras de vidare in i rollen. Troligtvis överförs värderingar till läkarstudenterna. Men blir läkarstudenterna som sina modeller på mottagningsavdelningen?

#### 4.3.3.2 Modellering efter rollmodeller

Blir läkarstudenterna som sina modeller? frågar sig Shuval och Adler (1980) i *The Role of Models in Professional Socialization*. Socialisering av vuxna skiljer sig från socialisering av barn i det att den vuxne kan välja mellan vilka värderingar han vill ta till sig. Shuval och Adler studerade åter igen de olika karaktärsdragen hos yrkesmannen i form av människo-, vetenskap- och statuskomponenterna hos läkarstudenter (se Shuval 1975a). Hon följde läkarstudenterna från Tel Aviv och Jerusalem från innan de började, under och efter de var klara med den sexåriga utbildningen. Hon jämförde deras värderingar med vad deras läkarlärare hade för värderingar.

Det visade sig att läkarstudenternas värderingsförändring kunde delas upp i tre huvudgrupper:

**1. aktiv identifiering** - att de förändras och tycker mer likt sina lärare.

**2. aktiv rejektion** - att de förändras och tycker helt olika sina lärare och varvid lärarna ses som antimodeller.

**3. inaktiv orientering** - att de inte förändras i sina värderingar.

Det fanns ingen av dessa tre värderingsförändringar som var mer dominerande än de andra. Hon kunde visa att det fanns en presocialisering, då läkarstudenterna och lärarna var överens i 8 av de 22 värderingar som undersöktes redan innan läkarstudenterna påbörjat utbildningen. Under utbildningens gång kvarhölls en del av dessa värderingar, medan andra aktivt rejekterades. Detta motsvarar de resultat Harvill (1981) redovisar i sin studie av presocialisering vid ett universitet i USA.

Betydelsen av vetenskap minskar under hela utbildningen och i slutet ser läkarstudenterna mer kritiskt på vetenskap än sina lärare, då den kliniska vardagen har lärt dem att man inte kan lita helt på laboratorievärden. Samtidigt rejekterar läkarstudenterna aktivt de intrinsiska värden i status - att hjälpa andra, få ansvar, etc. Det gör de också med människokomponenten - förmågan att förstå andras känslor, att hjälpa andra och minska lidande, etc.

Vid slutet av socialiseringen var läkarstudenterna och lärarna överens och tyckte lika i 12 av 22 olika normer. Det visade sig också att värderingsförändringsmönstret var nästan helt lika vid de två skolorna. Om de skiljde i mönster, så var det inte diametralt motsatta värderingsförändringar som hade skett.

Vad som framgick ur studien var att läkarstudenterna relaterar till sina modeller på många olika sätt. De blir varken karbonkopior och eller det helt motsatta. Socialisering av dem är en komplicerad process. Shuval och Adler spekulerar om dessa läkarstudenter kommer att anta alla sina läkarlärares värderingar senare under sin bana, eller om dessa värderingsförändringar ligger fast och innebär nya förändringar inom professionen.

Shuval och Adler har vid analysen inte korrelerat läkarstudenterna för kön, mognad, socialgrupp eller skolprestation. Ej heller har hänsyn tagits till att olika lärare är modeller respektive antimodeller.

**Diskussion:** Shuval och Adlers slutsatser sammanfaller med Harvills (1981) om presocialisering och Harris (1974) om en anitmodelleringsseffekt. Vad Shuval och Adler visar på är, i Merton et als (1957) termer en socialisering med selektiv ackvirering av kulturen. Trots denna selektiva ackvirering, kan man förutsäga läkarstudenternas värderingar? Är det så här de kommer att bli - är det en ny generation på väg ut? Är det rentav en upprepning av kritiken mot Merton et als (1957) studier - en ny tidsanda?

#### 4.3.3.3 Ta sig igenom mentalitet

Läkarutbildningen i Israel är som tidigare redovisats, sex år lång, varav det tre sista är kliniska år. I sina undersökningar av två kurser i Tel Aviv och Jerusalem kunde Shuval och Adler (1977) efter år sex dra slutsatsen att de yrkeskaraktärsdrag hon definierade som tre komponenter bra visar delar av karaktärsdragen i form av värderingar. Under alla sex åren visade sig de mänskliga dragen (People) vara de som av läkarstudenterna ansågs viktigast, vetenskap (Science) mittemellan och status (Status) minst viktig, se definition under Shuval (1975a) ovan.

Men konsensus om dessa minskar under hela utbildningen, vilket hon anser beror på att läkarstudenterna mer och mer tillbringar tid i smågrupper på de olika klinikerna. Där möter de bland annat olika sorters läkarläraremodeller. Denna heterogena, differentierade individuella selektiva socialiseringsprocess hos läkarstudenterna speglas i en minskande konsensus om karaktärsdragen.

De värderingar läkarstudenterna har bestäms framförallt av vad de hade för åsikter året innan. Sålunda är värderingen till vetenskap vid år tre en prediktor för vad de anser år fem. Vad de ansåg år ett är en dålig prediktor för vad de anser år fem.

Shuval och Adler tycker sig se en avtagande effekt av vad ansåg från början (tapering off), det vill säga vad de hade för värderingar innan de började (år noll) har mindre och mindre betydelse. Men socialiseringsprocessen är differentierad. Läkarstudenternas värderingar förändras inte likformigt för alla tre komponenterna, utan varje komponent ändras för sig, oberoende, utan att påverkas av de andra.

I en mer djuplodande artikel utvecklar Shuval och Adler (1979) detta vidare. Läkarstudenterna antar de värderingar och det beteende, som finns i den kurs de befinner sig - internmedicin, kirurgi, psykiatri, etc. Detta ser Shuval och Adler som en del av "*the 'getting through' pattern*" (Shuval och Adler, 1979, s 84) som Becker et al (1961) diskuterar i studentkulturen. Men Shuval och Adler anser att detta förmodligen också speglar den kraftigt socialiserande kulturen inom läkarutbildningen under den kliniska fasen ("*it probably also reflects the all-absorbing and dominant quality of the medical school subculture in which the students find themselves*", (Shuval och Adler, 1979, s 84)).

Vid år sex, när utbildningen nästan är färdig, ändras värderingarna igen och värderingarna vid år fem är inte längre en god prediktor för vad de tycker. Shuval och Adler anser att denna nyorientering beror på att läkarstudenterna snart skall ut och arbeta självständigt under sin allmäntjänstgöring. De behöver då andra värderingar än vad de klarade sig med som läkarstudenter.

**Diskussion:** De förändringar i värderingar Shuval och Adler (1977) ser från år till år, där året innan, i form av föregående kurs, är en god prediktor för vad läkarstudenten anser året efter, sammanfaller något med Froelich och Bishops (1969) åsikt om livscykelolika roller, fast här nedbruten på subspecialitetsnivå för läkarstudenten (Shuval och Adler, 1979). Läkarstudenternas värderingar ändras inte likformigt hela tiden, det är en differentierad process och sker med olika hastighet för de olika komponenterna (Shuval och Adler, 1977).

Som Shuval och Adler nämnt tidigare (Shuval 1975b) finns en stark hierarki och ett beroende från läkarstudenternas sida, vilket hon ånyo finner här (Shuval och Adler 1979). Med denna artikel, om att värderingar och beteende så starkt förknippas med pågående kurs och specialitet, förstärker ytterligare argumentet om att professionell socialisering är en extrem situation liknande barnsocialisering och att värderingar överförs.

Froelich och Bishop (1969) ser studentens olika roller och förväntningar som medicine studerande, medicine kandidat, AT-läkare, specialist under utbildning och slutligen specialist som huvudproblemet. Detta är i tiden väl avgränsade roller. Vad Shuval och Adler (1979) ser i sitt material är en kontinuerlig förändring, vilken kan bero på de olika rollerna Froelich och Bishop (1969) nämner, men kan också bero på den starka identifikationen läkarstudenterna genomgår under en placering på en ny klinik. Nyligen tenderad i medicin, med tron att man nu kan allt och att världen är ett internmedicinskt fält (jämför Becker et al, 1961), så kastas läkarstudenten i nästa kurs in i kirurgins värld, där avväganden och världsbilden är något annat.

Shuval och Adler (1979) tangerar också Becker et al (1961), i att läkarstudenternas värderingar förändras igen, när de är på väg att avsluta sin utbildning. Av vad de ansåg när de började finns nästa ingenting kvar. Vad finns då kvar av värderingar och hållningar för den examinerade läkarstudenten i den ännu nyare, skönare värld som allmäntjänstgörande och senare läkare under specialistutbildning?

#### 4.3.4 Affektiv neutralitet - det naturvetenskapliga paradigmet?

Paul Ridder (1986) tar i sin artikel upp den affektiva neutralitet som han menar läkarstudenterna förvärvar på något sätt under sin utbildning. Han ser att grunden till denna finns redan i Merton et als (1957) och Becker et als (1961) material. Genom hela utbildningen får läkarstudenten ett språk så att han okänsligt kan diskutera sjukdom, blod, smärta, lidande och död. Efter att han genomgått dissektioner av döda människor, djurlaborationer, obduktioner, spelat upp sjukdomar för sina kurskamrater, samt träffat patienter i studentgrupp och ensam, blir han en del av klinikvardagen på sjukhuset.

Han menar att den affektiva neutraliteten de så här tillskansar sig är en del av den professionella rollen. Den beror på den tekniska rationaliteten och patientobjektivering.

Objektiveringen eller övertagandet av den distanserade attityden gör att läkarstudenterna kan koncentrera sig på att lära sig den tekniska biten av sitt yrke och att undvika att identifiera sig med sjukdom och lidande hos den enskilde patienten. Patienterna blir på så sätt ett objekt, ett läromaterial för läkarstudenten, inte en människa i sig.

Han menar att den affektiva neutraliteten är en "*Strukturmerkmal sozialer Systeme, Teil einer professionellen Rolle, die Reflexivität des Mitleidens eine Art von Rollendistanz, die auf der Objektivierung des Patienten und technischer Rationalität beruht. Der gesellschaftliche Sinnhorizont distanzierter Aufmerksamkeit gegenüber den Patienten ist die **Technisierung** [kursiverat i original] der Medizin.*" (Ridder, 1986, s 6-7).

Vilket svåröversatt på svenska blir: Den affektiva neutraliteten "*är kännetecknande för det sociala systemets struktur, [det] är en del av den professionella rollen, att medlidandets reflexivitet är en del av rolldistansen natur, vilken beror på objektiveringen av patienten och den tekniska rationaliteten. Den samhälleliga betydelsehorisonten för den distanserade uppmärksamheten mot patienten är **teknifieringen** [kursiverat i original] av medicinen.*"

Ordet neutralitet skall inte tolkas som känslökyla enligt Ridder (1986), ej heller skall affekt tolkas som en känslomässig tillvänjning (svåröversatt, uppsatsförfattarens kommentar) ("*...nicht mit emotional engagierter Zuwendung zu verwechseln*", Ridder, 1986, s 6).

Ridder menar att läkarstudenten antar denna affektiva neutralitet, då hela utbildningens vikt ligger vid att lära sig alla medicinska tekniska bitar. Livet är baserat på en maskinmodellen,



inte psykodynamik, och detta göra att utbildningen i mänskligt omhändertagande kommer till korta enligt Ridder.

Hur denna utbildningsprocess sker och vilket format den tar, om det är en process, utveckling, ett skeende eller ett förlopp ("*...Verläufe, Abläufe, Prozesse, Wandel oder Entwicklung handelt.*" (Ridder, 1986, s 7)), kan han inte svara på. Det enda han kan säga är det som sker i mötet mellan den utbildande läkaren, patienten och läkarstudenten.

Det som Ridder kallar affektiv neutralitet sågs också av de av Conrad (1988) recenserade autobiograferna. Där gick det under benämningen "detached concern". Andra författare har också debatterat detta, som också går under benämningen objektivisering. De Groot (1987) och Colombotos (1988) hävdar i sina översiktsartiklar att detta är ett problem, en dehumanisering av läkarna. Båda ser att objektivisering finns redan tidigt under utbildningen. De Groot (1987) refererar i sin artikel till Fahrenfort (1985), som funnit att i och med att läkarstudenterna mer identifierar sig med läkarna, så vilar deras beslut mer och mer på medicinskt tänkande och handlande. Osäkerheten minskar på så sätt. Baksidan av detta blir, enligt Fahrenfort (1985) (refererat i De Groot, 1987), att läkarna distanserar sig från patientens sociala situation och känslor.

De Groot (1987) redovisar i sin artikel effekterna av en enveckaskurs i medicinsk psykologi på läkarstudenter under sin första kliniska tjänstgöring. Den gav marginellt utslag. Hans slutsats blir att insatser mot objektivisering måste sättas in tidigare.

