Charlotte Søjnæs

Vejledning af læger - i mødet mellem subjekter, uddannelse og arbejde

En analyse af betydningen af formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier

Ph.d.-afhandling
Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi,
Institut for Mennesker og Teknologi
Roskilde Universitet
Maj 2018

Charlotte Søjnæs
Vejledning af læger -i mødet mellem subjekter, uddannelse og arbejde - En analyse af betydningen af formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier

En udgivelse i serien *Afhandlinger fra Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi,*
Roskilde Universitet

1. udgave 2018

© Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi og forfatteren

Omslag: Ritta Juel Bitsch
Sats: Charlotte Søjnæs
Tryk: Prinfo Paritas Digital Service

Forhandles hos Academic Books på RUC, Bygning 26, Universitetsvej 1, 4000 Roskilde, Telefon: +45 44 22 38 30, ruc@academicbooks.dk

ISBN: 978-87-7349-984-9

Udgivet af:
Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi
Institut for Mennesker og Teknologi
Roskilde Universitet
Bygning 02, Postboks 260
4000 Roskilde
E-mail: forskerskolen@ruc.dk
https://typo3.ruc.dk/forskning/phd-uddannelse/phd-skoler-og-forskeruddannelsesprogrammer/phd-skolen-for-mennesker-og-teknologi/

Alle rettigheder forbeholdes.
Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med COPY-DAN, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.
Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelse.

Forskerskolens forord

En ph.d.-afhandling er forskeruddannelsens 'svendestykke', der demonstrerer, at forfatteren har gennemført "et selvstændigt forskningsarbejde under vejledning", som det hedder i bekendtgørelsen om forskeruddannelse. Ph.d.-afhandlinger er også at betragte som videnskabelige udviklingsarbejder, som afsøger og belyser nye forskningsområder. Denne afhandling er blevet til i ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi under Ph.d.-programmet for Læring, Arbejdsliv og Social Innovation. Programmet omfatter læring i hele livsløbet, i uddannelse, arbejdslivet og i andre livssammenhænge. Det kalder på en tværfaglig forståelse af læring som en subjektiv og social aktivitet i en samfundsmæssig kontekst. Charlotte Søjnæs' afhandling om vejledning af læger i en uddannelses- og arbejdspraksis er et godt eksempel på et stykke solidt forskningsarbejde, der arbejder tværfagligt og med vægt på dybtgående, kvalitative analyser.

Afhandlingen anlægger et helhedsorienteret syn på lægers uddannelse, vejledning og arbejdspraksis. Ved at brede spørgsmålet om den formelle vejledning ud, så det både åbner sig mod de lærendes (de uddannelsessøgende lægers) baggrund, erfaringer og orienteringer, og mod den lægelige arbejdspraksis, belyser afhandlingen de komplekse og dynamiske forhold forbundet med lægers uddannelse. Det bredt anlagte forskningsperspektiv fører afhandlingen til at afsøge teoretisk inspiration fra en række forskellige kilder: biografi- og livshistorieforskning, lærings- og vejledningsteori, professions- og arbejdslivsforskning og emotionssociologi. Problemfeltet aftegnes som meget relevant og samfundsmæssigt væsentligt, ikke blot for professionsudvikling, men også for sikring af bedst mulig patientbehandling, læringsmuligheder og arbejdsmiljø.

Udgangspunktet for afhandlingen er en alment anerkendt viden om, at vejledning af læger i deres uddannelsesforløb langt fra altid forløber som foreskrevet – og langt fra altid opfattes som positivt og betydningsfuldt af de uddannelsessøgende. Der er brug for viden om, hvilken betydning vejledning har i den lægelige uddannelse, og hvordan vejledningen foregår. Afhandlingens forskningsspørgsmål er derfor: Hvilken betydning har formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier? Forskningsspørgsmålets åbne og eksplorative karakter begrundes sammen med de fire perspektiver, forskningsspørgsmålet belyses igennem: Livsforløbets processtrukturer, læring og vejledning i arbejdslivet, professionalisme og dannelse af professionel identitet, relationer og emotioner i arbejdslivet.

Den centrale del af afhandlingens empiriske materiale udgøres af interviews med 16 uddannelsessøgende læger, og derudover er der gennemført interviews med vejledere samt deltagerobservationer i de uddannelsessøgendes arbejdskontekst. Analyserne viser en stor variation i de konkrete vejledningsforhold og i måden, vejledning rammesættes og meningstilskrives. Afhandlingen viser igennem de eksemplariske læringsbiografier, at vejledning og læringsmuligheder i klinikken er personbetingede og så forskellige, at de forekommer tilfældighedsprægede. Her viser afhandlingen at de er betinget af et samspil mellem individuelle læringsstrategier, speciale-specifikke forhold, arbejdspladsens strukturelle opfordringer, og en vis portion held. Ydermere viser afhandlingen at de uddannelsessøgendes subjektive tilgange til at udnytte de potentialer der er, er forskellige, og at disse forskelligheder kan begribes og kortlægges uddannelsesbiografisk. Afhandlingen viser, hvordan forskellige former for læringsmiljøer og læringsrum muliggør udviklingen af forskellige læringsbiografier. De biografiske analyser viser også, at den begrænsede - og til tider fraværende - vejledning kan have både personligt og fagligt kritiske konsekvenser for den enkelte læge. I vejledningen reproduceres forskellige typer af strukturelt pres og stress samtidig med, at de sociale praksisser og normer i afdelingerne påvirker læringsmiljøerne og læringsrummet i arbejdslivet negativt.

Der er stigende krav til lægers kompetencer til at indgå i tværgående, professionelle samarbejder med patienten i centrum. Lægers relationelle kompetencer kommer på den måde i centrum, og Charlotte Søjnæs' afhandling er et væsentligt bidrag til at forstå og i forlængelse heraf udvikle nye måder at tilgå og praktisere lægers uddannelse og vejledning.

Indholdsfortegnelse

Forord **5**

Del I – Introduktion **7**

Kapitel 1. Vejledning af læger – hvad er problemet? **8**
1.1 Modernisering af den lægelige videreuddannelse **9**
1.2 Forskningsspørgsmål **18**
1.3 Forskning i medicinsk uddannelse - relevante diskussioner **21**
1.4 Afhandlingens struktur **30**

Kapitel 2. Den lægelige videreuddannelse **32**
2.1 Opbygning af den lægelige videreuddannelse **32**
Aktører i den lægelige videreuddannelse 33
2.2 Vejlederfunktionen **35**
Samtalesystemet 36
Den individuelle uddannelsesplan 36
2.3 Institution og profession **38**
Hospitalet som læringsinstitution 38
Profession og erkendelsesformer 50

Del II – Metodologi og forskningsstrategi **65**

Kapitel 3. Metodologisk afsæt **66**
3.1 Refleksiv metodologi **66**
En abduktiv tilgang 70
3.2 Biografi og livshistorie **71**
Interviewmetode 73
Livsforløbets processtrukturer 77
3.3 Etnografisk feltarbejde **80**
Forskerposition 84

Kapitel 4. Empiriproduktion **88**
4.1 Udvælgelseskriterier for valg af afdelinger og deltagere **88**
4.2 Kontakt til afdelinger og deltagere **90**
4.3 Tilrettelæggelse af feltarbejdet **92**
4.4 Forskningsstrategier og metoder **93**
4.5 Etiske overvejelser og refleksioner **100**
4.6 Projektets samlede empiriske materiale **105**

Kapitel 5. Afhandlingens teoretiske perspektiver og analytiske greb 106
5.1 Læring og vejledning i arbejdslivet 107
Læring i arbejdslivet 111
Vejledning i arbejdslivet 117
5.2 Professionalisme og professionel identitet 132
Professionalisme under stadig forandring 133
Professionel identitetsdannelse 137
5.3 Relationer og emotioner i arbejdslivet 150
Emotionssociologien 151
Emotioner i medicinsk uddannelse 157
5.4 Udvikling af analytiske greb 163
Biografi: lærings- og livsforløb 167
Uddannelse: læring og vejledning 167
Arbejde: kommunikation og samarbejde 168

Del III – Analyser 170

Kapitel 6. Portrætter og udvælgelse 171
6.1 De 16 deltagere 171
Portrætter af de uddannelsessøgende læger 172
Portrætter af hovedvejlederne 183
6.2 Udvælgelse af uddannelsesbiografier 194
Udvælgelseskriterier 195

Kapitel 7. Tre uddannelsesbiografier 204
7.1 Hannes uddannelsesbiografi 204
Hanne: *'Det er meget svært at bedømme sig selv'* 205
7.2 Opsamling på Hannes uddannelsesbiografi 229
7.3 Rasmus' uddannelsesbiografi 239
Rasmus: *'Jeg har stærkt indtryk af, at jeg ikke er nær så hurtig som de andre'* 240
7.4 Opsamling på Rasmus' uddannelsesbiografi 265
7.5 Adams uddannelsesbiografi 275
Adam: *'Det hele har flasket sig for mig'* 276
7.6 Opsamling på Adams uddannelsesbiografi 292

Kapitel 8. Tre vejlederperspektiver 301
8.1 Jørgens perspektiver på vejledning 301
Jørgen: *'Det er meget svært at skabe sig et overblik over, hvad den uddannelsessøgende så egentlig kan'* 301
Vejledersamtale mellem Jørgen og Hanne 306
8.2 Opsamling på Jørgens vejlederperspektiver 308
8.3 Emilios perspektiver på vejledning 311
Emilio: *'Det er derfor, jeg altid starter med den sociale del'* 311
Vejledersamtale mellem Emilio og Rasmus 317
8.4 Opsamling på Emilios vejlederperspektiver 320
8.5 Henriks perspektiver på vejledning 323
Henrik: *'Det kan sagtens lade sig gøre, hvis folk var mere dedikeret til det'* 323
Henrik vejleder Adam 332
8.6 Opsamling på Henriks vejlederperspektiver 334

Del IV – Afrunding 337

Kapitel 9. Diskussion, konklusion og perspektivering 338
9.1 Tværgående diskussion af uddannelsesbiografierne 338
Livsforløbets processtrukturer 339
Professionel identitetsdannelse 341
Emotioner og emotionsarbejde 344
Læring og vejledning i arbejdslivet 345
9.2 Tværgående diskussion af vejlederperspektiverne 349
Vejledningsprocessen som læringsrum 349
9.3 Teoretiske perspektiver og empiriske fund 353
Teoretiske perspektiver 353
Empiriske fund 357
9.4 Konklusion og perspektivering 358

Litteraturliste 363

Bilag: Interviewguide til vejlederinterview 377

Resume 378

Summary 382

Forord

Denne afhandling repræsenterer den skriftlige fremstilling af en forskeruddannelse, hvis processer rækker ud over selve fremstillingen og afhandlingen. Afhandlingens fokus trækker tråde tilbage til min kandidatuddannelse fra Roskilde Universitet med et fokus på professionelle, der varetager statens kerneopgaver, deres arbejdsvilkår og uddannelser og spinder nye tråde fremadrettet til nye projekter og erkendelser, der kan bidrage til professionelles læring og udvikling i arbejdslivet. Afhandlingen er blevet til på baggrund af de erfaringer og refleksioner, jeg igennem flere år har gjort mig i min stilling som pædagogisk konsulent på den lægelige videreuddannelse i Region Hovedstaden, hvor særligt vejledningens rolle i forhold til lægers læringsforløb, optog mig og skabte kimen til selve ph.d.-projektet.

Mange personer, kolleger og samarbejdspartnere har på forskellig vis bidraget til dette ph.d.-projekt og dem vil jeg hermed benytte lejligheden til at sende en tak:

Tak til min daværende chef Torben V. Schroeder og til min bivejleder Doris Østergaard fra Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) for at gå med på ideen, da jeg præsenterede mine tanker om at forske i de vejledningsprocesser, der kontinuerligt foregår på den lægelige videreuddannelse og for organisatorisk at støtte projektet. Uden denne støtte var projektet ikke blevet realiseret.

Tak til Forskerskolen i Livslang Læring på Roskilde Universitet for at ville indgå som samarbejdspartnere, for en god forskeruddannelse og for et godt læringsmiljø som ramme om min forskning. Tak til mine daglige kolleger på Sundhedsfremme for et åbent fagligt miljø og gode relationer som har betydet meget for mig igennem processen.

Tak til de afdelinger og læger, der har åbnet dørene for mig i deres travle hverdage på de forskellige hospitalsafdelinger i Region Sjælland og i Region Hovedstaden. Særlig stor tak til de otte uddannelsessøgende læger og deres otte vejledere, der har stillet op til interviews og ladet mig følge dem i deres arbejde. Uden dem intet projekt!

Tak til alle mine kolleger fra CAMES Rigshospitalet for stor tålmodighed, opbakning og støtte igennem hele processen og for at modtage mig så åbent og nysgerrigt, da jeg kom tilbage til CAMES. Særligt skylder jeg en tak til Mai-Britt Brauer Petersen for med stor grundighed og omhu at sikre, at kurserne kørte upåklageligt, mens jeg var væk og til min chef Anne Mette Mørcke for sin store støtte til processen både fagligt og personligt.

Tak til alle jer, der i forskellige sammenhænge har villet engagere jer i faglige diskussioner af mit projekt og de mange perspektiver, der trækkes op. Særligt skylder jeg en meget stor tak til Sine Lehn-Christiansen for konstruktiv sparring i projektets sidste fase. Og selvfølgelig en kæmpe tak til min hovedvejleder Niels Warring for at have været der igennem hele processen, for gode diskussioner, stort engagement og for at give mig den plads, jeg behøvede i vejledningsprocesserne.

Og sidst - men mindst: en kæmpe tak til min datter Thea Hundborg Søjnæs for tålmodigt at leve med en til tider distræt mor. Til Thea for at huske mig på, at jeg kan, når jeg selv glemmer det!

Del I – Introduktion

En af de overordnede

Kan du fjerne blindtarme
og operere brok?

Blev jeg spurgt den
første dag

Nej,
ikke selvstændigt
men jeg har dog prøvet
og set det mange gange

Det vil sige
du kan ingenting

Var svaret
tilbage

Jeg vil gerne lære
fik jeg sagt
inden samtalen blev
afsluttet med et

"Det er der ikke tid til"

Marie Louise Malmstrøm, Stregkoden og andre kitteldigte, 2012. Gengivet med tilladelse fra forfatteren.

Kapitel 1. Vejledning af læger – hvad er problemet?

> Veluddannede læger er en blandt flere faktorer, der medvirker til at sikre et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet med stor patientsikkerhed (Sundhedsstyrelsen 2012a, s. 7).

Der er et stigende pres på de sundhedsprofessionelle, der både skal levere høj kvalitet i patientbehandling og imødekomme accelererede krav om effektivitet og dokumentation. Det er der et stort samfundsmæssigt fokus på – mere skjult er det, at de sundhedsprofessionelle - herunder læger også skal udfylde en stor opgave i forhold til at uddanne og vejlede deres yngre kolleger. Uddannelsessøgende læger[1] er ansatte på hospitaler og i almen praksis, hvor de udfylder en jobfunktion. Samtidig har de en lang række læringsmål og kompetencer, de skal have opfyldt, mens de er under uddannelse og imens de selv uddanner yngre kolleger. De udfylder således en tredelt funktion som både ansatte, uddannelsessøgende og uddannelsesgivende på samme tid og hvor de to uddannelsesfunktioner kan blive underprioriteret i forhold til produktionen i form af patientbehandlingen. Uddannelsesopgaven kan således blive opfattet som en ekstra byrde i relation til en række bureaukratiske og formelle krav med lang vej fra policy til produktion, som ikke passer ind i kravene til arbejdets tempo.

I takt med den samfundsmæssige udvikling og den udvikling, der også kendes fra andre professioner (Olesen 2004, Edwards 2010, Evetts 2011, Hjort og Weber 2011, Thunborg 2016, Dent et al. 2016), har kravene til lægers kompetencer ændret sig og det har påvirket professionens autonomi via reguleringer i den lægelige uddannelse. Lægestanden skal dokumentere, at lægers oplæring sikrer fornøden viden, færdigheder og med de rette holdninger til at opfylde de kompetencemål, man fra Sundhedsstyrelsens side har defineret læger skal

[1] En 'uddannelsessøgende læge' er en læge i et videreuddannelsesforløb for at uddanne sig til at blive speciallæge efter afslutning på medicinstudiet. Betegnelsen rummer en skelnen mellem uddannelsessøgende og uddannelsesgivende læger. Det skal bemærkes, at en given læge kan være både uddannelsessøgende og – givende på samme tid.

have, for at kunne varetage de krav, der stilles til et moderne sundhedsvæsen af såvel patienter, pårørende og politikere.

Der er i sundhedsvæsenet et stort fokus på effektivitet i form af kortere ventetid og høj produktion, som måles løbende og har stort samfundsmæssigt og politisk fokus, mens uddannelsesopgaverne ikke har det samme fokus. Dermed er der en risiko for, at de forskellige uddannelsesaktiviteter i mødet med de øvrige og accelererede krav til sundhedsvæsenet bliver stigende nedprioriteret. Uddannelsesopgaven i sundhedsvæsenet indgår ikke i Danske Regioners (2016) nøgletal om sundhed og regional udvikling og repræsenterer på den måde en usynlig eller overset aktivitet, selv om det er en central opgave, der bør sættes fokus på og belyses som en af sundhedsvæsenets kerneopgaver.

Denne afhandling omhandler, hvordan lægers læreprocesser foregår og hvilken betydning formel og uformel vejledning af læger har for professionsdannelsen. Fokus er på hvordan vejledningsprocesserne opleves, erfares og praktiseres på den lægelige videreuddannelse og hvilken betydning, vejledningen har for de yngre læger[2], der vejledes og for de seniore læger[3], der fungerer som formelle og uformelle vejledere. Ambitionen i afhandlingen er, at belyse vejledning som en kompleks aktivitet i en ofte travl og diffus klinisk hverdag, hvor vejledning som fænomen er presset af øvrige krav, opgaver og prioriteringer i en samfundsmæssig kontekst med stigende fokus på produktivitet og effektiv udnyttelse af ressourcerne.

1.1 Modernisering af den lægelige videreuddannelse

> Der er igennem de senere år fra flere sider udtrykt bekymring over kvaliteten i speciallægeuddannelsen, der er den videreuddannelse, som læger gennemfører efter universitetsuddannelsen (Sundhedsministeriet 2000, s. 9).

I år 2000 kom der en omfattende reform af den lægelige videreuddannelse i Danmark, hvor man gik fra at have en tidsstyret uddannelse bestående af an-

[2] Betegnelsen 'yngre læger' dækker læger, der endnu ikke er blevet speciallæger.
[3] Betegnelsen 'seniore læger' dækker læger, der er speciallæger.

sættelser af given varighed til en kompetencebaseret uddannelse med formulering af målbare mål for lægers videreuddannelse frem mod speciallægeanerkendelse. Målene blev formuleret ud fra et canadisk kompetencebegreb, betegnet *'CanMEDS-framework'*, indeholdende syv roller for fremtidens speciallæger: *'Medicinsk ekspert'*, *'Kommunikator'*, *'Samarbejder'*, *'Leder/administrator'*, *'Sundhedsfremmer'*, *'Akademiker'* og *'Professionel'*[4].

Dette blev beskrevet i Speciallægekommissionens betænkning *'Fremtidens speciallæge'* fra 2000, der førte til en reform af speciallægeuddannelsen med indførelse af en ny uddannelsesordning i 2003. I takt med udviklingen i lande som f.eks. Canada og USA blev flere nye pædagogiske elementer indført i speciallægeuddannelsen i Danmark. Alle lægelige specialer udarbejdede derfor i perioden 2001-2003 nye målbeskrivelser for speciallægeuddannelserne ud fra principperne for *'outcome-based education'*:

> An outcome is a culminating demonstration of learning; it is what the student should be able to do at the end of a course. Outcome-based education is an approach to education in which decisions about the curriculum are driven by the exit learning outcomes that the students should display at the end of the course. "In outcome-based education," suggest Harden and colleagues, "product defines process. Outcome-based education can be summed up as *results-oriented thinking* and is the opposite of *input-based education* where the emphasis is on the educational process and where we are happy to accept whatever is the result" (Davis 2003, p. 227).

Det uddannelsesmæssige fokus var dermed på endemålet og på at styre læringsresultatet frem for læreprocesserne. Før uddannelsesreformen blev indført, var der et tidstyret system, hvor de enkelte læger skulle have ansættelser i et givent stykke tid på forskellige afdelinger kombineret med kvantitative mål for udførte procedurer og aktiviteter, som lægerne førte lister over og fik underskrifter for af afdelingsledelsen (fx antallet af bestemte typer af aktiviteter, procedurer og operationer). Listerne blev anvendt i forbindelse med ansættelsessamtaler og som dokumentation i forbindelse med speciallægeanerkendelse fra Sundhedsstyrelsen. Systemet fordrede ærlighed i forhold til at antallet af procedurer var korrekt og indeholdt ingen mål for kvaliteten af de udførte procedurer og operationer.

[4] Dette er den danske oversættelse af rollerne. De syv CanMEDS-roller hed oprindeligt i Canada: 'Medical expert', 'Professional', 'Communicator', 'Collaborator', 'Manager', 'Health advocate' og 'Scholar'.

Oplæring skete som mesterlære i klinikken, dog med forskellige 'mestre' og uformelt via arbejdet i klinikken. Med de nye målbeskrivelser blev kompetencevurdering i forhold til samtlige læringsmål indført i speciallægeuddannelsen og en øget styring og kontrol fra myndighedernes side med den lægelige videreuddannelse iværksat (Eriksen 2009). Uddannelsesreformen fra 2003 skal ses som en professionalisering, modernisering og formalisering af den lægelige videreuddannelse med klare slutmål for hvilke kompetencer læger, skal besidde på forskellige trin i uddannelsen. Målbeskrivelserne indeholder endvidere anvisninger af metoder til, hvordan målene kan læres i klinikken, samt hvordan de kan evalueres og vurderes.

Erfaringer med implementering af reformen

Internationale erfaringer viser, at det er en udfordrende proces at implementere *'outcome-based education'* i relation til et bredt kompetencebegreb som de syv lægeroller i en arbejdsbaseret klinisk kontekst. Særligt er det udfordrende i forhold til de kompetencer, der ligger udenfor rollen som medicinsk ekspert (Frank og Danoff 2007, Cate og Scheele 2007). Yderligere er det en udfordring at foretage kompetencevurdering – især i forhold til de såkaldte 'bløde roller'[5] som kommunikator, samarbejder, professionel, sundhedsfremmer etc., og det kræver implementering af nye og flere forskellige typer af evaluerings- og vurderingsformer (Davis et al. 2007, Dehn et al. 2009).

Det stiller krav til de pædagogiske kompetencer og kvalifikationer de uddannelsesgivende læger, der skal varetage uddannelsesfunktioner, har. Pædagogisk udvikling og kvalificering af de personer, der varetager uddannelsesopgaver i relation til lægelig uddannelse omtales i den internationale litteratur som *'Faculty development'* og identificerer et stort behov for at styrke området i forhold til at kunne møde de krav, der sættes til lægers uddannelse og de samfundsmæssige behov:

> Multiple reports from many of medicine's specialties and external stakeholders highlight the inadequacies of current training models to prepare a physician workforce to meet the needs of an increasingly diverse and aging popu-

[5] De 'bløde roller' er en daglig italesættelse af de roller, der ikke er rollen som medicinsk ekspert – der implicit får status af at være en 'hård' rolle. Dermed etableres en hård/blød-dikotomi, der reflekterer en værdisætning og hierarkisering. I Canada har man forsøgt at undgår den form for hierarkisk menings- og betydningstilskrivning ved at kalde de roller, der ikke er 'medicinsk ekspert' for 'intrinsic', der kan oversættes til 'iboende'.

> lation. This transformation, driven by competency-based medical education (CBME) principles that emphasize the outcomes, will require more effective evaluation and feedback by faculty. Substantial evidence suggests, however, that current faculty are insufficiently prepared for this task across both the traditional competencies of medical knowledge, clinical skills, and professionalism and the newer competencies of evidence-based practice, quality improvement, interdisciplinary teamwork, and systems. The implication of these observations is that the medical education enterprise urgently needs an international initiative of faculty development around CBME and assessment […] The public, patients, and trainees need the medical education enterprise to improve training and outcomes now (Holmboe et al. 2011, p. 460).

I Danmark var processen med udarbejdelse af de nye målbeskrivelser også ganske vanskelig for de fleste specialer. Det var svært at applicere det nye kompetencebegreb i relation til den danske lægekultur og få formuleret velegnede læringsmål. En del af problemerne ligner de udfordringer, man har mødt andre steder i verden, bl.a. fordi begrebet kompetence ikke er entydigt defineret og at formulering af målbare kompetencemål kan føre til meningsløs simplificering af begrebet kompetence (Heudebert og Huddle 2007, Illeris 2011). Dermed var det i praksis svært for specialerne at beskrive velegnede metoder til kompetencevurdering i forhold til målene (Joyner et al. 2005).

En konsekvens af indførelsen af uddannelsesordningen af 2003 er, at man fra Sundhedsstyrelsens side kræver attestation af samtlige mål før opnåelse af autorisation. Sundhedsstyrelsen udsteder kun speciallægeautorisation, hvis der er dokumentation for, at alle mål i målbeskrivelsen er opfyldt, hvilket til en vis grad har drevet implementeringen af uddannelsesreformen i klinikken på det formelle plan. En undersøgelse fra Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU) (2007), foretaget to år efter reformen, beskriver dog en praksis, hvor underskrifterne gives én bloc f.eks. ved afslutning af et ansættelsesforløb uden reel dokumentation for, at den uddannelsessøgende læge besidder kompetencerne (Dehn et al. 2009).

Undersøgelsen fra DPU sætter endvidere fokus på, at lægestanden som profession ikke opfatter uddannelsesreformens elementer som noget, der udspringer af et behov genereret internt blandt lægerne eller professionen selv (Dehn et al. 2009) og dermed kan opfattes som 'udefrakommende' indblanding i forhold til professionens behov og selvbestemmelse, hvilket kan afføde barrierer og modstand mod en egentlig implementering af reformen i praksis. Det kan være en del af forklaringen på, at implementeringen af reformen i

praksis i den kliniske hverdag ikke har været så gennemgribende, som den er tænkt. Øvrige forklaringer kan være travlhed, produktionspres og at reformens kompetencebegreb er vanskeligt at operationalisere som før beskrevet.

I undersøgelsen fra DPU (2007) skriver forfatterne, at uddannelsesreformens målbeskrivelser epistemologisk anskuer kompetencer som knyttet til individet snarere end en forståelse af, at kompetencerne tilegnes og udøves socialt og situeret (Dehn et al. 2009). Indenfor lægeprofessionen har der traditionelt været stort fokus på de kognitive aspekter af læring frem for de sociale og situerede. Målene er mange, omfangsrige og fremhævede på formuleringsniveauet, men har tilsyneladende ikke den store betydning på praksisniveauet, hvor det de uddannelsessøgende bliver vurderet og belønnet på baggrund af, ligger som et skjult curriculum bag ved det formelle og erfares implicit og uformelt via rollemodeller og kultur frem for eksplicit indhold og mål (Hafferty 1998, Hafler et al. 2011, Loo et al. 2012, Martinez og Lehmann 2013, Shorey II 2013).

Centralt i processen med at få uddannelsesopgaven på den lægelige videreuddannelse formaliseret og moderniseret står vejlederfunktionen. Siden 1. juni 1998 har det været et formelt krav, at alle uddannelsessøgende læger under videreuddannelse til at blive speciallæger, skal have tildelt en vejleder i den kliniske afdeling, hvor de aktuelt, er ansat. Da speciallægekommissionen skrev betænkningen i 2000, var der ikke foretaget en egentlig evaluering af vejlederordningen, men der var tilbagemeldinger om, at der manglede tid til supervision, at der var manglende engagement blandt vejlederne og at der i vejlederkorpset var et decideret fravær af de nødvendige pædagogiske kvalifikationer. Speciallægekommissionen anbefalede derfor fremadrettet, at alle vejledere skulle tilbydes kurser, hvor anvendelse af pædagogiske metoder og kommunikation kunne trænes. Disse kurser tilbydes i dag, men er ikke obligatoriske.

Vejlederfunktionen spiller en væsentlig rolle, da vi i Danmark ikke har 'program directors', som man kender fra andre lande, der følger den uddannelsessøgende læge på langs af den postgraduate uddannelse og vi heller ikke i Danmark har en eksamen før udstedelse af speciallægeanerkendelsen, som man kender fra andre lande. Vejlederne er således et omdrejningspunkt både som mellemled mellem de uddannelsessøgende og den uddannelsesansvarlige overlæge eller afdelingen samt i forhold til øvrige afdelinger og specialer. Det indebærer et stort ansvar for vejlederne i forhold til at sikre progression af

den uddannelsessøgende læges kompetencer, vurdering af kompetenceniveau samt et ansvar i forhold til afdelingerne i form af kommunikations- og dokumentationskrav.

International litteratur viser, at det for mange uddannelsesgivende lægers vedkommende, er svært ikke at godkende uddannelsessøgende læger eller i det hele taget rapportere at uddannelsessøgende læger 'underperformer', dels pga. manglende pædagogiske kvalifikationer hos de uddannelsesgivende læger samt manglende viden om, hvad der er sufficient dokumentation, dels i relation til minimumsstandarden inden for alle lægerollernes mål (Dudek et al. 2005, Yepes-Rios et al. 2016).

Litteraturen identificerer dog også nogle indre subjektive barrierer hos de uddannelsesgivende læger af relationel karakter overfor den individuelle uddannelsessøgende læge. Det kan være hvis den uddannelsessøgende læge er meget dedikeret til medicinen som fag eller til professionen i det hele taget, så vil den uddannelsesgivende læge have sværere ved (at få sig selv til) at rapportere 'underperformance', eller hvis den uddannelsesgivende læge har en opfattelse af, at kollegerne er tilfredse med og glade for den uddannelsessøgende læge, så vil det også kunne afholde dem fra at 'dumpe' vedkommende (Cleland et al. 2008, Rees et al 2009, Monrouxe et al. 2011, Yepes-Rios et al. 2016).

Dette tjener til at eksemplificere, at det uformelle niveau kan dominere i forhold til formelle kompetencevurderingsredskaber, der er validerede, velundersøgte og evidensbaserede. På trods af en reform, målbeskrivelser og redskaber til kompetencevurdering, er der altså et rum for usikkerhed og fortolkning i forhold til vejlederfunktionen. Sundhedsstyrelsen lavede i 2012 en statusrapport over den postgraduate uddannelse i Danmark og konkluderede således om vejlederfunktionen:

> Speciallægekommissionen lod sig vejlede af foreløbige meldinger, da der ikke forelå en evaluering af vejlederordningen[6] og påpeger, at eventuelle problemer relateret til vejlederfunktionen kunne tilskrives manglende tid til supervision, utilstrækkeligt engagement og beskedne eller ikke eksisterende pædagogiske forudsætninger. Speciallægekommissionen anbefalede at:

[6] Sundhedsstyrelsen angiver følgende specifikation af vejledningsbegrebet: 'Vejledning og supervision behandles som et samlet begreb. Der differentieres dog mellem formel (varetages af hovedvejlederen) og uformel vejledning og supervision (varetages af de daglige kliniske vejledere)' (Sundhedsstyrelsen 2012a, s. 142).

- der skal fastlægges en national standard for vejlederfunktionen, herunder en standard der beskriver vejlederens ansvar og kompetence

- den eksisterende ordning justeres på baggrund af de indkomne erfaringer, og at det kliniske arbejde tilrettelægges således, at der skabes muligheder for og tid til vejledning og supervision (Sundhedsstyrelsen 2012a, s. 142).

Som Sundhedsstyrelsen påpeger, findes der ikke evalueringer af vejlederordningen eller andre former for kvalitativ systematisk viden om vejlederfunktionen herunder, hvordan funktionen praktiseres og hvilken betydning, den har for vejlederne og de vejledte. 97 % af de uddannelsessøgende læger angav i Sundhedsstyrelsens undersøgelse (2012) at have en formel vejleder i deres nuværende stilling og dermed er den formelle del af ordningen opfyldt.

Status i dag

Efter Sundhedsstyrelsens status i 2012, blev der iværksat forskellige initiativer på den lægelige videreuddannelse. Der blev bl.a. nedsat to arbejdsgrupper med hvert sit kommissorium og uddannelsesmæssige fokus. Den ene arbejdsgruppe skulle styrke implementeringen af de 7 lægeroller i forhold til anvendelse i klinikken og den anden arbejdsgruppe, skulle styrke anvendelsen af kompetencevurderingsredskaber på tværs af de lægelige specialer. Begge arbejdsgrupper udgav i 2013 en rapport med resultater og konklusioner (Sundhedsstyrelsen 2013a og 2013b).

Følgende er de 7 lægeroller blevet revideret og tilpasset en dansk kontekst, hvor nogle af rollerne har fået flere navne, der skal tydeliggøre indholdet i rollerne bedre og dermed undgå sammenblanding og misforståelser. Både danske og internationale erfaringer viser, at rollerne tolkes forskelligt (Sundhedsstyrelsen 2013a) og det har affødt, et behov for tydeliggørelse. Endvidere er rollen som professionel ikke længere sidestillet med de øvrige roller, men tænkes som omkransende alle rollerne som et symbol på, at professionalisme skal være til stede i al lægegerning.

Den generiske beskrivelse af indholdet i rollerne på tværs af de lægelige specialer (Sundhedsstyrelsen 2013a, s. 22-23) illustreres i følgende tabel:

Tabel 1. Definition af de 7 lægeroller

Medicinsk ekspert/lægefaglig
Lægens rolle som medicinsk ekspert/lægefaglig er at varetage diagnostiske/terapeutiske opgaver, som omfatter styring af situationer, hvor der skal foretages lægefaglige prioriteringer og beslutninger. Et særkende er, at opgaverne i sundhedsvæsenet ofte er komplekse og uforudsigelige. I nogle tilfælde må prioriteringer og beslutninger træffes på mangelfulde oplysninger og usikkerhed om evidens og bedste praksis. Der kræves kreative løsningsmodeller, som tager udgangspunkt i sundhedsvidenskabelig viden, færdighed og evner
Kommunikator
Lægens rolle som kommunikator er at formidle faglige problemstillinger og løsningsmodeller i en respektfuld dialog med relevante parter som patienter/pårørende, fagfæller og andre samarbejdspartnere. Dialogen foregår i såvel det talte, det skrevne som det visuelle medie. Lægens bidrag i dialogen er baseret på de involverede parters informationer og forståelser og den samlede erfaringsbaserede viden kombineret med den lægefaglige forskningsbaserede viden indenfor området. Udgangspunktet for lægens kommunikation er evnen og viljen til at se, lytte til, forstå og respektere sine medmennesker.
Samarbejder
Lægens rolle som samarbejder er at tage initiativ til, deltage i og gennemføre fagligt og tværfagligt samarbejde/teamsamarbejde i varetagelse af kerneopgaven på individ- organisations- og samfundsniveau. Dette skal foregå med forståelse for og i respekt for de involveredes forskellighed.
Leder/administrator/organisator
Lægens rolle som leder/administrator/organisator omfatter personligt lederskab og ledelse af andre, organisering af arbejdet og prioritering af tilgængelige ressourcer (administrativ ledelse) samt faglig ledelse og strategisk ledelse – udført i den individuelle udøvelse af faget samt på organisations- og samfundsniveau.
Sundhedsfremmer
Lægens rolle som sundhedsfremmer er at motivere og yde indflydelse på det enkelte individs og systemets sundhedsadfærd gennem vejledning og rådgivning, samt initiere og gennemføre relevante profylaktiske tiltag. Lægen skal i sit daglige arbejde opfange og agere på relevante problemstillinger og promovere sundhedsfremmende indsatser. Lægen skal medvirke til at skabe rammer, der gør det muligt for den enkelte at tage ansvar for egen og andres sundhed.
Akademiker/forsker og underviser
Lægens rolle som akademiker/forsker og underviser er at omsætte forskning til evidensbaseret klinik. Lægen skal forholde sig undrende og stille spørgsmål til egen og andres praksis samt anvende en videnskabelig tilgang i besvarelse af disse. Lægen skal bidrage aktivt til udvikling af faget gennem deltagelse i forsknings- og udviklingsprojekter, og til enhver tid holde sig opdateret og formidle sin viden på alle niveauer. Lægen anvender relevante uddannelsesmetoder og forpligter sig til at bidrage til et positivt uddannelsesmiljø.

Professionel

Lægens rolle som professionel er at forvalte sin faglighed i overensstemmelse med lægeløftet, lovgivningen og egen personlige integritet. Udfordringen er nødvendigheden af, at udføre dette i erkendelse af de etiske dilemmaer samt den kompleksitet, uklarhed og usikkerhed, der opstår i daglig praksis. Lægen respekterer patienters integritet og autonomi og handler efter bedste skøn til gavn for patienten/samarbejdspartneren, organisationen og samfundet. Lægen er bevidst om at være rollemodel for andre, erkende grænse for egen formåen og opsøge fornøden assistance ved behov.

Alle lægelige specialer har efterfølgende, måtte revidere deres målbeskrivelser i forhold til den nye rollebeskrivelse, at styrke kompetencevurderingen i klinikken og at tydeliggøre læringsstrategier for, hvordan de uddannelsessøgende læger konkret skal lære de læringsmål, de skal opnå. Siden år 2000 har der, altså været stigende fokus på kvaliteten af den lægelige videreuddannelse i en professionalisering- og moderniseringsoptik, der har budt på mange forandringer og reguleringer af speciallægeuddannelsen:

> Lægers uddannelse har undergået store ændringer de sidste år. Speciallægeuddannelsen er forkortet. Blandt andet er den tidligere turnusuddannelse på 1½ år blevet reduceret til 1 års klinisk basisuddannelse. I forhold til tidligere er den daglige arbejdstid ligeledes afkortet. Samtidig er kravene til, hvad yngre læger skal lære, øget. I dag er det ikke kun den kliniske ekspertviden, der skal beherskes. De øvrige lægeroller skal også udvikles, og det er derfor afgørende at optimere alle uddannelseselementer (Eika et al. 2015, s. 9).

Vejledning er et af de elementer, der rummer et potentiale for at forbedre lægers uddannelse (Eika et al. 2015). Spørgsmålet er, i hvilken grad den gør det og hvordan, den gør det. Det mangler der viden om. Der findes stadigvæk ikke en national funktionsbeskrivelse af vejlederordningen, men Sundhedsstyrelsen har givet følgende beskrivelse af god vejledning:

> Afdelingens/praksis'[7] uddannelseskultur, herunder et godt læringsmiljø med kompetente vejledere, har stor betydning for læringsudbyttet. Der skal være fokus på, hvordan den kliniske vejledning kan optimeres i afdelingen/praksis, herunder ved kvalificering af vejlederne. Samt være fokus på de kvalitative aspekter af "den gode vejledersamtale" herunder forventningsafstemning om form og indhold med henblik på at øge udbyttet af samtalerne og sikre, alt efter den uddannelsessøgendes behov, at karrierevejledning inddrages i vejledersamtalerne (Sundhedsstyrelsen 2012b, s. 8).

[7] Almen praksis.

Det fastslås altså fra flere sider, at vejledning af læger er et væsentligt element i lægers uddannelse samtidig med, at der ikke findes meget forskningsbaseret viden om, hvordan vejledningen foregår, hvad indholdet er og hvilken værdi og betydning, vejledningen tilskrives af dem, den er rettet mod og af dem, der varetager funktionen i en presset klinisk hverdag med høje krav til effektivitet.

1.2 Forskningsspørgsmål

I det foregående afsnit har jeg argumenteret for, at det er væsentligt at undersøge den vejledning af læger, der foregår dagligt som en del af lægers uddannelse frem mod at blive speciallæger. Det overordnede forskningsmæssige fokus er, dels hvordan vejledning af læger foregår, dels hvilken betydning vejledning har for lægers uddannelse. Der mangler viden om: 1) formel og uformel vejledning som fænomen i lægelig videreuddannelse, 2) de (lærings)kontekster og (lære)processer, vejledningen indlejrer sig i og 3) de betydninger, der knytter sig til vejledningen for både vejledere og uddannelsessøgende.

Undersøgelsen tager afsæt i både den formelle og den uformelle vejledning af læger, der foregår i kliniske hospitalsafdelinger. Den formelle vejledning udspiller sig manifest i de formaliserede vejledersamtaler, der afholdes mellem de uddannelsessøgende læger og deres hovedvejledere. Ud over at samtalerne har en vigtig formel funktion, har de også en vigtig pædagogisk funktion. Det er her den uddannelsesgivende mødes med den uddannelsessøgende - i planlagte sessioner med uddannelse på dagsordenen. Den uformelle vejledning udspiller sig løbende igennem arbejdet i klinikken, hvor vejledning sker spontant f.eks. defineret af særlige opgaver og akutte udfordringer og med forskellige seniore læger som vejledere.

Den viden, der findes om vejlederfunktionen i praksis, kommer primært fra kvantitative spørgeskemaundersøgelser (fx Mortensen et al. 2010, Søjnæs et al. 2011 og Sundhedsstyrelsen 2012a) med fokus på, om de uddannelsessøgende læger har en individuel uddannelsesplan og har en hovedvejleder tildelt i deres nuværende stilling, der undersøger, i hvilken grad de formelle krav er opfyldt. Det er undersøgelser foretaget ud fra kvantitative logikker, der er lavet statistiske beregninger på og som giver viden i bredden om graden af implementering af uddannelsesreformens forskellige elementer og de formelle

krav til vejlederfunktionen ud fra hypoteser og prædefinerede kategorier af spørgsmål. De kvantitative undersøgelser bidrager dog ikke med viden om, hvordan indholdet i vejledningen subjektivt opleves, erfares og fortolkes af vejlederne og de uddannelsessøgende læger og dermed heller ikke, hvilke betydninger vejledningen i praksis har for lægers uddannelsesforløb, arbejdsliv og karriere.

Uddannelsesforløb og læringssituationer som vejledning har betydning for menneskers erfaringsstrukturer, identitetsdannelse og personlighed ligesom de enkelte subjekter omvendt også øver indflydelse på de læringssituationer, de indgår i ud fra deres baggrund, erfaringer og deres livshistorie. Hermed rettes fokus på de biografiske processer som greb til at opnå processuel viden om de sammenhænge, mennesker individuelt og kollektivt handler på baggrund af igennem deres livsforløb. For at kunne identificere og belyse sammenhænge mellem lærings- og livsforløb retter jeg fokus på 'uddannelsesbiografier' som et metodologisk greb til at forstå deltagernes identitetsprocesser, deres handlemuligheder og belyse deres erfaringers betydning gennem uddannelsesforløbene.

Uddannelsesforløb som den lægelige videreuddannelse er i udgangspunktet defineret af specifikke krav, fastsatte mål og bestemte kompetenceniveauer, der med Sundhedsstyrelsen og de lægelige specialeselskaber som afsender, definerer 'outcomes' i forhold til den intenderede læring. Som modtagere er de uddannelsessøgende læger, der subjektivt opfatter og fortolker målene, kravene og forventningerne i et procesforhold mellem deres fortid, nutid og fremtid og dermed ikke i forholdet én til én mellem det underviste og det lærte. Dermed er et fokus på de systematiske sammenhænge mellem almengyldige typer af processtrukturer i det enkelte livsforløb og de sociostrukturelle forudsætninger herfor relevant at inddrage, der kan identificere de 'ydre' og 'indre' aspekter af social handlen i konkrete subjekters livsforløb.

Hertil må derfor lægges en række ikke-intenderede betydninger af uddannelsen, som er væsentlige at repræsentere i forståelsen af vejledningen som fænomen på den lægelige videreuddannelse. Endvidere skal den lokalitet og kontekst, uddannelsen foregår i medtænkes. Hospitalet som institution og de enkelte afdelinger, danner rammen omkring de læreprocesser, der foregår og professionsuddannelsers rettethed mod et bestemt arbejde og relation til en særlig professionel praksis inddrages. Dermed øges kompleksiteten og det

kræver kvalitative logikker at undersøge sammenhænge og subjektiv mening med udgangspunkt i deltagernes livsverden, oplevelser og erfaringer.

I løbet af arbejdet med afhandlingen har fokus ændret sig i takt med en større forståelse og fortolkninger af empirien, mellem de teoretiske perspektiver og en åben forskningstilgang, der har givet nye erkendelser i en dialektisk proces. Det har betydet at spørgsmål om professionsdannelse, der reflekteres i det empiriske materiale som dannelse af professionel identitet og håndtering af emotionsarbejde, i stigende grad er blevet centralt og at vejledningsprocesserne betydning gennem den lægelige videreuddannelse, i højere grad skulle forstås rammesat af disse spørgsmål end i form af et snævert fokus på vejledningsprocesserne isoleret set. Dermed er det forskningsmæssige fokus bredt ud til at forstå vejledningsprocesser knyttet til deres betydning for kontinuerlige identitetsprocesser, dannelse af professionel identitet, emotionsarbejde samt læringsbetingelser og – muligheder i arbejdslivet. Ud fra disse overvejelser har jeg stillet følgende forskningsspørgsmål:

Hvilken betydning har formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier? Forskningsspørgsmålet belyses gennem disse teoretiske perspektiver:

- Livsforløbets processtrukturer,
- Læring og vejledning i arbejdslivet,
- Professionalisme og dannelse af professionel identitet,
- Relationer og emotioner i arbejdslivet

Forskningsspørgsmålene er udformet ud fra en overordnet præmis om, at den eksisterende viden om vejledning af læger i Danmark er begrænset og forskningsspørgsmålene sigter mod at udvikle begreber, erkendelse og forståelse frem for fx at teste hypoteser eller teorier. De er derfor formuleret åbne og eksplorative. Endvidere afspejler det biografiske afsæt i forskningsspørgsmålet et fokus på livslange og 'livsbrede' læreprocesser, reflekteret i forholdet mellem biografi, uddannelse, arbejde, identitet og emotioner, der relationelt erfares via arbejdslivets praksis og subjektivt fortolkes. De teoretiske begreber som har ført frem til konstruktionen af mit forskningsspørgsmål, vil blive beskrevet og udfoldet i afhandlingens metodologiske del i kapitel 3 og kapitel 5.

1.3 Forskning i medicinsk uddannelse - relevante diskussioner

Medicinsk uddannelse er litteraturmæssigt et stort felt på tværs af nationaliteter, lægelige specialer og fokusområder, der både afgrænser, men også overlapper hinanden og trækker tråde til forskellige temaer i diskussioner, der har relevans for de problemstillinger og fokusområder, der er for denne afhandling. Jeg foretager i dette afsnit problemorienterede fokuserede nedslag i den nationale og internationale litteratur styret af mine forskningsspørgsmål og erkendelsesinteresse. Formålet er at få indkredset relevante temaer i det forskningsfelt, min afhandling skriver sig ind i og bidrager til.

Competency-Based Medical Education
Internationalt er der i litteraturen beskrevet relativt enslydende udfordringer med, dels at implementere *'Competence-Based Medical Education'* (CBME) i en arbejdsbaseret professionskontekst, dels udfordringer med at oplære og kompetencevurdere indenfor den ramme *'CanMEDS-rollerne'* repræsenterer. En central udfordring er, at det er vanskeligt at måle på kompetencer, hvilket fører til anvendelse af reduktionistiske kompetencevurderingsmetoder, der i bund og grund er ineffektive både som formative og summative redskaber (Cate og Scheele 2007, Frank og Danoff 2007, Heudebert og Huddle 2007, Zibrowski et al. 2009, Carraccio og Englander 2013, Hawkins et al. 2015).

Nationalt blev de 7 lægerollers, adopteret fra CanMEDS-begrebet, relevans i Danmark undersøgt i en spørgeskemaundersøgelse (Ringsted et al. 2006). Resultaterne viste, at de syv roller ikke blev opfattet med lige stor vigtighed af respondenterne, men alle rollerne blev fundet relevante i en dansk kontekst. På trods af dette, har implementeringen af den kompetencebaserede medicinske uddannelse været vanskelig. Fra DPU er der udgået forskning, der har fulgt implementeringen af speciallægereformens 7 roller med et didaktisk fokus. Forfatterne beskriver i deres resultater, at rollerne to år efter uddannelsesreformens indførelse ikke tillægges den værdi hos lægerne, de var tiltænkt og at kompetencemålene ikke beskriver den socialt situerede hverdagspraksis, der er konteksten for lægearbejdet (Dehn et al. 2009).

Malling (2011) retter fokus på samme udfordring med at implementere og operationalisere målbeskrivelser, der er formuleret i behavioristiske adfærdstermer i en arbejdsbaseret virkelighed, hvor konstruktivistiske og sociokultu-

relle læringsstrategier i højere grad er meningsfulde og gyldige. En regional spørgeskemaundersøgelse lavet 3,5 år efter reformen af den lægelige videreuddannelse understøtter også resultaterne fra DPU's didaktiske undersøgelse i relation til, at uddannelsesreformens påvirkning af den daglige kliniske undervisning er begrænset (Mortensen et al. 2010), og at der er behov for uddannelse af vejlederne i evaluering af kompetencemål for alle syv lægeroller (Bach et al. 2004, Larsen et al. 2007, Dehn et al. 2009) samt generel pædagogisk kvalificering af vejledernes kompetencer (Mortensen 2010).

Denne afhandling bidrager med kvalitativ viden om den kompetencebaserede uddannelse i Danmark, hvordan uddannelsen som fænomen betragtes, hvordan den erfares og opleves samt hvilken betydning, uddannelsen har for lægers uddannelse, arbejdsliv og karriere set fra både de uddannelsessøgende lægers og deres vejlederes perspektiver. I forhold til den forskning DPU har bedrevet om implementering af speciallægereformen med de syv lægeroller (Bach et al. 2004, Dehn et al. 2007, Larsen et al. 2007), vil min forskning lægge sig i forlængelse heraf, men med et fokus på vejledning som forfatterne identificerede som et område, hvor der var et kvalificeringsbehov.

Faculty Development

Internationalt er der blevet publiceret en del artikler under emnet: *'Faculty Development'* i medicinsk pædagogiske tidskrifter, der sætter fokus på, at *'Faculty'* generelt ikke er i besiddelse af de nødvendige kompetencer og kvalifikationer til at varetage et uddannelsesansvar i en kompetencebaseret medicinsk uddannelse. En væsentlig publikation skrevet af førende amerikanske og canadiske forskere identificerer *'Faculty'* som den vigtigste faktor i forhold til, hvorfor kompetencebaseret medicinsk uddannelse ikke fungerer optimalt og i forhold til at få den lægelige uddannelse til at fungere bedre fremadrettet (Holmboe et al. 2011).

Formålet med *'Faculty Development'* er kort sagt, at forbedre praksis, at håndtere kontinuerlige forandringer og at udvikle styrker, færdigheder og holdninger - herunder et stigende fokus på udvikling af professionelle kompetencer og rollemodeller (Bligh 2005, Cruess et al. 2016a). Forskellige initiativer til at forbedre undervisningskvalitet – og effektivitet diskuteres også både internationalt og nationalt indenfor rammen af *'Faculty Development'* som forskellige *'Train the Trainer'* aktiviteter i form af kurser og workshops etc. (Kilminster et al. 2002, Bligh 2005, Rubak et al. 2008, Holmboe et al. 2011, Steinert et al.

2016). Endvidere er der nationalt iværksat forskellige regionale initiativer i forhold til de postgraduate kliniske lektorer, de uddannelsesansvarlige overlæger og vejlederne, der skal bidrage til at kvalificere bredt i forhold til undervisningsfærdigheder, underviseradfærd, læringsmiljø (Rubak et al. 2008) og specifikt i forhold til formative og summative kompetencevurderinger via udbredelse af kendskabet til de 7 lægeroller, via simulationstræning samt via fokus på ledelse af uddannelsesopgaven (Region Hovedstaden 2014).

Denne afhandling bidrager til at belyse, hvilke læringsbehov de uddannelsessøgende læge oplever, de ikke får dækket samt hvad de uddannelsessøgende læger, konkret knytter betydning til i vejledning. Det kan danne basis for at identificere, hvilke pædagogiske kvalifikationer og kompetencer, de uddannelsesgivende læger skal have, for at kunne understøtte de uddannelsessøgende lægers læring i arbejdet.

Failure to Fail

Kompetencevurdering af uddannelsessøgende læger beskrives i litteraturen som et helt centralt element både i forhold til den enkelte uddannelsessøgende læge selv, i forhold til professionen og i forhold til patientsikkerhed (Dudek et al. 2005, Cleland et al. 2008, Rees et al. 2009, Monrouxe et al. 2011, Yepes-Rios 2016). Litteraturen retter dog fokus på flere typer af barrierer hos de uddannelsesgivende læger, under betegnelsen *'Failure to Fail',* overfor at rapportere, hvis de uddannelsessøgende ikke lever op til de standarter, de burde. Det skyldes en kombination af flere ting, dels manglende pædagogiske kvalifikationer hos de uddannelsesgivende læger, dels manglende viden om hvad der er sufficient dokumentation, dels manglende viden om minimumsstandarden inden for alle lægerollernes mål, dels mindre velfungerende redskaber til kompetencevurdering (Dudek et al. 2005, Yepes-Rios et al. 2016).

Litteraturen identificerer dog også nogle indre subjektive barrierer hos de uddannelsesgivende læger af relationel karakter over for den individuelle uddannelsessøgende læge. (Cleland et al. 2008, Rees, Knight og Cleland 2009, Monrouxe et al. 2011, Yepes-Rios et al. 2016). Nogle barrierer kan relateres til viden, kvalifikationer og kompetencer blandt de uddannelsesgivende, mens andre barrierer handler om de uddannelsesgivendes øvrige pædagogiske kvalifikationer og den organisatoriske støtte omkring vejlederfunktionen og den enkelte vejleder, der skal foretage kompetencevurderingerne af de uddannelsessøgende læger.

Denne afhandling bidrager til at belyse, hvordan formativ og summativ vurdering subjektivt erfares, opleves og fortolkes af de uddannelsessøgende læger og af deres vejledere – herunder belyse de subjektive barrierer og betydninger, der er knyttet dertil.

Entrustable professional activities

USA og Canada har stor fokus på *'Entrustable Professional Activities'* (EPA) som en måde, at foretage meningsfulde kompetencevurderinger, der forbedrer kvaliteten af den lægelige videreuddannelse. En EPA kan fx være 'modtagelse af psykotisk patient' med alt hvad det indbefatter af kompetencer og lægeroller - herunder inddrages kontekst i forhold til om det er nat eller dag, de tilgængelige ressourcer, muligheder for opbakning etc.

Vurderingen sker via direkte observation og danner basis for, om vejlederen efterfølgende har tillid til, at den uddannelsessøgende læge kan håndtere sådanne situationer fremadrettet uden supervision. Her foregår kompetencevurdering på den fulde kompetence i forhold til holistiske aktiviteter, hvor der i Danmark hovedsagligt har været fokus på del-elementerne, der er målbare og kan afkrydses på tjeklister. Dog arbejder nogle specialer i Danmark med 'kompetencekort', der har nogle fællestræk til EPA og kan inkludere flere lægeroller på samme tid. Det gælder især anæstesien, men også andre specialer er begyndt at anvende kompetencekort.

I en EPA er *'tillid'* (trust/entrustment) et centralt element, hvilket betyder, at en uddannelsesgivende skal bruge sin faglige intuition og vurdere, hvornår man som uddannelsesgivende har tillid til, at en uddannelsessøgende læge kan håndtere en given klinisk situation (Carraccio og Englander 2013, Kwan et al. 2016, O'Leary et al. 2016, Sagasser et al. 2017). Dermed får den faglige professionelle vurdering forrang frem for kontrol og dokumentation, der forekommer løsrevet fra de faglige vurderinger for de professionelle. Det kræver dog direkte observation og supervision før den uddannelsesgivende, der vejleder og superviserer, har basis for at kunne vurdere den uddannelsessøgende læge og opbygge tillid (Carraccio og Englander 2013, Sagasser et al. 2017). Her understreges det, at *'entrustment'* eller tillid tager tid gensidigt at opbygge og kræver, at vejlederen og den uddannelsessøgende læge deler et konkret arbejdsfællesskab og skaber en god relation (Sagasser et al. 2017).

Denne afhandling bidrager til at belyse, hvad der konkret foregår i den formelle og uformelle vejledning, hvilke typer relationer der etableres og hvilke vurderingsprocesser, der åbnes op for i de interaktioner, der foregår mellem de uddannelsessøgende læger og deres vejledere - herunder vilkår for at etablere gensidig tillid.

Clinical Supervision

Supervision som begreb i den internationale litteratur varierer bredt fra både at dække det, vi i Danmark betegner med det brede vejledningsbegreb og et mere snævert supervisionsbegreb, der kan opfattes som en aktivitet, der kan foregå i vejledning (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015). Supervision beskrives i litteraturen som en vigtig og effektiv aktivitet i medicinsk uddannelse, der praktiseres med stor variation og i nogle tilfælde ikke sker i tilstrækkeligt omfang (Kilminster et al. 2002, Kilminster et al. 2007, Pront et al. 2016).

Et litteraturreview (Martin et al. 2014) beskriver supervision som et centralt element i praktikeres professionelle udvikling, der udfordres af, at der hersker uklarhed om, hvad der karakteriserer effektiv supervision, uklarhed om forskellige vejledningsformer og typer af vejledningsprocesser samt konkrete vejledningsmetoder til vejledning i klinikken. Reviewet angiver med baggrund i litteraturen 12 punkter, der er identificeret som væsentlige for kvaliteten af klinisk supervision (Martin et al. 2014):

1. *Identifikation af egnede vejledere*. Her peger litteraturen på, at det er centralt at den vejledte selv får lov til at vælge sin vejleder. Dermed tilgodeses tillidsaspekter og tryghed i vejledningsrelationen.

2. *Valg af egnet vejledningsform*. Valg af vejledningsform beskrives i forhold til én til én vejledning mellem en erfaren og en mindre erfaring eller peer-vejledning. Peer-vejledning er mest egnet til erfarne praktikere eller pragmatisk, hvis ikke en mere erfaren, er til stede.

3. *Indgåelse af vejledningskontrakt*. Etableres i fællesskab mellem den vejledte og vejlederen. Dermed ekspliciteres forventningerne og vejledningsbehovet.

4. *Afholdelse af vejledermøder væk fra arbejdspladsen*. Studier viser at vejledningsmøder, der holdes på arbejdet forstyrres, afbrydes og giver inef-

fektiv vejledning. Endvidere reduceres tilliden og trygheden i vejledningsrelationen. Vejledning som foregår på en anden lokation, forøger ifølge litteraturen muligheder for åbent at drøfte sensitive og fortrolige emner, der skaber andre former for refleksion, end vejledning på arbejdspladsen gør.

5. *Beslutning om mødelængde og hyppighed.* Det anbefales at mindre erfarne praktikere, der er nye i deres roller, superviseres mere end de erfarne – især hvis de allerede indgår i veletablerede netværk.

6. *Anvendelse af effektiv kommunikation og feedback.* Feedback er en relationel aktivitet, der er essentiel for effektiv vejledningsprocessen og bør evalueres løbende.

7. *Facilitering af en refleksiv praksis.* Dette fremhæves som et centralt element i professionel udvikling, da de normative aspekter knyttet til arbejdet dermed tilgodeses. Det handler om normer, praksisser og procedurer, der har betydning for uddannelse, etik og de professionelle standarder.

8. *Etablering af alternativer til distancevejledning.* Dette gælder særligt store lande, hvor den vejledte kan arbejde langt fra sin vejleder og der vejledes via medier og ikke face-to-face. I Danmark på den lægelige videreuddannelse er problemet ikke så stort, da vejlederne skifter med hver ansættelse. Dog er det en udfordring også i Danmark, at vejleder og uddannelsessøgende læge ikke ser hinanden i dagligdagen og fysisk sidder i forskellige afsnit eller ambulatorier. Litteraturen fastslår, at der bør organiseres konkrete møder og fællesskaber fx møde eller konferencedeltagelse, så man deler noget konkret.

9. *Opbygning af gode vejledningsrelationer.* Litteraturen identificerer vejledningsrelationen som den vigtigste faktor for effektiv supervision på tværs af professioner.

10. *Adskillelse af ledelseslaget fra vejledningslaget.* Når ledelse og vejledning foretages af den samme person, er der en tendens til, at vejledningstiden går med diskussion af administrative spørgsmål, der forskyder fokus fra uddannelse og læring.

11. *Deltagelse i vejlederkurser og øvrig kvalificering af vejledningskompetencer.* Forskellige metoder understøtter vejlederfunktionen fx kurser, litteratur og refleksion. Dermed reduceres uklarhed om vejledningsprocesserne.

12. *Evaluering af klinisk vejledning.* Her kan både formelle og uformelle metoder anvendes. Det fremhæves også, at vejleder og vejledt bør evaluere deres vejledermøder løbende med fokus på, om vejledningsformen understøtter den vejledtes behov.

Forfatterne (Martin et al. 2014) identificerer klinisk supervision som væsentlig for den enkelte sundhedsprofessionelle, patienten og organisationen. I forhold til den sundhedsprofessionelle kan supervision reducere oplevelsen af at arbejde fagligt isoleret, i relation til at mestre arbejdet, forhindre udbrændthed og i forhold til udvikling af viden og kompetencer. Supervision gavner patientbehandlingen ligesom manglende supervision omvendt skader patientens behandling (Martin et al. 2014). For organisationen forbedrer supervision det tværgående samarbejde og derigennem de kliniske standarder og kvaliteten af patientbehandlingen. Hermed understreges betydningen af supervision bredt betragtet for det samlede sundhedsvæsen.

Vejledning eller supervision er dog en tidskrævende proces, hvis det skal gøres ordentligt (Handal og Lauvås 2007) og det kan komme i konflikt med de øvrige opgaver vejlederne varetager og de accelererede krav til arbejdets tempo og effektivitet. Nationalt er der lavet en pædagogisk og anvendelsesorienteret bog om vejledning af læger (Eika et al. 2015), der giver både viden om vejledning samt konkrete metoder til, hvordan vejledning som aktivitet, kan blive mere velfungerende for både vejlederne og de yngre læger. I et litteratursøgningsstudie foretaget i danske, nordiske og internationale databaser om evidensbaserede studier af vejledning (Wichmann-Hansen et al. 2007), sætter forfatterne fokus på, at der findes en del litteratur om vejledningspraksis, der er deskriptive og retrospektive, baseret på beskrivelser af hvad vejledere *tror*, de gør – og som identificerer et behov for observationsstudier af vejledningspraksis, der kan belyse et konkret handlingsniveau og konkret *praksis*.

Det bidrager denne afhandling til. Indenfor det medicinsk pædagogiske felt vil projektet endvidere bidrage med kvalitative resultater ud fra et mikroperspektiv, der repræsenterer de uddannelsessøgende lægers og deres vejlede-

res perspektiver på vejledning, der i øjeblikket er i stort fokus med aktuelle udfordringer.

Jeg har i det ovenstående berørt de internationale og nationale uddannelsesmæssige diskussioner og temaer, denne afhandling trækker tråde til. Endvidere er der tre danskproducerede ph.d.-afhandlinger, denne afhandling videnskabsmæssigt ligger i forlængelse af, som jeg særligt vil fremhæve:

Den ene er lavet af Gitte Wichmann-Hansen i 2004 med titlen: '*Praktik i lægeuddannelsen – et kvalitativt studie om læring og vejledning i klinikken'*. Den handler om læring og vejledning i klinikken – med fokus på de medicinstuderende læring, når de er på klinikophold/praktik i en hospitalsafdeling. Afhandlingen var en øjenåbner for danske klinikere såvel som 'uddannelsesfolk' ved at give et empirisk indblik i, hvad der konkret foregår i praktikken og hvad der hæmmer og fremmer de studerendes læring. Resultaterne peger på to typer dilemmaer. Det ene er *'Produktion vs. uddannelse'*, hvor produktionspresset beskrives som en væsentlig barriere for de studerendes læring og hvor det personlige overskud hos de enkelte vejledere, deres engagement og interesse, er udslagsgivende for de studerendes læringsudbytte. Det andet er *'Forløb vs. ophold'*, der problematiserer de studerendes adgang til det kliniske arbejde og deres perifere position i forhold til arbejdsfællesskabet.

Den anden ph.d.-afhandling er lavet af Bente Malling i 2011 med titlen: '*Managing work-based postgraduate medical education in clinical departments'*. Den handler om varetagelse af funktionen som uddannelsesansvarlig overlæge og sætter fokus på de formelle og uformelle strukturelle udfordringer, der ligger i rollen som uddannelsesansvarlig overlæge. Afhandlingen har sat fokus på barrierer for varetagelse af uddannelsesfunktioner i Danmark og den betydning, organiseringen har. Der konkluderes, at de uddannelsesansvarlige overlægers ledelsesposition er uklar, svag og uden reel indflydelse. En af forklaringer på det er, at den uddannelsesansvarlige overlæge skal administrere en arbejdsbaseret uddannelse i de kliniske afdelinger ud fra målbeskrivelser, der er formuleret i behavioristiske adfærdstermer i en virkelighed, hvor konstruktivistiske og sociokulturelle læringsstrategier er de herskende. Dermed brydes forskellige præmisser og skaber modsætninger mellem de formelle uddannelseskrav og den arbejdspraksis, der er.

Den tredje ph.d.-afhandling er lavet af Mads Skipper i 2016 med titlen: '*The links between organisational, team and individual medical postgraduate workplace learning – an ethnographic and action-based research study'*. Afhandlingen belyser arbejdstilrettelæggelsens betydning for udvikling af de yngre lægers læring på arbejdspladsen - forstået som et komplekst hospitalsmiljø rammesat af kontinuerlige forandringer. Skipper beskriver i indledningen til afhandlingen læring på arbejdspladsen i relation til den lægelige videreuddannelse som en underbelyst problemstilling i litteraturen. Afhandlingens udgangspunkt er den potentielle konflikt mellem uddannelse og produktion og har baggrund i en national og international bekymring i forhold til graden af sammenhæng mellem lægers arbejde med patientbehandling og uddannelse af fremtidige speciallæger.

Afhandlingen består af tre studier: et etnografisk casestudie med fokus på organisering af speciallægeuddannelsen i tre pædiatriske afdelinger (Studie I), der retter fokus på de yngre lægers overbevisninger omkring arbejdspladslæring som betydningsfulde i forhold til problemstillingen *'uddannelse versus produktion'*, en retrospektiv analyse af yngre lægers perspektiver i forhold til deres uddannelsesmiljø (Studie II), der retter fokus mod de yngre læger som væsentlige bidragsydere i forhold til at skabe forandringer og et interventionsstudie på en pædiatrisk afdeling (Studie III), der resulterede i en fælles handlingsplan for øget læring i ambulatoriet samt identificerede eksisterende spændinger og modsætninger. Samlet giver studierne perspektiver på udfordringer knyttet til organiseringen af speciallægeuddannelsen, hvordan disse kan udbedres og dekonstrueres i et fremadrettet perspektiv.

De tre nationale ph.d.-afhandlinger (Wichmann-Hansen 2004, Malling 2011, Skipper 2016) behandler vigtige aspekter ved varetagelsen af uddannelsesopgaven i Danmark. Min afhandling placerer sig niveaumæssigt imellem de tre øvrige danske afhandlinger, ved at fokusere på vejlederfunktionen, der befinder sig som led mellem de uddannelsessøgende læger og den uddannelsesansvarlige overlæge/afdelingen. Ved at have vejledning som genstandsfelt er mit fokus relationelt på det, der foregår i mødet mellem den uddannelsessøgende læge og den uddannelsesgivende læge. Endvidere bidrager min afhandling til, at skabe øget viden om lægers uddannelse i en kompleks arbejdskontekst, hvor arbejdspladsen rammesat af hospitalet som institution og den medicinske profession, fungerer som læringsmiljø og læringsrum for lægers uddannelsesforløb, læreprocesser og identitetsprocesser.

1.4 Afhandlingens struktur

Afhandlingen er struktureret i fire overordnede dele, som danner ramme om de enkelte kapitler. Jeg vil her beskrive indholdet i de fire dele og enkelte kapitler:

Del I – Introduktion (kapitel 1 og 2)
I første del af afhandlingen introduceres, i **kapitel 1**, problemfeltet og forskningsspørgsmålet præsenteres og begrundes. Kapitlet afsluttes med, at jeg foretager nedslag i forskning i lægelig uddannelse, hvorefter jeg placerer afhandlingens vidensmæssige bidrag i forhold til den eksisterende viden i det medicinsk pædagogiske felt. Der redegøres, i **kapital 2**, for hvordan den lægelige videreuddannelse er opbygget og hvordan vejlederfunktionen er organiseret. Kapitel to slutter af med, at jeg i afsnit 2.3 først karakteriserer hospitalet som læringsinstitution, der i fællesskab med den medicinske profession er rammesættende for de uddannelses-, lære- og vejledningsprocesser, der foregår. De teoretiske perspektiver knyttet til den medicinske profession og erkendelsesinteresser trækkes der endvidere på i afhandlingens analyse- og afrundingsdel (del III og IV).

Del II – Metodologi og forskningsstrategi (kapitel 3-5)
I anden del af afhandlingen, i **kapitel 3**, beskrives først afhandlingens metodologiske afsæt og metoder. Her beskrives den refleksive metodologi, biografi og livshistorie samt etnografi og refleksioner over betydningen af forskerposition og situering i feltet. Det teoretiske begreb om livsforløbets processtrukturer, der er knyttet til den biografiske og livshistoriske del, trækker jeg også på i afhandlingens analyse- og afrundingsdel (del III og IV). I **kapitel 4** redegør jeg for, hvordan min empiri er blevet skabt – herunder kriterier for udvælgelse af afdelinger og deltagere, adgang til feltet og etablering af empiriaftaler samt etiske overvejelser. Sidst i kapitel 4 præsenterer jeg en oversigt over den samlede empiri. I afhandlingens **5. kapitel** præsenterer de teoretiske perspektiver for afhandlingen, der består af 'Læring og vejledning i arbejdslivet', 'Professionalisme og professionel identitet' samt 'Relationer og emotioner i arbejdslivet'. Endvidere indgår 'Livsforløbets processtrukturer' beskrevet i kapitel 3 til de teoretiske perspektiver, der anvendes i analyserne. Sidst i kapitlet beskriver jeg udvikling af det analysegreb, der anvendes i analyseprocessen.

Del III – Analyser (kapitel 6-8)
I tredje del af afhandlingen præsenteres analyserne. I **kapitel 6** lægger jeg ud med en præsentation af de deltagere, den samlede empiri er skabt på baggrund af via 16 portrætter. Portrætterne er kondenserede analyser, der dels illustrerer bredden i det empiriske materiale, dels illustrerer forskelle og ligheder i fortællingerne. Det fører frem til, at jeg sidst i kapitel 6 redegør for mine udvælgelseskriterier af de analyser, der indgår fremstillingsmæssigt i afhandlingen. I **kapitel 7** analyseres de tre uddannelsesbiografier, jeg har valgt at fremstille og i **kapitel 8** afsluttes analysedelen med de tre vejlederperspektiver.

Del IV – Diskussion, konklusion og perspektivering (kapitel 9)
I dette kapitel præsenteres afhandlingens konklusioner, der er fremskrivning af afhandlingens samlede konklusion i forhold til mine forskningsspørgsmål. Først foretager jeg en tværgående diskussion af analyserne af de tre uddannelsesbiografier og de tre vejlederperspektiver, dernæst diskuterer jeg afhandlingens vidensbidrag i forhold til de empiriske fund og de teoretiske perspektiver og sidst konkluderer og perspektiver jeg afhandlingens resultater i forhold til de implikationer, afhandlingens resultater identificerer for lægers uddannelse og sundhedsvæsenet i en bredere kontekst.

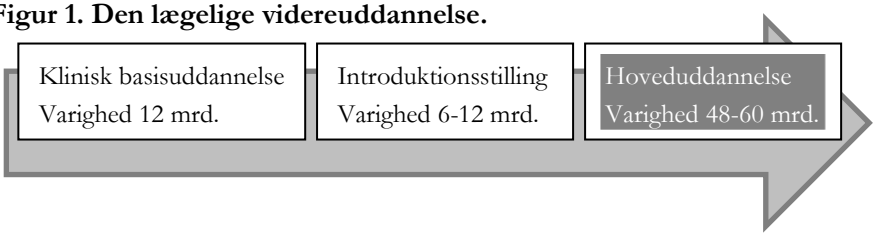
Kapitel 2. Den lægelige videreuddannelse

I dette kapitel vil jeg først præsentere den lægelige videreuddannelse, dens opbygning, de centrale aktører i feltet og den terminologi, der knytter sig dertil. Dernæst beskriver og diskuterer jeg vejlederfunktionen og sidst i kapitlet redegør jeg for først for hospitalet som (lærings)institution, da lægers videreuddannelse foregår i bestemte og særlige rammer, der er væsentlige at beskrive for at få en forståelse af de vilkår, uddannelse og vejledning foregår i. Det drejer sig, dels om hospitalet som institution, dels om at det er en uddannelse, der foregår til en særlig profession.

2.1 Opbygning af den lægelige videreuddannelse

Den lægelige videreuddannelse har i daglig tale forskellige betegnelser: 'Speciallægeuddannelsen', 'den postgraduate uddannelse' og 'videreuddannelsen'. Betegnelserne dækker over den del af lægers uddannelse, der går fra færdiggørelse af medicinstudiet til opnåelse af speciallægeanerkendelse. Uddannelsen foregår på hospitalsafdelinger og/eller i almen praksis i form af ansættelser. Før opnåelse af speciallægeanerkendelsen betegnes de pågældende læger som 'yngre læger' eller som 'uddannelsessøgende læger'. Efter opnåelse af kandidatgrad fra et universitet og 12 måneders klinisk basisuddannelse (KBU) bestående af to gange seks måneders ansættelse i to forskellige specialer, skal man gennemføre en introduktionsstilling (6-12 måneder) i ét speciale. Det er muligt at tage én introduktionsstilling mere, hvis det ønskes. Bagefter følger et hoveduddannelsesforløb (48-60 måneder), før man bliver speciallæge:

Figur 1. Den lægelige videreuddannelse.



Figur 1 illustrerer det uddannelsesforløb, empirien i dette projekt er produceret på baggrund af. Interviews er foretaget med yngre læger i hoveduddannelsesstillinger og deres formelle vejledere.

Fra påbegyndelse af klinisk basisuddannelse til påbegyndelse af hoveduddannelsen, må der maksimalt gå fem år[8] (forlænget til en 6. års-frist med virkning for læger, der har haft første ansættelsesdag i KBU 1. maj 2012 og derefter, Sundhedsstyrelsen 2017). Speciallægeuddannelsen har en varighed på ca. otte til ni år samlet set, der bygger ovenpå medicinstudiet. Uddannelsen foregår primært arbejdsbaseret, men består også af teoretiske elementer. Det drejer sig om generelle kurser, specialespecifikke kurser og et forskningstræningsmodul, der alle er obligatoriske. De generelle kurser er obligatoriske for alle læger på tværs af speciallægeuddannelsen og er fordelt således:

Tabel 2. De obligatoriske generelle kurser

Klinisk basisuddannelse	Introduktionsstilling	Hoveduddannelse
Akutkursus (4 dage)	Pædagogik (2 dage)	Sundhedsvæsenets organisation og ledelse 1,2 og 3 (9 dage)
Pædagogik (2 dage)		
Patientkommunikation (3 dage)		

De specialespecifikke kurser indeholder emner målrettet opnåelsen af kompetencer i specialet og kan ligge allerede i introduktionsstillingen – men er ikke obligatoriske her. I alle hoveduddannelser er der en række specialespecifikke kurser, der er obligatoriske og afholdes af specialets videnskabelige selskab. Forskningstræning er placeret i hoveduddannelsesforløbet og har en varighed på 20 dage.

Aktører i den lægelige videreuddannelse

Jeg vil kort redegøre for Sundhedsstyrelsen anvendte terminologi i relation til de aktører i den lægelige videreuddannelse, der indgår i dette projekt (Sundhedsstyrelsen 2011 s. 3-4):

[8] I henhold til § 9 stk. 1 i bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 om uddannelse af speciallæger, som ændret ved bekendtgørelse nr. 479 af 10. maj 2013 samt ved bekendtgørelse nr. 420 af 25. april 2017 gælder, at hoveduddannelsen i et speciale skal være påbegyndt senest 6 år efter første ansættelsesdag i den kliniske basisuddannelse (KBU) (Sundhedsstyrelsen 2017).

Tabel 3. Terminologi i den lægelige videreuddannelse

Aktør	Beskrivelse
Uddannelsessøgende læge - læge i et videreuddannelsesforløb	En læge med dansk autorisation, der er ansat i en klassificeret stilling med et godkendt uddannelsesprogram. Lægen kan være ansat i følgende forløb: Den kliniske basisuddannelse, introduktionsuddannelses eller hoveduddannelse.
Uddannelsesansvarlig overlæge - (UAO) sammen med afdelingsledelsen ansvarlig for yngre lægers uddannelse i afdelingen	Udnævnes/ansættes af ledende overlæge/cheflæge. Funktionsbeskrivelse foreligger i den enkelte afdeling. Den uddannelsesansvarlige sikrer sammen med afdelingsledelsen uddannelseskvaliteten og læringsudbyttet i forhold til de opstillede kompetencer.
Hovedvejleder - tildeles hver uddannelsessøgende læge	Udnævnes af den uddannelsesansvarlige overlæge og er mindst et uddannelsestrin højere end den uddannelsessøgende læge Hovedvejlederen hjælper og vejleder den uddannelsessøgende i alle uddannelsesrelaterede forhold under ansættelsen.
Daglig klinisk vejleder - person som superviserer og vejleder kollegaer	Enhver læge kan supervisere, vejlede og give feedback til kollegaer i den daglige arbejdssituation, så kompetencedeling og øget læring foregår i videst muligt omfang. Kan efter delegering evaluere og godkende kompetencer for den uddannelsessøgende læge
Uddannelseskoordinerende yngre læge - (UKYL) en funktion der i nogle regioner kan tildeles en eller flere yngre læger ansat i afdelingen	Funktionen kan bidrage til øget fokus og kvalitet i forhold til den lægelige videreuddannelse i afdelingen og varetages under vejledning af og i samarbejde med den uddannelsesansvarlige overlæge.
Postgraduat klinisk lektor - (PKL) varetager en koordinerende uddannelsesfunktion i regionen	Speciallæger hvis opgave er at koordinere og styrke videreuddannelsesindsatsen generelt såvel som indenfor de enkelte specialer.

2.2 Vejlederfunktionen

Vejlederfunktionen på den lægelige videreuddannelse blev iværksat i 1998, i forlængelse af Sundhedsstyrelsens publikation: *'Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse – struktur, retningslinier og ansvarsfordeling'* (Sundhedsstyrelsen 1998). Baggrunden for indførsel af vejlederfunktionen var, at der i 1987 var kommet loft over lægers arbejdstid, der betød en arbejdsuge på 37 timer og det var en kraftig reducering af lægers arbejdstid og dermed også uddannelsestid samt klinisk træning.

Regeringen nedsatte et udvalg, der fik som kommissorium, at: *'…tilvejebringe et grundlag for et veltilrettelagt og velfungerende uddannelsessystem […] Varigheden af de samlede uddannelsesforløb skal søges nedbragt væsentligt, uden at uddannelseskvaliteten af den grund forringes'* (Sundhedsstyrelsen 1998, s. 7). Der var altså et samtidigt fokus på at sikre uddannelseskvalitet samt muliggøre, at lægers videreuddannelse gennemføres på reduceret tid med kortere vej fra afslutning af medicinstudiet til opnåelse af speciallægeanerkendelse.

I forhold til sikring af uddannelseskvaliteten, fravalgte udvalget at anbefale en egentlig eksamensordning i forbindelse med opnåelse af speciallægeanerkendelse, som man kender fra andre lande, da udvalget ikke vurderede, at en eksamensordning på betryggende vis kunne kontrollere både den uddannelsessøgende læges teoretiske viden, holdninger og kliniske færdigheder. Udvalget lagde til grund for sin vurdering at en eksamensordning, dels ville være vanskelig at etablere, dels ville være en stor økonomisk udgift (Sundhedsstyrelsen 1998).

I stedet for en enkeltstående eksamen anbefalede udvalget, at der løbende skulle foretages evalueringer i klinikken på baggrund af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer af de uddannelsessøgende lægers kompetencer samt af klinikken som uddannelsessted. Det blev startskuddet til det, der blev kaldt 'Samtalesystemet' baseret på tre formaliserede samtaler i hver ansættelse mellem en uddannelsessøgende læge og dennes hovedvejleder. Udgangspunktet og styringsredskabet for samtalerne var uddannelsesprogrammet og målbeskrivelsen.

Samtalesystemet

Den første samtale var en *'introduktionssamtale'*, hvor den uddannelsessøgende læges kompetenceniveau og interesser fx i form af forskning, administration eller undervisning kunne fastslås og uddannelsesprogrammet justeres i forhold til. Samtalen skulle udmøntes i at den uddannelsessøgende læge og vejlederen i fællesskab, udfærdigede en specifik uddannelsesplan for ansættelsesforløbet. Den anden samtale var en *'justeringssamtale'*, som der alt efter behov og mulighed, kunne være flere af. Her var fokus på kompetencerne i forhold til, hvilke læringsmål den uddannelsessøgende læge havde opnået og hvilke læringsmål, der endnu manglede i forhold til uddannelsesplanen.

Herunder kunne uddannelsesmæssige og arbejdstilrettelæggelsesmæssige forhold drøftes. Den tredje samtale var en *'slutevalueringssamtale'*, der havde fokus på at gøre status i forhold til uddannelsesplanen, uddannelsesprogrammet og målbeskrivelsen samt den uddannelsessøgende læges kompetenceudvikling, der forudsatte godkendelse af selve uddannelseselementet/ansættelsen. Hertil skulle den uddannelsessøgende læge give feedback til uddannelsesstedet (afdelingen eller almen praksis) i forhold til, om uddannelsesprogrammer eller selve uddannelsesprocessen havde behov for justeringer (Sundhedsstyrelsen 1998).

Samtalesystemet med de tre samtaler: 'introduktionssamtalen, justeringssamtalen(-erne) og slutsamtalen' var omdrejningspunktet og det bærende pædagogiske element i vejlederfunktionen og central i Sundhedsstyrelsen publikation (1998). Tilbagemeldinger fra de uddannelsessøgende læger pegede dog på, at de ikke altid fik afholdt de tre samtaler samt at de heller ikke alle fik udarbejdet en individuel uddannelsesplan eller at uddannelsesplanen blev anvendt i praksis (Bach et al. 2004 og Larsen et al. 2007).

Den individuelle uddannelsesplan

I 2008 kom der en vejledning[9] fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse benævnt: *'Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse'*. Vejledningen erstattede den tidligere *'Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse'* (Sundhedsstyrelsen 1998). I den nye vejledning blev paradigmet med de tre samtaler forladt til fordel for et paradigme, hvor udgangspunktet er den indi-

[9] VEJ nr 9586 af 14/07/2008 (gældende).

viduelle uddannelsesplan – bestemt af den individuelle uddannelsessøgende læges læringsbehov og interesser.

Dermed var det ikke længere meningsfuldt på et formelt niveau at fastsætte et bestemt antal samtaler, da samtalernes antal skulle udspringe af det konkrete behov hos den enkelte uddannelsessøgende læge. For at styrke udarbejdelsen af de individuelle uddannelsesplaner, er der endvidere fastsat tidsgrænser for, hvornår i den uddannelsessøgende lægers forløb, den individuelle uddannelsesplan skal være udarbejdet og godkendt af ansættelsesstedet (senest 14 dage efter første ansættelsesdag for læger i klinisk basisuddannelse og senest fire uger efter første ansættelsesdag for læger ansat i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger).

Ansættelsesstedet har ansvar for at den uddannelsessøgende læge løbende evalueres og i fællesskab med den uddannelsessøgende læge pligt til at være opmærksomme på, at uddannelsesplanen følges og kompetencerne opnås. Yderligere har lægers forkortede videreuddannelse[10], først med en fireårsregel senere udvidet til en femårs-regel og igen med en seksårs-regel fra påbegyndelse af klinisk basisuddannelse til påbegyndelse af et hoveduddannelsesforløb, sat fokus på et behov for karrierevejledning, så de uddannelsessøgende læger hurtigt hjælpes videre i uddannelsen og får hjælp til at finde egnede specialer. Det bærende pædagogiske element i den nuværende vejlederfunktion er de individuelle uddannelsesplaner, der skal sikre progression af lægers kompetencer igennem den lægelige videreuddannelse.

I praksis er kendskabet til *'Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse'* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008) dog begrænset blandt de uddannelsesgivende læger – herunder de uddannelsesansvarlige overlæger. Jeg observerede, da jeg lavede feltarbejde til dette projekt, at de afdelinger, jeg var i, stadig refererede til det 'gamle' samtalesystem som obligatorisk og det understøtter, at vejledningen fra 2008 ikke i praksis er fuldt implementeret. I 2015 kom der endvidere en praksisrettet bog til klinikere: *'Vejledning af læger under uddannelse'* (Eika et al. 2015), der beskriver samtalesystemet som gældende og er bygget op omkring de tre samtaler. Det peger i retning af, at uddannelsesopgaven på den lægelige videreuddannelse er kompleks at sætte sig ind i og at der kan være lang vej fra det besluttende niveau til det ud-

[10] Indført i 2008.

førende niveau. I Sundhedsstyrelsens status i 2012, konkluderer de således om implementeringen af de individuelle uddannelsesplaner:

> Data viser, at der er variation i, i hvor høj grad den individuelle uddannelsesplan er implementeret med forskel mellem specialer, sektorer (praksis vs hospital) og uddannelsestrin (KBU, I-læger og H-læger)[11]. Det kan dog konkluderes, at den individuelle uddannelsesplan ikke er fuldt implementeret og således ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang. Der er derfor behov for en styrket indsats, der sikrer implementeringen af brugen af uddannelsesplaner bl.a. ved at sætte fokus på formålet med uddannelsesplanen således, at dette er tilpasset uddannelsestrin og kontekst (Sundhedsstyrelsen 2012a, s. 139).

Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der udvikles nationale funktionsbeskrivelser for vejlederfunktionen samt nationale skabeloner for uddannelsesplaner samt vejledersamtaler, der har uddannelsesplanen som omdrejningspunkt (Sundhedsstyrelsen 2012a). Det kan ses som en erkendelse af, at uddannelsesopgaven i sit udgangspunkt er diffus, svær at operationalisere i klinikken og som et styringsredskab fra Sundhedsstyrelsens side, hvor kontrollen med lægers uddannelse og vejledning udvides.

2.3 Institution og profession

Hospitalet som institution og den medicinske profession er rammesættende for den vejledning af læger, der er genstandsfelt for denne afhandling. I afsnittets første del sætter jeg fokus på hospitalet som læringsinstitution, det moderne hospital og på, hvad der karakteriserer fremtidens hospital. I afsnittets anden del sætter jeg fokus på professionsbegrebet – herunder de rationaliteter, der karakteriseres iboende i professioner – med særligt fokus på lægeprofessionen, som rammesættende for den professionelle udvikling.

Hospitalet som læringsinstitution

Hospitalets samfundsmæssige formål og organisering fremgår af sundhedsloven og er at sørge for befolkningens sundhed. Ud over de kliniske funktioner i form af den konkrete patientbehandling har hospitalerne også til opgave at bedrive forskning og uddannelse. Uddannelsesopgaven på hospitalerne dæk-

[11] Læger i klinisk basisuddannelse, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse. Det vil sige på tværs af den samlede lægelige videreuddannelse.

ker over en lang række sundhedsprofessioners uddannelser på forskellige niveauer fra grund-, videre-, og efteruddannelser og hospitalerne kan på den måde betragtes som store uddannelsesinstitutioner med flerdelte hovedopgaver, der i en presset hverdag kan være konkurrerende og opleves som modsætningsfyldte af den enkelte medarbejder (Larsen et al. 2007, Skipper 2016).

Videreuddannelsen af læger foregår arbejdsbaseret, hvilket vil sige at uddannelsen primært foregår via de uddannelsessøgendes lægers deltagelse i arbejdets funktioner på hospitalerne (Sørensen et al. 2016, Skipper 2016). Dermed er det organiseringen af arbejdet og driften eller 'produktionen'[12], der er det primære styrende princip for lægers uddannelse. Balancen mellem uddannelse og produktion er en udfordring, der igennem mange år er blevet italesat internt i feltet. Sundhedsstyrelsen og Danmarks Pædagogiske Universitet (Larsen et al. 2007) lavede en rapport om implementering af uddannelsesreformen fra år 2000 og skrev følgende i en opsamling om forholdet mellem drift og uddannelse:

> Driften var ikke overraskende styrende for uddannelsen på hospitalerne. Organiseringen af arbejdet var af sådan en karakter, at de uddannelsessøgende læger overvejende arbejdede. De så sig selv som læger, og blev placeret som læger og arbejdstagere i en organisation, der kun i et vist – og ikke tilstrækkeligt – omfang tog uddannelsesrelevante hensyn til de gældende uddannelsesplaner. Uddannelsesplaner, som vel og mærke er mindre ambitiøse end dem, der følger med den nye reform. Hverken for patienter, for det øvrige personale eller for de kommende speciallæger var uddannelsesmomentet særligt tydeligt eller distinkt fra det at arbejde og udfylde en jobfunktion (Larsen et al. 2007, s. 9).

Der er forskellige opfattelser blandt de uddannelsesgivende læger og de uddannelsessøgende læger af, hvad der menes med uddannelse. Deltagelse i arbejdet og vurderinger af, hvornår det opleves som uddannelsesrelevant og i overensstemmelse med speciallægeuddannelsens mål opleves og fortolkes subjektivt af de enkelte uddannelsessøgende og uddannelsesgivende læger (Larsen et al. 2007, Skipper 2016), der skaber modsætninger og konflikter mellem oplevelsen af sammenhæng mellem uddannelse og produktion (Skipper 2016).

[12] 'Produktion' dækker i daglig tale patientbehandling.

Samtidig er uddannelsen indlejret i et kompromis af kampe mellem forskellige økonomiske, politiske og professionsmæssige interesser (Larsen et al. 2007) og hospitalet som institution, er bærer af en bestemt socialitet i form af særlige sociale fænomener, logikker og handlinger som autoritetsstrukturer og hierarkisering, der skaber positionsudfordringer og kampe. Disse er knyttet til hospitalets materialitet i form de konkrete bygninger, fysiske rum og arkitektur, hvor særlige normer for, hvordan man interagerer, hersker og binder bestemte forventninger til adfærd knyttet til bestemte materielle og sociale rum (Alheit 2005, Holen 2011, Obling 2016), der er særlige for hospitalet som institution og den professionelle identitetsdannelse, der foregår der:

> Lægeprofessionen er på trods af generelle ændringer i autoritetsrelationer i samfundet relativt rigid med stærke autoritetsrelationer. På hospitalerne er der en mere eller mindre ekspliciteret hierarkisk struktur, som de uddannelsessøgende læger skal positionere sig indenfor. Samtidig indtager de uddannelsessøgende læger på linje med andre læger en dominerende position i den overordnede samfundsstruktur (Larsen et al. 2007, s. 9).

Hospitalet som institution karakteriseres som hierarkisk i relation til kulturelle og sociale forhold, hvor både hierarkierne og magtrelationer stiller modsatrettede krav til de uddannelsessøgende læger. De uddannelsessøgende læger skal, dels positionere sig i relation til indenfor professionen og i relation til de øvrige faggrupper, dels i relation til patienterne, hvilket afføder kontinuerligt skiftede krav og roller for at begå sig i hospitalets hierarki afhængig af tid, sted og situation. Går den yngre læge stuegang med en sygeplejerske, skal lægen være selvstændig og kunne lede, kunne håndtere akutte situationer, patientbehandling etc. Internt i lægeprofessionen er roller og hierarkier anderledes og fordrer en anden social interaktion og adfærd, som Larsen et al. (2007) har beskrevet ud fra konkrete observationer af de uddannelsessøgende lægers interaktioner i klinikken:

> På den anden side skulle de "kende deres plads" og kun stille særlige spørgsmål ved konferencer. Når de fx ringede til en "bagvagt" for at få råd om en undersøgelse, diagnose eller behandling skulle de "fatte sig i korthed". Det fremgik også af observationerne, at de uddannelsessøgende læger lavede et stort forarbejde lige fra at slå op i manualer og procedurebøger til at spørge kolleger og tage notater, før de kort og præcist præsenterede en "sag", "en patient" eller et "problem", for en ældre læge (Larsen et al. 2007, s. 59).

Hospitalet som institution og ramme for uddannelse, læring og vejledning kan altså beskrives som en modsætningsfyldt læringskontekst mellem forskellige

opgaveprioriteringer, forskellige faggrupper og skiftende roller i forskellige relationer. Det er en kompleks ramme omkring de uddannelses- lærings- og vejledningsprocesser, der foregår løbende som en del af arbejdsdagen. Fokus på hospitalet som læringsinstitution er ikke den funktion, man umiddelbart tilskriver hospitalet, men ikke desto mindre, er hospitalet ramme for mange sundhedsprofessionelles uddannelse, hvilket let glemmes i forhold til hospitalets øvrige formål (Sørensen et al. 2016).

De fysiske rammer tager ikke altid højde for uddannelsesfunktionerne og sætter begrænsninger for organisering af uddannelsesopgaven, især set i lyset af de korte accelererede patientforløb og færre indlæggelser, der betyder at stuegangen som læringssted er reduceret og fremadrettet vil blive reduceret yderligere. Hospitalerne er blevet tiltagende specialiserede med accelereret diagnostik og behandlingsprocedurer, der medfører reducerede indlæggelsestider til korte og ambulante ophold (Obling 2016). Det medfører et markant fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid, der i 1930 var på omkring en måned (Obling 2016) og i 2013 var på 3,7 dage (Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). I takt med den faldende indlæggelsestid og den øgede effektivisering er antallet af hospitaler siden 1980'erne faldet og samlet i større enheder i såkaldte 'supersygehuse' med øget specialisering og 'behandlingspakker'.

De accelererede patient- og behandlingsforløb har fokus på tid som et af de vigtigste måle- og kvalitetsparametre (Obling 2016) og skal ses i kombination med øgede effektivitets og besparelseskrav, der ikke må påvirke patientsikkerheden negativt. Organisatorisk betyder det, at samtaler mellem læge og patient, personalekonferencer, intern feedback og supervision etc., der ikke direkte påvirker patientforløb reduceres (Obling 2016). Den forkortede indlæggelsestid giver et komprimeret rum for behandlingsprocedurerne og medvirker til at sætte uddannelsesfunktionerne under pres. Udviklingen af hospitalerne med færre indlæggelser og korte, accelererede patientforløb udfordrer både tid til uddannelse såvel som deltagelse i relevante arbejds- og uddannelsesaktiviteter, der kan give den rutine og erfaring, en ung læge skal oparbejde. Flere uddannelsessøgende læger skal oplæres i ambulatorier og via simulation (Sørensen et al. 2016).

Der bygges i dag nye hospitaler, men hospitalet som læringsinstitution er kun i lav grad tænkt ind i planlægningen af hospitalsbyggerierne: *'…til trods for, at*

store hospitaler skal rumme en daglig uddannelseskapacitet som et stort gymnasium' (Sørensen et al. 2016, s. 2). De ændrede læringsformer og aktiviteter med et større træk på ambulatorier som ramme for de uddannelsessøgende lægers møde med patienterne, stiller krav til de fysiske faciliteter i forhold til at sikre mulighed for supervision samt samtalerum, hvor der kan gives feedback og afholdes vejledersamtaler uforstyrret og i fortrolighed (Sørensen et al. 2016).

Fremtidens hospital

Ser man på, hvad der kendetegner udviklingen i fremtidens hospital i et uddannelsesperspektiv, tegner der sig forskellige udfordringer og perspektiver. Hospitalet som institution gennemgår i disse år store forandringer, der blev iværksat i 2007 på baggrund af strukturreformen, hvor de 13 amtslige sygehusvæsener overgik til fem regionale. Strukturreformen blev vedtaget i 2004 og i 2005 kom en ny sundhedslov, der skulle øge kvaliteten i sundhedsvæsenet (Pedersen 2014). Et væsentligt princip var, at faglig kvalitet skulle have forrang frem for nærhed og betød de facto, at behandlinger samles på endnu færre hospitaler end tidligere.

Dette skete ud fra princippet om, at 'øvelse gør mester' baseret på at en speciallæge og et sundhedsfagligt team for at træne og vedligeholde kliniske færdigheder og kompetencer, skal have en vis volumen i behandling af et givent antal af patienter. Forandringerne på sygehusområdet har altså en lang række konsekvenser – også uddannelsesmæssige. Jeg vil med udgangspunkt i etablering af fælles akutmodtagelser, organisering med patienten i centrum og et fokus på fremtidens ledelsesudfordringer beskrive, de mest centrale forandringer, der har betydning for uddannelsesorganisering, lærings- og vejledningsprocesser.

Fælles akutmodtagelse

Et bærende element i forandringerne af sygehusstrukturen er konceptet for akutsygehuse med 'fælles akut modtagelse' kaldet FAM, der skal styrke samarbejdet omkring den akut dårlige patient på tværs af de lægelige specialer og give mere sammenhængende patientforløb. Her er 'patienten i centrum' et nøglebegreb. Formålet er at øge kvaliteten i forhold til undersøgelser, hurtigere diagnostik og behandling fra alle respektive relevante specialer og de forskellige typer af sundhedsfaglige funktioner (Pedersen 2014). En fælles akutmodtagelse for alle akutte patienter erstatter tidligere tiders skadestuer og for-

skellige decentrale modtageafsnit fordelt på hospitalets matrikel (Antonsen 2014).

En konsekvens er at antallet af hospitaler med akutfunktion, er reduceret til omkring 21 hospitaler (Pedersen 2014), hvilket omtrent svarer til en halvering i antallet og samtidig særdeles større enheder end de sygehuse, de erstatter. Det kræver massive ændringer i bygningsmassen og medfører historisk store investeringer. Det blev besluttet i 2007, hvor akutsygehusene med fælles akutmodtagelse skulle placeres samt hvilke hospitaler, der skulle nedlægges eller kraftigt reduceres i forhold til behandlinger, der skulle samles centralt. Dermed blev der definitivt brudt med tidligere tiders sygehus som lokalt forankret institution, hvor enhver købstad havde et sygehus og skadestuen lå relativt tæt på bopælen (Borum 2005, Antonsen 2014). Det gav da også anledning til ophedet debat i nogle regioner ud fra lokale interesser i forhold til arbejdspladser, nærhed og tryghed.

En anden væsentlig konsekvens, der blev indført var, at speciallægerne i FAM så at sige skulle i front ved at være i tilstedeværelsesvagt, så patienterne kunne blive tilset af en speciallæge hurtigt efter ankomst til hospitalet. Dette blev betragtet som centralt for at styrke kvaliteten – det skulle ikke længere være de yngre læger, der var i front i forhold til modtagelse af den akut dårlige patient (Pedersen 2014). Begrebet 'speciallægen i front' satte et kritisk fokus på potentielle manglende beslutningskompetencer udenfor almindelig arbejdstid på hospitalerne:

> Varetagelse af de akutte patientforløb har altid været en omfattende opgave med berøring til alle hospitalets driftsområder. For patienten er der tale om en unik oplevelse. Ingen ved, om det er en farlig tilstand, eller hvor længe indlæggelsen skal vare. I det perspektiv kan det i høj grad undre, at interessen for feltet har været så sporadisk, og at speciallægens tilbagetrukne position i akutarbejdet så længe forblev en accepteret norm (Antonsen 2014, s. 162).

Beslutningen om at FAM skulle bemandes med speciallæger i front, var dog en temmelig løst formuleret vision og det var ikke konkretiseret, hvilke læger, det drejede sig om og hvilke opgaver, de skulle varetage (Antonsen 2014). De fysiske rammer var heller ikke på plads, da FAM trådte i kraft, men det lykkedes på trods af skepsis at etablere en afdelingsledelse for de fleste af landets FAM'er og på det formelle plan var FAM implementeret på de fleste hospitaler i 2010 – selv om hyppige udskiftninger i afdelingsledelserne i FAM tyder

på, at det det har været en stor ledelsesudfordring (Antonsen 2014). I en rapport fra Dansk Sundhedsinstitut (Holm-Petersen 2010) om arbejdstilrettelæggelsen for speciallægerne i FAM peger konklusionerne da også på udfordringer i forhold til speciallægebemandingen i FAM:

> Der er lagt op til, at der skal være speciallægeinvolvering i FAM. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der bør være en teamleder med speciallægebaggrund, og de lægger op til et lægeligt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau i alle døgnets 24 timer. Hvordan dette skal omsættes til praksis, er der dog regionalt og lokalt forskellige modeller for. Et perspektiv er, at der eksempelvis blot er en ledende overlæge og en uddannelsesansvarlig overlæge i FAM, mens speciallægerne trækkes ind fra specialeafdelingerne. Dette løser dog ikke i sig selv det traditionelle problem med at få tilstrækkelig erfarne læger hurtigt med ind over i de akutte faser. Ved denne løsning er der således mange patienter, der skal sendes op på specialeafdelingerne, eller mange speciallæger, der skal gå ned i FAM (Holm-Petersen 2010, s. 9).

Udfordringer med bemandingen af speciallæger i FAM og kravet om speciallægen i front tog afsæt i FAM, men vedrører alle de lægelige specialer og sætter generelt vagtstrukturerne til debat. Før i tiden havde man meget få speciallæger – måske kun en enkel overlæge, der kunne kaldes ind ved behov. Vagten blev dækket af yngre læger – andet kunne ikke lade sig gøre og vagtstrukturen var af gode grunde ikke til debat (Antonsen 2014). I dag er antallet af speciallæger et helt andet, i 2010-tal var det samlet på 7.600 (Antonsen 2014), men på trods af en markant stor fremgang i antallet af speciallæger påvirkede det ikke vagtstrukturerne, der for de fleste lægelige specialers vedkommende stadigvæk blev varetaget af yngre læger. I 2013 var det kun 24 % af FAM'erne, der havde speciallægetilstedeværelse hele døgnet (Antonsen 2014) på trods af generel vækst i antallet af speciallæger[13], der skyldes flere forskellige typer af barrierer fra speciallægernes side:

[13] I Lægeprognosen for 2015-2040 viser hovedscenariet, at udbuddet af speciallæger forventes at være stigende i hele perioden fra 14.841 i 2015 til 22.176 i 2040 (Sundhedsstyrelsen 2016). Prognosen viser, at der vil komme betydeligt flere læger og speciallæger, end der er i dag, men det ikke nødvendigvis ensbetydende med, at problemer med at sikre en tilstrækkelig speciallægedækning i hele landet er løst. Den faktiske regionale udvikling i efterspørgslen vil være afgørende. Ligesom det er af afgørende betydning, om der kan etableres tiltag, som kan være med til at sikre en omfordeling af lægearbejdsstyrken i de fem regioner. Der opleves aktuelt store regionale forskelle, hvilket betyder, at der i visse områder af landet er problemer med rekrutteringen af speciallæger og af læger til uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Manglen på speciallæger er derfor typisk størst i områder uden for universitetsbyerne og generelt set større i provinsen (Sundhedsstyrelsen 2016, s. 13).

> Forklaringerne herpå var mange. Tradition, velerhvervede rettigheder, økonomi og en overenskomststruktur, der slet ikke var beregnet på den enorme stillingsekspansion. Sidst men ikke mindst manglede speciallægerne i den grad viljen til at gå ind i den opgave, der blev stillet. Der var ganske enkelt ingen status i akutarbejdet, især ikke ud på døgnets små timer, og ingen nævneværdige incitamenter til at ændre dette forhold (Antonsen 2014, s. 165-166).

Overenskomsterne i 2013 og 2015 ændrede på disse forhold og vagtstrukturen blev gjort mere tidssvarende (Antonsen 2014). Normalarbejdstiden for speciallæger blev udvidet fra en 8-16-norm til akut arbejde frem til kl. 23 på hverdage og kl. 20 i weekender og dermed ændredes også hele arbejdstilrettelæggelsen bedre tilpasset patientflow og opgavemængder (Antonsen 2014). Overenskomsten fra 2013 var den sidste formelle forhindring for at få speciallægen i front og betegnes som både et produktivitets- samt kvalitetsmæssigt og organisatorisk gigantisk skridt i den rigtige retning – ikke blot i FAM, men i klinikken i det hele taget (Antonsen 2014).

Med patienten i centrum for organiseringen

Organiseringen i FAM stiller altså krav til, dels ændrede arbejdsrutiner, dels andre samarbejdsrelationer og ledelsesmæssige forhold, der i forhold til både implementering og drift rækker ud over det akutte område til resten af hospitalsstrukturen. Implementeringen af FAM repræsenter dermed den største og mest gennemgribende forandringsproces i det danske sundhedsvæsen, der hidtil er set (Antonsen 2014). Perspektiverne for fremtidens hospital ændres dermed også. Der vil fremadrettet være større fokus på det tværgående i forhold til samarbejde om patientens forløb – med patienten i centrum som den organiserende faktor frem for de lægelige specialer som det organisatoriske omdrejningspunkt:

> Sygehusbyggerierne og de relaterede organisationsforandringer ses altså både som en *motor* for nye typer af reorganiseringer og en *accelerator* af en udvikling, der allerede er i gang med at nytænke den måde, som behandling og pleje udføres på i sygehusene (Madsen og Meier 2017, s. 12).

Det stiller krav til ændringer i den måde, hospitalerne er organiseret på. Den stigende specialisering har medført organisatorisk opsplitning og øgede koordinationsvanskeligheder i forhold til, dels patienternes komplekse sygdomsbillede, dels tendensen til at patienterne forventer information og medinddragelse samt indflydelse på eget forløb (Jensen og Aggestrup 2014). Dermed ser udviklingen ud til at gå fra den tidligere organisering båret af fagopdeling og

professioner mod en organisering rettet mod sammenhængende patientforløb, der skal planlægges og hvor sundhedspersonalet i højere grad arbejder i tværgående klynger og teams (Lehn-Christiansen 2016). Metodisk har man ved etablering af FAM blandt andet arbejdet med LEAN og med akutpakker, for at styre patienternes tidsforløb og via fokus på 'flow' undgå, at patienterne oplever unødig ventetid:

> Det siges, at 'flow is king', og opretholdelsen af flow og fremdrift i patientforløbene har derfor højeste prioritet. Forløbskoordinatorer, tidligere ofte benævnt flowmastere, har ansvaret for denne opgave. Opgaven er kompleks, men klart struktureret, og varetages af klinisk personale med særlig uddannelse i og forståelse for logistik og flow – i modsætning til tidligere, hvor koordination ofte angik tilfældigt definerede, dårligt afgrænsede områder og blev varetaget af tilfældigt udpegede personer. Koordinatorerne har udstrakte beføjelser i forhold til visitation af patienter og løbende fremdrift i de enkelte forløb. Beføjelserne gælder alle hospitalets afdelinger (Antonsen 2014, s. 169).

De nye udviklingstendenser kræver også ændret organisering og arbejdstilrettelæggelse – og skal understøttes i hospitalets fysiske strukturer (Jensen og Aggestrup 2014). Derfor foregår der i øjeblikket også historisk store investeringer i både nybyggerier og renoveringer, der samlet beløber sig til omkring 50 mia. kr. (Pedersen 2014).

Kritikere siger, at uddannelsesfunktionerne i lav grad er tænkt ind i forhold til hospitalsbyggerierne (Sørensen et al. 2016) og det har en række mulige konsekvenser både for kvaliteten af uddannelsen hvor arbejdets nye organisering – samlet i større tværgående enheder har betydning for oplevelsen af nærhed og tryghed og det har også en betydning i et lærings- og vejledningsperspektiv, når man ikke kender de kolleger, man arbejder sammen med og i forhold til generelt øgede krav, den nye organisering stiller til de sundhedsprofessionelles kompetencer som fordrer et større fokus på relationelle kompetencer i forbindelse med ledelse, samarbejde og kommunikation samt udvikling af de professionelle kompetencer herunder etik, empati og i forhold til de emotionelle aspekter af arbejdet.

Edwards (2010) betegner denne udvikling i professionelle praksis med begrebet: *'The relational turn'* i forhold til professionelles ekspertise, der betyder opbrud i forhold til professioners vidensmonopoler og til den enkelte professi-

onelles beslutningstagen og evne til at arbejde udenfor de vante professionsmæssige afgrænsninger:

> …professionals work increasingly across professional boundaries on complex problems with other practitioners and with clients, they operate outside the safety net of their organisations' bureaucratic procedures. Consequently, rather than following established institutional practices, they have to rely on their specialist knowledge and their expertise in working with others while they negotiate the accomplishment of complex tasks. This kind of relational practice means that practitioners need to be able to label their own expertise; recognize, draw on and contribute to the funds of expertise available; and demonstrate a strong sense of their own identities as practitioners whose actions can make a difference in the world (Edwards 2010, p. 1).

Edwards (2010) identificerer flere typer af forventninger og krav til de moderne professionelle, der i form af en stigende relationel praksis, kan sætte de professionelles identiteter under pres. Der er endvidere et øget pres på arbejdsdimensionen i form af flow, der giver nye rammer for lægers arbejde, hvor flere sundhedsprofessionelle tværgående skal samarbejde om at beslutte, hvad der skal ske med patienten. Endvidere er de accelererede patientforløb en udfordring, da de mest raske patienter hurtigt udskrives efter meget korte forløb, mens de patienter, der ikke hurtigt hjemsendes, udgør de mere komplicerede forløb. Det sætter også uddannelsen under pres, da de yngre læger dermed skal håndtere patienter med mere komplicerede sygdomsbilleder i nye typer af organisering og procedurer i en ny institutionel praksis. Det stiller særlige krav til den moderne ledelse af fremtidens hospitaler.

Fremtidens hospitalsledelse

Ledelsesmæssigt kan hospitalerne karakteriseres som store og komplekse virksomheder (Pedersen 2014) og bliver ikke mindre i størrelse eller kompleksitet i nær fremtid:

> Kun få, hvis nogen, private virksomheder er større med en placering på samme eller få nærliggende matrikler og med produktion døgnet rundt. Som patienter forventer vi up to date-behandling, sammenhængende og tidskomprimerede behandlingsforløb, god information og service osv. Som skatteborgere forventer vi veldrevne hospitaler. Det er en underdrivelse at sige, at det er en kæmpeudfordring at lede og organisere dagens og fremtidens hospitaler (Pedersen og Petersen 2014, s. 15)

De hospitaler vi kender i dag, kan karakteriseres som store 'behandlingsfabrikker', der fremadrettet i højere grad vil skulle fremtræde som: *'koncentration*

af høj faglig ekspertise – et videnshus med produktion snarere end et produktionssted med høj viden' (Bendix 2014, s. 192). Der er dermed tale om et paradigmeskifte. Siden 1980'erne har det dominerende styringsrationale i den offentlige sektor været New Public Management inspireret (NPM)[14] med fokus på rationalisme, målstyring og effektivisering (Plesner et al. 2013). Fra både praktikere og forskere har der været rettet løbende kritik af den NPM-orienterede tilgang, hvis præmisser og antagelser kritiseres for at være inkommensurable med de behov, vidensbårede komplekse organisationer som fx hospitalerne, i deres natur er (Plesner et al. 2013). NPM kritiseres overordnet for at bygge på fortidens institutioner frem for fremtidens institutioner:

> Også internationalt har forskere peget på, at vores tilgang til ledelse og organisering i vid udstrækning baserer sig på tankegods, der hører industrisamfundet til, og hvis relevans bør revurderes med udgangspunkt i de ændrede vilkår og behov som videnssamfundet og dets organisationer giver anledning til (Plesner et al. 2013, s. 166).

Den nye sygehusstruktur med etableringen af FAM fordrer, som før nævnt, et øget ledelsesmæssigt fokus på tværgående, relationelle og processuelle funktioner på hospitalerne og dermed også et brud med de NPM-orienterede tilgange og en professionsbåret hierarkisk, bureaukratisk ledelsestænkning og diskurser, der ikke understøtter de fremadrettede organisatoriske behov (Plesner et al. 2013). Ledelsesopgaven fremadrettet dækker både styring af patientforløb, ledelse af teams, ledelse af fagprofessionelle - herunder at skabe rammer for selvledelse (Bendix 2014). Her er håndteringen af komplekse faglige fællesskaber et centralt element, hvor værdier, relationer, relationel koordinering og kompleksitetsorienterede ledelsesforståelser er centrale fremadrettet (Plesner et al. 2013, Bendix 2014):

> Det handler i stort omfang om at anerkende, at der skal koordineres og kommunikeres ordentligt, og at psykologiske aspekter – navnlig det følelsesmæssige og det irrationelle – også er en del af alle organisationers beslutningssystem. Også fagbureaukratiers […] Følelser kan også handle om bekymring for, hvordan det går længere henne i værdikæden, usikkerhed over, hvilken stafet man modtager fra et tidligere led, vrede over skuffede forvent-

[14] New Public Management er en samlebetegnelse for styrings- og ledelsesideologier, der tager afsæt i den private sektor og er via rationalistiske markedsbaserede styringslogikker med fokus på mål- kontrakt- og resultatstyring blevet anvendt for at øge kvaliteten og begrænse udgifterne og dermed effektivisere den offentlige sektor (Plesner et al. 2013).

> ninger og frygt for ukendte forhold og reaktioner, spændingen ved at gå i gang med noget nyt osv. (Bendix 2014, s. 198-199).

Disse forhold har betydning for interaktionen med patienter, pårørende, kolleger og de øvrige samarbejdsrelationer, der ligger i de arbejdsopgaver, der skal løses og som i langt højere grad skal anerkendes fremadrettet (Bendix 2014): *'Ledelse af relationer drejer sig om at mærke og indgå i relationer henholdsvis styrke andres relationer – samspillet med andre på det mellemmenneskelige plan'* (Bendix 2014, s. 199). Hospitalsledelse i dag står altså i forskellige typer udfordringer præget af omfattende institutionelle forandringer i forhold til, dels sygehusstrukturer, styringsmodeller, organisations- og ledelsesformer samt forandring i roller og forventninger fra patienter, sundhedsprofessionelle, myndigheder og politikeres side. Dertil lægges forandringer i forhold til teknologier, arbejdsprocesser og tankemåder (Plesner et al. 2013) i en samfundsmæssig kontekst, hvor sundhedsudgifterne er stigende og der er kontinuerlige effektivitetskrav, der skal honoreres.

For de specialer, der har læger tilknyttet FAM, er der også nogle uddannelsesmæssige konsekvenser i form af, at de yngre lægers uddannelse foregår i FAM og specialet dermed ikke i lige så høj grad har indflydelse på den oplæring og socialisering, der foregår og som de havde før. Dermed udfordres de specialespecifikke kompetencer, så at sige i en kamp om 'retten til sjælene'. De kompetencer, der fremadrettet efterspørges ligger i høj grad indenfor tværgående samarbejde både mellem specialer, faggrupper og teams, kommunikation og ledelse samt emotionelle og relationelle aspekter knyttet dertil – og det gælder i høj grad også for kravene til lægers kompetencer. Konsekvenserne rækker dermed også ind i den medicinske professions vidensbase. Den medicinske profession har med dens særlige status og forskning historisk set altid været tæt forbundet med selve sygehusinstitutionen og udviklingen i professionen har også været med til at drive udviklingen af hospitalet som institution:

> Den medicinske profession og sygehusinstitutionen er tæt forbundne. Sygehuset er ikke alene en organisation, der producerer sundhedsydelser og - service, men også en arena for lægeprofessionens reproduktion af aktører og professionen gennem uddannelse og forskning. Inden for sygehuset går produktion af sundhedsydelser og professionelle projekter hånd i hånd (Borum 2005, s. 119).

Hospitalet som institution skal dermed forstås relationelt koblet til den medicinske profession og analyser af lægers uddannelse og vejledning skal forholdes til både de institutions- og professionskontekster, de er indlejret i og som sætter rammer og vilkår for uddannelsesprocesserne. Jeg vil derfor beskrive og belyse professionsbegrebet og de erkendelsesformer, der knytter sig dertil.

Profession og erkendelsesformer

I dette afsnit vil jeg kort redegøre for professionsbegrebet generelt og den medicinske profession som en klassisk, særlig og magtfuld profession, hvis autonomi, rationalitet og erkendelsesinteresser påvirker den professionelle identitetsdannelse og endvidere har betydning for udviklingen i hospitalet som institution.

Professionsbegrebet

Profession, professionelle og professionalisering er begreber, der i daglig tale anvendes om forskellige fag, faggrupper, uddannelser og erhverv, som har både professionsinterne og eksterne betydninger, der kan kobles til interesser i forhold til stat, marked og civilsamfund. Der er status forbundet med at være en profession (Abbott 1988), idet begrebet historisk har stærke konnotationer til kvalitet, etik og særlige beføjelser i form af arbejdsområder og monopoliseret viden (Freidson 1971, Abbott 1988). Deri ligger der også potentielle samarbejds- og konfliktområder indenfor de enkelte professioner i form af retten til arbejdsopgaver, særlig viden og i forhold til staten, markedet og civilsamfundet i relation til professionsudvikling ud fra forskellige interesser (Vågan og Grimen 2008, Wackerhausen 2009, Saks 2016).

Ifølge de klassiske sociologiske professionsbegreber kan professioner karakteriseres ud fra fem punkter ved, at de har (Dybbroe 2010, s. 193):

1. Et særligt synligt og forhandlet forhold til statsmagt og magtfulde aktører, der skaber, uddelegerer og sætter rammer for indflydelse og opgaver til professionerne, og som professionerne udøver indflydelse på og forhandler med.

2. Et særligt synligt og forhandlet forhold til civilsamfundet, borgere og institutioner, hvis behov og opgaver professionerne udfører og fagligt fortolker, karakteriseret ved tillid, vilje og etik.

3. Et specialiseret og eget defineret vidensgrundlag, som er teoretisk og forskningsbaseret, men også praksisrettet.

4. Hel eller delvis faglig autonomi i opgaveplanlægning og udførelse.

5. Vid kontrol med uddannelse og adgang til en særlig del af arbejdsmarkedet.

Professionsbegrebet opstod i løbet af 1800-tallet og er ikke et entydigt begreb (Rasmussen 2011, Hjort og Weber 2011, Dent et al. 2016). Professionerne tillægges stor samfundsmæssig betydning og professionssociologien opstod da også i sammenhæng med særlige faggruppers status, herunder det man kan betegne som de 'klassiske professioner' såsom: læger, præster, ingeniører og jurister (Olesen 2004, Dybbroe 2010, Hjort og Weber 2011). Siden de 'store' eller 'klassiske' professioners opkomst, er der kommet andre professioner til, der kan betegnes som 'semi-professioner': fx lærere, sygeplejersker, pædagoger samt flere fag og fagområder indenfor fx teknologi, finans og ledelse, der lægger billet ind på professionsbegrebet (Olesen 2004, Hjort og Weber 2011, Järvinen og Mik-Meyer 2012). Professionssociologiens fokus historisk har været, at belyse professioner som moderne institutioner i forhold til den demokratiske statsform og industrialiseringens behov - og dermed knyttet til en given samfundsmæssig sammenhæng (Dybbroe 2010, Hjort og Weber 2011):

> Det er jo ikke tilfældigt, at professioner har spillet en central rolle i moderne sociologi – det er, fordi de har været centrale momenter i moderniseringen, - men også fordi professionens særlige organisation af arbejdet bogstavelig talt legemliggør nogle centrale træk ved moderniseringen: rationaliseret opgaveløsning, arbejdsdeling og det enkelte individs formning i denne arbejdsdelings ramme og betingelserne for at holde sammen på det moderne samfund (Olesen 2004).

Der er altså en tæt forbindelse imellem professioner, samfund og modernisering eller moderniseringsprocesser (Dybbroe 2010, Hjort og Weber 2011, Evetts 2011). Fokus i dag indenfor professionssociologien er på at forstå faggrupper som professioner i en foranderlig historisk kontekst samt på opkomsten af nye faggrupper og arbejdsfelter i et spændingsfelt mellem samtidige rationaler, den historiske udvikling og velfærdsstatens udvikling (Dybbroe 2010, Hjort og Weber 2011, Järvinen og Mik-Meyer 2012):

> På grund af de *samfundsmæssige moderniseringsprocesser* og *individualiseringen* vakler professionernes monopoler, og der stilles stigende krav til deres evne til samfundsmæssigt at *forhandle deres mandat*. Samtidig arbejder semiprofessionerne

> aktivt for at stabilisere dette mandat, en proces der imidlertid er præget af de samme modsætninger som det etablerede professionsfelt. Dynamikken rammer *vidensproduktionen i professionens arbejdsfelt*, den rammer uddannelserne, og den rammer individer, arbejdspladser samt organisationer (Hjort og Weber 2011, s. 7)

Moderniseringsprocesserne giver, ifølge Hjort og Weber (2011) en tredobbelt udfordring i forhold til at analysere og begrebsliggøre de transformationer, der sker i professionernes vidensbasis, i de professionelles uddannelser og arbejde samt i den professionelle identitetsdannelse. Både de klassiske professioner og semi-professionerne er underlagt en øget grad af statslig kontrol med akkrediteringer og dokumentationskrav ud fra en New Public Management-tilgang, der reducerer professionernes autonomi og egen professionsdrevne udvikling (Dybbroe 2010, Hjort og Weber 2011, Dent et al. 2016). I dag er der ikke længere blot tale om et implicit krav eller forventning om tillid til de professionelle, men derimod at de professionelle eksplicit via akkrediteringer og dokumentation overfor myndighederne skal godtgøre, at de er værdige til tillid (West 2010, Frost 2010, Hjort 2012, Brown og Calnan 2016):

> The belief that professionals necessarily act with responsibility in relation to those they serve no longer holds, while the relative autonomy of the professions and their training has been under intense assault from government and its agencies for some time. Governments have chosen to intervene and shape professional educational programmes and practice as part of the 'modernisation' of human services, under rhetoric of standards and accountability. This applies to relatively high-status professions such as medicine as well as the 'softer', 'lower-status' ones such as teaching, health care and social work. A culture of audit and managerialist prescription, rather than professionally led improvement, is the order of the day (West 2010, p. 67).

Professionerne er altså på den ene side karakteriseret ved autonomi samt monopol på vurderinger og evalueringer og på den anden side bærere af bestemte former for samfundsmæssig rationalitet, udviklinger i velfærdsstaten og effektiviserings- og dokumentationskrav, der sætter professionerne og de professionelle under pres (Dybbroe 2010, West 2010, Hjort og Weber 2011, Järvinen og Mik-Meyer 2012, Brown og Calnan 2016). Moderniseringsprocesserne med fokus på økonomiske produktivitetsparametre og effektivisering af arbejdet medfører øget konkurrence mellem institutioner og i institutioner (Dybbroe 2010, Hjort 2012). Det giver et øget og ensidigt fokus på de ydelser, der er målbare (Obling 2012, Hjort 2012) og understøtter bestemte ele-

menter i moderniseringen via udbredelsen af formel og instrumentel rationalitet (West 2010, Rasmussen 2011, Hjort 2012, Brown og Calnan 2016).

Dette påvirker ikke blot professionernes uddannelser og arbejde, men også de enkelte subjekters selvforståelser og herigennem professionernes selvforståelser. Således påvirkes også den medicinske profession, selv om professionens autonomi og 'modstandspotentiale' er større end i mange andre professioner, hvis samfundsmæssige status, indflydelse og magt er lavere.

Den medicinske profession

Den medicinske profession er historisk set en af de mest magtfulde professioner med høj status, særlige privilegier og meget høj grad af autonomi, der på trods af opbrud, reguleringen og forandringsprocesser stadigvæk nyder stor grad af beslutnings- og handleautonomi – sammenlignet med andre professioner. Professionen oplever dog også forskellige typer pres relateret til øgede krav om effektivitet og dokumentation:

> Doctors seem unhappy about the increasing prescription surrounding their role and surveillance of performance (Smith 2001:1073-74). The pressure for accountability and the low trust of policy makers (as well as their wish to control expenditure) find expression in ubiquitous clinical protocols, monitoring of performance and compulsory continuing professional development, alongside the drive for more evidence-based practice (West 2010, p. 67).

West (2001, 2010) identificerer som konsekvens af moderniseringsprocesserne en styrket bevægelse i den medicinske profession mod det evidensbaserede og målbare som et forsøg på at imødekomme og håndtere de samfundsmæssige styringslogikker, der hersker samtidig med, at professionaliserings- og moderniseringsprocesser har øget kravene til lægers kompetencer fra de tekniske og kliniske færdigheder til også at inkludere fx kommunikative, samarbejdsmæssige og ledelsesmæssige kompetencer – deri ligger der et krydspres. Endvidere viser det sig at være udfordrende at implementere de relationelle kompetencer i den biomedicinske diskurs og kultur – især fordi disse aspekter er vanskelige at måle og dokumentere (West 2010, Obling 2012, Hjort 2012):

> …certain kinds of knowledge are privileged: what is easily evidenced or expressed in measurable outcomes, as against what is more diffuse, biographical, subjective, interpretive, emotionally embedded as well as potentially critical. Under the mantra of evidence-based practice, harder more quantitative

> 'scientific' and 'objective' evidence is emphasised rather than what is 'personal' and 'subjective' (West 2010, p. 68-69).

Wests forskning (2001, 2010) er relateret til udfordringer for professionalismebegrebet, den professionelle vidensbasis samt det dominerende instrumentelle læringssyn i de medicinske uddannelser, der negligerer dybere former for refleksiv læring og kritisk bevidsthed og som accelereres af et øget pres på dokumentationskravene til professionen. Dette forstærkes endvidere af et vidensmæssigt fravær indenfor det medicinske curriculum, hvor bestemte vidensdomæner er enten udgrænsede, marginaliserede eller decideret fraværende:

> Despite the introduction of sociological, psychological and, to an extent, narrative forms of understanding in the professional curriculum, critical and emotional forms of learning – including locating professional practice in a broader culturally and socially aware critique – may remain marginal in medical culture (West 2010, p. 67) […] There seem to be a continuing tendency in medical education to disparage the subjective aspects of learning and experience, alongside sociological perspectives: these can be dismissed as anecdote rather than hard, 'robust', 'scientific' evidence. The gaze of a positivistic naturalscience paradigm and objectivism remains strong (Sinclair 1997). Struggles for self-knowledge, and critical insight in the profession can, culturally speaking, get marginalised (West 2010, p. 71).

West tager i sin forskning udgangspunkt i 'General Practitioners' (GP's) i Storbritannien, der svarer til de alment praktiserende læger i en dansk kontekst. Praktiserende læger identificeres som en gruppe, der i særlig grad er bærere af de udfordringer, den medicinske profession befinder sig i både i forhold til moderniseringskrav fra myndighederne (dokumentationskrav til både kompetencer og effektivitet) og i form af krav og forventninger fra moderne patienter (i forhold til inddragelse, kommunikation og dialog), der rejser autoritetsmæssige og legitimitetsmæssige spørgsmål for de enkelte læger og for professionen som helhed (West 2001, Olesen 2007a, Hølge-Hazelton 2011).

De praktiserende læger er, som professionel gruppering, i særlig grad presset af modsætninger imellem det biomedicinske vidensdomæne og mødet med patienterne som holistiske individer med komplekse problemstillinger, der overskrider det tekniske rationelle domæne (Olesen 2007a, Hølge-Hazelton 2011, Olesen 2012a) og de traditionelle lægelige specialers opdeling, der drevet af den medicinske profession, har determineret hospitalsorganiseringen (Borum 2005, Antonsen 2014). Wests (2001, 2010) forskning med udgangs-

punkt i almen praksis, kan betragtes som eksemplarisk for de udfordringer, den samlede medicinske profession står overfor i relation til at udvikle professionen til at møde de krav, der er til et moderne sundhedsvæsen:

> Hvis professioner skal bestå, genskabes eller udvikles sig til professioner, så bliver de nødt til i deres subjektive tilegnelse af professionen (professionsidentitet) at etablere en relation til deres kunder/klienter/brugere såvel som til samfundet i almindelighed, der ikke er baseret på autoritær, bureaukratisk eller mytisk magt, men på dialogisk formidling. Det er en meget stor udfordring for de nuværende professionelle, som så at sige har dannet deres professionsidentitet ved at legemliggøre den for klienterne fremmedgjorte viden (Olesen 2011, s. 138).

Den medicinske profession mødes altså af samfundsmæssige krav, der inkluderer, at lægerne ud over krav til tekniske og kliniske procedurer også skal indfri emotionelle forventninger, relationelle kompetencer og udvise empati i mødet med patienter (Olesen 2007a, Olesen 2011, Olesen 2012a, Edwards 2010, Hølge-Hazelton 2011, Obling 2012, Eika et al. 2015). Disse relationelle og emotionelle krav er underlagt kvalitetskontrol i form af evaluering og dokumentationskrav og bliver i stigende grad reguleret (Hjort 2012), på linje med de øvrige krav, der er til lægers arbejde (Obling 2012).

I forhold til at få del i knappe økonomiske ressourcer og dermed de bedst mulige budgetter, vil de hospitalsafdelinger, der kan dokumentere, at de har brugt konsultationstid på at håndtere patienters emotionelle problemer, stå bedre i konkurrence med andre afdelinger, der ikke kan dokumentere de emotionelle tidsforbrug på tilsvarende vis (Obling 2012). Dermed er de relationelle og emotionelle aspekter af de sundhedsprofessionelles arbejde også et konkurrenceparameter såvel som en uddannelsesudfordring (Edwards 2010, Hjort 2012):

> …at de [læger] skal regulere deres adfærd, ikke kun via professionelle normer og værdier, kliniske retningslinjer og rigide standardiseringsregler, men også gennem reflekteret brug af tidssvarende følelsesudtryk. Problemet er, at dette dobbeltkrav til professionelt arbejde kan føre til stadigt mere komplicerede og omfattende former for selv-præsentation i medicinske møder. Et muligt resultat kan være en større risiko for stress, udbrændthed eller utilfredshed med jobbet. Her er særligt yngre læger i farezonen, da de i kraft af manglende erfaring, ofte voldsomt arbejdspres samt skiftende ansættelsessteder er udsat for krav på mange og diffuse niveauer, der kan være svære – hvis ikke umulige – at navigere imellem på en krævende arbejdsdag (Obling 2012, s. 162).

Professioner er dog ikke blot karakteriseret ved at legemliggøre bestemte samfundsmæssige logikker og rationaliteter, men karakteriseres endvidere historisk set som kønnede og klassede (West 2001, Davies 2003, Dæhlen og Svensson 2008, Lehn-Christiansen 2016, Hearn et al. 2016). Den medicinske profession betegnes, sammen med jura og teologi, som maskulint formet – i udgangspunktet forbeholdt privilegerede mænd (Becker et al. 1977, West 2001, Dæhlen og Svensson 2008, Dahle 2008, Hølge-Hazelton 2011, Hearn et al. 2016, Cruess et al. 2016b):

> …in medicine, there are characteristic gender and status divisions between physicians in internal medical specialisms; between physicians, medical management, and nurses; and between physicians and patients. Such social divisions and social differences in and around professions have at times been clear and categorical, as in the historical construction of some professions as the sole territory of men, the gendering of professional men and masculinities, and what it means to be professional (Hearn et al. 2016, p. 58).

Internationalt sker der i flere lande, via uddannelsessystemet, en øget rekruttering af kvinder til den medicinske profession (Levinson og Lurie 2004, Dæhlen og Svensson 2008, Hill og Vaughan 2013, Cruess et al. 2016). I Danmark blev andelen af kvindelige læger i 2015 for første gang større end andelen af mandlige læger – og det nationale optag på medicinstudiet var i 2015 på 65 % kvindelige medicinstuderende, så udviklingen fortsætter (Bundgaard et al. 2015). I en artikel fra Ugeskriftet for Læger (Bundgaard et al. 2015) blev nyheden om kvindelige lægers overtal indledt med ordene:

> Balancen er tippet […] Det var blot et spørgsmål om tid, før lægegerningen blev et kvindefag. Nu er det sket. Hvor der ved årets start kun var 86 flere mænd end kvinder blandt de erhvervsaktive medlemmer af Lægeforeningen, er der nu et flertal af kvinder. Nærmere betegnet 12.187 kvinder mod 11.965 mænd. Det er historisk (Bundgaard et al. 2015, s. 1680).

Man kan diskutere, om balancen i kønsfordelingen mellem kvindelige og mandlige læger er *'tippet'*, med en forskel på 222 (i 2015 tal) flere kvindelige læger end mandlige – det kunne alternativt betragtes som en ligelig fordeling i antallet mellem kvinder og mænd i professionen samlet set. Artiklen giver alligevel udtryk for bekymringer angående 'feminisering' af faget i form af lavere status, lavere lønniveau, nedprioritering af forskning, tildeling af færre forskningsmidler, rekrutteringsproblemer for de 'karrieretunge' specialer og med en tilhørende øget rekruttering til de 'bløde' specialer (Bundgaard et al. 2015).

Forskning viser da også, at kvindelige læger har andre karriereveje end mandlige læger og at der således er tale om kønsmærkede lægelige specialer, der har betydning for kvindelige lægers karriereveje (Dahle 2008, Hølge-Hazelton 2012, Hill og Vaughan 2013). Dette skyldes manglende identifikation med kvindelige rollemodeller, begrænsede muligheder for deltagelse, fravær af konkrete billeder på eller mulige horisonter for fremtidsmuligheder i specialet, en positionering som 'fremmede' i specialet (Hill og Vaughan 2013), en kønnet praksis, kønnede processer, kønnede procedurer, kønnede professionalismeidealer og autoritetsopfattelser, der både skaber svag identifikation og ringe identitetsmuligheder for de kvindelige professionelle i nogle typer af specialer (Dahle 2008, Hølge-Hazelton 2011, Hearn et al. 2016).

Der er altså tale om forskellige kønnede sociale og faglige forventninger i professionen og i de respektive specialer – det gælder både i relation til patienterne og i de intra- og interprofessionelle relationer, hvor de kvindelige læger oplever, at deres køn har stor betydning (West 2001, Davies 2001, Davies 2003, Dahle 2008). Et eksempel stammer fra et feltarbejde om relationsmønstre mellem læger og sygeplejersker på et svensk sygehus (Davies 2001, Davies 2003, Dahle 2008), hvor kønstematikken blev synlig i praksis i samarbejdsrelationer mellem læger og sygeplejersker i form af forskellige kønnede forventninger:

> Mannlige leger hadde autoritet og kunne regne med full service og konvensionel lydighet, mens det var et ufravikeligt krav til kvinnelige leger at de måtte rydde opp etter seg selv etter en pasientundersøkelse. Sykepleierne skulle ha seg frabedt å opptre som servicepersonell for kvinnelige leger. Brøt kvinnelige leger slike uformelle samhandlingsregler, ble de negativt omtalt og møtt med subtile sanksjoner (Dahle 2008, s. 227).

Kvindelige lægers valg af specialer og karriereveje er både professionsinterne knyttet til magtrelationer, samarbejdsrelationer og identifikationsmuligheder, men vedrører også en større samfundsmæssig ulighed knyttet til privatsfæren, hvor kvinder varetager hovedparten af ansvaret for hjemmet og for pligterne i hjemmet (West 2001, Dahle 2008, Hearn et al. 2016, Harryson 2016). Dahle (2008) refererer til et studie af Kristina Erikson (2003), der viser, at dette også gør sig gældende i heteroseksuelle parforhold mellem læger, hvor fordelingen mellem arbejde og familie er ulige:

> Selv med samme utdanning og yrke hadde kvinderne hovedansvaret for hjem og barn. Når de ble spurgt, kunne ingen av informanterne forklare hvorfor

> det ble slik. Men det kom også fram at hjemmet hadde forskjellig betydning for de to kjønnene. De kvinnelige legene så hjemmet som et sted fullt af plikter, men også et sted hvor de hentet seg inn igjen, samlet krefter og kom bort fra den profesjonelle hverdagens mange krav og skuffelser. For de mannlige legenen var privatlivet nærmest en parentes, men noe de også brukte til å forklare hvorfor kvinnene kom til kort i sine profesjonelle karrierer (Dahle 2008, s. 226).

Kvinders inklusion i professionen kan, set i dette lys, i højere grad betragtes som en begrænset form for inklusion i et maskulint domineret og reguleret felt end som en egentlig feminisering af professionen (Dahle 2008, Hølge-Hazelton 2011, Hearn et al. 2016). Diskussionen i sig selv illustrerer under alle omstændigheder, at den medicinske profession ikke kan betragtes som kønsneutral, men snarere som en maskulint formet profession, der i dag skal rumme diversitet både, hvad angår køn og sociale baggrunde. Køn kan dermed betragtes som én faktor, der stiller udfordringer til professionens vidensbasis og professionskultur, der skabes, formes og reproduceres i de professionelle uddannelsesprocesser, i arbejdsprocesser, i de professionelle fællesskaber og i den professionelle identitetsdannelsesproces (West 2001, Wackerhausen 2009, Hafferty 2016, Cruess et al. 2016b) på linje med andre samfundsmæssige forandringer og styringslogikker, der stiller krav til professionsudvikling:

> The medical profession has until now been able to maintain the professional monopoly and legitimacy to a much higher degree than most other of the classical professions. The bio-medical knowledge forms the original base legitimacy base of the profession, and is still defined as the almost exclusive rationality. However there is within the profession – unevenly recognized, and again epitomized in the general practice – a high awareness of complementary types of competence and experience involved in the medical practice. Bio-medical knowledge is crucial for the general practitioner, but the professional core tasks are equally dependent on communicative, empathic and caring competences. Also many doctors in hospitals who have a substantial task of direct patient consultation and conversation are confronted with a need for this less technical, more socially aware form of knowledge (Olesen 2007a, p. 128).

Opbrud i den medicinske professions vidensbase i forhold til behovet for dialog, omsorg og empati i relation til patienterne, i forhold til nye ledelses- og samarbejdsrelationer i klinikken (Olesen 2007a, Edwards 2010, Obling 2012, Eika et al. 2015) og i forhold til diversitet i køn og sociale baggrunde, udfordrer det særlige rationalitetsbegreb, professionen er bærer af, der udgrænser

og afgrænser andre vidensdomæner, erkendelses- og rationalitetsformer (West 2001, West 2010, Hafferty 2016).

Her er det relevant at se kritisk på det instrumentelle rationalitetsbegreb, der både i varierende grad er dominerende i professionerne generelt og i særdeleshed i den medicinske professions vidensbasis. Habermas (2004, 2005a, 2005b) kan bistå med et modstykke til et instrumentelt handlings- og rationalitetsbegreb, der kan bidrage med en nuanceret og udvidet forståelse af de erkendelses- og rationalitetsformer, der præger professioner, det professionelle arbejde, lærings- og vejledningsprocesserne samt den immanente protektionisme og konservatisme, der reproduceres i professionerne.

Erkendelsesinteresser og erkendelsesformer

Jürgen Habermas' position som kritisk teoretiker, tager afsæt i fornuften som grundlag for videnskabens og det moderne samfunds udvikling. Habermas' analyser er et forsvar for det moderne og endnu ufuldendte projekt (Elling 2013).

I *'Erkendelse og interesse'* fra 1968 retter Habermas (2005a) en kritik af positivisternes tiltro til, at naturvidenskabelige modeller og objektivitetskrav kan bibringe en almengyldig og objektiv videnskabelig model til de humanistiske og samfundsvidenskabelige vidensområder og domæner. Habermas formulerer sin positivismekritik i 1960'erne ud fra en iagttagelse af at den instrumentelle fornuft og en teknisk mål-middel rationalitet i stigende grad dominerer både i samfundet generelt såvel som i videnskaberne og ophæves til den eneste gyldige fornuft:

> Rationalisering betyder først og fremmest en udvidelse af de samfundsmæssige områder; der underkastes den rationelle beslutnings målestokke. Det svarer til industrialiseringen af det samfundsmæssige arbejde og har den følge, at målestokkene for instrumentel handlen også trænger ind på andre livsområder (urbanisering af levemåder, teknificering af samkvem og kommunikation) (Habermas 2005a, s. 39).

Kritikkens fokus rettes mod den instrumentelle fornuft, hvor Habermas kritiserer det fornuftsbegreb, der udviklede sig i det modernes opkomst for at antage subjekt-objekt relationer, hvor subjektet betragtes som et isoleret individ, der indvirker på objektet gennem erkendelse og handling, hvorved fornuft reduceres til et begreb om instrumentel rationalitet baseret på beherskelse af

den omgivende natur. I denne tænkning bliver rationalitet til en afvejning mellem mål og midler, hvor viden betragtes som noget, der eksisterer uafhængigt af subjektet. Habermas efterspørger en diskussion om målene og immanent heri kritiserer han den opfattelse af sandhed, hvor det subjektive og objektive er opsplittede og modstillede.

For Habermas kan 'erkendelse' forstået som det 'objektive' og 'interesse' forstået som det 'subjektive' ikke adskilles. Dermed rettes fokus på erkendelsesinteresser, der afhænger af de forskellige livsomstændigheder og sammenhænge, mennesker indgår i. Det fordrer et rationalitetsbegreb, der er bredere og kan rumme de subjektive erkendelser. Deri ligger også en kritik af fornuftens rolle i den instrumentalisering og objektivisering, der fastlåser, undertrykker eller koloniserer menneskers livsverden. Det afgørende i Habermas' optik er, at udvikle et alment fornuftsbegreb, der ikke kun rummer det instrumentelle og formålsrationelle, men også de moralske og solidariske aspekter af tilværelsen. Habermas (2005b) sondrer i den forbindelse mellem tre typer af erkendelsesinteresser, der kan kobles til de videnskabelige forskningsprocesser: en teknisk (naturvidenskabelig), en praktisk (humanvidenskabelig) og en frigørende (samfundsvidenskabelig) erkendelsesinteresse (Habermas 2005b, Christiansen 2010):

- De *empirisk-analytiske* (natur)videnskaber er styret af regler for teorier og test af disse i form af eksperimenter baseret på iagttagelser. Virkeligheden undersøges ud fra en teknisk erkendelsesinteresse som en kontrollerbar og resultatorienteret handlen.

- De *historisk-hermeneutiske* (human)videnskaber er drevet af betydningsforståelse og hermeneutisk fortolkning. Forståelsen af en tekst eller andre individer opstår i mødet med ens egen livsverden. Virkeligheden undersøges ud fra en praktisk erkendelsesinteresse som en fortolkende og forståelsesorienteret handlen.

- De *systematiske handlings-* (samfunds)videnskaber (økonomi, politik og sociologi) deler med de empirisk- analytiske videnskaber i udgangspunktet en styring mod lovmæssigheder, men disse videreføres til også at inkludere social handlen og refleksion som middel til frigørelse. Virkeligheden undersøges ud fra en frigørende erkendelsesinteresse som en refleksiv og kritisk handlen.

De tre erkendelsesinteresser tager afsæt i en præmis om, at mennesket igennem sin historie og evolution i første omgang skulle 'besejre' og kontrollere naturen og omverdenen og i anden omgang et brud med denne præmis i en overgang fra 'natur' til 'kultur og samfund'. Det er imidlertid ikke fornuften i sig selv, Habermas er kritisk overfor, men det er fornuften i dens snævre instrumentelle form, der skal bruges til at beherske omverdenen, han retter sin kritik imod:

> De erkendelsesledede interesser udspringer imidlertid også af det brud, mennesket har foretaget med naturen ved at skabe kultur og samfund. Heraf følger en hermeneutisk interesse i at komme til forståelse af kulturen. Endvidere har mennesket en interesse i effektiv styring og kontrol af samfundet. Samfundsvidenskaberne drejer sig imidlertid om langt mere end frembringelse af viden, der muliggør rationel planlægning og social ingeniørkunst. Samfundsvidenskaben skal tillige være kritisk og frigørende (Juul 2012, s. 327).

For Habermas er fokus rettet mod den kritiske samfundsvidenskab i det ærinde at undersøge rationelle begrundelsers sammenhæng til de overbevisninger og opfattelser, der hersker. Herunder også sammenhænge til almenvældets interesser, anvendelse af manipulation og unødig magtanvendelse. Magt kan være legitim og helt nødvendig, når den anvendes til opnåelse af et fælles mål fx i form af hensigtsmæssig organisering og effektivitet i form af opnåelse af fastsatte mål, men optræder også i en undertrykkelsesform, der fastlåser mennesker og livsvilkår. Dermed får den kritiske samfundsvidenskab et frigørende sigte.

I *'Teorien om den kommunikative handlen'* fra 1981 sætter Habermas (2004) et kommunikativt rationalitets- og handlingsbegreb på dagsordenen, der er rodfæstet i sproget, og udveksles i intersubjektive dialoger som modstykke eller pendant til det instrumentelle fornuftsbegreb. Subjektet skal ikke forstås som isoleret overfor verden og derved udvides positivismens subjekt-objekt logik til en forståelsesorienteret intersubjektivitetslogik, der er kendetegnet ved, at man gennem en kritisk dialog, forsøger at nå frem til en fælles forståelse, der kan skabes konsensus om. Således bryder med og overskrider Habermas subjekt-objektrelationen som erkendelsesgrundlag:

> …det moderne forstås ud fra en teori om kommunikativ handlen og ikke ud fra en subjekt-objekt model. En teori om kommunikativ handlen må have tre poler til forskel fra bevidsthedsfilosofiens to poler. Den er nemlig en teori om to eller flere kommunikationsdeltageres søgen efter indbyrdes forståelse om udsagn, der relaterer sig til den ydre objektive, den sociale eller den enkel-

> tes subjektive verden. Bevidsthedsfilosofiens subjekt/objekt-relationer er derimod grundlæggende en monologisk tænkning, der ser bort fra sprogets og intersubjektivitetens afgørende rolle. Habermas plæderer derfor for et paradigmeskift fra bevidsthedsfilosofi (en subjekt/objekt-logik) til kommunikationsteori (en subjekt/objekt-logik og subjekt/subjekt-logik), idet det herved bliver muligt at tænke de kritiske og frigørende potentialer, der ifølge ham ligger i henholdsvis kommunikativ handlen og fornuft (Elling 2013, s. 149).

Subjekt/objekt-relationen overskrides altså fra at forholde sig til objekter og objektiviteten i den ydre natur til at forholde sig til sig selv og til andre, den subjektive verden og de intersubjektive relationer. Således klarlægges og udvides horisonten til tre logisk mulige verdener: 'den objektive, 'den subjektive' og 'den sociale'. Den sociale verden består primært af kommunikative handlinger som danner fundament for Habermas' kommunikationsteoretiske alternativ.

Habermas beskriver således kommunikation som en handling, der kan relateres til mere end den objektive verden eller ydre natur og som ikke er styret af beregning og resultater, men rettet mod fælles forståelse og dialogisk tænkning i form af den kommunikative handlen, der tager afsæt i modsvaret til 'systemet' nemlig i 'livsverdenen'. Livsverdensbegrebet er udviklet indenfor en fænomenologisk, hermeneutisk og symbolsk interaktionistisk tradition, der skal indfange samfundets subjektive dimensioner i et deltager- og handlingsperspektiv. Dermed både overskrider og udvider Habermas såvel fornuftsbegrebet som handlingsbegrebet via livsverdensbegrebet.

Livsverdenen repræsenterer både en fælles baggrundsviden og en fælles referenceramme i form af normer og værdier, kulturel viden og socialiseringsmønstre, der fungerer som et lager af sociale betingelser, der i praksis danner grundlag eller afsæt for kommunikativ handlen. Mennesket er implicit fortrolig med livsverdenen, der udgør en indforstået referenceramme for menneskelige handlinger og refleksioner, der reproduceres via den kommunikative handlen som sproglige handlinger. Dermed kan begrebet om livsverdenen ikke adskilles fra kommunikation i Habermas' optik, da det bygger på en fælles sproglig forståelse og til de betingelser, der muliggør en indbyrdes sproglig forståelse i det hele taget.

Så at sige baseres livsverdensbegrebet på samtalens fornuft og den mellemmenneskelige stræben efter at opnå fælles forståelse, indforståelse eller som

Habermas formulerer det: *'…at forstå sig med hinanden'* (Habermas 2004, s. 211). Hermed er livsverden ikke blot et 'privat' eller subjektivt fænomen, men derimod et intersubjektivt og socialt fænomen. Kommunikativ handlen er aldrig interessefri, men drevet af både formål og iboende intentionalitet. Det er en præmis at parterne, indgår i samtalen frivilligt, idet gensidig forståelse mellem mennesker ikke kan pålægges, hverken strategisk eller instrumentelt – og principielt sker tvangs- og herredømmefrit. Man skal så at sige ville hinanden 'noget' i stræben efter en meningsfuld dialog:

> Vel kan en indforståelse være objektivt fremtvunget, men hvad der kommer klart i stand gennem ydre indvirkning eller ved anvendelse af vold kan ikke tælle subjektivt som indforståelse. Indforståelsen beror på fælles overbevisninger (Habermas 2004, s. 211).

Teorien om den kommunikative handlen er opbygget omkring de bagvedliggende sproglige strukturer, normer og regler, der er for sprogets anvendelse eller sagt med andre ord de forudsætninger, der 'styrer' en samtale. For samtalen i sig selv, gælder også en række forudsætninger i form af talehandlinger, som må være opfyldt, før en forståelse kan opnås:

1. Det første gyldighedskriterium er, at man skal udtrykke sig sprogligt korrekt, således at det man siger, er forståeligt for andre. Det kræver sproglige kompetencer fra den talendes side.

2. Det andet gyldighedskriterium henviser til udsagn om den objektive, fysiske verden. Det skal være sandt og man skal gengive tingene, som de er. Det kræver viden fra den talendes side.

3. Det tredje gyldighedskriterium refererer til udsagn om den subjektive verden. Samtalen skal, når den udtrykker holdninger, hensigter, følelser, ønsker eller lignende være vederhæftig, forstået derhen at taleren virkelig skal have den holdning, vedkommende giver udtryk for – den må ikke være manipulerende. Det kræver at den talende udviser troværdighed.

4. Det fjerde gyldighedskriterium henfører til den sociale verden. Det man siger, skal være i overensstemmelse med gældende normer, ellers bryder samtalen sammen. Den skal med andre ord kunne anerkendes som rigtig. Det kræver gensidig respekt for de samtalendes 'kultur'.

De fire gyldighedskrav og anerkendelsen af dem udgør grundlaget for forståelsesprocessen, der altså fordrer, at samtaleparterne søger at møde hinanden via forståelsesorienteret handlen og opnå en horisontsammensmeltning af de samtalendes livsverdener. I dette 'møde' mellem livsverdener opstår selvforståelse, forståelse, indforståelse og empati. Det beror dog på, at de fire gyldighedsbetingelser er opfyldt og at den kommunikative handlen foregår tvangs- og herredømmefrit - uden manipulation. Hvis ikke disse gyldighedsbetingelser er opfyldt, er der tale om resultatorienteret handlen og ikke forståelsesorienteret handlen. Dermed er samtaleparternes intentioner centrale for processen.

Habermas' teori om den kommunikative handlen kan tjene som en referenceramme og som et ideal, der kan belyse graden af kommunikativ rationalitet i forskellige sociale relationer (Alvesson og Skjöldberg 2009) – herunder i lærings- og vejledningsprocesser. Habermas' kritik af den instrumentelle fornufts dominans og indflydelse på samfundet og i videnskaberne bidrager med et kritisk blik på den rationalitet, der betegnes iboende i professioner og i den medicinske profession.

Del II – Metodologi og forskningsstrategi

Hverdag

Det sker
at tingene flyder
at der ikke er tid til pusterum
at man bliver skuffet
over sine kolleger
og sig selv

Papirerne er væk
patienterne venter for længe
telefonen ringer uafbrudt
tanken tænkes aldrig til ende
recepterne flyder
ordene hænger
alt virker uafsluttet

Vi må stå sammen
på tværs af faglighed
passe på hinanden
og os selv

Det er nemt at blive ensom
i en afdeling fuld af folk

Marie Louise Malmstrøm, Stregkoden og andre kitteldigte, 2012. Gengivet med tilladelse fra forfatteren.

Kapitel 3. Metodologisk afsæt

I dette kapitel beskriver jeg den metodologiske ramme for projektet ved først at beskrive det metodologiske afsæt, dernæst de øvrige metodiske tilgange til feltarbejdet i form af interviews og observationer. Sidst i kapitlet diskuterer jeg min situering i feltet qua min forskerposition.

I mit overordnede metodologiske afsæt har jeg trukket på Mats Alvessons og Kaj Sköldbergs (2009) refleksive metodologi, dels som en overordnet metodologisk tilgang, dels som ramme for analyse og fortolkning af mit empiriske materiale (Alvesson og Kärreman 2005). Endvidere trækker jeg på i mit feltarbejde på to tilgange: en livshistorisk og biografisk tilgang til interviews (Schütze 1983, 1984, Riemann og Schütze 1991) samt en etnografisk inspireret tilgang i forhold til observationer og feltnoter (Andersen 1999, Marcus 1995, Alvesson og Kärreman 2011). Jeg vil beskrive det metodologiske afsæt, de to tilgange til feltarbejdet samt deres betydning og rolle for forskningsprocessen.

3.1 Refleksiv metodologi

Som nævnt trækker jeg på en refleksiv metodologi i forhold til analyse og fortolkning af projektets empiriske materiale. Den refleksive metodologis ærinde er at bryde med dogmatiske tilgange til fortolkning, der imiterer en kvantitativ logik med fokus rettet mod datahåndtering, procedurer og teknikker frem for at rette fokus på de centrale problemstillinger knyttet til kvalitativ forskning i form af sprogets rolle, fortolkning og udvælgelse. Hovedfokus er at undgå 'dataisme' og bryder således radikalt med tidligere tiders reminiscenser til positivismen indenfor den empiriske samfundsvidenskabelige forskning:

> Some time ago, 'empirical' research frequently meant that one could assume an independent reality out there which could be perceived and measured through indications of this reality, i.e. data. Through the careful design of procedures, the collection and processing of data based on this design and the subsequent analysis of these, empirical research could say yes or no to various hypotheses about the chunk of reality targeted for study. Nowadays, it would be seen in many social science camps as old-fashioned, intolerant, and theoretically and philosophically unsophisticated to favour this idea (Alvesson og Kärreman 2011, p. 4).

I Alvesson og Skjöldbergs (2009) optik, er det ikke fokus på metoder, der er afgørende for god samfundsvidenskabelig forskning, men derimod de bagvedliggende ontologiske og epistemologiske antagelser, der er den determinerende faktor. Ontologi og epistemologi er typisk mest synlig og ekspliciteret i forhold til forskerens konstruktioner af genstandsfeltet og i forhold til de multible fortolkningsmuligheder i den kvalitative forskning, mens de ontologiske og epistemologiske antagelser i den kvantitative forskning typisk fremstår mindre synlige eller eksplicit reflekterede og diskuterede.

Dermed retter Alvesson og Skjöldberg (2009) en kritik mod den traditionelle opfattelse af forskning, der uanset om der er tale om undersøgelse af sociale fakta og en 'objektiv realitet' eller menneskers subjektive eller intersubjektive erfarede verdener og mening, via bestemte videnskabelige metoder skal skabe sand, objektiv viden, der præsenteres som 'data', 'fakta' og som entydige aftryk af 'virkeligheden'.