#### 4.4 Sammanfattande diskussion socialiseringsstudier

Som inledningsvis sagt är Merton et als (1957) studie den banbrytande. Den kan dock marginaliseras av att den kanske framförallt visar en tidsanda. Shuvals (1975b) och Shuval och Adlers (1977,1979, 1980) studier, med utgångspunkt i rollspel upprättar Merton et al (1957) till viss del. Läkarstudenterna tar efter sina lärare - men selektivt. Detta selektiva upptagande stämmer med teorierna för vuxensocialisering och Merton et als (1957) definition på socialisering. De både modelleras och antimodelleras efter sina läkarlärare.

Men, som Shuval och Adler (1979) visar, så är detta inte något konstant. Under och närmast efter en kurs, "är" och tänker läkarstudenten och ser världen som en kirurg, internmedicinare eller psykiater. Sedan byter de ståndpunkt och världsbild (paradigm) igen. De byter inte bara ståndpunkt mellan dessa kurser, utan också roller. Det paradigm som finns inom en specialitet skiljer sig något från den i en annan specialitet och det visar sig i den roll läkarstudenten spelar och i det rollset eller den personal, patienter och läkare han interagerar med. I denna extrema miljö, präglad av beroende och givande värderingar (Brim, 1968), ger rollsetet stora influenser för att förstärka och modellera beteende och värderingar, såsom Katz och Kahn (1966) visar i sin genomgång av roller.

Vad detta säger oss är att socialiseringsmekanismerna är mycket starka - men föränderliga, inom det medicinska perspektivet. Shuval och Adler (1979) ser det som en del av kravet för att ta sig igenom en kurs. Ur ett annat perspektiv, så kan man se detta som en effekt av Becker et als svar (1961), att studentkulturen inser att så här måste man bete sig för att komma igenom, även om Becker et al (1961) också tillstår att värderingar upptas (men används som den student läkarstudenten är).

Shuval och Adlers studier tyder på en djupare förändring än vad en autonom studentkultur skulle kunna åstadkomma - och överföra. Trots detta så såg de när läkarstudenterna närmade sig slutet på läkarutbildningen, så förändrades deras attityder igen. Som Mintzberg (1983) visar i sin genomgång av den professionella byråkratin, så sker under den professionelles mångåriga utbildning förutom kunskaps- och färdighetsinhämtning även en indoktrinering till

organisationsnormer. Denna är inte avslutad i och med avslutad grundutbildning. Den fortsätter under utbildningen till legitimation, samt sedan fortsatt till de normer som gäller specifikt i den organisation den professionelle arbetar senare i. Detta kan förklara de förändringar Shuval och Adler (1977, 1979) ser vid grundutbildningens slut.

Ett antal studier (Harvill (1981), Harris (1974)) har visat på en klar skillnad i attityder mellan läkarstudenter och lärarstudenter, det vill säga att dessa två studentgrupper har olika paradig, samt att en presocialiseringsprocess finns för läkarstuderande. Men enligt Shuval och Adler (1977) verkar presocialiseringens attityder inte ha någon överlevnadseffekt.

Som tidigare diskuterat kanske Froelich och Bishop (1969) har rätt i att det finns konsekutiva olika roller för läkarstudenten och läkaren under hela livsbanan. Men finns det då något bestående paradig, beteende eller värdering kvar efter utbildningen? Freidson (1994) menar att det finns en bestående värdering inom professionen. Det är detta han försöker fånga i sin definition av en till viss del sammanhållen expert- och serviceideologi. De i Sverige sextiotvå förekommande specialiteterna måste mellan sig ha en viss dynamik. Den mångfald inom både professions- och socialiseringslitteraturen av definitioner kan spegla dessa fluktuationer, som både Shuval och Adler och Froelich och Bishop (1969) sett i sina arbeten avseende de olika specialiteterna. Dock bygger alla specialiteterna på den gemensamma naturvetenskapens grund. Det kan vara svaret.

För såsom Ridder (1986) ser det, så är kanske den affektiva neutraliteten den enda kvarvarande värderingen. Den affektiva neutraliteten eller objektiveringen är kanske, som Ridder (1986) ser det, resultatet av den moderna medicinens tekniska utveckling? Något som lett till ett uppslukande av läkaren i det naturvetenskapligt tekniska paradigmet, det paradig som lett till så många nya lyckade behandlingsmetoder. Läkaren blir kanske som den som med hammaren i handen enbart ser en värld fylld av spikar. På så sätt kanske också objektiveringen är en oundviklig del av läkarstudentens socialisering? Den kanske rent av är den enda kvarvarande värderingen efter att läkarstudenten lämnat sjukhusets socialisering, där Becker et als (1961) och Shuval och Adlers (1977) spår av honom slutar?

På 1700-talet fanns i behandlingsarsenalen knappt mer än empati (förmåga till inlevelse i andra personers reaktioner, (Nordstedts, 1990)) och tröst att ge patienten. I dagens högteknologiserade medicin finns så mycket mer för läkarstudenten att assimilera än empati och att ge tröst under sin utbildning. Han kan med dagens kunskaper ge sina patienter mångdubbelt mer bot än tröst. Men all medicin, dagens som gårdagens, börjar med empati och många sjukdomstillstånd, små som stora, kan inte ens dagens högteknologiska medicin bota eller säkert lindra. Men läkaren, kan, med början i empatin, ge tröst.

## 4.5 Systemanalysmodell

I den refererade litteraturen har jag inte funnit någon modell som sammanfattar de olika systemmodellerna. Ett försök till att sammanfatta modellerna finns i **Tabell 1** nedan. De dimensioner de olika systemen bedöms ur är fem, se nedan. Jag har valt att förutom de fyra systemmodellerna även ta med Froelich och Bishops (1969) tes om konsekutiva roller, då även den presenterar en förklaringsmodell för läkarstudentens utveckling under utbildningen. Övriga refererade studier saknar kriterier för att i ett förlopp beskriva läkarstudentens utveckling. Centralt i mitt resonemang har varit att en socialisering sker och att den, enligt den tagna definitionen omfattar både upptag av värderingar och beteende hos läkarstudenten. Därför väljer jag att visa dessa båda dimensioner i min modell.

Men en förändring av värderingar är en i människan djupgående förändring i jämförelse med en beteendeförändring, vilken kan vara av övergående natur. Sålunda borde en värderingsförändring vara kvarstående efter utbildningens slut. I den tredje dimensionen väljer jag sålunda att visa om synsättet lämnar en kvarstående värderingsförändring hos läkarstudenten.

De värderingar som innan har varit eller har blivit kvarstående efter utbildningens slut kan också förklaras av något annat, som t ex. en generationseffekt. Det bästa generella exemplet på en generationseffekt är åsikten om kvinnans rätt till jämställdhet, vilken nästan fullständigt genomsyrar Sveriges yngre generationer av båda könen. Denna generationseffekt visar jag i den fjärde dimensionen.

I den femte dimensionen slutligen visar jag om synsättet ger vid handa att läkarstudenten har blivit standardiserad till en läkare eller inte när utbildningen är slutförd.

System / Dimension	1. Gett värderingar	2. Gett beteende	3. Kvarvarande socialiseringseffekt	4. Visar generationseffekt	5. Standardisering till läkare
Funktionalist	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>
Interaktionism	<i>ja *1</i>	<i>ja</i>	<i>övergående</i>	<i>?</i>	<i>? *1</i>
Rollspel	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>övergående</i>	<i>ja?</i>	<i>?</i>
Affektiv neutralitet	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>	<i>nej</i>	<i>ja *2</i>
Konsekutiva roller	<i>?</i>	<i>ja</i>	<i>?</i>	<i>nej</i>	<i>nej</i>

\*1 *Idealismen har ersatts av en pragmatisk idealism.*

\*2 *Affektiv neutralitet är en del av den professionella rollen, men inte hela delen.*

**Tabell 1.** *Matrismodell över de fyra systemmodellerna samt konsekutiva roller. Frågetecken innebär att studien inte kan besvara frågan.*

Vad matrismodellen säger oss är att alla synsätten (med reservation för värderingar hos konsekutiva roller) socialiserar och överför värderingar och beteende. Sålunda finner jag i min genomgång av socialiseringsstudier om läkarstudenter att läkarstudenterna under sin utbildning utsätts för en extrem socialisering enligt Brim (1968) och upptar nya värderingar. Dessa värderingar de fått via socialiseringen yttrar sig i ett nytt beteende. Men blir de standardiserade till läkare? Den frågan är svårare att svara på.

För **funktionalisterna** (Merton et al (1957)) blir läkarstudenten mer och mer en läkare allt eftersom läkarutbildningen fortskrider. I slutändan är de standardiserade till läkare.

**Interaktionisterna** (Becker et al (1961)), ser en övergående socialiseringseffekt till studentkultursynsättet i det korta perspektivet. Samtidigt menar de att den idealism läkarstudenten hade i början av sin läkarutbildning framkommer mer i slutet av utbildningen, men nu som en pragmatisk idealism. Denna pragmatiska idealism bygger ett perspektiv, vilket innefattar situationsspecifika värderingar. Om dessa värderingar nu förändrats, vilket författarna tillstår, så har läkarstudenterna genomgått en socialisering. Således finns det en standardisering till läkare, trots att studien utger sig för att inte kunna visa detta. Om en kvarstående socialiseringseffekt till det långsiktiga perspektivet finns diskuteras inte studie. Det går även utanför denna uppsats mål.

Även **rollspelsanhängarna** (Shuval och Adler (1977, 1979, 1980)) såg en övergående socialiseringseffekt, där läkarstudenternas värderingar ånyo förändras vid examen, men detta utan att man som tidigare kunde prediktera deras åsikter från vad de ansåg året innan. De spekulerar i om dessa värderingsförändringar som de ser hos läkarstudenterna är resultatet av en

generationseffekt, en kritik som tidigare också riktats mot Merton et als (1957) studie.

För rollspelsanhängarna är detta problematiskt. Om läkarstudenten lärt sig läkarrollen under alla de kliniska åren av utbildningen och nu kan spela den till fullo vid slutet av läkarutbildningen - varför kan han inte utnyttja den då? Ställer, som Shuval och Adler (1979) menar, verkligheten under allmäntjänstgöringen andra krav, där (student)läkarrollen inte fungerar i den miljön, eller finns det andra orsaker, vars natur vi inget vet om, då deras modell saknar möjlighet att påvisa det? Slutsatsen blir att studien inte kan visa om en standardisering till läkare sker under läkarutbildningen. Att värderingar och beteende överförs under läkarutbildningen är däremot klart.

Den fjärde av systemmodellerna, den **affektiva neutraliteten**, har en kvarvarande och standardiserande socialiseringseffekt på värderingar och beteende - men endast på en del av den professionella rollen. Vad som finns förutom denna är inte studerat. Döljer sig här Froelich och Bishops (1969) konsekutiva roller, eller läkarstudentens personlighet, eller rentav delar av rollspelssynsättet vilka inte kan mätas i Shuvals modell (1975a)?

Om de **konsekutiva rollerna** slutligen, vilka baseras på en kort artikel, så är Froelich och Bishops (1969) utgångspunkt att läkarstudenten inte i det nuvarande utbildningssystemet är standardiserad till den roll han skall ha som färdig specialist vid läkarutbildningens slut. Således blir han inte standardiserad efter läkarutbildningens slut. Detta är en process som tar ytterligare, krokiga, år. Froelich och Bishops (1969) artikel ger inte vid handa om de ser någon kvarvarande socialiseringseffekt av de tidigare rollerna, men de nämner att de föregående rollerna inte förbereder den blivande läkaren på den specialistroll han så småningom skall spela. Att beteende överförs står klart, men huruvida värderingar överförs kan inte utläsas ur detta synsätt.

**Sammantaget** så finns det i de ovan studierna stöd för att värderingsöverföring sker hos läkarstudenterna under läkarutbildningen. Med förbehåll sker även en standardisering till läkare, i alla fall till en del av rollen, den affektiva neutraliteten. Men om och hur hela den professionella socialiseringen till en standardläkare ser ut går inte att svara på.

## 5 Läkarutbildningen

### 5.1 Läkarutbildningens upplägning

För att fördjupa förståelsen för de genomgångna socialiseringsstudierna, samt ge en bild av en läkarstudents vardag, vilka socialiseringsstudierna analyserar, så följer här en genomgång av den svenska läkarutbildningen, samt en beskrivning av en läkarstudents vardag under den tidiga kliniska placeringen.

Läkarutbildningen sker vid universitet under 11 terminer, 220 poäng, vilket ger en läkarexamen. Terminerna fram till åtminstone 1999 var 22 veckor långa, mot övriga fakulteters 20 veckor. Därefter följer 18-21 månaders allmäntjänstgöring, för att få ytterligare praktisk erfarenhet, vilket krävs av alla läkare oavsett specialitet. Läkaren arbetar då självständigt under handledning av äldre specialistkompetenta läkare. Efter godkänd allmäntjänstgöring genomgår läkarna en muntlig och skriftlig examen för att erhålla läkarlegitimation.