I stedet argumenterer Alvesson og Skjöldberg (2009) for en refleksiv kvalitativ forskning med vægt på to grundlæggende karakteristika: 1) omhyggelig fortolkning og 2) refleksion. Fortolkningen skal have forrang i forskningsprocessen og det kræver bevidsthed om teoretiske antagelser, forforståelser og sprogets rolle. Her er refleksion det centrale omdrejningspunkt med et blik 'indad' på forskerens egen person, forskningsmiljøet, samfundet som helhed, intellektuelle og akademiske traditioner samt sprog og narrativer i forskningsmiljøet. Alvesson og Sköldberg (2009) skelner metodologisk mellem *'reflection'* og *'reflexivity'* – dog bruges *'reflection'* nogle gange synonymt og rummer begge begreber:

> Reflection means thinking about conditions for what one is doing, investigating the way in which the theoretical, cultural and political context of individual and intellectual involvement affects interaction with whatever is being researched, often in ways that are difficult to become conscious of. When we reflect, we try to ponder upon the premises for our thoughts, our observations and our use of language. Consequently, reflection is difficult (Alvesson og Sköldberg 2009, p. 269).

Alvesson og Skjöldbergs (2009) metodologiske refleksionsbegreb dækker derved to typer af refleksionsniveauer. *'Reflective'* anvendes om refleksioner, der har fokus på specifikke metoder eller specifikke niveauer af fortolkning. Al forskning er, i deres optik, altid mere eller mindre *'reflective'*, men bundet til særlige logikker, tematikker og metoder fx: kønsrelationer, sprog, magt eller

andet set ud fra det perspektiv, forskeren arbejder med. Det kan ifølge Alvesson og Skjöldberg (2009) skabe metodologiske blindgyder. *'Reflexive'* har en dobbelt betydning og anvendes, når flere niveauer er reflekteret i hinanden. I praksis ved at forskningen bevæger sig mellem to eller flere af disse fortolkningsniveauer: a) *'håndtering af det empiriske materiale'*, b) *'fortolkning'*, c) *'kritisk fortolkning'* og d) *'refleksioner i forhold til sprog og autoritet'*.

De fire fortolkningsniveauer trækker på forskellige videnskabelige orienteringer: a) en empirisk orienteret, b) en hermeneutisk orienteret, c) en kritisk teoretisk orienteret og d) en postmodernistisk orientering. Disse orienteringer bør ifølge Alvesson og Skjöldberg (2009) indgå i de refleksioner, samfundsvidenskabelige forskere skal forholde sig til – uanset de metoder, der anvendes. De fire orienteringer kan opfattes som havende inkommensurable videnskabsteoretiske forankringer, hvis præmisser er uforenelige, hvilket Alvesson og Skjöldberg (2009) også selv sætter fokus på, at de *kan* være. De argumenterer dog for, at det er muligt at *genfortolke* væsentlige elementer fra disse orienteringer og anvende dem i nye kontekster. Pointen er ikke at integrere typisk forskning fra én orientering i en af de øvrige orienteringer, men snarere at trække på de ideer og principper i de fire perspektiver, der kan øge den refleksive proces og samtidig give forrang til fortolkninger af det empiriske materiale.

'Den empirisk orienterede' (post)positivistiske tilgang, der hviler op ad *'grounded theory'*, er den af de fire orienteringer, hvor refleksion er mindst i fokus, men indgår alligevel som væsentlig i fortolkningsniveauerne, fordi den repræsenterer en særlig logik i forhold til empirisk materiale - som er kernen i kvalitativ metode. Her udgør den en bundlinje eller minimumskriterium for det forskningsmæssige arbejde. For stort fokus på dataindsamling og databehandling, er dog ofte ikke-refleksivt og bør undgås (Alvesson og Skjöldberg 2009). *'Den hermeneutisk orienterede'* tilgang gennemsyrer fundamentalt forskningsprocessen fra start til slut, hvor det empiriske materiale er det centrale element. Der er ingen 'rene' umedierede data eller fakta, men snarere tale om resultater af fortolkninger. Disse fortolkninger sker aldrig ud fra en værdineutral eller apolitisk position – ej heller fra en værdineutral og autonom forsker. Forskellige paradigmer, perspektiver og begreber giver bestemte paletter af fortolkningsmuligheder og undertrykker netop derved andre fortolkningsmuligheder. Dette sker som regel under foregivelse af, hvad der er 'neutralt', 'rationelt' eller 'korrekt' (Alvesson og Skjöldberg 2009).

'Den kritisk teoretisk orienterede' tilgang er i form af en kritisk politisk-ideologisk fortolkning et vigtigt supplement til den hermeneutiske fortolkning. *'Den postmodernistisk orienterede'* tilgang er i tillæg til den kritisk politisk-ideologisk fortolkning et vigtigt supplement, da det sker også for ideologisk og politisk bevidste forskere, at de risikerer, at blive styret af deres egen tekstproduktion, hvor herskende diskurser kan få forrang. Dermed er det centralt også at have forskerens sprog og autoritet i fokus (Alvesson og Skjöldberg 2009).

Det er i kraft af og i karakteren af refleksioner på tværs af de fire fortolkningsniveauer, der præsenteres i følgende tabel, forfatterne ser kvaliteten af den kvalitative forskning (Alvesson og Skjöldberg 2009, p. 273):

Tabel 4. Fortolkningsniveauer

Aspect/Level	**Focus**
Interaction with empirical material	*Accounts in interviews, observations of situations and other empirical materials*
Interpretation	*Underlying meanings*
Critical interpretation	*Ideology, power, social reproduction*
Reflection on text production and language use	*Own text, claims to authority, selectivity of the voices represented in the text*

Dermed er fokus på empirisk materiale flyttet fra håndtering af 'data' til i videst mulig udstrækning at fokusere på betragtninger over de forståelsesmæssige, kognitive, teoretiske, sproglige, intertekstuelle, politiske og kulturelle rammer, der har indflydelse på fortolkningerne (Alvesson og Skjöldberg 2009):

> Systematic reflection on several different levels can endow the interpretation with a quality that makes empirical research of value. Reflection can, in the context of empirical research, be defined as the *interpretation of interpretation* and the launching of a critical self-exploration of one's own interpretations of empirical material (including its construction). Reflection can mean that we constantly consider various basic dimensions behind and in the work of interpretation, by means of which this can be qualified (Alvesson og Skjöldberg 2009, p. 9).

Det leder til et andet centralt fokus i den refleksive metodologi, som er, at undgå 'dogmatisme' og reduktionisme i forhold til de konkrete refleksioner

om forskerposition, kontekst og teoretiske valg samt forskellige positioner bliver styrende i fortolkningerne:

> To put it simply: reflexivity, in the research context, means paying attention to these aspects without letting any one of them dominate. In other words, it is a question of avoiding empiricism, narcissism and different varieties of social and linguistic reductionism (Alvesson og Skjöldberg 2009, p. 269).

Selve forskningsprocessen består af en rekonstruktion af den sociale virkelighed, som man som forsker selv interagerer i, aktivt fortolker, skaber billeder for en selv og andre af og hvor disse billeder selektivt belyser særlige måder, hvorpå disse vilkår og processer i form af erfaringer, situationer og relationer, kan forstås (Alvesson og Skjöldberg 2009). Heri ligger der nogle immanente udfordringer i forhold til, at man som forsker ikke er fuldt bevidst om egne forforståelser og ubevidste antagelser – herunder bliver blind for de herskende diskurser og sandheder i ens egen sociale kultur, forskningsfællesskaber og sprog. Her er stimulering af kritisk bevidsthed og omhyggelig refleksion over, hvorfor man som forsker, laver de fortolkninger, man laver, samt hvilke betydninger, det empiriske materiale har, før man danner en mening om den sociale virkelighed, man undersøger central i forskningsprocessen (Alvesson og Skjöldberg 2009).

En abduktiv tilgang

Den samlede forskningsproces har været formet af en abduktiv tilgang, hvor de teoretiske dimensioner og perspektiver gensidigt har informeret hinanden, men hvor fortolkninger af empirien har haft forrang på den måde, at teorien ikke har domineret i fortolkningsprocesserne. Alvesson og Sköldberg (2009) beskriver den abduktive tilgang som en måde at bryde polariseringen mellem induktion og deduktion på og som en 'tredje vej', der tilføjer nye elementer til induktion og deduktion:

> The method has some characteristics of both induction and deduction, but it is very important to keep in mind that abduction neither formally nor informally is any simple 'mix' of these nor can it be reduced to these; it adds new, specific elements. During the process, the empirical area of application is successively developed, and the theory (the proposed over-arching pattern) is also adjusted and refined. In its focus on underlying patterns, abduction also differs from the two other, shallower models of explanation. The difference is, in other words, that it includes *understanding* as well (Alvesson og Skjöldberg 2009, p. 4).

Forskningsprocessen indeholder derved hermeneutiske aspekter med gentagende bevægelser imellem empirisk-ladet teori og teori-ladet empiriske fund, hvor forskeren går til det empiriske materiale ved hjælp af teoretiske forforståelser, der i mødet med empirien udvider og udvikler teorien (Alvesson og Skjöldberg 2009).

Det er denne form for abduktive analysetilgang, jeg har anvendt og trukket på i forskningsprocessen, hvor jeg kontinuerligt har penduleret mellem mit forskningsspørgsmål, en problemorienteret – og tværfaglig tilgang samt mit empiriske materiale som styrende for de metodologiske valg og fravalg, jeg har foretaget. Endvidere har jeg kunne bruge min tilknytning til to forskellige forskningsmiljøer, henholdsvis på universitetet og på min arbejdsplads, i selve fortolkningsprocessen til kontinuerligt at udfordre mine forforståelser og miljøernes forskellige herskende diskurser i mødet med det empiriske materiale.

3.2 Biografi og livshistorie

Som inspiration til interviewmetode har jeg trukket på en biografisk og livshistorisk tilgang, som jeg har fundet hos den tyske biografiforsker Fritz Schütze (Schütze 1983, Schütze 1984, Schütze 2008, Riemann og Schütze 1991). Når jeg har valgt at bruge livshistoriske interview med de yngre læger som metodisk tilgang og grundlæggende filter for min forståelse af den postgraduate vejledning, skyldes det, at jeg har det epistemologiske udgangspunkt, at vejledningen på den lægelige uddannelse ikke kan ses isoleret fra den præmis, at den indgår i et samlet livsforløb og foregår i konkrete subjekter med en fortid, en nutid og en fremtid. Forholdet mellem læring, uddannelsesdeltagelse og livshistorie er relevant at belyse for at få indblik i, dels vejledningens virkninger, dels vejledningens betydning for de uddannelsessøgendes lægers uddannelse, karriere og liv.

Schützes teoretiske arbejde bygger på to grundlæggende og sammenhængende teoritraditioner - den symbolske interaktionisme udformet i den nordamerikanske 'Chicago-sociologi' og den etnometodologiske samtaleanalyse med afsæt i efterkrigstidens sociolingvistik og i sprogfilosofien (Andersen og Larsen 2001). Schütze forholder sig kritisk til den symbolske interaktionisme og de klassiske Chicago-studier, som han kritiserer for, at forblive indenfor paradigmet om intentionel social handlen, for ikke at kombinere det sociale og det

subjektive og dermed for ikke at kunne (frem)analysere magtstrukturer og store sociale hændelsers indflydelse. Derved mister man, ifølge Schütze, forståelsen i dynamikken i den sekventielle organisering af sociale lidelsesprocesser (Andersen og Larsen 2001, Andersen og Larsen 2005). I et festskrift til Anselem Strauss udfolder Schütze sammen med Gerhard Riemann kritikken:

> Interactionist studies take processes of suffering seriously and produce sympathetic and complex analyses of the experiences and perspectives of actors, who have not much to lose, but these studies are usually not exact enough in analyzing the dynamics and the sequential organization of social processes of suffering. It remains a hidden topic. A study of suffering would require a constantly alternating and mutually integrated analytical grasp of 'inner' and 'outer' aspects. We believe it is necessary for an understanding of suffering to leave the paradigm of intentional social action, and to start conceptually from the social processes of 'being driven' and losing control over one's life circumstances (Riemann og Schütze 1991, p. 336).

Schützes teoretiske bidrag er særligt velegnet til at belyse systematiske sammenhænge mellem almengyldige typer af processtrukturer i enkelte livsforløb og de sociostrukturelle forudsætninger i typer af livsforløb, der dermed ikke blot repræsenterer idiomatiske narrativer, men kobles til et generelt og samfundsmæssigt niveau. Dermed kombinerer Schütze kommunikationsteoretisk sprogvidenskab med socialvidenskab på en særlig facon. Det narrative interview bygger således ikke blot på en hermeneutisk, humanistisk, men også en socialvidenskabelig teoretisk ramme:

> Nun kann man aber nicht davon ausgehen, dass für die soziologische Theoriebildung all das irrelevant ist, was mit individuellem Lebensschicksal zu tun hat. [...] Vieles, manchmal alles, hängt davon ab, wie der Biographieträger die [...] Ereignisverkettung erfährt und wie er sie theoretisch verarbeitet (Schütze 1983, s. 183-184).

Selve interviewformen spejler en af hverdagslivets mest anvendte kommunikationsformer - samtalen, baseret på almene sociale regler, normer og koder. Dermed er samtalen en essentiel kilde til informationer om sociale begivenheder beskrevet som 'hændelser' og 'handlinger' samt til viden om, hvad disse hændelser og handlinger så at sige har 'gjort' ved det individ, der fortæller om sit livsforløb. Her retter Schütze et kognitivt fokus på fortællingens indre struktur og orden, frem for et udgangspunkt i ydre makro-sociologiske kategoriseringer, som han kritiserer for at dominere i sociologisk forskning.

I det livshistoriske narrative interview genfremstiller fortællingen tidligere erfaringer og der etableres en processammenhæng mellem fortid og nutid gennem fortællerens fortolkninger og aktive forhandlinger om nutidig identitet. Med andre ord etableres der en sammenhæng mellem fortid og (nutids)fortælling og mellem fortælling og identitet.

Mit feltarbejde består, blandt andet, af de narrative livshistoriske interview foretaget med de uddannelsessøgende læger i kombination med etnografisk inspirerede observationer af dagligdagen på arbejde på forskellige hospitalsafdelinger. Formålet med interviewene er, dels at afdække sammenhænge mellem de uddannelsessøgende lægers personlige biografi og deres måde at strukturere og praktisere deres arbejde på, dels at efterspore virkningen af den socialisering, som finder sted på uddannelsen overfor den socialisering, der implicit og eksplicit ligger i hverdagslivets erfaringer (Hafferty 1998, Hafler et al. 2011, Loo et al. 2012, Hafferty 2016).

Mange læger uddannes og autoriseres årligt som speciallæger – Schützes teoretiske bidrag gør det muligt at belyse, hvordan den enkelte læge forstår sin egen livshistorie, sin personlige udvikling og identitet igennem den livsfase, uddannelsesforløbet udgør for de enkelte læger. Schützes interviewmetode har jeg trukket på i de interviews, jeg har produceret med de otte yngre læger og jeg vil derfor beskrive interviewmetoden nærmere.

Interviewmetode

Schütze arbejder med en interviewmetode bestående af tre centrale dele, der her er præsenteret som adskilte faser i sin idealform, men i praksis ofte i varierende grad vil være sammenvævede afhængig af den enkelte deltager og interaktionen med forskeren i interviewsituationen.

Første fase

Igangsættes med en opfordring til deltageren om at fortælle om sit liv. Begyndelsesfortællingen afbrydes ikke af forskeren, for så vidt fortællingen har informantens livshistorie som genstand og at fortællingen forløber forståeligt (Schütze 1983):

> Auf eine autobiographisch orientierte Erzählaufforderung (entweder zur gesamten Lebensgeschichte, oder zu sozialwissenschaftlich besonders interessierenden Phasen der Lebensgeschichte, wie z. B. einer Phase der Arbeitslo-

> sigkeit, oder bestimmten Aspekten der Lebensgeschichte, wie z. B. der Berufskarriere vor dem Hintergrund der gesamten Lebensgeschichte) (Schütze 1983, s. 285).

I forhold til min erkendelsesinteresse, mit forskningsspørgsmål og ud fra en pragmatisk vurdering omkring, hvad det var realistisk i forhold til de tidsrammer, der var mulige for interviewet, valgte jeg de yngre lægers uddannelsesforløb fra de startede på medicinstudiet frem til i dag som den livsfase, jeg var særligt interesseret i som forgrund for fortællingen. Dermed var rammen klart sat omkring uddannelsesforløb og på den måde, kan man argumentere for, at karakteren af de producerede interviews med de otte uddannelsessøgende læger repræsenterer en slags uddannelsesbiografier, som Schütze betegner som en 'socialvidenskabelig særlig interessant fase' – styret af mine forskningsspørgsmål og pragmatisk af de rammer, jeg havde til rådighed.

Anden fase

I det ideelle livshistoriske interview, vil deltageren fortælle flydende og uden afbrydelser, men der kan optræde brud i fortællingen eller noget, der skæres bort, fx fordi deltageren enten ikke finder det relevant for forskeren eller fordi, det kan være særligt følsomt eller belastende at komme ind på. I forhold til disse 'brud' spørger forskeren ind ved at den sidste narrative passage citeres fra hukommelsen:

> Hierbei schöpft er im zweiten Hauptteil des Interviews zunächst einmal das tangentielle Erzählpotential aus, das in der Anfangserzählung an Stellen der Abschneidung weiterer, thematisch querliegender Erzählfäden, an Stellen der Raffung des Erzählduktus wegen vermeintlicher Unwichtigkeit, an Stellen mangelnder Plausibilierung und abstrahierender Vagheit, weil die zu berichtenden Gegenstände für den Erzähler schmerzhaft, stigmatisierend oder legitimationsproblematisch sind, sowie an Stellen für den Informanten selbst bestehende Undurchsichtigkeit des Ereignisgangs angedeutet ist. Es ist wichtig, dass diese Nachfragen wirklich narrativ sind. Für jede Stelle weiterer Erzählmöglichkeit, insbesondere an Stellen mangelnder Plausibilisierung, wird zunächst einmal der status quo ante im Erzählvorgang wiederhergestellt (Schütze 1983, s. 285).

Her er det vigtigt, som Schütze anfører, at forskeren anvender deltagerens egne italesættelser og ikke kommer til at lægge teoretiske tolkninger ind over og derved bliver styrende i forhold til værdisætning og moraler. Således er det deltagerens egne narrativer, der er i fokus.

Tredje fase

I denne fase kan forskeren spørge ind til dele, der er fraværende og ikke har været italesat, men som har relevans for forskningsspørgsmålet. I forhold til mit projekt har det typisk været den formelle vejledning, jeg selv måtte spørge ind til, da de yngre læger ikke af sig selv naturligt kom ind på det. Endvidere har det været udfordringer med kommunikative og samarbejdsmæssige interaktioner og relationer til kolleger og patienter, jeg har spurgt ind til, da kompetencer knyttet dertil ikke umiddelbart som fænomener kobles til uddannelses- og vejledningsmæssige spørgsmål hos de uddannelsessøgende læger selv. Det er også i denne fase, hvor forsker og deltager kan drøfte uklarheder, misforståelser og teoretiserende overvejelser og refleksioner i en form for dialog:

> Der dritte Hauptteil des autobiographisch-narrativen Interviews besteht einerseits aus der Aufforderung zur abstrahierenden Beschreibung von Zuständen, immer wiederkehrenden Abläufen und systematischen Zusammenhängen sowie aus den entsprechenden Darstellungen des Informanten sowie andererseits aus theoretischen Warum-Fragen und ihrer argumentativen Beantwortung (Schütze 1983, s. 285).

Her i interviewets sidste fase rettes fokus altså på at anvende informantens forklarings- og abstraktionsevne som 'teoretiker' og 'ekspert' i sig selv – herunder mulighed for at afprøve teoripotentialer, fortolkningsmuligheder og refleksioner. Det er disse tre faser, jeg har anvendt som metode i forhold til de interviews, jeg har lavet med de uddannelsessøgende læger. Interviews med de yngre lægers hovedvejledere er inspireret af den åbne og fortællende tilgang, selv om det er kortere, semistrukturerede interviews.

Det har betydet, at jeg ikke har afbrudt vejledernes fortællinger og har fulgt op på de narrativer og strukturer, vejlederne selv valgte og dermed har givet plads vejledernes egne betydningstilskrivninger, værdier og forståelser. Det har fx konkret haft den betydning, at nogle af vejledernes fortællinger blev præget af deres eget møde med særlige vejledere eller rollemodeller, da de selv var yngre læger. Dermed italesatte disse vejledere en stor subjektiv betydning for deres eget liv og karriere, som også har betydning for hvordan de selv vejleder og forstår deres funktion og deres rolle som vejledere i dag.

Forståelse indefra og udefra

Det biografiske interview kan overordnet karakteriseres som et 'indefra-perspektiv', hvor virkeligheden betragtes med de sociale aktørers øjne, der

handler i praksis, tolker og retfærdiggør deres handlinger – set fra et mikro-sociologisk *'skyttegravsperspektiv'* på den sociale virkelighed (Alheit 2005). Dette står i modsætning til et 'udefra-perspektiv', hvor virkeligheden betragtes som et landskab, man ser ned på i forhold til strukturer, hierarkier, funktioner, institutioner og organisationer – fra et makro-sociologisk og hierarkisk *'general-perspektiv'* på den sociale virkelighed (Alheit 2005):

> Den sociale virkelighed rummer tydeligvis begge perspektiver, "generalperspektivet" *og* "skyttegravsperspektivet". Som videnskabelige iagttagere udgrænser vi en vigtig del af virkeligheden, hvis vi enten holder fast ved feltherrehøjen eller udelukkende forskanser os i skyttegraven. Mens "generalperspektiverne" i reglen ikke behøver nogen særlig metodologisk retfærdiggørelse (de har så at sige vundet hævd), bliver synsvinklerne *indefra* eller *nedefra* i reglen mistænkt for udelukkende at gengive virkeligheden "subjektivt" eller "partikulært". Det gælder i særlig tilspidset form for biografiske fortællinger (Alheit 2005, s. 127-128).

Dermed overser man socialiteten i det biografiske; at hverdagsfortælleren netop som fortæller, er bærere af samfundsmæssige 'strukturer' i form af normer, regler og habituelle mønstre, der i fortællingerne knytter fortælleren sammen med den sociale og historiske livsverden i det, Habermas kalder et *'amatørkoncept'* om verden forstået som hverdags- og livsverden (Alheit 2005). Således er fokus ikke udelukkende på individet og de individuelle livsforløb, men i højere grad, via de enkelte subjekter, rettet mod at forstå sammenhængen til generelle samfundsmæssige, sociale og kulturelle virkeligheder (Olesen 2007). Her retter Schütze (1983, 2008) et empirisk og teoretisk fokus på *'livsforløbets processtrukturer'* forstået som almene strukturer, der i princippet vil kunne genfindes i alle typer af livsforløb:

> Processtrukturer sammenknytter hændelserne i det levede liv med dettes samfundsmæssige betingelser, de ordner erindringer om livet ved at benytte kulturelle skabeloner for livsfortællinger, og de henviser desuden til normative rammer for refleksiv vurdering af de hændelser, individerne har været involveret i. Schütze identificerer – empirisk og teoretisk begrundet – fire forskellige typer af erfaringskvalitet knyttet til hændelsesforløb, dvs. fire grundlæggende biografiske processtrukturer. Han argumenterer for, at der findes systematiske kombinationer af disse grundlæggende processtrukturer, der har samfundsmæssig betydning som typer af 'livsskæbne' (Andersen, Dausien og Larsen 2005, s. 13).

Jeg vil beskrive processtrukturerne nærmere, da de er centrale i forståelsen af samspillet mellem det samfundsmæssige og det individuelle – og endvidere

fordi jeg inddrager processtrukturerne i mine fortolkninger af det empiriske materiale i afhandlingens analyse- og afrundingsdel (del III og IV).

Livsforløbets processtrukturer

De fire grundlæggende biografiske processtrukturer betegner måder, at forholde sig til sociale hændelsesforløb på og er, ifølge Schütze (2008), det mest centrale struktureringsprincip for livshistoriske interviews. Schütze (1983, 2008) benævner disse som: 1) *'Biografiske handlingsskemaer'*, 2) *'Livshistoriens institutionelle forløbsmønster'*, 3) *'Forløbskurver'* og 4) *'Forvandlingsprocesser'*.

Biografiske handlingsskemaer

De biografiske handlingsskemaer demonstrerer virkningerne af biografibærerens intentioner i forhold til de biografiske hændelser og handlinger, der berettes om i fortællingen. Præmissen for de biografiske handlingsskemaer beror på en overbevisning hos biografibæreren om, at det faktisk er, eller reelt var muligt for vedkommende aktivt at virkeliggøre sine intentioner, hvad enten disse præsenterer sig som noget indre eller som noget ydre relateret (Schütze 1983). Denne type processtrukturer vil i fortællingen typisk være ledsaget af sætninger, der markerer det intentionelle niveau: *'…for at opnå dette, gjorde jeg følgende…'*. Således søger biografibæreren at udtrykke, at den pågældende har haft reel indflydelse på de biografiske hændelsers udvikling og at disse har sammenhæng med en intenderet udvikling i vedkommendes identitet (Schütze 1983, Schütze 2008).

Institutionelle forløbsmønstre

De institutionelle forløbsmønstre kan betragtes som modpol til de biografiske handlingsskemaer, idet de netop *ikke* reflekterer biografibærerens aktive indgriben i sin omverden eller i sit liv, men tværtimod demonstrerer den pågældendes måde at tilpasse sig til omgivelsernes normative forventninger. De institutionelle forløbsmønstre refererer til den måde, hvorpå biografibæreren søger at opfylde de forventninger, der ligger til fx at blive uddannet, gift, få børn, få arbejde eller gøre karriere – de opleves som uomgængelige institutionaliserede forventninger med det fællestræk, at de angiver en bestemt fremtidshorisont, biografibæreren ikke kan undgå at tilpasse sig før eller senere, rent fornuftsmæssigt eller som modstandsfyldt gerning.

Der kan være tale om at forsinke eller trække processen i langdrag, men til slut vil biografibæreren tilpasse sig, da identiteten ellers vil blive påvirket negativt ved ikke at leve op til de institutionelle forløbsmønstre og forventninger (Schütze 1983, Schütze 2008).

Både de biografiske handlingsskemaer og de institutionelle forløbsmønstre omfatter udelukkende hændelses – og handlingsforløb, der virker forventelige og forudsigelige for biografibæreren. Således er begge disse former for processtrukturer tilgængelige for biografibærerens vilje og afspejler en intentionalitet hos den enkelte. Dermed fremstiller de biografiske handlingsskemaer og de institutionelle forløbsmønstre to radikalt forskellige tolkningsmåder af livsforløbet: handlingsskemaer beskriver et intentionelt niveau eller princip, mens institutionelle handlingsmønstre beskriver et normativt niveau eller princip (Schütze 1983).

De institutionelle handlingsmønstre og de biografiske handlingsskemaer reflekteres i det empiriske materiale både på det personlige plan i forhold til at stifte familie, tage en uddannelse, gøre karriere etc. og i forhold den professionelle identitetsdannelse og den socialisering, der foregår til kulturen og normerne på hospitalet som institution og til selve professionen. Det afspejler sig i forskellige grader af ambivalens overfor den tilpasning, der foregår. Et eksempel er, at de uddannelsessøgende læger både er kritiske overfor læringsmiljøet i form af manglende uddannelsesprioritering, vejledning og supervision og samtidig delvist selv påtager sig ansvaret ud fra diskursen om, at man skal tage ansvar for egen læring. På den måde søger de at skabe intentionalitet, mening og sammenhæng samt at tilpasse sig omverdens forventninger.

Forløbskurver

Forløbskurverne markerer indtræden af livshistoriske begivenheder, der belyser hændelses – og handlingsforløb, hvor biografibæreren oplever sig overvældet og drevet af sociostrukturelle og ydre eksistensbetingelser, hvilket betyder, at hændelses – eller handlingsforløbet ikke forekommer at kunne kontrolleres eller påvirkes af vilje eller via direkte intentionel handlen. Biografibæreren oplever dermed ikke at have herredømme over disse processtrukturer, men oplever sig i disse processer 'magtesløs'. Biografibæreren kan dermed ikke agere i disse forløb, men kan kun reagere 'konditionelt' eller betinget på dem. Forløbskurverne kan både være af positiv og negativ beskaffenhed (Schütze 1983). De positive forløbskurver beskriver forløb, der opti-

merer biografibærerens eksistens – og handlemuligheder, hvor de negative forløbskurver beskriver forløb, der reducerer og indsnævrer biografibærerens eksistens – og handlemuligheder (Schütze 1983, Riemann og Schütze 1991, Schütze 2008).

Forløbskurverne ses i empirien både som positive og negative hændelser, de uddannelsessøgende læger ikke oplever at have kontrol over. Nogle beskriver forløbskurverne i deres positive form som 'held' at de fx mødte en vejleder, der på det rigtige tidspunkt, pegede dem i den rigtige retning, eller som 'skæbne' at man møder en rollemodel i livet, der vil en det godt, men som man oplever, ligger udenfor ens vilje eller intentionelle handlen. I forløbskurvernes negative form er det oplevelsen af at være 'magtesløs', domineret af konditionel handlen fx i forhold til at håndtere forskellige typer af personligt og arbejdsmæssigt pres og krydspres mellem arbejdslivet og familielivet, der ligger helt udenfor ens kontrol af hændelses- og handlingsforløbet. Det kan eksempelvis også være spørgsmål om hvilke patienter kommer ind i løbet af natten, kan man få supervision og hvad nu hvis bagvagten ikke kommer eller patienten dør etc.

Forvandlingsprocesser

Forvandlingsprocesserne har nogle fællestræk med processtrukturen biografiske handlingsskemaer, da de begge tager udgangspunkt i biografibærerens indre verden. Dog forekommer forvandlingsprocesser som noget pludseligt, uventet og uforudsigeligt, hvor de biografiske handlingsskemaer af biografibæreren opleves som drevet af intentionel handlen. Forvandlingsprocesserne erfares af biografibæreren som indre forandringer af mulighedsbetingelser for handling og ageren, der med ét forandrer måden at betragte livet og verden på fx i form af opdagelse af nye evner, kreativitet, nye oplevelser etc. (Schütze 1983, Schütze 2008, Kontos 2001).

Forvandlingsprocesser ses i empirien fx i forhold til at de uddannelsessøgende læger bliver karrierevejledt til valg af lægeligt speciale i en helt anden retning end beregnet, men som matcher deres personlighed og præferencer på en måde, der åbner op for nye muligheder og evner, de ikke på forhånd var klar over, de havde eller ikke tidligere havde haft mulighed for at udnytte. Forvandlingsprocesserne reflekteres dog i lav grad i empirien – det er ikke umiddelbart processer, der åbnes op for i vejledningsprocesserne på den lægelige videreuddannelse.

Processtrukturbegrebet repræsenterer hos Schütze (1983, 2008) et teoretisk greb til at forklare samspillet mellem det samfundsmæssige og det individuelle - uden det ene niveau determinerer det andet eller som rent unikke individuelle fænomener uden forbindelse til de samfundsmæssige strukturer. At jeg netop har valgt det narrative livshistoriske interview som metodisk inspirationskilde, skyldes at det som sociologisk metode, indebærer klare fordele i forhold til det kvalitative og kvantitative interview, idet det narrative interview formår at sammenkæde 'objektive' hændelsesforløb med deltagerens subjektive erkendelses – og handlingsvilkår. Schützes biografiteori repræsenterer både et indefra- og et udefra-perspektiv, som jeg metodisk tager afsæt i og kombinerer med etnografisk inspireret feltarbejde.

3.3 Etnografisk feltarbejde

Jeg søger at forstå lægers måde at opfatte og forstå vejledning som en del af deres arbejde, uddannelse, liv og hverdag i et fænomenologisk uddannelsessociologisk perspektiv. Etnografisk feltarbejde er en velegnet tilgang, fordi den etnografiske metode giver mulighed for en forståelse af feltet, der dels baserer sig på den hverdagslige subjektivitet og konkrete praksisformer, dels giver indblik i den kultur som de fænomener, jeg undersøger, indlejrer sig i. Derfor har jeg trukket på en etnografisk inspireret tilgang.

Feltarbejde og observation har i varierende grad været anvendt som metode indenfor uddannelsesforskning ofte i metodetriangulering med fx interviews (Andersen 1999, Madsen 2003, Spindler og Hammond 2006), som jeg også har valgt at gøre i mit metodevalg, hvor jeg kombinerer interviews med observationer og feltnoter. Det er forskellige tilgange, der gensidigt informerer hinanden og reflekterer forskellige handlingsniveauer i feltet:

> …it is important to emphasize that observational material express patterns of social conduct, while individual intentions and meanings are more accessible (or less inaccessible) in interviews […] In this sense, observations and interviews are fruitful to use in combination: observations for the establishment of actual practices and conduct, and interviews for commentary, fantasy, and clues as to what is not being directly manifested in behavior and interaction (Alvesson og Kärreman 2011, p. 109).

Observation danner grobund for et materiale, der kan belyse sociale praksisser og diskurser, mens subjektiv intention og mening kan belyses i interviews. De to metodikker kan så at sige komplementere hinanden (Alvesson og Kärreman 2011). Observationerne giver indblik i et handlings- og adfærdsniveau i det sociale rum og reflekterer den gængse praksis – hvordan forskellige parter handler. Dermed sætter observationsstudiet, dels fokus på den institutionelle og organisatoriske kontekst, parterne agerer i, dels tager observationerne udgangspunkt i partenes livsverden og de sociale interaktioner, der knytter sig til hverdagslivet belyst i et forskningsmæssigt *'bottom-up-perspektiv'*.

Andersen (1999) opstiller en dikotomi mellem informanter og subjekter, der reflekterer to forskellige forskningsstrategier og tilgange. Den ene hvor informantperspektivet er betragtet *'top-down'* i et hierarkisk makroperspektiv med fokus på strukturer og større sammenhænge, der dominerer mikroperspektivet. Den anden hvor subjektperspektivet er betragtet *'bottom-up'* med fokus på de levende menneskers egne beskrivelser og vurderinger. Andersen (1999) sætter kritisk fokus på det makroteoretiske blik, der fastlåser subjekter i bestemte samfundsmæssige roller og den positionering, det afføder for de subjekter, der er genstand for forskningen:

> Dette er et for ensidigt fokus på økonomi og administration, endimensionale og statistiske effektmålinger med den konsekvens at en levende og modsætningsrig virkelighed fæstnes i for snævre og kategoriske videnskabelige billeder. Denne praksis er knyttet til, hvordan begrebssætningen af den sociale praksis genereres og hvilken status og betydning subjekterne tillægges i den videnskabelige proces (Andersen 1999, s. 71-72).

Jeg tillægger den subjektive dimension stor betydning og har igennem mit samlede feltarbejde, bestående af narrative interviews, semi-strukturerede interviews, observationer af formelle vejledersamtaler samt løbende uformelle observationer af arbejds- og uddannelses- kultur og praksis, haft fokus på mødet mellem strukturer og individer, hvordan subjekter oplever, erfarer og håndterer de modsætninger, de oplever.

Her trækker jeg på den kritiske etnografi, hvor jeg taler til en offentlighed på vegne af subjekter for at give deres stemmer gennemslagskraft og autoritet (Andersen 1999). Det er således hverdagslivsperspektivet, jeg arbejder ud fra, frem for et hierarkisk top-downperspektiv. Fokus er ikke blot, hvordan de uddannelsessøgende læger og vejlederne indgår i uddannelsen og hospitalet

som institution, men også hvordan uddannelsen, arbejdet og hospitalet som institution optræder som elementer i de uddannelsessøgendes lægers og vejledernes erkendelse og erfaring – i procesforholdet mellem fortidsfortolkning, nutidsopfattelse og fremtidsforventning.

Observationsstudiet er dermed begrænset af, at det ikke på en systematisk måde kan indfange eller beskrive intentionalitetsniveauerne i de praksisser, som de uddannelsessøgende læger og deres vejledere udfolder i deres dagligdag på hospitalerne, hvilke forudsætninger og begrundelser, der er for handling, den subjektive meningstilskrivning og de værdier og motiver, den enkelte uddannelsessøgende læge har, for at handle og tænke som vedkommende gør rammesat af uddannelsen og som en del af deres egne livsforløb.

Derfor kombineres det etnografisk inspirerede feltarbejde med de biografiske og semistrukturerede interviews, der bevarer og viderefører den etnografiske og fænomenologiske tilgang med udgangspunkt i den etnometodologiske samtaleanalyse og den symbolske interaktionisme, der belyser menneskelig adfærd gennem analyser af betydning ud fra tre præmisser (Andersen 1999, s. 63):

1. Menneskelig handling hviler på den betydning omverdenen har for dem;

2. at omverdenens betydning vokser frem og skabes gennem den samfundsmæssige interaktion, som mennesket har med sine medmennesker;

3. og at betydningen håndteres og modificeres gennem en fortolkende proces af den person som mødes af forskellige hændelser.

Mennesket er i den optik en aktiv skaber af sin virkelighed (Andersen 1999) og bryder med det positivistiske ideal om objektivitet, målbarhed og uafhængighed i den kvalitative etnografisk inspirerede forskning. Opfattelsen af observatørens rolle som 'flue på væggen' og observation som objektiv metode anfægtes i den kvalitative videnskabsteoretiske tradition og herunder i den symbolske interaktionisme (Andersen 1999), som Schützes metodologi også bygger på. Observation har sine rødder tilbage til positivismen og et naturvidenskabeligt paradigme ud fra idealer om objektivitet og kvantificerbarhed (Andersen 1999):

> Spændt ind i denne videnskabsteoretiske position betoner observation distance og afstand til det udforskede objekt med forskerstyrede mål og interesse observeret ud fra en nøje fastlagt rytme og tidsstruktur. Observatøren indlader sig ikke her på nogen form for manipulation eller interaktion med de udforskede, men fastholder en ren iagttagende og registrerende position. Der er tale om en ensidig ikke-interagerende relation til det observerede. Observationer i denne metodiske aftapning er rodfæstet i en idé om, at de kan og skal gennemføres med mindst mulig påvirkning af det studerede fænomen. Forestillingen synes at være, at aktiviteterne udspiller sig for øjnene af observatøren (Adler og Adler, 1994:378; Willis, 1986:89f) (Andersen 1999, s. 62-63).

Overordnet retter det etnografiske projekt sig mod at begribe hvad 'kultur' er og gøre det usagte, den tavse viden og ubevidste praksis 'omtaleligt' (Andersen 1999). Traditionelt har etnografisk arbejde foregået *'single-sited'* og i sin idealform over en længere periode – dog ikke nødvendigvis altid praktiseret sådan (Falzon 2016). Jeg har valgt en form for *'multi-sited'* etnografisk tilgang, hvor jeg via fire forskellige hospitalsafdelinger, har observeret med et bredt fokus på kultur, praksis og diskurser i forhold til konkrete subjekter, uddannelse og arbejde. Den tilgang har, dels en teoretisk begrundelse, dels en empirisk.

Den empiriske begrundelse er, at den kultur, praksis og diskurser – eller de kulturer, praksisser og diskurser, jeg undersøger, skabes, konstrueres og rekonstrueres i flere forskellige kontekster. De yngre læger er kontinuerligt 'on the move' mellem forskellige afdelinger som en del af deres uddannelsesforløb. De har igennem tiden krydset forskellige lægefaglige specialer og er på den måde 'rejsende' i forskellige kulturer, praksisser og diskurser:

> Rather, it claims that any ethnography of a cultural formation in the world system is also an ethnography of the system, and therefore cannot be understood only in terms of the conventional single-site mise-en-scene of ethnographic research, assuming indeed it is the cultural formation, produced in several different locales, rather than conditions of a particular set of subjects that is the object of study (Marcus 1995, p. 99).

Jeg deler Marcus' (1995) argument omkring dannelse af kultur skabt i forskellige 'rum' eller lokaliteter via forbindelser og sammenhænge mellem de respektive sites. I min optik har de enkelte sites eller hospitalsafdelinger øget min forståelse eksemplarisk i forhold til hinanden ved at belyse kultur, praksis og diskurser med hver deres lokale præg. Noget er blevet tydeligere – andet givet vis mindre tydeligt, men den empiriske begrundelse har jeg fundet det

væsentlig at forfølge – at jeg måtte forstå dannelse af kultur på en måde, der mimer og reflekterer de yngre lægers vej mod speciallægeanerkendelse og sætter fokus sammenhænge og relationer i forhold til kultur, praksis og diskurs.

Forskerposition

Jeg vil først foretage overordnede refleksioner over min positionering som forsker i feltet og dernæst refleksioner i relation til den viden, jeg bringer ind i feltet qua mine tidligere erfaringer, (for)forståelser og perspektiver:

> An important and rather predominant trend in qualitative research over the past decades has been the departure from a more positivistic view, in which researchers 'collect', 'discover' or 'unearth' data that exists independently of researchers' presence and activities, to a perception of data as something produced through the dynamic and active interaction between researchers and research 'objects' (Gorden, 1987; Holstein and Gubrium, 1995; Järvinen, 2005; Staunæs and Søndergaard, 2005). This implies that methodological considerations have changed from fear of biases and source errors in qualitative data to an increasing consciousness of and reflexivity about aspects of the research process, including the position of the researcher and his/her situated knowledge (Kristensen og Ravn 2015, s. 734).

Som beskrevet af Kristensen og Ravn (2015) skal man som kvalitativ forsker have bevidsthed om og fokus på ens position i feltet og den situerede viden, man bringer med. Det har en betydning for, dels den konkrete viden man producerer, dels kvaliteten eller validiteten af forskningen i det hele taget. Det implicerer løbende refleksioner over relationen mellem mig som forsker, det felt jeg undersøger og de fænomener, der er genstand for min forskning.

Refleksioner over rollen som både 'insider' og 'outsider'

Igennem forskningsprocessen har det været tydeligt for mig, at jeg har en form for dobbelt-positionering i forhold til mit felt som både 'insider' og 'outsider'. Dobbelt-positioneringen er jeg blevet opmærksom på i kraft af, at den er blevet italesat fra de to forskellige positioner, der financierer ph.d.-projektet: universitetet og lægeprofessionen.

I universitetsverdenen betragtes min forskerposition som en 'insider', der kommer fra det felt, jeg undersøger, qua at jeg har været ansat som pædagogisk konsulent i ni år med den lægelige videreuddannelse som arbejdsområde. I forhold til lægeprofessionen betragtes jeg som 'outsider' i og med, at jeg ik-

ke selv er læge. Her er det centralt at understrege, at min position som hhv. 'insider' og 'outsider' skifter alt efter, hvilken form for 'felt', der er tale om. Når 'felt' som begreb, dækker den lægelige videreuddannelse, er min position en form for ekspert og at betragte som 'insider'. Jeg underviser læger på alle niveauer i læring, uddannelse og vejledning, holder oplæg på nationale og internationale konferencer, jeg er kursusleder for to obligatoriske pædagogiske kurser for alle læger i Region Hovedstaden, jeg sidder i en styregruppe for de generelle kurser i uddannelsesregion Øst og i Videreuddannelsesudvalget på Rigshospitalet.

Omvendt forholder det sig, når 'felt' dækker lægeprofessionen, hvor jeg som 'ikke-læge', har position som 'outsider' og er novice i forhold til arbejdet i klinikken. Dermed skifter min position og min forsker/felt-relation alt efter, hvilket perspektiv der anlægges. På den baggrund betragter jeg min egen position som en delvis 'insider' og delvis 'outsider', hvilket giver mig et handlerum i forhold til de fordele og ulemper, der knytter sig til det at lave kvalitativ forskning og feltarbejde i det hele taget.

Mellem nærhed og distance

Jeg har arbejdet indenfor feltet lægelig videreuddannelse – stående på sidelinjen til en 'fremmed' profession, hvor min position har været delvist legitim. Legitimiteten har været til stede qua mine formelle ansvarsområder og samtidig begrænset af, at jeg ikke er læge og derfor ikke har en 'naturlig' adgang til feltet og heller ikke pr. definition, er en legitim deltager. Min legitimitet har derfor ikke kunne betragtes som 'given', men som en legitimitet, der kontinuerligt skulle forhandles med feltets aktører.

Jeg kommer ikke selv direkte fra den profession, jeg undersøger, men har samtidig viden om et, dels komplekst felt, dels et højt specialiseret felt som det for en helt udefrakommende, kan være svært at navigere i fx i forhold til viden om den lægelige videreuddannelses opbygning. En ulempe eller risiko er, at fordi jeg helt eller delvist betragtes som 'insider' af feltets aktører, udelader aktørerne det 'indlysende':

> …when a researcher and participants share experiences, the assumption of researcher's familiarity with participants' realities carries the dangers of participants withholding information they assume to be obvious to researcher and researcher's taking for granted similarities and overlooking certain aspects of participants' experience (Daly, 1992) (Berger 2013, p. 6).

Dog har jeg oplevet eksempler på det modsatte, hvor jeg er blevet fortalt ting, som man måske ikke ville sige til udefrakommende, men som kunne siges, fordi det blev antaget, at jeg allerede var 'vidende'. Dermed oplevede jeg det som en fordel, at være vidende som forsker. Endvidere indebærer positionen som 'insider' fordele i form af lettere adgang til feltet, forhåndsviden om feltet og en nuanceret forståelse af reaktioner hos de forskellige aktører (Berger 2013).

Samtidig er der potentielle faldgruber i form af at blive 'blind' overfor de selvfølgeligheder et felt bærer i form af normer, værdier og traditioner, som bare tages for givet og som betragtes 'naturlige'. Selv om jeg kommer med en stor viden *om* feltet, kommer jeg ikke direkte *fra* feltet og deler på den måde ikke nødvendigvis de gældende antagelser, da jeg har en anden uddannelsesbaggrund og et andet arbejdsliv end det felt, jeg undersøger. Mit konkrete kendskab til klinikken, da jeg begyndte forskningsprocessen, var begrænset og primært formidlet til mig via både yngre og seniore læger i undervisningssituationer.

Da undervisning i sig selv rummer et kritisk potentiale, hvor der reflekteres over praksis, har der været et stort fokus på udfordringer i klinikken og problemer i forholdet mellem produktion og uddannelse. Samtidig har det ligget i min ansættelse og funktion, at formidle forskning og viden om, de muligheder og potentialer, der er for at kvalificere den lægelige videreuddannelse og dermed også kunne se kritisk på nogle af de begrænsninger og barrierer, der italesættes som selvfølgeligheder fra nogle af feltets aktører. Det har præget det blik, jeg har mødt klinikken med i form af, at det er en presset hverdag, hvor produktion sættes over uddannelse, men hvor jeg også har haft en forforståelse om, at der er andre typer forhindringer i form af fx organisation og kultur, der udgør barrierer i forhold til uddannelse.

Det, der ellers primært har præget mit blik i mødet med klinikken, har været mine egne erfaringer som patient og pårørende, der givet vis ligner de fleste andres med både positive og negative oplevelser. Da jeg i øvrigt ikke professionelt normalt færdes i klinikken, har patient/pårørende-perspektivet refleksivt set været det, der har været mest styrende for mit blik i mit møde med klinikken som forsker - ud over min erkendelsesinteresse og forskningsspørgsmål. Jeg har mødt klinikken som novice i og med, at det har været en

fremmed verden, hvor jeg måtte stille mange åbne og naive spørgsmål til praksis.

På den måde har jeg søgt at panorere mellem nærhed og distance i min forsker/felt-relation, som det naturligvis fordrer en refleksiv tilgang at balancere, men samtidig er et grundlæggende vilkår knyttet til at forske kvalitativt. Ud over min position som henholdsvis 'insider' og 'outsider' i feltet, har min øvrige baggrund og erfaringer betydning. Som samfundsvidenskabelig kandidat i Pædagogik og uddannelsesstudier samt Socialvidenskab, har jeg et kritisk, problemorienteret og tværfagligt udgangspunkt. Det har jeg metodologisk taget med mig i dette forskningsprojekt og i de metodologiske valg, jeg har truffet og det har således præget forskningsprocessen fra start til slut og den viden, der frembringes i et kritisk, problemorienteret og tværfagligt perspektiv.

Kapitel 4. Empiriproduktion

I det følgende redegør jeg for, hvordan de forskellige dele af min empiri er blevet produceret samt for de refleksioner, der knytter sig til de valg og fravalg, jeg har gjort undervejs i tilblivelsen af den empiri, der udgør kernen i projektet. Først begrunder og beskriver jeg den udvælgelse, jeg har foretaget af, dels de fire respektive hospitalsafdelinger deltagerne er rekrutteret fra, dels de otte yngre læger og de otte vejledere, jeg har interviewet og observeret. Efterfølgende reflekterer jeg over de etiske overvejelser, jeg har gjort og sidst redegør jeg for de forskningsstrategier og metoder, der knytter sig til empiriproduktionen, hvorefter jeg samlet præsenterer det empiriske materiale i oversigtsform.

4.1 Udvælgelseskriterier for valg af afdelinger og deltagere

Der er fire hospitalsafdelinger, der udgør rammen for empiriproduktionen: en medicinsk afdeling, en kirurgisk afdeling, en paraklinisk afdeling og en anæstesiologisk afdeling. Afdelingerne er udvalgt ud fra, at de repræsenterer forskellige uddannelsesmæssige karakteristika, der er almene og genkendelige på tværs af de 37 hospitalsspecialer.

Det er karakteristika som: uddannelsesopgavens størrelse i forhold til om der er mange eller færre uddannelsessøgende læger igennem afdelingen, bredden af uddannelsessøgende læger vurderet på deres niveauer i forhold til om afdelingen udelukkende uddanner læger i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger, der er 'indenfor' specialet eller også har KBU-stillinger (der skal have nogle generelle kompetencer) samt uddannelsessøgende læger fra almen praksis, der har nogle specifikke kompetencer, de skal have i afdelingen, ratioen mellem akut og elektivt[15] arbejde, forskelle i patientflow - fra stort patientflow til ingen patienter, ratioen af dag- eller natarbejde og den faglige bredde i specialet. Disse karakteristika har betydning for uddannelsesopgavens størrelse, logistik og kompleksitet.

[15] Planlagte patienter vs. akutte patienter

For at opfylde disse kriterier lavede jeg en geografisk opdeling mellem hospitaler i Region Hovedstaden og sygehuse i Region Sjælland. Dermed kunne regionale forskelle, hospitalernes størrelse, ressourcesituation, rekrutteringsvilkår, patientflow etc. reflekteres. Ud fra disse overvejelser udvalgte jeg fire afdelinger, min empiriindsamling skulle foregå i:

Tabel 5. Karakteristik af afdelinger

Afdelinger i Region Sjælland	**Afdelinger i Region Hovedstaden**
Medicinsk afdeling • *Stor faglig bredde* • *Stor afdeling* • *Akut og elektivt arbejde* • *Stort patientflow* • *Yngre læger i intro- og h-stillinger*	Kirurgisk afdeling • *Stor afdeling* • *Akut og elektivt arbejde* • *Stort patientflow* • *Yngre læger i KBU-, intro-, h-stillinger samt fra almen praksis*
Paraklinisk afdeling • *Ingen vagtbelastning* • *Intet patientflow* • *Mindre afdeling* • *Yngre læger i intro- og h-stillinger*	Anæstesiologisk afdeling • *Stor højtspecialiseret afdeling* • *Mange funktioner* • *Meget akut- og elektivt arbejde* • *Yngre læger i intro- og h-stillinger*

Da min erkendelsesinteresse overordnet gik på uddannelse og specifikt på vejledning, som begge er brede og vagt definerede begreber, samt at jeg havde en formodning om, at vejledning ikke betragtes som en kerneopgave i arbejdet på hospitalerne, valgte jeg at de yngre læger, jeg forskningsmæssigt ville fokusere på, skulle have så meget erfaring med vejledning som muligt i deres fortid, nutid og potentielt kunne se vejledning i et fremtidsperspektiv i forhold til overvejelser og refleksioner om deres videre karriere som speciallæger. Derfor besluttede jeg, at fokus skulle være på læger i hoveduddannelsesstillinger, som er sidste stillingskategori før speciallægeanerkendelse.

Det skyldes, at der ikke findes særlig meget danskproduceret viden indenfor mit forskningsfelt og at min undersøgelse er eksplorativ. Dermed havde jeg ikke grundlag for at opstille en række inklusions- og eksklusionskriterier, der potentielt ville blive flaskehalse i forhold til rekruttering af deltagere og reducere mangfoldigheden og kompleksiteten i mit empiriske materiale.

Af hensyn til materialets omfang i forhold til min tidsramme, valgte jeg at der skulle være to hoveduddannelseslæger fra hver af de fire afdelinger, altså otte

yngre læger i alt. Dertil var mit forskningsdesign afhængigt af, at jeg også ville have hovedvejlederperspektivet med og interviewe hver af de uddannelsessøgende lægers otte formelle vejledere. Dermed kom det også til at udgøre et eksklusionskriterium, at jeg ikke ville inkludere uddannelsessøgende, der havde den samme hovedvejleder, da jeg ønskede flest muligt perspektiver på funktionen som vejleder. Det betød, at jeg både skulle have tilsagn fra den uddannelsessøgende læge og dennes hovedvejleder om deltagelse.

4.2 Kontakt til afdelinger og deltagere

At få adgang til afdelinger var en helt central faktor – uden adgang intet projekt. Samtidig er præcis rekrutteringsprocessen udslagsgivende for hvilken viden, der produceres og hvad jeg i sidste ende, ville kunne sige noget om. Dermed var der både tale om forskningsstrategiske hensyn og pragmatiske forhold, jeg måtte balancere imellem:

> The recruitment phase of a project can be hard to plan in detail, since recruitment is dependent on the responses of others and, as such, is partly unpredictable. Furthermore, the recruitment process is emotional work that should not be underestimated. Researchers must be persistent, must follow-up on calls that are not returned, must send reminders and must repeatedly 'sell' their projects to persons they do not know. No matter how professional researchers are, they may suffer personal costs from being repeatedly turned down, and embarrassment and faintheartedness can easily become their dayli partners in a slow recruitment process. Besides, the researchers know that, without interviewees, they have no material; the consequences are dire (Kristensen og Ravn 2015, s. 725).

Overordnet er projektet blevet taget godt imod og mødt med stor velvilje, når jeg har kontaktet afdelingerne. Det har dog krævet vedholdenhed fra min side og en pragmatisk tilgang. Det pragmatiske kom i spil i forhold til, at jeg igennem feltarbejdet benyttede forskellige strategier i forhold til at få kontakt til de respektive 'gate-keepere', der kunne give mig adgang til afdelinger, der opfyldte de overordnede kriterier.

Fælles for de fire afdelinger er, at min indgang til de enkelte afdelinger har været hierarkisk forstået på den måde, at jeg er gået via enten hospitalsledelsen, de uddannelsesansvarlige overlæger eller andre seniore læger – pragmatisk bestemt af netværk eller tilfældigt opståede muligheder i form af *'snowball*

sampling': *'In research on less accessible populations, however, snowball sampling starts with a set of people ('seeds') from the hard-to-reach population who eventually help the researcher contact more respondents'* (Kristensen og Ravn 2015, p. 724). Den indledende kontakt til afdelingerne er altså sket via egne og andres netværk.

Jeg vil i det efterfølgende sætte fokus på, hvordan rekrutteringsprocessen konkret er foregået, hvordan de enkelte yngre læger og deres vejledere er blevet deltagere i dette projekt og dermed belyse de pragmatiske og strategiske valg, der er knyttet til arbejdet i feltet. Dels knytter der sig nogle metodologiske implikationer til rekrutteringen, som jeg diskuterer i det følgende afsnit, dels etiske overvejelser og refleksioner som jeg diskuterer særskilt i et senere afsnit, dels en tydeliggørelse af hvilke subjekter, der har fået 'stemmer' via dette projekt.

Sidst men ikke mindst, er selve rekrutteringen af deltagere forskningsmæssig relevant, fordi den reflekterer kulturen i de enkelte afdelinger og således udgør en del af mit samlede feltarbejde. Rekrutteringsprocessen afspejler kommandoveje, kultur, hierarkier, omgangstone, det tavse og usagte – derfor er den væsentlig at eksplicitere:

> In research texts, recruitment methods are often omitted or hidden from methodological descriptions. This means that the texts convey little information about researchers' sometimes shifting reasoning in relation to inclusion and exclusion criteria, methods for finding and motivating potential informants, and positive and negative experiences of applying different recruitment strategies (Kristensen og Ravn 2015, s. 723).

Jeg valgte at gå hierarkisk til værks via ledelsen/uddannelsesansvarlige overlæger frem for fx via de enkelte uddannelsessøgende læger, fordi jeg ønskede at rekruttere deltagere blandt de yngre læger, der var mere tilfældigt udvalgt end dem, jeg og mit netværk ville kunne rekruttere. Når man arbejder med uddannelse og har netværk inden for dette område, ville de deltagere, jeg potentielt kunne rekruttere via eget og andres netværk i høj grad reflektere dette i form af fx at være særligt interesserede i uddannelse eller være særligt kritiske.

Ved at gå via afdelingsledelsen vurderede jeg, at jeg i højere grad kunne rekruttere deltagere, der ikke nødvendigvis havde en særlig uddannelsesinteresse – eller hvor det var mere tilfældigt, om de havde. Jeg var dog klar over, at

afdelingsledelsen ville have forskellige interesser i forhold til, hvilke deltagere, jeg blev sat i kontakt med. Der er ingen tvivl om, at nogle af de yngre læger, der indgår som deltagere, har nogle særligt gode uddannelsesforløb, mens andre er mere tilfældigt og pragmatisk valgt af de uddannelsesansvarlige overlæger. Det vurderede jeg dog, havde mindre betydning i praksis i forhold til den metodologiske tilgang, jeg havde med fokus på det samlede uddannelsesforløb – og ikke blot det nuværende. Dermed overskrider de metodologiske valg de enkelte konkrete forløb.

4.3 Tilrettelæggelse af feltarbejdet

Jeg valgte at kontakte afdelingerne én ad gangen, for at kunne fordybe mig bedst muligt i hver enkel afdeling og være til rådighed, når det passede ind for både de yngre læger og deres hovedvejledere. I praksis har der dog været overlap, da feltarbejdet i de forskellige afdelinger trak ud pga. at det var svært at få lavet aftaler om interviews eller at få datosat og gennemført de vejledersamtaler, jeg skulle observere. På den måde blev det en rullende proces, medens jeg i en afdeling havde færdiggjort den del af feltarbejdet, hvor jeg fulgte de yngre læger i deres arbejdsdag, men manglende enkelte interviews eller observationer af vejledersamtaler, mens jeg startede feltarbejdet op i en anden afdeling. Det skyldes, at vejledersamtalerne kunne være svære at datosætte pga. at hovedvejlederen og den uddannelsessøgende læge ikke var på vagt samtidig, at samtalerne i nogle afdelinger kontinuerligt blev rykket pga. forskellige typer tidspres.

For hver af afdelingerne fulgte jeg det samme mønster. Jeg startede med de observationer, hvor jeg fulgte de to yngre læger, jeg havde rekrutteret, på skift i afdelingen, så jeg fik indblik i deres dagligdag på arbejdet. Samtidig lærte vi hinanden at kende og skabte en form for relation og tillid – så vi ikke var fuldstændig fremmede, når jeg skulle interviewe dem. Det kendskab jeg fik til afdelingen, deres arbejdsliv og arbejdsgang var med til at udvide mit fokus i de konkrete interviews, hvor jeg kunne spørge ind til fx samarbejdet med de øvrige faggrupper, som de yngre læger ikke nødvendigvis selv koblede til læring og vejledning og hvor jeg, med et bredere lærings- og vejledningsbegreb, fandt det relevant i en uddannelseskontekst. Efter interviews med de yngre læger har jeg observeret vejledersamtalerne med deres hovedvejleder.

Interviews med de respektive hovedvejledere er i de fire afdelinger af praktiske og pragmatiske årsager sket, når det kunne lade sig gøre. De har alle været speciallæger med travle arbejdsdage, som jeg har tilpasset min tid og kalender til. Nogle har givet mig en dato med det samme og interviewet har, kunne afholdes indenfor få dage, mens det med andre vejledere har trukket ud.

Samlet set har feltarbejdet forløbet over perioden fra de første feltnoter i september 2014 til sidste interview i september 2015.

4.4 Forskningsstrategier og metoder

Igennem forskningsprocessen har jeg anvendt forskellige metoder og forskningsstrategier i produktionen af de forskellige empiridele, som jeg vil beskrive nærmere i dette afsnit.

Observationer
Jeg har benyttet observation til to forskellige formål. Det ene i relation til den formelle vejledning manifesteret i mødet med hovedvejlederen i vejledersamtalerne og det andet i den uformelle vejledning i dagligdagen. Fælles tjener observationerne til at belyse den kultur, de praksisser og diskurser, vejledningen er indlejret i. At observere er en vanskelig position. På trods af at have forkastet forestillingen om, at være 'flue på væggen', er det en forskningsmæssig rolle og social position, der er krævende og skal balanceres kontinuerligt. Selv om man søger en tilbagetrukken rolle, kan man (netop) blive meget synlig. Alvesson og Kärreman (2011) beskriver observatørrollen således:

> However, one may note that, as is often argued in the anthropology literature, researchers are at best tolerated, and are more likely to be viewed as an amusing distraction than as participants (Alvesson og Kärreman 2011, p. 107).

Citatet understreger, at ikke blot, kan positionen som flue på væggen forkastes, men den tilbagetrukne rolle kan også byde på udfordringer. Den observerende bliver også selv observeret og forskerens verbale og non-verbale handlinger registreret og fortolket. Ydermere, som det også fremgår i citatet, er man ikke fuldgyldig deltager i det sociale felt, men snarere en fremmed forstyrrelse. Det er en krævende position at balancere forskningsmæssigt og personligt:

> It is surprisingly demanding to be denied the basic human right of being recognized by other human beings both by design and default. When doing observations this happens by design because the researcher is anxious not to interfere and thus contaminate what is going on, and by default, since most of the time the actual participants don't know why the researcher is there in the first place, they will rarely care about this anyway (Alvesson og Kärreman 2011, p. 108).

Ens position og legitimitet er konstant til forhandling og perifer. Dermed også en anstrengende position på 'fremmed grund'. På trods af de anstrengende elementer, er observationer en rig kilde til viden og dermed central i forskningsprocessen:

> Still, observations are worthwhile despite the fact that they sap researchers' energy, and take up valuable time and resources. After all, they do provide empirical material on naturally occurring phenomena (at least roughly and for part of the time) and the material is typically extensive and rich in detail and meaning (Alvesson og Kärreman 2011, p. 108).

Observationsmateriale kaster lys på praksisser og diskurser i sociale kontekster og er en væsentlig kilde til derigennem at forstå kulturen. Jeg har benyttet mig af forskellige strategier undervejs, men valgte grundlæggende følgende principper: i relation til lægernes interaktion med patienterne at være mindst muligt i vejen og søge at fylde så lidt som muligt. Hvis det var patienter, der ønskede at inddrage mig og tale med mig, gjorde jeg det. Ellers holdt jeg mig så meget i baggrunden, jeg kunne for ikke at forstyrre lægernes interaktion med patienterne. I én til én-interaktioner med de yngre læger fx på vej fra den ene patient til den anden talte jeg med deltagerne, som jeg ville gøre med andre, jeg ikke har kendt så længe. Kort sagt at opføre mig så 'normalt' som muligt. Jeg stillede også spørgsmål, hvis der var noget, der undrede mig eller jeg gerne ville høre den yngre læges perspektiver på eller refleksioner omkring. På den måde kunne jeg afprøve begyndende tolkninger, forforståelser og teser i konkrete dialoger.

I nogle afdelinger havde jeg kittel på og i andre ikke. Jeg opdagede, at det var en stor lettelse at have kittel på, fordi jeg 'blendede' ind i miljøet, hvilket gav fred i forhold til min konstante positioneringsopgave. Jeg skulle ikke hele tiden svare på, hvem jeg var og hvad jeg lavede. Jeg blev simpelthen mindre synlig i klinikken – nærmest usynlig. Omvendt antog både patienter og personale, at jeg var ansat. I en afdeling med en akut dårlig patient blev jeg bedt om at finde ting i skabene, selv om jeg havde et stort observatørskilt på min kittel

og ikke anede, hvad der lå i de forskellige skabe. Tiden var dog ikke til lange forklaringer, så jeg måtte finde det, der blev bedt om. Det illustrerer, at det er en konstant balanceakt at lave observationer og feltarbejde – mellem skiftende positioner og roller, der er udfordrende på forskellig vis.

Jeg havde valgt at skrive noter af det, jeg observerede i vejledersamtalerne frem for at lave lydoptagelser kombineret med noter. Det burde jeg i bagklogskabens klare lys have gjort anderledes. Det var svært i praksis at nå at skrive ned og det ville have givet mig mere tid til at fokusere på mimik og kropssprog, hvis jeg ikke behøvede skrive al samtale ned 'in situ'. I observationer af den formelle vejledning blev min position også sat i spil. Særligt i én samtale, hvor jeg, mens jeg skrev løs pludselig oplevede, at blive brugt som 'bevidner' i relation til at 'berigtige' det sagte. Vejlederen inddrog mig ved at sige, at som han også havde sagt til Charlotte (mig), synes han, at den uddannelsessøgende læge var dygtig. Senere i samtalen gjorde den uddannelsessøgende læge noget tilsvarende, ved at sige, at som han havde sagt til Charlotte (mig), følte han, at han havde et fagligt/uddannelsesmæssigt problem. Præcis i dette tilfælde har min forskerposition eksplicit været katalysator for nogle handlinger i feltet via en situation, der opstod under de uformelle observationer og de samtaler, jeg efterfølgende havde med den yngre læge – herunder i selve interviewet. Her har jeg uforvarende via min tilstedeværelse og interaktion påvirket feltet og bliver også uforvarende brugt som berigtiger og bevidner mellem vejlederen og den uddannelsessøgende læge. Positioneringen sker altså ikke alene hos mig som forsker, men intersubjektivt i mødet med feltet og forskellige dagsordener og kan være svær at kontrollere eller styre. Som Andersen (1999) skriver, har det en vidensmæssig betydning:

> En væsentlig dimension af det etnografiske arbejde tilvejebringes gennem den måde, forskeren 'positionerer' sig på. At vælge eller i det mindste reflektere sin tilstedeværelse i feltet og få tilladelse til at være til stede – selv om dette i sig selv også kan være et vanskeligt stykke arbejde (Andersen 1999, s. 72).

Min tilstedeværelse i den pågældende afdeling, som jeg refererede til ovenstående, er et eksempel på, at den uddannelsessøgende læge især og vejlederen i nogen grad, får gjort noget usagt omtaleligt. Den måde jeg har reflekteret min tilstedeværelse i feltet på og mit forskningsmæssige fokus på uddannelse, har affødt refleksioner og handlinger, som måske ikke var sket uden min tilstedeværelse som forsker. Forskeren påvirkes af feltet og påvirker feltet: *'…hermed*

ophæves den traditionelle videnskabelige skelnen mellem subjekt og objekt, idet subjekt og objekt bliver ét – etnografen bliver objektiveret af de andre.' (Andersen 1999, s. 66).

Feltnoter

Jeg har brugt forskellige strategier i relation til mine feltnoter. Både i forhold til om jeg skulle skrive noter i situationen eller efter og hvordan karakteren af noterne skulle være. Jeg endte med en mellemløsning, hvor jeg havde en lille blok, der kunne være i kittellommen og som jeg kunne tage frem, når situationen var til det. I starten skrev jeg lange og næsten ordrette sætninger, men undervejs fandt jeg nogle koder og en modus, der passede mig. Fx skrev jeg en kronologisk stedsangivelse a la: skadestue, røntgen, patientstue, konferencerum etc. med underpunkter, der refererede til personer, situationer, handlinger og hændelser, så jeg efterfølgende kunne rekonstruere forløbet. Her fandt jeg inspiration hos Emerson, Fretz og Shaw (2011):

> Details experienced through the senses turn into jottings with active rather than passive verbs, sensory rather than evaluative adjectives, and verbatim rather than summarized dialogue (Emerson et al. 2011, p. 34).

De håndskrevne noter og koder har jeg udskrevet og udfoldet med så mange detaljer og indtryk som muligt. For at holde mit fokus så åbent som muligt og ikke fastlåse mit blik dogmatisk har jeg arbejdet med noterne i tre kolonner inspireret af Bergers (2013) refleksive tilgang:

> Especially useful is a three-part log of the encounters, where researcher documents what was said by participant, what it may mean (i.e. interpretation of the verbatim), and what he or she felt and thought about it (i.e. which bottom it pushed for self, how it relates to own experience) (Berger 2013 p. 12).

I praksis havde jeg en kolonne, der var en situationsbeskrivelse, en kolonne med fokus på betydningen for vejledning og uddannelse og en kolonne, hvor jeg beskrev mine reaktioner, tanker og følelser. Fortolkningerne har været drøftet med andre, så det derigennem har været muligt at udfordre mine egne forforståelser og ubevidste antagelser og reaktioner (Berger 2013). En konkret begrænsning jeg har oplevet ved min notetagning, har været i forhold til to operationer, jeg observerede som en del af feltarbejdet. Især i den første operation, der var en knæoperation, fyldte mine egne reaktioner og håndtering af situationen uforholdsmæssigt meget og det påvirkede kvaliteten af mine noter og observationer. Den anden operation, jeg observerede, var en benamputation og der trådte håndtering af mine egne reaktioner mere i baggrunden og

kvaliteten af mine noter og observationer, var væsentligt bedre. Som novice i et felt, kan der komme situationer, det er svært at forberede sig på og det understreger, at feltarbejde er udfordrende på mange måder som forsker.

Interviews

Jeg har to forskellige typer af interviews, der udgør en stor del af det empiriske materiale i mit samlede feltarbejde. Den ene type er de livshistorisk inspirerede interviews, som jeg har lavet med de yngre læger og den anden er de semi-strukturerede interviews, jeg har lavet med deres hovedvejledere. Jeg har lagt vægt på at få både de yngre lægers og deres vejlederes perspektiver og forståelser af vejledning med og har derfor interviewet begge grupper. Det har jeg gjort, fordi jeg mener, det er centralt for, dels at få nye indsigter og forståelser af praksis, dels for at kunne forandre praksis. Jeg vil beskrive nærmere, hvordan jeg i praksis greb de forskellig interviews an og den status, de har i den samlede empiri.

De interviews jeg har lavet med de yngre læger, betragter jeg statusmæssigt som dybdeinterviews i den samlede mængde empiri. Dybden tilskriver jeg dels omfanget af materiale, dels måden de er producerede på og, dels at de uddannelsessøgende læger er dem, vejledningen så at sige virker i og dermed er det dem, jeg hovedsageligt giver stemme til i min bestræbelse på, at forstå vejledningens virkninger og betydning. Da jeg arbejder med en narrativ og livshistorisk tilgang, har jeg også arbejdet åbent med en lav grad af struktur, således at der har været plads til de enkelte subjekters egne struktureringer og fortællinger. Rammen for de enkelte interviews har været Schützes (1983) tre interviewfaser som metodisk tilgang og mine forskningsspørgsmål og erkendelsesinteresser. Graden af åbenhed sammen med gennemsigtighed og refleksion er afgørende gyldighedskriterier for narrative interviews og ikke en strukturering i form af interviewguide, der skaber en 'udefrakommende' orden (Warming 2016).

Interviews med de uddannelsessøgende læger varede typisk en time og de interviews, jeg har lavet med deres vejledere varede typisk 15 min. I det hele taget har det tidsmæssige aspekt omkring interviewdelene været en faktor, jeg har været præget af i gennemførelsen af de enkelte interviews som alle er afholdt enten i afdelingerne eller andre steder på hospitalet – for de fleste deltageres vedkommende i deres arbejdstid. Eneste undtagelse er Adam, som valgte at blive interviewet på et hotel, han opholdt sig på i forbindelse med delta-

gelse i et obligatorisk kursus. Ellers foregik alle interviews i klinikken fordi, jeg gerne ville interviewe i de rum og kontekster, vejledningen manifest foregår i – med travlhed, opgaver, sygemeldinger, patienter, aflysninger etc. for at undersøge, hvad de rum bærer af normer og rutiner samt hvad, der kan foregå af interaktioner i de rum.

Herved blev det i sig selv en væsentlig del af mit feltarbejde at interviewe i den arbejdskontekst, der danner ramme om vejledningsprocesserne med de forstyrrelser, der foregår i den kontekst. Derved blev jeg også påvirket af de 'travlhedsdiskurser', der herskede i feltet og det har givet vis påvirket den måde, de enkelte interviews er blevet til på i forhold til, hvad jeg har sørget for at få uddybet, udfoldet og eksploreret og hvad jeg af tidshensyn, er gået lettere hen over. Fx kunne de biografiske aspekter have fået en mere fremtrædende rolle i de enkelte interviews, hvor de konkrete dele af mit forskningsspørgsmål omkring vejledning, har fået forrang. Alligevel mener jeg, at det har været et godt valg at interviewe på hospitalerne, fordi det har bidraget til min forståelse af de konkrete rum, læger har til rådighed og de sociale rum, der kan etableres i den ramme og de betingelser, vejledning er indlejret i.

De otte interviews med de yngre læger er alle lavet efter de uformelle observationer, hvor jeg har fulgt den dem på arbejde i forskellige udsnit af deres arbejdsdage. Det har betydet, at jeg er blevet opmærksom på bestemte praksisser og har haft forskellige typer af undren. Det har jeg brugt i de enkelte interviews til at spørge ind til og få uddybet i rammen af Schützes (1983) tre interviewfaser, hvor jeg enten har fulgt op i forhold til særligt interessante brud og problemstillinger i fortællingen eller decideret spurgt ind til særligt forskningsmæssigt interessante temaer, der ikke var blevet italesat af deltageren selv.

Metodisk har jeg oplevet det som en fordel at have kendskab til afdelingen og praksis *før* interviewet, fordi det har givet mig et blik for uddannelsesmæssige udfordringer, deltagerne ikke nødvendigvis selv oplever koblet til uddannelsen, læring eller vejledning – fx samarbejde med sygeplejersker, konflikter med patienter, problemer med patientkommunikationen etc. Jeg har tydeligvis som forsker opereret med et bredere læringsbegreb, end de yngre læger selv. Det har ikke handlet om, at jeg skulle styre eller determinere deres læringsbegreb, men om at få udfoldet fortællinger og beskrivelser, der knytter sig til disse elementer, perspektiver og problemstillinger *også*. Formelt har de

yngre læger læringsmål indenfor de eksempler og kompetenceområder, jeg har angivet, men har ikke nødvendigvis selv koblet det til en del af deres læring og uddannelse – hvilket er et interessant 'fund' i sig selv, men havde jeg ikke observeret før interviewtidspunktet, kunne jeg have overset problemstillingen eller have haft sværere ved at få de bredere fortællinger udfoldet uden de konkrete observationer at trække på. Et eksempel på det er, da jeg fulgte Rasmus på en vagt og han ringer til en bagvagt for at få vejledning på en indlagt patient, og bagvagten råber af ham i telefonen. Det er en af de ting, jeg observerede, som kunne skærpe mit blik i interviewsituationerne i forhold til kultur, praksis, vejledning og emotioner – og som ikke 'af sig selv' blev italesat i interviewsituationen.

Selv om jeg som nævnt forskningsmæssigt har hovedvægt på de yngre lægers erfaringer og oplevelser, har jeg også prioriteret deres hovedvejlederes perspektiver. De otte hovedvejledere, de yngre læger har, er alle speciallæger. Da forskningsprojektet er eksplorativt, er det vigtigt, at have vejledernes perspektiver og erfaringer med også – for at indkredse vejledning som fænomen på den lægelige videreuddannelse og betydningen af vejledningen. Vejledning er et relationelt fænomen, der altid involverer flere aktører, og dermed er der en epistemologisk pointe i, at studere det sådan. Jeg valgte, dels af pragmatiske hensyn til vejledernes tid, dels af hensyn til min tid i forhold til den samlede mængde empiri, at lave kortere semi-strukturerede interviews med de otte vejledere. Her anvendte jeg en interviewguide med fem overordnede spørgsmål med underspørgsmål knyttet til (se bilag). Jeg havde dog en åben tilgang, hvor jeg gav plads til fortællinger, der spontant opstod og lod dem udfolde sig. Warming (2016) karakteriserer semi-strukturerede interviews overfor det narrative interview således:

> Grand tour spørgsmål kan også anvendes som i fx semistrukturerede interviews, men her ville man typisk følge op med uddybende spørgsmål. Det kan være uddybende spørgsmål med afsæt i ens egne associationer, eller med afsæt i teori eller empiriske analyser, som man har orienteret sig i inden interviewet, eller med afsæt i tidligere gennemførte interviews (Warming 2016, s. 98).

De enkelte interviews med hovedvejlederne er helt pragmatisk lavet, når de kunne. Det varierer derfor, om de konkrete interviews er lavet før det øvrige feltarbejde i afdelingen eller senere. Umiddelbart tilskriver jeg det ikke en betydning i forhold til den viden, jeg har produceret. Fokus har ligget på

spørgsmål i relation til vejledernes erfaringer i funktionen som hovedvejleder, forudsætninger, positive og negative oplevelser med vejledning og støtte til funktionen. Nogle vejledere inddrog deres egne erfaringer som yngre læger i relation til, hvordan de selv vejleder i dag som en vigtig fortælling, jeg ikke havde forudset, men som den åbne ramme for interviewet gav plads til, blev repræsenteret.

4.5 Etiske overvejelser og refleksioner

Al forskning involverer etiske hensyn og dilemmaer. Det er et vilkår og fokus skal derfor være på de overvejelser og refleksioner, man som forsker må gøre sig igennem de forskellige forskningsprocesser fra planlægning til gennemførelse og i forhold til den endelige fremstilling. Jeg vil følgende redegøre for mine overvejelser og refleksioner.

Godkendelse af Datatilsynet
Før jeg startede feltarbejdet søgte jeg Datatilsynet om tilladelse til projektets gennemførelse jf. persondatalovens paragraf 50, stk. 1, nr. 1.

Som kvalitativ forsker, der arbejder med en livshistorisk og etnografisk åben tilgang, kan det være vanskeligt at definere præcis, hvor forskningsprocessen bevæger sig hen (Davies, 1998) og dermed hvilke personfølsomme oplysninger, der kan være tale om. Derfor havde jeg flere telefonsamtaler med ansatte i Datatilsynet, før tilladelsen blev givet, hvor jeg blev bedt om at forklare, hvad fx seksuel orientering eller religiøs overbevisning havde at gøre med vejledning af læger. Jeg forklarede, at jeg ikke i udgangspunktet forskningsmæssigt kunne afgrænse mig fra de spørgsmål, da jeg arbejdede med åbne livshistoriske interviews og jeg dermed ikke kunne udelukke, at sådanne oplysninger kunne indgå i det empiriske materiale. Hertil anførte Datatilsynet, at jeg blot kunne slette de typer oplysninger med det samme, så jeg ikke behøvede opbevare dem. Jeg forklarede, at det kunne jeg ikke, da det kunne have forskningsmæssig relevans i forhold til, om fx de uddannelsessøgende læger oplevede at blive støttet i forhold til disse aspekter af deres vejledere, eller ikke oplevede støtte. Efter et par yderligere forklaringer fik jeg tilladelsen og kunne starte feltarbejdet op.

Mit empiriske materiale er krypteret og opbevares sikkert. Projektet skulle ikke godkendes af Videnskabsetisk komité, da det ikke er biomedicinsk og ikke omfatter menneskeligt biologisk materiale.

Informeret samtykke
I forhold til de afdelinger jeg har lavet feltarbejde i, har jeg fremsendt en kort beskrivelse af projektet, hvor jeg har beskrevet formålet med forskningen, finansieringen af det og de parter, der står bag.

I nogle afdelinger har jeg indledningsvis præsenteret projektet for afdelingen inden påbegyndelse af feltarbejdet, så alle bredt var orienteret om min tilstedeværelse i afdelingen. I andre afdelinger, har jeg blot lavet aftale med ledelsen om deltagelse. Her valgte jeg at følge den plan, den enkelte afdeling selv foreslog, da jeg anskuer det som en metodologisk pointe i sig selv, hvordan afdelingerne håndterer disse processer.

I én afdeling lagde ledelsen vægt på, at de uddannelsessøgende læger skulle opleve det som et frit valg at deltage, mens andre afdelinger i højere grad håndterede det at rekruttere deltagere som et praktisk problem, der skulle løses uden at bruge for meget tid på processen. Dermed er der en etisk udfordring i, at nogle deltagere kan have følt sig forpligtiget til at deltage – de er blevet spurgt af en overordnet på deres arbejdsplads, om de kunne deltage og det har dermed potentielt ikke været 'herredømmefrit' at sige ja eller nej. Jeg har dog understreget skriftligt og mundtligt, at de til enhver tid kunne sige nej. Jeg har understreget, at deltagelsen var frivillig, men jeg kan ikke afvise, at nogle har oplevet det som et krav.

En ting er, at det formelle tilsagn er på plads, men jeg måtte også forholde mig til et uformelt tilsagn. Overvejelser om karakteren af samtykket påvirkede min forskerposition i feltarbejdet, da jeg frygtede, at deltagerne så at sige havde fået mig 'påduttet'. Derfor gjorde jeg meget ud af ikke at være i vejen eller til unødig gene. En af de yngre læger virkede forbeholden i forhold til, at jeg skulle følge ham på vagt pga. at han forventede travlhed og dermed kunne blive stresset. Jeg understregede, at jeg ikke skulle være i vejen eller til gene og at jeg kunne følge ham i kortere forløb fx af fire timer og at han når som helst kunne bede mig gå, hvis han synes, der var for travlt eller hvis han blev stresset. Det indvilgede han i. De øvrige yngre læger gav øjeblikkeligt tilsagn.

Fælles for de otte uddannelsessøgende læger er, at de spontant har sagt, at det var rart at have mig med og at de har været glade for at være sammen med mig, når jeg har været færdig med mit feltarbejde i afdelingen. Det tager jeg som en tilkendegivelse af, at det har været en god oplevelse for dem at deltage i projektet. Blandt vejlederne mødte jeg også velvilje – dog var der i en afdeling en vejleder, der virkede forbeholden, men hun afslog ikke direkte at deltage. I forhold til de deltagere, jeg har rekrutteret, har jeg fremsendt et brev pr. mail, der informerer om projektet samt indhentet mundtligt samtykke.

Etisk har jeg gjort mig overvejelser omkring, hvordan jeg bedst muligt – og i kort form af hensyn til målgruppen af travle læger, kunne præsentere min forskning på en måde, der var meningsfuld og fyldestgørende:

> There are two sets of difficulties that researchers face in deciding on how to present their research to potential participants. The first has to do with the relatively technical question of how to present their research a manner that is meaningful to their particular audience of participants; the second is related to the effect on the research of any such disclosure. Although some research participants may be informed and knowledgeable about the theoretical debates and terminologies in which the research questions are grounded, many will not be, and considerations must be given to how to express these questions in language that is meaningful to participants (Davies 1998, p. 47).

Jeg har været bevidst om, at de metoder, tilgange og det fagsprog jeg anvender, kan være fremmed for deltagerne. I min tilrettelæggelse af feltarbejdet har jeg valgt at starte med observationer af arbejdet, som også har tjent til, at de enkelte deltagere og jeg kunne opbygge tillid og jeg kunne fortælle om, hvad jeg laver og hvordan jeg arbejder. Alligevel kunne jeg se, at der metodologisk var tale om meget forskellige erfaringshorisonter. Fx blev jeg efter et interview med en af de yngre læger spurgt, hvordan han på nogen måde kunne være repræsentativ og hvordan min forskning i det hele taget kunne være repræsentativ – selv om jeg skriftligt havde orienteret om metoder.

På trods af disse forskelle i metoder og forskningstraditioner blev mit projekt taget rigtigt godt imod – især af de unge læger. Hver gang jeg fortalte om, hvad jeg lavede, blev jeg mødt med kommentarer om, at det er et utroligt vigtigt og yderst relevant projekt. Så der var generelt stor velvilje rettet mod projektet. I en afdeling, hvor jeg indledningsvis præsenterede forskningsprojektet for en afdeling, fik jeg dog en del kritiske spørgsmål fra nogle af overlægerne omkring relevansen af forskningen. Efterfølgende da jeg lavede feltarbejde i

afdelingen, blev jeg kontaktet af en af de yngre læger, der sagde, at det er meget vigtig forskning, at jeg ikke skulle tage mig af den kritik, de pågældende seniore læger havde rettet og det var fordi, uddannelse er et ømt punkt at adressere i klinikken. Ud over dette eksempel, har der været stor interesse. Det skal også siges, at læger kommer fra en profession og et miljø, hvor der foregår meget forskning. Når jeg spurgte deltagerne, hvorfor de havde sagt ja til at deltage, var et typisk svar, at de selv laver forskning og på den måde gerne vil bidrage, når de bliver bedt om at deltage.

En samlet refleksion over opnåelse af informeret samtykke efterlader mig dog der, hvor jeg må konstatere, at det lyder mere simpelt, end jeg i praksis oplevede, at det er. Samtykket har jeg opnået, men graden af informering er der, hvor jeg har oplevet udfordringer. Mit felt er præget af travlhed og jeg har søgt at informere skriftligt så kort og klart som muligt om projektet og deltagelse i det ud fra en forestilling om, at materialet ikke ville blive læst, hvis det så for omfangsrigt og detaljeret ud.

I praksis fik jeg alligevel det indtryk at hverken vejledere eller de uddannelsessøgende læger, havde læst beskrivelsen. De bad mig alle mundtligt fortælle, hvad projektet omhandlede og hvad fokus var, når jeg mødte dem første gang. Det rejste tvivl hos mig om, i hvilken grad de var informeret om, hvad de deltog i og dermed de mulige konsekvenser. I den konkrete interaktion med deltagerne, oplevede jeg det som upassende, hvis jeg begyndte på lange forklaringer og beskrivelser, der kunne understøtte graden af informerethed, men som ville være tidskrævende. Deltagerne var jo alle læger på arbejde i gang med patientbehandling – som jeg havde fået lov at følge og interviewe. Her var det et fokuspunkt for mig, ikke at være unødigt til gene eller vække irritation.

Det rejser nogle spørgsmål om, hvordan man som forsker håndterer, at deltagerne potentielt ikke vil informeres i særlig høj grad og det afføder forskningsetiske overvejelser i forhold til, at uden empiri har man ingen forskning. For mig har det styrende været, at være til mindst mulig gene samtidig med, at jeg mundtligt, har besvaret spørgsmål, hvis de kom sammen med bevidstheden om, at det skriftlige materiale var tilgængeligt, hvis deltagerne ønskede mere information.

Anonymiseringer

Alle deltagere er anonymiseret – det samme gælder kolleger og patienter, der optræder i feltarbejdet. Steder (afdelinger og hospitaler) nævnes ikke eksplicit ved deres navn, men det kan være svært helt at skjule for dem med indgående kendskab til hospitalsvæsenet og feltet, hvilke konkrete afdelinger og hospitaler, der er tale om. Derfor er der en metodologisk og etisk udfordring i forhold til anonymitet:

> In any case, researchers must be cautious about the degree of confidentiality they promise and realistic about their own abilities about their own abilities to protect their informants' anonymity. For example, the usual practice of using pseudonyms and altering some details of an individual's biography in referring to research subjects does prevent their being unambiguously identified. However, the individuality that is preserved in linguistic habits means that the use of extensive direct quotations makes the informants recognizable, at least to themselves, and often to others who know them well (Davies 1998, p. 51).

Jeg har lovet deltagerne, at jeg vil anonymisere dem og deres afdeling, men at det netop kan være svært at fjerne alt genkendeligt for de særligt indviede. Her understregede jeg, at interviewmaterialet i form af udskrifter i sin helhed ikke ville blive offentliggjort og der ville gå et stykke tid, før forskningen ville blive publiceret. Det ændrer ikke på, at jeg i praksis har hensynet til deltagerne og hensynet til den forskningsmæssige relevans som et stadigt dilemma, jeg har, måtte forholde mig til løbende igennem forskningsprocessen. Liveng (2007) betegner dilemmaet således:

> Når man kommer så tæt på sine interviewpersoner, som man kan gøre det gennem det livshistoriske interview, er etiske overvejelser over, hvordan man som forsker bruger og fremstiller sit materiale et tilbagevendende spørgsmål. Den åbenhed, som samtalen kan føre til er en mulighed for forskeren, men medfører også et ansvar (Liveng 2007, s. 128).

Eftersom et interview produceres intersubjektivt i mødet mellem subjekter, må man som forsker påtage sig ansvaret og bedst muligt 'beskytte' deltagerne, der har sagt ja til at deltage i en proces, de ikke har mulighed for fuldstændig, at kunne gennemskue konsekvenserne af. Både i et her-og-nu-perspektiv, men potentielt også i et fremtidsperspektiv, hvor deres situation kan være forandret. Som forsker har jeg altså måtte balancere mellem et hensyn til den enkelte deltager og offentlighedens interesse.

4.6 Projektets samlede empiriske materiale

Projektets empiriske materiale består af forskellige dele fra de fire afdelinger:

Tabel 6. Samlet empirisk materiale

Empiri-typer	Paraklinisk afdeling	Medicinsk afdeling	Anæstesiologisk afdeling	Kirurgisk Afdeling	Samlet
Interview med to yngre læger i hver afdeling	47 min. og 49 min. lydoptagelse/17 sider og 19 sider transskription	39 min. og 106 min. lydoptagelse/14 sider og 38 sider transskription	48 min. og 64 min. lydoptagelse/16 sider og 24 sider transskription	57 min. og 65 min. lydoptagelse/19 sider og 24 sider transskription	7,9 timers lyd/ 171 sider
Interview med deres to hovedvejledere	16 min. og 15 min. lydoptagelse/5 sider og 6 sider transskription	14 min. og 57 min. lydoptagelse/6 sider og 18 sider transskription	20 min. og 42 min lydoptagelse/7 sider og 13 sider transskription	40 min. og 25 min. lydoptagelse/15 sider og 10 sider transskription	3,8 timers lyd/ 80 sider
Feltnoter fra uformelle observationer i afdelingen	36 sider	32 sider	24 sider	24 sider	116 sider feltnoter
Feltnoter fra observationer af to vejledersamtaler	8 sider	8 sider	6 sider	Blev ikke afholdt	22 sider feltnoter

Samlet består materialet af 11,7 timers lydoptagelser/251 siders udskrift af interviews fordelt på interview med yngre læger og deres hovedvejledere samt 138 sider feltnoter fra observationer fordelt på observationer af uformel og formel vejledning.

Kapitel 5. Afhandlingens teoretiske perspektiver og analytiske greb

I dette kapitel beskriver jeg de teoretiske perspektiver, der ligger til grund for projektet og afhandlingen samt hvordan de teoretiske perspektiver anvendes i analyserne og beskriver de analytiske greb, jeg har udviklet i mødet med det empiriske materiale. I forhold til udvælgelse af de teoretiske perspektiver har jeg trukket på Alvessons og Skjöldbergs (2009) refleksive metodologi, som beskrevet i kapitel 3 afsnit 3.1.

Ud fra denne tilgang er det de refleksive fortolkninger af empirien, der har været styrende for den teoretiske ramme, jeg konstruerer. Dermed har jeg ikke haft et privilegeret teoretisk udgangspunkt, men snarere paletter af teoretiske perspektiver og begreber, fortolkninger af empirien refleksivt er generet i forhold til:

> Reflexive interpretation is the opposite of empiricism and theoreticism (the use of a single, abstract framework offering a privileged understanding), and even what may be referred to as 'reflective reductionism': a onesided emphasis on a specific aspect of research, for example, its gendered, discursive or rhetorical nature (Alvesson og Skjöldberg 2009, s. 272).

Fortolkningsprocessen er foregået i mødet mellem det empiriske materiale, mine forforståelser, diskussioner med kolleger og vejledere samt læsning af teori – i gentagende bevægelser af flere omgange:

> A research process may rather be compared with a *series* of flights […] rather than a single one […] In other words, what is needed is a repeated process of alternating between (empirically-laden) theory and (theory-laden) empirical 'facts'. This means a hermeneutic process during which the researcher, as it were, eats into the empirical matter with the help of theoretical preconceptions, and also keeps developing and elaborating the theory (Alvesson og Sköldberg 2009, p. 5-6).

De teoretiske perspektiver og begreber, der har været inddraget i forskningsprocessen, har været drevet af søgninger ud fra empirisk genererede temaer og problematikker snarere end bestemte paradigmer, dogmer og positioner. Processen har dermed været 'åben' overfor nye fortolkninger og perspektiver langt hen i forskningsprocessen – og det kræver en vis portion is i maven som

forsker, da åbenheden på den ene side betyder mangfoldige, nuancerede perspektiver og fortolkningsmuligheder og på den anden side tvivl og usikkerhed omkring fraværet af et 'færdigt' teoriapparat og en 'færdig' fortolkningsramme. Styrken er, at den viden, der skabes i højere grad er empirisk-ladet end teori-ladet, hvor de empiriske fortolkninger i varierende udstrækning bekræfter forskerens eget paradigme og præmisser (Alvesson og Skjöldberg 2009). Dermed ikke sagt, at der findes 'teori-frie' fortolkninger, men her spiller, dels den refleksive metodologis brud med paradigmerne, dels refleksioner på tværs af fortolkningsniveauer og især forholdet til forskersubjektivitet, sprog og autoritet en vigtig rolle.

Den teoretiske ramme er abduktivt genereret af tre teoriladede optikker, der kan belyse de temaer, empirien reflekterer:

- 'Læring og vejledning i arbejdslivet',
- 'Professionalisme og professionel identitet' samt
- 'Relationer og emotioner i arbejdslivet'.

Til sammen udgør de tre perspektiver den overordnede teoretiske ramme for projektet. De tre perspektiver er udvalgt for at belyse empiriens bredde og kompleksitet Endvidere inddrages processtrukturbegrebet, som beskrevet i kapitel 3, afsnit 3.2 (Schütze 1983, Schütze 2008) i fortolkningerne af det empiriske materiale. De teoretiske perspektiver består således af forskellige teoretiske dele, der bidrager til fortolkninger af et stort og komplekst empirisk materiale. Jeg vil beskrive de tre perspektiver nærmere i det følgende.

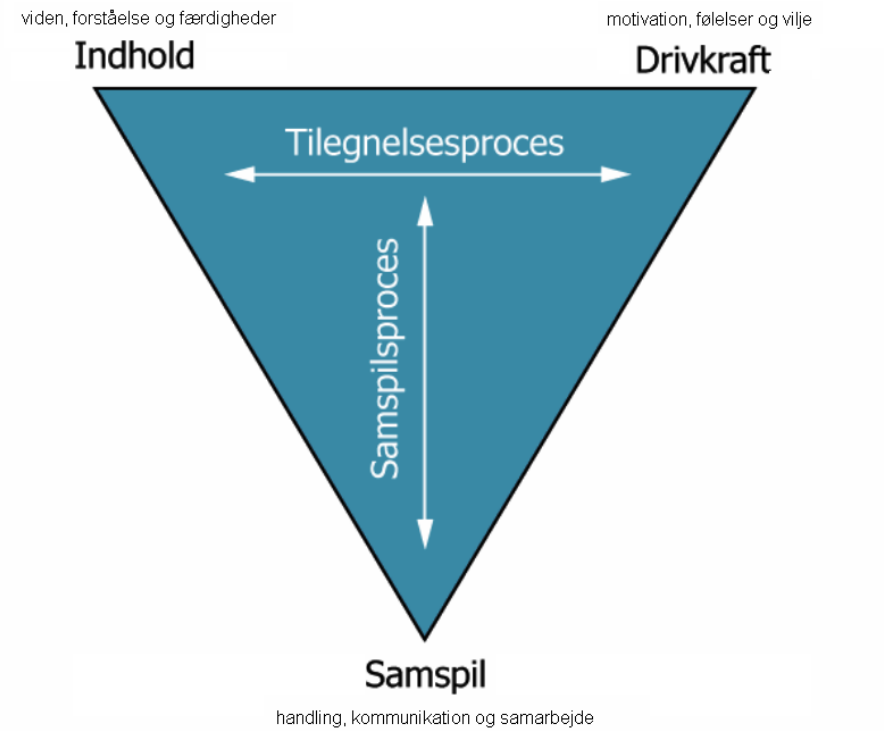
5.1 Læring og vejledning i arbejdslivet

Læring og vejledning er et centralt omdrejningspunkt i afhandlingen. Jeg vil derfor præsentere det læringssyn, jeg er gået til feltet med og dernæst de teoretiske perspektiver, jeg har valgt at inddrage i forhold til fortolkningsperspektiverne.

Det læringsperspektiv jeg har gået til feltet med, har været bredt, dynamisk og socialt med fokus på relationer. Det læringsteoretiske afsæt har udgangspunkt i Knud Illeris' tre dimensioner for læring: *'Indhold'*, *'Drivkraft'* og *'Samspil'* samt i spændingsfelterne imellem disse (Illeris 2006), hvor læring *både* opfattes som

et individuelt *og* et socialt anliggende (Illeris et al. 2007, Heggen 2008). Dermed udvides læringsbegrebet fra et individuelt kognitivt fokus til at inkludere et socialt og situeret blik, hvor hierarkier, magtrelationer og praksis inddrages og øger forståelsen af læringens processer som deltagelse i sociale felter og kontekster (Lave og Wenger 1991, Nielsen og Kvale 1999, Illeris 2006, Heggen 2008). Dette illustreres i følgende model (Illeris 2006, s. 39):

Figur 2. Læringens tre dimensioner



En livshistorisk synsvinkel giver en ramme for at udfolde de subjektive perspektiver og hverdagslivets erfaringer med uddannelses-, lære- og vejledningsprocesser. Olesen (2002) sætter fokus på at: *'Læring* er *simpelt hen livslang'* (Olesen 2002, s. 47) og giver dermed en forskningsmæssig begrundelse for, at undersøge voksnes læring i en livshistoriemæssig sammenhæng og ud fra et epistemologisk udgangspunkt om, at analyser af uddannelsesforløb ikke meningsfuldt kan forstås uden at se uddannelsesdeltagelse indlejret i konkrete livsforløb og i konkrete subjekter i et procesforhold mellem fortid, nutid og fremtid.

Endvidere åbner en biografisk tilgang mulighed for en bredere forståelse af dialektikken mellem subjekt og objekt eller subjekt og læring, hvor subjektiv mening og modsætninger kommer til udtryk og læringens kompleksitet, forskningsmæssigt kan udfoldes. Ved at betragte læring som en proces baseret på erfaring, anskues læring som et livslangt fænomen og ikke blot en afgrænset, intenderet aktivitet i formelle undervisningssituationer:

> I sammenhæng med voksnes læring henviser den til og sætter på samme tid hverdagslivets erfaringspotentialer i sammenhæng med den individuelle erfarings livshistoriske dimension, og til objektiveringen af kollektiv kulturel erfaring i form af viden. Alle tre niveauer – livserfaring, læring og viden - repræsenterer aspekter af eller modaliteter for erfaring, og de ses alle som gensidigt konstitueret i forhold til hinanden (Olesen 2002, s. 47).

Fokus på det lærende subjekt frem for et fokus på uddannelsen og dens intentionelle virke breder endvidere synsvinklen på læring ud. Dermed kan den ikke-intentionelle og uformelle læring gestaltes via et fokus, der overskrider den institutionelle kontekst til en forståelse af læring i sammenhæng med hverdagslivets betingelser eller: *'…til det liv i hvilket læring og uddannelsesdeltagelse er et mere eller mindre betydningsfuldt led, og hvorfra den subjektive dynamik i læreprocesserne vidtgående kommer'* (Olesen 2002, s. 45).

I min forståelse af subjektet betragter jeg subjektet som handlende og i modsætning til det: *'…en gang givne individ'* (Andersen et al. 2001, s. 11), som en aktiv skaber i relation til at sammenkæde subjektive erfaringer med objektive livsomstændigheder i en bestræbelse på at skabe mening (Schütze 1983, Andersen og Larsen 2005, Schütze 2008) i forhold til både den indre og ydre verden i form af identitetsprocesser (Olesen 2001, Dybbroe 2012a, Dybbroe 2012b, Andersen 2012).

Subjektet dannes via symbolske interaktionsprocesser i forhold til *'den generaliserede anden'*, *'signifikante andre'* og i refleksive processer i forhold til subjektet selv (Mead 1982, Andersen og Larsen 2005, Heggen 2008). Subjektet dannes altså ikke kun på grundlag af målrettet og intentionel handlen, men bliver også drevet af ydre hændelser og begivenheder, hvor tab af kontrol i forhold til eget liv opleves og hvor subjektet snarere reagerer på ydre tildragelser end er en egentlig hændelsesbærer i forhold til (Schütze 1983, Riemann og Schütze 1991, Andersen og Larsen 2005, Schütze 2008). Disse handlingsbetingelser er ikke nødvendigvis fuldstændig gennemskuelige for subjektet selv, men kan

være fortrængte og/eller ubevidste (Andersen og Larsen 2005, Dybbroe 2012a, Andersen 2012, Olesen 2007b, Olesen 2012b), men subjektet kan blive objekt – eller fremmed for sig selv via andres perspektiver (Mead 1934, Heggen 2008, Burkitt 2010, Burkitt 2014).

Voksne mennesker deltager i - og anvender subjektivt uddannelse på forskellige, komplekse og nogle gange modsatrettede måder i forhold til erfaringer og i forhold til fortolkning af både subjektive og objektive dimensioner (Weber 1997). Det kan fx være i et modsætningsforhold mellem subjektiv lyst, vilje og interesser overfor de samfundsmæssige krav, standarder og forventninger:

> Adult education is about the learning and qualification of *the adult participant*. His or her subjective perspective is therefore an important and often underestimated one. But the learning and qualification in adult education is at the same time a part of the public sector, its organisations and institutions, their functions, political agendas of civilization, qualification and integration. That is the societal perspective, into which the subjective is more or less willingly interweaved (Weber 1997, p. 10).

Professionslæring er forskningsmæssigt et særlig interessant fænomen, da det er muligt at undersøge specifikke og relativt veldefinerede situationer fra hverdagslivet, der samtidig er situerede i en bredere kulturel og samfundsmæssig kontekst (Olesen 2007a, Heggen 2008, Olesen 2012a). Fokus er ikke per se på individet og de individuelle livsforløb, men i højere grad på at forstå sammenhængen til generelle samfundsmæssige og kulturelle virkeligheder i relation til læring og deltagelse i uddannelsesaktiviteter (Olesen 2007a, Heggen 2008, Olesen 2012a).

En biografisk tilgang kan belyse, samspillet mellem læringsmiljø og livshistorie og identificere, hvorfor nogle oplever læringsmiljøet på en given arbejdsplads som stimulerende og udviklende, mens andre oplever læringsmiljøet som demotiverende og som en hindring for udvikling, hvordan læringsmiljøet kan være henholdsvis in- og ekskluderende, hvorfor nogle positioneres som vindere og andre som tabere samt hvilke ressourcer på arbejdspladsen, der in- og ekskluderes som følge af læringsmiljøet (Jørgensen og Warring 2002, Andersen og Trojaborg 2005).

Her giver en biografisk tilgang og studiet af livshistoriske læreprocesser en mulighed for at forstå individuelle bidrag til udviklingen af arbejdspladsen og

læringsmiljøet samt de spændingsforhold og konflikter, som undertrykkes i hverdagen:

> Analyser af læringsmiljøet tenderer f.eks. mod at overbetone det generelle og at underbetone det specifikke, dvs. hvordan læringsmiljøet indebærer forskellige læringsbetingelser for mennesker i forskellige omstændigheder, med forskellig baggrund og med forskellige perspektiver i forhold til fremtiden (Andersen og Trojaborg 2005, s. 175).

Selv om læringsperspektivet havde forrang i det forskningsmæssige fokus og i selve forskningsprocessen, var læring og vejledning for både de yngre læger og deres vejledere en sekundær dimension i forhold til deres arbejdsliv og arbejdshverdag, hvor arbejdets krav, organisering og logik har forrang frem for uddannelseselementerne. Den professionelle identitet hos de uddannelsessøgende læger dannes på baggrund af arbejdet og det er kvaliteten af arbejdet og de kernefunktioner, der opleves som knyttet dertil, der har betydning for de uddannelsessøgendes fremtid og deres videre karriere i form af ønskede stillinger og ansættelser.

Den lægelige videreuddannelse – eller speciallægeuddannelse - er arbejdsbaseret og kompetencer opnås med enkelte undtagelser via deltagelse i arbejdet eller i teoretiske kurser, hvor uddannelseselementerne er formaliserede og ekspliciterede. I det daglige kan uddannelseselementerne være vanskelige at identificere, viklet ind i opgaveløsningen og bryde med den logik og målbeskrivelse, der er knyttet til uddannelsen. Det er derfor væsentlig at forstå læring og vejledning på arbejdspladsen som et særligt læringsmiljø og læringsrum – der rammesættes i en arbejdskontekst med særlige potentialer, logikker og udfordringer (Jørgensen og Warring 2002, Bottrup 2001, 2002, 2004). Derfor må et eksplicit perspektiv på læring i arbejdslivet inddrages.

Læring i arbejdslivet

Christian Helms Jørgensen og Niels Warring (2002) argumenterer for, at analyser af læring i arbejdslivet må anskues med et *'dobbeltblik'* på arbejdspladsen som både en objektiv og subjektiv realitet, der rummer objektive og subjektive læringspotentialer (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2004, Illeris et al. 2010). *'Den objektive realitet'* forstås som arbejdspladsen karakteriseret i form af organisatoriske strukturer, teknologier, sociale relationer og handlemønstre.

'Den subjektive realitet' forstås som læring ud fra den lærendes perspektiv og i forhold til arbejdets betydning for medarbejderne.

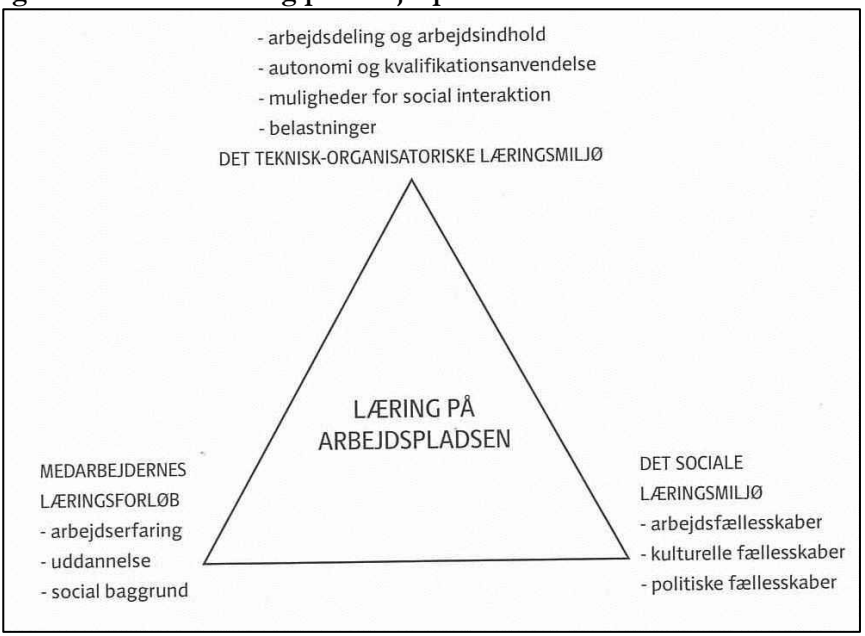
Dermed karakteriseres læringsmiljøet og arbejdspladsens læringsmuligheder som medarbejdernes oplevede verden, hvordan de forstår og udnytter forandringer og udfordringer på arbejdspladsen med afsæt i deres livsperspektiv i forhold til subjektive erfaringer og fremtidsforventninger. Arbejdspladsen rummer dermed både objektive og subjektive læringspotentialer, der analytisk kan adskilles, men hvor der i praksis er tale om en dialektisk helhed mellem det subjektive og det objektive (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2004, Illeris et al. 2010):

> Alle de forhold der vedrører arbejdslivet som socialt og samfundsmæssigt læringsrum, spændende fra det teknisk-organisatoriske til det socialt-kulturelle læringsmiljø, fortætter sig i en arbejdspraksis – og på samme måde samler læringens forskellige dimensioner i forbindelse med arbejdslivet sig i de lærendes arbejdsidentiteter (Illeris et al. 2004, s. 70).

Læringsmiljøet udgør en kontekst for læring og ramme for læreprocesserne, men læringen sker i mødet mellem den enkelte medarbejder og læringsmiljøet. Derfor må analyser af den enkelte medarbejders baggrund, erfaringer og perspektiver inddrages for at begribe dynamikken i samspillet mellem læringsforløb og læringsmiljø. Læring på arbejdspladsen sker i en dynamisk relation mellem de enkelte medarbejderes læringsforløb, arbejdspladsens fællesskaber og arbejdspladsen som teknisk-organisatorisk organisation (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2004, Illeris et al. 2010).

Jørgensen og Warring (2002) har udviklet en model for læring på arbejdspladsen, der illustrerer de dynamikker, der indgår i læreprocesser i arbejdet og former de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der har betydning for, om læring kan finde sted, eller ikke kan finde sted. I modellen skelnes mellem *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'*, der er karakteriseret ved arbejdsdeling og arbejdsindhold, autonomi og kvalifikationsanvendelse, muligheder for social interaktion samt belastninger, *'Det sociale læringsmiljø'*, som er karakteriseret ved arbejdsfællesskaber, kulturelle fællesskaber samt politiske fællesskaber og som den sidste pol *'Medarbejdernes læringsforløb'*, der er karakteriseret ved arbejdserfaring, uddannelse og social baggrund (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2004, Illeris et al. 2010):

Figur 3. Model for læring på arbejdspladsen



De tre poler udgør ifølge Jørgensen og Warring (2002) hovedkomponenterne i arbejdspladslæringen, hvor det er væsentligt analytisk at betragte læringsmiljøet ud fra de to forskellige perspektiver: 1) *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'*, hvor markedsmæssige og teknologiske forhold sætter rammerne for læring og 2) *'Det sociale læringsmiljø'*, hvor de sociale og kulturelle forhold er rammesættende for læringen. Der er altså tale markant forskellige dynamikker, der har betydning for læringsmulighederne (Jørgensen og Warring 2002, Illeris 2004).

I forhold til den tredje pol: *'Medarbejdernes læringsforløb'* bygger arbejdspladslæringen på de hidtidige erfaringer dannet igennem et livsforløb. Det borger for analyser, der inkluderer fokus på læringsforløb som en del af livsforløb for at belyse, hvordan medarbejderne møder de læringsmuligheder, der er på arbejdspladsen. I selve læringsforløbsbegrebet ligger der en processuel forståelse af læring, der sker via forskellige sociale sammenhænge gennem livet og som *'læringsbane(r)'* og hvor udvikling af arbejds- og professionsidentitet foregår (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2004, Illeris et al. 2010).

I Pernille Bottrups (2001, 2002, 2004) perspektiv på arbejdspladslæring i forståelsesrammen af lærende organisationer, sætter hun fokus på et analytisk begreb om *'Læringsrum'* i arbejdet. Det bruger hun til at indfange de læringsmuligheder, der eksisterer i det daglige arbejde i et samspil mellem muligheder, indflydelse og vilkår, der normativt giver et styrket afsæt for medarbejdernes læreprocesser i arbejdet formet af øget autonomi og selvbestemmelse. Bottrup (2001) forklarer læringsrumsbegrebet som indeholdende både strukturelle rammer og de subjektive muligheder for læring og handling:

> Læringsrumsbegrebet har en intention om i sin analytiske tilgang at kombinere strukturorientererede og aktørfokuserede indfaldsvinkler til og forståelser af læring og arbejdsvilkår. Begrebet om læringsrum opererer med den forståelse at vi som aktører er påvirket og på en række områder begrænset af strukturelle forhold, men at disse ikke determinerer vor ageren. Vore egne oplevelser, erfaringer og tolkninger af verden omkring os – som individer og som sociale væsener – spiller en stor rolle (Bottrup 2001, s. 58).

Begrebet *'læringsrum'* omhandler de muligheder og begrænsninger, der findes for læring i det daglige arbejde – og kan således sammenstilles med Jørgensens og Warrings (2002) tre poler, der dynamisk relaterer sig til hinanden og skaber betingelser for læring. Arbejdspladsen rummer i kraft af sin produktion, teknologi og organisation bestemte muligheder og begrænsninger for læring og udgangspunktet for definition af bestemte *'læringsrum'* må tage afsæt i det konkrete arbejde og den konkrete arbejdsorganisation (Bottrup 2001, Jørgensen og Warring 2002).

Læringsrummet er dermed som begreb knyttet til arbejdet og arbejdsorganiseringen – dog uden at determinere dette. Personer med opgaver, der svarer nogenlunde til hinanden, har som udgangspunkt det samme *'læringsrum'*, men potentielt en forskellig udnyttelse af det (Bottrup 2001). På trods af de subjektive forskellige forudsætninger og erfaringer, der betyder at subjekter indtager læringsrummene ud fra og med forskellige positioner, skal læringsrummet som forståelsesramme ses som et kollektivt fænomen, der påvirkes af de subjekter og grupperinger, der indgår i det:

> I disse individualiseringstider er der imidlertid en tendens til at lægge stor vægt på individers særegenhed og råderum. Men individer fungerer også inden for nogle strukturer og spilleregler – det kan ikke bare agere frit – og det er denne kontekst jeg forsøger at indkredse gennem læringsrummet. Arbejdet med dette begreb kan ligeledes ses som et forsøg på at fastholde et kollektivt handlingsniveau. Hvis læring og læremuligheder forbeholdes det individuelle

> niveau, risikerer man at gøre det til en individuel sag og et individuelt ansvar; det bliver individets egen skyld hvis det ikke er i stand til at skabe sig et passende læringsrum i arbejdet (Bottrup 2001, s. 60).

Et *'læringsrum'* defineres altså samtidig ud fra arbejdets strukturer, organisering og teknologi samt de enkelte medarbejderes forudsætninger og handlen. Dermed er der ikke tale om et statisk begreb, men om løbende forandringer i forhold til tid, ændringer i strukturer, subjekters handlen, interesser etc. Begrebet *'læringsrum'* betegner også formaliserede og intenderede læringsforløb, men har hovedfokus på de uformelle og ikke-intenderede læreprocesser, hvor samarbejdsrelationer og kulturen på arbejdspladsen har betydning (Bottrup 2002, 2004). Dermed kommer det sociale liv på arbejdspladsen i fokus – ligesom det er i Jørgensens og Warrings (2002) model, hvor den ene pol udgøres af *'det sociale læringsmiljø'*, der består af arbejds-, kulturelle og politiske fællesskaber.

Bottrup (2002) skelner mellem tre felter, som hun ser det sociale liv på en arbejdsplads organiseret indenfor: et *'Produktions-/producentfelt'*, et *'Politikfelt'* og et *'Uformelt socialt felt'*. De tre felter repræsenterer hver deres mening og rationaler i forhold til de sociale handlinger og interaktioner, der foregår og danner en overordnet ramme for læringsrummet. I *'Produktions-/producentfeltet'* er det styrende rationale effektiv og hensigtsmæssigt udførelse af arbejdet, hvor fokus er på at skabe ydelser og produkter med den bedst mulige ressourceudnyttelse. I *'Politikfeltet'* er det styrende rationale interessevaretagelse i forhold til den samlede arbejdssituation i form af størst mulig kontrol og indflydelse på eget arbejde som både individ og kollektiv og dermed også knyttet til magt og magtudøvelse. I det *'Uformelle sociale felt'* er det styrende rationale etablering af mening og identitet i forhold til arbejdet. Bottrup (2002) peger selv på begrænsninger i læringsrumsbegrebet i forhold til, at de tre felter ikke eksplicit og systematisk inddrager det subjektive perspektiv og den subjektive meningstilskrivning i dets definition:

> Jeg har flere gange understreget at subjektive elementer i høj grad er med til at fastlægge det konkrete læringsrum, og afdækning af et sådant kræver også hermeneutisk inspirerede metodiske greb hvor medarbejdernes egne oplevelser og erfaringer kommer til orde og tolkes (Bottrup 2002, s. 80).

Bottrup (2001) understreger, at det er væsentligt i forhold til læring i arbejdslivet, at der ikke anvendes et snævert læringsbegreb, hvor nogle former for læring er 'rigtige' eller legitime, mens andre er 'forkerte' og illegitime, da det

vil virke reduktionistisk samt begrænse indsigt og handlemuligheder. Her ser hun, på linje med Jørgensen og Warring (2002), Jean Lave og Etienne Wengers (1991) syn på læring forstået som en grundlæggende social proces som et bidrag til en større og bredere forståelse af læreprocesser på arbejdspladser. Lave og Wengers (1991) bidrag til forståelsen af læring som situeret, bundet til kontekst og til den sociale interaktion, har haft stor betydning for forståelsen af læring som noget, der finder sted mellem mennesker og ikke i mennesker, hvilket understreger betydningen af kultur og miljø - herunder læringskultur og læringsmiljø som helt essentielt for læring (Illeris 2004).

Deltagelse i fællesskaber samt adgang til deltagelse i fællesskaber blev dermed også fremhævet som centralt og nøje beskrevet som *'legitim perifer deltagelse i praksisfællesskaber'* (Lave og Wenger 1991) og har haft stor betydning for forståelsen af læring i arbejdslivet som social praksis og som udvikling af identitet via forhandling af mening i arbejdet (Jørgensen og Warring 2002). Igennem tiden er der rejst kritik af nogle af de helt centrale begreber – herunder at *'fællesskaber'* som begreb er for generelt og bør specificeres (Jørgensen og Warring 2002), at antagelsen om at adgang til et godt *'praksisfællesskab'* nærmest pr. automatik sikrer læring (Illeris et al. 2004) og at når læring anskues som et *'socialt anliggende'* frem for et kognitivt eller individuelt anliggende, placeres læring i et konfliktfyldt felt af magtrelationer og hierarkier, som ikke får den teoretiske opmærksomhed, det burde (Elkjær 2009). Dermed rettes fokus på magt, protektionisme og konservatisme i relation til at forstå læring som social og situeret:

> To take learning away from inside minds to social relations is also to move learning into an area of conflicts and power […] An understanding of learning as legitimate peripheral participation in communities of practice tends, in other words, to overlook conservatism, protectionism and the tendency to recycle knowledge rather than critically challenge and extend it (Elkjær 2009, p. 87).

'Arbejde' og 'læring' er som begreber i sig selv brede og komplekse. Kobler man 'vejledning' dertil, stiger kompleksiteten, da vejledning som begreb er en samlebetegnelse for en lang række uddannelsesaktiviteter og anvendes ofte i daglig tale unuanceret om flere forskellige områder, aktiviteter og situationer (Lauvås og Handal 1997, Handal og Lauvås 2007, Lauvås og Handal 2010, Reggelsen og Nissen 2012, Martin et al. 2014, Eika et al. 2015). Det er derfor væsentligt for forståelsen, at beskrive vejledning som fænomen generelt og

specifikt i forhold til arbejdslivskontekster - herunder den lægelige videreuddannelse som en arbejdsbaseret uddannelse.

Vejledning i arbejdslivet

Per Lauvås og Gunnar Handal (2010) skelner mellem de forskellige vejledningsområder inddelt på fire måder. Områderne skal ikke opfattes isolerede fra hinanden, men vil i praksis ofte overlappe i forhold til indholdet i den konkrete vejledningsopgave og i forhold til den enkelte vejleders måde at vejlede på (Lauvås og Handal 2010, s. 35):

- *Erhvervsfaglig vejledning*: vejledning i tilknytning til erhvervsvirksomhed, enten inden for uddannelse eller i forbindelse med erhvervets udøvelse.

- *Opgavefaglig vejledning*: vejledning i tilknytning til skrivning af opgaver (afhandlinger, semesteropgaver, rapporter o.l.) eller andre skriftlige fremstillinger inden for eller uden for en uddannelse.

- *Studie/erhvervsvejledning*: informations- og rådgivningsvirksomhed til hjælp ved studerendes valg af uddannelse, fag, erhverv o.l.

- *Personlig vejledning/rådgivning*: hjælp til kolleger, studerende eller andre, der oplever personlige eller sociale problemer, uden at disse er af en sådan karakter, at de kræver professionel behandling.

Der er tale om både situations- og personafhængighed i forhold til de enkelte områder, hvor nogle vejledere vil opleve det som naturligt, at inddrage personlige forhold i forbindelse med fx erhvervsvejledning, mens andre vejledere ikke vil opleve det som naturligt (Lauvås og Handal 2010). Et andet aspekt er, at vejledning er et relationelt fænomen, der udmøntes i intersubjektive møder mellem vejleder og vejledte og dermed også afhænger af eller bør afhænge af, hvilke behov og præferencer den vejledning er rettet mod har og den påvirkning, der sker i relationen med den vejledte. Dermed er spørgsmålet om, hvilke områder, der aktiveres og inddrages i den konkrete vejledning ikke kun er knyttet til vejlederens personlighed og præferencer. Det relationelle aspekt sættes der fokus på hos Bente Reggelsen og Lisbeth Nissen (2012), der i en definition af klinisk vejledning i sundhedsprofessionerne skriver således:

> Klinisk vejledning definerer vi som en fremadrettet læringsproces, hvor den studerendes støttes i at være refleksiv i forhold til de faglige og kliniske pro-

> blemstillinger, således at hun kan træffe valg og træne kliniske færdigheder på baggrund af indsigt i og forståelse af den kliniske situation. Klinisk vejledning er således et komplekst begreb, **der både handler om læring, refleksion og udvikling af en professionsidentitet, hvor relationen mellem vejleder og den studerende i sig selv er værdifuld** [min fremhævning] (Reggelsen og Nissen 2012, s. 154).

Reggelsen og Nissen (2012) skriver endvidere, at begrebet *'Klinisk vejledning'* inddrager andre elementer såsom supervision, konsultation, mentorskab og coaching. Dermed trækker de i deres forståelse af vejledningsbegrebet på tværs af flere af de fire områder, skitseret af Lauvås og Handal (2010) og bekræfter billedet af, at vejledningsbegrebet overskrider områdernes afgrænsning og ikke gensidigt ekskluderer hinanden. Begrebet *'klinisk vejledning'* i denne form for definition, kan rummes i og forstås som indlejret i og underordnet den karakteristik, Lauvås og Handal (2010) giver af *'erhvervsfaglig vejledning'*. Den erhvervsfaglige vejledning er det område, der særligt har forrang i forhold til at forstå vejledning på den lægelige videreuddannelse som en arbejdsbaseret uddannelse. Den erhvervsfaglige vejledning karakteriseres således (Lauvås og Handal 2010, s. 35-36):

1. Den foregår i et én-til-én forhold (eller én-til-få-forhold).
2. Den indgår i professionspræget uddannelse og praksis.
3. Den tager teori-praksis-forholdet op i erhvervet/professionen.
4. Den knytter sig til den studerendes/erhvervsudøverens egen erhvervsaktivitet.
5. Den sigter mod at udvikle den 'praktiske fagteori' hos den, der bliver vejledt.
6. Den ydes i samtaleform, der er præget af refleksion over praksis, delvis frigjort fra 'handlingstvangen'

De første fire punkter er en generel karakteristik af erhvervsfaglig vejledning og de sidste to punkter (punkt 5 og 6) er Lauvås og Handals (2010) normative angivelse af, hvad de mener, der bør foregå i erhvervsfaglig vejledning (Lauvås og Handal 2010). I det hele taget er der samfundsmæssigt et øget fokus på erhvervsfaglig vejledning i flere sektorer, både i uddannelsessammenhænge og erhvervssammenhænge, som et led i kompetenceudvikling i forhold til både ledelse og medarbejdere og i forhold til begrebet om *'livslang læring'*,

der fra 1980'erne har fået et stort samfundsmæssigt fokus (Alheit 2009, Illeris 2012). Endvidere er der en stigende erkendelse af, at vejledning kolleger imellem kan være et redskab til udvikling, trivsel og psykisk sundhed (Lauvås og Handal 2010, Andersen og Dybbroe 2017).

På den lægelige videreuddannelse har det siden 1998 været et formelt krav, at alle uddannelsessøgende læger, skulle have en formel vejleder tildelt i de hospitalsafdelinger eller i den almene praksis, de er ansat i, ligesom andre sundhedsprofessioner også har det. Det er altså et udbredt fænomen og en velkendt funktion, men der som før pointeret, kan ligge meget forskellig betydning i og praktisering af, der kan opleves som diffuse.

Berit Eika, Gitte Wichmann-Hansen, Kirsten Lycke og Gunnar Handal (2015) retter også fokus på et behov for at få synliggjort og systematiseret vejledningsopgaverne på den lægelige videreuddannelse som en konsekvens af, at vejledningsområderne er uklare. Hovedvægten ligger i det, der karakteriseres som det *'erhvervsfaglige vejledningsområde'*, men i princippet indgår alle fire områder i vejledning på den lægelige videreuddannelse i form af karrierevejledning, der knytter sig til *'erhvervsvejledning'*, i nogle lægelige specialer fx anæstesien også til at vejlede på baggrund af skriftlige rapporter, der skal godkendes, der knytter sig til *'opgavefaglig vejledning'* og nogle gange også i form af *'personlig vejledning/rådgivning'* i forhold til uddannelsessøgendes udfordringer med kolleger eller i privatlivet.

En særlig udfordring områderne imellem er at finde balancen mellem det det private og det faglige. Forsøg på at udskille og afgrænse vejledningsområderne fra det personlige som et 'forbudt' område i vejledning, beskriver Lauvås og Handal (2010) som kunstigt. Samtidig understreger de, at det vigtigt at opretholde skillelinjer imellem personlig vejledning og terapi, da ethvert vejledningsforhold åbner op for at træde ind på personlige områder, der som hovedregel er og skal forblive private. Imidlertid er det en balance, der kan være hårfin og svær at opretholde i praksis. Balancen udfordres især af, at den enkelte uddannelsessøgendes personlige forhold har stor betydning for deres uddannelses- og erhvervsmæssige praksis:

> Vejledning om personlige forhold savnes, efter alt at dømme, på mange arbejdspladser og i mange uddannelsesinstitutioner. Det kan dreje sig om ret banale menneskelige problemer som en kombination af stor arbejdsbelastning og en presset hjemmesituation med syge børn, tvivl og usikkerhed for-

> bundet med vigtige valg af videre erhvervskarriere eller reaktioner på oplevelse af isolation i arbejdsmiljøet. Selv om problemerne kan kategoriseres som 'personlige', har de ofte sammenhæng med arbejds- eller uddannelsesinstitutionen, enten i form af årsager eller i form af konsekvenser – meget tit et både og. **Det er et vigtigt element i arbejds- og læringsmiljøet, at der bliver taget hånd om den enkelte som et helt menneske, og at det ikke opleves som pinligt og diskvalificerende at tage personlige problemer op. Det er ikke ualmindeligt at støde på en 'frisk og frejdig'-kultur, hvor det er vigtigt at fremstå som mest mulig vellykket, og hvor problemer hurtigt tolkes som svaghed, svigtende evner eller ustabile personlighedstræk** [min fremhævning] (Lauvås og Handal 2010).

Vejledningen foregår som en professionel aktivitet og i et professionelt 'rum', hvor der knytter sig bestemte sociale, faglige og formelle forventninger. Det er vigtigt at være opmærksom på, at vejledningen ikke bliver en form for ukvalificeret terapi - uden de formelle rettigheder og forpligtigelser, der knytter sig til et egentligt terapeutisk rum eller til den private samtale (Lauvås og Handal 2010). I Reggelsen og Nissens (2012) definition af klinisk vejledning rettet mod professionsuddannelserne er terapi et ekspliciteret begreb, de inddrager og perspektiverer klinisk vejledning med:

> Terapi er karakteriseret som behandling med henblik på at lindre symptomer på psykiske problemer, og hvor sagen er personlige og private forhold, der ønskes bearbejdet af den hjælpsøgende (Lauvås og Handal 2006, s. 42). Terapi indebærer altså en "klientgørelse" i forhold til en terapeut, hvor fokus bliver det "sygelige". I den kliniske vejledning er udgangspunktet derimod det normale, hvor den studerende får støtte til effektiv læring og sikring af kvalitet i den kliniske deltagelse. **I klinisk vejledning kan samtalen mellem en klinisk vejleder og en studerende virke terapeutisk, men mere i forståelsen helende** [min fremhævning] (Reggelsen og Nissen 2012, s. 155).

Reggelsen og Nissen (2012) anvender terapibegrebet som en manifest del af det, der kan foregå i vejledningssituationen, hvor Lauvås og Handal (2010) problematiserer de terapeutiske aspekter anvendt i en ikke-terapeutisk situation og kontekst, men argumenterer i stedet for et behov for vejledning i personlige forhold. Lauvås og Handal (2010) advarer dog også mod, at falde i den anden grøft af frygt for at komme til at 'terapeutisere', så man i stedet kommer til at overintellektualisere i sit vejledningsmæssige fokus og derved overser de emotionelle aspekter knyttet til uddannelses- eller erhvervssituationen.

Selve vejledningsbegrebet er som beskrevet uklart defineret og udgør en form for samlebetegnelse for en række uddannelsesaktiviteter såsom: rådgivning, instruktion, supervision, konsultation, feedback, mentoring, coaching etc., der hver for sig kan være udtryk for en lang række lokale fortolkninger, betydninger og mening alt efter den konkrete pædagogik og didaktik. På engelsk har man ikke en tilsvarende bred samlebetegnelse for vejledning – det tætteste man kommer på en samlende betegnelse er supervisionsbegrebet, som ikke er dækkende for den betydning, vi på dansk eller i Skandinavien har af vejledningsbegrebet.

Lauvås og Handal (2010) skelner mellem vejledning og supervision vertikalt: vejledning er den overordnede betegnelse og supervision er én form for vejledning. Eika et al. (2015) finder også den horisontale oversættelse i relation til lægeuddannelse af det danske begreb *'vejledning'* til *'supervision'* problematisk:

> Det er en problematisk oversættelse, idet ordet supervision henviser til overvågning og dermed kontrol. Man kan også i den engelsksprogede litteratur støde på begrebet "guided learning", som på mange måder er en bedre oversættelse af ordet "vejledning" til engelsk, fordi der i de skandinaviske ord i højere grad ligger et tilbud om assistance og ikke et krav om efterfølgelse (Eika et al. 2015, s. 24).

Den form for vejledningsbegreb Eika et al. (2015) trækker på, er rodfæstet i en Skandinavisk uddannelseskontekst, demokratisk tradition og i en pædagogisk praksis med fokus på dialog, hvor man søger at mindske asymmetrien mellem undervisere og studerende eller vejledere og de vejledte. Der ligger dog indbygget en hierarkisering i selve det forhold, at vejlederen ved mere eller kan mere end den, der skal vejledes. Det søger forfatterne at nedtone ved at anvende et vejledningsbegreb, der sætter fokus på det fælles og ligeværd i vejledningsprocessen (Eika et al. 2015, s. 25):

- Udøves i form af samtaler mellem personer med **fælles** [min fremhævning] faglighed (kollegaer).
- Baserer sig på en **forståelse** [min fremhævning] af, at faglig udvikling kan fremmes ved at gøre konkrete oplevelser til genstand for analyse, refleksion og perspektivering.
- Indebærer, at vejlederen og den vejledte **i et ligeværdigt fællesskab udforsker** [min fremhævning] udvalgte problemstillinger, som udspringer af den yngre læges uddannelsesbehov.

- Især er rettet mod at udvikle den yngre læges **tænkning om – og forståelse af** [min fremhævning] – sit fag og sin egen faglige rolle.

Det dialogiske fremhæves i form af, at vejleder og vejledt fælles udforsker problemstillinger som understøttelse af det *fælles* og *ligeværdige* og som en normativ præmis for den gode vejledning. Det skal ses i modsætning til monologisk kommunikation fra vejlederens side (Eika et al. 2015). Det ligger i tråd med Lauvås og Handal (2010), der inden for det brede vejledningsbegreb foretager den skelnen, at vejledning overordnet foregår ud fra to grundlæggende forskellige opfattelser:

1. Vejledningen tager primært sigte på, at den, der bliver vejledt, skal gennemføre en praksis, **som ifølge vejlederens og traditionens opfattelse – er 'den rigtige'** [min fremhævning].

2. Vejledningen tager primært sigte på at tydeliggøre for den, der bliver vejledt: vedkommendes eget valg af praksis- og grundlaget for dette valg – efter at have fået hjælp til at gennemtænke, hvad der taler for og imod valget og holdbarheden af disse argumenter/værdistandpunkter. **Derefter udføres praksis ud fra den vejledtes forståelse og overbevisning** [min fremhævning] (Lauvås og Handal 2010, s. 56-57).

Lauvås og Handal (2010) abonnerer selv på forståelse nr. to, hvor fokus for vejledningen ligger hos og i den vejledte frem for hos og i vejlederen og vejlederens oplevelser og opfattelser af, hvad der er det 'rigtige'. Dog får vejledning i praksiskontekster som fx professioner let karakter af supervision i form af overvågning og kontrol med fokus på at minimere fejl, oplære i arbejdet og i god praksisudøvelse (Handal og Lauvås 2007). Denne form ligger tæt op af det, vi traditionelt har betegnet som mesterlære, der med Klaus Nielsens og Steinar Kvales (1999) nuanceringer, stadig i hverdagsforståelsen er præget af simple forståelser af praksislæring (Handal og Lauvås 2007).

Som skitseret af Lauvås og Handal (2010), er der to grundlæggende forskellige opfattelser af vejledning, der sætter rammen for, hvordan vejledningen i praksis udmøntes og hvilke områder, der inddrages i det konkrete indhold. Her spiller de formelle krav fra institutioners og myndigheders side til vejledningens indhold en rolle, der rækker ud over de relationelle aspekter mellem vejledere og vejledte. Det kan betyde, at vejlederrollerne forskydes eller skubbes i den ene retning eller den anden, som selvfølgelig også afhænger af, hvordan kravene fortolkes lokalt og af den enkelte vejleder.

Et væsentligt formelt krav, der karakteriseres som et dilemma, er når vejledning og evaluering kobles (Eika et al. 2015). Det gælder i nogen grad det formative evalueringsaspekt, men i særdeleshed det summative – på den lægelige videreuddannelse i form af kompetencevurderinger, der påvirker balancen mellem ligeværd og asymmetri i vejledningsrelationen og i vejledningsprocessen: *'Ligeværdigheden gælder dog kun så længe, vejledningen har et udviklingsperspektiv. Hvis vejledningen indebærer et godkendelses eller vurderingselement, er der en statusforskel, som vejlederen skal være bevidst om'* (Eika et al. 2015, s. 24).

På den lægelige videreuddannelse er den summative vurdering og den formelle vejledning ofte tæt koblet sammen i form af, at hovedvejlederen typisk er den, der endeligt underskriver for, at den vejledte kan de kompetencer, der som minimum kræves ved at godkende den uddannelsessøgende læges kompetencer elektronisk i logbogen. Konsekvensen af dette i et lærings- og vejledningsperspektiv for den vejledtes vedkommende er, at fokus forskydes fra vejledning til vurdering (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015):

> Forholdet mellem vejledning og summativ evaluering er enkel – i teorien. **Evalueringen vil vinde og vejledningen tabe** [min fremhævning]. Mens den formative, interne evaluering er en naturlig del af vejledningen, er den eksterne, summative evaluering en så stærk konkurrent, at vejledningen må tabe. Sagt på en anden måde, så har vejledningen gode udgangsvilkår, hvis den er frakoblet resultatevalueringen. Er de to koblet sammen, må problemet indses, og man må finde frem til den bedst mulige strategi for at reducere det. Man kan nemlig ikke *løse* dette problem (Lauvås og Handal 2010, s. 316).

For Lauvås og Handal (2010) findes der altså ingen løsninger på de forskydninger, der sker i fokus fra den vejledtes side på vurderingen frem for vejledningen. Man kan dog som vejleder gøre sit til, at forskydningen minimeres så meget som muligt, ved at skabe en fælles forståelse af, at det er det formative og udviklende, der er i fokus for vejledningen. Her er det centralt, at den måde vejledningen foregår på i praksis, understøtter dette – og dermed understreger dette budskab (Lauvås og Handal 2010).

Eika et al. (2015) anbefaler, at vejlederen åbent italesætter sin dobbeltrolle indledningsvist overfor den vejledte (yngre læge), fortæller om rammerne og de praktiske konsekvenser samt i fællesskab aftaler, hvordan vejledningen kan tilrettelægges med henblik på, at vejledningsprocessen påvirkes mindst muligt af vurderingsspørgsmålet. På den måde anerkender vejlederen både i relation til sig selv og i relation til den uddannelsessøgende, at dilemmaet eksisterer og

understreger samtidig, at det er vigtigt at kunne have en formativ proces både for den enkelte vejleder og den vejledte. Det sender et signal til den vejledte om, at det har en betydning for vejlederen og at der er et fællesskab omkring, at få vejledningsprocessen til at fungere. Det kan være med til at skabe tillid og tillid er vigtig for, at forskydningen mod vurderingsaspektet i den vejledtes fokus reduceres:

> Den, der bliver vejledt, må bringes til at forstå – til trods for en solid erfaring om, at al evaluering i virkeligheden er summativ – at det drejer sig om et fælles arbejde med henblik på at bringe vedkommende frem til det niveau, som erhvervet faktisk kræver. Det er ikke let, at få etableret en fælles forståelse for, at det er formativ evaluering, der ydes som led i vejledningen, fordi det kræver tillid. **Hvis der overhovedet er grund til tvivl, er det en intelligent strategi for den studerende at være forsigtig. Det er en gedigen bommert at udlevere sine stærke og svage sider, hvis det er summativ evaluering, der egentligt foregår** [min fremhævning] (Lauvås og Handal 2010, s. 314).

Eika et al. (2015) peger også på, at målet er at sætte en ramme for vejledningen, hvor fokus er på åbne samtaler, hvor den vejledte (yngre læge) kan drøfte udfordringer frem for at fokusere på at demonstrere, at han eller hun er velfungerende: *'I sådanne processer vil lægens svagheder også blive synlige – det er faktisk et mål for den gode vejleder at skabe en så tryg social og følelsesmæssig ramme, at den yngre læge tør "blotte" sine svage sider'* (Eika et al. 2015, s. 33). Koblingen mellem vejledning og evaluering fremstår på mange måder som et uløseligt dilemma, hvor det bliver op til de enkelte vejledere at søge at minimere 'skaderne' ved at have fokus på og erkendelse af, at det reelt er et problem og ved at søge at etablere et læringsrum for vejledningsprocessen, hvor de formative aspekter får forrang.

Et andet centralt problem i vejledning er det, Handal og Lauvås (2007) betegner som *'ikke-vejledning'* eller form for *'laissez-faire-vejledning'*, de tilskriver det faktum, at vejledere oftest er: "hideously overworked" kombineret med at vejledning er en tidskrævende opgave, hvis det skal gøres ordentligt (Handal og Lauvås 2007). Her er substansløs ros a la: 'det går godt, fortsæt bare' fra vejlederens side en risikofaktor for vejledningsrelationen og på den anden side ikke en ros, de vejledte tager til sig, da de oplever den som ubegrundet og uden troværdighed. Når de vejledte oplever, at vejledermøder udskydes, aflyses, at vejlederen ikke er ordentligt forberedt, eller at der reelt ikke er tid i de vejledermøder, der afholdes, sender det et signal til den vejledte om, at vej-

ledningen ikke er vigtig og at den vejledte ikke er vigtig eller prioriteret i forhold til andre opgaver (Handal og Lauvås 2007):

> Det at veileder kan ta seg den frihet å gjøre dårlig arbeid og dessuten forsøke å skjule dette, er et signal om at relasjonen til studenten ikke er vigtig. Og det er kanskje dette metabudskabskapet som har den sterkeste virknigen; Veileder ser ikke meg som så vigtig at jeg bliver tatt på alvor og behandlet med respekt, som fagperson og som medmenneske (Handal og Lauvås 2007, s. 5).

Den daglige eller løbende vejledning, som Handal og Lauvås (2007) betegner som *'ad hoc-vejledning'*, beskrives som kortfattet vejledning knyttet til det daglige arbejde og kendes på den lægelige videreuddannelse som daglig klinisk vejledning. Her er udfordringen omfanget og regulering af dette afpasset den vejledtes læringsbehov og progression: *'Noen studenter kan misbruke lett tilgjengelige veiledere og tenke for lite selv, mens andre holder på for lenge på egen hånd med problemer som veileder burde vært koplet inn på tidligere'* (Handal og Lauvås 2007, s. 6).

Dermed sættes der fokus på to yderpoler, der sikkert forekommer velkendte for mange vejledere i praksiskontekster – herunder de daglige kliniske vejledere. Uddannelsessøgende læger der spørger for meget og udviser stor usikkerhed versus uddannelsessøgende læger, der spørger for lidt og har for stor tiltro til egen formåen udgør to centrale vejledningsmæssige udfordringer i den daglige ad hoc-vejledning.

Reflekterende vejledning

For at styrke vejledningen i praksiskontekster fra den simple mesterlæremodel baseret på observation, efterligning og modellering (Handal og Lauvås 2007) som blandt andet Gitte Wichmann-Hansen (2004) i sin ph.d.-afhandling om medicinstuderendes læring og vejledning i klinikken viste, var problematisk i forhold til graden af deltagelse og adgang til fællesskaber (Handal og Lauvås 2007) mod en øget praksislæring, foreslår Handal og Lauvås (2007) og Eika et al. (2015) en kombination af mesterlære og vejledningssamtaler baseret på *'en reflekterende vejledning'*.

Formålet er, at kombinere handling (den professionelle praksis) med refleksion over handling med sigte på, at udvikle den praksisteori, der ligger bag handlingerne (Handal og Lauvås 2007). Professionelles praksisteori defineres som: *'…det sammenvevede construct av kunnskaber, erfaringer og verdier som er relevante som vedkommendes egen bakgrunn for valg av måter å utøve sin praksis på, innen de*

rammer som er gitt' (Handal og Lauvås 2007, s. 8). Her er præmissen for vejledningen at den professionelle skal blive eksplicit bevidst om praksisteorien, udfordre den, udvide og forankre den i forhold til konkret professionel handlen.

Praksis er altså udgangspunkt for vejledningen (Handal og Lauvås 2007). Handal og Lauvås (2007) og Eika et al. (2015) beskriver et ideal for den reflekterede vejledning ud fra tre tidspunkter: før, under og efter gennemførelsen af en arbejdsopgave i form af: *'før-vejledning'*, *'gennemførelse/under-vejledning'* og *'efter-vejledning'*. *'Før-vejledning'* tager udgangspunkt i, hvordan den vejledte har tænkt sig at gribe opgaven an og konkrete spørgsmål i forhold til håndteringen af opgaven.

Vejlederens opgave er at hjælpe den vejledte til at blive bevidst om, hvilke færdigheder, viden og holdninger den vejledte ønsker at opnå og diskutere disse med den lærende. Fokus er ideelt set på bevidstgørelse og udvikling af den vejledtes praksisteori, men som Eika et al. (2015) beskriver konkret i en medicinsk kontekst, kan tidsbegrænsninger sætte en anden ramme om før-vejledningen:

> Når vejledningen foregår *før* arbejdsopgaver udføres, må samtalerne derfor fokusere på at forberede den yngre læge på at håndtere de situationer, han eller hun kommer til at møde. Formålet med før-vejledningen er at øge den yngre læges repertoire af handlemuligheder i den aktuelle situation. I mange tilfælde vil tidsnød dog medføre, at der blot gives hurtige råd ("husk at…") og svar på spørgsmål ("jeg synes at du…") (Eika et al. 2015, s. 63).

'Gennemførelsen/under-vejledningen' foregår ideelt set observeret af vejlederen. Her gennemføres opgaven og danner udgangspunkt for *'efter-vejledningen'*, der har fokus på hvordan den konkrete erfaring, har bidraget til at styrke, udvikle eller justere praksisteorien (Handal og Lauvås 2007). Eika et al. (2015) argumenterer for, at efter-vejledningen også må have fokus på de emotionelle aspekter i læringssituationen og bearbejdelse af de belastende oplevelser i den konkrete situation. Ifølge Handal og Lauvås (2007) kræver gennemførelse af den reflekterede vejledning, at både vejleder og de vejledte udskifter det 'gængse' billede af vejlederens rolle som kontrollant til en vejleder-rolle som reflekterende praktiker, hvor vejlederen er en ressource og sparringspartner i refleksioner over praksis.

Det kan dog være sin sag at ændre syn på vejlederrollen – både for vejledere og de uddannelsessøgende, da vejledning som fænomen og vejlederroller er knyttet til kultur, rationalitet og profession (Handal et al. 1990). Dermed kan man argumentere for, at der snarere er tale om et paradigmeskifte i forhold til de rationalitetsformer, der sætter præmisser for undervisning og vejledning på den lægelige videreuddannelse.

Handal og Lauvås har sammen med Kirsten Lycke (1990), ud fra et undervisnings- og vejledningsperspektiv undersøgt de akademiske kulturer, med særligt fokus på naturvidenskab – herunder medicin, hvor de anvender tre rationalitetsformer inspireret af Habermas' tre erkendelsesformer, der kan bruges til analyser af vejledningspraksis. De tre rationalitetsformer er: *'Mål-rationalitet'*, *'Kommunikativ rationalitet'* og *'Kritisk rationalitet',* som jeg vil præsentere i det følgende afsnit.

Rationalitetsformer i undervisning og vejledning

Handal et al. (1990) undersøgte: *'…whether some typical modes of thinking (forms of rationality) that are relevant and valid in research invade teaching, where they might be less relevant, even invalid'* (Handal et al. 1990, p. 319). De tre rationalitetsformer karakteriseres således (Lauvås og Handal 1997, s. 89):

Tabel 7. Rationalitetsformer

Mål-rationalitet	**Kommunikativ rationalitet**	**Kritisk rationalitet**
Resultatorientering	*Forståelsesorientering*	*Problematisering*
Instrumentel handling	*Meningsfuld handling*	*Frigørende handling*
- beherske *- effektivisere* *- kontrollere*	*- tolke* *- etablere fælles forståelse* *- etablere normer*	*- analysere* *- finde frem til kritiske forhold* *- egen stillingtagen*
Hvilke handlinger bør vælges for at nå målene?	*Hvad betyder målene og handlingerne (for de forskellige aktører)?*	*Hvorfor bliver mål /handlinger forstået sådan? Hvorfor er det vigtigt at nå målene?*

Baggrunden for undersøgelsen var forfatternes årelange erfaringer med universitetspædagogisk videreuddannelse af undervisere på tværs af akademiske hovedområder, hvor de oplevede særlige mønstre indenfor de forskellige akademiske 'territorier' rammesat af de akademiske hovedområders ontologi, epistemologi og forskningstilgange.

Handal et al. (1990) argumenterer for at rationalitet er et overset begreb i analyser af akademiske kulturer i forhold til de epistemologiske og sociale aspekter i de respektive faglige fællesskaber. De tre rationalitetsformer er nogle, man i de forskellige akademiske kulturer orienterer sig mere eller mindre imod. Det er der logiske og rationelle grunde til. En af dem er, at akademisk undervisning er tæt koblet til den måde, der forskes på indenfor de enkelte discipliner og hovedområder. Det kan hænge sammen med universitetsansatte akademikeres opgaver, der typisk består i både forskning, undervisning og formidling (fx i formulerede krav om at universiteterne skal levere forskningsbaseret undervisning). Dermed bliver undervisning i faget en del af faget selv og følger den samme logik og habituelle mønstre, som gælder fænomener indenfor faget:

> When an academic in a science discipline is confronted with a cultural phenomenon like teaching, it is not strange that the 'scientific approach' which is the valid one in the field of research is taken to be valid for teaching as well. Given the general characteristics of the sciences, a reductionist, value-free, instrumental way of thinking is *the* scientific approach. The relevant controlling factors should be identified and proper action taken on the basis of deductions from laws of cause and effect (Handal et al. 1990, p. 326).

Dette mønster ses på tværs af både de professionsrettede og de ikke-professionsrettede naturvidenskabelige uddannelser – herunder medicin, hvor den dominerende tilgang til undervisning som fænomen, er teknisk orienteret (Handal et al. 1990). Dermed er fokus i undervisning basalt set på, at formidle viden så præcist og struktureret som muligt og tilpasset til de studerendes niveau – i forholdet én til én mellem det underviste og det lærte. Informationerne, der formidles er tilpasset de studerendes muligheder for at tage noter og i øvelser og gruppearbejde er fokus på de rette løsninger og korrekte svar (Handal et al. 1990):

> Since they [undervisere fra naturvidenskab] deal with phenomena from the natural world in their own research in a cumulative, almost predictable way, by application of a reductionist approach, it is no wonder that the same logic is applied, more or less automatically and unreflective, when confronted with *teaching* (Handal et al. 1990, p. 324).

Det, der er en rationel tilgang i naturvidenskabelig forskning, kan komme i konflikt med uddannelsesaktiviteter, læring og vejledning idet, at: *'…teaching, tutoring, etc. are intentional activities which manifest themselves as social interaction within a culture'* (Handal et al. 1990, p. 325). Dermed findes der ikke entydige pæda-

gogiske lovmæssigheder og entydige løsninger på uddannelsesmæssige spørgsmål, da det afhænger af en lang række sociale og kulturelle faktorer. I praksis kan det opleves som forskellige og modsætningsfyldte vidensdomæner og horisonter, der mødes:

> They [undervisere fra naturvidenskab] tend to expect 'clearcut answers to simple questions' regarding specific teaching tasks: 'How effective is the use of audio-visual material in lectures?', 'Is it better to use senior students as group leaders for problem-solving groups than members of the staff', etc. Natural scientists would often respond with disappointment when no clear-cut, research-based answers where obtained to such simple and straightforward questions (Handal et al. 1990, p. 320).

Fraværet af lovmæssige, entydige og klare svar på spørgsmål, der opfattes som simple, afføder frustration og skuffelse hos de naturvidenskabelige undervisere og manglen på lovmæssige kausale sammenhænge får også konsekvens for uddannelsesforskningens troværdighed og for opfattelsen af fænomener som læring og undervisning i det hele taget. Det betyder, at uddannelsesforskning får status som uvidenskabelig (da den ikke lever op til de naturvidenskabelige forskningskriterier) eller i bedste fald betragtes som 'semi-videnskabelig' (Handal et al. 1990).

Uden lovmæssige svar bliver spørgsmål om læring og uddannelse til 'subjektive' fænomener – og falder dermed også udenfor det videnskabelige domæne i et naturvidenskabeligt paradigme. Når vidensdomæner, der ikke trækker på et naturligvidenskabeligt paradigme (i forhold til skarpe afgrænsninger mellem objekt og subjekt) såsom dele af samfundsvidenskaben og humaniora i særdeleshed, ikke anerkendes som videnskab, bliver det dermed op til den enkelte underviser eller vejleder at gøre deres bedste ud fra deres private og subjektive mening. Da indholdet i undervisningen er videnskab og knyttet til den videnskab, man selv forsker i, er det naturligt at den dominerende rationalitet i indholdet koloniserer tænkning omkring de processer, der knytter sig til undervisning. Det er dog problematisk, da en mål-rationel tilgang kun yderst sjældent en valid rationalitetsform i undervisning (Handal et al. 1990):

> When the same kind of research-based, manipulative, controlled action does not prove effective, teaching becomes a day-to-day activity which is based on common, subjective knowledge gathered from one's own professional and cultural experience. Possibilities of intervening in a way, that promotes individual learning are held to be limited, in that no reliable causality exists (Handal et al. 1990, p. 330).

Forsøget på at håndtere uddannelse mål-rationelt er et godt eksempel på, hvad der sker når en rationalitetsform, der ikke er gyldig, anvendes. Det fungerer ikke optimalt og er ineffektivt. Dermed bliver undervisning reduceret til en ren formidlingsopgave og uddannelsesopgavens status minimeres - enhver kan jo undervise og vejlede, når det blot anskues som en formidlingsopgave, der skal håndteres så effektivt som muligt med fokus på resultatet. Det kan især være udfordrende for professioner, der normalt forholder sig mål-rationelt i deres arbejde at skifte mellem rationalitetsformerne i undervisningssituationer:

> Når personer, der er vant til at arbejde og tænke inden for en målrationel model i deres almindelige arbejde (som f.eks. læger eller andre, der arbejder inden for naturvidenskabeligt prægede fag eller erhverv), bliver vejledere, sker det nemt, at de 'trækker' denne rationalitet med over i vejledningssituationen (Lauvås og Handal 1997, s. 91).

Det har den konsekvens for vejledningsprocessen, at man som vejleder så at sige gør vold på situationen, ved at foreskrive effektive handlinger for den man vejleder uden forståelse for, at den vejledte måske forstår situationen og sine handlinger i en helt anden forståelsesramme. Dermed bliver vejledningen ineffektiv både med hensyn til tidsforbrug og som læringsaktivitet. Vejledning karakteriseres overordnet som en uddannelsesaktivitet, der er præget af kommunikativ rationalitet, hvor fokus er på at tolke og forstå udsagn, handlinger og tankemåder (Lauvås og Handal 1997, Eika et al. 2015):

> When thinking about and acting in educational situations *a communicative rationality* seems to be more valid. Interest is focused on the interpretation and understanding of meaning and – when successful – in the construction of a shared understanding of the situations, the task, the intensions, the activities, and the practical, theoretical as well as ethical reasons and justifications (Handal et al. 1990, p. 325).

En mål-rationel tilgang kan være fornuftig, rationel og gyldig i mange af en læges arbejdssituationer fx når et kompliceret benbrud skal diagnosticeres eller behandles, eller når en operation, skal udføres (Handal et al. 1990, Lauvås og Handal 1997). I sådanne situationer er instrumental handlen med fokus på kontrol, effektivitet og det endelige resultat velegnet – og nødvendig: *'In a crisis, technical rationality is often the valid approach. The goal is given and the best instrumental action is sought, identified and implementet'* (Handal et al. 1990, p. 325). Det er fornuftigt og logisk både i forhold til målet og situationen. Anvendes en

mål-rationel tilgang i andre situationer og med mål, der involverer vore medmennesker i sociale situationer, fx i kommunikation med en patient, vil en mål-rationel tilgang ikke fungere – eller være meningsfuld. Her vil det være mere logisk at forholde sig indenfor det kommunikativt rationelle og forståelsesorienterede paradigme:

> To act instrumentally does not work in the same way when 'motivating' a patient for a strenuous physical rehabilitation as it does in the operating theatre with a sedated patient. It is possible to force the patient to act a prescribed as long as control can be exerted. When left on his own, the patient will act on his own terms. To convince a patient about wise action is not the same as compulsion or persuasion (Handal et al. 1990, p. 325).

Den kommunikative rationalitet er karakteriseret ved meningsfuld handlen og etablering af fælles forståelse, normer og betydninger. Dermed indgår intentionalitet og tolkninger som elementer, der er rationelle at inddrage. Effektivitet er ikke målet, men derimod fælles forståelse og meningsfuld handling (Lauvås og Handal 1997). Forsøger man at fremskynde eller fremtvinge et effektivt resultat, fx via en hurtig vedtagelse af en prædefineret plan, vil det, der umiddelbart forekommer effektivt, bryde sammen pga. manglende forståelse og mening. Når mening ikke er blevet etableret og man forholder sig til andre som objekter via etablering af en mål-rationalitet, beregnet på at beherske omverden indenfor områder, hvor en kommunikativ rationalitet er den gyldige rationalitetsform, vil det på sigt ikke fungere (Lauvås og Handal 1997).