Därefter följer specialistinriktning inom en av de sextio totala specialiteterna som finns under minst fem år. De flesta avslutas med en frivillig specialisttentamen. Vidare doktorerar ca 25 % av läkarna, vilket motsvarar ytterligare fyra heltidsår (VIK/AT, 1996).

Universitetsutbildningen (Läkarutbildningen, 1997) är uppdelad i två delar, en preklinisk och en klinisk del. Den prekliniska sker under de första fem terminerna och behandlar de kemiska, biologiska, anatomiska och fysiologiska grunderna för den friska människokroppen. Blocket avslutas med sjukdomslära. Läkarstudenten kallas under hela denna perioden för medicine studerande.

Därefter följer sex kliniska terminer med fördjupning i praktisk sjukdomslära. Läkarstudenten kallas nu medicine kandidat. Blocket inleds med en kurs där kandidaterna får lära sig ta upp sjukhistoria och göra en allmän kroppsundersökning. Sedan följer internmedicin, ortoped-, allmän- och urologisk kirurgi, neurologi, barn, infektion, ögon och psykiatri, etc. Här lärs ytterligare undersökningsteknik ut, fler sjukdomars uppkomst och utveckling presenteras, samt symptom, utredning och behandling för dessa. Kandidaterna träffar patienter på de olika klinikernas avdelningar, mottagningar, operationssalar samt akutmottagningar. De får erfarenhet av hur olika sjukdomar yttrar sig och får förhoppningsvis lite av en "klinisk blick" - känslan för vad det är som fattas patienten, samt lär sig var gränsen går mellan det sällsynt normala och det sjuka. Den medicine kandidaten bär nu vit rock med namnbricka, som läkarna och övrig personal på mottagningarna eller avdelningarna. Titeln under namnet på namnbricka är Med. kand. (medicine kandidat). Om situationen på placeringen så kräver bärs även sjukhusbussarong samt eventuellt vita sjukhusbyxor.

För att förbättra inträdet i den kliniska perioden ges en kurs i "Tidig patientkontakt", under termin ett till fem. Där lär sig de medicinstudenterna mycket rudimentär samtalsteknik under termin ett. Under de följande terminerna lär de sig basal undersökningsteknik, samt auskulterar en eftermiddag varannan vecka. Detta innebär att de i vit rock följer med en läkare under dennas arbetsdag när han har patientmottagning och lyssnar och lär. Alla medicinstudenterna har givetvis namnbricka med namnet och titeln Med. stud. under.

## 5.2 Organisation av klinisk tjänstgöring under kirurgplaceringen

Ett sjukhus är uppdelat i ett antal kliniker, t ex. internmedicinsk, ögon- och psykiatrisk klinik. Enligt studieordningen 1996 börjar den kliniska tjänstgöringen termin sex. Den är förlagd på den internmedicinska kliniken. Halva termin 7 och halva termin 8, då terminen är delad, är förlagd till de kirurgiska klinikerna.

Här utbildas nu i det kliniska stadiet de medicine kandidaterna i de opererande specialiteterna. Utbildningen består av 8 veckor allmänkirurgi (i princip bålen), 4 veckor ortopedi (lemmar och ryggrad), 2,5 veckor urologi (urinvägarna och manliga könsorgan), 2,5 veckor anestesi (narkos) samt en veckas separat röntgendiagnostik (Kirurgi termin 7/8, 1996).

Sålunda är området uppdelat i flertalet kliniker - den kirurgiska, ortopediska, urologiska, röntgenologiska samt anesthesiologiska kliniken. Dessa kliniker består av en eller flera avdelningar. Kirurgen är en stor klinik och har i Lund tre avdelningar - nummer 13, 14 och 15. Avdelningarna är specialiserade. På avdelning 15 finns alla akut inlagda patienter från akutmottagningen. Avdelning 14 har hand om patienter med sjukdomar i övre och nedre magtarmkanalen, samt kärlsjukdomar. Avdelning 13 slutligen har hand om lever-, gall-, bukspottkörtelsjukdomar samt sjukdomar i inre körtlar. Avdelningarna i sig är vidare uppdelade i olika kliniklag, t ex. har avdelning 14 tre lag - övre och nedre magtarmkanal, samt kärl. Kliniklagen har olika färg - röd, blå samt grön. Detta går igen i färgen på patienternas pärmar, nycklar, etc.

Syftet är att man som medicine kandidat skall följa arbetet på den klinik, avdelning eller i det kliniklag (eller team som det också heter på svenska) man blivit lottad till och på så sätt få klinisk praktik. Den minsta grupp man är i är cirka fyra kandidater per avdelning eller avdelningsgrupp.

Man roterar sedan runt enligt ett fastställt schema på de olika klinikerna och kliniklagen. Avdelningarnas arbete består grovt av fyra olika delar som kandidaterna skall delta i. Dessa är röntgenronder, operationer, mottagningar och avdelningsarbete. Utanpå detta har varje klinik en akutmottagning som bemannas av läkare från respektive avdelningar. Akuttjänstgöring ingår obligatoriskt också som en del i kandidatens tjänstgöring, både dagtid och kvällstid på vissa kliniker, enbart kvällstid på andra. I princip har man kvällsakuttjänst 17-24 var tionde dag, vardag som helg. Som kompensation får kandidaten äta gratis kvällsmat i personalmatsalen den kväll han har akutjourstjänst. Någon annan kompensation utgår inte.

På den klinik och i det kliniklag man blivit placerad följer man sedan lagets läkare. Till skillnad från sjuksköterskelever är vi inte tilldelade en handledare och följer denne. I stället delar kandidatgruppen upp sig på det antal läkare som finns och följer, så rättvist som möjligt, med en läkare under dennes dag, så att alla får lika mycket av operation, mottagning och avdelningsarbete.

I och med att fasta handledare inte existerar, så har vi ett val att göra vilken läkare vi vill följa. Innan man kommer till en avdelning har man ofta via kurskamrater som varit där innan tagit reda på vilka läkare som är bra och vilka man skall undvika.

Med denna förkunskap försöker man redan första dagen på avdelningen, om det går, välja rätt kliniklag och rätt läkare att gå med, för att hamna hos de "kandidatvänliga läkarna". Mer utförligt innebär en kandidatvänlig läkare att vederbörande ser en som en jämlike och inte försöker bli av med en. Vidare berättar läkaren utförligt om sina patienter, låter en undersöka, låter en ställa egna frågor till patienten, svarar på ens egna frågor - kort sagt tycker om att undervisa och lära ut. En kandidatvänlig läkare kan också föreslå operationer som kan vara nyttiga att se, andra ronder som kan vara intressanta att följa med på, samt låta en vara med om speciella undersökningar, eller framtala om att utbildningsvärdet för den mottagning man vill gå med på är begränsat och att det är bättre att gå hem och läsa. Om man inte har någon förkunskap om vilken läkare man bör följa, så försöker man fråga sjuksköterskorna på avdelningen innan läkarna kommer, vilka som "är lämpliga att gå med".

Insprängt i veckoschemat är också ofta föreläsningar om 1-2 timmar per vecka av läkare på kliniken. Varje vecka behandlas också ett antal till kursen anslutna problembaserad praktikfall. Detta sker på gruppmöten om ungefär åtta kandidater två gånger per vecka - ett startmöte i början av veckan om 1,5 timmar och avslutning om två timmar på fredagen.

Kandidaterna är schemalagda på avdelningen från 0800-1700 måndag till torsdag. Fredag 0800-1200 ägnas åt föreläsningar, samt eftermiddagen åt det avslutande problembaserad praktikfallsmötet. Det är obligatorisk närvaro hela den schemalagda tiden, samt alla akutjourer dag- och kvällstid (Kirurgi termin 7/8, 1996). Alla föreläsningar är inte obligatoriska, men i praktiken krävs närvaro för att lära sig den senaste diagnostiken och behandlingen, vilken ofta ändrat sig från lärobokens tryckning.

Kvällar och helger är vigda åt läsning av den digra kurslitteraturen. Om inget händer på avdelningen, samt mottagning, operation och akutmottagnings platser är besatta utan sjukfrånvaro, så tar man givetvis denna tid i anspråk för läsning.

### 5.3 Kirurgiklinikens veckoverksamhet

En avdelnings veckoarbete består av 2-3 dagar operation och 2-3 dagar mottagning, förutom avdelningsarbetet. Varje morgon börjar med en röntgenrond som tar cirka 15 minuter. På den visas akuta fall, avdelnings- samt dagens operationsfall. Efter varje rond är det frågestund och ibland föreläsning för kandidaterna. Vidare har vissa lag specialröntgenronder för komplicerade fall en gång i veckan, för att tillsammans med andra specialiteter (t ex. cancerläkare) planera fortsatt

behandling. Förutom detta bedömer alla läkare sina egna patienters röntgenbilder redan efter att de blivit tagna. Under kvällar och helger sker ingen mottagningsverksamhet. Jourverksamhet på akutmottagningen finns dygnet runt alla dagar. Vidare sker under helger även rond på avdelningarna.

Varje avdelning har rond nästan två gånger varje dag. Dels en kort direkt efter röntgenronden på morgonen, dels en längre på eftermiddagen. Ronden på förmiddagen är mer av en snabb rond, för att följa upp om något skett med patienterna under natten. Ronden på eftermiddagen lägger man ned mer tid på och då planeras också fortsatt behandling. Vid rondens talar man med alla de patienter som man har hand om i sitt lag. Man följer upp hur de mår, meddelar undersökningsresultat, hur man skall gå vidare efter detta, gör ändringar i mediciner och intravenösa vätskor, samt undersöker dem igen om så behövs. Patienterna ligger inlagda på avdelningen antingen för utredning av sjukdom, där olika sorters undersökningar skall göras, eller för en operation. De kan ha inkommit akut eller om det varit en planerad inläggning, så har de blivit kallade till inläggning.

Som medicine kandidat går man alltid med på ronderna. Dessa avbryter all annan verksamhet, t ex. om man är på mottagning eller operation.

Som kandidat får man också skriva in patienter. När en patient skall läggas in på kliniken för operation eller mer avancerade undersökningar tar man alltid upp en sjukhistoria och gör ett sk. status - lyssnar på lungorna och hjärtat, undersöker körtlar, buk, lemmar, etc. Man följer sedan denna patient under dens tid på avdelningen - vilka andra undersökningar som görs, vad de visar, vilken behandling patienten får och hur det går. Då alla patienter på en klinik är tilldelade olika vårdpersonallag - rött, blått, grönt, etc., delar kandidaterna upp sig och man följer t ex. alla blåa patienter.

Vidare skriver man remisser till undersökningar, epikriser (sammanfattning av vad som hänt under en sjukhusvistelse) och daganteckningar (hur patienten mår, vad underökningar visat och vad man planerar) i varierande omfattning på patienter, både sina egna, t ex. blåa, och andra man blir tilldelad.

På en mottagning kommer patienter för uppföljning efter en operation eller behandling, eller som ny patient med remiss från någon annan läkare. Då Lund är ett regionsjukhus är patienterna av två slag, dels från Lund med omnejd, dels patienter längre ifrån och med svårare sjukdomar. Ofta överväger de med svårare sjukdomar. Som kandidat får man vara med i alla patientsamtal och i mån av tid och möjlighet, genomföra enklare undersökningar.

På operationsavdelningen opereras patienter som tidigare lagts in på kliniken. Som kandidat följer man antingen operationen på avstånd utanför det sterila såret, eller är med sterilklädd som assistent "i såret".

Till klinikens akutmottagning kommer patienter som behöver vård omgående. Beroende på hur mycket erfarenhet man hitintills ackumulerat och hur mycket patienter det finns, tar man antingen hand om patienter själv eller går bredvid akutläkaren. Om man tar hand om patienter själv som kandidat tar man upp sjukhistoria och undersöker, d v s gör ett status. Man informerar sedan akutläkaren om vad man funnit och föreslår vad som skall göras. Tillsammans går man sedan in till patienten och akutläkaren tar upp sjukhistorien igen samt undersöker patienten. Därefter beslutats vad som skall göras. Om patienten skall läggas in får man skriva in patienten och rapportera till avdelningen. Vid svåra olycksfall eller mycket svårt sjuka patienter tar alltid akutläkaren hand om patienten.

## 5.4 Den medicine kandidatens vardag under kirurgplaceringen

Sjukhusvardagen för läkarna består av utredning av patienter, samt beslut om behandling, operation för opererande specialiteter, administration, egen utbildning, samt att utbilda kandidater som går bredvid. Egen utbildning för läkarna är antingen del i utbildning till AT-läkare, till specialistläkare, eller vidareutbildning för redan färdiga specialister. Utöver detta bedriver en del läkare forskning. Vissa läkare är anställda som amanuenser och håller i utbildningen för kandidaterna på kliniken, samt har utför ofta egen forskning parallellt med denna tjänst.

Av alla dessa olika delar man deltar i lär man sig mest på akutmottagningen, när man tar hand om patienter själv och får agera i form av läkare och själv bedöma vad för sjukdom en patient har. Näst mest lär man sig på en mottagning. Detta är alla överens om - läkare så väl som kandidater. Detta gör att om ingen kandidat finns placerad på akutmottagningen en dag, eller är sjuk, så är det alltid någon som tar den platsen. Därefter fylls mottagningens vakanser. Enbart de mycket kirurgiskt intresserade föredrar operation.

Som kandidat bär man vit läkarrock med namnskyt. Under namnet skall det stå "med. kand.", medicine kandidat. Övrig personal har motsvarande namnbrickor. En del av kandidaterna väljer att också bära Landstingets vita bussarong och byxor, andra att ha egna kläder under. De kandidater som bär både Landstingets vita kläder upptill och nedtill ses med lite milt överinseende av de andra, som ett tecken på att de i helvita kläder tror att de är mer än de kandidater de faktiskt är.

Kirurgläkarna har oftast själva vita byxor, vit eller grön bussarong samt vit rock. Ibland har de egen skjorta eller tröja med vita Landstingsbyxor. Det är enbart kirurger som bär grön bussarong. Inga andra specialiteter förutom narkosläkare har grön bussarong. Detta hör samman med att gröna kläder går enbart att få på en operationsavdelning, när man byter om inför operation. Den gröna bussarongen med i övrigt vita kläder är i praktiken ett signum för kirurger.

Vid klinikens allmänna röntgenronder samlas alla klinikens läkare samt de medicine kandidaterna. Ofta sitter de äldre läkarna på fastställda platser längst fram. Ovanför det blandat kandidater och läkare, eller kandidater på en sida gången och läkarna på andra, ofta beroende på om den kliniken har ett obligatoriskt morgonmöte för läkarna innan eller ej. Röntgenronderna leds av en röntgenläkare. Man går igenom alla akuta fall från gårdagen samt röntgenbilder från ineliggande patienters undersökningar eller efter operation, samt eventuellt mottagningspatienters bilder. Ronderna går ofta fort fram.

Avdelningsrondens mittpunkt är rondvagnen, där journalerna för kliniklagets patienter finns. Man går sedan rond med röd, blå eller grön sjuksköterska som ansvarar för just dessa patienter. Ronden leds av en av läkarna, ibland av en yngre, ibland av kliniklagets överläkare. Man går från patient till patient och hör hur de mår, berättar vad undersökningar gett och vad man föreslår skall göras härnäst.

Det är enbart den rondande läkaren som talar med patienten. Om det är en sjuksköterska som inte haft patienten innan hälsar hon på patienten när läkaren är färdig. Alla andra läkare och kandidater är tysta. Den rondande läkaren går in först till patienten och sedan ibland de andra läkarna och sedan kandidaterna, ibland kandidater och läkare huller om buller. Oftast går dock ansvarig sjuksköterska in sist.

Är man schemalagd på mottagningen går man dit och läser mottagningsschemat för de olika läkare som är uppsatta, samt väljer en lämplig läkare att gå bredvid. Vem som är lämplig att gå med vet man antingen genom att man gått med en läkare innan, vars rykte är gott, eller att man frågat mottagningssköterskan "vem som är lämplig att gå med". Sköterskan kan då upplysa om att någon idag har en diger överbokad mottagning och att det kanske är lämpligare att gå med någon annan, etc. Man frågar sedan den valda läkaren om man kan få vara med på hans eller hennes



mottagning. Eller har man innan bestämt med en läkare om att vara med på dennes mottagning.

Läkaren man går bredvid brukar kort dra patientens sjukhistoria, om patienten är känd sedan innan, innan man tillsammans går in i mottagningsrummet, då det är ont om tid. Om patienten inte är känd, får man läsa journalen själv innan. Under mottagningen följer man vad läkaren säger och gör, undersöker eventuellt själv, samt ställer frågor till patienten. Efteråt diskuterar man med läkaren hur och varför han gjorde så, samt annat relevant för patientens sjukdom.

Alla på operationsavdelningen har gröna kläder, tofflor, hårnät, samt också munskydd när man går in på en operationssal. De dagar man har operation har man antingen redan bestämt med sina kurskamrater vem som skall gå på vilka operationer, eller beroende på vilken avdelning man är på, så går man till operationsavdelningen och läser operationsschemat. Man frågar ansvarig kirurg om man får vara med.

Beroende på hur operationen är upplagd kan man få vara med och assistera. Då steriltvättar man händerna, samt blir klädd med steril rock och handskar av ansvarig operationssjuksköterska. Man får då stå "mitt i såret" och se hela operationen från nära håll, samt hjälpa till att hålla hakar, peanger, saxar, sugar, samt kan ställa frågor. Ibland får man även se enstaka, ibland de flesta stygnen när huden skall förslutas efter en operation. En operation kan ta allt från 15 minuter till åtta-tio timmar. Oftare är det dock två eller fler kirurger och då får man stå på håll och titta, samt ibland få komma närmare när det finns något intressant att visa.

På akutmottagningen kan det vara både väldigt lugnt och väldig kalabalik. Akutläkaren eller sjuksköterskan brukar ofta välja ut lämpliga patienter till en att ta hand om själv. Ofta skiftar man med att ta egna patienter och följa med akutläkaren till mer komplicerade patienter. Efter att man tagit hand om en patient själv brukar man ofta få feedback om vad man skall lägga märke till och göra, etc. av akutläkaren.

Efter denna genomgång av en kandidats vardag under kirurgiterminen har vi fått den bakgrundsinformation vi behöver för att förstå vilken sorts miljö den svenske läkarstudenten utbildas i och vari socialiseringen - och standardiseringen till läkare sker? Vad kan jag dra för slutsatser ur mina dagboksanteckningar? Har jag förändrats? Är jag på väg att bli en standardläkare?

## 6 Resultat av dagboksanalys

### 6.1 Inledning

Kapitlet är uppdelat i två underdelar. Först diskuteras analysens resultat i generella termer, samt jämförelser göres med litteraturen.

Därefter följer en specifik del. I denna analyseras min interaktion med mitt rollset, samt speciella grupperade händelser som framkom vid den vidare analysen. Fortlöpande i texten gör jag hela tiden jämförelser med tidigare genomgången socialiseringslitteratur.

Analys av dagboken resulterade i 174 händelser mellan interaktionspar. Dagboken innehåller dock endast 160 nummerade händelser. För fjorton dagboksanteckningar var det inte möjligt att bryta ned anteckningen i mindre delar utan att betydelsen i anteckningen skulle ha gått förlorad. Dessa fjorton händelser innehöll två interaktionspar. Därför har dessa registrerats som en händelse, men bokförts i två kolumner. Ett exempel gives nedan:

11 *Dr WS, som jag går tillsammans med, tar sig tid att förklara både för mig och patienterna. Denna händelse nr 11 är representerad både i interaktionsparet läkare - patient, samt i interaktionsparet läkare - läkarstuderande.*

## 6.2 Generella resultat

Dagboksanteckningarna speglar vad jag som läkarstuderande upplever som viktigt. Majoriteten av mina observerade interaktioner (53 % 92/174) sker med läkare, vilka jag tillbringar det mesta av den kliniska tiden med, samt minst med andra läkarstuderande (1 %), se **tabell 2** nedan. Interaktion med personal är vanligare än min egen interaktion med patienter och läkares antecknade interaktion med patient tillsammans (21 % för interaktion med personal, mot 10 % respektive 6 % med patient). Huvuddelen av interaktionen med personal innefattar operationsbestyr - frågor när en operation börjar, om sterilklädning, etc. Visserligen interagerar läkaren hela dagen med många patienter under tiden som jag följer denne, men det är bara ett fåtal av dessa tillfällen som jag registrerat i min dagbok.

<b>Interaktionspar</b>	Läkarstudent	Patient	Personal	Läkare
Läkarstudent	2	11	37	92
Patient	-	-	-	-
Personal	-	2	-	-
Läkare	-	18	8	4

**Tabell 2.** Antal händelser per interaktionspar.

Vad dessa siffror säger är de vikter jag sätter på de olika rollinnehavarna i mitt rollset. Sålunda är de viktiga personerna för mig i mitt rollset i viktad ordning läkaren 53 %, annan personal 21 %, observerad interaktion läkare-patient 10 %, samt patient 6 %. Den viktigaste personen för mig är läkaren, se **tabell 2** ovan. Vad han gör och hur han betar sig skapar fler intryck hos mig än någon annan del av mitt rollset. Shuval (1975b) fann att av alla de fyra socialiserande agenterna - läkarlärarna, annan personal, patienter samt läkarstudenterna själva som grupp, så var det ingen som dominerade. Mina siffror talar för att läkaren är den dominerande och att läkarstudentgruppen har en mycket perifer betydelse.

Detta är dock inte hela sanningen. Även om de tillfällen till interaktion med patient jag har är få, så kan dessa tillfällen vara av större vikt än andra interaktioner, vilket bland annat Merton et al (1957) poängterar - det är då studenten får känna sig som läkare. Becker et als (1961) huvudtes å andra sidan är att miljön inte tillåter läkarstudenten att ta ansvar. Som läkarstudent är man i verkligheten på kliniken kluven i sina roller, vilket händelserna under ett jourpass en kväll på ortopedakuten nedan visar exempel på.

120 *När jag kommer till ortopedakuten, så hälsar jag på sjuksköterskan och undersköterskan. Jourhavande ortoped BK har inte kommit än. Väntar.*

121 *Sjuksköterskan på ortopedakuten frågar om jag vill ta patienter själv. Säger nej. Jag känner mig inte riktigt säker.*

122 *Ortopedjour BK kommer. Han är lika fyrkantig som sist och trött igen. Han i stort sett sätter en patientjournal i händerna på mig. Jag frågar hur jag skall undersöka, får svar och går sedan in till patienten.*

123 *Patienten accepterar mig fullständigt som läkare. Tar upp sjukhistorien – men det blir tysta luckor - hon vet inte vad hon skall säga, för hon vet inte hur rollerbladefallet gått till. Det*

*finns kanske inte så mycket att säga, mer än att hon trillat och nu har ont. Undersöker henne. Säger att det här får vi röntga.*

*124 Kontrollerar med ortopedjour BK. Han anser att röntgen av fotleden räcker, röntgen av underbenet behövs inte.*

*125 Hänger istället på ortopedjour BK, då jag vill se mycket. Om jag tar egna patienter tar det längre tid och under tiden kan jag missa något jag borde se...[händelsen trunkerad]*

*133 Sjuksköterskan på ortopedakuten kommer med jämna mellanrum in och vill ge mig nya patienter, men jag avböjer. Säger att jag vill ta en då och då.*

I ovan händelser under ett jourpass på ortopedakuten ser vi exempel på att jag som läkarstudent ser mig själv som en läkarstudent och inte som läkare. De få tillfällen jag har på ortopedakuten vill jag inte missa några sk. typfall. Som läkarstudenter bockar vi mentalt av de diagnoser vi skall se - x olika sorters armbrott, y olika sorters benbrott, z olika sorters svullna leder, etc. När tillfället ges spelar jag rollen som läkare - och klarar av den. Detta trots att jag i mina egna ögon vet att jag saknar nödvändig kunskap och erfarenhet för att bedöma patientens tillstånd, precis som Conrads autobiografer känner sig (Conrad, 1988). Med Becker et als (1961) ögon näktas jag att ta ansvar på grund av min begränsade erfarenhet av att diagnostisera, samt av att göra ett bra intryck på fakulteten och nödvändigheten av att samla diagnostypfall.

Men mitt rollset behandlar mig som läkare - personalen och patienterna. T o m ortopedjouren behandlar mig som läkare - han ger mig patienter och ber inte mig i första hand som läkarstudent följa efter honom. Trots det ser jag på händelserna som en läkarstudent.

### 6.3 Specifika resultat

I den vidare analysen fördelat på grupperade händelser står ånyo interaktionen med läkare ut, se **tabell 3** nedan. De fyra av fem till antalet flesta grupperade händelser är ånyo mellan läkare och läkarstuderande. Det de grupperade händelserna visar är att jag mestadels blir behandlad jämlikt (43 händelser), samt att undervisningen av läkarlärare fortfarande är en stor del av min vardag (17 händelser). Vidare att personalen behandlar mig med respekt, samt att patienterna accepterar mig som läkare, vilket vi sett exempel på i ovan händelser (händelse nr 120-125, samt 133).

Vad som också framkommer i den vidare analysen är vikten för mig av att bli sedd och se andra - både som personal, patient, läkarstuderande och läkare. Detta framkommer under de grupperade händelserna **hälsar** och **ser igenom**, se **tabell 3** nedan. Vid analysen framkom även tecken på **affektiv neutralitet** hos de läkare jag gått med, samt hur jag **väljer** läkare att gå med.

Dessa grupperade händelser diskuteras mer ingående var för sig i de följande underkapitlen.