Kritisk rationalitet er karakteriseret ved at stille spørgsmål ved, hvorfor vi handler, som vi gør, ved vores forståelser og det, vi tager for givet i forskellige sammenhænge. Dermed anfægtes også de mål, vi arbejder frem mod samt de samfundsmæssige forhold og magtrelationer (Lauvås og Handal 1997):

> …the emphasis is on emancipation through revelation and scrutiny of the conditions which underlie and determine understanding and actions. The understanding itself – and its concomitant practice – is not taken for granted, but subjected to examination and problematisation (Handal, Lauvås og Lycke 1990, p. 325).

En kritisk rationalitetsform kan bidrage til vejledning - især i forhold til at facilitere den uddannelsessøgende læges refleksioner over egen og andres praksis og til at blive bevidst om de habituelle hverdagshandlinger og forståelser, der tages for givet og betragtes som naturlige. Det er altså mål og situation,

der afgør hvilken rationalitetsform, der er valid og de tre rationalitetsformer er alle gyldige i nogle situationer, men ugyldige i andre. Hvor underviser og vejlederrollen i en mål-rationel tænkning er kontrollerende med fokus på effektiv formidling, er den i en kommunikativ rationalitet snarere en faciliteterne rolle i relation til sociale læringsprocesser, forståelse og refleksion. En kritisk rationel tænkning fordrer en åbenhed i forhold til kritisk at forholde sig til sit fag, de dominerende antagelser og de herskende sandheder (Handal et al. 1990) og de refleksioner, der kan udgøre grundlaget for en egentlig professionsudvikling (Wackerhausen 2009, Frost 2010). I et uddannelsesperspektiv er der brug for at kunne forholde sig multirationelt til uddannelse og den rolle, man har som vejleder.

5.2 Professionalisme og professionel identitet

Professionalisme og professionel identitet er centrale perspektiver på lægers uddannelse, hvor mødet mellem subjektiv identitet og professionel identitetsdannelse til professionen udvider synet på uddannelse og vejledning fra et snævert fokus på opnåelse af færdigheder og kompetencer til at forstå læring som kontinuerlige identitetsprocesser (Olesen 2001, Heggen 2008, Jarvis 2012). Uddannelse, læring og vejledning foregår i konkrete subjekter, med en fortid, en nutid og en fremtid:

> Menneskelig læring er en kombination af processer gennem livsforløbet, hvorigennem hele personen – kroppen (arvemæssigt, fysisk og biologisk) og psyken [the mind] [forfatterens egen indsættelse] (viden, færdigheder, holdninger, værdier, følelser, overbevisninger og sanser) – erfarer sociale situationer, hvis indhold omformes kognitivt, følelsesmæssigt eller praktisk (eller gennem en kombination heraf) og integreres i den individuelle persons biografi, hvilket resulterer i en stadig forandret (eller mere erfaren) person (Jarvis 2012, s. 44).

Professionel identitet dannes til 'noget', til en bestemt profession, et særligt arbejde og til en bestemt form for professionel praksis, der knytter sig til det professionelle arbejde og til professionalismebegrebet, der i det senmoderne samfund og i den udfoldede modernitet er rammesat af konstante forandringer (Olesen 2004, Frost 2010, Evetts 2011, Dent et al. 2016). Det stiller krav til lægers uddannelse og vejledning og jeg inddrager derfor både et perspektiv på de kontinuerlige forandringer i professionalismebegrebet (Frost 2010) samt to perspektiver på professionel identitetsdannelse, der belyser socialise-

ring og professionel identitetsdannelse i et intraprofessionelt perspektiv med fokus på medicin (Hafferty 2016) og i et interprofessionelt perspektiv mellem professioner (Wackerhausen 2009).

Professionalisme under stadig forandring

Nick Frost (2010) betegner, i lighed med andre, professionalismebegrebet som kendetegnet af kontinuerlige og omfattende forandringer i det senmoderne samfund (Lupton 1997, Frost 2010, Evetts 2011, Fenwick 2013, Dent et al. 2016). I den forbindelse retter Frost (2010) et kritisk fokus på det refleksionsbegreb og den refleksionspraksis, der siden 1980'erne har præget professionel uddannelse. Kritikken er rettet imod opfattelsen af refleksion som et subjektivt og kognitivt anliggende - for den individuelle praktiker, hvor den bredere samfundsmæssige kontekst, er negligeret. Det er problematisk, da konteksten de professionelle agerer i er rammesættende for de typer af refleksion, der foregår.

Frost (2010) identificerer fire centrale former for sociale forandringer, der har betydning for forståelse af professionalisme og som rammesættende for de moderne professionelles arbejde og refleksionsbetingelser: 1) Globalisering, 2) Netværkssamfund, 3) Informationssamfund og 4) Risikosamfund, som jeg vil udfolde nærmere:

Globalisering

I en verden, der i stigende grad er blevet global frem for lokal, påvirkes udvikling af kultur, identitet, økonomi og styringssystemer i de senmoderne samfund af verdensomspændende udviklinger. Disse globale og sociale forandringer har betydning for og redefinerer professionalismebegrebet via professionernes og de professionelles møde med globaliseringen. Professionelle i dag har således et referencepunkt, der er globalt i relation til internettet, internationale konferencer og i mødet med mange forskellige kulturer, der skal forstås på tværs af nationaliteter, hvilket stiller komplekse krav til professionel refleksion, der overskrider det individuelle og lokale (Frost 2010, Bourgeault et al. 2016).

Netværkssamfund

De vestlige samfund kan karakteriseres som 'netværkssamfund', hvor individer og organisationer agerer i konstant foranderlige relationer til hinanden og

hvor ingen kan handle isoleret fra andre. Det fordrer en høj grad af fleksibilitet at indgå i foranderlige partnerskaber, skiftende samarbejdsrelationer og praksisfælleskaber – også af global karakter (Frost 2010):

> The new professional is therefore often a networked professional, having to cooperate and communicate with a wide range of colleagues within and outside their chosen profession. Again this reconstructs the space for reflection – it takes place in shared and networked situations (Frost 2010, p. 18).

Dette fører til en form for professionel ekspertise, der samskabes, integreres og er et relationelt og kollektivt fænomen (Edwards 2010, Fenwick 2013, Kilminster og Zukas 2013) snarere end et individuelt og knytter sig tæt til globaliseringen (Frost 2010).

Informationssamfund

Den mest gennemgribende forandring af den professionelle praksis er mængden af information i det såkaldte informationssamfund (Frost 2010). Informationssamfundet er karakteriseret ved at generering, bearbejdning og tilegnelse af information, er en central kilde til både produktivitet og magt (Frost 2010). Professionelle i dag er omgivet af information fra mange kilder: internettet, fagtidsskrifter, forskning og diverse publikationer. Det kan også være i form af vejledninger og instrukser fra diverse myndigheder fx Sundhedsstyrelsen og ministerier. Dermed er håndtering af information en central udfordring for de professionelle, dels i forhold til at udvælge og sortere, dels i relation til at håndtere følelsen af utilstrækkelighed og manglende tiltro til egen ekspertise, da det er umuligt at læse al litteratur og umuligt at have kendskab til al forskning (Frost 2010).

Håndtering af information opleves som en hovedopgave i arbejdet frem for arbejdet med de mennesker, de professionelle skal hjælpe, støtte eller behandle. En central udfordring er, at fx de patienter læger møder, via internettet er massivt orienteret om potentielle diagnoser, egen sygdom, den nyeste forskning og nye behandlingsmetoder. Dermed sættes autoriteten under pres og magtrelationen skifter i det professionelle møde (Frost 2010). Det fordrer nye typer af refleksion.

Risikosamfund

Frost (2010) beskriver med afsæt i Ulrich Bechs begreb om *'Risikosamfundet'*, hvordan et fokus på håndtering af risici, har ført til en fremvækst i ekspertsy-

stemer, der skal kontrollere og styre risici, hvor de professionelle har en nøglefunktion, stilles til regnskab og ansvarliggøres (Frost 2010, Brown og Calnan 2016). Dette fører til tilsyn, monitorering og kontrol med de professionelles arbejde – det der af Michael Power, betegnes *'The Audit Society'* og som udspringer af New Public Management (Power 2000):

> This audit approach to monitoring professional activity profoundly alters professionals' relations to their organisations. There is a shift from trust in the professional and their relative autonomy to an emphasis on measurement and managerialism. This can also have the effect of privileging a technicist, or 'what works' approach to policy that operates through adopting a seemingly neutral, 'technical' stance to professional practice… (Frost 2010, p. 19).

Der er tale om et historisk stort paradigmeskifte, hvor den professionelle rolle er gået fra at være baseret på tillid, selvregulering og høj estimering til at være baseret på eksterne bedømmelser, reguleringer og at blive sat i hartkorn med fejl og utilsigtede hændelser (Frost 2010, Brown og Calnan 2016). Det stiller modsatrettede krav til de professionelle om at levere 'personlig' behandling, mens de selv udsættes for kontrol, inspektion og vurderinger. Det medfører, et reduceret og redefineret professionelt handlerum – og dermed også et reduceret rum for refleksion (Frost 2010):

> The nature of these organisational changes are subject to bureaucratic forms of regulation and audit. The organisation has to perform in ways that can be inspected, audited and measured (Power 1997). The professional may experience an environment where their profession values and practices are 'trumped' by the requirements of inspection and audit (Frost 2010, p. 19).

Disse fire typer af social forandring Frost (2010) identificerer, repræsenterer konteksten for moderne professionelles arbejde og danner ramme omkring den professionelle praksis og de professionelles subjektive oplevelser og erfaringer.

Professionelle i dag

De fire overordnede typer af sociale forandringer, Frost (2010) identificerer, har fundamentalt forandret den professionelle praksis og som et resultat deraf også de mulighedsbetingelser, der er for en kritisk refleksiv praksis. Frost (2010) peger på fem konsekvenser, disse forandringer har for de professionelle:

1. Professionelle i dag føler sig ofte stressede og pressede. Der er konstant mål, der skal nås, litteratur der skal læses og opgaver, der skal løses.

2. Professionelle i dag har mindre kontrol over deres arbejdsprocesser end tidligere. Professionel autonomi som begreb bliver sjældent italesat og forekommer gammeldags og umoderne.

3. Professionelle i dag føler sig pressede i relation til *'risikosamfundet'* og spørgsmål om, hvis noget går galt og de offentligt, skal stå til ansvar.

4. Professionelle i dag bliver udsat for kontrol, bedømmelser og målinger, de potentielt oplever som misforståede, irrelevante og upræcise – men som har store implikationer for det professionelle arbejde.

5. Professionelle i dag oplever, at deres færdigheder og viden konstant bliver udfordret, afprøvet og stillet spørgsmålstegn ved.

Den kontinuerlige udvikling udgør i sig selv et argument for livslang læring – formel såvel som uformel. I et samfund præget af konstante forandringer, skal de professionelle kontinuerligt udfordre og forny den professionelle ekspertise – ellers vil den professionelle viden hurtigt være forældet. Dermed er den nuværende, moderne, opfattelse af professionalisme karakteriseret ved kontinuerlige forandringer og refleksion dermed en helt essentiel faktor (Olesen 2004, Frost 2010). Her er det væsentligt at forholde sig til, at ikke alle former for refleksion understøtter udvikling i relation til de udfordringer, de professionelle møder i det moderne samfund, men i højere grad reproducerer bestemte professionsidealer, der snarere er protektionistiske og konserverende (Wackerhausen 2009, Hafferty 2016).

Wackerhausen (2009) sætter fokus på et refleksionsbegreb, der kritisk udfordrer de 'sandheder', rutiner og tankemåder, der dagligt tages for givet – for at undgå at reproducere habituelle mønstre. Dermed ligger det i forlængelse af Habermas' (2005b) frigørende erkendelsesinteresse som refleksiv og kritisk handlen, der kan bryde med hverdagslivets fastlåste rutiner og transformere en given praksis. Pointen er, at emnet for refleksion ikke kun bør ske i forhold til hverdagslivets praksisser, men også på det, der sætter hindringer i vejen og som reproduceres i den professionelle identitetsdannelsesproces

(Wackerhausen 2009), som Hafferty (2016) specifikt ind i medicinen retter fokus på. Det er disse barrierer, der refleksivt skal sættes fokus på og det er derfor relevant at rette et kritisk fokus på den professionelle identitetsdannelse og de processer, der former denne.

Professionel identitetsdannelse

Professionel identitet handler om at identificere sig med sit arbejdsfelt, en given profession og med sig selv som professionel udøver i et givent felt, der dermed både kan referere til et individuelt og et kollektivt niveau (Heggen 2008, Heggen og Terum 2013). Identitet er ikke en stabil enhed eller fast karakter, men må anskues som kontinuerlige processer, der socialt forhandles via deltagelse i praksis (Lave og Wenger 1991, Heggen 2008, Edwards 2010, Thunborg 2016):

> …identity is not a stable characteristic, but is dialogical, negotiated and accomplished within activities. Identity is therefore seen as a way of describing how people participate in activities, which are in turn located in practices. […] One's identity is also an organising principle for action: we approach and tackle what we think we are able to change and make changes in line with what matters to us: our interest. These interests are culturally mediated, but nonetheless experienced personally in terms of our commitments, standpoints and the resources available to us (Edwards 2010, p. 10).

Professionsdannelse og dannelse af professional identitet sker ofte i en afgørende livsfase nemlig i ungdomsfasen eller fasen som ung voksen (Heggen 2008, Illeris 2013) rammesat af en uddannelsesfase. Lægers uddannelsesfase er særdeles lang og de betegnes som 'yngre læger' langt hen i deres lægeliv. Dermed kan man argumentere for, at fasen for de professionelle identitetsdannelsesprocesser er særdeles langstrakt i en livsfase, hvor de yngre læger også danner familie og retter fokus på deres fremtidige karrieremuligheder som speciallæger. Det kan give særlige professionelle udfordringer og diskussioner om dannelse af professionel identitet, har da også oplevet et markant boom i den medicinsk pædagogiske litteratur siden 1980'erne (Cruess et al. 2016b).

Indenfor det seneste årti er der teoretisk sket et paradigmeskift fra et fokus på at *undervise* i professionalisme til et fokus på i højere grad at *understøtte* professionel identitetsdannelse (Cruess et al. 2016a, Cruess et al. 2016b, Hafferty 2016) og dermed et stigende fokus på de læreprocesser, der knytter sig til *'be-*

ing' og *'becomming'*. Hidtil har den dominerende opfattelse i feltet været, at medicinstuderende og yngre læger via imitation og rollemodeller i klinikken, nærmest pr. automatik tilegnede sig en professionel identitet, der var i overensstemmelse med feltets herskende definitioner og med samfundets værdier. Den professionelle identitet blev således reproduceret via et uformelt curriculum (Hafferty 1998, Hafler et al. 2011, Martinez og Lehmann 2013, Cruess et al. 2016b), hvilket til en vis grad fungerede, idet lægeprofessionen historisk set frem mod 2. verdenskrig var homogent sammensat, næsten udelukkende bestående af mænd fra den øverste del af samfundets lag (Dæhlen og Svensson 2008, Cruess et al. 2016b).

I dag er der, som tidligere beskrevet i kapitel 2 afsnit 2.3 om den medicinske profession, en langt større diversitet i forhold til køn, klasse, samfundsmæssige værdier, krav og forventninger, der udfordrer professionens homogenitet og stiller mere komplekse krav til professionalisme og dannelse af professionel identitet (Heggen 2008, Frost 2010, Evetts 2011, Cruess et al. 2016b). Dermed rettes et stigende fokus på identitet – altså på hvem man 'er' og ikke blot, hvad man 'gør' (Cruess et al. 2016a, Cruess et al. 2016b, Hafferty 2016), hvilket betyder, at fokus i litteraturen flyttes fra professionalisme manifesteret i ydre opførelse og adfærd til at omhandle indre værdier og identitet.

Det åbner for spørgsmål om, hvordan professionel identitet skabes og på de socialiseringsprocesser, der former og reproducerer den professionelle identitet. Det vil jeg i det følgende belyse via to overordnede perspektiver: et intraprofessionelt med fokus på medicin (Hafferty 2016) og et interprofessionelt med fokus på det tværprofessionelle samarbejde (Wackerhausen 2009).

Socialisering og reproduktion

Frederik Hafferty (2016) har i et socialisationsteoretisk perspektiv beskæftiget sig med overgangen fra at være lægmand til at blive fuldgyldigt medlem af den medicinske profession. Her retter han fokus på:

1) de herskende professionalismediskurser indenfor medicinsk uddannelse - herunder de tavse bagvedliggende antagelser og begrebsmæssige uklarheder, 2) det uddannelsesmæssige paradigmeskifte, det kræver at gå fra en betragtning af *'education-as-training'* til en betragtning af *'education-as-socialization'* i medicinsk uddannelse. Det fordrer vidt forskellige tilgange og strategier, der har betydning for uddannelsestænkning, uddannelsesplanlægning og undervis-

ning, 3) professionalisering forstået som en form for social kontrol og den betydning, denne begrebssætning har for forståelsen af socialisering i medicinsk uddannelse og 4) betydningen af at betragte medicinsk uddannelse som socialisering og sammenholde dette med de herskende diskurser om professionel identitetsdannelse.

Herskende professionalismediskurser

Hafferty (2016) beskriver flere samtidige professionalismediskurser i feltet, der spreder sig over et bredt spektrum. Der er de 'nostalgiske' diskurser, der indeholder de traditionelle dyder såsom: altruisme, respekt, ærlighed, integritet, pligtopfyldelse, ære etc. Denne diskurs har været særligt dominerende omkring 1980'erne og 1990'erne og tog afsæt i, at de professionelle værdier var under pres fra markedet og at disse markedskræfter udgjorde en trussel mod professionalismens traditionelle værdier og kerneprincipper. 'Markedsgørelsen' har flyttet professionen væk fra de traditionelle dyder, som har medført en stigning i uprofessionel adfærd blandt moderne læger.

Nyere diskurser baseres på alternative definitioner, der omhandler livsstil, velbefindende og balance, der for de yngre generationer af læger sættes over de altruistiske og traditionelle definitioner. Dette opfattes af de ældre generationer som, at de yngre læger ikke er villige til at arbejde hårdt og tilsidesætte egne behov (Shorey II 2013, Hafferty 2016). Samtidig peger resultaterne af flere internationale studier på, at der hos de medicinstuderende og yngre læger kan registreres et tab af empati igennem medicinstudiet og i forbindelse med de yngre lægers møde med klinikken (fx Newton et al. 2008, Neumann et al. 2011, Stratta et al. 2016). Resultaternes gyldighed og målemetoder debatters løbende, men selve debatten om yngre lægers tab af empati illustrerer i sig selv et behov for fokus på de medicinstuderendes og yngre lægers identitetsprocesser for at imødegå tab af empati og dæmme op for eventuelle dehumaniseringsprocesser igennem den medicinske uddannelse.

Et paradigmeskifte

En udfordring Hafferty (2016) identificerer, i relation til professionalismebegrebet i det medicinske curriculum er, at der eksisterer uklarhed omkring definitioner og formål med det, der uddannelsesmæssigt adresseres. Er det de: *'professionelle værdier'*, *'professionelle holdninger'*, *'professionelle egenskaber'*, *'professionelle karaktertræk',* der adresseres eller handler det mere instrumentelt om *'professionel adfærd'*? Disse spørgsmål er væsentlige, da der knytter sig forskellige ud-

dannelsesstrategier dertil, der rejser spørgsmål om, hvordan man betragter underviserens rolle. Skal underviserne: *'instruere'*, *'overføre'*, *'indprente'*, *'informere'*, *'vejlede'*, *'støtte'*, *'være forbillede'* eller *'tranformere*'? Endvidere eksisterer også spørgsmålet om, hvilke forventninger man har til de studerende. Skal de *'lære'* om professionalisme, skal de have *'kendskab'* til de professionelle principper, skal de *'opføre'* sig professionelt, *'identificere'* sig med professionelle standarder eller skal de *'være eller blive'* professionelle? (Hafferty 2016).

Det er disse bagvedliggende præmisser, Hafferty (2016) identificerer som uklart beskrevet i litteraturen – ofte sammenvævede, men som udstikker vidt forskellige horisonter for den medicinske uddannelse. Der er således en del spørgsmål, der mangler at blive besvaret i de teoretiske diskussioner – og i praksis ikke at forglemme. Socialiseringsprocesserne foregår dog uanset, om målet er på et handlingsniveau i form af opførelse og adfærd eller på et holdningsniveau i form af identitet og værdier. Hafferty (2016) fastslår dog, at socialisering handler om transformation af selvet og dermed adskiller fra en instrumentel opfattelse af uddannelse og læring: *'…while any occupational training involves learning new knowledge and skills, it is the melding of knowledge and skills with an altered self that differentiates "training" from "socialization"'* (Hafferty 2016, p. 59).

Professionalisme som social kontrol

Det stigende fokus på professionalisme og identitet i medicinsk uddannelse har mødt en del modstand internt i feltet. Blandt de uddannelsesgivende (universitetsansatte og klinikere) har der været rejst tvivl om, hvorvidt man overhovedet, *kan* undervise i professionalisme for slet ikke at tale om empati (Hafferty 2016). De medicinstuderende og yngre læger har til tider oplevet det stigende uddannelsesmæssige fokus på professionalisme som en både overdreven og intimiderende form for social kontrol (Hafferty 2016).

Professionalisme karakteriseres da også en form for både social- og selvkontrol knyttet til den 'kontrakt', der er mellem samfundet og den medicinske profession. Heri består professionens autonomi i et løfte om, at overvåge og sikre kvalitet, der lever op til befolkningens interesse. Dette sker, dels i form af *'peer-review'* på et kollektivt niveau, der er nødvendig for at opretholde professionens status: *'An ineffective, dysfunctional, or otherwise corrupt process of peer review significantly weakens medicine's claim to professional status'* (Hafferty 2016, p. 60), dels i form af *'self-review'* på et individuelt niveau, hvor individer regulerer deres eget selv i samfundets interesse. Det kræver både kritisk og humanistisk

refleksion, at kunne foretage (Wackerhausen 2009, Frost 2010, Hafferty 2016) og udfordres af, at disse aspekter af de medicinske curriculum er udgrænsede og marginaliserede (Handal et al. 1990, West 2010, Hafferty 2016) som tidligere beskrevet i kapitel 2 afsnit 2.3 om den medicinske profession.

Medicinsk uddannelse i et socialiseringsperspektiv

Medicinsk uddannelse identificeres som en særlig 'setting' eller ramme omkring dannelse af arbejdsbetinget kultur, der synligt reflekteres i form af ceremonier og i form af rituel distribuering af kollektive værdier og normer. Mindre synligt er hverdagslivets sociale rutiner og det der tages for givet i distribueringen og reproduktionen af kollektive værdier og normative standarder, hvor meget foregår på et ubevidst og tavst niveau. Hafferty (2016) skelner derfor mellem det formelle, det uformelle og retter fokus på det skjulte curriculum for organisatorisk kultur, som også ses indenfor andre professioner, arbejdskulturer og arbejdsidentiteter (Wackerhausen 2009, Thunborg 2016).

Der hvor medicin særligt adskiller sig fra andre professioner er, at der i mindre grad hersker en selvforståelse af professionen som et 'moral-fællesskab' og mangler således et formaliseret kollektivt 'moralsk kompas'. Konsekvensen af dette er ikke, et fravær af normative standarder i medicinsk uddannelse – tværtimod eksisterer der en ekstrem individualiseret flertydighed af moralske 'beskeder' igennem det medicinske uddannelsesforløb:

> The consequence, for medical students at least, is not so much an absence of normative messages within the educational process but rather a deluge of them – often at the individual (e.g, "this is how *I* do things around here…") rather than group (e.g., "this is what *we* do…") level. This focus on the individual rather than group, results in a learning experience that is more disjointed and chaotic than unifying and directive (Hafferty 2016, p. 59).

Overordnet karakteriserer Hafferty (2016) den medicinske uddannelsesproces som alt andet harmløs. Han siger: *'Some consider it "challenging", others "stressful," and still others rife with "bullying", "mistreatment" and "abuse"'* (Hafferty 2016, p. 59). Endvidere identificerer Hafferty (2016) medicinstuderende som en anspændt, nervøs og ekstremt konkurrenceminded gruppering, placeret i en institutionel kontekst, der forstærker snarere end formindsker spændinger og pres: *'They are high achievers, placed within settings of considerable tension and ambiguity, and where all – quite intensely – want to become in-group members (e.g., physicians)'*

(Hafferty 2016, p. 59). På baggrund af disse personlige og institutionelle karakteristika beskriver Hafferty (2016) medicinstuderende som 'perfekte objekter' for socialisering:

> They are social and financial captives in a strange land, and a land in which "fitting in" and "not rocking the boat" are deemed essential strategies by these "doctors-in-the-making" who conjointly seek to both "survive" and "join the club". This "readiness for socialization" is heightened by a medical culture that devaluates (at least until recently) introspection and reflection (Hafferty 2016, p. 59).

Socialisering indenfor medicin er en social proces, der handler om, at 'blive en af os' – hvilket er det altoverskyggende mål hos medicinstuderende og yngre læger og der er umiddelbart ikke tale om modstand eller kritiske positioneringer i forhold til selve socialiseringsprocessen, som Hafferty (2016) beskriver. Samme billede fandt Becker et al. (1977) i den epokegørende publikation: *'Boys in White'* fra 1976 – understøttet af de institutionelle rammer, socialiseringen foregår i:

> …the administration and faculty of a medical school have relatively more power over the students than in almost any other educational institution one can think of. Their power grows in large part out of the fact that medical students are strongly committed to a career in medicine. The student typically cannot think of any other career for himself and furthermore would regard it a tremendous disgrace, costly in terms of self-esteem, to fail in medical school. Students want very much to be doctors. They regard their teachers as men who really know what is best for them. For all these reasons, the medical student is perhaps more likely than any other kind of student to do what his faculty wants him to do and be what his faculty wants him to be (Becker et al. 1977, p. 438).

På linje med Becker et al. (1977) argumenterer Hafferty (2016) for, at de medicinske uddannelsesinstitutioner karakteriseres som særlige i kraft af, at de kontrollerer både udvælgelsen og uddannelsen af fremtidige læger og udgør dermed en ramme for, at professionen kan udøve kontrol og magt, der har en helt central betydning for de socialiseringsprocesser, der foregår: *'…medical schools and residency training programs are formidable – and formative - settings that structure and shape how future physicians will think, act, and identify themselves with core occupational values'* (Hafferty 2016, p. 58).

Medicinstuderende og yngre læger karakteriseres altså som 'perfekte objekter' for socialiseringsprocesser og tilsvarende karakteriseres medicinsk uddannelse

som en perfekt institutionel ramme omkring socialiseringsprocesserne (Becker et al. 1977, Hafferty 2016). Dermed er der tale om en meget virkningsfuld og nærmest uhindret socialisering – uanset hvilken form for læge, man ønsker at skabe og hvilken type af socialisering, der er tale om (Hafferty 2016). Det betyder dog ikke, at socialiseringsprocesserne er uproblematiske eller skal betragtes ukritisk. Hafferty (2016) argumenterer netop for, at de medicinske socialiserings- og reproduktionsprocesser ikke blot kan betragtes som *'socialisering'*, men snarere skal betragtes som *'resocialisering'* qua deres massive påvirkning af individet.

Immanent heri ligger, at 'outcome' fra socialiseringsprocesserne ikke blot skal betragtes som et ikke-intenderet uddannelsesmæssigt 'restprodukt', men snarere skal forstås som en intentionel, formålsrettet og præskriptiv social proces, der har til formål at erstatte bestemte aspekter af selvet med nye måder at tænke på, at handle på og endvidere ændre ens værdier (Hafferty 2016). Således skal den arbejdsmæssige kvalificeringsproces forstås som en proces, hvor gamle tankemønstre og væremåder erstattes med nye – dermed argumenterer Hafferty (2016) for, at der de facto, er tale om resocialisering.

Hafferty (2016) sammenligner resocialiseringsprocesserne i den medicinske profession med dem, man kender fra andre erhverv, i og udenfor etaten, gældende for fx soldater, brandmænd og politibetjente, hvor uddannelsesprocesserne fysisk og mentalt er hårde og slidsomme, arbejdet betragtes som farligt og livstruende for en selv, samtidig med at arbejdet er tilkoblet en særlig arbejdsetik og et særligt hensyn til befolkningen. Således skal resocialisering forstås som indeholdende en intentionalitet i forhold til en reorientering og restrukturering af selvet og identiteten.

Dermed foregår socialiseringsprocesserne ikke blot som et 'biprodukt' i den arbejdsmæssige reproduktionen af viden og færdigheder, men med en intentionalitet og en forsætlighed, der har konsekvenser for den medicinske uddannelse og rejser spørgsmål om, hvilken rolle det krydspres og de stressfaktorer spiller, der ligger i de ydre institutionelle rammer, i omgivelserne, i arbejdsmiljøet og i læringsmiljøet – i samspil med den ængstelse og usikkerhed, de lærende subjekter erfarer gennem uddannelsessocialiseringen. Hafferty (2016) argumenterer for, at disse stressfaktorer og krydspres er intentionelle og somme tider bevidst manipulerede, da resocialisering er mest effektiv, når det pågældende individ er sat under kontinuerligt pres og gentagende stress:

> Resocialization thus becomes a concept within which we can link the various descriptors of medical education (from "difficult", "challenging", and "exacting", to "intimidating", "traumatizing", and "abusive" – all underscored by sleep deprivation and fatigue) to the process of socialization. Resocialization is a process – for better or worse – to change hearts *and* minds' (Hafferty 2016, p. 61).

Hafferty (2016) hævder, at der så at sige, er tale om en 'over-socialisering' snarere end en 'under-socialisering' i den medicinske verden, der betyder at de individuelle uddannelsessøgende læger har et ringe subjektivt handlerum, ringe individuelle valgmuligheder, lav grad af selvbestemmelse overfor at måtte tilpasse sig gruppekonformitet og kollektive normer. Hafferty (2016) argumenterer for, at der indenfor medicinsk uddannelse fremadrettet er behov for at rette fokus på professionalisme, professionel identitet og socialisering som sammenhængende (intentionelle) uddannelsesprocesser og ikke forlige sig på gode intentioner og tilfældigheder i læringsmiljøerne.

Professionel identitetsdannelse bør fremadrettet begrebssættes intentionelt og dyrkes, det skal ekspliciteres i læringsmiljøerne, hvordan det skal foregå og understøttes: *'Good outcomes may be accidential; occupational socialization, particularly in the context of culture change, is not'* (Hafferty 2016, p. 62). Der er altså overordnet i den medicinske kultur brug for at ændre opfattelsen af lægen-som-professionel og at de nyere forståelser trænger igennem i læringsmiljøerne, der intentionelt skal understøtte og forstærke de typer af læger og professionalisme, man ønsker at skabe – det er den opgave, Hafferty (2016) identificerer, den medicinske profession har foran sig. At betragte socialiserings- og reproduktionsprocesserne i medicinsk uddannelse som formålsrettede og intentionelle, giver et grundlag for at koble konkrete beskrivelser af dårlige læringsmiljøer og manglende støtte igennem den medicinske uddannelsesproces og retter fokus mod den systemiske reproduktion, der tavst foregår i den medicinske profession.

Dannelse af professionel identitet sker ikke udelukkende i intraprofessionelle socialiseringsprocesser, men foregår også i mødet andre professioner og professionelle – i form af kommunikative og samarbejdsmæssige interaktioner, der former ens egen identitet i mødet med andre. Wackerhausen (2009) sætter fokus på socialisering i en tværprofessionel optik og på de reproduktionsprocesser, der foregår i mødet mellem faggrupper.

Professionel identitet i tværprofessionelt samarbejde

Steen Wackerhausen (2009) argumenterer for, at professionel identitet skal betragtes på to niveauer – på et handlingsmæssigt *'mikro-niveau'* og på et *'makro-niveau'*. På *'makro-niveauet'* reflekteres professionens 'offentlige ansigt' i form af professionens omdømme (beføjelser, regulativer, privilegier etc.), i forhold til befolkningen, i forhold til de øvrige professioner (status og kompetence) og i forhold til det selvbillede de ansvarlige ledere og myndigheder ønsker at reflektere. Professionens 'offentlige ansigt' er ikke givent, men skabes og formes i interaktionsprocesser med de øvrige professioner, den teknologiske udvikling, den samfundsmæssige og økonomiske udvikling etc. Der er altså tale om kontinuerlige identitetsprocesser, der forhandles mellem beslægtede professioner i forhold til opgaver og kompetencer (Bleakley 2006, Wackerhuasen 2009):

> For example, neighboring professions, like nursing and medicine, are often negotiating who should do what in marginal or new fields of activity in the workplace not formally regulated by the state or other high-level authorities. If the new or "vacant" fields of activity are prestigious, or by other reasons valuable to neighboring professions, they will typically compete in the attempt to "colonize" the new or vacant activity fields in question (Wackerhausen 2009, p. 459).

Det omvendte gør sig gældende med opgaver, der ikke er attraktive, ikke er prestigefyldte eller er besværlige at håndtere administrativt og praktisk. I forhold til disse opgaver, foregår der snarere forhandlinger og kampe om, at komme af med dem og overdrage dem til andre faggrupper. I relationen mellem sygeplejersker og læger, kan det fx dreje sig om hvilken faggruppe, der lægger venflon, træffer beslutning om patienters kost eller hvem, der skal informere patienterne. I forhold til samarbejdet påvirkes dette primært af professionsinterne mål – selv om det overordnede mål i udgangspunktet er fælles i forhold til at sikre optimal patientbehandling. Det kan udgøre en barriere for reelt samarbejde (Wackerhausen 2009).

På *'mikro-niveauet'* reflekteres professionel identitet i form af de kvaliteter og egenskaber, en person skal besidde for at blive et fuldgyldigt medlem af professionen. Her er de formelle kvalifikationer i form af den krævede teoretiske viden, eksamensbeviser og autorisation ikke nok i sig selv, for at man bliver et fuldt anerkendt medlem i professionen. Professionel identitet dannes primært som uformel og tavs viden (Wackerhausen 2009, Hafferty 2016) og annammes i praksisfællesskaber i form af socialisering til det kollegiale fællesskab og

som en kontinuerlig identitetsproces (Lave og Wenger 1991, Wackerhausen 2009, Edwards 2010, Thunborg 2016):

> The person also has to acquire and behave according to the (tacit) "cultural dimensions" of the profession. These dimensions are not (or only with minor exceptions) part of the formal curriculum. They are more like "good manners", the unarticulated etiquette or customs of a profession (Wackerhausen 2009, p. 459).

Der er tale om et *'skjult curriculum'* for, hvordan man bliver 'en af os' (Hafferty 1998, Wackerhausen 2009, Hafler 2011, Loo et al. 2012, Martinez og Lehmann 2013) der indeholder sproget (de ord der anvendes, det der spørges om og måden, der svares på), de (professions)værdier, man har (i forhold til den symbolske kapital, hvad der giver prestige og respekt for professionshierarkiet). Det skjulte curriculum og de sproglige koder overleveres i form af bestemte narrativer og den retorik, der benyttes i professionen (Bleakley 2006, Wackerhausen 2009):

> It includes too accepting and telling *the type of narratives we typically tell*, not only about our own profession, but also about our neighboring professions as well. As a matter of fact, the narratives told are often rather "biased" in the sense of accentuating our virtues, victories, or unjust suffering and *their* (the other professions') vices, failures and undeserved victories. This story-telling practice and "verbal grooming" serve several purposes, not least consolidating and maintaining professional identity and self-esteem (Wackerhausen 2009, p. 460-461).

Professionel identitet – og dannelse af denne er centralt for både de enkelte subjekter selv og i forhold til de relationer, de indgår i og påvirker de kommunikative og samarbejdsmæssige interaktioner med kolleger (Wackerhausen 2009, Edwards 2010, Lehn-Christiansen 2016). Her kan den professionelle identitetsdannelse udgøre en barriere for reelt interprofessionelt samarbejde: *'Some of these barriers, it is argued and illustrated, are found in the multiple ways in which professional identity is tacitly acquired and embodied in the practitioners' habitual, everyday practice'* (Wackerhausen 2009, p. 455). Det skyldes, at interprofessionelt samarbejde mellem professioner sjældent har fuldstændig opbakning og anerkendelse intraprofessionelt - iboende i de enkelte professioner og at dette reproduceres tavst som kropsligt forankrede habituelle hverdagspraksisser (Wackerhausen 2009, Lehn-Christiansen 2016): *'Self-complacent, know all practitioners and professionals see interprofessional collaboration more as an (un)avoidable evil than a desirable necessety'* (Wackerhausen 2009, p. 455).

Når den professionelle identitet i høj grad kobles på de negative narrativer om de øvrige professioner og faggrupper, giver det svære vilkår for samarbejdet på tværs af professionerne (Wackerhausen 2009, Lehn-Christiansen 2016). Dermed bør de narrativer, der er knyttet til den professionelle identitetsdannelse være et væsentligt fokusområde uddannelsesmæssigt. I et vejledningsperspektiv bliver refleksioner i forhold til både intra- og interprofessionelle antagelser og forståelser væsentlige for udvikling af de kommunikative kompetencer og de samarbejdsmæssige relationer. Et fokus på refleksion i forhold til professionel identitet er derfor centralt at inddrage.

Refleksion og professional identitet

Den professionelle identitetsdannelse udfordres af samfundsmæssige forandringer, nye krav og opbrud i vidensbaser, der gør refleksionsbegrebet aktuelt i forhold til de professionelles identitetsarbejde (Olesen 2004, Frost 2010):

> Spørgsmålet vedr. de subjektive aspekter af professioner - professionsidentitet, læring, forholdet mellem viden og subjekt – kan måske også bidrage til forståelsen af, hvad jeg hellere vil kalde den udfoldede modernitet -, dvs. et samfund hvor forestillingen om viden som en alment gyldig og retningsgivende størrelse er afløst af en (næsten) altomfattende refleksivitet - kendetegnet af at al viden og rationalitet er til diskussion, og at den subjektive tilegnelse af bestemte former for rationalitet er et permanent identitetsarbejde (Olesen 2004, s. 79).

Wackerhausen (2009) beskriver professionelles refleksion som både glorificeret – en sand professionel praktiker er en reflekterende praktiker (Schön og Dewey) og forkastet – kun novicer behøver at tænke over, hvad de gør - eksperter handler uden at behøve at tænke over, hvad de gør (Dreyfus). Wackerhausen (2009) er kritisk overfor begge positioner – refleksion som ideal afhænger, i hans optik af, *hvordan* der reflekteres og *hvad*, der reflekteres over. Professionelle har i varierende grad sædvanligvis reflekteret – men den 'sædvanlige' refleksion er ikke nødvendigvis svaret på fremtidens professionsudvikling eller til at indfri nye krav til de professionelles kompetencer:

> …"reflection as usual" – *is* necessary and irreplaceable in professional practice whenever practitioners are confronted with new situations, unusual problems or changed problem solving conditions. **On the other hand, this kind of reflection is implicitly conforming, rather than transforming professional identity** [mine fremhævelser]. It does not make professional identity and its "established trails of everyday practice" a theme or topic of reflection.

> **On the contrary, what becomes a topic of reflection is a hindrance to the uninterrupted flow of everyday practice** (Wackerhausen 2009, p. 464).

Den måde de professionelle reflekterer på, er et centralt perspektiv for det tværgående samarbejde organiseret omkring patientforløb fremadrettet. Som jeg har beskrevet i kapitel 2 afsnit 2.3 om fremtidens hospital, er der stigende krav til både interprofessionelt samarbejde og intraprofessionelt samarbejde på tværs af de lægelige specialer for at sætte patienten i centrum og sikre flow i forhold til oplevelsen af sammenhængende patientforløb (Antonsen 2014, Jensen og Aggestrup 2014, Bendix 2014). Wackerhausen (2009) påpeger en etisk begrundelse for tværgående samarbejdet rettet mod patientbehandlingen:

> Consequently, *if* the shared ethical goal of "the caring and healing professions" is to do what is best for the patient, *and* genuinely collaborating professions […] clearly expands the ability of the professions, individually and collectively, to do what is best for the patient, *then* interprofessional collaboration is indeed an ethical demand. As the fundamental accomplishment of a profession is measured by its ability to achieve its goals, *and* interprofessional collaboration increases any professions' chance of achieving its goals, then interprofessional collaboration should be highly valued and motivated from an intraprofessional standpoint too (Wackerhausen 2009, p. 458).

Wackerhausen (2009) beskriver den sædvanlige refleksion knyttet til hverdagspraksis som en: *'1-ordens refleksion'*, der hverken kritisk belyser, eller udfordrer praksis: *'…familiar professional reflection does not elucidate and challenge the trails of everyday (the tacit, embodied constituents of professional identity), but confirms the trails implicitly by "acting" on their behalf'* (Wackerhausen 2009, p. 464). Tværtimod reproduceres de habituelle mønstre og handleformer. Dette står, i Wackerhausens (2009) optik, i modsætning til det han kalder: *'2-ordens refleksion'*, der overskrider grænser, traditioner og destabiliserer det etablerede. Dermed stilles der spørgsmål til det, der betragtes som 'naturligt'.

'2-ordens refleksion' bryder med de socialiseringsmæssige – intentionelle begrænsninger i refleksionsbegrebet, i forhold til professionens kolonisering af og kontrol med de professionelles refleksion. Det kræver, at den habituelle hverdagspraksis, rationalitet og normer bliver synlige og tydelige i fænomenologisk forstand og det sker ikke af sig selv (Wackerhausen 2009), men kræver, at man *'bliver fremmed for sig selv'* (Mead 1934) for at kunne stille spørgsmål ved det, man tager for givet i hverdagen:

> *Becoming a stranger to oneself* is the basic requirement to become a second order reflective practitioner, but this type of desirable alienation does not happen by itself. On the contrary, through our habitual practice and continuous socialization we experience every day in our communities of practitioners make us so "familiar" to ourselves that we gradually become "invisible" and consequently unknowable to ourselves. The irony is that only by becoming strangers to ourselves will we learn to know ourselves. That includes knowledge about the content of and the way in which we embody our professional identity (Wackerhausen 2009, p. 466-467).

At blive fremmed for sig selv er en vanskelig proces, der kan kræve, at man trækker på andre professioners vidensbasis, for at tydeliggøre ens egen og at de narrativer og rationaliteter, professionen er bærer af, bliver genstand for uddannelses- og vejledningsmæssig kritisk refleksion. Dermed øges kravene til professionel uddannelse på flere niveauer:

> As I see it, professional education has, on the one hand, the purpose of giving the student the necessary prerequisites to do the essential things and avoid serious professional blunders and, on the other hand, giving him the conceptual and theoretical resources necessary to learn reflectively from experience in practice. Gradually, he has to feel at home in, and become one with established practice, but he must also learn how to become an occasional stranger to the habits and established practice of his profession, i.e., to see and question the rationality of the trails of everyday practice (Wackerhausen 2009, p. 470).

Det kan være en uddannelses- og vejledningsmæssig udfordring, da de uddannelsesgivende læger selv kan have vanskeligt ved at blive fremmede overfor sig selv og fremmede overfor den profession, man selv er en del af og hvor deres egen professionelle identitet er dannet. At trække på andre professioners vidensbasis – og undervisere fra andre paradigmeområder, kan give nye perspektiver til det, der opfattes som 'naturligt' og selvindlysende og gøre dette til genstand for kritisk refleksion. Det kræver selvfølgelig, at facilitering af refleksion betragtes som en uddannelsesmæssig opgave – ikke blot et individuelt og kognitivt anliggende som den enkelte professionelle selv er ansvarlig for. Herunder vejledningsmæssigt at forholde sig til *hvordan* der reflekteres, *hvad*, der reflekteres over og kritisk udfordre dette.

5.3 Relationer og emotioner i arbejdslivet

Relationen mellem det moderne samfunds kompleksitet og de professionelles subjektive identitetsarbejde og orienteringer i form af viden, erfaringer og følelser er central (West 2001, Olesen 2004, Edwards 2010) og fordrer fokus på de modsætningsfyldte spændinger og konflikter, de professionelle oplever, mellem deres uddannelsespraksis, deres arbejdsliv og den subjektive betydningstilskrivning til arbejdet i livshistorisk perspektiv (Schütze 1983, Olesen 2004, Hjort og Weber 2011).

Kravene til lægers relationelle og emotionelle kompetencer er stigende (Edwards 2010, Obling 2012, Antonsen 2014, Bendix 2014, Eika et al. 2015) og er via uddannelsesreformer repræsenteret i uddannelsesprogrammer og målbeskrivelser (fx i rollen som professionel, leder, samarbejder og kommunikator) for uddannelsessøgende læger og skal trænes og dokumenteres i de yngre lægers logbøger ud fra kompetencevurderinger foretaget af mere erfarne læger. Selv om de emotionelle aspekter er udfordrende, både at håndtere i praksis i relation til patienterne og i de tidskomprimerede patientforløb, er det også en udfordring at gøre til genstand for måling, standardisering og kontrol (Obling 2012, Hjort 2012). Det er en udfordring på flere niveauer at håndtere de emotionelle aspekter af arbejdet både i praksis i mødet med patienter og i uddannelsesmæssige sammenhænge – i forhold til de enkelte lægers egne følelser, samarbejdspartneres følelser og i forhold til at møde patienters følelser.

Den medicinske profession rummer på forskellige måder emotionsarbejde rettet udad i forhold til patienter, pårørende, kolleger etc. og rettet indad i forhold til at rumme følelsesmæssigt belastende arbejde, krydspres og skiftende rationalitetsformer. Med udgangspunkt i emotionssociologien vil jeg op imod et rationalistisk syn på mennesket, beskrive mennesket som et emotionelt og kropsligt væsen i modsætning til blot et kognitivt tænkende individ. Endvidere betragter jeg emotioner som et relationelt fænomen, der opstår og udspiller sig i mødet mellem mennesker og dermed har betydning for det arbejde, der udføres i professionerne samt for den subjektive mening i arbejdet. Et perspektiv på relationer og følelser i arbejdslivet (Hochschild 1979, Hochschild 1983, Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014) er dermed centralt at inddrage generelt og specifikt i forhold til medicinsk uddannelse (McNaughton 2013).

Emotionssociologien

Emotionssociologien er en særlig gren – eller subspecialisering af sociologien, der opstod i 1970'erne, som en underbelyst og decideret ignoreret dimension af det sociale liv (Poder 2009, Kotarba 2014). Årsagen til dette var, at emotioner og emotionalitet blev betragtet som irrationelt og kartesiansk opsplittet i forhold til fornuften (McNaughton 2013, Kotarba 2014). Fokus var endvidere på de uhensigtsmæssige og negative aspekter af emotioner – som noget der skulle undgås, frem for emotioner som immanent i al kultur, med stereotype mønstre og regler for udtryk af følelser (Hochschild 1983, Engdahl og Jacobsen 2014).

Grundlæggende bygger emotionssociologien på en antagelse om, at følelser rammesættes af den sociale kontekst – og dermed ikke blot et psykologisk eller biologisk fænomen, der er et individuelt anliggende. Emotioner er både iboende i de individuelle erfaringer og i de sociale relationer (Poder 2009). Emotionssociologien i dag betegner en bred variation af sociologiske perspektiver, der karakteriseres som:

> Researchers within the sociology of emotion camp deal with issues such as the emotional basis of solidarity in groups; how outcomes of social interaction determine emotions; the normative regulation of emotions and emotional regulation; the socialization of emotions via the transfer of meaning to physiological experience; how emotional experience varies according to, for example, social class, occupation, gender, race/ethnicity, and emotions in wider social and political processes of stability and change (Kemper 2000: 45) (Poder 2009, p. 331).

Arlie Russell Hochschild (1979, 1983) satte for alvor fokus på emotioner i arbejdslivet med publikationer som: *'Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure'* (1979) og *'The Managed Heart'* (1983), der med udgangspunkt i det kommercielle servicearbejde i flybranchen var banebrydende i forhold til at belyse følelsesarbejde som en særlig dimension i lønarbejdet betegnet: *'Emotion management'* og knyttet dertil en række *'Feeling rules'*. *'Emotion management'* refererer til, hvordan følelser samskabes i en bestræbelse på at udtrykke følelser, der er passende i forhold til de konkrete situationer og socialt definerede og distribuerede følelsesregler (Poder 2009).

Hochschild (1983) skelner mellem *'Emotional labour'* og *'Emotion work'*: *'Emotionel labour'* karakteriserer følelseshåndtering i lønarbejdet og *'Emotion work'* karakteriserer følelseshåndtering i livets øvrige dimensioner. Sundhedsprofessi-

onerne i dag er under pres mht. til stigende krav til effektivitet og øget produktion, hvilket kan udfordre de emotionelle aspekter knyttet til arbejdet. At følelseshåndtering sker i arbejdet og knyttet til bestemte professionelle krav, standarder og følelsesregler udgør i sig selv ikke nødvendigvis et problem, men udfordres, når arbejdsdimensionen sættes under pres:

> …but it is a problem if work is speeded up or if increasingly undue demands are made of workers. It is then that exploitation and alienation creep in. Especially, this can occur in respect of emotional labour if the performance extracted from workers according to the feeling rules of the job means they have to overwork to suppress their own 'genuine' feelings (Burkitt 2014, p. 125).

Ian Burkitt (2010, 2012, 2014) sætter med afsæt i Hochschild's (1983) begreb om *'Emotion labour'* i 1970'erne fokus på et alternativt relationelt emotionsbegreb i arbejdslivet. Burkitt (2014) anskuer følelser som integrerede og organiserede i den lokale kultur i en bestemt historisk kontekst, der tilskriver mening til de følelser, vi oplever frem for at anskue følelser som private fænomener. Følelser udspiller sig i samarbejdsrelationer og kommunikative interaktioner – i social praksis- og kan ikke reduceres til behavioristiske stimulus-respons betingning eller rene kognitive repræsentationer. Der er snarere tale om relationelle følelsesmønstre, som Burkitt (2014) beskriver som *'Patterns of relationship'* mellem selvet og andre samt mellem selvet og verden:

> The implication of this is that emotion cannot be reduced to the physical, the social, or the discursive realm, as emotions are complexes of all these things. Which is to say that emotions can only be experienced by living, feeling, speaking human bodies, located at given points in historical and cultural relations: the social practices and communicative interactions within those relations form what we call the emotions (Burkitt 2014, p. 51).

Et følelsesbegreb, der udelukkende er psykologisk rummer ikke den samfundsmæssige dimension og de mønstre, Burkitt (2014) betegner som *'Patterns of relationship'* fx i form af klasse, køn etc. Endvidere skal biografi tænkes ind i forhold til den biografiske orientering relateret til situationer, habituelle relations- og orienteringsmønstre fra fortiden, konfliktmønstre etc. Igennem de seneste år er fokus på begrebet *'Emotion labour'* i relation til følelser i arbejdslivet skiftet til et fokus på begrebet *'Emotional reflexivity'* (Burkitt 2014), hvilket tilskrives *'den udfoldede modernitet'* (Giddens 1984, Olesen 2004, Frost 2010), hvor al viden og rationalitet i det senmoderne er til diskussion. Kontinuerlige

omstillinger sætter det vante og automatiserede under pres og stiller krav til omfattende refleksivitet (Olesen 2004, Frost 2010, Burkitt 2014):

> This is something that occurs as agents in late-modernity are increasingly having to recursively order their social practices according to the knowledge they have about the social world, rather than using taken-for-granted patterns of custom or tradition. Reflexivity demands that we monitor our own actions knowledgably and adjust them to the institutions of modernity as they develop and constantly place new demands on us (Burkitt 2014, p. 139).

Refleksivitet og emotioner

Teoretisk har der traditionelt været en tendens til at ignorere emotioner i relation til refleksivitetsbegrebet – i en opsplitning af følelser og fornuft, hvor refleksive processer blev betragtet som rene kognitive processer, der var individuelle og rationelle (Burkitt 2012, McNaughton 2013, Kotarba 2014): *'…in which individuals increaslingly 'stand back' from their world and their own actions to more effectively monitor and manage them'* (Burkitt 2012, p. 459). I Burkitts optik er refleksivitet og emotioner sammenvævede: *'…emotion is the source of all our thinking as it is integral to the relations we have with our world and the people within it'* (Burkitt 2012, p. 461). Emotioner anskues som det grundlag, al tænkning og refleksion tager afsæt i:

> If instead we understand emotion as a motivating factor to reflexivity, colouring and infusing reflexivity itself, we can also put emotions back into the context of social interactions and relationships in which they arise. Emotion is not just something that we reflect on in a disengaged way, it is central to the way people in social relations relate to one another: it is woven into the fabric of the interactions we are *engaged* in and it is therefore also central to the way we relate to ourselves as well as to others. Emotion, then, is about the way we engage and interrelate with others and with ourselves, and cannot, therefore be separated from reflexivity (Burkitt 2012, p. 459).

Refleksivitet udspringer netop af følelser og fornemmelser fx usikkerhed, tvivl, angst, frygt, overraskelse eller glæde (Burkitt 2012). Typisk begår vi den fejl, at vi skelner mellem tanker og følelser når vi reflekterer over en situation, vi har oplevet. Det ligger til den vestlige civilisation og filosofiske tradition med et herskende fornuftsbegreb domineret af det intellektuelle (McNaughton 2013, Kotarba 2014, Burkitt 2014). Tanker, refleksion og emotioner kan dog ikke adskilles, men går hånd i hånd:

> In reflexive dialogue, feelings and emotions are not just *attendants* to reflexivity; they are the *basis* and *motive* for reflexive thought. Reflexivity does not

> emerge from out of nowhere, nor is its source the various founts of knowledge: behind every thought is the emotional-volitional sphere and this is true also of reflexive thought. Furthermore, our thoughts are always coloured by emotion so that we never see the world in a neutral way. Our knowledge is formed and shaped by our feelings about the world and the others with whom we interact and, thus, by our emotional relations to it and to them (Burkitt 2012, p. 469).

I al tænkning foregår der et kontinuerligt samspil mellem det refleksive og det ikke-refleksive, det bevidste og det ubevidste - idet al ekspliciteret tænkning og refleksiv handlen, foregår indenfor grænserne af det implicitte og habituelle (Burkitt 2014). Burkitt (2012) skelner mellem 'fornemmelse' (feeling) og 'følelse' (emotion) således, at den vage og uklare *fornemmelse* når den med tydelighed artikuleres bliver til en specifik *følelse*. Denne distinktions betydning er knyttet til refleksion og refleksivitet:

> …we may act on a feeling without naming it or pondering it much. It is only when we do so and the feeling enters reflective, linguistic consciousness that it becomes a nameable emotion and we can try to put it in context. Why am I feeling anxious, nervous or exited? The context we put the emotion into is a relational context and only then can we understand it […] Reflexivity occurs when we bring some externally mediated knowledge to bear on the process of self-reflection and interpretation, and also try to take a more distanced view in the monitoring of our actions (Burkitt 2012, p. 469-470).

I disse processer kan vejledning være centralt i forhold til at bringe eksterne perspektiver ind, der kan skabe den bevidsthed og fænomenologiske eksplicitet, refleksivitet kan tage afsæt i (Wackerhausen 2009, Burkitt 2010, Burkitt 2012). Dermed vil vejledning kunne hjælpe den uddannelsessøgende læge i forhold til at placere fornemmelser af fx usikkerhed, frygt eller isolation i dens sociale kontekst. Her er dialoger centrale – og kan medieres via vejledningsprocesser. Følelser og fornemmelser er relationelle, de opstår i relationer - sociale kontekster - nogle gange i form af refleksive dialoger mellem selvet og andre i forestillede fællesskaber i form af *'mikrodialoger'*, der er indre, tavse og usynlige dialoger (Burkitt 2010), hvor vi forestiller os andres stemmer, vurderinger, meninger og bedømmelser. I dialogen med andre udvikles vores forståelse af os selv via italesættelser af det skjulte og tavse i mødet med andre, der be- eller afkræfter aspekter af os selv og det selvbillede, vi har:

> In terms of voice, dialogue, and self, one could say that a good educator allows the other the freedom in dialogue to find whatever voice connects with their own, whether this is one of the explicit or implicit voices in the micro-

> dialogue. Indeed, one could argue that for an educationalist, a discourse that connects with a latent voice, acting in this way as "internally" persuasive, is the valuable case, as this encourages the person to challenge what they think they know and develop other previously unrealized aspects of her- or himself (Burkitt 2010, p. 318).

Det centrale er, at dialogen sætter ord på det tavse og ubevidste samt skaber vores selvforståelse i mødet med andre: *'In this relational way, we dialogue ourselves into existance with others'* (Burkitt 2010, p. 316). Dermed er dialogen essentiel – og dialogen er et centralt omdrejningspunkt i et uddannelses- og vejledningsperspektiv – både i forhold til de *'mikrodialoger'*, der foregår i forestillede fællesskaber, dialoger i konkrete fællesskaber samt i forhold til at sammenkæde disse:

> This would describe an everyday experience such as trying to appear to others as confident in new or difficult situation, while all the time feeling nervous and uncertain. Perhaps to some degree a person might be wedded to their self-image as confident and capable, not acknowledging that they may not always be that way […] I this way I may be able to contain my nervousness within the image of competence and confidence (Burkitt 2010, p. 314).

'Mikrodialogerne' er interessante i et uddannelsesperspektiv, da de har betydning for de interaktioner og relationer, vi indgår i. Kommunikation og miskommunikation opstår ikke blot i øjeblikket, men farves af vores tidligere erfaringer fra interaktioner og relationer og det vi bringer med fra vores fortid fx i form af misforståelser, manglende anerkendelse og oplevelser af uretfærdighed (Burkitt 2010). Følelser er dermed essentielle i refleksive processer og farver vores opfattelser af vores selv, andre og den sociale verden, hvordan vi oplever mening, vurderer vores handlinger, andres handlinger og de beslutninger, vi træffer (Burkitt 2012):

> Emotion is about embodied meaning-making that shows pattern and order through iteration and habitual dispositions to emotional situations, yet it also opens us up to the fluid, indeterminate and shifting possibilities of the present moment that contains drama and novelty and to which we must imaginatively respond. We also face contradiction, paradox and dilemma in various contexts and this forces us into dialogical reflection on conflicting impulses, so that is not always possible to predict in advance how people will respond (Burkitt 2014, p. 149).

Dialogen kan forbinde følelser og selvbillede, forestillinger om hvordan andre ser os og gøre noget tavst eller skjult italesat og synligt. I relationer både skju-

les og afdækkes ens selvbillede og i dialogen reflekteres ikke en allerede fast sandhed om os selv, men den skabes via vores egen stemme, tilpasset andres stemmer og i opposition til andres stemmer (Burkitt 2012). Den refleksive dialog er en proces, hvor man tavst konverserer med sig selv i ord eller sætninger om et problem eller en situation, som man ville gøre, hvis man skulle fortælle det til en anden (Burkitt 2014).

Som Mead (1934) har beskrevet processen, indtager en del af ens selv, rollen som taler og tænker – benævnt *'jeg'*, der aldrig får det fulde refleksive indblik, mens en anden del af ens selv indtager rollen som den, der lytter – benævnt *'mig'*. Dette *'mig'* består af scener opbygget af andres holdninger, som *'jeg'* responderer på. Vi handler impulsivt på baggrund af vores tidligere livserfaringer eller på baggrund af særlige hændelser og begivenheder i vores nutid, som vi responderer på. Når vi reflekterer over vores selv efter en given situation, associerer vi vores *'jeg'* med de impulsive reaktioner og *'mig'* med det billede af selvet andres reaktioner og blikke, har konstrueret. Selvet er dermed altid en konfiguration af både *'jeg'* og *'mig'* forbundet af refleksion (Burkitt 2010, Burkitt 2014, Thunborg 2016) og påvirkes dermed i et vejlednings- og evalueringsperspektiv af de konkrete talehandlinger:

> What is also interesting to tease out here is the links between evaluation, emotion, desire, and speech […] these are obviously closely related. A verbal condemnation from another such as "You are not worthy!" is filled with both moral evaluation and emotion, provoking emotions for the person to whom it is directed: emotions of shame and anguish, and perhaps feelings of worthlessness, a hope that someone will respond in a contrary fashion (Burkitt 2010, p. 313).

Følelser og fornemmelser registreres eller identificeres ofte i kroppen – vi kan ikke føle uden en krop og et sind, der mærker og gør os bevidste om, at vi har de pågældende følelser og fornemmelser (Burkitt 2010). Den kropslige forankring er med til at udvikle vores følelsesmetaforer og tydeliggøre vage fornemmelser via kropslige metaforer, der ekspliciterer det, vi kun delvist er bevidste om:

> It is also with the sense of the body-self as subject and object we come to develop the metaphorical sense of being an inside end an outside; of having feelings in the hearth and stomach, or thoughts "in the head." Thus, we can speak of hiding something to ourselves and of revealing it, or "coming out," as if what was previously unexpressed or unsaid was actually hidden inside ourselves or our bodies, feeling it to be so (Burkitt 2010, p. 315).

Kroppen er dermed central for vores evne til at registrere og identificere følelser. Det er dog væsentligt at vores begreb om følelser som fænomen, ikke forbliver som hverken noget rent kropsligt eller kognitivt – men at vi snarere forstår følelser som sammenvævede i en bredere verden af relationer og sociale følelsesmønstre (Burkitt 2014). Et empirisk billede på dette kommer fra sygeplejeforskning (Burkitt 2014) og viser emotionsmønstres relationelle forankring i praksisfællesskaber, kultur og profession:

> …the values, rules and concerns of nursing are not just personal, although in many cases they become so; they are made part of the self as the *person becomes a nurse* through mutual identification with the role models in the profession, and by identifying with the 'imaginary community' of nursing that is embodied in the professional standards, ethics and values (Burkitt et al. 2001) […] the relationship between this imaginary community of nursing and the various communities of practice that developed in actual practice settings, where these values were refracted and developed into specific cultures, including the emotional culture of the ward and its management (Burkitt 2014, p. 138).

Emotioner formes i kultur, dialog og fællesskaber. I et uddannelses- og vejledningsperspektiv er det centralt, at det refleksionsbegreb, der anvendes, ikke har et snævert fokus på viden alene: *'Reflexivity is not just rational and involves rationalization; it is also relational, dialogical and emotional'* (Burkitt 2012, p. 471). Det stiller krav til den lægelige uddannelse – og videreuddannelse og til vejledernes kompetencer og rationalitetsformer. Disse udfordringer vil jeg beskrive nærmere, med udgangspunkt i et litteraturstudie af emotionsdiskurser i medicinsk uddannelse (McNaughton 2013).

Emotioner i medicinsk uddannelse

Nancy McNaughton (2013), har i et review af den medicinsk pædagogiske litteratur belyst, hvordan følelser diskursiveres i medicinsk uddannelse og former de medicinske socialiseringsprocesser i et kompetence- og professionalismeperspektiv.

McNaughton (2013) beskriver emotioner som både usynlige i hverdagen og samtidig som et objekt, der tages for givet – som noget, der bare håndteres. Indenfor det medicinske område befinder emotioner sig på den ene side mellem det idealiserede og det usynlige, mellem objektive fakta/subjektive værdier og på den anden side anerkendt som et kerneelement i de professionelle værdier og holdninger. Endvidere karakteriseres emotioner som essentielle

for den professionelles trivsel og velbefindende samt i forhold patienttilfredshed. Imidlertid har de emotionelle aspekter ikke stort fokus i uddannelsen af læger:

> However, there is little direct reference to emotion in formal professional or educational documents and there is a lacuna between the norms that support a professional conception of a good and caring doctor and the socialisation processes by which medical trainees are expected to acquire the ideal. Despite its unavoidable presence in all aspects of training, clinical decision making and day-to-day interactions, emotion is either elided as part of a larger construct of values, attitudes and beliefs, or falsely dichotomised with 'reason', making it largely invisible as a valuable form and source of knowledge (McNaughton 2013, p. 72).

Forestillingen om at fornuft og emotioner kan adskilles, usynliggør ikke blot følelser, men også en lang række erfaringer, der således ikke italesættes (McNaughton 2013). De herskende professionelle stereotyper hviler på en binær tankegang, hvor der laves reduktionistiske opsplitninger som fx: 'vil du helst opereres af en dygtig kirurg, der kommunikerer dårligt *eller* vil du helst opereres af en dårlig kirurg, der kommunikerer godt? Sådanne binære og kausale sammenhænge er, ifølge forfatteren, fornærmende reduktionistiske og påvirker den professionelle identitetsdannelse ved at reproducere udgrænsninger og afgrænsninger (West 2010, McNaughton 2013):

> Dichotomies are used productively to maintain boundaries around emotion and its expression as signs of professionalism, moral sensibility and intelligence. The disparagement of emotion as an illegitimate form of knowledge (seen as both gendered and unscientific) in clinical training has also led to paucity of contributions within medical education from perspectives beyond the biosciences and psychology, thereby further diminishing its visibility and viability in educational and professional contexts (McNaughton 2013, p. 72).

De binære dikotomier reproducerer fejlslutninger og hierarkiserer viden – i forhold til, hvad faget er og hvad, der er centralt i faget. Det danner dermed nogle professionsidealer, der er uhensigtsmæssige. En dygtig kirurg i dag, skal kunne kommunikere i samarbejdsrelationer på operationsstuen, i overdragelsessituationer mellem faggrupper og afdelinger samt i den konkrete patientkommunikation – ellers kan det have fatale konsekvenser for patientsikkerheden og for kvaliteten af behandlingen. De dikotomier der anvendes, har sammenhæng til de emotionsdiskurser, der identificeres som dominerende. McNaughton (2013) identificerer tre forskellige følelsesdiskurser i den medi-

cinsk pædagogiske litteratur: 1) 'Emotioner som fysiologi', 2) 'Emotioner som færdigheder' og 3) 'Emotioner som socio-kulturelt medieret'.

Den første diskurs, *'Emotioner som fysiologi'*, er karakteriseret ved at emotioner er beskrevet iboende det enkelte individ som en kropslig biologisk tilstand, der opleves ens uanset kultur eller baggrund som fx vrede: *'A particular neurochemical cascade is set off, leading to physical effects on behaviour, in many cases beyond our conscious control'* (McNaughton 2013, p. 73). Emotioner betragtes i denne diskurs ud fra et biologisk medicinsk videnskabssyn baseret på en rationel positivistisk ontologi, hvor fx stress måles via cortisol i spyttet ud fra en præmis om, at vores kroppe reagerer uafhængigt af vores sind. Emotioner er uønskede, står i modsætning til fornuft og skal kontrolleres eller undertrykkes: '*Within this discourse emotions are seen to have a life of their own, getting in the way, possibly overwhelming our reason and leading to dangerous decisions and actions'* (McNaughton 2013, p. 74). Denne diskurs hviler på en klar præmis om en adskillelse mellem objektive fakta og subjektive værdier, hvor følelsesudtryk opfattes som en indikator på noget patologisk – et muligt faresignal, hvor enten for få eller for mange emotioner er problematisk. Denne diskurs reproduceres og legitimeres via forskning, der hævder en biologisk vinkel med fokus på kausalsammenhænge med et positivistisk ontologisk udgangspunkt.

Den anden diskurs *'Emotioner som færdigheder'*, har også et biologisk udgangspunkt, men anskuer følelser som justerbare via øvelse og træning. Der er fokus på følelser som færdigheder, evner og kompetencer. Det er denne diskurs, der primært reflekteres i den tænkning og præmis, der ligger i den kompetencebaserede uddannelse, den lægelige videreuddannelse indførte i år 2000 i Danmark. Dette reflekteres fx i kommunikationstræning igennem den præ- og postgraduate lægeuddannelse – på linje med andres landes kommunikationsundervisning:

> Competencies related to skills and knowledge, and internalised values and attitudes are considered integral to the self-regulation and individual needs to become a good doctor. This mandate is met in part through communication skills training in which emotion becomes visible in demonstrations of professional behaviors linked to attitudes and values. Behavioural training feeds back into cognitive aspects of decision making. Decisions about how, when and what to say are skills that can be developed through organized practice (McNaughton 2013, p. 74).

Denne færdighedsdiskurs har et kognitivt og individuelt afsæt og har fokus på at gøre de professionelle egenskaber observerbare og målbare. Fokus er på udførelse af handlinger, bevægelser, tale og gestik – dvs. på de ydre og observerbare aspekter (McNaughton 2013). Det kræver, at de professionelle egenskaber brydes ned til adskilte mikroelementer i form af øjenkontakt, spørgestil, lytteevne etc. og kompetencevurderes ud fra et kontinuum af delfærdigheder. Dermed rettes fokus på de ydre, håndterbare og målbare aspekter af emotioner, men adresserer ikke de indre emotionelle aspekter, der ligger udenfor den observerbare adfærd:

> …rather than reaching inside the boundaries of the individual to access information about emotion, this discourse allows one to observe it as a particular demonstration related to competence of practice. Emotion is still biologically produced, but now focus is on observing and measuring its external aspects (McNaughton 2013, p. 75).

I dette ydre fokus på emotioner ignoreres de narrativer og forståelser, emotionerne er knyttet til. Endvidere ligger hoveddelen af ansvaret for at håndtere, kontrollere, forklare og forstå sine følelser hos det enkelte individ uden reference til den sociale og kulturelle kontekst (McNaughton 2013). Dermed er der intet fokus på de situerede uretfærdigheder og det strukturelle pres, der danner ramme om de enkelte arbejdspladser og sætter subjektiviteten under pres. Tværtimod usynliggøres disse systematisk i et socialisations- og reproduktionsperspektiv (McNaughton 2013, Hafferty 2016):

> Emotions identified as outside the norm of what is acceptable may remain hidden and be handled individually by 'getting control of oneself' or 'putting feelings aside'. Under great pressure to prove themselves worthy of entering the profession, students are afraid to admit that they have uncomfortable feelings about patients or procedures and hide these feelings behind a cloak of competence (McNaughton 2013, p. 75).

Det har den konsekvens, at bestemte emotioner skal skjules og holdes privat – og dermed udgrænses de erfaringer, der knytter sig til de emotionelle aspekter af arbejdet. I mødet med et samfundsmæssigt stigende krav til at læger skal udvise empati og medfølelse (Obling 2012, Antonsen 2014, Bendix 2014, Eika et al. 2015), kan det opleves modsætningsfyldt samtidig, at skulle undertrykke eller fortrænge egne emotioner (McNaughton 2013). Det er indiskutabelt at læger skal kunne træffe klinisk objektive og rationelle beslutninger, men den rolle deres egne emotioner spiller i disse processer, er uklar (McN-

aughton 2013) og støttes ikke uddannelses- og vejledningsmæssigt i forhold til andet end de rent observerbare ydre aspekter. At undertrykke og balancere de indre følelser bliver et privat anliggende og dermed ligger der et potentielt pres på den individuelle uddannelsessøgende med risiko for at føle isolation og udbrændthed (McNaughton 2013). Der findes ikke et legitimt kollektivt forum, hvor emotioner drøftes, reflekteres over og anerkendes.

Den tredje diskurs, hvor emotioner betragtes som *'Socio-kulturelt medieret'*, er rodfæstet i et humanistisk og samfundsvidenskabeligt paradigme, mens de to foregående diskurser er rodfæstet i et biologisk og naturvidenskabeligt positivistisk/postpositivistisk paradigme. Den sociokulturelle diskurs er karakteriseret ved, at emotioner anses som iboende i sociale udvekslinger og i sociale praksisser (McNaughton 2013, Burkitt 2014). Emotioner formidles via observation, refleksion og fortolkning i samspillet mellem et individ og den sociale kontekst snarere end blot en biologisk neurokemisk eller psykologisk kognitiv proces:

> This last perspective acknowledges the importance of situated cultural and contextual factors for learning. As such, emotion is always between the individual and the social as a mediating force. It contributes to problem solving, critical decision making and ethics as a practice (McNaughton 2013, p. 76).

I dette sociokulturelle perspektiv anerkendes emotioner for deres rolle i forhold til læring, identitet, arbejde og relationer. I og med at emotioner her anses som socialt distribuerede, er magt en central del i forståelsen af, hvordan emotionsdiskurserne skabes i de konkrete professionelle kontekster. Emotioner konstrueres kollektivt i bestemte sociale og kulturelle kontekster. Endvidere betragtes emotioner ikke som en fast og stabil enhed, men snarere som en kraft, der driver social udveksling, professionel identitetsdannelse og praksis – herunder etik:

> Emotion is tied to ethics as an embodied practice: 'Ethics as a practice is related to a play of complexity that encompasses all levels of one's multilayered subjectivity, binding the cognitive to the emotional, the intellectual to the affective and connecting them all to a socially embedded ethics of sustainability' (Braidotti 2011) (McNaughton 2013, p. 76).

I denne forståelse er der ikke en opsplitning mellem følelser og rationalitet og emotioner betragtes som en integreret del af professional udvikling og i dannelse af professionel identitet. På trods af en stigende anerkendelse igennem

de sidste par årtier af emotioner som et socialt konstrueret fænomen jf. emotionssociologiens opkomst, er den socialt-konstruerede diskurs ikke herskende i medicinsk uddannelse, hvor synet på emotioner som individualiserede frem for relationelle og biologiske frem for sociale, stadig er dybt forankret (West 2001, West 2010, McNaughton 2013). Det socio-kulturelle emotionsperspektiv i medicinsk uddannelse er underudviklet (McNaughton 2013) og har kun et mindre fokus i forhold til de to øvrige emotionsdiskurser, hvor følelser enten undertrykkes eller kontrolleres i målrettet adfærd. Dette reproduceres og legitimeres via forskning og social praksis, hvilket har implikationer for den professionelle identitetsdannelse og for selve professionen:

> The discourses that inform our emotion talk and practice as teachers and health care professionals are important to consider for the effects they have on competence and professional identity, as well as on practitioner and patient well-being. Expanded knowledge of how emotion is 'put to work' within medical education can make visible the invisible and unexamined emotion schemas that serve to reproduce problematic professional behaviours (McNaughton 2013, p. 71).

I forhold til arbejdsdimensionen er det problematisk, da emotioner er centrale og iboende elementer i det arbejde, der udføres. Dermed er det essentielt at forstå, reflektere over samt at kunne indgå i emotionelle processer og kunne udtrykke disse som væsentlige arbejdsrelaterede aspekter af den professionelle praksis (McNaughton 2013, Burkitt 2014). Dette kan understøttes i uddannelsesdimensionen, men indgår kun i en afgrænset og reduceret form (McNaughton 2013).

I et uddannelses- og vejledningsperspektiv adresseres de bagvedliggende emotionelle aspekter af konkret adfærd ikke i form af medieret refleksion - selv om emotionsarbejdet er komplekst: *'Tending to human suffering requires mastery of sophisticated technical and clinical skills and nuanced negotiations of self and other on a number of fronts (both personal and professional)*' (McNaughton 2013, p. 77). Den sociokulturelle diskurs og forståelse af emotioner kunne bidrage til professionsudvikling i form af kritisk problemløsning, kritisk beslutningstagen og i forhold til udvikling af den etiske praksis. Endvidere åbner det sociokulturelle perspektiv på emotioner op for et område for erfaringer og læring, der hidtil har været relativt uberørt og som rummer et stort potentiale for professionel udvikling (Burkitt 2010, Burkitt 2012, McNaughton 2013).

De tre emotionsdiskurser indenfor medicinsk uddannelse, McNaughton (2013) beskriver, kan give en forståelse for, hvordan emotioner som fænomen betragtes i medicinsk uddannelse samt hvilke præmisser håndtering af følelser har i et uddannelses- og vejledningsperspektiv, når emotioner betragtes som irrationelle og skal undertrykkes. Modsætningen til fornuft er en udfordring for refleksive vejledningsprocesser, der involverer de uddannelsessøgende lægers fornemmelser og følelser – og de mikrodialoger og narrativer, de uddannelsessøgende læger kunne støttes i forhold til (Wackerhausen 2009, McNaughton 2013, Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014).

Et samlende blik

De tre overordnede teoretiske perspektiver er, som før nævnt, udvalgt i interaktion med det empiriske materiale i en kontinuerlig refleksiv fortolkningsproces (Alvesson og Skjöldberg 2009). Således repræsenterer de forskellige teoridele på hver deres måde og med hver deres begreber en række optikker, hvorigennem det empiriske materiale kan forstås, fortolkes og fremstilles. Fælles for de forskellige perspektiver er, at de alle retter fokus på den sociale dimension og de relationelle aspekter knyttet til at forstå de lærings- og vejledningsprocesser, der foregår i arbejdslivet.

Hermed bidrager de teoretiske perspektiver til at brede forståelsen ud med fokus på det sociale som ramme for lærings- og livsprocesser, som inddrager både et struktur- og aktørniveau, der via dynamiske processer, er i kontinuerligt samspil. Dermed reflekterer perspektiverne én måde, at betragte sammenhængen mellem lærings- og vejledningsprocesser samt betydningen af vejledning for læring i arbejdslivet - med afsæt i de problemstillinger, der reflekteres i det empiriske materiale i forhold til de identitetsprocesser og emotioner, der opleves og erfares. Jeg vil i næste afsnit beskrive, hvordan analyseprocessen konkret er foregået og hvordan de teoretiske perspektiver har inspireret analysearbejdet i en dialektisk proces.

5.4 Udvikling af analytiske greb

Analyseprocessen kan ikke betragtes som en afgrænset proces, men skal snarere anskues som en kontinuerlig proces fra tilrettelæggelse af feltarbejdet til en konkret fremskrivning og formidling af analyserne. Det er en udfordrende proces, der konstant balancerer mellem en åben refleksiv forståelse af den

subjektive mening og en søgen efter en systematik og et greb, der kan indfange dette – uden at virke reduktionistisk og begrænse empiriens nuancer (Alvesson og Skjöldberg 2009).

Konkret foregik analyseprocessen kontinuerligt, men kan inddeles i forskellige faser igennem forskningsprocessen; 1) tilrettelæggelse af feltarbejdet, hvor refleksioner i forhold til forskningsspørgsmål, interviewmetoder og observationer var i fokus – i forhold til mit genstandsfelt og erkendelsesinteresser, 2) gennemførelsen af feltarbejdet, hvor fokus på analyser blev tydeligere og mere ekspliciteret i form af mine feltnoter og interviews - hvor spørgsmål, undren og også forvirring opstod, 3) læsning og fortolkning af empiri med fokus på sammenhænge, brud, mening og forståelse – kombineret med læsning af forskellige teoretiske perspektiver, der kunne informere forståelsen og fortolkningerne og 4) fremstilling af analyser - der via kontinuerlige gennemskrivninger har tilføjet flere fortolkningslag. Analyseprocessen har således været kontinuerlig – vekslende mellem distance og nærhed, når andre elementer har haft forrang, men evigt tilstedeværende i selve forskningsprocessen.

Alle interviews er analyseret med stor sensitivitet overfor budskaber, meninger og moraler i det enkelte interview. Det betyder, at forskellige teoretiserende lag gradvist er lagt på fortolkningerne i forskellige tempi i en løbende proces mellem mig som forsker i mødet med fortolkninger af empirien og de forskellige teoretiske perspektiver og optikker, jeg har valgt. De teoretiske begreber jeg anvender i analyserne, betragter jeg i tråd med den refleksive metodologi (Alvesson og Skjöldberg 2009), som empirisk genererede og informerede teoretiske begreber:

> Abduction starts from an empirical basis, just like induction, but does not reject theoretical preconceptions and is in that respect closer to deduction. The analysis of the empirical fact(s) may very well be combined with, or preceded by, studies of previous theory in the literature; not as a mechanical application on single cases but as a source of inspiration for the discovery of patterns that bring understanding (Alvesson og Skjöldberg 2009, p. 4).

De teoretiske begreber er udvalgt i forhold til empiriens temaer samt generering af analysekategorier og dækker således en stor empirisk bredde og mangfoldighed. De anvendes i analyserne ud fra de enkelte empirideles egne 'præmisser' forstået således, at analysebegreberne ikke påduttes eller presses ned over empirien, men anvendes der, hvor de kan udvikle og berige forståelsen.

Dermed har nogle begreber forrang i analysekomplekset frem for andre i de enkelte analyser – dvs. at de teoretiske begreber og optikker anvendes ikke ligeværdigt i hver analyse i de enkelte uddannelsesbiografier, men i anvendes tilpasset ud fra temaer og indhold i de enkelte analyser.

Den samlede empiri reflekterer en stor bredde med temaer, der befinder sig indenfor forskellige analysekomplekser i forhold til en arbejdsdimension, en uddannelsesdimension og en biografisk dimension. For at kunne danne et overblik over materialet, udviklede jeg et greb, der gjorde det muligt at håndtere empirien i forhold til at skabe forståelse i relation til temaernes bredde, der samtidig var sensitivt overfor mangfoldigheden i materialet og som jeg så at sige, kunne systematisere temaer fra både observationer og interviews ud fra. Det betød at analysen af de otte interviews med uddannelsessøgende læger, blev struktureret i tre spor: et biografisk- (læringsforløb og livsforløb), et uddannelses- (læring og vejledning) og et arbejdsspor (kommunikation og samarbejde). Disse vil jeg beskrive nærmere, men jeg vil først udfolde analyseprocessen, der ledte mit forskningsmæssige fokus dertil.

Konkret er sporene udviklet gennem kontinuerlig læsning af det empiriske materiale og begyndende analyser og struktureringer af fortællingerne i form af indholdsanalyser og begyndende kodninger (Kvale og Brinkmann 2015). Det viste sig dog, at denne tilgang virkede reducerende i forhold til fortolkningsprocessen, idet kodningerne snarere begrænsede min indsigt end berigede den i kraft af kodningernes 'banale' struktureringer og 'fund'. Dermed mistede jeg den interessante kompleksitet empirien rummer i kraft af de subjektive og ofte ambivalente orienteringer og i kraft af de sammenhænge, der blev usynliggjort i kodningsarbejdet. Således søgte jeg andre veje i analyseprocessen og rettede blikket mod den refleksive metodologiske tilgang, hvor det empiriske materiale anskues som et resultat af konstruktioner baseret på fortolkninger og anvendelse af bestemte vokabularer og må opfattes som sammenvævet med teori snarere end adskilt fra teori (Alvesson og Kärreman 2005, Alvesson og Sköldberg 2009).

Samspillet mellem teori og empirisk materiale kan betragtes som en kritisk dialog, hvor forskeren har fokus rettet på teksten som helhed, der giver plads til at variation, modsigelser og brud i fortællingerne ikke undertrykkes eller ignoreres (Alvesson og Kärreman 2005) – i modsætning til kodningsproces-

ser, der giver forrang til det umiddelbart åbenlyse, der hurtigt afsløres, men ikke åbner for dybe betydninger og fortolkninger:

> I stedet for kodning af materialet, som er et foretagende, der typisk er baseret på antagelsen om, at data er objektive og robuste, så anskues materialet som en tekst – både som en enkelt (holistisk) tekst, men også som en mangfoldighed af tekster, der skrives og genskrives på mange forskellige måder. Der er en betoning af, at betydning ikke er indlysende, men potentielt mangfoldig og dermed flertydig […] Denne måde at anskue det empiriske materiale på, betoner dialogiske aspekter. Forskeren skal aktivt søge et empirisk materiale, der kan producere – eller inspirere til konstruktion af – en mangfoldighed af forskellige "fortællinger" (Alvesson og Kärreman 2005, s. 126).

Således skiftede jeg min analysestrategi og rettede fokus mod de enkelte teksters holistiske fortællinger og arbejdede med forskellige gennemskrivninger, der analytisk kunne strukturere materialet *og* skabe indsigt, *uden* at reducere fortællingerne unødigt. Det førte mig frem til en simpel indholdsanalyse, hvor jeg i den enkelte tekst identificerede temaer, der omhandlede biografiske aspekter i form af sammenhænge mellem lærings- og livsforløb, omhandlede konkrete lærings- og vejledningsprocesser og som omhandlede arbejdet i form af de relationelle interaktioner, der ligger i fortællingernes beskrivelser af samarbejde og kommunikation i arbejdslivet. Således kan deltagernes egne strukturering i fortællingerne tilgodeses frem for en udefrakommende kodningsstuktur, hvilket endvidere analytisk skaber bedre betingelser for, at kunne identificere de processtrukturer, der er i fortællingerne (Schütze 1983, Schütze 2008).

De tre spor er altså analytiske opdelinger, der tjener til, dels at strukturere empirien, dels tjener til at belyse særlige karakteristika i det empiriske materiale knyttet til mit forskningsspørgsmål belyst via de tre søjler. Således er det muligt analytisk at skifte mellem forgrund og baggrund i forhold til at besvare forskellige dele af forskningsspørgsmålet og udvikle min forståelse. I praksis bevæger mit empiriske materiale sig på tværs af de tre spor: vi har at gøre med konkrete subjekter, der er i gang med en arbejdsbaseret uddannelse, hvor mening, erfaring, identitet, læring, læringsmiljø, viden, arbejdsopgaver, arbejdsorganisation, magt, hierarkisering, praksis etc. mødes, brydes og forhandles kontinuerligt. Det reflekterer, at empirien rummer en stor bredde i forhold til at forstå vejledning som et komplekst fænomen i den særlige institutions- og professionskontekst, den er indlejret i og som vedrører subjekter, uddannelse og arbejde.

Jeg vil følgende præsentere de tre spor nærmere, da de har været centrale greb i analyseprocessen og i forhold til den forståelse og fortolkning, jeg har udviklet af uddannelsesbiografierne. Endvidere vil jeg beskrive, hvorledes de tre spor relaterer sig til de teoretiske perspektiver.

Biografi: lærings- og livsforløb

Biografiperspektivet reflekterer en forståelse af læring, hvor læring ses som identitetsprocesser, der udspiller sig via subjektiv handlen i relation til en specifik social kontekst og samfundsmæssig ramme. Dette spor indeholder temaer, der knytter sig til deltagernes valg, fravalg og overvejelser i forhold til studie, lægeligt speciale og videre karriere. Perspektivet går således på tværs af det uddannelsesforløb, den lægelige videreuddannelse udgør og procesforholdet mellem fortid, nutid og fremtid.

De teoretiske perspektiver knyttet til *'Livsforløbets processtrukturer'* (Schütze 1983, Schütze 2008) og *'Professionalisme og professionel identitet'* (Frost 2010) hæver abstraktionsniveauet i fortolkningerne, der dels belyser, hvordan de enkelte subjekter orienterer sig, dels belyser mødet imellem den subjektive identitet og den professionelle identitet – særligt med fokus på hvordan kravene til de moderne professionelle subjektiv opleves og erfares.

Uddannelse: læring og vejledning

Uddannelsesperspektivet vedrører læring og vejledning på den lægelige videreuddannelse i et procesforhold imellem de uddannelsessøgendes tidligere erfaringer, deres nutid og deres fremtidsforventninger i forhold til deres arbejdsliv som speciallæger. Sporet indeholder temaer, der knytter sig eksplicit til de uddannelsesmæssige aktiviteter deltagerne har erfaret igennem den lægelige videreuddannelse på tværs af hospitalsafdelinger og lægelige specialer. Det er temaer, der vedrører supervision, feedback, formel og uformel vejledning, intenderet og ikke-intenderet læring i de uddannelses- lærings- og vejledningsprocesser, der foregår i klinikken som en arbejdsbaseret uddannelse via deltagelse i arbejdet.

De teoretiske perspektiver knyttet til *'Læring og vejledning i arbejdslivet'* (Jørgensen og Warring 2002, Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004, Illeris et al. 2010) hæver abstraktionsniveauet i fortolkningerne, der belyser, de enkelte

subjekters muligheder og betingelser for læring erfaret via læringsmiljøer og læringsrum i arbejdslivet. Endvidere belyses konkrete vejledningsprocesser som én form for læringsrum i arbejdslivet (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b, Handal og Lauvås 2010).

Arbejde: kommunikation og samarbejde

Arbejdsperspektivet omhandler professionel identitet, mødet mellem professioner, professionsinteresser samt den subjektive 'væren' i arbejdet og det at skabe subjektiv mening i arbejdet. Dette spor indeholder temaer som samarbejde og kommunikation, der retter fokus på den subjektive håndtering af arbejdets modsætninger og de emotionelle aspekter som sætter subjektiviteten under pres. Læger indgår i løbet af en arbejdsdag i forskellige typer samarbejdsrelationer både med patienter, pårørende og med kolleger på tværs af faggrupper såsom sygeplejersker, fysioterapeuter, sosu-assistenter, diætister etc. samt kolleger indenfor egen profession på tværs af lægelige specialer, afdelinger, hospitaler og sektorer. Samarbejdet består af interaktioner, der fordrer forskellige former for kommunikative og ledelsesmæssige aspekter og stiller dermed komplekse krav til den enkelte læges kompetencer og subjektive orienteringer i forskellige magtrelationer og hierarkier.

De teoretiske perspektiver knyttet til *'Professionalisme og professionel identitet'* (Wackerhausen 2009, Hafferty 2016) og *'Relationer og emotioner i arbejdslivet'* (Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014, McNaughton 2013) hæver abstraktionsniveauet i fortolkningerne, der dels belyser, hvordan den professionelle identitet dannes i de intraprofessionelle og i de interprofessionelle socialiseringsprocesser, dels belyser hvordan emotionsmønstre socialt produceres og reproduceres.

De tre spor er altså både empirisk analytiske og teoriladede spor, der virker som empirisk genererede og informerede teoretiske rammer (Alvesson og Skjöldberg 2009). Analyserne, der præsenteres i afhandlingens næste del, er struktureret i de tre spor, jeg som forsker har konstrueret, men fremstår i øvrigt i kraft af den struktur, fortællingerne er ordnet efter i de biografiske interviews. Dermed skabes der rum for at demonstrere sammenhængen mellem identitetsudvikling og de narrative passager:

> There is a very deep relationship between the identity development of an individual and her or his narrative renderings of life historical experiences […]

> By recollecting one's own past in autobiographical story telling of certain phases and episodes of life or in narrating the life history as a whole, the narrating individual conveys a basic order and identity structure to her or his life that is lived and experienced up to now and is expanding into the future still to come (Schütze 2008, p. 163).

En autobiografisk fortælling reflekterer således en særlig orden i kraft af den måde, fortælleren fortæller sin fortælling på, der i via sin strukturering afspejler identitetsudviklingen, der *netop* bliver synlig i *kraft* af den orden, fortælleren skaber igennem fortællingen:

> She or he is the biography incumbent or the carrier of the history (or story) of her or his own life, and by telling it, or at least episodes of it, she or he is bestowing it with an elementary and systematic layer of meaningful order – offering a partial integration of chunks of meanings originally stemming from the formerly actually ongoing involvements within the concatenation of life-historical events themselves. The meaningful order of one's own life history has at its centre the unfolding of one's own biographical "gestalt" of concatenated and coexisting life historical processes (Schütze 2008, p. 164).

Jeg har derfor valgt at fremstille den indre orden i selve analysen så uredigeret som muligt efterfulgt af en teoretisk fortolket opsamling. Således fremstår identitetsprocesserne gestaltet via fortællingens egen orden, uorden, brud og sammenhænge så tydeligt og gennemsigtigt som muligt. Dermed er forskningsprocessen transparent og det vil være muligt som læser, at foretage alternative fortolkninger, der be- eller afkræfter mine fortolkninger. Således illustreres det, at der ikke er tale om én sandhed, men om forskellige mulige fortolkningsperspektiver (Alvesson og Skjöldberg 2009). For hver deltager har jeg udvalgt et narrativ, der reflekterer det centrale budskab i fortællingen i en kondenseret form, der refererer til interviewet som helhed og ikke blot de enkelte dele, sekvenser og fragmenter. Således repræsenterer narrativet hovedbudskabet i fortællingen i de analyser, som præsenteres i afhandlingens næste del.

Del III – Analyser

Posedamen

Hun var posedame
og mindede mig om noget
jeg ved ikke hvad
men det rørte mig

Jeg passede på hende
holdt nøje opsyn

Checkede igen og igen

Alarmen gik og jeg viste hvor
der var hjertestop

Kunne jeg have gjort mere?

Under hjertemassagen
knækkede ribbene
som de ofte gør
hos ældre

Lige efter huskede jeg kun lyden
af ribbenene der brækkede

og brækkede mig i vasken

Marie Louise Malmstrøm, Stregkoden og andre kitteldigte, 2012. Gengivet med tilladelse fra forfatteren.

Kapitel 6. Portrætter og udvælgelse

I dette kapitel præsenterer jeg først de deltagere, afhandlingens samlede empiri og analyser bygger på via 16 portrætter, der er kondenserede analyser af de uddannelsessøgende lægers uddannelsesforløb og af deres hovedvejlederes perspektiver på vejlederfunktionen. De kondenserede analyser er lavet med fokus på at opsummere hovedbudskabet i fortællingerne, der er fremstillet via de forskellige typer af interviews og observationer. Således gives alle deltagerne stemmer, der illustrerer bredden i det empiriske materiale samt de forskelle og ligheder, der er i deltagernes fortællinger. Sidst i kapitlet beskriver jeg mine udvælgelseskriterier for valg af de uddannelsesbiografier, jeg fremstiller i afhandlingens næste kapitel.

6.1 De 16 deltagere

De otte uddannelsessøgende læger jeg har interviewet, er alle i gang med deres hoveduddannelse til at blive speciallæger indenfor medicin, kirurgi, patologi og anæstesiologi. Der er to uddannelsessøgende læger indenfor hvert af områderne, der er deltagere i forskningsprojektet. Den ene i første del af sin hoveduddannelse og den anden i sidste del af hoveduddannelsen. De har alle som en del af den lægelige videreuddannelse haft ansættelser på forskellige afdelinger på tværs af de lægelige specialer og deres erfaringer med vejledning, er skabt i mange forskellige kontekster. Analyserne reflekterer dermed ikke blot det enkelte speciale, men reflekterer de uddannelsesforløb de yngre læger har gennemgået frem mod opnåelse af speciallægeanerkendelse.

I den samlede gruppe af yngre læger er der ingen, hvis forældre selv er læger. To af de uddannelsessøgende læger har forældre, der har gennemført en lang videregående uddannelse. Resten har forældre, der har korte eller mellemlange videregående uddannelse og enkelte forældre har en håndværksmæssig baggrund. Fem af de uddannelsessøgende læger har børn og erfaringer med at uddanne sig, gøre karriere og samtidig udfylde en jobfunktion, imens de danner deres familie.

De otte hovedvejledere jeg har interviewet, er af varierende alder og anciennitet. Nogle har været hovedvejledere i mange år og andre er kun lige selv ble-

vet speciallæger og har kun meget lidt erfaring med vejlederfunktionen. Vejlederne kommer fra de samme specialeområder, som de yngre læger, men kan have andre subspecialiseringer og faglige interesseområder. Her følger en oversigt over afdelinger og deltagere samt en præsentation af de enkelte deltagere:

Tabel 8. Oversigt over deltagere i Region Øst

Afdeling	Uddannelsessøgende		Hovedvejleder	
Patologisk	Peter	Sidste del af hoveduddannelsen	Marianne	7-8 års erfaring som hovedvejleder
	Dorthe	Første del af hoveduddannelsen	André	Ca. 5 års erfaring som hovedvejleder
Medicinsk	Hanne	Sidste del af hoveduddannelsen	Jørgen	10-12 års erfaring som hovedvejleder
	Rasmus	Første del af hoveduddannelsen	Emilio	Ca. 2 års erfaring som hovedvejleder
Anæstesiologisk	Nina	Sidste del af hoveduddannelsen	Helene	Knap 1 års erfaring som hovedvejleder
	Louise	Første del af hoveduddannelsen	Stefan	Ca. 1,5 års erfaring som hovedvejleder
Kirurgisk	Adam	Sidste del af hoveduddannelsen	Henrik	15-20 års erfaring som hovedvejleder
	Signe	Første del af hoveduddannelsen	Per	Ca. 6 års erfaring som hovedvejleder

Portrætter af de uddannelsessøgende læger

De samlede analyser af den del af empirien, der vedrører de uddannelsessøgende læger er baseret på de otte yngre læger, der har deltaget. Jeg vil introducere dem her.

Peter: *'Jeg gider ikke forsvare noget, jeg ikke synes, skal forsvares…'*

Peter er en yngre læge på en patologisk afdeling i sidste del af sin hoveduddannelse og tæt på at blive speciallæge. Han er gift og har et barn. Han er afklaret omkring sin videre karriere og sine fremtidsudsigter i specialet, der har rekrutteringsproblemer. Dermed har han en privilegeret position, hvor fokus har været på at beslutte, hvor han har mest lyst til at blive ansat som speciallæge og oplever således ikke pres på sine fremtidsudsigter i specialet. Peter

har under sit uddannelsesforløb gennemført en ph.d. Han har været hovedvejleder for én yngre læge og har vejledererfaring derfra.

Peter valgte at læse medicin ud fra en bred naturvidenskabelig interesse og ikke ud fra et egentligt professionsideal – eller en drøm om at blive læge. Mødet med klinikken efter studiet var ikke en positiv oplevelse for Peter. Det skyldtes, at han oplevede et system, han ikke, synes var rimeligt hverken overfor patienterne eller overfor ham selv – og som stred imod hans værdier: *'…det er tungt, og jeg synes, at der sker frygteligt mange fejl hele tiden. Og det er sådan lidt tungt system, og jeg synes, det er meget svært at... Altså, man kan ikke tage ansvaret på sig, fordi altså det kører bare. Og det er der så ingen, der gør, rigtigt tager ansvaret på sig, og så flyder det bare'.*

Samtidig oplevede Peter læringsmiljøet som negativt i form af at vejledning var svært tilgængelig i klinikken i kraft af, at der ikke var formaliseret adgang til supervision: *'…og du skal tåge rundt på gangene eller sådan et eller andet og vente på, at der er nogen, der åbner døren, sådan så at du lige kan smutte ind imellem, at de har patienter'.* Peter oplevede endvidere, at der slet ikke var et reelt uddannelsesfokus, men at han blot blev parkeret som arbejdskraft. Peter kunne ikke – og ville ikke forsvare det system, han oplevede i klinikken. Det fik ham til at søge mod de parakliniske specialer, hvor han ikke skulle forsvare systemet og repræsentere professionens offentlige ansigt i mødet med patienter og pårørende samt hvor vejlederne var tilgængelige, så han ikke skulle stå 'med hatten i hånden' for at få supervision.

Den formelle vejledning har aldrig haft nogen særlig betydning for ham igennem hans uddannelsesforløb. Han oplever den som kunstig i og med der ingen relation har været imellem ham og hovedvejledere forstået således, at hovedvejleder og uddannelsessøgende læge ingen relation har i det daglige og ikke deler et konkret arbejdsfællesskab. Det betyder at hovedvejlederen ikke har haft noget reelt kendskab til ham: *'…der [ikke] havde set mig og følt mig og lært mig at kende'.* Dermed bliver den formelle vejledning kunstig og akavet og opfylder kun en dokumenterende funktion i uddannelsesforløbet: *'Jeg synes nogle gange, det er lidt sådan papiret for papirets skyld'.*

Dorthe: *'Man var vel ikke opgivet, men det var bare ikke prioriteret…'*
Dorthe er en yngre læge i begyndelsen af sit hoveduddannelsesforløb på en patologisk afdeling. Hun har en kæreste og ønsker at få børn på sigt. Dorthe

ønsker ikke at gennemføre et ph.d.-forløb og behøver det heller ikke i forhold til sin fremtidige karriere, da specialet mangler speciallæger. Hun har erfaring som uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL), men har ikke været hovedvejleder for andre yngre læger.

Dorthe valgte at læse medicin ud fra en bred interesse for at arbejde med mennesker og for at hjælpe mennesker. Der er ingen akademiske traditioner i hendes familie og heller ingen, der arbejder i sundhedsvæsenet, så det var ikke umiddelbart med i hendes overvejelser eller fremtidshorisont, at skulle blive læge. Hendes karakterer var høje og derfor var der nogle, der foreslog, at hun skulle læse medicin og det fik hende til at arbejde i den retning.

Dorthe vidste allerede tidligt på studiet, at hun skulle være parakliniker. Det skyldes en interesse for obduktioner og en fascination for selve 'detektivarbejdet' med at undersøge organerne for at finde ud af, hvorfor patienter er syge. For Dorthe var mødet med klinikken efter studiet præget af at føle sig fagligt isoleret: *'…man var meget alene og handlede meget alene, og så måtte man gå i instrukser og se, og slå op i bøger og... ja se, om man kunne finde en eller anden, der kunne hjælpe […] så sidder du i et ambulatorie, du kan selvfølgelig ringe efter hjælp, men ellers sidder du meget i et ambulatorie, eller nede i skadestuen, hvor du render rundt helt alene. Måske er der en overlæge, måske kommer der en mellemvagt ned en gang imellem, eller du kan ringe efter dem. Så går du stuegang, der sidder måske en overlæge som også går stuegang, måske går du stuegang helt alene'.*

De store afdelinger er med til at forstærke Dorthes oplevelse af isolation, da de enkelte kolleger ikke ved, hvem hun er og hun forveksles med de medicinstuderende. Hun er ikke rigtigt en del af det kollegiale fællesskab, relationerne er upersonlige og hun føler sig ikke anerkendt og prioriteret som lærende subjekt i afdelingen: *'…jeg havde vel været der nogle måneder på det tidspunkt. Så man er bare en i mængden på de der afdelinger […] De føler ikke på samme måde et ansvar for uddannelsen, tror jeg, når ikke… altså hvis man bare er en i mængden…'.*

Dorthe siger selv, at det kan have spillet en rolle prioriteringsmæssigt i afdelingerne, at hun ikke skulle blive indenfor de medicinske og kirurgiske specialer, men havde valgt paraklinikken. Dermed kan vejlederne have haft mere interesse i at prioritere de uddannelsessøgende læger, der var mere motiverede for det medicinske eller kirurgiske speciale: *'Jeg vidste jo også godt, at jeg ikke skulle være ortopædkirurg så, han gjorde måske heller ikke så meget ud af det. Det kan godt*

være, det havde været noget andet, hvis jeg havde sagt, jeg skulle være hardcore ortopædkirurg, at han så havde presset lidt mere på for at få mig med på operationsgangen'.

I det patologiske speciale er man tættere på sine kolleger i dagligdagen og adgangen til vejledning er lettere tilgængelig. Dorthe fremhæver et mindre miljø som befordrende for adgangen til vejledning: *'Så har alle et eller andet fælles ansvar for at få en igennem, og få lært, selvfølgelig er det mit eget ansvar, at jeg får lært det, jeg skal, men at de andre også gerne vil hjælpe og få vejledt og guidet mig hen den vej, jeg skal, mere end på en stor klinisk afdeling, hvor man går i vagter og ikke ser hinanden'.*

Den formelle vejledning har ikke haft nogen særlig betydning for hende igennem hendes uddannelsesforløb. Det har mest handlet om at få underskrifter, der typisk er givet én bloc ved afslutning på ansættelsen og som en bureaukratisk dokumentationsopgave uden subjektiv betydning: *'…der er igen alle de der papirer, man skal underskrive i tide og utide'.*

Hanne: *'Det er meget svært at bedømme sig selv…'*

Hanne er en yngre læge på en medicinsk afdeling i sidste del af sin hoveduddannelse og tæt på at blive speciallæge. Hanne er gift og har tre børn. Hun oplever et krydspres imellem sit familieliv og arbejdsliv i forhold til at positionere sig til sin fremtidige karriere som speciallæge og samtidig have tid til familien. Dette udfordres af, at hun har lang transporttid og samtidig må forske i sin fritid. Hun overvejer at gå ind i et ph.d.-forløb for at få mere tid til familien samtidig med, at hun kvalificerer sig til sin fremtidige karriere – ikke fordi hun er drevet af en egentlig forskningsinteresse, men som en løsning på at mindske det krydspres, hun oplever. Hanne har erfaring som hovedvejleder for tre yngre læger, hun har vejledt og hun har fungeret som tillidsrepræsentant igennem sit uddannelsesforløb.

Hanne valgte at læse medicin ud fra en interesse for kommunikation og pleje og at valget endte på medicin, var primært styret af hendes sociale relationer, som hun fulgte i studievalget. For Hanne var mødet med klinikken efter studiet meget brat på den måde, at hun arbejdede usuperviseret og følte sig fagligt isoleret og alene: *'Det er jo vildt frustrerende, ikke? Altså. Man bliver skidebange, ikke? Fordi du står jo virkelig med ansvaret for en eller anden patient som potentielt er smadderdårlig og… Du er både… altså kan være bange for at skulle ringe op til en sur bagvagt og du kan være bange for ikke selv at kunne behandle patienten nok'.* Hannes samlede uddannelsesforløb er karakteriseret ved mangel på supervision, feed-

back og direkte observation. Det betyder, at Hanne grundlæggende er usikker på, om hun er dygtig nok til sit arbejde og har de kompetencer, hun uddannelsesmæssigt skal have.

Den formelle vejledning har ikke nogen særlig betydning for hende. Det er hendes vurdering, at ingen af de hovedvejledere, hun har haft, har været i besiddelse af de nødvendige uddannelsesmæssige forudsætninger og pædagogiske kvalifikationer til at foretage egentlig kompetencevurdering og dermed give hende de tilbagemeldinger på sit faglige niveau, som hun gentagende, har bedt om. Hun oplever vejledningen som substansløs, da den ikke er baseret på konkrete observationer af det kliniske arbejde: *'Jeg kunne godt tænke mig at få at vide noget mere… men det skulle du have gjort bedre, ikke? Fordi tit så har jeg jo bare fået at vide, men det er fordi, at du har gjort det godt. Eller… Men det er jo sådan lidt uspecifikt og også en nem måde at… at vejlede, ikke?'*

Rasmus: *'Jeg har meget stærkt indtryk af, at jeg ikke er så hurtig som de andre…'*

Rasmus er en yngre læge i begyndelsen af sin hoveduddannelse på en medicinsk afdeling. Han har kone og to små børn. Rasmus oplever et krydspres imellem sit familieliv og sit arbejdsliv i relation til at positionere sig til sin fremtidige karriere. Han forsker i sin fritid, har lang transport mellem sit hjem og arbejde og føler sig presset i forhold til arbejdets tempo. I forhold til sin fremtidige karriere, er Rasmus i tvivl om det specialevalg, han har gjort er det rigtige og er aldrig blevet vejledt i forhold til at træffe sit valg. Rasmus har ikke lavet ph.d. og heller ikke været hovedvejleder for andre yngre læger igennem sit uddannelsesforløb.

Rasmus har, helt fra han var barn, gerne ville være læge. Han tog dog først en beslægtet uddannelse, da han ikke helt turde tro på, at han var klog nok til at læse medicin. Rasmus kunne i mødet med klinikken efter studiet trække på erfaringer fra et vikariat, sin tidligere uddannelse samt erhvervs- og ledelseserfaring, så han var godt rustet til at stå på egne ben i klinikken. Hans postgraduate forløb startede på et mindre sygehus, hvor man kendte hinanden og arbejdede geografisk tæt i hverdagen, hvilket gav ham god adgang til vejledning. Det står i kontrast til de store sygehuse, han arbejder på i dag, hvor der er mange læger, men hvor man ikke kender hinanden og hvor der ikke er nærhed.

Rasmus betegner det lægelige arbejdsliv som ensomt med begrænsede muligheder for faglige og sociale fællesskaber. Endvidere karakteriserer han læringsmiljøet som nådesløst, utaknemmeligt og kynisk i forhold til, at man langt hen af vejen er overladt til sig selv uden kollegial støtte, vejledning og supervision i forhold til patientbehandlingen og de uddannelsesmæssige udfordringer, man møder: *'Og det… Er sådan lidt utaknemmeligt ikke? Sådan… eller lidt nådesløst. At man… at man får de patienter, ikke? Nå men så sådan hurtigt, så tager jeg fra stue et til stue seks. Så tager du fra stue seks og til stue tolv, ikke? Eller… Hvor jeg siger, så kan man sige, det lyder som mange. Men jeg vil selvfølgelig gøre, hvad jeg kan, ikke? Og så kan man så blive spurgt: 'Hvor langt er du nået?', 'Jamen jeg nået der til.' 'Nå, det var ikke langt. Nå du må se at rubbe neglene, ikke?' Altså. Det er ikke… Der er ikke så meget omsorg med:… 'Nå, hvad… hvad er der noget, du synes er svært ved den patient eller kan jeg gøre noget..'*.

Den formelle vejledning finder han ingen betydning eller støtte i – tværtimod repræsenterer den for ham en ekstra opgave i forhold til håndtering af de formelle dokumenter, udarbejdelse af uddannelsesplaner mm. der ingen praktisk betydning har for ham: *'Jeg synes, det er kunstigt, tåbeligt…'*. Rasmus' udfordring er, at han arbejder med stor grundighed og omhu – hvilket kolliderer med kravene til arbejdets tempo i forhold til patientbehandlingen. Det får han ingen uddannelsesmæssig støtte til at håndtere, hverken i den uformelle eller formelle vejledning.

Nina: *'Jeg er sådan en, der godt vil gøre tingene selv…'*

Nina er en yngre læge på en anæstesiologisk afdeling i sidste del af sit hovedforløb og tæt på at blive speciallæge. Nina har mand og børn. Hun trives i det speciale, hun har valgt, som hun oplever passer perfekt til hendes temperament. Som nyuddannet læge havde hun dog et helt andet billede af sit fremtidige specialevalg, men mødte en vejleder, der hjalp hende til at se, at anæstesien ville være perfekt for hende – selv om han selv, kom fra et andet speciale. Efter råd og støtte fra en anden vejleder har hun gennemført en ph.d. igennem sit uddannelsesforløb for at kunne sikre sin karriere i specialet. Hun har ikke selv erfaring som hovedvejleder for andre yngre læger.

Nina ønskede ikke at læse medicin, men drømte i stedet om at blive dyrlæge. Hun ønskede slet ikke at læse på det tidspunkt i sit liv og betegnede sig selv som umoden: *'Jamen jeg ville egentlig ikke læse medicin. Jeg ville læse til dyrlæge… men jeg skulle søge noget mere. Og jeg ville sådan set slet ikke ind at læse på det tidspunkt.*

Men det mente mine forældre, jeg skulle. Så de skrev en ansøgning for mig, så skrev jeg under'. Nina begyndte først at interessere sig for studiet på de sidste semestre, hvor fagene var mere konkrete og hun tydeligt kunne se, hvad hun kunne bruge dem til. Klinikopholdene under studiet var en udfordring for hende, for hun havde svært ved at acceptere det læringsmiljø, hun mødte og den perifere position, hun som studerende havde i de kliniske afdelinger: *'Jeg deltog ikke ret meget. Fordi det er nok også, lidt den jeg er. At det der med, at man skulle hægte sig på en og man skulle hele tiden sørge for at komme med og de gad egentlig ikke have en med og gad egentlig ikke forklare og blev irriterede, hvis der var noget, man ikke vidste […] det… synes jeg var for nedværdigende og det synes jeg faktisk ikke, jeg ville bruge min tid på'*.

Nina handler selvstændigt og autonomt – orienteret mod, hvad hun subjektivt kan finde mening i: *'Jeg er nok ikke ret god til at blive sat i bås og i rammer og du skal gøre sådan her, hvis jeg ikke kan se meningen med det. Og der var meget af det der, som jeg synes, jeg ikke helt kunne se meningen med'*. Overgangen fra medicinstudiet til klinikken passede Nina godt. Der var ikke rigtig nogen supervision og hun kunne gøre tingene på sin egen måde. Igennem sit samlede uddannelsesforløb har Ninas syn på vejledere været ambivalent. På den ene side har hun mødt nogle vejledere, der er rollemodeller for hende i dag og har haft en stor betydning i forhold til hendes uddannelsesforløb, specialevalg og fremtidige karriere. På den anden side opfatter hun vejledere som nogle, man kun har behov for, hvis man har problemer og ikke selv kan løse dem. Nina vil gerne gøre tingende selv – og selv løse sine problemer: *'Jeg fungerer fint og jeg har ingen problemer og de problemer jeg får - dem klarer jeg selv'*.

Betydningen af den formelle vejledning er i Ninas optik lav. Den uformelle vejledning og supervision har en større betydning. Hendes erfaringer er dog, at det igennem hendes uddannelsesforløb har været svært at få supervision – at vejlederne ikke har været tilgængelige. Nina vil ikke 'stå med hatten i hånden' – det synes hun er nedværdigende og har derfor klaret sig med et minimum af supervision. Dog har hun oplevet én afdeling, hvor der var tilgængelig supervision, hvilket hun lærte utrolig meget af.

Ellers er hendes læringsstrategi, at hun selv styrer tingene med stor autonomi, men har brug for feedback, så hun ved, når noget ikke er godt nok: *'Jeg er sådan en, der godt vil gøre tingene selv og køre mit eget løb, altså… Uden at det skal køre for skævt, ikke? Og folk så kommer og siger, når der er noget galt, ikke?'* Hun udfordres

af, at hun ikke får den feedback, hun skal bruge til at justere sine handlinger og lære fra: *'Og det er faktisk det, jeg synes, er det dårligste i vores uddannelse. Det er, at folk er enormt dårlige til at komme og sige, hvis man har gjort en fejl. Fordi det er egentlig det, jeg helst vil vide. For jeg har ikke lyst til at lave den igen. Og det er det, jeg lærer noget af'*.

Louise: *'Det er et holdningsspørgsmål, tror jeg…'*

Louise er en yngre læge i begyndelsen af sin hoveduddannelse i anæstesi. Hun er single uden børn og har igennem sit uddannelsesforløb været aktiv fagligt og socialt i foreninger og udvalg. Under sit uddannelsesforløb har hun arbejdet som læge i militæret og været udstationeret forskellige steder i verden. Hendes specialevalg er i vidt omfang baseret på, hvor hun kunne finde et læringsmiljø, hun kunne være tilfreds med. Louise har ingen aktuelle planer om at lave en ph.d. og det lykkedes hende at få sin hoveduddannelsesstilling uden, da den uddannelse, hun har fået i militæret kvalificerede hende massivt i forhold til alle 7 lægeroller. Hun har ikke selv erfaring som hovedvejleder for andre yngre læger.

Kimen til Louise valg af medicinstudiet blev grundlagt i hendes barndom, hvor hun fortalte til sin mor, at hun ville være sygeplejerske. Louises mor, der selv arbejder som SOSU-assistent sagde, at så kunne hun lige så godt læse to år mere og blive læge. Under studiet var Louise meget kritisk overfor klinikopholdene, da hun ikke oplevede, at hun blev inddraget i arbejdet og i de fællesskaber, der var: *'…meget af tiden, der gik man bare ligesom med og de var lidt ligeglade, om man var der eller ej'*.

Mødet med klinikken efter studiet var også en skuffelse for Louise. Hun var højt motiveret og ville gerne lære. Hun mødte i klinikken et fravær af uddannelsesfokus og af manglende kollegial støtte: *'Og vi blev sat til at gå stuegang. Jeg kunne godt gå stuegang på en hel gruppe, selv. Og det kan godt være lidt svært, når man ikke lige, når man er ny. Og selvfølgelig føler man sig forladt nogle gange, fordi når man fx var på en afdeling, hvor der var to grupper og så sidder der en overlæge og går stuegang for den ene gruppe og man har selv den anden. Og når han er færdig, så går han bare over på sit kontor, i stedet for lige at hjælpe en færdig, ikke? Så der manglede jeg noget, sådan… Altså noget kollegialitet, synes jeg, eller noget et eller andet. Eller måske… måske noget villighed til faktisk at undervise undervejs'*.

Konsekvensen blev, at Louise ikke orkede at være på sygehusene og trængte til en pause fra hospitalsverdenen. Hun tog derfor en stilling i militæret, hvor hun arbejdede som læge. Her oplevede hun for første gang i sit arbejdsliv stor anerkendelse og samtidig et stort fokus på uddannelse. Hun fik en masse uddannelse, kom på kurser og udviklede sig fagligt og personligt i det halvandet år, hun var i militæret. Derefter valgte hun anæstesien som speciale, for her passede rammerne og organiseringen omkring uddannelsen bedre til hende.

I forhold til den formelle vejledning igennem sit uddannelsesforløb har Louise oplevet stor forskel på hovedvejledernes engagement i vejledningen: *'Og så blev Stefan [nuværende hovedvejleder] så min vejleder. Og han er jo virkelig engageret. Altså det er første gang, jeg har oplevet en, der faktisk selv kigger i vagtplanen og finder ud af, hvornår vi er der samtidig, så vi kan holde et møde, ha. ha. Og ville også have prøvet, om vi kunne få nogle vagter sammen. Men det kan så ikke lade sig gøre, altså. Han… Han går meget op i det. […] Det synes jeg da, er rart. For det tager ligesom lidt af byrden. Væk fra mig, at man skal sørge for det der hele tiden, ikke? …Ja og også lidt… Altså det gør også, at jeg tager mig lidt mere sammen, ha, ha, ha. […] Fordi… altså ved at han faktisk går op i det, ikke? Det er jo… Det er ikke sådan noget med ej, men det skal du nok og den skriver du… den skriver du lige under på. Altså jeg skal faktisk kunne mine ting, ikke? Det synes jeg, da også er rart. At der bliver stillet nogle krav. Så det er jeg… det er jeg faktisk rigtig glad for'*. Engagement fra vejlederens side er udslagsgivende for den betydning, Louise knytter til vejledningsprocessen.

Adam: *'Det hele har flasket sig for mig…'*

Adam er en yngre læge i sidste del af sin hoveduddannelse på en kirurgisk afdeling og bliver snart færdig som speciallæge. Han har kone og børn og er rimelig afklaret omkring sin fremtidige ansættelse som speciallæge og videre karriere. Han er ph.d. og forsker i sin fritid, men det er ikke holdbart i længden af hensyn til familien og han er i samarbejde med sin hovedvejleder i gang med at skabe sig en stilling, hvor han kan forske i noget af arbejdstiden, så han ikke skal opleve krydspres mellem familielivet og arbejdslivet. Adam har erfaring med forskningsvejledning og har også været hovedvejleder for to yngre læger.

Adam var tidligt afklaret omkring, at han ville læse medicin. Begge hans ældre søskende læste medicin og han var ikke i tvivl om, at det var den vej, han også skulle gå. Samlet oplever Adam sit karriere- såvel som uddannelsesforløb som optimalt. Hans vurdering er, at der ikke er noget, han ville have ønsket ander-

ledes eller ville gøre om: *'Jeg har haft… ideelle forløb... Jeg kunne ikke have ønsket mig bedre'*. For Adam har det udslagsgivende været, at han har fået vejledning i forhold til, hvor det var optimalt at få sine ansættelser henne, i forhold til at kunne lave så mange operationer som muligt og derved få så meget erfaring, som muligt: *'Det handler meget om at være strategisk i forhold til, hvor man får sine ansættelser'*. I de postgraduate stillinger Adam har haft, har han fået meget supervision og har på den måde kunne kvalificere sine erfaringer. Han vurderer det selv som en kombination af strategi og pragmatisme, men ved også, at det ikke er et 'typisk' forløb: *'Jeg har været afsindig heldig med mine forløb…'*.

Vejledningsmæssigt har Adam også været tilfreds igennem det samlede uddannelsesforløb: *'Jeg har været heldig med mine vejledere hele vejen. Det betyder noget. […] De steder hvor det sådan ligesom har betydet noget, har jeg haft nogle gode… Jeg har haft nogle gode mentorer […] der var også en overlæge, der tog sig af mig. Det betyder utroligt meget for, at man får vakt interessen. Man er jo sådan en, man skal bare lige roses lidt, så… hhhrrrrouggh lystrer man jo. Det… Det tror jeg, det betyder meget, det der med at få… få ros. Det tror jeg… Det tror jeg, jeg vil tage med til andre, hvis jeg skal vejlede andre. Den der… Det… Det har været kendetegnende for dem, jeg har haft, at de har sørget for at pinpointe de gode ting Altså det har også gjort, at man har vokset med opgaven…'*. Adam fremhæver anerkendelse som centralt for at stimulere motivation, selvtillid og faglig udvikling i hans eget uddannelsesforløb og som noget, han som vejleder af andre, selv vil lægge vægt på.

Den formelle vejledning manifesteret af læringsmål, uddannelsesplan og skemaer, har ikke nogen stor subjektiv betydning for Adam: *'Man bliver vægtet benhårdt på ét, forskning, to operationer. Alt hvad der kommer der efter det, er bløde værdier, har jeg sådan lidt indtrykket af'*. Hovedsageligt opfatter han den formelle del som dokumentation for, at man kan sine minimumskompetencer, selv om han siger, at underskrifterne i sig selv ikke er en garanti: *'Der er også eksempler på nogle, der er kommet igennem, ha, ha, jo, uden at det nødvendigvis… og har lavet meget, men hvor kvaliteten måske ikke har været så god'*. Adam nævner i den forbindelse, at der er en del kolleger, han ikke ville lade sig operere af: *'Dem er der mange af. Eller… Der er nogle… Jamen… Ja. Det er en del af det. Det er en del af det. Sådan er det i kirurgi, altså det er…, ja…. Det… Det er jo heldigvis, ikke så mange udenfor faget, der ved det'*. Dette påvirker Adams syn på den formelle vejledning negativt og han skaber sine egne subjektive kriterier for at bedømme sine egne kompetencer.

Signe: *'Jeg vil hellere ringe og være den usikre, end jeg vil lave noget skod…'*

Signe er en yngre læge på en kirurgisk afdeling i første del af sin hoveduddannelse. Hun er single uden børn og hun drømmer om en fremtidig karriere på Rigshospitalets traumecenter. I både sit præ- og postgraduate uddannelsesforløb, har hun været i udlandet og arbejde som læge. Signe har ingen planer om at lave en ph.d. og håber, at det ikke bliver nødvendigt i forhold til karrieren: *'Der er nogle, der sidder meget på deres kontor og forsker og andre, der opererer. Og det tror… Jeg bliver nok det sidste'.* Hun har ikke været hovedvejleder for andre yngre læger.

Signe har vidst så længe hun kan huske, at hun ville være læge: *'Jeg var klædt ud som læge til fastelavn, da jeg var 8 år. Jeg var helt sikker på, at det var… at det var der, jeg skulle ende'.* Signe betegner sig selv som perfektionistisk 12-tals pige med alt, hvad der følger af høje krav til sig selv, usikkerhed og præstationsangst. For Signe var mødet med klinikken efter medicinstudiet hårdt – selv om hun havde været i et u-land og arbejde som læge og samle klinisk erfaring og faglig selvtillid: *'Så dels så lige at leve op til det ansvar… og træffe beslutninger og stå til… stå til ansvar for hver… for alting man har gjort næste morgen. Og møde de der kritiske overlæger…'.*

Som nyuddannet KBU-læge på et provinshospital, som Signe ikke var imponeret over standarden af, blev hun hurtigt mellemvagt og skulle varetage et større ansvar: *'…hvor jeg startede som forvagt og efter to måneder så blev jeg mellemvagt deroppe og så er man jo alene i huset med sin forvagt fra klokken fire om eftermiddagen til klokken otte næste morgen med 2 mdrs. Erfaring […] I forvejen er det jo skidt… Altså jeg ville ikke selv have mine bedsteforældre indlagt deroppe, vel? Fordi det er for provinsagtigt, ikke?'* Signe sørgede for at sikre, at præmisserne for hendes funktion blev afstemt og afklaret, så rammerne var i orden og hun ikke behøvede at føle sig unødig utilstrækkelig eller usikker: *'Og jeg gad ikke være nitten, de ikke gad være på vagt med, fordi at der blev… jeg blev… ville tydeligvis ringe flere gange end en, der havde to års mere erfaring, ikke? …Så det brugte jeg en del tid på at snakke med dem om. Hvilke præmisser jeg skulle være mellemvagt under. …Både om bagvagten kunne være der i længere tid om aftenen og præmissen for, at kunne kalde ind og sådan nogle ting, ikke?'.*

Signes erfaring med vejledning igennem sit uddannelsesforløb er blandede. Den formelle vejledning manifesteret i form af vejledersamtalerne repræsenterer for Signe ikke nogen særlig betydning og sker typisk som ad hoc vejled-

ning knyttet til kliniske aktiviteter. I det speciale, hun er i foregår vejledningen primært uformelt som en del af arbejdet på operationsstuen, mellem operationer eller efter operationer – med en konkret operation som det helt centrale fokus. Her er tillid afgørende for, hvem Signe ønsker at få vejledning af.

De formelle dokumenter og logbogens mål oplever hun som flyvske – og urealistiske fx i forhold til hvordan hovedvejlederen skal kunne vurdere patientkommunikation uden nogensinde at observere hende, når hun kommunikerer med patienter i skadestuen. Der mangler, ifølge hende, et konkret arbejdsfællesskab mellem de uddannelsessøgende læger og hovedvejlederne. Signe oplever udfordringer i forhold til supervision i de tilfælde, hvor hun er på vagt med en senior læge, hun ikke vurderer, har et fagligt niveau, der kan sikre en vellykket operation. Hun oplever, at det ikke er alle vejledere, der kirurgfagligt set er dygtige nok og dermed ikke kan give den supervision, der er brug for: *'Altså jeg må være ærlig at sige, at der er mange her, der ikke består 'mormortesten'. Hvor hvis det var min mormor, der lå her, så skulle de i hvert fald ikke røre hende med en skalpel, ikke?'*.

Portrætter af hovedvejlederne

De samlede analyser af den del af empirien, der vedrører hovedvejlederne er baseret på de otte vejledere, der har deltaget. Jeg vil introducere dem her.

Marianne: *'Det har ikke været så belastende…'*

Marianne er overlæge på en paraklinisk afdeling og er Peters hovedvejleder. Hun har 7-8 års erfaring som formel vejleder og har været på vejlederkurser. Marianne siger overordnet om funktionen som hovedvejleder: *'For det meste har jeg synes, det var… var udmærket... og det… det har ikke været så belastende'*. Den optik Marianne beskriver sin funktion som hovedvejleder igennem, er primært i forhold til, hvor mange ressourcer den kræver af hende som hovedvejleder: *'…Altså de fleste forløb jeg har haft, har det været, dels har det fungeret ret gnidningsløst og fint og det har ikke været sådan belastende med hensyn til tid eller… eller noget andet'*.

Marianne er omhyggelig i forhold til at anvende de formelle uddannelsesdokumenter, selv om hun grundlæggende, er kritisk overfor 'systemet', anerkender hun samtidig et behov for dokumentation: *'Det er jo noget tungt system, ikke? Men… men der bliver jo nødt til at være en eller anden form for dokumentation, det er jeg*

jo godt klar over, ikke?… Ja. Jo, jo, det… det synes jeg. Måske… altså nogle af de der bilag, ikke? De der A, B, C, de der bilag, ikke? Hvor man skulle krydse af på de her ti punkter, ikke? Det har jo været noget galimatias nogen gange, ikke?'. Marianne opfatter primært sin rolle som hovedvejleder som en kontrolfunktion, der skal sikre, at uddannelsesdokumenterne er udfyldt korrekt og at Peter ikke fagligt falder igennem. Sidste del sikrer hun ved at gå til de daglige vejledere, Peter har og få tilsagn om, hvilke mål hun kan underskrive. Hun anvender ikke formelle kompetencevurderingsredskaber.

Konkret i en vejledersamtale hvor Marianne vejleder Peter, er Mariannes fokus i vejledningen på de formelle krav – som hun oplever som besværlige og delvist som irrelevante og på Peters snarlige overgang til at blive speciallæge, som hun subjektivt finder mere mening i. Hun er opmærksom på Peters følelser, hun spørger ind til hvordan han har det med snart at blive speciallæge, italesætter at overgangen ikke skal opleves for brat for ham: *'chokket må ikke blive for stort for dig'* og siger, at det kan føles grænseoverskridende. Peter glider af på hendes spørgsmål og Marianne kommer ikke ind bag ved Peters afglidende besvarelser. Der er en nogenlunde ligelig fordeling af taletid og ligeværdighed i samtalen, men samtalen har ikke karakter af refleksion over praksis eller fælles udforskning af problemstillinger. Fokus i vejledningssamtalen er fra både Marianne som hovedvejleder og fra Peters side som uddannelsessøgende læge på opfyldelse af de formelle krav.

Derved er fokus rettet direkte mod vejledningen som en kontrollerende funktion og som en form for praktisk planlægningsmøde snarere end at facilitere refleksion hos Peter. Der er fra begges side en ekspliciteret kritik af de formelle uddannelsesdokumenter og det formelle uddannelsessystem i det hele taget i relation til obligatoriske kurser og kravene i det hele taget. Umiddelbart har Marianne svært ved at se meningen med vejledersamtalen og det fremgår også i samtalen med Peter, at de begge grundlæggende ikke tillægger samtalen anden betydning end opfyldelse af de formelle krav. Marianne oplever den formelle vejledning og dens dokumentationskrav som en barriere, selv om hun også prøver at finde subjektiv mening med funktionen.

André: *'Altså i princippet papirerne de bliver… de bliver skrevet for at hjælpe dig, ha, ha. Ikke for, ha, ha, at genere dig…'*

André er er overlæge på en paraklinisk afdeling og er Dorthes hovedvejleder. Han har udenlandsk baggrund. André har 5 års erfaring som hovedvejleder

og har vejledt to andre læger før Dorthe. André har været på vejlederkurser. Andrés fokus er i høj grad på at beskrive vejlederfunktionen i forhold til, hvor mange ressourcer, den kræver af ham som hovedvejleder: *'Jeg har været heldig, fordi altså Dorthe hun er dygtig, må man sige. De to piger, jeg havde før, de var også, ha, ha, meget selvstændige. Så for mig, altså det har været nemt…'.*

André er kritisk overfor de formelle dokumenter og tjeklister, der ikke altid passer til den enkelte uddannelsessøgende læges erfaringer og i hans optik, bliver en administrativ byrde. Han forholder sig kritisk overfor værdien af de formelle krav som kontrolfunktion, hvor de faglige vurderinger tilsidesættes i en dokumentationsoptik: *'…som læge man har sin erfaring, så man kan godt sige om den uddannelsessøgende læge trives eller ej. Uanset hvad der står på papirerne, om man har tjekket, om man har gjort dem, altså lige præcis som… Så på den måde synes jeg… Ja. Det kan være besværligt nogle gange'.*

André anvender ikke formelle kompetencevurderingsredskaber, men benytter sig af uformelle vurderinger fra de kolleger, der deler et konkret arbejdsfællesskab med Dorthe til at bedømme, om hun kan det, hun skal. Det vurderes også tavst og kropsligt baseret på faglige fornemmelser og erfaring: *'I klinikken vi kan også se på den måde man… man bevæger sig, ha, ha, fx. […] Altså det er bare den erfaring, man har… Hvis man er dygtig til… Det er bare noget, man fornemmer. Og tit om man vil eller ej. Altså hvis hun kommer ind med et glas, hun skal vise mig. At selvom jeg ikke er vejleder, så… Altså man fornemmer, hvor meget man… altså man kan'.* I forhold til Andrés opfattelse af sin rolle som hovedvejleder, hvor han har en kontrollerende funktion, er det et succeskriterium for ham, at dem han vejleder, har været dygtige og derved nemme at vejledere vurderet ud fra, at der ikke har været problemer i deres forløb. Hans fokus er på tid og at vejledningsopgaven kan gøres hurtigt i forhold til de øvrige opgaver, André varetager.

I en konkret vejledersamtale, hvor André vejleder Dorthe, har samtalen primært en monologisk form, hvor André taler mest med korte svar fra Dorthe. Det er ikke en samtale, der lægger op til refleksion fra Dorthes side over egen praksis eller fælles udforskning af problemstillinger. Der hvor Dorthe er aktiv, er i forhold til at have ansvar for sine uddannelsesdokumenter og i forhold til at have viden om formelle krav fx obligatoriske kursers placering i uddannelsen og i forhold til at hjælpe med, hvordan dokumenterne skal udfyldes - herunder uddannelsesplanen.

Fokus i vejledningssamtalen er fra Andrés side på opfyldelse af de formelle krav og rammen for samtalen er fuldstændig styret af en tjekliste fra Sundhedsstyrelsen side, hvor hvert punkt gennemgås i rækkefølge og sættes flueben ved før det næste punkt. Derved er fokus rettet direkte mod vejledningen som en kontrollerende funktion og som en form for praktisk planlægningsmøde i forhold til de formelle krav. Udfyldelse af den individuelle uddannelsesplan foregår også uden at igangsætte en dialog med Dorthes interesser og præferencer i centrum, men som en instrumental aktivitet, der skal afkrydses.

Jørgen: *'Det er meget svært at skabe sig et overblik over, hvad den uddannelsessøgende så egentlig kan…'*

Jørgen er overlæge på en medicinsk afdeling og Hannes hovedvejleder. Han varetager en ledelsesfunktion og har nogle særlige uddannelsesfunktioner. Jørgen har 10-12 års erfaring med funktionen som hovedvejleder og trives med opgaven. Jørgen er positiv overfor vejlederfunktionen og de formelle krav, der er knyttet dertil og han siger, at der ikke er noget, han synes er forkert eller mangler i skemaerne.

Imidlertid beskriver han, at det er vanskeligt at vurdere, hvad en uddannelsessøgende læge egentlig kan: *'…Og det tror jeg ikke, er skemaernes skyld. Det er simpelthen fordi, vi har ikke… Vi er ikke så fastlåste i vores uddannelse, så man med sikkerhed opdager hullerne tidligt i forløbet. Vores uddannelse er stadigvæk løs på den måde at vi holder… at vi overvåger. Men der er det ikke altid vi kommer i dybden. Så det synes jeg er en udfordring. Hvis du forstår...'*. Jørgen identificerer problemer med at komme i dybden i forhold til at sikre, at de uddannelsessøgende læger har de kompetencer, vi som samfund forventer, de skal have. Han placerer dog ikke skylden i det formelle uddannelsessystem, men i højere grad i professionen og kulturen, hvor uddannelsen betegnes som *'løs'*.

I en refleksion over en konkret situation med en yngre læge, får han alligevel identificeret nogle mangler i de formelle skemaer, der ikke indfanger alle aspekter af de kompetencer, læger skal have: *'Der er lige en sag i øjeblikket med en uddannelsessøgende, som egentlig har fået godkendt sine kompetencer. Og som egentlig også godt kan det kliniske, men som har meget, meget svært ved at træffe beslutninger. Og hvor falder man lige igennem i vores spørgeskema eller vores skemaer med det, ikke? Det gør man faktisk ikke rigtigt nogle steder. Hvis man kan sin faglighed. Så kommer man igennem. Også selvom man ikke kan træffe beslutningerne. Man kan godt blive fældet i 360 graders evalueringen. Men det er ikke engang sikkert. Fordi det kan godt være svært'*.

Jørgen italesætter en forståelse af faglighed som fænomen, der bryder med hensigten og logikken i den måde, de formelle uddannelsesmæssige krav er formuleret. I hans forståelse, er faglighed snævert defineret indenfor den medicinske ekspertrolle uden skelnen til, at man ikke kan være medicinsk ekspert uden fx at kunne træffe beslutninger: *'Hvis man kan sin faglighed. Så kommer man igennem. Også selvom man ikke kan træffe beslutningerne...'.*

I en konkret vejledersamtale hvor Jørgen vejleder Hanne, bar samtalen mest præg af en planlægningssamtale omkring logistiske og organisatoriske forhold i afdelingen i forhold til Hannes uddannelse. Hanne beder på et tidspunkt Jørgen om direkte supervision og feedback, men Jørgen følger ikke op på det, eller spørger ind til Hannes begrundelse eller læringsbehov.

Emilio: *'Det er derfor, jeg altid starter med den sociale del af det…'*
Emilio er speciallæge på en medicinsk afdeling og Rasmus' hovedvejleder. Emilio har udenlandsk baggrund. Han har et par års erfaring som hovedvejleder og har været på vejlederkurser. For Emilio er kulturen afgørende for arbejdsmiljøet og læringsmiljøet. Dermed ser han også kulturen som udslagsgivende for rekruttering til specialet og afdelingen: *'Miljøet bliver også meget passende. Så tænker du kommer tilbage til det her sted, hvor du arbejdede. Til gengæld hvis du har… hvis der er negativt, negativt du kommer aldrig til… altså'.*

Kulturen, arbejdsmiljøet og læringsmiljøet skabes og påvirkes, i Emilios optik via dialog og forståelse: *'Vi har selvfølgelig mange forskellige generationer nu. […] Der er mange forskellige aldersgrupper. Alle har haft deres kultur og blevet… Så det… det er ikke nemt, men man finder det her fælles interesse. Fælles holdepunkter, synspunkter på de ting. Og det kommer kun ved dialog og så man accepterer hinanden, ikke?'.* Ud over de sociale aspekter, sætter Emilio fokus på, at lægers autoritet og professionens status er blevet forandret gennem tiden og at forventningerne fra patienternes side er anderledes. Læger i Danmark udfører en service med et stort fokus på dokumentation og registrering – der underminerer professionens autonomi og lægers magt.

Emilio oplever kravene til sundhedsprofessioner i form af dokumentation og registrering som en faglig forringelse, hvor fokus i arbejdet forskydes fra de menneskelige relationer og personlig kontakt til dokumentation og registrering af handlinger og ydelser: *'…det kommer på bekostning af det faglige […] Alt det registrering. Når du bliver presset med det der dokumentationssystem. Så du mister det*

fokus om, hvad det drejer sig om. […] Så det man mister det, den mere kontakt og mere menneskelige del af det. Det er relationen en læge eller sygeplejerske til patient'. I den optik mener Emilio også at det pres, der er på de yngre læger, er steget sammen med kravene til dem.

Emilio vejleder primært ud fra de erfaringer, han selv har gjort sig som uddannelsessøgende læge og det, der havde betydning for ham selv dengang: *'Dengang jeg var reservelæge. Jeg ville gerne have den vejleder der siger: 'Ved du hvad du… Du har det… du gør det rigtig godt, bare fortsæt'. 'Eller ved du hvad, der er et lille problem vi skal lige snakke om det'. Det har jeg aldrig haft. Det er derfor jeg siger. Jeg har haft to introduktionsstillinger og jeg vidste ikke, hvor jeg var henne. Før der var en læge der sagde: 'Det går godt, du skal ikke være bekymret. Du skal bare fortsætte'. Og så det der var det der var sådan skub ikke og… Hele min karriere'*. Emilio har i sin funktion som hovedvejleder derfor fokus på, at indgyde selvtillid hos de uddannelsessøgende læger. Derved søger han at skabe tillid i vejlederrelationen, som afsæt for den videre vejledning og de faglige problemstillinger: *'Jeg arbejder på det der sociale mere end fagligt, fordi det faglige du kan altid komme og… og lære det. […] Det er det der hjælper, på at gøre tingene nemmere for dig og for mig. Når du har tillid til mig […] så det hjælper altså. Og det det giver også lidt mere energi for at kunne producere mere'*.

I en konkret vejledersamtale mellem Emilio og Rasmus, arbejder Emilio på at skabe tillid ved at sige til Rasmus, at det går godt med ham og at Rasmus kan stole på, at Emilio vil sige til, hvis der er problemer med noget. Rasmus adresserer til Emilio, at han har en udfordring med hensyn til tempoet i arbejdet – helt konkret, at han ikke er hurtig nok til stuegang. Emilio siger, at der ikke er noget problem, at det er et højt specialiseret afsnit og derfor tager længere tid at gå stuegang. Rasmus' udfordringer med stuegang er dog ikke blot lokale – og bundet til det pågældende afsnit. De går på tværs af afdelinger og afsnit.

Helene: *'Det er ikke en funktion, som jeg brænder specielt meget for…'*

Helene er næsten lige selv blevet speciallæge på en anæstesiologisk afdeling og er Ninas hovedvejleder. Hun har knap et års erfaring som hovedvejleder og har været på vejlederkurser. Nina er den anden uddannelsessøgende læge, Helene er hovedvejleder for. Afdelingen skiller sig ud ved, at der ikke er nogen overlæger, der er vejledere. Helene er ikke særligt engageret i uddannelsesop-

gaven, men blev bedt om at varetage hovedvejlederfunktionen: *'Altså det er ikke en funktion, som jeg brænder specielt meget for. Men… men det er ligesom det ligger i kortene her på afdelingen. Det er afdelingslæger som er… er vejledere og det… og det vil jeg da godt påtage mig at bidrage til. Der er flere af mine kollegaer som er… som virker mere engagerede'*. Da hun ikke subjektivt tilskriver selve vejlederfunktionen store idealer eller betydning, er hendes fokus på, at opgaven er så let at varetage som mulig og kræver mindst mulige ressourcer. Det præger også hendes forståelse og fortolkning af, hvad der ligger i funktionen og hvad hendes rolle som vejleder er.

Helene ser primært sin vejlederrolle som en form for kontaktperson: *'En ting er, hvad de formelle krav… Men i folks bevidsthed, der er det ikke rigtig defineret, hvad vejlederfunktionen er […] Altså det er, at du har en kontaktperson, som kan hjælpe dig til at få samlet trådene, så du får opfyldt de krav, der nu er, sådan at du kan få bestået din speciallægeuddannelse, ikke?'*. Helene er ikke afklaret med, hvad forventninger til hende som hovedvejleder præcis er. Selv om hun er kritisk overfor de formelle papirer og dokumenter, oplever hun at det forventes, at hun anvender dem.

Helene har hørt på et vejlederkursus, at man som vejleder selv kan vælge, om man vil tage udgangspunkt i de skemaer og strukturer, der ligger som kilde til inspiration, men hendes vurdering er, at det er et krav i afdelingen, at hun skal følge dem: *'…men jeg har også nogle erfaringer med mig, fra da jeg selv var uddannelsessøgende. Det er jo ikke så lang tid siden. […] De der skemaer der og… Jeg synes altså ikke, at de er særlig anvendelige. Altså det er… Hvis man tager dem som en reminder om at… eller hvad skal man sige… Inspiration til hvad… hvad kan man tale om. Så er det fint. Men slavisk at sidde og skulle udfylde de her punkter her. Der synes jeg ikke, det er noget værd. Så man skal ikke udfylde dem, bare for at udfylde dem. Og sådan opfatter jeg det lidt, at der bliver forventet'*. Ud over de formelle krav varetager Helene primært sin vejlederfunktion ved at tage udgangspunkt i egne erfaringer, som hun deler med de uddannelsessøgende læger: *'Jeg prøver at gøre det… at sige sådan og sådan har jeg oplevet… Og det har fungeret for mig eller det har ikke fungeret for mig'*.

I en konkret vejledersamtale hvor Helene vejledte Nina, satte Helene som hovedvejleder fokus på at sætte sin egen erfaring i spil i relation til Nina og på den måde hjælpe og støtte med de umiddelbart forestående opgaver, der venter Nina - så som at ansøge om speciallægeautorisation, få godkendt de sidste formelle kompetencer og opnåelse af personlige læringsmål. Helene bruger sin nyerhvervede erfaring, der står i frisk erindring til at hjælpe Nina over

nogle af de bureaukratiske hurdler, der kan opstå og den tvivl, man kan opleve, når man overgår fra at være yngre læge til at blive speciallæge. Helene vejleder også Nina i relation til den videre karriere, hvor hun anbefaler at tage en international specialisteksamen, der vil stille Nina bedre karrieremæssigt. Der er ikke udgangspunkt i Ninas erfaringer, tanker og refleksioner, men snarere i Helenes refleksioner over sit eget uddannelsesforløb. Samtalerne får dermed et monologisk præg, hvor det er Helene, der taler det meste af tiden og den uddannelsessøgende læge, der lytter. Helene beskriver tid som en barriere i forhold til at varetage de formelle samtaler.

Stefan: *'At det primært er den uddannelsessøgende selv, som får lov til at evaluere forløbet…'*

Stefan er speciallæge på en anæstesiologisk afdeling og er Louises hovedvejleder. Stefan har halvandet års erfaring som hovedvejleder. Han har ikke været på vejlederkurser, men har selv undervist læger på kurser om læring og vejledning. Stefan trækker i høj grad på de pædagogiske redskaber, han selv har undervist i og det præger hans tilgang til undervisning, læring og vejledning. Her er refleksion et primært redskab og han arbejder ud fra en feedbackmodel, hvor det er centralt, at den uddannelsessøgende læge selv, får lov at lægge ud.

Det udfordres dog af, at hverdagen i klinikken kan være for travl til at facilitere refleksion hos de uddannelsessøgende. Afdelingsledelsen har sat fokus på feedback, fordi der bliver givet for lidt feedback til de uddannelsessøgende læger – så det er blevet et fokuspunkt i hele afdelingen: *'Nogle gange er det så travlt, at det ikke bliver andet end: nå men det var meget godt, det der. …Og det er desværre et vilkår i i ja… i sundhedsvæsenet, generelt, at tiden er knap. Men nu er det heldigvis på afdelingsniveau, blevet, skal vi sige, sat… fokuspunkt for hele afdelingen at vi skal være mere… vi skal give mere feedback'.*

Selv om Stefan er positiv overfor, at feedback er sat på dagsordenen oplever han, at der mangler handling fra ledelsen i forhold til rent faktisk at prioritere, at vejlederne kan tage tiden til at give feedback og facilitere refleksion. Det bliver ved snakken og dermed er det overladt til de enkelte vejledere at sikre feedback – uden at rammerne og de øvrige opgaver justeres. Det er ikke kun et spørgsmål om tid til opgaven, der er også barrierer, der ligger i kulturen: *'Det er et tungt tog at løbe i gang, hvis kulturen er en helt anden. Og der er selvfølgelig også nogle, der synes, det er fjollet. Ha, ha. Fordi det... vi kan bare gøre, som vi plejer. Det er*

meget nemmere'. Uddannelsesfunktionen er altså udfordret af flere forskellige typer barrierer i form af prioritering, ressourcer og kultur.

Planlægningsmæssigt er der også udfordringer i relation til at planlægge vejledersamtaler, da det er sjældent, at hovedvejlederne og de uddannelsessøgende læger, de vejleder, er på arbejde samtidig. Stefan skal endvidere bruge sine sociale kompetencer til, at få andre kolleger til at holde hylet, så samtalerne kan afvikles uden afbrydelser – det er ikke koordineret planlægningsmæssigt og dermed op til de enkelte vejledere at sikre. Der er en kollega, der skal overtales til at holde hylet og som skal løbe stærkere, for at andre kan afholde samtaler – og de aftales og koordineres mellem kollegerne uden organisatorisk støtte. Stefan oplever de formelle uddannelsesdokumenter som en støtte i forhold til dels ham som vejleder, dels for den uddannelsessøgende læge selv.

I en konkret vejledersamtale vejleder Stefan Louise med udgangspunkt i egne erfaringer, som han giver videre. På den måde prøver han at sikre, at hun er rustet til at komme videre til de øvrige afdelinger, hvor hun får nye hovedvejledere. Stefan søger at fjerne de forhindringer, der kan komme på Louises vej og han tager også ansvar i forhold til uddannelsesdokumenterne og i forhold til kompetencevurderinger – det er ikke kun hendes ansvar, men noget, de løser i fællesskab. På den måde påtager han sig et institutionelt ansvar, der også frustrerer ham i hans funktion som hovedvejleder, hvor han gentagende oplever, at der er organisatoriske og prioriteringsmæssige barrierer. Stefans refleksive ideal bryder han med i den konkrete vejledningssituation, hvor han taler meget selv og har sine egne erfaringer i centrum for samtalen. Dermed er det ikke Louises erfaringer, der tages udgangspunkt i og hun støttes ikke i forhold til at skabe refleksion i forhold til sine erfaringer i samtalen.

Henrik: *'Det kan sagtens lade sig gøre, hvis folk var dedikeret til det…'*
Henrik er overlæge på en kirurgisk afdeling og Adams hovedvejleder. Han har 15-20 års erfaring som hovedvejleder og har endvidere et ledelsesansvar. Han har varetaget et lektorat på universitetet for en del år siden og har erfaring med lægeuddannelse før og efter uddannelsesreformen. Før uddannelsesreformen, der blev implementeret i 2003, var der ingen eksplicitterede krav til de uddannelsessøgende læger.

Henrik oplevede uddannelsesreformen som udtryk for bureaukrati, men erkender, at han synes, det har været en forbedring af den lægelige videreud-

dannelse, der havde nogle mangler: *'Hver gang der er nogle der indfører noget bureaukrati, så er man altid en lille smule mistænkelig, ikke? Men… men det viser sig jo ret hurtigt, at det er opstået af de mangler, der var før, at man kunne dokumentere, der var nogle mangler. Så derfor er det meget naturligt, ikke? Og det er jo ikke besværligt. Det er også en hjælp for den uddannelsessøgende, kan jeg huske. Man kan krydse af og sige nu har jeg den kompetence og så kan jeg gå videre. Det var sådan set meget godt, synes jeg'*.

Henrik er generelt kritisk overfor den danske lægelige videreuddannelse i relation til, at læger i al for høj grad arbejder usuperviseret og fordi, det er svært for de uddannelsessøgende læger at få supervision, når de har brug for det: *'Og det er så svært, fordi så skal de [uddannelsessøgende] faktisk krybe rundt og bede om hjælp, tigge om hjælp. Og de er voksne mennesker, så de synes det er skide irriterende, at skulle bede nogen om hjælp, som så siger: 'det har jeg ikke tid til'. Så de gør det selv og de sidder og pukler i det her ambulatorium nogle gange og så bliver de sent færdige og de andre, som er færdige, er så gået'*. Henrik forstår det grundlæggende ikke – slet ikke fordi, det er ineffektiv både uddannelsesmæssigt og produktionsmæssigt.

Henrik anerkender ikke, at tid kan være en barriere i forhold til at supervisere uddannelsessøgende læger og heller ikke, at det er nødvendigt, at de uddannelsessøgende arbejder usuperviseret: *'Det synes jeg, er helt forkert. Jeg mener slet ikke, det er nødvendigt. Jeg hører en masse dårlige undskyldninger om …ja, men jeg skal gå stuegang og jeg skal alt muligt andet. Ja, men hvis du nu gik ned og opererede med den uddannelsessøgende, så var vi færdige på den dobbelte tid. Så kunne I begge to gå stuevagt. […] Fordi her der sidder de [uddannelsessøgende] jo også nogle gange tre kvarter og fedter med et eller andet, ikke? I stedet for at specialisten, eksperten gik med. Og så hvis man ikke er god nok og skal bruge tre kvarter. Så skal man have hjælp fra starten. Så bliver man bedre hurtigt. Og så får man også en højere produktion'*.

Henrik betragter sin funktion som hovedvejleder som aktiv i forhold til, at man ikke kan overlade ansvaret til de uddannelsessøgende: *'Vejlederopgaven er jo en… At du skal… DU skal give folk nogle flere kompetencer, sammen med dem. Altså man skal ikke bare overlade dem til sig selv og sige: 'nu kan du selv finde ud af det der og så… så ser du, hvordan det går'. Man skal helst være med'*. Det er altså i Henriks optik et fælles ansvar mellem vejlederen og den uddannelsessøgende læge at sikre at de uddannelsesmæssige elementer gennemføres og at kompetencerne opnås.

Henrik og Adam holder ikke de formelle samtaler, da de arbejder tæt sammen i hverdagen og tager tingene der. Henrik vejleder Adam ved en konkret operation, hvor han bytter om på rollerne ved at lade Adam assistere og selv tage operationen. Normalt førte Adam kniven, men Henriks begrundelse var, at det læringsmæssigt havde en pointe, at Adam fik lov at have en anden rolle og dermed kunne betragte operationen i et andet perspektiv.

Per: *'Jeg synes, det er utroligt vigtigt, en vigtig opgave og jeg synes også, det er sjovt…'*

Per er overlæge på en kirurgisk afdeling og Signes hovedvejleder. Han har 6 års erfaring som hovedvejleder og har været på vejlederkurser. Han brænder for uddannelse og tilskriver det, at han selv som uddannelsessøgende læge havde en vejleder, der har betydet meget for ham og stadig er en rollemodel for ham i dag. Per vejleder altså selv ud fra nogle idealer, der har fæstnet sig i ham fra den vejledning, der har haft betydning for ham selv. Per har et eksplicit patientfokus i sine beskrivelser af såvel uddannelsesfunktionen og arbejdsopgaverne: *'Altså det skal være ordentligt, det de laver. Altså vi skal kunne. Hvad kan man sige, se patienterne i øjnene og sige vi laver høj kvalitet. Vi skal ikke bare sige ej, men det er ok. Det skal være godt. Alting kan ikke gå perfekt. Men man skal i hvert fald yde sit bedste og man skal vide, hvad man laver og hele tiden stile højt. Så det der er, den der middelmådighed, det tåler jeg ikke så godt'.*

Per mener, at mennesker trives med høje krav – så længe de er rimelige og udgangspunktet er, at man vil hinanden det godt. Derfor stiller han krav til de uddannelsessøgende læger og udfordrer deres viden: 'Så jeg siger også til folk, der skal operere med mig: *'Det er i orden. Vi kan sagtens operere sammen og du må også gerne operere, under forudsætning af, at du ved, hvad det er for en patient, fejler vedkommende noget specielt? Hvilken adgang skal vi bruge? Hvad er det farlige ved den her adgang? Har du læst på den? Kender du de ting, altså pittfalls og hvad der ellers er? Det udstyr vi skal bruge? Kender du vejledningen til det? Ved du hvilke typer skruer, vi skal bruge? Hvorfor vi gør det? Kender du principperne bag det her? Og har du en plan A og en plan B? Har du alt det? Ved du hvad, du skal nok få lov at operere, jeg superviserer. Men hvis du ikke kan det, så må du få lov at se mig operere.' Og det er en lidt… Det er sådan lidt hårdt. Sådan er det. Altså… Det er sådan den måde, jeg gør det på. Og det virker'.*

Per trives med vejlederfunktionen – især den uformelle daglige vejledning, men han oplever manglende ledelsesmæssig prioritering af uddannelsesområdet i afdelingen i form af tid til opgaven og honorering for arbejdet. Dermed

oplever han som vejleder ikke, at han bliver anerkendt og bakket tilstrækkeligt op af ledelsen i de prioriteringer, der sker. Han oplever organisatoriske barrierer i forhold til vejlederopgaverne i form af manglende tid og planlægning.

Per håndterer primært den formelle del af vejlederfunktionen ved, at ansvaret for de formelle uddannelseskrav ligger hos de uddannelsessøgende læger. Det siger han til dem: *'Det er ansvar for egen læring, ikke? For det er jer, der har ansvar for, at I får opfyldt de forskellige ting og sager'*. Til gengæld sikrer han mulighed for deltagelse i arbejdet og adgang til læringssituationer – men de uddannelsessøgende skal selv varetage, at de opnår deres læringsmål. Det er det, der formelt ligger som et krav til de individuelle uddannelsesplaner, der skal udarbejdes i fællesskab mellem den uddannelsessøgende læge og hovedvejlederen. Underskrifterne, de uddannelsessøgende læger skal have, er i Pers optik, også deres eget ansvar. Det foregår ikke på baggrund af formel kompetencevurdering, men via observation i arbejdet. Det var ikke muligt at observere en vejledersamtale mellem Per og Signe, da de ikke holder dem.

Alle interviews med de 16 deltagere er analyseret – men det er ikke muligt af formidlings- og pladsmæssige årsager at fremstille dem alle i denne afhandling. Derfor har jeg måtte træffe nogle valg og lægge et snit, der fremstillingsmæssigt kan belyse problemstillingen og forskningsspørgsmålet bedst muligt. Jeg vil i næste afsnit beskrive, hvordan udvælgelsesprocessen er foregået og ud fra hvilke kriterier.