De grupperade händelserna **annat** står här för händelser som jag inte har kunnat kategorisera under egna rubriker. Exempel på **annat** är t ex. att en rond blev en pappersrond med enbart ifyllning av ordinationer, då operationsprogrammet var digert den dagen.

<b>Interaktionspar</b>	Läkarstudent	Patient	Personal	Läkare
Läkarstudent	<i>Patient, 1</i>	<i>Accepterar, 5</i>	<i>Som läkare, 17</i>	<i>Jämlik, 43</i>
	<i>Annat, 1</i>	<i>Ser igenom, 4</i>	<i>Respekt, 7</i>	<i>Undervisning, 17</i>
	-	<i>Hälsar, 1</i>	<i>Ser igenom, 6</i>	<i>Ansvar, 10</i>
	-	<i>Annat, 1</i>	<i>Hälsar, 4</i>	<i>Sådär, 10</i>
	-	-	<i>Nedsättande, 3</i>	<i>Väljer, 8</i>
	-	-	-	<i>Ser inte, 3</i>
	-	-	-	<i>Annat, 1</i>
Patient	-		-	-
Personal	-	<i>Annat, 2</i>	-	-
Läkare	-	<i>Respekt, 9</i>	<i>Respekt, 5</i>	<i>Respekt, 3</i>
	-	<i>Affektiv neutralitet, 6</i>	<i>Nedsättande, 2</i>	<i>Nedsättande, 1</i>
	-	<i>Hälsar, 2</i>	<i>Annat, 1</i>	-
		<i>Annat, 1</i>	-	-

**Tabell 3.** Grupperade händelser per interaktionspar.

Vad visar då dessa grupperade händelser visavi de refererade socialiseringsstudierna? Vad är det som sker i interaktionen mellan läkarstudenten och hans omgivning?

### 6.3.1 Interaktion

Den interaktion jag har är med personerna i mitt rollset - läkarna, personalen samt patienter. Mest interagerar jag med läkare och minst med patienter. Det som redovisas här är dock den antecknade frekvensen av interaktioner, det vill säga de interaktioner som gjort varaktigt intryck på mig.

#### 6.3.1.1 Interaktion med läkare

Det jag kan se i mitt material är att jag till största del behandlas bra i den professionella miljön. I 80 % (53 av 66 händelser (**jämlik + ansvar + sådär + ser inte**)) av de händelser jag interagerar med läkare som läkarstudent behandlas jag bra, som en jämlike - kollegialt. Endast i tre fall av 66 - 5 % har jag känt mig undanskuffad. I resten av händelserna blev jag behandlad indifferent i olika grader. De tillfällen när jag får interaktionerna själv med patienter, som läkare, är väldigt få, totalt 3 % (5/174) av alla beskrivna händelser. Som Becker et al (1961) påpekar, vilket tidigare sagts, så nekas jag att ta rollen som läkare i utbildningsmiljön. Att jag behandlas som en jämlike i 80 % av fallen kan också bero på en bias. Jag väljer i stor utsträckning de läkare jag vill gå med, vilket indirekt gör att jag väljer de läkare att gå med som behandlar mig väl, se kapitel 6.3.4, 5.2 samt 5.4, vilket gör att siffran kanske är högre än den borde vara.

Att det finns en färdig läkarroll att överta, vilket funktionalisterna anser, tycker jag mig inte finna. I Merton et als (1957) perspektiv är dock min observationstid kort, vilket kanske inte ger utslag i att jag stegvis övertar en färdig läkarroll. Merton et als (1957) huvudtes är att det är ensamma med patienterna som läkarstudenterna mer och mer känner sig som läkare. Min observerade interaktion med patienter är sällsynt, se 6.3.1.3. Min studie genomfördes under termin sju av elva terminer. Under observationstiden går jag på den andra av fem kliniska terminer. Jag har här fortfarande fyra terminer på mig att känna mig som en läkare. Desto längre jag kommer, desto mer "läkarlik" borde då mina läkarlärare se mig. I det här stadiet är jag inte så långt kommen. Det kan förklara att jag blir indifferent eller sämre behandlad i 20 % eller en femtedel av de

observerade fallen. Jag ses inte som en kollega. Detta är i linje med vad Merton et al (1957) fann - att fakulteten ibland behandlar studenterna som blivande läkare, ibland som studenter. Men att behandlas som knappt närvarande eller som luft är inte befrämjande för att överta en färdig läkarroll när mina blivande kolleger inte ens ser mig. Det är inte ens humant. Detta, att ses som en läkarstudent och inte en blivande kollega under den kliniska delen av utbildningen kan enbart leda till att socialiseringsprocessen går långsammare eller tar avsteg i form av aktiv rejektion. Om jag hade behandlats som en kollega av de läkare jag mött hade min självbild otvetydigt varit annorlunda.

Här kan vi anknyta till Ridder (1986), som anser att det viktiga för läkarstudenten är att lära sig yrkets tekniska del och assimilera kunskap om hur att behandla patienter, hur beställa prover, skriva remisser, diktera, etc. Allt detta lär de sig av de läkare de går bredvid. Jag är i det ovan själv ett exempel på detta. När jag är på ortopedakuten avböjer jag att ta egna patienter en stor del av tiden (se händelse 133 i 6.1 ovan), för att istället kunna gå med ortopedjouren och se fler patienter, för att därmed se fler typfall (125 ovan i 6.1). Så har jag också gjort tidigare under observationstiden, när jag gick med urologjouren (se händelse 43 nedan).

Intressant att notera är att 10 % (17/174) av de totala interaktionerna är undervisning, men att jag inte noterat något speciellt här, förutom ett tillfälle, vilket redovisas under **nedsättande** mellan läkare och läkare. Där blev en föreläsare hudflängd av sin professor för att han hårddragit några data i en undersökning för att visa på ett samband. Tolkningen av dessa undervisningstillfällen under den kliniska placeringen är att de ingår i den normala studentrollen och inte ger några nya intryck av samma kraft, som de jag möter i sjukhusarbetet.

Nedan följer ett antal exempel ur dagboken på hur jag behandlats.

**Behandlad som jämlik.** I de flesta fall (80 %), blir jag behandlad som en jämlike av de läkare jag går med, samt får ta visst ansvar. De månar om mig på så sätt att de berättar patientens sjukhistoria, vad de skall göra med patienten, vad jag skall tänka på vid dessa sjukdomar, samt vad jag skall observera samt vad som är intressant för mig att undersöka hos patienten - om det finns tillfälle till det under konsultationen.

Dessa läkare vet vad jag som läkarstuderande behöver lära mig och se. De försöker om det går ge mig detta under konsultationerna. Med dessa läkare känner jag mig inte som något okunnigt bihang som är i vägen, vilket man ibland kan känna. Jag känner med dessa läkare att jag är en del av konsultationen med patienten och att mina frågor och synpunkter är värda något. Jag känner mig som en kollega, en jämlik. Tre numrerade händelser får belysa detta.

12 *Urolog WS presenterar mig som "en blivande kollega" för varje patient.*

138 *Ortoped BS talar snabbt, tyst och otydligt. Patienterna verkar dock ha förtroende för honom. Han lovar aldrig för mycket. Personalen verkar gilla BS. Han har ett mjukt sätt, han hälsar, samt gnatar inte. Ingenting är "jobbigt" när vi är ute och undersöker patienter på andra kliniker under lunchtid. Han drar utan uppmaning patientens sjukhistoria för mig, samt förklarar uttryck samt operationer med teckningar.*

43 *Urologjour OB vill lägga mycket ansvar på mig. Han säger att han tar varannan patient, så får jag ta varannan patient. Jag säger att jag inte kan tillräckligt mycket urologi för att klara detta.*

Ett exempel på jämlik behandling, där jag som läkarstuderande får mig en tillrättavisning för att jag inte gjort som jag blivit tillsagd, men där läkaren ändå behandlar mig med kollegial respekt gentemot andra skedde under en jourkväll på ortopedakuten:

154 Jag får på ortopedakuten ta hand om ett återbesök av en tvååring. Han hade blivit påkörd av en cykel för cirka en vecka sedan, men sedan dess inte blivit bättre. Ortopedjour PF säger att rådgöra med honom innan jag gör något. Jag finner inget fel på tvååringen, men för säkerhets skull tycker jag att vi röntgar om allt som gjordes vid förra besöket. PF försvinner bort till en mer akut sjuk patient, så utan att tänka egentligen så skickar jag patienten till röntgenundersökning. Berättar sedan för PF och när jag säger det upptäcker jag att jag nog gjort fel. PF blir fly förbannad - bad jag inte dig rådgöra med mig innan?

155 PF ringer röntgenjouren och diskuterar. Han nämner inte ens mitt misstag och ingenting hörs på rösten utan han frågar om man kan se något nytillkommet på en röntgenundersökning på så kort tid. Tillsammans bestämmer de båda läkarna att göra en ultraljuds- samt en röntgenundersökning av höftleden, då patienten redan är på röntgenavdelningen.

156 PF bannar mig inte. Det syns väl i min uppsyn att jag ångrar vad jag gjort. Tillsammans går vi sedan in hos tvååringen efter genomförd röntgenundersökning. Tvååringen visar inte några som helst tecken till benbrott. Han haltar knappast ens, som föräldrarna påstår.

157 PF låter mig dock se fler patienter under jourpasset och jag är själv noga med att inget göra utan att rådfråga honom angående röntgenremisser, etc.

**Sådär behandlad.** Vid andra händelser känner jag mig inte behandlad som en jämlike, utan som någon som läkarna vill bli av med. Dessa händelser är få, 15 % eller totalt 10 av de 66 händelser som beskriver hur jag behandlas. En av de mer uttalade händelserna redovisas nedan.

103 Frågar den danske ortopedsten STL, som skall operera en patient i narkos, om jag får vara med. Det går bra, men jag behöver inte steriltvätta och sterilklä mig. Under hela operationen svarar han grötigt och tyst på mina frågor.

104 STL är mest intresserad av vad narkossjuksköterskorna skvallrar om. Med dem talar han högt och tydligt. Till slut går jag.

**Ser inte.** Tyvärr finns det också exempel på händelser när jag inte ens verkar finnas. Dessa händelser är mycket sällsynta, endast 3 av alla 66 händelser (0,5 %) som redogör för hur jag behandlas.

73 Skall gå med ortopedjouren på kvällen. När jag kommer dit står två ortopeder och talar med varandra i läkarrummet på ortopedakuten. Jag ställer mig en meter ifrån dem, men de tar ingen notis om mig. Jag står där i flera minuter innan en av dem tittar på mig. Då hälsar jag och säger att jag är kandidat och skall gå med ortopedjouren i kväll. Han som skall vara jour, BK, tittar bort, samt säger att han skall fixa med något och att jag kan stanna här så länge.

Som synes behandlas jag som kandidat inte konsistent, utan på ett flertal olika sätt av läkarna.

### 6.3.1.2 Interaktion med personal

Av personalen blir jag respektfullt bemött, eller bemött som läkare i en majoritet (24/37 = 65 %) av fallen. Det finns dock också tillfällen när jag och andra blir nedsättande bemöta.

Personalen ser oss både som blivande läkare - och som läkarstudenter som ingenting vet eller förstår. Detta tar både Merton et al (1957) och Becker et al (1961) upp. Ett par exempel på när jag blir respektfullt bemött, samt nedsättande bemött får illustrera detta.

15 Två sjuksköterskor från min avdelning 21 är med på operation i dag och ser en borttagning av en njure. Jag är lite mer aggressiv, men märker att jag utan större åthävor får

*bästa observationsplatsen stående på en halvhög operationspall. När jag går runt och sträcker på benen då och då, så tar de inte min plats.*

53 *Sittrond på morgonen. Överläkare SC håller den. Det finns inte tillräckligt med stolar i rummet. Jag sitter därför med två andra läkare på en brits. En sjuksköterskestuderande sitter på en sekretär i rummet. En sjuksköterska går ut och hämtar in fler stolar. När hon kommer med stolarna, så möter den sjuksköterskestuderande på sekretären min blick och då hon tittar ned som om hon sa - " ta du och sitt på den lediga stolen, jag står".*

137 *När jag skrivit röntgenremisser, etc., på ortopedakuten, så behandlas jag som en läkare. Man känner att man behandlas med respekt för vad man säger och vill. Ja, man bemöts med respekt även för allt annat på ortopedakuten.*

Endast någon enstaka gång har jag blivit nedsättande bemött, vilket exemplena nedan visar:

2 *Ronden går förbi oss, fem läkare med sjuksköterskor i släptåg, men ingen av dem ser oss.*

3 *En av sköterskorna som går med ronden är gnällig och säger att vi inte får stå där i korridoren utan vi får stå längre in där det är bredast, så att vi inte är i vägen. Så står vi där och väntar på den försenade amanuensen som skall visa oss runt på avdelningen.*

52 *Går på demonstration av njurstenskrossmaskinen. Sjuksköterskan där sätter sig på oss när vi - korrekt - kallar det litotripsi och rättar oss. Vi märker att vi är på hennes territorium, här basar hon. Dock verkar inte hennes kunskaper så stora märker vi senare under demonstrationen.*

### 6.3.1.3 Interaktion med patienter

Av patienterna, i de fem få händelser som är antecknade, accepteras jag som läkare eller blivande läkare. Endast en patient av alla de jag mött under observationstiden har jag antecknat som motvillig mot att ha en extraläkare eller läkarstudent närvarande. Hon, en kvinna i 40-årsåldern, var av förklarliga skäl motvillig, då hon med naken underkropp skulle genomgå en urinrör- och urinblåseundersökning i en gynekologstol.

Detta att, som jag skriver, bli "accepterad" (se händelse 79 och 123 nedan) som en läkare och inte en läkarstudent och få agera i rollen som läkare är kanske, som funktionalisterna ser det, så mycket mer värt än all annan interaktion med andra i mitt rollset. De andra medlemmarna i mitt rollset, förutom patienterna, ser mig som det jag är - en läkarstudent på väg att bli läkare. Detta gör att de kan behandla mig olika beroende på situation. De flesta patienter å andra sidan ser inte någon skillnad på läkare och medicine kandidater, vilket gör att jag av dem behandlas som en läkare, för att jag ser ut som en läkare i min läkarrock och namnskylt. Jag har inte vidare i min dagbok antecknat något mer som kan visa på hur jag upplevde dessa händelser förutom att jag kände mig accepterad som läkare. Det är kanske detta som är det stora hoppet - att bli sedd som det man aspirerar på att bli och gå i land med detta. Som någon läkare så vist sagt - oavsett om du känner dig okunnig, så kan du mycket mer medicin är dina patienter.

79 *Går in till patienten på rummet på ortopedakuten. Hon accepterar mig som läkaren som skall sy hennes sår. Hon har blivit sydd flera gånger innan. Hon spelar lite tuff.*

123 *Patienten accepterar mig fullständigt som läkare. Tar upp sjukhistorien – men det blir tysta luckor - hon vet inte vad hon skall säga, för hon vet inte hur rollerbladefallet gått till. Det*

*finns kanske inte så mycket att säga, mer än att hon trillat och nu har ont. Undersöker henne. Säger att det här får vi röntga. (Händelsen tidigare refererad i 6.1)*

#### 6.3.1.4 Sammanfattande analys av interaktion

Vad de ovan beskrivna interaktionerna med läkare, personal och patienter ur dagboken ovan i kapitel 6.3.1.1-6.3.1.2 också visar, är som Froelich och Bishop (1969) och Shuval (1975b) beskriver, att jag som läkarstuderande spelar många roller eller får en roll pålagd mig av de socialiserande agenterna. Froelich och Bishop (1969) resonerar i generella drag att det finns konsekutiva roller man tar under utbildningen, men det ovan visar snarare på att ett flertal roller figurerar samtidigt, dock med en roll i majoritet. Det finns rollen som studenten som inget kan och ingen vill ha med att göra inför personal och läkare (händelse 2, 3, 52 i kapitel 6.3.1.2 och 73 i 6.3.1.1 ovan). Det finns rollen som medicine kandidat inför personal (133 i kapitel 6.2, samt 15 och 137 i 6.3.1.2). Slutligen, vilket visas i detta kapitel, finns rollen som blivande läkare inför patienter (79 och 123 i kapitel 6.3.1.3).

Som tidigare diskuterats i kapitel 3.3.2, ger detta att läkarstudenten är i en komplicerad situation. Han skall eller får inte enbart spela en roll - den blivande läkare - utan spelar tre olika roller. Situationen försvåras ytterligare av att han av samma företrädare för en grupp i sitt rollset - t ex. läkarna, avkrävs olika roller vid olika tillfällen av olika och i bland samme person.

#### 6.3.2 Att se andra och att bli sedd

Tre grupperade händelser lyser igenom inom interaktion mellan läkarstuderande och patienter (4 st.), med personal (6 st.), samt med läkare vid tre tillfällen. Vid alla tillfällen märker jag att jag **ser igenom** patienter och personal, att jag inte hälsar på dem. Vidare att jag inte själv blir sedd. Den första händelsen finns i början av observationsperioden. Den sista händelsen har jag själv kommenterat med en asterisk i dagboksanteckningarna, med en undran vad som händer med mig (se händelse 106 nedan).

Vid vilken tidpunkt i min dagbok som detta sker kan inte med säkerhet fastställas. Troligen är det en glidande övergång, detta att jag slutar hälsa på patienter och personal som jag inte behöver interagera med (händelse 50, 55, 63, samt 106 nedan). Om denna beteendeförändring är orsakad av en värderingsförändring, så är det utom allt tvivel ett exempel på en aktiv identifiering, som en del i ett professionellt rollspel enligt Shuval och Adler (1980), se vidare resonemang om värderingsförändringar i kapitel 7. Att jag känner ett stort motstånd mot denna min förändring är också klart. Jag kan se det redan i början av observationsperioden, där läkare som inte har med patienten att göra inte hälsar på dem under rondan (händelse 18 nedan), samt att mina kurskamrater inte heller hälsar (händelse 49 nedan). Jag har tidigare berört hur ronderna genomförs i kapitel 5.4, där ingen utom ansvarig läkare och sjuksköterska hälsar. Ingen har heller innan vi gick med på vår första rond berättat för oss hur vi skall uppträda på ronderna. Att hälsa på alla patienterna är en praxis som jag i minoritet med några få andra kurskamrater följer.

Möjliga orsaker till att ingen hälsar utvecklas vidare i kapitel 6.3.3 nedan. Som Shuval och Adler (1977) vidare nämner, så förändras inte en läkarstudents samtliga värderingar likformigt, men detta att inte hälsa på är ett tecken på en beteendeförändring hos mig, troligen orsakad av en värderingsförändring.

Att inte läkarstudenterna hälsar kan också förklaras av studentkultursynsättet enligt Becker et al (1961). Om patienten inte har något mer inlärningsvärde, finns ingen anledning att lägga ned mer tid på patienten. Dock hälsar inte någon av de andra läkarna. Läkarstudenterna gör enbart som alla andra, vilket skulle tala för en annan orsak till beteendet än studentkulturen.



Nedan ges i kronologisk ordning alla de händelser i mitt material, från första till sista händelsen, där jag börjar skönja en förändring hos mig själv.

50 *Märker senare hur jag "ser igenom" en del av personalen. Jag hälsar inte och ser dem inte, varken sjuksköterskorna eller undersköterskorna.*

55 *Märkte att när vi kom in på ortopedmottagningen så satt en kvinnlig patient där. Jag såg igenom henne. När jag var halvvägs förbi tänkte jag - jag glömde hälsa eller nicka mot henne.*

93 *När jag var på ortopedens kortvårdsenhet nu på förmiddagen, så märkte jag att jag såg igenom sjuksköterskan och de andra, även om jag inte ville det.*

106 *Vid röntgenundervisningen på morgonen kom jag lite tidigare och en röntgenundersköterska var där inne i demonstrationsrummet och höll på med röntgenbilder. Jag satte mig ned och sa inget. När jag gick in tittade jag bara på henne utan att hälsa. \* Vad är det med mig?*

I materialet ser jag att det för mig, jämfört med många av mina kurskamrater, är väldigt viktigt att hälsa på alla, att bli sedd och se andra:

16 *På morgonronden hälsar jag på alla patienterna och håller mig nära läkaren som talar med dem. Det är fyra eller fem läkare med under rondan, plus avdelningsföreståndaren och sjuksköterskan som har hand om patienten.*

18 *I princip är det läkaren som har eller skall operera patienten, som pratar med patienten. Han är också den ende som ser henne i ögonen. Jag märker detta speciellt på rum 7, där det ligger en patient med månader långa komplikationer. Jag och två andra läkare möter honom med blicken – överläkare SM och den som initialt pratar med pat.*

49 *Grupp-kollision, två kandidatgrupper samtidigt på rondan. Ingen av dem hälsar på patienterna eller personalen. Ingen av kandidaterna säger något under hela rondan.*

76 *Senare under ortopedjourkvällen hälsar jag på all personal på ortopedakuten.*

120 *När jag kommer till ortopedakuten, så hälsar jag på sjuksköterskan och undersköterskan. Jourhavande ortoped BK har inte kommit än. Väntar. (Händelsen tidigare refererad i 6.1)*

146 *Det tar lång tid innan operationen börjar. Jag går så länge och tittar på en spinalbedövning till en patient som skall opereras med en spik efter ett höftledsbrott. Nickar mot sjuksköterskan och undersköterskan i operationsrummet, när de tittar på mig.*

Att det inte är helt ovanligt ibland med att **se igenom**, visas av händelse 73 i 6.3.1.1, när jag gick ett ortopedjourpass. I vissa situationer verkar **ser inte** vara en etablerad praxis på avdelningen, som i händelse 2 och 18 ovan. Hur patienter reagerar på att inte bli sedda går utanför denna uppsats syfte, men hur en läkarstuderande kan känna sig, när han står i ett förberedelserum till en operationssal tillsammans med en narkosläkare utan att bli sedd är:

147 *Jag gick in i förberedelserummet tillsammans med narkosläkare när han kom. Han står 0,5 m från mig men ser mig inte! Han säger inget till patienten, som är vaken, utan börjar dona med*

*sitt. När den lugnande medicinen patienten fått i blodet slutat verka och hon börjar bli orolig igen, så säger han till henne att läkaren är här. Sedan får hon lugnande medicin i blodet igen.*

*Jag säger inget förrän de behöver hjälp att lyfta patienten till sittande inför bedövningsslangingreppet. Narkosläkaren lägger knappt märke till mig när jag hjälper till att lyfta patienten. När en av mina kurskamrater kommer in halvvägs under ingreppet hälsar han direkt på henne. Hon gick med honom under förmiddagen. Efter ingreppet ställer jag någon fråga och då registrerar han mig. Han tittar på min namnskylt (där det står att jag är medicine kandidat) och sedan svarar han.*

Att jag reagerar starkt under denna ovan händelse ovan är förståeligt, med tanke på att hälsa på någon är viktigt för mig och att jag hela tiden själv hälsar på dem jag interagerar med.

### 6.3.3 Olika perspektiv - affektiv neutralitet

Ridder (1986) diskuterar i sin artikel den affektiva neutraliteten som en del av den professionella rollen. Genom att anta en distanserad attityd kan man koncentrera sig på att lära sig den tekniska biten i yrket och undviker därmed att identifiera sig med den enskilde patientens lidande.

Detta är ett sätt att se hur läkarna i händelse 18 (kapitel 6.3.2 ovan) beter sig under rondan, då enbart den ansvarige läkaren talar med patienten. Läkarna undviker att engagera sig i patienter de inte måste ta ansvar för. Vid andra ronder senare (händelse 49 i kapitel 6.3.2), så gör läkarstudenterna sammalunda. För undertecknad var det en svår process (händelse 18 i kapitel 6.3.2). Å andra sidan ser vi som läkarstudenter i alla andra situationer patienterna som läromedel, vilket händelse 48 nedan med all önskvärd tydlighet visar.

48 *Vi kandidater berättar för varandra vad vi haft för sorts patienter och hur vi handlagt dem.*

Kirurgi innebär att en kunskap och fingerfärdighet inom operationsteknik måste inhämtas. Två till tre dagar i veckan ägnas helt åt operation - läkaren tränar då operationsteknik (se kapitel 5.3 Klinkens veckoverksamhet). En allmänläkare har under samma vecka mottagningar i stort sett fem dagar av fem - läkaren tränar då samtals teknik.

En mer distanserad attityd inom kirurgi som tecken på en affektiv neutralitet visavi allmänläkare skulle därför inte vara osannolik. Den attityd läkarstudenterna här så möter på en kirurgavdelning är således kanske mer distanserad än vad de skulle finna inom andra specialiteter. Detta skulle kunna förklara mitt möte med narkosläkaren (händelse 147 i kapitel 6.3.2 ovan) - distanserat teknisk, samt mitt möte med två ortopedier som inte hälsar (händelse 73 i 6.3.1.1).

Dessa två händelser kan dock även förklaras av bufflighet, ouppmärksamhet eller lapsus hos de inblandade. Vad för signaler de sänder till mottagaren är dock något helt annat, se kapitel 6.3.2.

Jag kan i hela mitt material se att jag inte ändrar inställning till dessa situationer med affektiv neutralitet - jag reagerar hela tiden med inaktiv orientering - jag kvarhåller min åsikt enligt Shuval och Adlers terminologi (1980). Olika exempel på en affektiv neutralitet som jag observerat ges nedan.