6.2 Udvælgelse af uddannelsesbiografier

Empirien rummer mange spændende facetter og der kunne lægges flere forskellige snit. Derfor er det også en smertefuld proces, at skulle vælge noget ud på bekostning af andet, men det har været nødvendigt. Jeg har valgt at basere analysefremstillingen på tre uddannelsesbiografier, der har fået forrang i fremstillingsprocessen. De tre uddannelsesbiografier består af analyser af interview inklusiv udvalgte 'observationsbilleder' (med inspiration fra Lehn-Christiansen 2011) fra feltarbejdet af situationer, der udfolder særlige problematikker og giver praksisbeskrivelser fra hverdagen på arbejdet. Koblet til de enkelte uddannelsessøgende lægers biografier er analyser af vejlederinterview med deres hovedvejleder samt 'observationsbilleder' fra en konkret vejledningssituation mellem den uddannelsessøgende læge og dennes hovedvejle-

der. På den baggrund er valget af de vejledere, hvis perspektiver fremstilles i afhandlingen determineret af de udvælgelseskriterier, der er knyttet til uddannelsesbiografierne.

Udvælgelseskriterier

Udvælgelseskriterierne er foregået i interaktion med mit forskningsspørgsmål, de teoretiske perspektiver og i forhold til det øvrige empiriske materiale. De er knyttet til overvejelser og refleksioner, der vedrører **spændvidde**, **polaritet**, **eksemplariskhed** og at der belyses en **vejledningspraksis**.

Jeg har valgt at fremstille analyserne af Hannes, Rasmus' og Adams uddannelsesbiografier samt deres hovedvejledere - Jørgens, Emilios og Henriks perspektiver på vejledning kombineret med analyser af konkrete vejledningsprocesser. Et centralt udvælgelseskriterium har været, at vise den kvalitative dybde, kompleksitet og sammenhænge – frem for at vælge at repræsentere alle dele af empirien lige vægtet. Her trækker jeg på *'eksemplaritet'* i forhold til udvælgelsen af de dele eller de *'eksempler'*, jeg inddrager. Med eksemplarisk mener jeg, i betydningen af at jeg arbejder med og formidler et afgrænset forhold, som i sig selv og i måden, jeg bearbejder det på, kaster lys over en større helhed: *'…eksemplet [er] noget som bærer det hele i sig, som modeltilfælde, paradigmatisk. Det er noget som oplyser eller lyser hen på en helhed (Wagenschein 1956)'* (Ulriksen 2002, s. 24)[16]. Jeg betragter de valgte uddannelsesbiografier som **eksemplariske** for den øvrige empiris problemstillinger og temaer (Ulriksen 2014, Keller 2016, Ringø 2016) – på hver deres unikke måde.

De tre uddannelsesbiografier repræsenterer tre forskellige orienteringer, som de uddannelsessøgende læger i deres uddannelsesbiografier orienterer sig mere eller mindre mod - på et kontinuum i forhold til *'livsforløbets processtrukturer'*, *'professionel identitetsdannelse'*, *'emotioner i arbejdslivet'* samt *'læring og vejledning i arbejdslivet'*. Alternativt kunne man overveje at anvende Webers (1983) *'idealty-*

[16] Det eksemplariske princip refererer tilbage til en diskussion blandt tyske didaktikere, der går tilbage til 1950'erne om 'stoftrængsel' – altså udvælgelse af indhold i undervisning. En af de helt centrale aktører var den tyske fysikdidaktiker Wagenschein, der argumenterede for, at man via arbejdet med et eksempel, kan opnå en viden, der overskrider det enkelte eksempel mod en større faglig helhed, faglig sammenhæng og som er større end eksemplet selv. Derved repræsenterer eksemplet en 'eksemplarisk værdi'. Udvælgelsen af eksemplarisk indhold er central og man skal turde efterlade 'huller' ved at vælge noget fra og andet til, som kan give faglig dybde (Ulriksen 2014).

per'. At arbejde med *'idealtyper'* har den metodologiske styrke, at de rummer 'eksemplet' både i forhold til den empiriske abstraktion og de teoretiske begreber og dermed så at sige balancerer overgangen mellem empirien og teorien og samtidig fungerer som en begrebsliggørelse af sociologiske fænomener (Molander og Terum 2008, Keller 2016).

Ulempen er, at 'idealtypen' via sin typificering og standardisering mimer den kvantitative forsknings 'normalfordeling', der placerer individer indenfor standardiserede fordelinger, som forskyder fokus fra de hermeneutiske videnskabselementer (Keller 2016), hvis ærinde netop er at 'de-typificere' subjekter med et livsverdens- og hverdagslivsperspektiv, der vanskeligt rummes i standardiserede kategoriseringer. Jeg vælger derfor at anvende en mere dynamisk forklaringsmodel i form af forskellige kontinuummer, der mere velegnet kan beskrive subjekters bevægelser mellem yderpoler, som til tider foregår som ambivalente orienteringer. Det er dette perspektiv, jeg vil beskrive udvælgelsen af de tre uddannelsesbiografier ud fra:

Rasmus' uddannelsesbiografi

I et perspektiv på *'livsforløbets processtukturer'* (Schütze 1983, Schütze 2008) hvor det ene yderpunkt på et kontinuum er en orientering mod de *'biografiske handlingsskemaer'* med stor oplevelse af intentionalitet og det andet yderpunkt er en orientering mod *'forløbskurver'* med lav oplevelse af intentionalitet knyttet til processtrukturerne, reflekterer Rasmus' uddannelsesbiografi en orientering mod forløbskurverne i forhold til at opleve sig drevet af sociostrukturelle og ydre eksistensbetingelser, han føler sig magtesløs overfor. Rasmus' uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves store udfordringer med at skabe intentionelle sammenhænge mellem de biografiske begivenheder i sit læringsforløb, livsforløb og sine identitetsprocesser.

I et perspektiv på *'professionel identitetsdannelse'* (Wackerhausen 2009, Frost 2010, Hafferty 2016) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af lavt pres på identitetsprocesserne og det andet yderpunkt er stort pres på identitetsprocesserne, reflekteres i Rasmus' uddannelsesbiografi i forhold til en oplevelse af stort pres på identitetsprocesserne, sit selvbillede som professionel og dermed også på dannelsen af den professionelle identitet. Rasmus' uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves store udfordringer med at skabe identifikation og subjektiv mening i forhold til de kollektive normer og værdier i professionen.

I et perspektiv på *'emotioner i arbejdslivet'* (Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014, McNaughton 2013) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af lavt pres på emotionsarbejdet og det andet yderpunkt er højt pres på emotionsarbejdet, reflekteres i Rasmus' uddannelsesbiografi i kraft af en oplevelse af højt pres på det emotionelle arbejde. Rasmus' uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves store udfordringer med at mediere sit selvbillede samt at håndtere usikkerhed, tvivl og ængstelse i arbejdslivet.

I et perspektiv på *'læring og vejledning i arbejdslivet'* (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004, Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010, Lauvås og Handal 2010) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af læringsmiljøer og læringsrum, der fremmer de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der er i arbejdet og den anden yderpol er oplevelsen af læringsmiljøer og læringsrum, der begrænser de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der er i arbejdet, reflekteres i Rasmus' uddannelsesbiografi som begrænsende. Rasmus' uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor læringsmiljøerne virker begrænsende på de læringsmuligheder, der er i arbejdet og hvor læringsrummene subjektiv er vanskelige at udnytte.

Samlet repræsenterer Rasmus' uddannelsesbiografi typer af lærings- og livsforløb, hvor der er udfordringer med at skabe intentionel sammenhæng mellem sit uddannelsesforløb og sit livsforløb, hvor identitetsprocesserne og emotionsarbejdet er under pres samt at læringsmiljøerne og læringsrummene i arbejdslivet subjektivt er vanskelige at udnytte.

Adams uddannelsesbiografi

I et perspektiv på *'livsforløbets processtukturer'* (Schütze 1983, Schütze 2008) hvor det ene yderpunkt på et kontinuum er en orientering mod de *'biografiske handlingsskemaer'* med stor oplevelse af intentionalitet og det andet yderpunkt er en orientering mod *'forløbskurver'* med lav oplevelse af intentionalitet knyttet til processtrukturerne, reflekterer Adams uddannelsesbiografi en orientering mod en høj grad af intentionalitet i forhold til hans identitetsprocesser. Adams uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves sammenhæng mellem de biografiske begivenheder og sine identitetsprocesser.

I et perspektiv på *'professionel identitetsdannelse'* (Wackerhausen 2009, Frost 2010, Hafferty 2016) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af lavt pres på identitetsprocesserne og det andet yderpunkt er stort pres på identitetsprocesserne, reflekteres i Adams uddannelsesbiografi i forhold til en oplevelse af lavt pres på identitetsprocesserne, sit selvbillede som professionel og dermed også på dannelsen af den professionelle identitet. Adams uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves god identifikation og subjektiv mening i forhold til de kollektive normer og værdier i professionen.

I et perspektiv på *'emotioner i arbejdslivet'* (Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014, McNaughton 2013) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af lavt pres på emotionsarbejdet og det andet yderpunkt er højt pres på emotionsarbejdet, reflekteres i Adams uddannelsesbiografi i kraft af en oplevelse af lavt pres på det emotionelle arbejde. Adams uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der ikke opleves store udfordringer med at mediere sit selvbillede samt at håndtere emotionsarbejdet i arbejdslivet.

I et perspektiv på *'læring og vejledning i arbejdslivet'* (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004, Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010, Lauvås og Handal 2010) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af læringsmiljøer og læringsrum, der fremmer de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der er i arbejdet og den anden yderpol er oplevelsen af læringsmiljøer og læringsrum, der begrænser de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der er i arbejdet, reflekteres i Adams uddannelsesbiografi som fremmende for hans læring i arbejdslivet. Adams uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor læringsmiljøerne og læringsrummene virker stimulerende for de læringsmuligheder, der er i arbejdet.

Samlet repræsenterer Adams uddannelsesbiografi typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves intentionel sammenhæng mellem uddannelsesforløb og livsforløb og hvor identitetsprocesserne og emotionsarbejdet i lav grad er under pres og at læringsmiljøerne virker fremmende på læringsbetingelserne og læringsmulighederne i arbejdet samt at læringsrummene i arbejdslivet subjektivt er tilgængelige at udnytte.

Hannes uddannelsesbiografi

I et perspektiv på *'livsforløbets processtukturer'* (Schütze 1983, Schütze 2008) hvor det ene yderpunkt på et kontinuum, er en orientering mod de *'biografiske handlingsskemaer'* med stor oplevelse af intentionalitet og det andet yderpunkt er en orientering mod *'forløbskurver'* med lav oplevelse af intentionalitet knyttet til processtrukturerne, reflekterer Hannes uddannelsesbiografi primært intentionalitet og identitetsprocesser, hun formår at skabe sammenhæng i, men også processer, der er mere vanskelige at etablere sammenhæng i forhold til. Dermed reflekteres også en orientering mod forløbskurverne i forhold til at opleve sig drevet af sociostrukturelle og ydre eksistensbetingelser, hun føler sig magtesløs overfor. Hannes uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves nogen grad af udfordringer med at skabe intentionelle sammenhænge mellem de biografiske begivenheder og sine identitetsprocesser.

I et perspektiv på *'professionel identitetsdannelse'* (Wackerhausen 2009, Frost 2010, Hafferty 2016) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af lavt pres på identitetsprocesserne og det andet yderpunkt, er stort pres på identitetsprocesserne, reflekteres i Hannes uddannelsesbiografi i forhold til en vis grad af pres på identitetsprocesserne, sit selvbillede som professionel og dermed også på dannelsen af den professionelle identitet. Hannes uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der i nogen grad opleves vanskeligheder med at skabe identifikation og subjektiv mening i forhold til de kollektive normer og værdier i professionen.

I et perspektiv på *'emotioner i arbejdslivet'* (Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014, McNaughton 2013) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af lavt pres på emotionsarbejdet og det andet yderpunkt er højt pres på emotionsarbejdet, reflekteres i Hannes uddannelsesbiografi i nogen grad i kraft af en oplevelse af pres på det emotionelle arbejde. Hannes uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor der opleves udfordringer med at mediere sit selvbillede samt at håndtere usikkerhed, tvivl og ængstelse i arbejdslivet.

I et perspektiv på *'læring og vejledning i arbejdslivet'* (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004, Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010, Lauvås og Handal 2010) betragtet på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er oplevelsen af læringsmiljøer og læringsrum, der fremmer de læringsbetingelser og lærings-

muligheder, der er i arbejdet og den anden yderpol er oplevelsen af læringsmiljøer og læringsrum, der begrænser de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der er i arbejdet, reflekteres i Hannes uddannelsesbiografi som relativt begrænsende. Hannes uddannelsesbiografi repræsenterer typer af lærings- og livsforløb, hvor læringsmiljøerne i nogen grad virker begrænsende på de læringsmuligheder, der er i arbejdet og hvor læringsrummene subjektivt er vanskelige at udnytte.

Samlet repræsenterer Hannes uddannelsesbiografi typer af lærings- og livsforløb, hvor der overordnet opleves intentionel sammenhæng mellem uddannelsesforløb og livsforløb, men også opleves udfordringer med at skabe intentionalitet, hvor der opleves noget pres på identitetsprocesserne og emotionsarbejdet, hvor læringsmiljøerne i nogen grad virker begrænsende på de læringsmuligheder, der er i arbejdet og hvor læringsrummene subjektivt er vanskelige at udnytte

Uddannelsesbiografierne på tværs

De tre uddannelsesbiografier, jeg har valgt at fremstille, repræsenterer således tre forskellige orienteringer på et kontinuum, hvor Adam oplever en lav grad af pres på sine identitetsprocesser, på sit emotionsarbejde og i høj grad oplever læringsmiljøerne som fremmende for hans læringsbetingelser og læringsmuligheder samt har en høj grad af subjektiv udnyttelse af læringsrummet på arbejdspladsen. Rasmus oplever det modsatte i kraft af højt pres på sine identitetsprocesser, på sit emotionsarbejde og i lav grad oplever læringsmiljøerne som fremmende for hans læringsbetingelser og læringsmuligheder samt har en lav grad af subjektiv udnyttelse af læringsrummet på arbejdspladsen. Hanne orienterer sig mellem de yderpunkter, Rasmus og Adam repræsenterer. Det er dog væsentligt at understrege, at der er tale om orienteringer, der ikke har konkrete empiriske modstykker i ren form. De konkrete subjektive orienteringer vil altid indeholde flere aspekter, der diffust er sammenvævede i konkrete lærings- og livsforløb. De tre forskellige uddannelsesforløb repræsenterer således **polaritet** og differentiering i forhold til de udfordringer og modsætninger, de uddannelsessøgende læger har erfaret og rummer dermed også det almene i de specifikke biografier, der er generelt for det samlede empiriske materiale.

I forhold til det samlede empiriske materiale, er Hannes og Rasmus' uddannelsesbiografier eksemplariske for den øvrige empiri i kraft af, at der reflekte-

res udfordringer med identitetsprocesserne i forhold til at skabe sammenhæng og i forhold til dannelse af professionel identitet, emotionelle udfordringer i relation til usikkerhed, tvivl og ængstelse, udfordringer i læringsmiljøerne i forhold til mangel på supervision og feedback samt mangel på kollegiale fællesskaber, der ikke direkte støttes eller medieres via vejledningsprocesserne. Her adskiller Adams uddannelsesbiografi sig fra det øvrige empiriske materiale og fremstår i relation til temaerne unik. Uddannelsesbiografien repræsenterer dog en forskningsmæssig værdi *netop* via sin differentiering, der repræsenterer **spændvidden** i det empiriske materiale og giver viden om, hvordan den type af uddannelsesforløb *kan* se ud – selv om det ikke er typisk for det empiriske materiale. Uddannelsesbiografien bidrager endvidere til afhandlingens resultater ved, via sin særegenhed, at oplyse og informere forståelsen knyttet til eksemplariske spørgsmål og temaer, koblet til uddannelsen, der tydeliggøres via uddannelsesbiografien:

> Det eksemplariske drejer sig oftest om, at der skabes en bedre helhedsforståelse ved at belyse nogle centrale distinktioner eller typiske aspekter ved undersøgelsesgenstanden. Men det eksemplariske kan godt blive fremhævet negativt eller indirekte gennem et tema, der er interessant og betydningsfuldt ved at være usædvanligt eller helt enestående (Keller 2016, s. 101).

Udvælgelse af 'det gode eksempel' er et relevant og væsentligt spørgsmål knyttet til alle former for kvalitativ forskning og problemorienteret erkendelse (Negt 1977, Ulriksen 2014, Christensen 2016). Refleksioner over eksemplets indhold, hvorledes eksemplet relaterer sig til omverdenen og problemformuleringen er centralt, men eksemplet skal endvidere 'ville' noget både for forskeren, der udvælger og for den sociale kontekst:

> Det er i erfaringsverdenen, at den problemorienterede erkendelse tager sit afsæt. Det gode forskningseksempel er kendetegnet ved, at der i erfaringsverdenen er noget på spil af en sådan væsentlighed, at grundantagelsen bag de i eksemplet indbyggede tanke- og handlemønstre bringes på spørgsmål (Christensen 2016, s. 167).

Udvælgelse i kvalitativ forskning handler om som forsker at turde træffe valg, der viser faglig dybde og turde efterlade huller i forhold til bredden (Ulriksen 2014). Samlet viser uddannelsesbiografierne som udvalgte eksempler, at der *'er noget på spil'*, der udfordrer forståelsen og viser endvidere empiriens bredde i forhold til de teoretiske perspektiver og den empiriske polaritet, som de uddannelsessøgende læger subjektivt differentierer sig og orienterer sig i forhold

til. Uddannelsesbiografierne repræsenterer endvidere forskellige måder, de er eksemplariske på i forhold til typer af livsforløb, typer af læringsforløb og typer af processtrukturer, der kan kobles til en bredere social kontekst. Forskningskvaliteten udgøres både af udvælgelsen af eksempler og i kraft af de metodologiske valg og tilgange. Det fordrer et fokus på, via eksemplet, at forstå og forklare komplekse menneskelige og sociale samfundsmæssige problemstillinger, der metodologisk afdækker eksemplet i sin helhed (Ringø 2016).

Humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning vil typisk overskride faggrænser og discipliner for at kunne belyse en form for samfundsmæssig helhed og det må reflekteres i tværfaglige metodologiske tilgange – altså i måden forskningen tilrettelægges på og i de metoder, der anvendes. Dermed er en overskridelse af de traditionelle faggrænser en nødvendig tilgang, for at kunne forstå og belyse problemstillingen via eksemplerne (Negt 1977, Nielsen 1997, Ulriksen 2002, Ulriksen 2014, Ringø 2016): *'Det kan hverken foregå med en sociologisk, en historisk, en psykologisk eller anden enkeltfaglig disciplin alene'* (Ulriksen 2002, s. 27). Eksemplernes værdi er således koblet bredere til de metodologiske overvejelser og refleksioner, som er beskrevet i afhandlingens metodologiske del (del II).

De tre vejlederperspektiver

Et sidste centralt udvælgelseskriterium er, at jeg i de inddragede eksempler har haft mulighed for at observere en konkret **vejledningspraksis** – enten i form af formelle vejledersamtaler eller uformel daglig klinisk vejledning, så jeg ikke kun har fokus på et intentionelt, deskriptivt niveau, men også på et handlende praksisniveau. Dette har været styrende for de tre vejlederperspektiver, der fremstilles i afhandlingen, koblet til valget af uddannelsesbiografier. Selv om der ikke har været et eksplicit fokus rettet mod udvælgelse af de tre vejlederperspektiver, der indgår i afhandlingen, repræsenterer de også både unikke og almene elementer. De tre vejlederperspektiver repræsenterer tre forskellige forståelser af vejlederfunktionen, tre forskellige måder at orientere sig på rettet mod tre forskellige rationalitetsformer (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b), hvilket via vejledningsprocesserne skaber forskellige *'læringsrum'* i arbejdet (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004).

Således kan man sige, at vejlederperspektiverne repræsenterer forskellige former for subjektiv orientering og handlen i forhold til de institutionelle rammer og uddannelsesmæssige krav samt deraf følgende forskellige typer af vej-

ledningsprocesser, der foregår som en del af uddannelsesfunktionen på den lægelige videreuddannelse. Således repræsenterer de en teoretisk spændvidde og endvidere empirisk polaritet, der rækker ud over det unikke og mod den almene sociale kontekst.

De tre udvalgte uddannelsesbiografier præsenteres i afhandlingens næste kapitel 7 og de tre vejlederperspektiver præsenteres i kapitel 8, der følger lige efter.

Kapitel 7. Tre uddannelsesbiografier

I dette kapitel vil jeg præsentere mine analyser af de tre uddannelsesbiografier, jeg har valgt at fremstille i denne afhandling. Biografierne præsenteres enkeltvis, først Hannes, dernæst Rasmus' og sidst Adams uddannelsesbiografi. Biografierne er struktureret indenfor tre spor, der udgør hvert deres blik på fortællingerne: 'Biografi: livsforløb og uddannelsesforløb', 'Uddannelse: læring og vejledning' og 'Arbejde: kommunikation og samarbejde'. Sidst i hver uddannelsesbiografi foretager jeg en teoretiseret opsamlende analyse, der er perspektiveret i forhold til livsforløbets processtrukturer (Schütze 1983), professionel identitetsdannelse (Frost 2010, Wackerhausen 2009, Hafferty 2016), emotionsarbejdet (Burkitt 2010, Burkitt 2012, Burkitt 2014, McNaughton 2013) og læring og vejledning i arbejdslivet (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004, Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010, Lauvås og Handal 2010).

7.1 Hannes uddannelsesbiografi

Hanne er en yngre læge i sidste del af sit hoveduddannelsesforløb på en medicinsk afdeling. Hun har en mand, som hun mødte, mens hun læste medicin og tre børn, som hun har fået under den postgraduate del af uddannelsen. Hun bor nord for København og er på interviewtidspunktet ansat på et sygehus i Region Sjælland, hvilket medfører en del transporttid. Sideløbende med arbejdet forsker hun i sin fritid. Hun trives i storbyen og drømmer om en stilling i Hovedstaden, gerne på Rigshospitalet, når hun bliver færdig som speciallæge. Hannes postgraduate uddannelsesforløb består af følgende ansættelser: Turnuslæge i første del på en medicinsk afdeling, anden del på en ortopædkirurgisk afdeling og tredje del i almen praksis. Introstillingen havde hun i intern medicin. Herefter havde hun en tre måneders ansættelse på en medicinsk afdeling for at få mere erfaring før start på selve hoveduddannelsen. Hanne har endvidere erfaring som formel vejleder for yngre læger og fra TR-arbejde igennem speciallægeuddannelsen.

Interviewet med Hanne foregår på en klinisk afdeling i et kontor og varer ca. 60 minutter. Det, der fylder i interviewet, er det at skabe en familie, mangel på supervision og feedback, at stå alene med dårlige patienter, usikkerhed om

egne kompetencer, kommunikation og samarbejdsrelationer med læger samt det øvrige personale.

Hanne: *'Det er meget svært at bedømme sig selv'*

Følgende præsenterer jeg Hannes uddannelsesbiografi, der er struktureret i tre spor, hendes fortællinger er tematisk er koblet til: et biografispor, der er fokuseret på sammenhæng mellem uddannelsesforløb og livsforløb, et uddannelsesspor, som har fokus på hendes erfaringer med læring og vejledning i arbejdslivet og et arbejdsspor, der retter fokus kommunikation og samarbejde i relationer.

Biografi: uddannelsesforløb og livsforløb

Hanne holdt pause i to et halvt år fra uddannelse efter afslutning af gymnasiet og starten på medicinstudiet. Hun brugte bl.a. tiden på at kvalificere sig til optagelseskravene. Hannes karakterer fra gymnasiet var ikke høje nok til at komme ind på studiet via kvote 1 og slet ikke i København. Det har krævet en målrettet indsats fra Hannes side, dels fagligt at kvalificere sig til optagelseskravene på kvote 2, dels har det haft nogle sociale omkostninger i og med, at hun måtte flytte væk fra København for at studere. For Hanne var det et stort spring, at måtte forlade sit netværk og stå på egne ben i en ny by:

> Det er det sværeste, jeg har gjort i hele mit liv at flytte til en anden by og læse alene. Uden venner, uden forældre. I forhold til jeg har rejst jorden rundt alene. Det var… Det er jo ikke svært. Der skal man jo ikke træffe nogen beslutninger… svære beslutninger men… Og sådan at skulle fungere i en hverdag alene og med nyt studie og ny by. Det synes jeg, var det sværeste. Jeg boede i sådan en lille kælderlejlighed. Så det første år i… jeg læste. Det var vildt hårdt, synes jeg.

Hanne fortæller, hvordan det at skulle etablere sig i en voksentilværelse med det, hun beskriver som 'svære beslutninger' har været hårdt. På den måde, fremstår starten på medicinstudiet som en overgangsfase mellem ungdomsliv og voksenliv, hvor det at skulle etablere sig, har været en stor udfordring. Det har altså haft nogle omkostninger for Hanne at komme til at læse medicin, men på trods af, at det har krævet nogle ofre, kan hun ikke sige præcis, hvorfor hun valgte medicinstudiet frem for andre uddannelsesmuligheder tættere på familie og venner. Dog spiller de sociale relationer en vigtig rolle i Hannes studievalgsproces og hun har fulgt sin omgangskreds og sit sociale miljø, da hendes bedste veninder begge valgte at læse medicin. Hannes øvrige motiva-

tion for medicinfaget begrunder hun således: *'Jeg kan godt lide at arbejde med pleje og kan godt lide at arbejde med mennesker. Kan godt lide at snakke med mennesker'.*

Hannes studievalg er altså primært begrundet i hendes sociale relationer og sekundært i fagets indhold. Pleje og kommunikation er de vigtigste elementer hun fremhæver ved at vælge at læse medicin frem for de mere tekniske og biomedicinske aspekter repræsenteret i studiets fagrække og logikker. Hannes motivation for at arbejde med pleje og kommunikation kunne have ført hende til mange andre oplagte uddannelsesorienteringer bredt indenfor plejesektoren og i særdeleshed kunne hun fx have valgt at blive sygeplejerske – hvis hendes valg udelukkende var begrundet i motivationen for pleje og kommunikation. De sociale begrundelser har tilsyneladende haft den største vægt i Hannes valg og hun følger orienteringen i sit sociale miljø. Der er ingen akademiske traditioner i Hannes umiddelbare familiebaggrund, men som hun selv beskriver, trives hun generelt godt, der hvor hun er:

> Jeg har ikke på noget tidspunkt, efter jeg var startet, været i tvivl om at det var det rigtige. Så… Men tror jeg også… Altså at jeg har… Jeg ku… Jeg tror, jeg er god til ligesom at være glad i det, jeg er i. Så jeg stiller ikke så mange spørgsmål ved, om det nu også, er det rigtige og så videre.

Hanne beskriver studiet og sin studietid som præget af tunge fag i form af de teoretiske elementer ved studiet, der ikke motiverer hende særligt og som hun ikke er så stærk i i forhold til det kliniske arbejde, hvor hun kan realisere sine præferencer for pleje og kommunikation og oplever succes og anerkendelse i form af bedre karakterer:

> Jeg læste og gik igennem på normeret tid. Meget sådan udenadslære, jo. I starten med de tunge fag. Der var det delt op i anatomi, fysiologi, biokemi osv... Og så i anden… I sidste halvdel der gik man så over i det kliniske. Hvor at jeg helt klart synes, det var meget sjovere. Og var meget bedre. Fik meget bedre karakterer.

Hannes identitet er stærkt forankret i de familiære og sociale relationer, hun har. Hendes valg af medicinstudiet beskrives som tilfældige, men hun positionerer sig som en, der trives i det, hun er i. Hun handler målrettet og orienterer sig mod at skabe sammenhænge mellem sin egen identitet og den professionelle identitetsdannelse, hun møder på studiet. Da hun ikke decideret har valgt den medicinske profession, men snarere arbejdet med mennesker, pleje og kommunikation, er hendes interesser og orienteringer heller ikke rettet

mod medicinstudiet teoretiske elementer, men mod patientkontakten i klinikken. Hvor studievalgsprocessen fremstår overordnet relativt ukompliceret for Hanne, har det været de sociale omkostninger i forbindelse med at realisere valget, der har været hårde.

Hannes specialevalg har også været relativt ukompliceret forstået således, at hun er bevidst om egne interesser, præferencer og motivation: *'Altså jeg har altid vidst, jeg skulle være mediciner'*. Hannes specialevalg er i høj grad i overensstemmelse med hendes personlige og faglige værdier og hun har ikke på det plan været udfordret af mangel på stillinger og dermed skulle harmonisere sine værdier og ønsker til det, der var muligt. Hun kan altså realisere sin motivation i det daglige arbejde uden at skulle tilpasse sig på trods af, at hendes primære værdier på nogle måder bryder med medicinfagets egenlogik, har det lykkedes hende at navigere sig i en position, hvor der er overensstemmelse imellem hendes subjektive værdier og jobindhold.

Hanne har fået sine børn i de år, hvor hun har været i gang med den postgraduate uddannelse og etablering af familie er derfor knyttet tæt sammen med de karrierevalg, hun har truffet:

> Jeg blev færdig i 2004. Men har så været væk tre gange 1 år, ikke? Jeg har fået tre…, jeg har tre børn. Så… […] Ha, ha. Jamen egentlig ville jeg gerne have haft børn under studiet. Men der boede min mand så et andet sted […] Så… Jamen det har været… Det har været, som det har været ikke? Så det… Jeg kan ikke forestille mig det anderledes. Men nu er det jo også sådan, det er.

Hanne oplever et krydspres imellem de faglige krav, hendes egne ambitioner og hensynet til familielivet. Det giver anledning til frustration ikke at kunne læse nok, men Hannes håb er, at det kommer til at hænge bedre sammen, når børnene bliver større, selv om hun ikke helt, tror på det. Hun når ikke nok fagligt, oplever hun, og hun kan ikke se, at det bliver anderledes: *'…men, men, men det tror jeg, bare bliver ved'*. Den eneste handlemulighed Hanne umiddelbart ser for at få en bedre balance mellem karriere og familieliv, er at lave en ph.d. og det er umiddelbart det, hun ser som den mest nærliggende løsning i forhold til familielivet:

> Det er både noget med for at få en stilling [som speciallæge]. Men det er også fordi, jeg synes, jeg mangler de kompetencer. Jeg synes, jeg er gået meget den lige vej, ikke? Jeg har haft min turnus, så har jeg haft min intro, så har jeg haft min hoveuddannelse […] Bortset lige fra et par måneder på [x-hospital]. Så

> jeg har… Altså… Jeg synes, jeg mangler det… Det ville også passe mig fint familiemæssigt, ikke at være bundet af vagter og være lidt mere fleksibel. Jeg ved godt, der er nogle andre ting, som man jo så… altså stresser af mere ved en Ph.d., ikke? Men… men altså. Der er nogle ting ved det, som jeg godt kunne se, var en fordel også familiemæssigt.

At lave et ph.d.-projekt repræsenterer for Hanne en løsning på flere fronter: for det første vil det kvalificere hende til en kommende speciallægestilling, for det andet udvider det hendes erfaringer og kompetencer – måske også udsætter speciallægeanerkendelsen, som hun på nogle måder ikke føler sig kompetent til og for det tredje giver hende mere tid til familien og løser på den måde det krydspres, hun oplever imellem sit privatliv og arbejdsliv. Da hendes identitet i høj grad ligger i hendes familiære og sociale relationer, oplever hun den professionelle identitetsdannelse som et modsætningsfyldt pres, hun orienterer sig mod at løse fx med en ph.d., der kan skabe bedre sammenhæng mellem hendes subjektive og professionelle identitet.

Uddannelse: læring og vejledning

Overgangen fra medicinstudiet til klinikken beskriver Hanne som hård. Hun havde ikke anden klinisk erfaring end fra klinikopholdene på studiet og oplevede ofte som nyuddannet at stå usuperviseret og føle sig alene og isoleret i klinikken:

> Så turnus. Benhårdt. Altså på det tidspunkt der var… altså ingen supervision overhovedet. Altså jeg startede i medicinsk afdeling. Jeg havde ikke haft nogen vikariater, fordi jeg var kørt lige igennem. Bagvagten var fra et vikarbureau. Når klokken var seks, så var han fræset afsted med 170 km/t til Odense. Så der var ingen. Der stod man virkelig med alt. Så der fik man hår på brystet. Og der var også mange, der sådan, der ikke klarede eller ikke… Altså der var mange, der var rigtig kede af det og det var… Altså… Det var benhårdt. Men… Man lærte også meget. Så… […] Jamen det var hårdt på den måde, at du stod bare alene med det. Altså når klokken var seks, så stod du bare alene med pivdårlige patienter. Ikke? Og ofte så var du jo heller ikke… Når så du skulle have hjælp fra nogle, så vidste du ikke, hvor du skulle søge den, fordi du var så grøn. Ikke? Og du… Så… så det var… det var benhårdt på mange måder, ikke?...

Den manglende indføring på afdelingen i forhold til, hvem der kan hjælpe og hvornår det forventes, at man beder om supervision – herunder hvornår det er legitimt, at bede om hjælp, har fyldt meget for Hanne. Rammerne er uklare og den organisatoriske såvel som praktisk støtte er fraværende, hvilket skaber usikkerhed i forhold til egen faglighed og kvalifikationer. Hannes oplevelse af,

at være alene fylder meget i citatet. Alligevel beskriver hun den manglende supervision modsætningsfyldt og ambivalent. Dels udtrykker hun kritik og kalder det *'benhårdt'* at opleve at stå alene, dels fremhæver hun nogle positive læringsaspekter i og med, at *'man får hår på brystet'* og *'man lærte også meget'*. På den måde, forholder hun sig modsætningsfyldt, selv om hun beretter om kolleger, *'der var rigtigt kede af det'* og tydeligvis også selv, har oplevet det som hårdt. At det også har påvirket hende personligt at være usuperviseret og uerfaren fortæller hun blandt andet om i relation til, når bagvagterne ikke kommer til traumekald:

> Det er jo vildt frustrerende, ikke? Altså. Man bliver skidebange, ikke? Fordi du står jo virkelig med ansvaret for en eller anden patient, som potentielt er smadderdårlig og… Du er både… altså kan være bange for, at skulle ringe op til en sur bagvagt og du kan være bange for, ikke selv at kunne behandle patienten nok. Så det var utroligt kæmpeansvar, man føler, når man står i den situation der. Så… Og så er jeg måske… Altså jeg er lige så usikker som alle andre. Men jeg tror, jeg er… udstråler det i mindre grad. Og måske derfor har været bedre til at sige, at jeg har brug for deres hjælp. Eller… Jeg tror, jeg er bedre til at lyde… Altså jeg… jeg… tror ikke, jeg er så nem at skræmme, selvom jeg indvendigt, er lige så nervøs som alle andre. Jeg… Jeg tror bare ikke, jeg udstråler det lige så meget, som andre måske gør.

Hanne beskriver et krydspres mellem at være bange for ikke at kunne behandle patienterne og bange for at ringe til en sur bagvagt. Det skaber modsætninger imellem hensynet til patienten og de organisatoriske og kulturmæssige forhold på afdelingen. Patientsikkerhedsperspektivet ser ikke ud til eksplicit at have forrang, men spiller implicit ind i forhold til oplevelsen af at være presset mellem patientbehandling og de kollegiale professionelle relationer. Det eksemplificerer den socialisering, der sker ind i professionen og den professionelle identitetsdannelse, hvor Hanne har lært at skjule sine følelser og ikke vise, at hun er bange, nervøs eller usikker. Hendes strategi i forhold til at klare sig er, at hun kan skjule sine følelser og udstråle et andet selvbillede, end det, hun reelt har og føler.

Der rejses endvidere et interessant spørgsmål om, hvornår de yngre læger selv skal varetage behandling og hvornår, de skal bede om supervision – som ikke virker til at være klart defineret, men bliver et individuelt spørgsmål baseret på en lang række faktorer og hvor sådan noget som at være bange for at ringe til bagvagten, også spiller ind. Det afspejler nogle komplekse kompetence- og beslutningsstrukturer i forhold til arbejdet og professionen, der stiller krav om

former for ekspertise knyttet til den enkelte læges personlige evner og kompetencer. Hanne beskriver fx en oplevelse som ny i en afdeling, hvor hun oplevede et dødsfald hos en patient, hun havde behandlet. Her måtte hun selv sikre, at hun kunne drøfte forløbet med en senior læge og få støtte i forhold til at reflektere over forløbet:

> Og… jeg kan huske, altså jeg havde også, jeg kan huske den første patient, som jeg gav trombolysebehandling for en blodprop, dagen efter jeg kom, havde fået en blodprop og var død, ikke? Og det var ikke min beslutning, for jeg havde jo snakket med min bagvagt. Men der var… Altså der var nogle… Altså der skete mange ting, som var meget lignende det. Jeg gjorde så det, at fx den hændelse der, hvor jeg tænker, kunne jeg have gjort noget anderledes? Og det kunne, jeg ikke. Altså det var en gammel mand på næsten 90. Det…. Altså det… Det er jo en af de ting der kan ske, ikke? Og han var jo død, hvis ikke vi havde behandlet ham, ikke? Men der havde jeg fat i min bagvagt og gennemgik forløbet med ham. Men det… Altså det havde han ikke gjort af sig selv.

Formelt er ansvaret ikke Hannes, men hendes beskrivelse af situationen fremstår som en signifikant hændelse, som hun tydeligt husker. Det tyder på en arbejds-, lærings-, og omsorgskultur, hvor den kollegiale støtte afhænger af de individuelle ressourcer hos den enkelte uddannelsessøgende – i Hannes tilfælde at kunne skjule sine følelser og ikke lade sig skræmme som nyuddannet læge, men tværtimod insistere på at få vejledning. Kulturen produceres af organisationens medarbejdere i de daglige arbejdssituationer, hvor forventningerne til andre kommunikeres, indfries eller skuffes afhængigt af personer og situationer. Det oplevede Hanne også i anden del af turnus på en ortopædkirurgisk afdeling, hvor supervisionen var bedre i dagtiden, men stadig problematisk i nattetimerne:

> Der var sådan nogle garvede… jamen jeg tror måske, det har været sådan almenmedicinere, som ikke har gidet være i praksis. Så er de blevet sådan nogle sygehuslæger som… Så de har jo ikke, altså haft et speciale inde på sygehuset som sådan. Men… men så er de ligesom blevet skadestuelæger og sådan nogle garvede nogle, som var utroligt gode i dagtiden til altid… man altid kunne gå ind og sige, kan du ikke lige hjælpe mig? Altid. De var utroligt gode. Der var sådan to-tre stykker, som var der om dagen, som var super. Om natten haltede det selvfølgelig. Der var jo bagvagter, som ikke altid var der, når der var traumekald. Der var det igen meget varierende, hvad der var af bagvagt. Men det var også rigtig svært at få besat stillingerne på det tidspunkt…

Hanne sætter fokus på nogle organisatoriske og kulturmæssige aspekter, der knytter sig til arbejdets organisering, rekrutteringssituationen og uddannelsens rolle i forhold til arbejdet. Det er tilfældigt, at der er nogle garvede almenlæger, der superviserer de yngre læger – og givet vis også snarere udtryk for noget personbåret og personafhængigt frem for intentionel uddannelsesplanlægning. Hanne peger også på ydre forhold som determinerende for både kvantiteten og kvaliteten af supervisionen i form af, at bagvagterne er vikarer pga. rekrutteringsproblemer blandt lægerne. I tredje del af turnus var Hanne i almen praksis. Selv om der ikke decideret var sat tid af til supervision, fungerede det godt og hun trivedes rigtigt godt med at være der:

> Det var super. Der befandt jeg mig rigtig, rigtig godt. Altså jeg kunne sagtens have været blevet praktiserende læge. Jeg har bare ikke lyst til at være selvstændig og alt det der socialt… sociale problematik. Det er jeg også bange for, at jeg sådan ville brænde ud på. Så… Men de er supersøde og der kunne jeg også altid. Der bliver man ikke superviseret, fordi det er bare ikke sat… Det er der bare ikke sat tid af til sådan et sted. Jeg havde selvfølgelig nogen dage, hvor jeg gik med dem i starten ikke? Men ellers så var det bare i gang. Men så blev der også sat flere patienter på til mig og jeg kunne altid gå ind og kalde en af dem ind og få dem til at vurdere patienten sammen med mig, eller… et eller andet. Så der, var det rigtig fint.

Selv om der heller ikke her var planlagt supervision, ser det ud til, at kulturen i specialet, spiller en rolle her. Hanne kunne altid bede om hjælp – og hun italesætter, at de var *'supersøde'* og at det var legitimt at bede om supervision. Det eksemplificerer et læringsmiljø baseret på omsorg og tilgængelighed og sammenhæng mellem arbejdets belastninger, muligheder for social interaktion og arbejdsfællesskaber i forhold til Hannes læringsforløb. Introduktionsstillingen fik Hanne på en intern medicinsk afdeling og blev hurtigt avanceret til at være bagvagt. Supervisionen i dagtiden fra seniore læger i afdelingen var god, men igen mangelfuld om natten:

> …der havde man forvagter, hvor man gik i skadestuen, hvor det væltede ind med medicinske patienter. Og så var jeg så heldig, at de spurgte, om jeg ville være bagvagt efter et halvt år. Og så… Så var jeg det. Og det var rigtig fint. Det var også en god afdeling og altså igen, jeg har ikke haft nogen særligt synlige vejledere, hvis man skal snakke om dem. Altså. Jeg har holdt de møder, som man skulle. Men jeg har ikke sådan… Jeg er ikke blevet trukket igennem mine kompetencer. Det synes jeg ikke, jeg er blevet. Men det var også et godt sted at være. Altså. Om dagen var der fin supervision af ældre læger, som ligesom kiggede på det, man lavede og lavede gennemgange og sådan noget, så… Jeg var også glad for at være der.

Hendes erfaring og fortrolighed med lægearbejdet er steget og betydningen af supervisionen, er ikke så markant som den var igennem turnusuddannelsen. Der er mere fokus på glæden ved afdelingen, selv om hun bemærker, at vejlederne ikke var synlige. Hun har holdt de formelle møder med vejlederne – dog uden at være *'blevet trukket igennem mine kompetencer'*, som hun siger og tilskriver ikke umiddelbart nogen særlig betydning til den formelle vejledning, men den daglige uformelle vejledning var velfungerende.

I sin nuværende stilling på hoveduddannelsen sidder Hanne ofte alene i ambulatoriet, hvor mulighederne for supervision er dårlige:

> Altså det er jo ikke sådan, der sidder nogle derovre sammen med mig. Og det er heller ikke det… Så der er jo ikke nogen supervision, kan man sige. Der er ikke noget sådan… Men så snakker vi jo meget om at… Altså jeg… Altså giver meget udtryk for, jeg gerne vil have tilbagemeldinger, eller når man læser det, jeg har skrevet eller det, jeg fremlægger. Nu har vi jo god mulighed for… Vi fremlægger jo faktisk patienterne faktisk både morgen og nu her [om eftermiddagen på konference]. Så det vil jo sige at… at man har jo god… god mulighed for der at blive vurderet på, hvad man synes, man skal gøre for en patient, ikke? Og det gør, man jo også her. Altså så får man at vide: 'Jamen skulle du måske tænke på, eller sådan og sådan', ikke? Så på den måde er der jo rig mulighed for her… Men der er ikke sådan direkte supervision. Det er der ikke. Og det har der ikke været nogen steder, hvor det har kunnet lade sig gøre. Overhovedet. Nogen steder.

Selv om Hanne får tilbagemeldinger på de daglige konferencer, er det ikke det samme som direkte supervision og feedback – og det er noget, som hun ønsker. Det er symptomatisk at Hannes læringsbehov ikke imødekommes på dette punkt. Igennem interviewet forhandler Hanne kontinuerligt med sig selv, om de tilbagemeldinger hun får på konferencerne og den betydning, de har i relation til feedback og supervision:

> Og det jo så både, at de har læst mine notater, ikke? Altså så har jeg jo… Det har de jo læst masser af. Og så selvfølgelig på fremlæggelser. Når man fremlægger patienten til konferencen. Det gør man også i høj grad på [x-hospital]. Der laver man også virkelig nøglekonferencer. Altså sådan hvor man virkelig sidder og piller i patienterne, ikke? Så… Så på den måde skal man også nok få at vide, hvis det er, man har lavet noget galt.

Værdien af konferencerne er ambivalent i Hannes beskrivelser, hvor hun på den ene side siger, at hun faktisk får tilbagemeldinger på konferencerne, men samtidig efterspørger feedback og direkte supervision i sit arbejde, som et

stort ønske, der ikke dækkes via konferencerne. Konferencernes læringsværdi kan tage sig tvivlsom ud – betydningen ser nærmere ud til at have karakter af fejlsøgning end som et egentligt læringsrum. Man får: *'at vide, hvis det er, man har lavet noget galt'*, men tilbagemeldingen går på resultatet ikke på læreprocessen i patientbehandlingen. Konferencerne repræsenterer fokus på resultater i form af 'rigtigt/forkert' og udgør dermed ikke det læringsrum, Hanne efterspørger. Konferencernes fokus på effektivitet og resultater uden fokus på læreprocesserne og de refleksioner, der ligger bag de handlinger, der vurderes. Dermed repræsenterer konferencerne ikke et egentligt læringsrum for Hanne, selv om hun er ambivalent i forhold til den feedback, hun får der.

I interviewet med Hanne fylder den formelle vejledning ikke særligt meget i hendes fortællinger og hun beretter kun eksplicit om den direkte adspurgt. Det er hendes vurdering, at ingen af de hovedvejledere, hun har haft, har været i besiddelse af de nødvendige uddannelsesmæssige forudsætninger og pædagogiske kvalifikationer til at foretage egentlig kompetencevurdering og dermed give hende de tilbagemeldinger på sit faglige niveau, som hun gentagende har bedt om:

> Jeg bliver aldrig… Jeg… Og det har jeg jo efterspurgt. Jeg er aldrig nogen sinde blevet… Jeg er… Jeg er… Altså jeg har fået godkendt mine kompetencer ud fra mit arbejde. Jeg er ikke blevet haglet igennem. Og det er der jo nogle, der gør. Det ved jeg inde på hospitalet. Der er nogle af mine… de samme som mig, der er blevet haglet igennem den ene kompetence efter den anden. Og det har jeg ikke. Og det er fordi, jeg har haft nogle vejledere som… Det ville de slet ikke evne, tror jeg. Nå nej, men altså. Det er det… Det kan jeg ikke forestille mig, de kunne finde på at gøre. Eller sådan. Nej.

Af Hannes beskrivelse fremgår det, hvordan hun betragter den formelle vejledning som fænomen. Hun opfatter den formelle del af vejledningen som der, hvor man får godkendt sine kompetencer og potentielt bliver *'haglet igennem'* kompetencerne. Den formelle vejledning er i den optik en kontrolfunktion, som hun ikke har gennemgået – og dermed bidrager til hendes følelse af usikkerhed omkring egen faglighed, kvalifikationer og kompetencer. I citatet fremgår det, at hun har fået sine kompetencer formelt godkendt via sit arbejde – men hun er aldrig blevet direkte observeret i sit arbejde.

Dermed er der ikke tale om struktureret eller systematisk vurdering, men snarere om, at hun har passet sit arbejde og at der ikke har været formelle eller uformelle tilbagemeldinger, der har forhindret, at hun har fået de nødvendige

underskrifter. Hanne italesætter gentagende et ønske om direkte feedback og supervision fra sin hovedvejleder, når man spørger ind til betydningen af den formelle vejledning. Det, der reelt foregår i de vejledersamtaler, der finder sted mellem Hanne og hendes hovedvejleder, har ikke nogen særlig status i hendes fortællinger:

> Altså… Det er jo svært ikke? Fordi det [få konkret feedback] kunne jeg godt. Jeg kunne godt tænke mig at få at vide noget mere… men det skulle du have gjort bedre, ikke? Fordi tit så har jeg jo bare fået at vide, men det er fordi, at du har gjort det godt. Eller… Men det er jo sådan lidt uspecifikt og også en nem måde at… at vejlede, ikke? Så jeg kunne godt tænke mig at få lidt mere konkret, hvis det var. Men jeg ved… Jeg ved jo heller ikke… Det er jo også svært, det… Altså det er jo ikke sådan, at folk tit kommer og siger nu… det skulle du ikke have gjort eller sådan et eller andet. Det er jo… Det er svært at vurdere selv, synes jeg. Jeg vil gerne have lidt mere konkret feedback. Men det har jeg også sagt til Jørgen [hendes hovedvejleder], at det er noget, jeg gerne vil have… Men jeg ved ikke om… om der, om det bliver givet, eller om de tænker, at det feedback de giver ved konferencerne, ligesom er det feedback man får, ikke? Og der får man jo også meget konkret feedback, ikke?

Selv om Hanne får ros, eller besked om, at det går godt, dækker det ikke hendes behov eller giver tryghed omkring egen formåen og kompetencer. Hun oplever feedbacken som substansløs og betydningsløs, da den mangler troværdighed: *'det er jo sådan lidt uspecifikt og også en nem måde at… at vejlede, ikke?'* Hun vil have konkret feedback og have at vide, hvad hun skal forbedre. Det kan forklare, hvorfor hun kontinuerligt strides med en usikkerhed om eget niveau, på trods af, at hun gentagende får at vide, at det går godt. Hun betragter generelt hovedvejledningen som en form for 'ikke-vejledning' eller 'laissez-faire-vejledning' karakteriseret ved ukvalificeret substansløs ros, der ikke repræsenterer nogen subjektiv værdi for hende – formativ eller summativ.

Hanne kredser kontinuerligt omkring en usikkerhed om sit eget niveau som læge og dermed til kvaliteten af det arbejde, hun udfører. På trods af at Hanne oplever en stigende fortrolighed med arbejdet og kan se en læringsmæssig progression fra den ene afdeling til den anden, er hun grundlæggende usikker på, om hun kan de ting, hun skal kunne. Tanken om snart at blive speciallæge rejser nogle spørgsmål om eget niveau. Tvivl om egen formåen i udførsel af arbejdet kan påvirke trivsel på arbejdspladsen negativt i form af usikkerhed og øget pres:

> Jeg synes da hele tiden, jeg kunne blive dygtigere. Altså jeg kan godt se, når jeg kommer tilbage her til [x-sygehus], at jeg har lært rigtig meget, mens jeg har været på [x-hospital]. Og der er rigtig mange ting, som jeg er blevet fortrolig med. Men når jeg sådan tager mig i det. Så tænker jeg da ej, nu er jeg speciallæge om mindre end et år. Det kan simpelthen ikke være rigtigt. Altså. Du kan jo slet ikke alt det, du skal kunne, ikke? Men det er også svært at bedømme sig selv. Det er meget svært at bedømme sig selv. Hvor god man er fagligt. Hvor god man er til at kommunikere, altså? Det er svært fordi det jo… Man er jo i det, når man gør det. Så det er jo svært at gå udefra og vurdere sig selv.

Hanne beskriver her et udækket vejledningsbehov i relation til støtte ved at få en andens – ydre blik og perspektiv på sine kompetencer. Hanne kan ikke selv vurdere og bedømme sine handlinger. Hun er for tæt på sig selv og de konkrete situationer og har brug for en andens blik, der er mere distanceret: *'Man er jo i det, når man gør det. Så det er jo svært at gå udefra og vurdere sig selv'*. Det er vanskeligt at 'blive fremmed for sig selv', men det kunne medieres via vejledning. Hanne stiller sig kritisk overfor, at man selv som uddannelsessøgende individuelt skal forholde sig til, om ens kompetencer er gode nok og at det er svært selv kontinuerligt at skulle spørge, om man er god nok. Igen bliver det de individuelle handlemuligheder og ressourcer, der er afgørende:

> Mere feedback synes jeg, at vi har pligt til overfor hinanden, ikke? Både godt og skidt. Og så sige: 'ved du hvad, jeg synes den der… Det du lavede der, det var rigtig godt, jeg synes at der og der sådan, da jeg kiggede på det og sådan, når du selv kigger på det igen. Er der så noget, du måske skulle have haft med eller sådan et eller andet?' Jeg kunne godt tænke mig noget mere direkte feedback. Sådan så man ikke bare går rundt og tænker: 'nå, men det er fint alt sammen', ikke? Og så at man selv ligesom skal spørge; 'jamen er det godt nok', ikke? Altså det synes jeg, godt kan være sådan lidt… Så det er svært sådan selv at have en fornemmelse af, hvad man egentlig kan.

Det er op til Hanne selv at skabe dialog omkring de ting, hun føler sig usikker omkring – der er så at sige ikke en dialogisk kultur. Det betyder, at refleksioner omkring de emotionelle aspekter i arbejdet i udgangspunktet ikke eksisterer. Hanne står alene forstået på den måde, at hun ikke oplever at blive støttet i forhold til refleksivitet omkring de fornemmelser og følelser, hun oplever:

> Det [usikkerhed] fylder rigtig meget. Man er rigtig bange for ikke at slå igennem og rigtig bange for patienterne, fordi kan man nu se, hvad de fejler og gør man det ordentligt og… Det er også derfor, det er sådan man skal… Man skal kigge ordentligt på patienterne og få nogle gode vaner fra starten af og sådan… Sådan så man, i hvert fald har undersøgt dem ordentligt og så kan

> man bedre leve med, hvis nu man bare, ikke var god nok. Altså så er det jo… Så er det selvfølgelig ikke godt nok for patienten. Men man kan sige, man kan jo ikke gøre mere end sit bedste. Og hvis man har været omhyggelig og der så alligevel er et eller andet, man har overset. Jamen så er det jo simpelthen, fordi man ikke har været god nok, ikke? Og det dur jo ikke, hvis kvinden har en kæmpeknude i brystet og du ikke har haft blusen af hende. Altså så det er jo… ja. Men det er svært i starten og det er noget af det, som jo er utroligt rart, når man er kommet… har været læge nogle år, som jeg har nu. Den der sikkerhed, man alligevel har med rigtig mange ting.

Hannes strategier for at håndtere usikkerheden er subjektive og individuelle og rettet mod, hvad hun selv kan leve med som en beskyttelse i arbejdet. Usikkerheden bliver mindre i takt med, at hendes stigende erfaring som læge giver hende mere sikkerhed. Erfaring og tid er dermed centralt og umiddelbart løsningen, frem for strukturelle og organisatoriske rammer omkring de uddannelsessøgende, der kunne give kollektive løsninger forankring i organisationen. På trods af at Hannes erfaring er større nu, end da hun var nyuddannet, har nervøsiteten ikke sluppet hende:

> Ja den [nervøsitet] har vi jo til stadighed i en eller anden grad, ikke? Altså den synes jeg jo, den er der jo altid, når man arbejder, synes jeg. At hver eneste gang du giver noget medicin og hver eneste gang du gør et eller andet, som potentielt måske ikke er det rigtige, fordi det er jo ikke sådan at man… Man har jo ikke… Du ved, hvad du… hvad tingene gør og du ved, hvad kroppen kan. Men der er bare stadig en masse ting, som man ikke kan forudsige. Så det er jo… Det er dagligt. Det er næsten dagligt, når man behandler. Så er der jo en eller anden usikkerhed i, gør jeg det nu rigtigt? Er det nu rigtigt nok for den her patient, ikke? Når det er til dagligt, er det jo ikke sådan noget, man tænker over det. Det har man… Altså det har jeg jo vænnet mig til. Og… og… og sådan er det bare og det er ok. Altså det er en del af det. Men når man står i de der spidssituationer, hvor man virkelig er på usikker grund og man måske har svært ved at vurdere patienten og sådan noget. Så er det jo ikke særligt rart.

Hanne beskriver nervøsitet som en daglig følgesvend som hun efterhånden ikke tænker over, er til stede. Hun har vænnet sig til, at der følger en usikkerhed med og at det er en del af lægearbejdets natur: *'sådan er det bare og det er ok'*. Samtidig oplever hun også, at der er nogle spidssituationer, hvor hun stadigvæk er *'på usikker grund'* og at det er ubehageligt. Hun fortæller det igen som et individuelt anliggende, hun skal håndtere og ikke som situationer, hvor hun beder andre om at hjælpe hende med at vurdere patienten og hendes behandling.

I Hannes beskrivelser af, hvordan usikkerhed og tvivl har præget hende igennem den lægelige videreuddannelse og stadigvæk præger hende, dog nu i mindre grad, fremgår det, at der ikke eksisterer en arbejds-, lærings-, eller omsorgskultur, hvor de følelser italesættes og anerkendes. Direkte adspurgt fortæller hun om, hvad hun selv lægger vægt på, når hun er formel vejleder for yngre læger:

> Jeg har selv gået… Jeg har selv superviseret enkelt… superviseret enkelte gange. Jeg har været vejleder for… for introstillinger. Jeg har selv superviseret nogen gange på stuegang og sådan noget ikke? Men ikke særlig tit. Altså jeg har måske gjort det tre-fire gange […] Ja, men især primært på kommunikation, supervisionen, kan man sige, ikke også? Fordi at det faglige det kan man jo sagtens tage, hvor patienten ikke er der. Ikke? Altså selvfølgelig. Fordi det er sjældent, der er noget galt med den måde, du lytter på, eller trykker på en mave på, ikke? Altså det… det opnår, de fleste sådan ret hurtigt kompetencer i. Ikke? Så det er jo mere helt klart kommunikationen. Men der bliver jeg aldrig selv vurderet.

Kommunikation er en vigtig værdi for Hanne og det er også noget af det, hun selv lægger vægt på i vejledningen af andre – med udgangspunkt i sine egne værdier, præferencer og læringsbehov. Hendes eget læringsbehov får hun dog ikke dækket. Når Hanne vejleder, tager hun altså udgangspunkt i sig selv – hendes fokus ligger ikke hos den, hun vejleder, men snævert knyttet til hendes egne erfaringer og behov for feedback og direkte supervision:

> Ja jeg synes, det er vigtigt, de får feedback. Jeg synes, det er vigtigt, jeg læser deres ting og kommenterer det direkte og det gør jeg faktisk også med lægerne her. Hvis der er et eller andet, som jeg ikke synes. Altså nu er jeg ikke så højt oppe. Men hvis der er noget, jeg synes de ikke gør godt nok, så gør jeg dem opmærksom på det på en pæn måde, selvfølgelig, ikke? Fordi jeg synes det er… Altså lægger mærke til, hvis der er en patient, det kan vi lige snakke om. Jeg kan se du har set… og det er rigtig fint og så prøver jeg selvfølgelig sådan i stedet for bare at sige ja men du gjorde sådan og sådan galt, ikke? Altså. Så… Så… De gange jeg har været vejleder, det har jeg været tre gange… har jeg været vejleder. Altså der har vi gennemgået kompetencerne, sådan ret slavisk og så har jeg bedt dem om at finde to-tre patientcases til hver kompetence og så har vi gennemgået dem med sådan kompetencen hurtigt, ikke? Og så har jeg kigget på, hvad de har skrevet og hvad de har gjort godt og hvad de kunne have gjort bedre og sådan noget, ikke? Så det ved jo ikke, hvordan de, har synes fungerede. Ha, ha, ha, ha. Det…

Hannes værdier omkring konkret feedback kommer til udtryk i praksis i klinikken. Hun gav grundig feedback til en medicinstuderende på en journalop-

tagelse, hvor hun går ned i detaljer, bruger tid på at forklare fx hvordan hun selv ville skrive og hvorfor, hvordan andre skriver, fordele og ulemper ved de forskellige måder. Dermed inddrager hun flere perspektiver på, hvordan opgaverne kan løses – og har dermed ikke et snævert fokus på 'rigtigt og forkert' i sin vejledning. Hun bruger tid på konferencer på, at lade den studerende fremlægge 'sin' patient og spørger ind til den studerendes undersøgelser og diagnoser. Jeg har valgt at inddrage et observationsbillede i analysen, for at vise, hvordan jeg oplevede praksis omkring Hannes supervision af en gruppe yngre læger før og under en eftermiddagskonference:

Observationsbillede – konferencerummet

I konferencerummet sidder en anden hoveduddannelseslæge med den medicinstuderende som Hanne tidligere sendte ind og undersøge en dement ældre mand. Hoveduddannelseslægen stiller den medicinstuderende nogle spørgsmål ud fra værdierne på en patient, de har gået fælles stuegang på. Spørgsmålene virker eksaminerende og den medicinstuderende kan ikke svare på særlig meget af det. Hun undskylder sig flere gange med, at det er lang tid siden, hun har læst på det.

Hanne forsøger at ringe til en kirurgisk afdeling på et andet sygehus vedr. en af de patienter, hun selv har gået stuegang på. Der er kun én telefon i konferencelokalet og den står placeret ved det skrivebord, hvor den medicinstuderende sidder med hoveduddannelseslægen. Hanne står umage placeret i forhold til telefonen. Hun ringer op til det andet sygehus: hun præsenterer sig og beder om nummeret til bagvagten på den afdeling hun skal tale med. Hun får et nummer og ringer op. Ingen svarer. Hun må starte forfra gennem sygehusets hovednummer. Her får hun det samme nummer som før og må forklare, at ingen svarer. Hun stilles om flere gange og telefonforbindelse afbrydes. Hun må ringe op igen. Efter en del tid og mas kommer hun igennem til en, hun kan snakke med. Her får hun at vide, at de ikke kan gøre noget for at hjælpe den patient, Hanne ringer om. Hanne lægger på igen.

En introlæge kommer ind. Han har svært ved at finde en pc, der duer og der er ikke rigtig plads i konferencelokalet. Han bakser rundt og får sig placeret midt i lokalet. Der er nogle tekniske problemer og han brokker sig lidt. En sygeplejerske kommer ind og beder om hjælp til at flytte en patient fra én seng til en anden. Lægerne kigger overrasket rundt – det er ikke deres arbejde, men det virker ikke som om, de har lyst til at sige nej. De to mandlige læger afbryder deres arbejde og går med sygeplejersken ud på gangen. Hanne bliver tilbage og ser lidt paf ud. Hun siger ud i rummet, at det vil hun altså ikke. Det må de kalde en portør til.

Hanne fortsætter med at dikterer og sætter den medicinstuderende til at lave notater i journalen på den patient, hun har gået stuegang på. Hanne hjælper undervejs og da den medicinstuderende er færdig, læser Hanne, det hun har

skrevet igennem og giver feedback på det hele løbende igennem teksten. I feedbacken præsenterer Hanne den medicinstuderende for, hvordan Hanne selv ville skrive det, hvordan andre skriver sådan noget og forklarer fordele og ulemper ved de forskellige måder. Den medicinstuderende spørger ind til dele af det og Hanne svarer venligt og tålmodigt.

Introlægen er i tvivl om et røntgenbillede, som han kort drøfter med Hanne. Han mener ikke, at den procedure, der er blevet udført på en kirurgisk afdeling, er udført korrekt. Noget ser forkert ud. Han tager telefonen for at ringe til den kirurg, der har udført proceduren. Introlægen har de samme telefonudfordringer, som Hanne havde tidligere. Han stilles om flere gange og mister forbindelsen. Han kommer igennem til kirurgen, der står på operationsgangen midt i en operation. Introlægen får besked på, at det er som det skal være – og han kan ikke gøre mere ved sagen.

En sygeplejerske kommer ind og spørger om ikke en af lægerne kan undersøge, hvordan det forholder sig med en af patienterne, der er i isolation på sygehuset, men som skal have noget ambulant behandling på Rigshospitalet. Skal Rigshospitalet så informeres eller er det lige meget? Introlægen napper sedlen med information ud af sygeplejerskens hånd og går straks i gang med at ringe op til mikrobiologerne på Rigshospitalet. Han stilles om flere gange og får til sidst oplyst, at det ingen betydning har, Rigshospitalet betragter ikke patienten som en risiko infektionsmæssigt.

Kl. er blevet 12.30 og den ene læge rejser sig og spørger, om der er nogle, der skal med til frokost? Han er ved at dø af sult, siger han. Hanne spørger, om frokosten kan skydes til efter middagskonferencen? Det er der ikke umiddelbart tilslutning til, så Hanne siger, at der er frokost indtil konferencen kl. 13. Der er kun en, der går til frokost. Resten arbejder videre.

Den læge, der skulle til frokost vender tilbage og konferencen kan begynde. Hanne tager helt naturligt ledelsesrollen. Hun er den mest seniore, af de læger, der er til stede. Hendes ledelsesstil er rolig og ikke-autoritær, men hun leder dog alligevel. Der er to andre læger (en h-læge og en i-læge) og så den medicinstuderende. Lægerne fremlægger de patienter, de har gået stuegang på. De ser trætte ud. Da h-lægen fremlægger en af de patienter, han har gået stuegang på tager han et medicinsk spørgsmål op og de overvejelser og refleksioner han har gjort sig om, hvad det kan skyldes. Lige så snart han har sagt det afbrydes han af Hanne og i-lægen der i munden på hinanden siger, hvad de mener, det er. Og de er ikke enige i h-lægens vurdering og at i-lægen og Hanne mener, at det noget, der kan være farligt. H-lægen ser lidt presset ud, men der er ingen, der kommenterer mere på det.

Hanne beder den medicinstuderende fremlægge den patient, hun har gået stuegang og skrevet journal på. Den medicinstuderende går i gang. Det tager lang tid – og alle ved, at der ikke er noget som helst interessant på den patient, hun fremlægger – det er udelukkende for øvelsens skyld. H-lægen og i-

lægen ser trætte ud og sidder tavst. Hanne lytter aktivt. Da den medicinstuderende er færdig, fremlægger Hanne kort, de patienter hun selv, har tilset. Konferencen er slut og vi rejser os. Jeg snakker lidt med Hanne på vej ud. Hun understreger, at der generelt mangler feedback i uddannelsen af læger og at hun derfor prioriterer det, når hun har medicinstuderende med.

Observationsbilledet viser, hvordan lægers uddannelse foregår i en kompleks arbejdsbaseret kontekst både intraprofessionelt hierarkisk og interprofessionelt mellem de forskellige faggruppers løsning af arbejdsopgaver og underlagt de rammer, som arbejdets logik giver. Hanne påtager sig det ansvar, der knytter sig til at være den mest seniore læge til stede og vejleder i forhold til de niveauer, de øvrige juniore læger har, samt påtager sig en ledelsesrolle i forhold til afvikling af konferencen.

Observationsbilledet illustrerer også, at lægernes arbejde og uddannelse foregår i diffuse rammer, hvor hierarkier og arbejdsopgaver, er til konstant forhandling. Sygeplejerskerne beder i situationen lægerne om at løse opgaver, lægerne ikke nødvendigvis synes, det er deres opgave at løse og hierarkierne imellem lægerne, har betydning for, hvilke læger, der tager hvilke opgaver. Det tyder dog også på, at det ikke kun er hierarkier, der afgør, men at køn også får en betydning. Fx da en sygeplejerske beder om hjælp til at flytte en patient fra en seng til en anden og der opstår en akavet situation, da ingen af lægerne har lyst til at udføre opgaven eller synes, at det er deres opgave, men to mandlige læger rejser sig alligevel og går med sygeplejersken. Forventningerne er givet vis anderledes til to 'stærke' mænd, når en kvindelig sygeplejerske beder om hjælp og måske er det lettere for Hanne som kvinde, at undlade at springe til. Konferencen som læringsrum sætter nogle begrænsninger i og med, at det primært foregår som afrapportering og kort drøftelse.

De faglige uenigheder berøres med en vis forsigtighed – fx i tilfældet med den hoveduddannelseslæge, hvis konklusion på en diagnose både Hanne og en junior læge, ikke var enig med ham i. På trods af, at to læger vurderede, at det akut kunne være noget langt mere alvorligt, gik man let hen over det. I situationen oplevede jeg det som en form for berøringsangst, hvor situationen var anspændt og man valgte sine ord med omhu. Som læringssituation kunne den være udnyttet, men blev det ikke reelt. Det kan skyldes dårlige erfaringer med tonen på konferencerne, der afføder en vis forsigtighed, det kan skyldes, at der ikke var seniore læger til stede på konferencen eller bestemte normer – under alle omstændigheder blev der ikke fulgt yderligere op i situationen.

Arbejde: kommunikation og samarbejde

Hanne har efterhånden en del erfaring med tværfagligt samarbejde fra forskellige afdelinger igennem den postgraduate uddannelse. Hendes strategi for samarbejde er, at hun spørger sygeplejerskerne om praksis, når hun starter på en afdeling og afkoder den tavse praksis på stedet ved at *'stikke en finger i jorden'*. Her trækker hun på sin eksplicit på sin erfaring og implicit på et skjult curriculum i den sociale læringsproces, hun er deltager i. Hannes samarbejdsrelationer er primært med sygeplejegruppen og hun fortæller selv, at hun ikke typisk oplever problemer. Hendes erfaring er dog også, at hendes køn giver udfordringer i forhold til sygeplejegruppen:

> Jeg synes egentlig, det fungerer meget godt. Altså… Altså jeg synes, at det kan godt være svært nogle gange som kvindelig læge… Nu er jeg også blevet lidt ældre, så er det nemmere at sådan at sætte sig i respekt overfor sygeplejegruppen, som måske er en meget erfaren sammentømret… Men jeg synes egentlig, at jeg er meget god til ligesom at… at sådan sætte grænser for… Altså ligesom at sådan at udstråle, jamen altså jeg har faktisk styr på det her og jeg… ordinerer jeg noget og beder om, så får jeg det også udført. Så er det ikke sådan, at de stiller spørgsmålstegn ved det, eller sådan… Altså så virker det som om at det… Det virker som om, det er et godt samarbejde, ikke? At sådan at det er ikke sådan, de tænker: 'ej nu er det hende Hanne, der skal gå stuegang og vi venter lige og hører, hvad den rigtige læge siger', ikke? Altså sådan er det jo for nogen yngre læger, ikke? …Så, så, så jeg oplever ikke, at det er et problem.

Hanne oplever, at det er svært som kvindelig læge at sætte sig i respekt fagligt overfor sygeplejegruppen, der fremstår som et kollektiv i forhold til hende, der arbejder fagligt isoleret fra egen faggruppe. Hannes strategi for at håndtere det er, at hun skal udstråle, at hun har styr på det faglige, så sygeplejegruppen ikke stiller spørgsmålstegn ved hendes beslutninger og udfører de handlinger, hun beder dem om. Det er således både en autoritetsmæssig, ledelsesmæssig, samarbejdsmæssig og kommunikativ udfordring. De autoritetsmæssige aspekter er dels knyttet til (manglende) erfaring, alder og køn:

> Og der er nogle, som ser rigtig unge når de er færdige også. Og som er… ser meget unge ud og sådan noget. Det tror jeg da helt klart, der er det nemmere hvis du er dreng og kan lægge dig et skæg til. Så, ha, ha, ha, ha så er du bare sådan lidt mere… ja.

Hannes oplevelse er, at hun både skal præstere ekstra qua køn og alder. For de yngre mandlige læger er det ikke kønnet, men alderen, der giver autori-

tetsmæssige udfordringer. De autoritetsmæssige udfordringer, Hanne oplever som kvinde, er kendte – også af de mandlige læger: *'…det snakker jeg også med mandlige læger om og de sidder og griner lidt, for de problemer har de ikke'*. De faglige forventninger er forskellige mellem de mandlige læger og de kvindelige læger. De kvindelige læger bliver af patienterne opfattet som sygeplejersker og mændene som læger, så det er ikke kun i det interprofessionelle samarbejde, at der er udfordringer med autoriteten:

> Ja, det er både i sygeplejegruppen og patientgruppen, ikke? Altså de første mange år der spørger patienterne altid: 'Nå, men hvornår kommer lægen, ikke?' Så derfor så starter man altid med at sige: 'Goddag, jeg hedder Hanne og det er mig der er læge og går stuegang her i dag'. Så er man ude over det der: 'Nå, er du læge? Ja. Ok.' Ha, ha, så.. så… altså. Så det… det er der mange, der gør. Det har jeg snakket tit med... altså med mine kollegaer om, at så siger man det sådan direkte, så de ikke er i tvivl om… Så de ikke bagefter endt stuevagt spørger: 'Nå, hvornår kommer lægen, ikke?' Og åh for fanden, ikke? Altså hun har lige været her, ikke?

I mødet med sygeplejegruppen har Hannes en anti-autoritær relationsform, der er inddragende med vægt på det fælles mål – patientbehandlingen - og det har en betydning for hende, at tage sygeplejerskernes vurderinger med i betragtning:

> Jeg oplever at vi sådan… Altså jeg spørger jo dem, hvordan synes du patienten har haft det, ikke? Der spørger jeg jo altid sygeplejersken. Jeg kan jo læse mig til det. Men det er jo rarere at vide hvad… hvad har du fået at vide og hvad har du lagt mærke til? Hvordan synes du, patienten har det i forhold til i går eller… hvad tænker du? Og så når vi går stuegangen, så slutter jeg jo som regel med at spørge patienten, har du noget? Nej. Og så spørger jeg sygeplejersken: 'Nå men Margrethe, har du noget andet?', 'Har du noget, som jeg har glemt, vi også skulle have snakket om?' Men det slutter jeg altid mine stuegangsnotater sådan med. Sådan på den måde ligesom også at inddrage hende. Så jeg ikke bare står og snakker. Sådan så det sådan er fælles. Det kan jeg godt lide. Altså jeg går altid stuegang med sygeplejerskerne. Det er sjældent, jeg ikke har dem med inde.

Kommunikation er et vigtigt element for Hanne og repræsenterer en værdi, hun tilskriver stor subjektiv betydning i forhold til valg af studie, speciale og karriere. Hun fremhæver inddragelse, det fælles og at etablere gode samarbejdsrelationer: *'det er jo rarere'* og *'Det kan jeg godt lide'* ud fra sociale begrundelser. Hun inddrager sygeplejerskerne ved at spørge til deres observationer og refleksioner og har en bevidsthed om, at hun ikke skal være den, der taler

monologisk. Det siger noget om hendes autoritetsopfattelse, hvor det 'fælles' i patientbehandlingen fremhæves og det dialogiske som en central værdi. Det har både en social begrundelse i forhold til trivsel og en funktionel begrundelse i form af støtte i det kliniske arbejde:

> …Altså nogle gange i praksis, kan det være nødvendigt at gå ind uden sygeplejerske. Fordi hvis der ikke er særlig mange sygeplejersker på arbejde. Det er dem, der skal hælde medicin op. Så nogle gange er du nødt til det, hvis det skal nås, inden de skal et eller andet sted hen, patienterne. At du går derind alene, ikke? Men som regel så tilstræber jeg, at jeg går sammen med… med sygeplejersken. Også fordi så er man to, der hører hvad patienten har sagt og så hvis hun sagde… Men du sagde også derinde og sådan noget. Nå gud, gjorde jeg det, ikke? Så kan man ligesom også sådan hjælpe hinanden lidt, ikke? I forhold til hvis man har overset noget eller… Altså jeg synes, det er rigtig rart. Når man er derinde, så snakker man med patienten og så kan man godt nogle gange måske glemme et eller andet, man har snakket om i forvejen. Og så hvis de spørger sygeplejersken. Så er det jo sådan set. Nå men… Nå, men jeg skulle også lige snakke om det. Ja, men det er rigtigt, ja. Så kan man lige, ikke? Altså… Og så når man sådan står der som to, så tror jeg ikke patienten opfatter det forkert, altså. Når man står sådan og… Sådan meget åbent omkring, hvad det er vi skal snakke om, ikke? Altså… Men det tror jeg også, er noget andet, end det har været tidligere, hvor patienten… Hvor man har været sådan højere oppe ift. patienten. Det tror jeg ikke, er så udtalt mere. Altså man er så… altså… Du fejler det og det og så siger vi det og det det er godt! Har du ondt? Nej. Altså… Man er sådan lidt mere i dialog sådan, tror jeg.

Hanne opnår en tryghed i arbejdet ved at være fælles og arbejde tværgående frem for at arbejde fagligt isoleret. Hendes fokus på åbenhed, dialog og kommunikation, er et brud med den hierarkiske autoritære lægerolle hen mod en åben, dialogisk form baseret på inddragelse og samarbejde i forhold til sygeplejersker og patienter. Det er altså både i relation til sygeplejegruppen, at Hanne gerne vil nedtone hierarkiet og i patientkommunikationen.

Selv om Hanne siger, at hun følger praksis på afdelingen, bryder hun også med nogle af de arbejdsgange og vaner, der er på afdelingen omkring samarbejdet. Under feltarbejdet, da jeg lavede observationer fortalte hun, at hun er vant til fra andre afdelinger, at læger og sygeplejersker går stuegang sammen, og at hun ikke forstår hvorfor, de ikke gør det der, hvor hun nu er ansat. Det er således ikke en fast cementeret praksis på afdelingen, at gå fælles stuegang. Jeg har valgt, at tilføje et observationsbillede til analysen, der illustrerer en samarbejdssituation, en arbejdspraksis og patientkommunikation. Observati-

onsbilledet repræsenterer dels et øjebliksbillede fra en klinisk afdeling, dels et glimt af praksis, rutiner og vaner, der kommer til udtryk i en fælles stuegang:

Observationsbillede – fælles stuegang

Hanne står op og arbejder på gangen i en arbejdsstilling, der ser umage ud. Jeg undrer mig over, hvad hun laver og spørger hende: står du her på gangen og læser? Hanne svarer, at det gør hun. I starten af sin ansættelse synes hun, at det var slemt at skulle stå op det meste af dagen og at det er en dårlig arbejdsstilling, men hun har efterhånden vænnet sig til det. Jamen siger jeg igen, står du ude på gangen og dikterer? Hanne svarer, at sygeplejerskerne ikke vil have, at lægerne dikterer på kontoret. Hun ser lidt resigneret ud. Hun tilføjer, at hun ikke forstår, hvorfor de (sygeplejerskerne og læger) ikke kan gå stuegang sammen – det har hun været vant til fra andre afdelinger. Hun siger, at lægerne har mulighed for at gå ned i konferencerummet, hvis de gerne vil sidde ned og læse eller diktere, men det ligger for enden af gangen (lige ved indgangsdøren til afdelingen) og at der på daglig basis ikke er tid til at gå frem og tilbage i forbindelse med stuegang. Hanne læser videre stående ude på gangen, mens der er trafik og aktivitet omkring hende.