87 *Möte med patient inför eventuell handkirurgisk operation. Fyra handkirurger, en arbetsterapeut, en sjukgymnast samt patienten sitter runt ett ovalt bord. Handkirurgerna sitter i ena hörnan och patienten längst bort. Handkirurgerna diskuterade sina kommande operationer. De tog in de patienter som de var tveksamma till om en operation skulle förbättra patientens tillstånd eller ej. Patienten fick sitta i hörnstolen, undersökas och diskuteras med. Det kändes*

*kymigt. Handkirurgerna talade fackspråk och som om patienten knappt var där. Det kändes Kafkiskt.*

92 *Ortopedkandidatmottagning, med särskilt kallad patienter för oss kandidater, strulade. Kommer efter en diskussion in till patienten med kandidatmottagningsläkaren GM. En annan kandidat har precis varit inne hos patienten och tagit upp sjukhistoria samt undersökt. GM tar upp fullständig sjukhistoria, samt undersöker patienten. Under tiden pratar han med oss och knappt med patienten.*

136 *Många av de patienter vi ser med knäbekymmer får beskedet att avvakta och komma hit igen om en vecka till ortopedakuten. Detta måsta kännas frustrerande för patienten då ingen behandling eller något annat ges. Ortopedjour BK ser det dock inte så - utan det är så här dessa fall skall handläggas.*

150 *Går med på dagen på ortopedoperation. Ortopeden som skall operera, BK, säger ingenting, han hälsar inte ens på första patienten när han går in i operationssalen där patienten ligger vaken på operationsbordet, bedövad nedom midjan. BK går runt i salen iklädd blyförkläde som skyddar mot röntgenstrålar. Han studerar röntgenbilderna, går bort och tittar ut genom fönstret, samt går sedan därifrån för att komma tillbaka senare när alla förberedelserna är klara inför höftoperationen.*

151 *Andra patienter talar BK lite med, men efter det att deras höftoperationen är färdig.*

Flera av händelserna berör samma ortoped och händelse 150 och 151 kan tyda på en bufflighet. Andra ortopedier betar sig annorlunda, som t ex. händelse 138 i kapitel 6.3.1.1 vittnar om. Dock speglar händelse 87 (fyra andra läkare), 92 och 136 (där samme ortoped som i 150 och 151 figurerar) klara kliniska situationer där en affektiv neutralitet skiner igenom.

#### 6.3.4 Att välja läkare att gå med

Shuval (1975b) nämner att "*stjärnläkaren*" inte har så stor inverkan som tidigare studier hävdar. Det anser jag att han har. Som läkarstudenter letar vi, i Becker et al (1961) studentkulturanda, hela tiden efter de patienter och de läkare som kan ge oss mest kunskap lättast just nu. En kandidatvänlig läkare är här hundrafalt önskad framför någon annan, se tidigare resonemang i kapitel 5.2 och 5.4.

I ovan kapitel utvecklas vidare hur man som medicine kandidat väljer läkare att gå med och vilka man skall undvika, som ett tecken på en aktiv studentkultur. Detta att jag redan gjort ett val av vilka läkare jag väljer att gå med kan förklara att jag i de flesta sammanhang behandlas väl av andra läkare, se kapitel 6.3.1.1. Jag har redan valt en "kandidatvänlig" läkare att gå med. På så sätt blir mina resultat biaserade, men detta är en effekt av ett aktivt val.

Men som Shuval (1975) och Becker et al (1961) visar, så får man inte anta rollen som läkare för fort, utan att drabbas av hån från sina kursare, vilket jag väl kommer ihåg. De som klädde sig eller levde för mycket in i rollen sågs med milt överseende av de andra, se 5.4. Detta har jag dock inte antecknat i mina observationer.

Precis som patienterna och läkarstuderande kan känna att de talar med någon som ser världen på ett helt annat sätt, likaväl kan man känna sig väl till mods när man går bredvid en läkare som man själv valt att gå med:

45 När läkaren jag ursprungligen gick med går på medarbetarsamtal går jag med HF. Han är stressad, men tar sig tid. Han bryr sig och kommer ihåg vad jag heter [från förra gången jag gick bredvid honom].

71 En kurskamrat, M, tyckte HF på urologen var bra för att han hade kunskap, svarade på frågor och tog sig tid för det. Vidare tyckte han om CL, som gjorde ett klavertramp med en hurtig inställning till en patient, när han kom för sent till besöket och det visade sig att patienten för några veckor sedan fått lungcancerbesked. Han pratade efteråt ordentligt med patienten och berättade sedan detta för studenterna. M menade att han visade på misstag, erkände det och rättade till.

112 Hänger på TL istället som skall gå som handkirurgkonsult till reumatologen. TL känns lite för snäll.

113 Han har tre patienter som handkonsult. Hälsar på nästan alla patienter och nickar då vi är många i rummet. Patienterna är alla reumatiker och vana vid mycket folk vid undersökningarna. TL förklarar villigt efteråt varför han gjorde vissa undersökningar.

141 Hittar BK och BS i slussen till operationssalen. Frågar om jag får vara med på ryggoperationen. Oja. BS beställer in en monitor. Efter ett tag tycker han att den ger för dålig bild över operationsområdet och beordrar mig att sterilklä mig. Tvättar mig och blir sterilklädd av operationssköterskan. Får titta intermittent i mikroskopet och BS svarar på frågor samt BS uppmanar BK att visa och berätta! Mycket stimulerande.

Motsatsen finns också, när man känner sig ovälkommen och som femte hjulet. Dessa händelser skedde dock inte så ofta (10 av 92 händelser). Ofta fanns det en orsak:

25 Letar upp SM och frågar om kan få följa med på hans mottagning. SM säger Ok, men verkar lite motvillig till det. Jag ser senare i schemat att vi kandidater skulle följa med på ultraljudsmottagning endast på onsdagar och det visar sig senare att det var hans måndagsmottagning som jag gick med på. Följer honom i bakhasarna på hans väg genom avdelning 22.

85 Gick sedan till handkirurgmottagningen på ortopedens kortvårdsenhet. MT var där. Var butter och sade inte speciellt mycket, verkade vilja komma undan mig. Svarade sådär på frågor. Klockan elva var inskrivningarna slut och han sa att vi ses här igen kl. 12.30, då är det möte där och där.

109 Eftermiddagsmottagning med MT. Efter förra dagen jag gick med honom tyckte jag nog att han är skrovlig i början - men bra när man kommit innanför detta. Nu är han riktigt vänlig och inte så avvisande som sist.

Vi har nu sett vilka förändringar som skett och vilka bemötande jag upplevde under min observationsperiod. Vad betyder då dessa i ett större perspektiv?

## 7 Sammanfattande analys

Leidners (1993) fynd och slutsatser om enkla arbeten i den interaktiva servicesektorn ger många insikter om professionell socialisering. Många av de standardiseringar som den interaktiva servicesektorn utsätter sina kunder för finns även inom professionell service. Patienter standardiseras genom att de även här förväntas bete sig på ett visst sätt för att arbetet i organisationen skall flyta smidigt. De beställer tid till mottagning, de kommer i tid, de ställer inte till scener, enbart om de är svårt akut sjuka kommer de till akutmottagningen, etc.

Läkare använder även de vissa personliga standardfraser - "Vad för dig hit idag?", "Var så god och sitt.", "Har du några andra sjukdomar?", "Vilka mediciner tar du?", "Är du allergisk mot något?". Under utbildningen gnuggas läkarstudenterna i vilka frågor de skall ställa för att diagnostisera olika sjukdomar, men någon skriptning av hela eller delar av patientsamtalet förekommer inte. Någon skådespelarprestation i stil med försäkringsförsäljarens kundsamtal ges heller inte av läkare. Emotion work ingår som en integrerad del i hela arbetet för skapa förtroende, tröst och förståelse. Personalen på sjukhus avkrävs uniform i form av adekvata sjukhuskläder samt namnbricka.

Följande Leidners (1993) resonemang är den standardisering en professionell utsätts för mycket kraftigare än den McDonald's arbetaren och försäkringsförsäljaren utsätts för, om än på ett subtilt sätt. Den stora skillnaden ligger i den hårda styrningen av beteendet för den interaktive servicearbetaren - vilket inte behöver ske för den professionelle. Den interaktive servicearbetaren upptar på kort tid explicit sin kultur. Han blir socialiserad genom skrivna regler angående beteende. Den professionelle upptar sin kultur mer på ett implicit sätt under årtal av utbildning och vidareutbildning. Den interaktive servicearbetarens korta socialisering är tydligt synlig, medan den professionelles långa socialiseringen är mer osynlig till sin natur för en utomstående. Oavsett vad denna skillnad i socialisering beror på, så visar exemplet interaktiva servicearbetare att trots klart fastställda regler om beteende och om detta leder till en socialisering, så kvarstannar flertalet av personalen inte länge på sin arbetsplats. Vad detta beror på kan ha flera orsaker.

McDonald's tillämpar en låglönepolitik och skiftarbete, vilket i högsta grad kan bidra till personalomsättningen. Vidare har en del arbetet på McDonald's vid sidan om t ex. skolgång. För försäkringsförsäljare gäller till viss del långa dagar. De har vidare prestationslön. En annan möjlig orsak till att McDonald's arbetaren slutar kan vara bristen på värdighet i arbetet. För en stor del av försäkringsförsäljarna är detta inte ett problem. Trots detta har båda företagen en stor personalomsättning. Kan en bidragande orsak vara en inkomplett socialisering? En inläring av rutiner utan en större omvandling av personen bakom? En svårighet att dela företagets ideologi, vilket är inkompatibelt med att kunna spela sin arbetsroll i det långa loppet? Detta kan i viss mån motsägas av försäkringsförsäljaren - för att lyckas vill företaget att han blir sitt bättre jag - superförsäljaren. Ändå slutar folk. Att de båda framgångsrika företagen efter så många år i sin bransch inte har lärt sig att selektera ut och få personal som klarar av arbetet samt bli kvar synes osannolikt. Annars skulle en felaktig selektering av personal kunna förklara en hög personalomsättning. För professionen läkare är det annorlunda. Personalomsättningen här är mycket låg. Mycket få lämnar yrket.

Vi kan här ånyo från diskussionskapitlet om socialisering närma oss internalisering av värderingar på ett annat sätt. Som diskuterades där, så definierar Katz och Kahn (1966) fyra olika sätt på vilket rollinnehavare kan fås att prestera. Läkaryrket hamnar här i grupp tre eller fyra. Grupp tre definierar ett självförverkligande yrke som ett komplext, varierat och ansvarskrävande yrke. Grupp fyra definierar internalisering av organisationens mål som ett yrke där bland annat låg frånvaro och få nyanställningar finns, förutom hög produktivitet. Läkaryrket hamnar här till största del i grupp

fyra. Det finns sålunda mycket som talar för att läkarstudenten upptar värderingar.

För att återgå till den interaktiva servicesektorn, så måste otvetydigt både McDonald's och Combined Insurances ha adresserat problemet med hög personalomsättning - men tydligen utan att finna någon lösning. Lösningen synes därmed svår, men en del av orsaken kan vara brist på indoktrinering till organisationens normer kan vara sannolikt. Så som jag har definierat socialisering, med ett selektivt upptag av värderingar och beteende, etc., så kan företagen ha en inkomplett socialisering. Beteendeformaliseringen genom arbetsprocessen är kanske inte tillräcklig för en interaktiv servicearbetare, men tillräcklig för en verkstadsarbetare? Som Leidner (1993) skriver, så utmanas autenciteten - kan någon vara och uppvisa de värderingar som t ex. McDonald's ställer på sina arbetare?

I det långa loppet finns det kanske inte någon autentisk människa som kan serva varje kund med ett leende inom mindre än sextio sekunder, såsom hamburgerkedjan vill. Barn drömmer inte om att bli McDonald's arbetare, de drömmer om att bli brandmän, sjuksköterskor, astronauter eller läkare. Yrken med autencitet. Yrken man stannar i. Yrken man blir. Ett yrke och en framtid som läkarstudenten upplever dagligen under de sista tre åren av sin fem och ett halvtårsutbildning, när han i sin speciella utbildningssituation interagerar med framtida arbetskolleger i form av läkare och övrig personal.

Att det finns stora möjligheter till interaktion med sitt rollset och därmed överföring av värderingar, visas av genomgången av en läkarstudents vardag på en kirurgklinik i kapitel 5.

Läkarstudenten i den kliniska fasen tillbringar nästan en hel 40-timmars arbetsvecka på sin framtida arbetsplats. Här följer han sina patienter och de läkare han går bredvid, vilka kan ge honom de kunskaper och erfarenheter han saknar. Utöver detta har läkarstudenten sedan resten av veckans timmar på sig att läsa in kurslitteraturen, för att kanske som Becker et al (1961) uttrycker det, göra ett gott intryck på fakulteten och visa att han har gjort sin hemläxa.

Enligt **funktionalisterna** (Merton et al, 1957) övertar läkarstudenterna under denna tid stegvis en färdig läkarroll, implicit och explicit.

**Interaktionisterna** (Becker et al, 1961) ser å andra sidan att det finns en studentkultur, vilken gör att läkarstudenten klarar sig igenom utbildningen, men att detta inte säger något om vad för sorts professionella de blir. Samtidigt hävdar interaktionisterna dock att läkarstudentens långsiktiga perspektiv framkommer i slutet av utbildningen. Denna har omvandlats från en idealism till en pragmatisk idealism, som tecken på en socialisering och värderingsöverföring.

Kritikerna mot interaktionisternas slutsatser hävdar att läkarstudenterna visst upptar kvarvarande professionella värderingar, men att de sedan använder dem i en annan miljö än den interaktionisterna definierat, därav kan interaktionisterna inte mäta vad som sker. Det skulle vara orsaken till att interaktionisterna inte kan uttala sig om vad läkarstudenten blir efter examen (t ex. Baszanger, 1985).

**Rollspelsanhängarna** (Shuval (1975a, 1975b), samt Shuval och Adler (1977,1979,1980)) finner att läkarstudenterna blir kraftigt socialiserade, närmast som socialisering av barn, samt att de modelleras - aktivt, rejektivt eller inaktivt efter sina modeller, men att samtidigt att en ta sig igenommentalitet finns. De finner i slutet att det inte går att säga hur och vad för ena professionella läkarstudenterna blir som färdiga läkare. Men under läkarutbildningen har de upptagit professionella värderingar, vilka förändras när de närmar sig examen - som ett tecken på att en annan roll med andra värderingar krävs nu eller senare som ett tecken på en generationsfaktor?

**Objektiveringen**, som ett resultat av teknifieringen av medicin (det naturvetenskapliga paradigmet) och vikten av att lära sig yrkets tekniska sidor och därmed ett antagande av en till patienterna distanserad attityd är kanske ett fjärde svar på hur läkarstudenterna socialiseras under sin utbildning. Men inte hela svaret.

Dock kan ingen av de ovan synsätten med säkerhet säga vem den färdige läkaren blir. Detta ligger också utanför denna uppsats mål. Men en socialiseringsprocess borde leda någonstans, även för en läkarstudent.

Froelich och Bishop (1969) resonemang om **konsekutiva roller** under hela utbildningen till färdig specialist är här tilltalande - läkarstudenten blir socialiserad till olika roller under utbildningen och den färdige läkaren blir åter mer och mer socialiserad under början av sitt yrkesverksamma liv. Detta talar också Mintzbergs (1983) fördjupade resonemang om utbildning och indoktrinering av den professionelle läkaren. För läkarstudenten upptar under sin utbildning kunskaper, färdigheter samt indoktrineras i organisationsnormer, det vill säga upptar värderingar. Efter legitimering sker ytterligare utbildning och indoktrinering under utbildningen till specialist.

De ovan tidigare refererade artiklarna och böckerna om socialisering och professionalisering, genomgången av den svenske läkarstudentens kliniska vardag, Leidners resonemang om enkla arbeten i maskinbyråkratin, samt socialiseringsstudierna om läkarstudenter talar i en riktning. Läkarstudenten upptar selektivt värderingar under sin utbildning. Den professionella socialisering som sker, sker på flera plan och i olika hastighet. Men läkarstudenten blir förändrad och upptar värderingar under sin professionella socialisering.

Vad kan jag då säga om min egen studie jämfört med de tidigare refererade studierna? På sin placering har läkarstudenten flera olika roller att spela, som tecken på skiftande krav i olika situationer hos medlemmarna i hans rollset. Detta gör att den högt motiverade läkarstudenten finner sig kastade från att bli betraktad i korta ögonblick som en RIKTIG läkare, till att under längre perioder betraktas som en diabetesläkare så tydligt uttryckt det om sin egen tid som medicine kandidat, då han kände sig "*...som ett frimärke i väggen*".

Att i denna miljö, längst ned på rangskalan, skapa sig en konsistent identifikation av den professionelle yrkesmannen, samt att träna på denna roll är svårt. Miljön ger inte i någon större utsträckning läkarstudenten dessa möjligheter till identifikation. Att bemärka i detta resonemang är Becker et als (1961) argument - läkarutbildningen är en teoretisk akademisk utbildning - ingen är en färdig allvetande doktor som kan alla tekniska undersökningstekniker vid läkarexamen. Det är allmäntjänstgöringen och de därefter följande fem åren till specialistexamen till för. Dessa år skall bibringa de nödvändiga kunskaperna, handgreppen och samtalsteknikerna för den valda specialiteten.

Att jag slutat hälsa under min observationstid står utom allt tvivel. Av mitt dagboksmaterial framgår också att jag inte önskade denna förändring hos mig själv. Detta tyder på en beteendeförändring eller en värderingsförändring ledande till en beteendeförändring. Med ovan resonemang om att läkarstudentens miljö är en stark socialiserare och att värderingar förändras hos läkarstudenter, så är det troligt att min beteendeförändring är orsakad av en värderingsförändring. Detta skulle då tyda på en aktiv identifiering enligt Shuval och Adler (1980).

Vidare har jag sett flera tecken på affektiv neutralitet och reagerat negativt mot detta. "*Det kändes Kafkiskt*", som jag skriver i min dagbok (händelse 87, se kapitel 6.3.3). Under hela observationstiden kvarstod min inaktiva orientering mot detta, jag behöll min värdering. En längre observationstid hade kanske låtit mig ana om detta senare ledde till en aktiv identifiering, att jag upptog den affektiva neutraliteten, som en del av den professionella rollen, enligt Ridder (1986), och som en del av standardiseringen till läkare.

Således är de beteendeförändringar jag kan se hos mig själv under dagbokens observationstid troligen ett uttryck för en selektiv värderingsförändring i enlighet med Merton et als (1957) definition av vuxensocialisering, under en pågående socialiseringsprocess. Det är också en implicit värderingsförändring. Ingen lär mig detta, utan jag upptar det implicit i min roll som läkarstuderande. Jag har i mitt dagboksmaterial i slutet av observationstiden reflekterat över denna

förändring genom att undra "Vad är det med mig?" (händelse 106 i kapitel 6.3.2).

För de övriga dimensionerna i **systemanalysmodellen**, kan jag i mitt korta material varken belysa om en kvarvarande socialiseringseffekt, en generationseffekt eller en standardisering finns. Således finner jag att i två av symstemanalysmodellens dimensioner, beteende och värderingar, kan jag i min fallstudie påvisa en förändring hos mig själv. Detta ger dock inte tillräckligt med information för att min fallstudie skall kunna klassificeras under någon av de genomgångna systemmodellerna eller konsekutiva roller.

**Sammanfattningsvis** har jag i korthet funnit att värderingar överförs under den professionella socialiseringen av läkarstuderande på ett komplext sätt liknande den socialisering barn utsätts för.

Vidare har jag i min korta fallstudie sett bevis på att jag själv förändrat mina värderingar och mitt beteende under observationsperioden i form av en aktiv identifiering, samt jag har sett tecken på en studentkultur samt rollspel. I min korta observation kan jag inte belägga om denna belagda del av en professionella socialisering är en bit på vägen till att bli en standardläkare, men inte heller bevisa motsatsen. Det kan endast tiden utvisa.

I det längre perspektivet, blir läkarstudenten en standardläkare? I min litteraturstudie finner jag att funktionalisterna anser det. Interaktionister och rollspelsanhängare kan inte med sina studier besvara frågan. Företrädare för den affektiva neutraliteten menar att denna kvarstannar som en del av läkarrollen efter examen. Företrädare för konsekutiva roller slutligen anser att läkarens mål är att bli specialistläkare och att den tidigare rollen som läkarstudent inte är adekvata för den roll läkaren senare skall spela. De refererade socialiseringsstudierna har inga definitiva svar, då ingen av dem studerat de yrkesverksamma läkarna efter sin examen, utan enbart studerat dem som läkarstudenter och jämfört deras värderingar med då yrkesverksamma läkare, där bland annat en generationseffekt mellan läkarstudenter och läkare inte alltid kan uteslutas som orsak till skillnader.

## 8 Reflektioner

De refererade socialiseringsstudierna inbegriper läkarstudentens hela utbildning. Den genomförda observationen inskränker sig till 5,5 veckor av kirurgdelen av utbildningen. Observationen är således som påtalats tidigare en del av ett förlopp och inte en observation av det som huvuddelen av refererade litteraturen täcker, nämligen hela läkarutbildningen.

Vad kan jag då säga? Är jag förändrad? Är jag någon annan än den jag var innan jag började läsa till läkare? Vad har i så fall denna kraftiga socialisering lett till?

När jag läser om mina dagböcker idag, så framstår jag ibland i mina egna ögon som okunnig, naiv och hurtig, men med en hunger efter kunskap. Detta är också vad jag ser i många av de medicine kandidater som går bredvid mig nu under halvdagar på Ögonakuten i Lund och som jag alltid presenterar som "*en blivande kollega*" (vilket jag själv blev presenterad som av de jag gick bredvid). Var det så jag var själv som läkarstudent?

Precis som när jag var kandidat så får kandidaten sällan undersöka patienten själv. Dels skulle det ta för lång tid för de ofta välbesökta akutmottagningspassen, dels är undersökningstekniken så svår att de kandidater som går bredvid mig inte rätt kan bedöma vad de ser. Detta gäller särskilt ögonbottenundersökningar, vilka kräver åtminstone sex månaders erfarenhet för att göra en något korrekt bedömning. En helt korrekt bedömning tar ett helt liv.

Vem är jag nu? Med ett ständigt patienttryck på alla sorters mottagningar, har jag också märkt hur jag vid två tillfällen de senaste två månaderna inte brytt mig om att initialt "se" en kandidat, som hängt efter någon annan personal, då jag inte visste om kandidaten skulle bli mitt ansvar eller ej. Efteråt har jag hejdat mig själv och tänkt - vad gjorde du? Genom väntrum går jag



numera utan att se mig om. Ibland nickar jag mot en patient vars blick jag möter. Är det en patient jag känner hälsar jag alltid nickande. Vem jag än är, så är jag fortfarande i förändring.

Vad uppsatsarbetet givit mig är en ökad förståelse och insikt i vad för en process den professionella socialiseringen är. Det har gjort mig mer medveten och gett mig ett perspektiv på min egen nuvarande och tidigare roll, samt på min omgivning i form av kandidater, personal, patienter och de övriga läkarna. Världen har på så sätt blivit klarare, men mer komplicerad.

Vad uppsatsarbete vidare gett är ett praktiskt perspektiv på Mintzbergs (1983) förklaringsmodell för en professionell byråkrati. Varför saker och ting är på ett visst sätt och varför de sker på ett visst har fått sina förklaringar. Läkarmötets relevans på fredag eftermiddag framstår idag i en annan dager. Vi är professionella, vi är läkare, vi är organisationens kärna.

## 9 Vidare forskning

Uppsatsarbetet har givit upphov till fler frågeställningar. Vad som framförallt saknas och behövs är en gemensam klar definition av ordet profession och därmed följande definition av termen professionell socialisering.

En av mina huvudteser har varit att värderingar inpräntas, vilket jag tycker bevisas i det refererade materialet och fallstudien. Men att mäta värderingar är svårt. Går det att säkert visa att värderingar upptas hos vuxna i dessa situationer? En fördjupning av denna fråga hade varit mycket intressant.

Den stora följdfrågan förblir dock obesvarad - vad, vem och hur blir de nya läkarna efter examen? Inga studier kan idag säga vad som sker med den nya generationens läkare och vem de blir. Vem och vad är jag själv om fem eller tio år? Det är intressant att genomföra en ny fallstudie om några år.

Mintzberg (1983) menar att indoktrineringen är en viktig del i formeringen av en professionell. På vilket sätt kommer sjukhusläkarens förändrade miljö i form av en allt högre fokusering på ekonomi, nya managementfilosofier från industrin, ett allt högre tempo i patientarbetet de senaste åren, samt högre krav från både patienter, Socialstyrelsen och specialistföreningar att i framtiden påverka den indoktrinering som skall ske av de läkarstuderande, när de under handledning av färdiga specialister med dessa nya krav på sig skall forma sin läkarroll?

Mintzberg (1983) menar att indoktrineringen är en viktig del i formeringen av en professionell. Professionen står idag inför en utmaning i form av en allt högre fokusering på ekonomi, användandet av nya managementfilosofier från industrin samt ett allt högre tempo i patientarbetet de senaste åren. Hur kommer detta att i framtiden förändra läkarrollen, när samtidigt kraven från patienterna, Socialstyrelsen samt de egna specialistföreningarna ökar?

Kommer detta att leda till en ny läkarroll, där läkaryrkets kärna förändras och därmed även förhållandet till patienten? Vilka konsekvenser kommer detta att få i indoktrineringen av nya läkarstuderande? Vilken bild av läkarrollen kommer dessa studenter att forma, när de handleds av dessa förändrade specialister?