Hanne har en medicinstuderende med som hun sætter til opgaver. Hun beder den studerende gå stuegang på en patient og fortæller, at patienten er dement, men alligevel til en vis grad formår at svare relevant. Det betyder, forklarer Hanne, at nogle af sygeplejerskerne er blevet overbevist om, at patienten ikke er dement, men Hanne siger til den medicinstuderende, at hun ikke skal lade sig narre. Det er papegøjesnak fra patientens side. Borer man lidt dybere, kan man høre, at patienten slet ikke er med på, hvad der foregår. Den medicinstuderende går alene hen til patientens stue. Hanne siger til mig, at hun har givet den medicinstuderende en let patient, for det er grænseoverskridende for de medicinstuderende blot at skulle undersøge en patient. At skulle løfte dynen, at skulle røre ved en patient etc.

Hanne siger, at de medicinstuderende helst vil gå med en af lægerne og observere, men det lærer de ikke noget af. De er nødt til at blive kastet ud i det. Hanne læser videre. Efter et stykke tid går vi ned for at gå stuegang på en patient. Vi kommer ind på en stue, hvor der ligger tre patienter. Hanne er i gang med at tilse en patient, da det går op for mig, at den medicinstuderende også er inde på samme stue. Jeg står tæt ved og kan høre, den medicinstuderendes kommunikation med patienten, der er en ældre herre. Den medicinstuderende siger: Nå, glæder du dig så til højtiden? Højtiden?... spørger patienten. Ja julen siger den medicinstuderende. Nå næh, svarer patienten. Du har måske ingen at holde jul med? spørger den medicinstuderende. Joh, jeg har da min kone. Nå, men det er vel også rart, siger den medicinstuderende. Joh… det er det da, svarer patienten. Hanne er optaget af den patient, hun går stuegang på, bliver færdig med patienten og vi går ud af stuen igen.

Tilbage på gangen går Hanne i gang med at diktere og ordinere medicin. Imens går patienter, pårørende og personale forbi. Nogle taler til Hanne, når de passerer hende, mens hun arbejder. Hanne vil gerne have sygeplejersken med til at gå stuegang på en patient. Sygeplejersken er ikke på kontoret, men inde på en patientstue. Vi finder hende og Hanne spørger forsigtigt: Om 10 min. kan du så gå med på stuegang? Sygeplejersken svarer (i et lidt presset tonefald): Jeg skal lige til at veje fruen (en patient på stuen) og så skal jeg… Hanne ser lidt træt ud og siger i et forsigtigt tonefald: jeg står på gangen, kan du ikke hente mig, når du er klar?

Vi går igen. Tilbage midt på gangen fortsætter Hanne med at læse, skrive og diktere. Efter et stykke tid kommer sygeplejersken. Hanne afbryder det, hun var i gang med. Sygeplejersken begynder at fortælle om status på de to patienter, Hanne skal gå stuegang på. Mens de er i gang med det, kommer fysioterapeuten (vi står jo midt på gangen) og afbryder. Fysioterapeuten orienterer sygeplejersken om en af patienterne. Hanne venter pænt og lidt resigneret.

Da fysioterapeuten er færdig, fortsætter Hanne og sygeplejersken. Sygeplejersken beder på en patients vegne, om noget medicin patienten kan få at sove på. Hanne siger, at det ikke er noget problem og går i gang med, at ordinere medicinen. Sygeplejersken siger også, at hun har (af)talt med patienten, at hun kan få mere Panodil. Hanne kigger i patientens medicinprofil og siger hov – det kan hun ikke for hun er allerede på max dosis af dagligt forbrug. Da sygeplejersken og Hanne er færdige med at gennemgå patienterne, går de fælles stuegang på dem.

Vi går hen til stuen, hvor der ligger to kvindelige patienter. Hanne går i gang med stuegang patient for patient. Patienterne virker glade for den kontakt, de har med Hanne. Hun giver sig god tid og sætter sig ned. Hos den ene patient på en stol, hun tager over til sengen og hos den anden patient, som sidder i en stol midt inde på stuen, sætter Hanne sig på hug. Det er den patient, der har problemer med at sove og gerne ville have noget at sove på. Hanne forsikrer hende om, at det har hun ordnet og patienten bliver så taknemmelig, at hun tager Hannes hånd og siger, du er vel nok sød! Patienten er bekymret for, at blive udskrevet inden en planlagt operation, hun skal have foretaget på en anden afdeling. Hun vil gerne blive på sygehuset frem til operationen.

Hanne taler med hende om det, men kan ikke love hende, at hun kan blive på hospitalet så længe. Hanne prøver at tale med patienten om, hvordan hun kan blive hjulpet hjemme med mad etc. Patienten vil ikke have mad bragt og siger, at hendes mand kan lave mad. Hanne forklarer patienten, at når man har været indlagt, kan man i begyndelsen mindre end man tror, når man kommer hjem og at det derfor vil være en rart, at få hjælp – og ikke skulle tænke på det huslige selv. Patienten svarer, at det vil hendes mand ikke og at han sagtens kan lave lidt mad selv, hvis det er. Hanne siger: jamen du bestemmer vel også noget? Hanne tilføjer, at de må de lige tage op igen. Vi forlader stuen.

Observationsbilledet viser, hvordan fælles stuegang kan foregå og hvordan Hanne insisterer på, at kunne gå fælles stuegang og skubber til praksis i afdelingen. Omvendt bøjer hun sig i forhold til, at måtte stå op på gangen og arbejde. Det accepterer hun som et vilkår, der ikke kan ændres på. Kommunikation og samarbejde omkring stuegang er vigtigere for hende end egne fysiologiske behov – dem tilsidesætter hun, både når hun sidder på hug hos en patient og når hun står længe på gangen og arbejder. Det er interessant, at hun sender den medicinstuderende af sted alene, selv om hun er bevidst om, at de studerende også foretrækker, at være flere om patienterne – ligesom hun selv foretrækker. Dermed både skubber hun til praksis og reproducerer praksis. Der er ingen opfølgning på den medicinstuderendes patientkommunikation i det aktuelle tilfælde, som ellers er i stort fokus hos Hanne selv.

Hannes kommunikation med sygeplejersken virker forsigtig i forhold til, at få aftalt den fælles stuegang, men ikke i relation til de faglige spørgsmål. Der skærer Hanne klart igennem. Hanne navigerer i en kompleks social interaktion, hvor hun skal skifte mellem forskellige kommunikative, ledelsesmæssige og sociale strategier. Hannes samarbejdsrelationer er endvidere komplekse forstået på den måde, at hun indgår i mange forskellige typer samarbejdsrelationer på hospitalet: patienter, pårørende, læger på egen afdeling, læger på andre afdelinger, fysioterapeuter, sosu'er, sygeplejersker etc. Fælles er, at der hersker forskellige hierarkier og magtforhold samt praksisser, der skal afkodes, kampe der skal tages og nogle, der ikke tages. Der er altså tale om mange forskellige sociale fællesskaber og samarbejdsrelationer som Hanne går ind og ud af i løbet af en arbejdsdag og hvor hun oplever, at hendes køn spiller en rolle.

Hanne oplever, at der til tider blandt lægerne, kan være en dårlig tone – især på konferencerne. Hun beretter, at hun selv, men i højere grad har oplevet lægekolleger, der får verbale overhalinger:

> Jeg tror, jeg er bedre til at lyde… Altså jeg… jeg… tror ikke, jeg er så nem at skræmme, selvom jeg indvendigt, er lige så nervøs som alle andre. Jeg… Jeg tror bare ikke, jeg udstråler det lige så meget, som andre måske gør. Og så får man heller ikke helt så mange hak i tuden, når man ikke gør det. Altså det kan man jo se ved… ved… ved morgenkonferencer og… Altså nogle af dem, der ender med næsten at sidde og græde eller græder bagefter. Det er jo typisk dem, som i forvejen sådan blotter struben og så er der nogle store… ja… overlæger med kæmpe ego, som sidder og hakker, ikke? Jeg ved ikke, hvorfor de gør det. Altså det er noget mærkeligt noget. Så der har jeg været lidt for-

skånet, tror jeg. Jeg har ikke fået så mange af sådan nogle verbale overhalinger.

Hanne beretter om at opleve verbale krænkelser og om at være skræmt og nervøs på morgenkonferencer, hvor hun har oplevet kolleger, der græder efterfølgende. Hendes egen strategi for at undgå overhalinger er, ikke at udstråle usikkerhed, selv om hun føler sig usikker og dermed skjule sine følelser. På den måde, undgår hun *'at blotte struben'* overfor overlæger, *'som sidder og hakker'* og dermed blive et offer for overhalinger og krænkelser. Dem, der bliver eksponeret for overhalinger, er ifølge Hannes erfaringer, dem der er sårbare på forskellige punkter fx i form af sproglige eller faglige problemer:

Ej, men det er jo helt elendigt. Altså. Det må man jo ikke. Det er jo… Altså det sker jo ikke særlig tit. Altså her på stedet der har vi jo… der kunne det aldrig ske i vores lille gruppe, det kunne det ikke. Og… På [x-hospital] der var det til stede og det er blevet bedre og der var også en tendens til, det måske var… især til folk som havde… kom fra et andet land og som måske sprogligt, havde nogle problemer. Altså det er også typisk dem, der blev hakket på, ikke? Hvor at der er nogle situationer, hvor at de pågældende personer måske aldrig nåede at gå bagvagt. Hvor man kunne måske, hvis man havde været en ordentlig leder eller vejleder, havde trukket dem til side og sagt. Prøv at høre her, fagligt er du fin nok, men, men, men, måske sprogligt skal du gøre noget ved det og tage nogle kurser og gøre… eller læse nogle bøger eller… Et eller andet som ligesom kan gøre, det bliver bedre, for det er det, du halter på. Altså hvor man ligesom… Altså siger det til de pågældende, hvad problemet er, i stedet for så bliver man bare irriteret over det. Det synes jeg jo, er noget værre stikken halen mellem benene.

Der er stor forskel på det kollegiale samarbejde på forskellige afdelinger og Hanne identificerer det primært som et ledelsesproblem, der i bund og grund kan føres tilbage til manglende direkte feedback og vejledermæssig håndtering – som et vejledningsmæssigt svigt. Hanne fortæller også om, at hun som nyansat i en afdeling i sin egenskab af at være tillidsrepræsentant har rejst problematikken - rettet mod arbejds-, lærings- og omsorgskulturen:

Altså på [x-hospital] hvor jeg var, der tog vi det op… Der tog jeg det op. Der var jeg tillidsmand på det tidspunkt. Der tog jeg det op med vores administrerende overlæge, også fordi jeg lavede sådan, de der trivselsundersøgelser, hvor det kom frem at 18 % af lægerne i en eller anden grad følte sig mobbet eller sådan noget, ikke? Og der tog jeg det op nemlig, da jeg kom, da jeg startede der. Fordi jeg synes at tonen til morgenkonferencen var hård, eller var dårlig. Det var han selvfølgelig ked af at høre og til dels enig i, men han er der

så ikke så ofte til morgenkonferencen, vel? Og det efterfølgende synes jeg, er blevet en del bedre. Så engang imellem så kommer der lige lidt op igen.

Set fra Hannes perspektiv er problemet med den dårlige tone et problem, der primært er bundet til den ældre generation af læger og en gammeldags autoritær lægerolle, som Hanne ikke selv deler:

Det [er et generationsspørgsmål] tænker jeg, det er. Det må det være. Der er… Altså der er et kulturskifte nu. Også i forhold til hvordan vi opfatter… Altså… man som læge i dag opfatter sig selv i forhold til patienterne, ikke? Altså patienterne i dag ser jo ikke mig som almægtig på nogen måde, vel? Så det vil sige min autoritet, er også anderledes, end jeg tror at læger som er 30-40 år ældre end mig, opfatter det som. Altså så jeg tror helt klart, der sker et skifte. Og patienterne ved mere og har flere krav og… Så det tror jeg helt klart, at det ændrer sig. Det gør det. Så… Men altså der er jo altid nogle mennesker, der, som bare ikke taler pænt til andre, ikke? Altså jeg tænker, det er måske også noget de gør, når de ikke er på arbejde.

På trods af, at Hanne ser en kulturændring på vej, opfatter hun også en dårlig tone som noget, der er et vilkår. Nogle taler bare grimt til andre – på arbejde og i fritiden og det er dermed ikke blot et kulturspørgsmål, men også personbåret og baseret på individuelle forventninger til personlig adfærd og væremåder. Hermed er problematikken for Hanne ikke længere udelukkende et ledelsesspørgsmål, der kan håndteres, men også et vilkår i arbejdslivet. Dog anerkender hun, at forskellige typer pres i omgivelserne påvirker tonen og arbejdsmiljøet negativt:

Altså det er jo sådan lidt… Altså fordi jeg tænker sådan lidt. Man taler jo… Altså hvad skal jeg… Man… man… man bliver jo selv presset nogle gange ud i situationer, hvor man så heller ikke taler pænt, ikke? Altså det… det er jo også det der sker, hvis det sker mange steder, så kan det smitte af på en selv også, ikke? Eller hvis man altså bliver svinet til, når man prøver at bestille en undersøgelse, om at indikationen ikke er god nok og hvor man jo bare ved, jamen det er den, ikke? Altså så bliver man også træt af at skulle forklare sig pænt hver eneste gang, ikke? Men altså det hjælper ikke noget ikke at gøre det.

Hannes beskrivelse viser, hvordan arbejdspres kan resultere i samarbejdsmæssige udfordringer mellem kolleger, hvor tonen og de kollegiale interaktioner bliver negativt påvirket. Det får konsekvenser for det psykiske arbejdsmiljø generelt og kan være både være i relation til personale og patienter:

> Ja, det kan jo være relation til alt personale, tænker jeg, ikke?…. Ja… Altså jeg synes ikke at… Jeg synes som regel at… at… at jeg formår at bevare en god tone ret langt. Altså det er få gange, hvor jeg ligesom har sagt at nu stopper det. Og det har jo både været i situationer overfor patienter også overfor personalet, hvor jeg ligesom har sagt nu… Nu kan vi ikke snakke længere sammen, ikke? Altså der har været nogle gange, hvor patienter kan være truende, eller… Og siger du giver mig noget smertestillende så… Hvor man ligesom må sige nu… nu… nu kan jeg faktisk ikke behandle dig mere, ikke også? Altså nu… nu… nu går jeg ud af stuen, ikke? Og der har jo også været nogle gange med… med… med personalet, hvor man bliver ved og man… Så tænker jeg, man vil ikke råbe og råbe. Så er jeg simpelthen nødt til at bede om dit navn og så må jeg skrive, at du ikke vil hjælpe mig med den her undersøgelse og så må vi gøre det på den her måde. Og det er selvfølgelig også, ha, ha, sådan lidt at vride armen rundt på folk. Men man kan sige… Jeg synes, det er mere reelt, end at begynde selv at råbe og skrige og altså at blive personlig, eller sådan et eller andet, ikke?

Hannes strategi overfor personalet er, at hun frem for at reagere følelsesmæssigt prøver at håndtere dårligt samarbejde og dårlig kommunikation professionelt og formelt. På den måde sætter hun et ledelseshierarki i spil frem for at tage konflikten i det uformelle sociale rum. Det er det, Hanne betegner som: *'at vride armen rundt på folk'* som en form for magtudøvelse – frem for at hun reagerer med magtesløshed. I relation til håndtering af konflikter med patienterne, kan hun udøve en form for magt, ved at nægte at behandle dem – simpelthen ved at gå og dermed forlade konflikten, hvis hun oplever, at kommunikationen brister og hun ikke kan have en meningsfuld dialog. Hanne oplever, at hun selv tager et stort ansvar for at bevare en god tone i en bestræbelse på at genskabe det meningsfulde i arbejdet. I nogle situationer opleves det som en kamp og svært at realisere. Arbejdsdagen opleves snarere presset, uforudsigelig og præget af knaphed på tid, hvilket sætter de emotionelle og relationelle aspekter af arbejdet under pres.

7.2 Opsamling på Hannes uddannelsesbiografi

Jeg vil diskutere uddannelsesbiografien yderligere i den følgende teoretiserede opsamling.

Livsforløbets processtrukturer

Igennem Hannes biografiske fremstillinger, fremstår hendes fortællinger overordnet præget af intentionel handlen, hvor hun overvejende oplever, at

have haft stor indflydelse på de biografiske hændelser og handlinger, hun beretter om. Hun orienterer sig i sin fortælling hovedsageligt mod de *'biografiske handlingsskemaer'*, hvormed hun markerer et intentionelt niveau i sin udvikling (Schütze 1983), som hun formår at kæde sammen med de biografiske begivenheder i sin livshistorie i forhold til valg af uddannelse, sit uddannelsesforløb, sit specialevalg, sine værdier og sin identitet. Hannes fortælling rummer også sekvenser, hvor hun mere eller mindre modvilligt oplever, at måtte tilpasse sig omgivelsernes forventninger og hvor hun i højere grad orienterer sig mod de *'institutionelle forløbsmønster'* i sin fortælling – som noget, hun er nødt til at tilpasse sig, men subjektivt skal skabe intentionalitet og mening i (Schütze 1983).

Disse sekvenser omhandler de nære relationer til hendes familie, knyttet til afsavn i form af fysisk distance fx da hun måtte flytte fra København for at læse medicin, da hun boede langt væk fra sin kæreste og kommende ægtemand under studiet og i forhold til fravær fra sine børn pga. arbejde, transporttid og karriere. Sekvenserne markerer, hvordan hun tilpasser sig institutionaliserede forventninger til at blive uddannet, gift, få børn og gøre karriere som delvist modsætningsfyldte handlinger, hun intentionelt skal balancere for at undgå negativ påvirkning i sin identitet (Schütze 1983).

I relation til balancen mellem arbejdsliv og privatliv føler Hanne sig utilstrækkelig både på hjemmefronten - overfor børnene og i sit arbejdsliv, hvor hun ikke føler, hun er dygtig – accelereret af den kommende overgang til at blive speciallæge. Hun oplever sig i disse sekvenser overvældet og drevet af sociostrukturelle og ydre eksistensbetingelser, hun ikke har kontrol over og føler sig magtesløs i forhold til (Schütze 1983). Disse negative *'forløbskurver'* oplever hun kun i ringe grad at kunne påvirke intentionelt, men hun formår dog, at opstille en mulig horisont i form af et ph.d.-forløb, så hun kan forbedre sine eksistensbetingelser og udvide sit handlerum.

Således agerer hun, frem for blot at reagere konditionelt og muligheden for et ph.d.-forløb kan på den måde repræsentere en form for *'forvandlingsprocesser'*, der erfares af 'biografibæreren' som indre forandringer af mulighedsbetingelser (Schütze 1983, Kontos 2001), selv om udgangspunktet for overhovedet at overveje et ph.d.-forløb er ydre drevet. Hanne søger kontinuerligt at skabe mening, sammenhæng og intentionalitet i de negative forløbskurver – også selv om hun strides med det og de kontinuerlige identitetsprocesser i Hannes

uddannelsesbiografi reflekteres som en udfordrende mental proces, hun ikke uddannelsesmæssigt oplever støtte til.

Professionel identitetsdannelse

Igennem Hannes uddannelsesbiografi belyses det, hvordan forventningerne til moderne professionelle og presset på professionelle i dag subjektivt erfares og fortolkes. Det illustreres i forhold til, at man som professionel ofte føler sig stresset og presset, konstant har mål der skal nås, litteratur der skal læses etc. (Frost 2010), som Hanne erfarer som en individuel udfordring og subjektivt fortolker som manglende kompetencer og dygtighed hos sig selv. Her oplever hun et modsætningsfyldt dilemma i forhold til sit familieliv, som hun ikke vil gå på kompromis med og nedprioritere, for at kunne arbejde mere, hårdere og kvalificere sig selv yderligere.

I disse erfarede modsætninger spiller hendes køn givet vis en rolle, da kvinder typisk, dels knytter større betydning til hjemmet end mænd gør versus karriere, dels varetager kvinder typisk flere pligter i hjemmet og i relation til børnene (West 2001, Erikson 2003, Dahle 2008, Hearn et al. 2016, Harryson 2016). Dermed varetager kvinder typisk flere roller end mænd og mængden af roller i sig selv, kan negativt påvirke stress og sundhed (Harryson 2016) og har således betydning kvindelige professionelles oplevelse af pres og stress, hvilket også er en udfordring for Hanne igennem sit uddannelsesforløb.

I Hannes uddannelsesbiografi fremgår det, hvordan samspillet mellem følelsen af utilstrækkelighed og den professionelle identitetsdannelse forløber som sammenvævede processer. Det illustreres ved, at Hanne ikke føler sig kompetent nok som læge og dermed konstant skal håndtere mentale processer omkring tvivl og usikkerhed, der påvirker hendes identifikation med lægerollen og hendes selvbillede som professionel (Frost 2010). Disse processer oplever Hanne ikke uddannelsesmæssig støtte i at håndtere – heller ikke selv om hun efterspørger feedback på sine kompetencer for at mindske den ængstelse og usikkerhed, hun som lærende subjekt erfarer gennem sit uddannelsesforløb (Hafferty 2016). Ifølge Hafferty (2016) er der ikke i den medicinske profession et fokus rettet på at mindske krydspres og stressfaktorer – tværtimod skal det forstås som den systemiske reproduktion, der foregår til den medicinske verden via de professionelle socialiseringsprocesser.

Dette reflekteres blandt andet i uddannelsesbiografien, hvor Hanne beskriver, at hun skal skjule sine følelser, så hun undgår at vise svaghed og at fremstå svag i en professionel kontekst, hvor det strider mod de professionelle idealer og bliver opfattet i modsætning til professionalisme. Et andet eksempel er i sekvenser, hvor Hanne fortæller om, hvordan hendes første tid i klinikken var mentalt og fysik krævende, da hun arbejdede alene og usuperviseret. Hanne beskriver disse situationer ambivalent. På den ene side som 'benhårde', at hun var bange og at der var kolleger, der psykisk var belastede af forholdene. På den anden side, beskriver Hanne også situationerne som, at det var der, hun 'fik hår på brystet' og lærte meget.

Hafferty (2016) sammenligner de medicinske uddannelsesprocesser med erhverv som politiet, militæret og brandvæsenet, hvor der nærmest er knyttet en særlig etik til, at uddannelsen skal være forbundet med hårde fysiske og psykiske processer, der dermed repræsenterer en form for professionsværdi i sig selv. Hafferty (2016) beskriver dette som en *'over-socialisering'*, der har til formål at reducere det subjektive handlerum, reducere de individuelle valgmuligheder og reducere graden af selvbestemmelse i en intentionel og præskriptiv proces, hvormed bestemte aspekter af selvet kan erstattes eller 'overskrives' med nye måder at tænke og handle på, der reproducerer et særligt intraprofessionelt professionsideal.

Uddannelsesbiografien viser, at Hanne generelt tilpasser sig de intraprofessionelle medicinske socialiseringsprocesser både for at 'overleve' og 'blive-en-af-os'. Dog findes der eksempler på, at hun gør modstand – især når det har konsekvenser for andre (læger), hun oplever fremstår som svage og så at sige aktiverer Hannes værdier om omsorg og pleje. Det ses fx i forhold til mobning og tonen på morgenkonferencerne, hvor hun som tillidsrepræsentant, har sat problemet på dagsordenen. Således udviser hun på nogle områder modstand mod dele af den intraprofessionelle socialisering ved at positionere sig kritisk overfor bestemte habituelle idealer og normer.

I Hannes uddannelsesbiografi er der også eksempler på, hvordan hun både tilpasser sig gruppekonformitet og kollektive normer i de interprofessionelle socialiseringsprocesser samt hvordan hun subjektivt bryder med socialiseringsprocesserne, når hun oplever for stor modsætning i forhold til sin egen identitet. Dette kan belyses via Wackerhausens (2009) handlingsteoretiske greb, hvor professionel identitet kan betragtes på et *'mikroniveau'* og et *'makro-*

niveau'. Professionel identitet betragtet på et makro-niveau, reflekterer professionens 'offentlige ansigt' og forhandles blandt andet mellem professioner (Wackerhausen 2009). I uddannelsesbiografien kommer dette primært til udtryk i samarbejdet med sygeplejerskerne, hvor bestemte forventninger og magtrelationer gestaltes. Her reflekteres det, at det fælles mål i form af optimal patientbehandling ikke altid har forrang i forhold til professionsinterne og professionseksterne interesser (Wackerhausen 2009), hvilket strider mod Hannes værdiorienteringer og som processer hun ikke, vil tilpasse sig.

Hanne orienterer sig som subjekt med en stærk værdisætning i forhold til inddragelse og fælles beslutningstagen, der til tider bryder med autoritære hierarkiske strukturer og lokal forankret praksis i afdelingerne. Fx beder hun sygeplejerskerne gå med på stuegang, selv om der ikke altid er praksis for det, fordi patientbehandlingen bliver bedre af samarbejde og inddragelse (Wackerhausen 2009). I relation til sygeplejerskerne tilpasser Hanne sig, når det drejer sig om situationer, hvor det ikke har direkte konsekvenser for patientbehandlingen fx i forhold til at skulle arbejde stående på gangen, fordi sygeplejerskerne ikke vil have, at lægerne dikterer på kontoret.

Selv om Hanne finder denne praksis urimelig og besynderlig, tilpasser hun sig i disse tilfælde de kollektive normer og magtrelationer (Wackerhausen 2009), da de ikke er i modstrid med hendes kerneværdier og identitet - rettet mod pleje og omsorg. På den måde navigerer hun sin tilpasning der, hvor de subjektive omkostninger er mindst, så hun på den ene side tilpasser sig og på den anden side bryder med gruppekonformitet og kollektive normer i de interprofessionelle socialiseringsprocesser - når det er forbundet med stor subjektiv betydning for hende at gøre. På den måde skaber hun intentionalitet og subjektiv mening i sammenhæng med sin identitet.

På mikroniveauet reflekteres professionel identitet i form af de kvaliteter og egenskaber, man skal besidde for at blive fuldgyldigt medlem af professionen – det er ikke nok at besidde de formelle kvalifikationer i form af teoretisk viden og eksamensbeviser, men formidles gennem et *'skjult curriculum'* for sproghandlinger, professionsværdier og professionshierarkier (Wackerhausen 2009).

Uddannelsesbiografien illustrerer, hvordan særligt køn, giver udfordringer i det interprofessionelle samarbejde med sygeplejerskerne, der udfordrer Han-

nes autoritet og professionelle identitet. Særligt i begyndelsen af uddannelsesforløbet var det en udfordring, men i takt med Hannes øgede erfaring og styrkede professionsidentitet, er udfordringerne mindsket – det er dog stadigvæk en faktor, Hanne kontinuerligt skal forholde sig til i det tværprofessionelle samarbejde, hvor køn er en betydningsfuld faktor, der stiller særlige udfordringer og krav til kvindelige læger (Davies 2001, Davies 2003, Dahle 2008). Dermed sættes der pres på både Hannes identitetsprocesser, der forhandles socialt og pres på arbejdsdimensionen, i form af særlige sociale, emotionelle og faglige krav og forventninger, der skal honoreres oven i de øvrige krav til lægers arbejde.

Emotioner og emotionsarbejde

I uddannelsesbiografien reflekteres det, at Hanne oplever emotioner som individuelle repræsentationer, der skal kontrolleres, undertrykkes og frem for alt holdes private (Burkitt 2012, McNaughton 2013, Kotarba 2014), hvilket hos Hanne fx kommer til udtryk i at skjule sin usikkerhed og tvivl i forhold til egne kompetencer i patientbehandlingen, at skjule ængstelse og usikkerhed i relation til at ringe til en ubehagelig bagvagt eller at skjule sin usikkerhed på konferencer for at undgå at vise svaghed og dermed udsætte sig for at få verbale overhalinger. Dermed orienterer Hanne sig primært mod en emotionsdiskurs, der kan beskrives som en *'fysiologisk emotionsdiskurs'*, hvor følelsesudtryk betragtes som en problematisk risikofaktor og er baseret på en klar præmis om adskillelse mellem objektive fakta og subjektive værdier (McNaughton 2013).

Således oplever Hanne ikke, at der findes et legitimt socialt rum for at vise eller italesætte sine emotioner, hvilket hun ikke umiddelbart forholder sig kritisk til, men tilpasser sig og reproducerer. Uddannelsesbiografien viser dog også, at Hanne ikke fuldstændig abonnerer på denne diskurs – kun delvist. Hun retter en kritik mod det individuelle ansvar for at kontrollere og undertrykke sine emotioner, når det drejer sig om lægelige kolleger, hun karakteriserer som fagligt eller socialt 'svage', det kan fx dreje sig om læger fra udlandet, der har sproglige, sociale eller faglige udfordringer. Her mener hun, at der er tale om et ledelses- og vejledningsmæssigt svigt, der gør, at de pågældende ikke er blevet støttet tidligere i deres forløb – og dermed undgå, at de havnede i en situation, hvor de fremstod som, eller kunne positioneres som 'svage'.

Hanne udfordrer ikke direkte selve grundpræmissen om, ikke at måtte vise 'svaghed' og at emotioner er udtryk for 'svaghed', blot at det er et kollektivt ansvar, ikke at producere 'svage' læger, der ikke kan håndtere det ydre følelsesudtryk, undertrykke deres emotioner og dermed positioneres som 'lette ofre' ved at vise 'svaghed'. Hermed orienterer hun sig også mod den diskurs, McNaughton (2013) betegner: *'emotioner som færdigheder'*, hvor emotioners ydre og observerbare elementer er kontrollerbare og justerbare via øvelse og træning, mens de tanker, refleksioner og narrativer emotionerne er knyttet til, eller udspringer af (Wackerhausen 2009, Burkitt 2010, Burkitt 2012, McNaughton 2013), ikke inddrages. Disse holdes private, indgår ikke i dialoger og udfordres ikke kritisk.

De emotionsdiskurser Hanne orienterer sig mod, kommer også til udtryk i relation til det tværgående samarbejde med andre faggrupper eller læger i andre specialer samt i kommunikation med patienter, hvor Hanne oplever emotionelle udtryk som modsætning til rationalitet og professionalisme, som utidige og uønskede og som grobund for konfliktfyldte situationer, der skal undgås, hvis ikke de kan kontrolleres og undertrykkes (McNaughton 2013). Det manifesterer sig i, at hun fysisk går væk og dermed forlader konflikten, hvis ikke hun mener, at kommunikationen er rationel, hvilket reflekterer, at hun betragter følelser og rationalitet som opsplittede størrelser, der skal holdes adskilte (McNaughton 2013, Kotarba 2014). Hannes uddannelsesbiografi reflekterer dermed ikke et fokus på emotioner som socialt producerede. Således har hun ikke noget kollektivt begreb koblet til håndteringen af disse typer af emotioner, men opfatter emotioner som individuelle kognitive repræsentationer i en form for *'stimulus-respons-betingning'*, der kan karakteriseres som en reduktionistisk tankemåde med en række professionelle konsekvenser (McNaughton 2013, Burkitt 2014).

Således overses emotioners afsæt i social praksis, som socialt producerede og integrerede og organiserede i en lokal kultur - i en bestemt kontekst (McNaughton 2013, Burkitt 2014). Konsekvensen af dette er, at man overser de situerede uretfærdigheder og det strukturelle pres, emotionerne er knyttet til (Burkitt 2014) fx i form af fravær af supervision eller graden af arbejdspres, Hanne oplever samt at den række af erfaringer, der er knyttet til de emotionelle aspekter af arbejdet usynliggøres, udgrænses eller marginaliseres (West 2001, McNaughton 2013). Disse oplevelser og erfaringer gøres ikke fænomenologisk synlige, genstand for konkrete dialoger eller vejledningsmedieret refleksi-

on og 'usynliggøres' eller gøres tavse (Wackerhausen 2009, Burkitt 2010, Burkitt 2012). Dermed bliver det svært at give disse oplevelser og erfaringer en stemme samt at rette kritik mod de sociale og strukturelle forhold, emotionerne tager afsæt i.

Hermed reflekterer Hannes uddannelsesbiografi, at de emotionelle aspekter knyttet til arbejdet og de emotionelt forankrede erfaringer gennem uddannelsesforløbet, dermed bearbejdes og håndteres individuelt i form af tavse *'mikrodialoger'*, mellem selvet og de forestillede andre, mellem hendes egne stemmer og andres forestillede stemmer (Mead 1934, Burkitt 2010). Dermed skabes Hannes selvbillede – i et kontinuerligt samspil mellem det refleksive og det ikke-refleksive, det bevidste og det ubevidste (Burkitt 2014) som private processer, der ikke uddannelsesmæssigt medieres eller udmøntes i konkrete dialoger, hvor Hanne får be- eller afkræftet sit selvbillede (Burkitt 2010, Burkitt 2012).

Det drejer sig fx om Hannes faglige usikkerhed, tvivl og ængstelse knyttet til et selvbillede af, at hun ikke er dygtig nok, der kontinuerligt bearbejdes i refleksive processer, hvor hun finder det vanskeligt at *'blive fremmed for sig selv'* og vurdere sit eget niveau (Wackerhausen 2009, Burkitt 2010). Hanne beder kontinuerligt om feedback og direkte supervision, så hun kan få konkrete dialoger og mediering, der kan tydeliggøre, eksplicitere de følelser og fornemmelser, hun har samt be- eller afkræfte disse (Burkitt 2010), men hun får ikke de dialoger, hun efterspørger – hverken i den formelle eller uformelle vejledning.

Læring og vejledning i arbejdslivet

I Uddannelsesbiografien beskrives Hannes oplevelser og erfaringer med *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* forstået som arbejdsdeling og arbejdsindhold, autonomi og kvalifikationsanvendelse, muligheder for social interaktion og belastninger (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010), både som fremmende og som begrænsende for hendes læringsmuligheder og læringsbetingelser. Det skyldes, at Hanne arbejder indenfor et speciale, hun trives i og hvor hendes værdier sættes i spil i forhold til pleje, omsorg og kommunikation. På den måde opleves arbejdsindholdet i høj grad relevant, der giver subjektiv mening og hun har gode muligheder for social interaktion – især med patienter og sygeplejersker.

Der hvor hun finder *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* mindre tilfredsstillende, er i forhold til de belastninger, hun oplever i form af manglende feedback og supervision, der betyder, at hun oplever stor usikkerhed omkring sine kompetencer, hvilket forstærker følelsen af krydspres mellem sit arbejdsliv og sit familieliv. Det repræsenterer et dilemma for hende mellem at prioritere sin familie og sin karriere, som en stor mental - og individualiseret belastning for hende at håndtere. Således oplever hun belastninger knyttet til *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* som en begrænsende faktor, der negativt påvirker hendes betingelser for læring på arbejdspladsen.

Hannes erfaringer og oplevelser med *'Det sociale læringsmiljø'*, der karakteriseres i form af arbejdsfællesskaber, kulturelle fællesskaber og politiske fællesskaber (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010), er godt i kraft af, at hun indgår i værdifællesskaber med andre og politiske fællesskaber fx ved at fungere som tillidsrepræsentant, men hun mangler konkrete arbejdsfællesskaber med andre (seniore) læger. Da hun havde mindre arbejdserfaring som læge manglede hun arbejdsfællesskaber i form af supervision, følte sig alene og oplevede et fravær af kollegial faglig og social støtte. Nu er det primært i relation til, at hun savner dialoger, der kan be- eller afkræfte sit selvbillede og mindske følelser af usikkerhed og tvivl (Burkitt 2010, Burkitt 2012). Hun oplever i forhold til fravær af arbejdsfællesskaber *'Det sociale læringsmiljø'* som hæmmende for hendes læringsbetingelser og læringsmuligheder. Det er en faktor, der virker begrænsende for hendes muligheder for læring i arbejdet.

I uddannelsesbiografien reflekteres *'Medarbejdernes læringsforløb'* karakteriseret ved arbejdserfaring, uddannelse og social baggrund (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010) ambivalent og præget af tvivl i form af, at Hanne på den ene side erkender, at hun har lært en masse og på samme tid føler, at hun ikke lærer nok og ikke kan nok – særligt med henblik på, snart at blive speciallæge. Hannes sociale baggrund er forankret i nære familierelationer med stærke sociale bånd, der giver hende en personlig ballast og styrke (Illeris et al. 2010).

Hanne er ikke ud af en lægefamilie og den medicinske profession repræsenterer dermed en ny verden, hun skulle tilegne sig med særlige sproglige og sociale koder (Wackerhausen 2009, Hafferty 2016), hvortil der også knytter sig en

særlig *'faglig habitus'*[17], der kan være mere vanskelig at bedømme og vurdere som 'nytilkommer' til en fremmed profession med en ny social status, hvilke kan være én type forklaring på den faglige usikkerhed, Hanne kontinuerligt strides med. Hendes sociale baggrund forekommer således både med til at hæmme og fremme hendes betingelser og muligheder for læring på arbejdspladsen (Illeris et al. 2010).

I uddannelsesbiografien fremstilles det *'læringsrum'* (Bottrup 2001), Hanne oplever i arbejdet overordnet som begrænset og svært tilgængeligt – en undtagelse var, da hun var i almen praksis i sin turnusdel af sit uddannelsesforløb, hvor hun oplevede bedre muligheder for supervision og kollegialt fællesskab, selv om der også var travlt. Igennem sine hospitalsansættelser, har det været mere udfordrende at skabe sig læringsrum i arbejdet. Det skyldes en kombination af flere ting. For det første fordi det sociale liv på hospitalet som arbejdsplads primært er organiseret ud fra et styrende rationale, hvor fokus er på produktionen af ydelser og effektivitet – eller ud fra en produktions/producentlogik (Bottrup 2002) – hvilket kan sammenstilles med en målrationel handlen eller teknisk handlen, hvor fokus er på resultater i form af effektiv ressourceudnyttelse (Handal et al. 1990, Habermas 2004).

Det betyder, at Hanne oplever et dialogisk fravær i relation til sine læreprocesser. For det andet fordi, der reproduceres bestemte handleformer og mønstre, der udgrænser og marginaliserer humanistiske og sociologiske vidensformer og domæner (West 2010, Hafferty 2016), som Hanne delvist tilpasser sig. Ved sin delvise tilpasning er Hanne således både med til at reproducere læringsrummet og redefinere læringsrummet i sin måde at handle på. Det har dog alligevel den konsekvens for Hanne, at subjektivt betydningsfulde oplevelser udgrænses og at disse erfaringer er usynliggjorte, tavse og holdes private (Burkitt 2010, Burkitt 2012, McNaughton 2013). Dermed inddrages dette læringspotentiale ikke igennem hendes uddannelsesforløb og begrænser således hendes muligheder for udnyttelse af læringsrummet på arbejdspladsen.

[17] Her trækker jeg i min anvendelse af begrebet 'faglig habitus' på Casper Feilbergs (2014) anvendelse beskrevet med udgangspunkt i psykologistuderendes dannelse af en psykologisk og videnskabelig habitus. Feilberg betegner træk ved den faglige habitus som noget, der overskrider mål og kompetencebeskrivelser og retter sig mod de mest centrale træk ved professionsfagligheden: *'…nemlig dem, som forudsætter en forandring af vores vanemæssige, kropslige og før-refleksivt beredskab, således at vi kan percipere, tænke og handle på en faglig og videnskabelig måde'*.

Uddannelsesbiografien reflekterer også Hannes vejledningsprocesser igennem sit uddannelsesforløb og den betydning, den formelle og uformelle vejledning subjektivt repræsenterer for hende i sine læreprocesser. Overordnet er der knyttet en følelse af svigt til hendes oplevelser af vejledning. I den uformelle vejledning - karakteriseret af daglig klinisk vejledning fra forskellige seniore læger, hun arbejder sammen med, har hun typisk oplevet supervisionen som svær tilgængelig og stærkt tilfældighedspræget afhængig af vejledernes personlighed, tid og sted. Det har sat hende under emotionelt pres, hvor hun både har frygtet for patienternes sikkerhed og på samme tid frygtet, at ringe op til en bagvagt, der ville blive vred over, at hun ikke selv kunne håndtere situationen. Således har hun følt sig alene og kollegialt isoleret som læge.

I den formelle vejledning karakteriseret ved planlagte møder med sine hovedvejledere, har hun fået underskrifter på sine kompetencer – på baggrund af sit kliniske arbejde, som hovedvejlederen typisk ikke konkret har haft kendskab til, eller selv har observeret. Når hun har bedt om specifik feedback og direkte observation, har hun fået besked på, at det går godt og der ingen problemer er. Det oplever hun både som menneskeligt og professionelt som uetisk og en nem måde at vejlede på, der er uspecifik, ukonkret og som i sidste ende opleves som en manglende anerkendelse af hende som et lærende subjekt, der ikke er vigtig eller prioriteret i forhold til andre opgaver (Handal og Lauvås 2007). Det sender også et signal til hende om, at den formelle vejledning ikke er vigtig – dermed er det kun de instrumentelle afkrydsninger for læringsmål og underskrifter på kompetencer, som har en objektiv betydning og ikke indholdet i samtalerne, der har betydning.

Således understøtter vejledningsprocesserne, belyst i uddannelsesbiografien, ikke det, der har subjektiv betydning for Hanne i forhold til, hvordan hun skaber intentionalitet i sine identitetsprocesser, hendes professionelle identitetsdannelse, hendes emotioner og sit emotionelle arbejde, men kun de formelle aspekter, der har en objektiv betydning i forhold til kontrol og dokumentation.

7.3 Rasmus' uddannelsesbiografi

Rasmus er en yngre læge i begyndelsen af sit hoveduddannelsesforløb på en medicinsk afdeling i Region Sjælland. Han har kone og to børn, hvor det ene

barn er nyfødt, han forsker i sin fritid og han har lang transport mellem hjem og arbejde. Rasmus' postgraduate uddannelsesforløb består af følgende ansættelser: KBU-læge i første del på en medicinsk afdeling, anden del på en psykiatrisk afdeling. Introstilling i intern medicin. Herefter en uklassificeret stilling på en medicinsk afdeling før start på selve hoveduddannelsen i intern medicin. Rasmus har forsket igennem sit uddannelsesforløb i sin fritid for at styrke sit CV. Rasmus er i tvivl, om det er det rigtige specialevalg, han har gjort.

Interviewet med Rasmus foregår på en klinisk afdeling i et reservelægekontor og varer ca. 120 minutter. Det, der fylder i interviewet er oplevelsen af ikke at arbejde hurtigt nok, manglende anerkendelse og forskellige typer af krydspres i forhold til sammenhæng mellem familielivet og arbejdslivet.

Rasmus: *'Jeg har stærkt indtryk af, at jeg ikke er nær så hurtig som de andre'*

Følgende præsenterer jeg Rasmus' uddannelsesbiografi, der er struktureret i tre spor, hans fortællinger er tematisk er koblet til: et biografispor, der er fokuseret på sammenhæng mellem uddannelsesforløb og livsforløb, et uddannelsesspor, som har fokus på hans erfaringer med læring og vejledning i arbejdslivet og et arbejdsspor, der retter fokus kommunikation og samarbejde i relationer.

Biografi: uddannelsesforløb og livsforløb

For Rasmus startede interessen for det kliniske tidligt i barndommen: *'Jeg har altid godt kunnet lide at gå til læge og… og… og tandlæge og sådan duften og det rene og det faglige og de der ting, ikke?'*. Teknik, natur og videnskab har altid interesseret ham og det har altid været en drøm for ham, at blive læge. Rasmus er dog i sit studievalg gået nogle 'omveje' i forhold til, at han altid gerne ville være læge, men ikke har troet på, at han var dygtig nok, der kan hænge sammen med, at hans far har læst medicin, men uden at gennemføre studiet:

> Jeg tror altid jeg har haft sådan en… i starten en… sådan en… undertrykt en tanke eller drøm om at være læge. At min far… gamle far… læste medicin den gang og droppede ud. […] Nej men det… det er nok ikke noget for mig, det er nok… der skal man nok være klogere end jeg er eller…

Rasmus tog i stedet en beslægtet uddannelse og fik arbejde på en medicinsk afdeling, hvor han samarbejdede med læger: *'Når jeg ser sådan retrospektivt… var det det, der mindede mest om det at være læge'*. Han blev tidligt under sin foregående uddannelse eksplicit klar over at han gerne ville være læge, hvis det kunne lade sig gøre. Han søgte ind på medicinstudiet i København én gang og fik afslag. Derfor besluttede han, at færdiggøre sin uddannelse, så han havde en uddannelse og kunne bruge uddannelsen til at få studiejob, hvis han senere blev optaget på medicinstudiet. Det blev han i Odense, hvor han gennemførte på normeret tid: *'…altså sådan retrospektivt kan jeg godt se, jamen jeg skulle bare have gået ind på lægestudiet med det samme, ikke? Men det… det blev det så ikke til. Så jeg har lige den [foregående uddannelse], som det svinkeærinde der, ikke?'*. I studietiden på medicinstudiet har Rasmus job ved siden af studiet, hvor han varetager en ledelsesfunktion for fem bioanalytikere og bliver anerkendt for sin kommunikation og diplomatiske evner. For Rasmus er ligeværdig kommunikation en central værdi: '*Jeg tror, jeg er så sensibel med… med folks retorik. Det irriterer mig altså. Jeg synes bare… Ej, men jeg synes lige så godt, man kan tale venskabeligt og ligeværdigt'*.

Rasmus' specialevalg er i vidt omfang foretaget på baggrund af det forløb, han fik i sin kliniske basisuddannelse (KBU). Da Rasmus blev færdig med medicinstudiet og skulle starte i KBU, trak han et dårligt nr., hvor han blev nr. 329 ud af ca. 400 KBU-læger, til at vælge forløb. Det betød, at han ikke havde så meget at vælge imellem hverken geografisk eller indholdsmæssigt. Han valgte medicin og psykiatri. Medicin havde han stiftet kendskab til via et vikariat under studiet og det gik han efter i sit valg af forløb. Psykiatrien 'fulgte' med og det speciale havde han svært ved at forholde sig til lægefagligt og svært ved at skabe subjektiv mening i:

> Jeg synes, det var mærkeligt. Altså jeg synes de der mennesker [patienter], de var gået i stå og de… Og åbenlyst var ikke interesserede i noget, altså. Der var rigtig mange udeblivelser. Det var næsten… Det var ikke hver anden, men det var måske hver fjerde eller sådan noget, vil jeg gætte på, nede i [x-bynavn] Hvor man sad og ventede forgæves. Det gjorde jo ikke mig noget. Jeg var ligeglad, altså jeg skal jo ikke… Jeg er jo ikke… hvad de mangler af DRG-takster og sådan noget. Det kommer ikke mig ved. Så… Men det var sgu mærkeligt, altså. For det var ikke specielt krævende. Men alligevel så synes jeg de ting, sådan... Fint nok en person har en depression, det er jo smaderubehageligt, ikke? Men de drikker også. De ryger også. Ryger hash. De har også været kriminelle. Og de har været inde i en skilsmisse og de begår vold eller de… der bliver ydet vold mod dem eller, der er et barn, der er blevet taget fra dem. Der er… De har måske fået taget kørekortet og kan fysisk ikke

> komme afsted på arbejde og der er bare sådan problem, problem, ikke? Og selvom man ikke selv, tager det ind sådan rigtig og føler med folk, eller det kan man godt nok ikke… Altså alligevel er det så bare et læs af problemer, man bare får over sig. Så jeg var ikke særlig glad for at være der.

Rasmus valg af speciale er primært sket som et valg mellem de to specialer, han kom i kom i KBU-forløb i – hvoraf han i særdeleshed fravalgte psykiatrien. Dermed var specialevalget næsten givet: *'Jeg havde intern medicin først i [x-bynavn]. Så det er sådan selekterisk. Jeg skal i hvert fald ikke være psykiater. Det er… Det er dem, der har flair for det og kan rumme det. Det må de… Det må de hjertensgerne, det er fint'*. Det var ikke kun patienterne, Rasmus havde svært ved at relatere sig til i psykiatrien. Det var også de forskellige faggrupper og samarbejdsrelationerne med dem, han havde svært ved at finde mening i: *'og så lægger man op til sådan et tværfagligt team, hvor der sidder fysioterapeuter og… ja og psykologen han sad altid på sådan en stor ballonting og det var meget specielt'*. I det hele taget følte Rasmus sig fremmedgjort både overfor kollegerne og arbejdsmetoderne – hvilket gjorde det medicinske speciale meget attraktivt:

> Og jeg sad sådan og fortalte sådan lægeligt at det der er en patient, der har alkoholmisbrug og ryger hash og jeg synes det virker, som om han er gået i stå og har måske en ganske svær depression. Men det kan jo være alkoholen og… Men han er ikke interesseret i at holde op nu. Så jeg tænker ikke rigtigt, vi har noget at tilbyde… Oh, så begynder de [tværfaglige kolleger] at byde ind. Oh, hvad med… Han vil da lige passe til… i orange gruppe… Ja, jeg kan godt se ham der på… i min ganggruppe eller et eller andet. Ja, ja, ok, fint nok. Så… så hiver de folk ind og laver og… i gruppeterapi og ting og sager. Og det er jo fint de… Man… Det er noget helt andet end hvad… hvordan man arbejder i medicinen…

Rasmus har en stor interesse for tekniske og komplicerede procedurer og føler sig tiltrukket af de kirurgiske specialer, men besluttede alligevel ikke at blive kirurg ud fra forskellige overvejelser omkring, at han ikke ville ind i kompetetive specialer og ud fra, at han ikke havde lyst til at arbejde med specialer, han mente var enten særligt ubehagelige eller krænkende for patienterne som fx mave/tarmkirurgien eller gynækologi:

> Det er lidt irriterende, at skulle gøre noget ved folk, som ikke er rart og som krænker deres blufærdighed. Det er sgu irriterende, synes jeg. Det synes jeg også stadig. Selvom folk bløder ud af endetarmen, ikke? […] Du bløder ud af endetarmen, jeg vil godt lige se, er det en hæmoride eller kan det være noget andet, ikke? Så hvis du kan lægge dig om. 'Eeeeej det gør ondt og det er ikke rart'. Ja. Ligesom hvis man for den sags skyld, var gynækolog. Det ville også være lidt mærkeligt, ikke? Synes jeg som mand, så…. Og det tror jeg bare at

> det… Jeg fik det sådan, det er sgu sådan lidt træls hele tiden at skulle bede folk om at lægge sig om og tage bukserne ned sådan. Selvom jeg synes, lægefagligt er det meget, meget spændende. Meget spændende sygdomme.

Rasmus hensyn til patienterne hænger muligvis sammen med hans værdier om ligeværd og en orientering mod ikke at krænke andre, der får ham til at fravælge specialer, han ellers fagligt er meget interesseret i. Selv om Rasmus har fravalgt kirurgien og tilvalgt det medicinske speciale – ganske vist som alternativ til psykiatrien som speciale, bliver tvivlen ved med at nage ham. Det medicinske speciale er meget bredt, han skal kunne gabe over et meget stort fagligt spænd og han savner de tekniske invasive procedurer i kirurgien. Flere gange under interviewet vender han tilbage til, at han ville ønske, at han var blevet øre/næse/hals-læge: *'Jeg tror, jeg ville være blevet rigtig glad, hvis jeg nu var blevet måske øre, næse, halslæge eller et eller andet. Altså det er et meget afgrænset lille speciale, ikke? og sådan kunne… rigtig dygtig indenfor det'.*

Det skal ses i lyset af, at Rasmus føler sig presset fagligt af tempoet i lægearbejdet og derfor orienterer sig mod løsninger, der kan fjerne det pres, der er på ham. Alligevel fastholder han sit valg: *'Jeg var ikke i tvivl om jeg skulle være indenfor det [medicinske speciale]. Men bagsiden af medaljen, det er bare at det er hårdt, altså. Det er bare. Det trækker bare søm ud, synes jeg'.* Rasmus er ikke blevet karrierevejledt af de formelle og uformelle vejledere, han har haft, så han står alene med den tvivl, han har og det faglige pres, han oplever.

For Rasmus er det at få arbejdslivet og familielivet til at hænge sammen også et pres. Det blev først en udfordring omkring introstillingen, hvor han begyndte at overveje, at han skulle tænke på sit CV og på at få en hoveduddannelsesstilling, at han begyndte at mærke presset. I sin nuværende hoveduddannelsesstilling oplever han krydspres i forhold til sit familie- og arbejdsliv. Et andet pres Rasmus oplever, er knyttet til den formelle vejlednings dokumentationskrav.

Rasmus har haft svært ved at finde de korrekte uddannelsesdokumenter. Han var i tvivl om, hvilke dokumenter, der er de gældende og hvilke kompetencevurderingsskemaer, der skal anvendes. Det har fyldt meget igennem det samlede feltarbejde og udsatte endvidere den vejledersamtale, han skulle have med sin hovedvejleder Emilio. Rasmus oplever den formelle vejledning som en ekstra opgave, der er besværlig og som sætter han under yderligere pres i en travl hverdag:

> Men altså min situation nu er jo også tung, for jeg har lang transport og en nyfødt på 8-9 uger derhjemme, ikke? Og… det der… Jeg nævnte vist for dig med logbogen før. Det der rod, det er fandeme… Det er noget rod, altså ej. Det er lige kommet på plads heldigvis med kompetenceevalueringsskemaerne. Plus jeg har også to forskningsprojekter, der kører nu. Også med lidt sådan deadline. Jeg har lige fået afsluttet et halvt om halvt, sådan. Så lige… Det kan godt være det er lidt… Lige min situation, min stemning den er lidt farvet af det.

Rasmus har været under fire-års reglen med krav om, at man skal være i gang med en hoveduddannelse senest fire år efter, man har påbegyndt KBU. Han fik afslag første gang han søgte om hoveduddannelse og det øgede presset på ham. Der var 23 ansøgere til tre stillinger. Det er grunden til, at han laver forskning. Han manglende ikke rigtigt noget indenfor de øvrige 7 lægeroller, men rollen som akademiker var 'tynd' og den kunne han kvalificere via forskning. Nu har han imidlertid fået hoveduddannelse, men han synes, det er vigtigt karrieremæssigt, at færdiggøre sine forskningspublikationer – selv om det ikke er fordi, han brænder for forskning:

> Og nu skal jeg så til at skrive artikler. Vi begynder at lave statistik på det også, så det er også… Det er sgu hårdt. Hårdt slid, synes jeg. […] Jo, ja men en 8 uger gammel dreng, så…, der er man vågen en gang eller to måske. Og så tidligt op og afsted med toget, ikke? Så det, så det… Det ville være synd og sige hvis det… at det var lysten. Det var det sgu ikke. Men nu har jeg jo fået min… min hoveduddannelse, så den…, så det er nok en det er nok sådan pligtopfyldelse, ikke? At jeg vil godt gøre det færdigt. Og jeg vil også godt have det. Altså karrieremæssigt er det også vigtigt, ikke? At profilere sig og… og vise at man kan… kan producere noget, og… og… og også overfor de vejledere, jeg nu har på den artikel. At få det… få det færdiggjort, ikke?

Rasmus forsøger at skabe sammenhæng mellem sit familieliv, uddannelsesforløb, arbejdsliv og karriere, men han har ikke nogen specifikke strategier for, hvordan han kan skabe sammenhæng – på kort eller på lang sigt og han støttes ikke vejledningsmæssigt i forhold til at håndtere – eller reducere – presset.

Uddannelse: læring og vejledning

Overgangen fra medicinstudiet til klinikken gik relativt let for Rasmus, fordi han både havde erfaring fra sit tidligere uddannelses- og arbejdsliv samt erfaring fra vikararbejde under studiet at trække på. Han kritiserer undervisningen og underviserne på studiet for at præsenterer alt fagligt indhold ligeværdigt – uden at sortere i, hvad der er typisk, hyppigt etc. Her kunne han bruge sine

tidligere erfaringer fra klinikken og det gav ham nogle umiddelbare succesoplevelser:

> Og det synes jeg at vikariatet lige gjorde, at det… Det fik mig lige til at tænke, hvad er det vigtige? Hvor hyppigt er det her? Hvor farligt er det? Og det kunne jeg tage med mig resten af studiet. Og også have videre med i min KBU. Så jeg synes, jeg var meget godt kørende, egentlig. Og jeg havde sådan en følelse af, at jeg kunne da godt lige gå ned og rydde sådan en modtagelse, lige får skrevet nogle hurtige journaler og lige sådan… Det var egentlig meget godt.

Han var umiddelbart ret selvsikker og fik på den måde en god start på en medicinsk afdeling, hvor der var en god struktur, der gav en form for organisatorisk støtte, så han ikke følte, at han stod alene og usuperviseret. Alligevel var vagterne hårde fysisk og mentalt:

> …man har jo hele tiden bagvagt også i [x-sygehus], der var både en forvagt, en mellemvagt og bagvagt, så der var… Der var hele tiden flere lag, så man kan… Hvor tærsklen er mindre til mellemvagten, fordi vedkommende er alligevel oppe og meget mere ligeværdig. Kan godt huske hvordan det var at være helt ny, ikke? […] Men de var hårde og… altså det var skidehårdt. Og man kan godt have sovet godt om natten og spist og fuld mave og møde ind og ikke for meget spildtid. Der skal ikke være kø på vej på arbejdet. Så det er sgu en dårlig start på sådan en 18 timers eller 17 timers… 17-18 timers vagt. Jeg tror ikke, jeg havde så meget egentlig angst eller frygt for, hvad der skulle ske.

Her spiller hierarkiet blandt lægerne en rolle – mellemvagten er *'mere ligeværdig'* end bagvagten og det betyder, at det er lettere at bede om vejledning. På trods af en god start og en god afdeling, udtrykker Rasmus stresssymptomer i forhold til at: *'Der skal ikke være kø på vej på arbejdet'*, fordi han har brug for at møde op så frisk som overhovedet muligt for at klare vagten. Alle øvrige belastninger, forsøger han at undgå. Den daglige og uformelle vejledning oplevede Rasmus som god, hvilket han tilskriver, at de var et mindre sygehus, hvor man var tæt på hinanden i dagligdagen:

> Det var udmærket den gang. Det var, så vidt jeg husker relativt lille, det sygehus. Et lille, relativt mindre miljø, kan man sige. Der var færre læger. Hernede der er jo fandeme, det ved jeg ikke 30 eller 40 læger eller sådan noget. Det ved jeg ikke. Jeg ved det faktisk ikke. Men det er… Jeg husker det som om det var mindre. Det var mindre rum og man kendte… alle kendte hinanden. Så man kunne bedre lige fange hinanden efter et møde eller efter en konference fx eller… Og man… man… man… altså ens veje krydsedes ofte i lø-

bet af dagen. Fordi at det lå geografisk lidt… Så… Så jeg mindes at have ret god adgang sådan til vejledning, egentlig.

Rasmus oplever de mindre sygehuse som en fordel i et vejledningsperspektiv, hvor der er let tilgængelighed, man kender bygningerne, de fysiske rum og man har kendskab til hinanden i modsætning til de store sygehuse, hvor man ikke kender dem, der kan vejlede en og heller ikke de kolleger, man arbejder sammen med. For Rasmus har fysisk nærhed været en positiv faktor i forhold til at have adgang til uformel vejledning. Den formelle vejledning tilskriver Rasmus ikke nogen særlig betydning:

Jeg kan ikke huske… Jeg kan huske den der logbogen. Næ, hvad hedder det uddannelsesplanen. At det er sådan arbitrært, det er sådan lidt kunstigt. Nå, men jeg skal lære det på det tidspunkt og så skal jeg have... mindst have fået så mange underskrifter på det tidspunkt. Jeg synes, det er et kunstigt, tåbeligt… altså… Og man sidder og bruger rigtig meget tid på det. Og man skal selv sådan opfinde den dybe tallerken, synes jeg sådan. Der står sådan kort, hvordan man… Det står sikkert med korte eller lange ord og så lave den der uddannelsesplan. Men man ved ikke rigtigt. Hvad indebærer det? Er det sådan en redegørelse i ord. Eller er det et skema eller… Jeg famlede mig sådan lidt frem. Jeg tror, jeg endte med at lave et skema.

Det virker kunstigt på ham at skulle anvende de formelle redskaber og bliver i praksis til ekstra opgaver, der ikke repræsenterer nogen praktisk værdi for ham – og ikke har nogen betydning i forhold til de uddannelsesmæssige udfordringen, Rasmus har. Gennemgående i interviewet med Rasmus er, at han oplever, at han er udfordret af arbejdets tempo i klinikken som, han ikke får hjælp og støtte til i hverken den formelle eller uformelle vejledning. Udfordringen består i Rasmus' grundighed og omhyggelighed i forhold til det kliniske arbejde og til kommunikation, der kolliderer med de krav, der er til arbejdets tempo.

Rasmus oplever ingen anerkendelse af sin grundighed eller i kvaliteten af patientbehandlingen – han oplever udelukkende, at man bliver vurderet og målt på kvantiteten – hvor hurtigt man når 'produktionen' i form af patientbehandling:

Men jeg tror bare det man i… I hvert fald som jeg ser det, så det man får ros for i sundhedsvæsenet, det er at være hurtig, effektiv… Jeg får sgu ikke ros for: 'Ja det var fandeme godt, du lige opdagede at… at hun fik lidt for mange piller, eller at hun også lige havde…'. Selvfølgelig er det fint, hvis man også lige opdager… lige bemærker at patienten måske også har hjertepumpeslag

> eller der er et eller andet… Men det er… Mit indtryk er i hvert fald, at det er meget produktion. Der er så og så mange patienter i den gruppe til stuegang, se at få dem lavet og så... Der er i hvert fald min fornemmelse og det er det, som man måler lidt hinanden på, ikke? Åh ham der han er hurtig, han er… Han kan fandeme… han kan rydde den der modtagelse. Han kan eddermane rydde en stuegang. Han kan fandeme… Det er det man som… Det er i hvert fald mit indtryk. Men det kan også være mine egne normer. At det er fordi jeg er lidt irriteret over, at jeg ikke er vildt hurtig og så derfor ville jeg… er det mit fokuspunkt, ikke?

Rasmus er frustreret over den manglende anerkendelse af sin grundighed, men erkender, at han er nødt til at blive hurtigere til lægearbejdet – det er et vilkår og et fokuspunkt, som han skal forbedre. At skulle være mindre grundig repræsenterer dog et brud med hans værdier og ideal omkring professionalisme. For ham er det knyttet til sjusk og dovenskab ikke at være omhyggelig og grundig. Rasmus' strategi for at kunne arbejde hurtigere er, i egen optik, at begynde at *'sjofle'* ved at være mindre omhyggelig og afbryde patienterne, så han kan spare tid på lange forklaringer fra patienternes side. Det kolliderer dog med hans syn på professionalisme, hensynet til de øvrige kolleger og samarbejdspartnere, der skal modtage patienten efterfølgende samt hensynet til patienterne i en ligeværdig kommunikation:

> Ja jeg synes bare stadig, altså uden… Jeg føler ikke, at jeg er specielt hård overfor mig selv. Men altså jeg har meget stærkt indtryk af… igen at jeg ikke, er nær så hurtig som de andre. Men igen, jeg ved det jo ikke. For jeg ved ikke, hvor lang tid det ville tage for de andre læger at gå med de samme patienter. Så jeg går… Jeg prøver…, men jeg synes… jeg synes fucking, det er dejligt at rydde op fx. Så hvis der er sådan. De der nyrepatienter. Hvis de har sådan medicin, sådan tyve præparater, hvor de fem af dem er på pause og der står sådan en stiplet linje. Så tænker jeg, kan jeg lige pausere nogle af dem, så… så det ikke… så man, hvis man bare kunne overskue medicinen indenfor en side, så man ikke skal sidde og scrolle for at få overblik, ikke? Og så uden at bruge lang tid på det, så kunne jeg… Så synes jeg, så kan jeg da godt lige overveje, om det der hjertemagnyl, skal patienten have det? Nå ja, han havde en blodprop i hjertet, ok, fint. Den lader vi bare stå. Det der blodtryksmedicin. Skal han have det? Ej blodtrykket har ligget lavt i flere uger og i øvrigt så er det ikke særligt godt for hans nyresygdom. Fint. Slut. Så er der én linje der… der er væk. Så er der ryddet op, ikke? Og det havde jeg jo ikke behøvet at gøre, fx. Så det… så det… Så det er sådan nogle ting, jeg godt kunne tænke, det kunne jeg jo bare lade være med. Så bare sjofle lidt. Men så ligger det jo bare til den læge, der skal udskrive vedkommende. Eller også så vedkommende er måske så doven, så man lade det bare stå på pause, selvom man udskriver patienten. Og så står man ved næste indlæggelse. Hvad fanden er det for noget blodtryksmedicin? Det er på pause. Har patienten i virkeligheden

taget det? Hvad fa'en. Altså… Så… Men sådan nogle ting, kan jeg bare lade være med jo, så ville det selvfølgelig gå hurtigere. Og jeg føler ikke, at jeg er så god til at afbryde folk.

Da Rasmus' manglende hastighed i arbejdet optager hans tanker og fyldte en del i interviewet, spurgte jeg i interviewet ind til, om det er noget, han kan tale med sin hovedvejleder om. Det ville han ikke gøre, svarede han. Dog har han tidligere prøvet, at tage sit problem op med en senior læge:

Men jeg har snakket… Jeg har faktisk snakket med [x-navn], lungemediciner, om at… Hun spurgte sådan, ej men er der noget vi skal snakke om, inden du skifter afdeling og sådan noget? Hvor jeg sagde ja. Jeg f… at jeg havde… at… jeg kunne godt tænke mig at være hurtigere til stuegang, tror jeg, jeg sagde til hende. Hvor hun sagde: 'Ej, men hun synes, jeg var rigtig hurtig. Jeg var da hurtigere end den og den og…' …Hvor jeg sagde: 'ej, jeg synes altså, jeg synes nogle gange, jeg har problemer med at nå patienterne… de patienter, jeg gerne vil'. 'Nåh, hun synes… Nåh. Det kunne hun slet ikke forstå. Hun synes, det gik fantastisk godt. Nåh. Ok'. Så der… Der kan du se, der kastede jeg noget stolthed og… og fortalte hende noget, jeg havde… og jeg havde håbet sindssygt meget på et eller andet konkret. En eller anden tilgang eller en eller anden metode eller en… eller at hun ville supervisere mig lidt eller sådan et eller andet, ikke? Det… Det var måske bare… men…

Rasmus bed sin stolthed i sig fordi, han oplever, problemet er så stort, at han føler, at han har brug for hjælp, instruktion eller supervision. Hans skuffelse var da også tilsvarende stor, da han ikke får den hjælp, han har brug for. Han har blottet sig i forhold til at italesætte, at han har et problem, han ønsker hjælp til – og dermed eksponeret sig selv. At han får en tilbagemelding om, at det går godt i form af: *'Ej, men hun synes, jeg var rigtig hurtig'*, oplever han som substansløs og i modstrid med hans konkrete erfaringer:

Jeg ved godt, det er sådan en kliche alle siger; 'åhh alle siger, jeg er så god og jeg føler mig bare så dum'. Det er sådan lidt åndssvagt. Men altså det med hast, med hvor mange mennesker, man kan nå på stuegang. Det er jo målbart. Og der kan jeg se… Det er ikke, fordi jeg sammenligner mig med en erfaren overlæge, som kan… De kan jo godt mølle tolv-fjorten patienter igennem og så er de færdige før frokost, ikke? Men jeg synes alligevel, der er, når jeg sammenligner mig med andre unge læger på mit niveau altså. Så føler jeg altså, at jeg er ikke nær så hurtig. Så… Sådan så… Men det er også meget, hvad dagsformen er. Altså fordi så på lungemedicinsk, der kunne jeg godt… Det var der, hvor jeg nåede, de der nogle gange ti, nogle gange… en enkelt gang tolv. Hvor nu på nogle nyrepatienter her ikke? Igen. Jamen der… Jeg har ikke specielt meget forstand på nyresygdomme og jeg vil gerne rydde lidt op i medicinlisten og jeg vil gerne kunne bidrage lidt, ikke? Og tit har de væ-

> ret indlagt i en, to måneder. Så det er også lige vigtigt, lige at finde ud af, hvad det er for et… hvad det handler om, deres forløb, ikke? Der er også meget, at se til, ikke? så…. Hvornår skal de udskrives og hvad mangler vi? Hvad skal der sættes på plads, ikke? Får de for meget medicin, for lidt?… Har de infektion? Skal de… Hvorfor ligger de med ilt i næsen, når det er nyrepatienter? Hvad fa'en altså…

Rasmus udviser en ordentlighed i sin trang til at rydde op i journalerne og en nysgerrighed i forhold til patienternes sygdomsforløb og diagnoser. Derved udviser han en høj grad af personlig integritet, omhu, lærevillighed og professionalisme i arbejdet, men måles ikke på disse kompetencer og egenskaber. Rasmus ved de facto, at han ikke er lige så hurtig, som andre yngre læger på samme niveau. Derfor kan han ikke bruge til noget, når det bliver slået hen. Der findes ikke noget formelt forum, han oplever, han kan gå til med de udfordringer han har og der er ingen, der griber det i de afdelinger, han har været i – hverken formelt eller uformelt. Andre læger er han også forbeholden for at tage sådanne emner op med, da han har dårlige erfaringer med at udstille sine udfordringer overfor dem på nogle af de kurser, der indgår i den lægelige videreuddannelse. Han risikerer at udstille sig selv som en dårlig læge eller som svag:

> Jo, men altså måske på kurset fx, så snakker om… så snakker vi om, hvor travlt man havde fx. Så kunne man godt… så kunne man måske godt komme til at sige at, jamen så på den og den afdeling, så får man bare tolv patienter til stuegang. Altså det er et… det er et højt tal. …Hvor at jeg har gået stuegang på tolv patienter en gang. Typisk var det otte. En gang imellem ti og én gang tolv. Så… så bliver det mit… min… min karakteristik af den afdeling det var, at så får man bare tolv patienter som folk… Hvor en anden der siger: 'ja han var også det sted og han fik også bare fjorten patienter og han kendte dem slet ikke'. Ja, ja. Hvor… Men… men så lige… tænker… Ja. Typisk var det de der otte patienter eller et eller andet. Men det er sgu også hårdt. Nogle gange ti og… Og den gang hvor jeg havde tolv patienter, der kendte jeg de fle… nogle af dem… ikke de fleste, måske halvdelen. Så kan man godt gå på tolv patienter. Så… Så overfor…

Rasmus mangler formelle såvel som uformelle fora, hvor han kan finde vejledning i forhold til de udfordringer, han oplever og anerkendelse for den omhu, han udviser. Han mangler støtte i forhold til at sortere og prioritere uden at skulle gå på kompromis med sin professionalisme, men der er intet fokus på det i klinikken eller i forhold til hans uddannelsesplan og han får ingen hjælp til at fokusere, udvælge og fravælge. Derfor er det op til ham selv individuelt at lave analyser af, hvad hans udfordringer er og hvordan han kan

løse sine problemer. Det skaber et stort pres på ham og er en stressfaktor i det daglige arbejde, der betyder, at han bliver usikker fagligt. Det har betydning for hans interaktioner i klinikken med kolleger og patienter. Jeg har valgt at inddrage et observationsbillede fra en vagt, hvor der opstår en situation, hvor Rasmus føler sig ramt af en patient både på sin faglighed og på sin professionalisme:

Observationsbillede - amatør

Rasmus og jeg ankommer til lungemedicinsk afdeling og Rasmus fortæller, at det er her, han føler sig mest hjemme. Han skal være lungemediciner og han er fagligt stærkest her. Jeg oplever med det samme, at sygeplejerskerne er meget glade for Rasmus. De vil gerne i kontakt med ham, stiller spørgsmål og laver sjov med ham. Sygeplejerskerne spørger mig, hvad jeg laver imens Rasmus læser om patienterne på computeren og kigger prøvesvar igennem. Jeg fortæller, hvem jeg er og hvad jeg laver. Sygeplejerskerne siger, at Rasmus er en rigtigt god læge. Nogle af de ældre læger er ikke lige så dygtige både fagligt og socialt, siger de. De unge læger kan mere. Mens Rasmus forbereder sig på den patient, han skal se, spørger sygeplejerskerne, om han kan tage en anden patient også. Det er en kvinde, der skal have lagt et venflon og det er vanskeligt, fordi hendes årer er ødelagte pga. kemobehandling. Rasmus siger, at det skal han nok.

Da han er klar, går vi ind til patienten. Hun ligger på en 4-sengsstue sammen med en anden patient. Rasmus spørger om det er ok, at jeg er med og hun siger ja. Patienten er en slagfærdig lille kvinde, man nok kan karakterisere som en hospitalsvant kroniker. Hun fyrer en masse jokes af om lægerne, hospitalet, ventetid etc. Hun har en stemme, der lyder slidt af livet og tobak. Hun søger kontakt med mig og spørger mig ud omkring, hvad jeg egentligt laver. Jeg prøver at spise hende af med et kort svar, men hun spørger videre. Hvorfor kigger jeg på lægeuddannelse? Er der noget, der skal i vejen med den? Noget der skal revideres? Jeg svarer, så godt jeg nu kan, uden at komme for meget i fokus.

Rasmus er ved at gøre klar. Patienten skynder på ham. Hun er træt af at vente, hendes mand venter på hende og de skal hjem. Rasmus roder med et skuffemøbel. Han kan ikke åbne den skuffe, hvor det udstyr han skal bruge ligger, fordi skuffen ovenover ikke kan lukkes helt i. Han går ud for at spørge sygeplejerskerne. Imens er jeg på stuen med patienten. Hun laver en masse sjov. Bl.a. siger hun, at læger i hvert fald kunne trænge til at lære noget pædagogik. Rasmus er kommet tilbage og jeg driller lidt med og svarer, at det hører jeg tit.

Imens får Rasmus åbnet skuffen med fysisk kraft. Jeg siger, at der bare skulle noget maskulin kraft til. Rasmus svarer, at det var feminin kraft, for det var sygeplejerskerne, der havde fortalt ham at det var sådan, det skulle gøres.

Rasmus har nu det udstyr, han skal bruge og patienten skynder på ham på en humoristisk facon. Hun spørger også, om han nu tror, at han kan finde ud af det? Rasmus siger, at han er rigtigt god til at stikke. Lige da han skal til at stikke i patienten, ringer hans telefon.

Han afbryder proceduren tager telefonen og præsenterer sig som medicinsk forvagt. Patienten ruller øjne og ser både resigneret og utålmodig ud på samme tid. Rasmus spørger i telefonen: har hun ondt? Patienten kigger på mig og siger lavt: 'nu har jeg i hvert fald ondt i røven!' Sygeplejersken er kommet ind på stuen og siger henvendt til patienten: 'Nå dit sludrechatol – snakker du nu igen?' Sygeplejersken kigger på mig og blinker til mig.

Rasmus slutter telefonsamtalen og går i gang med proceduren igen. Patienten laver stadigvæk fis og brok. Rasmus stikker med succes - på den måde, at venflon ligger fint, men det fungerer ikke. Da han fortæller til patienten, at han er nødt til at stikke igen, småbrokker hun sig: 'du er dårlig til at stikke, du er ikke professionel/jeg vil have en professionel, du er en amatørskuespiller' osv. Jeg ser Rasmus' nakke blive helt rød (jeg er placeret bag Rasmus og med front mod patienten i sengen) og så skælder han ud på patienten og siger højt: 'du skal ikke sige, at jeg ikke kan finde ud af at stikke. Jeg var en af de bedste på det kursus/i den undervisning, hvor man lærte at stikke. Jeg har stukket rigtigt, men der er nogle klapper inde i blodårerne, der gør at det ikke virker. Vidste du, at der er klapper inde i blodårerne (siger Rasmus med ekstra hævet stemme)? Nej det vidste du ikke!'

Patienten mumler noget og Rasmus fortsætter i et højt toneleje: 'Vi skal tale pænt til hinanden og jeg vil ikke finde mig i, at blive kaldt amatør eller at du siger, at jeg ikke er ordentligt professionel. For jeg er en god læge!' Sygeplejersken kigger hen på mig og laver en chokeret grimasse. Rasmus arbejder videre. Han får lagt et venflon højere oppe på armen i samråd med patienten og spørger i et helt normalt toneleje, om patienten kan tåle almindeligt plaster. Det kan hun, siger hun og Rasmus gør sig færdig.

Jeg går ud af stuen og venter udenfor døren. Rasmus kommer ud og sender mig en forlegen grimasse. Jeg spørger til den telefonopringning, han fik. Han siger, at det er en patient på kardiologisk med brystsmerter, men at han tager den patient først, der er på lungemedicinsk. Normalt tager man først patienter med brystsmerter, fortæller han, men det er en ung kvinde og det lyder ikke alvorligt. Vi går ned til den næste patient.

Rasmus undersøger patienten og må skynde lidt på hende. Hun er ved at fortælle en lang historie om et fald hun har haft på et tidspunkt og han siger til hende, at hun skal komme frem til pointen hurtigt, for han har mange patienter, der venter. Da vi går fra patienten, taler vi lidt om situationen med den tidligere patient, som han skældte ud. Han siger, at han ikke vil finde sig i at blive kaldt uprofessionel og en amatørskuespiller. Rasmus virker i tvivl om, hvorvidt det var rigtigt eller forkert af ham. Han siger, at patienten måske var

hende, vi havde hørt om ved vagtoverdragelsen, der havde fået en svær besked samme morgen og derfor var i krise? Han har tydeligvis en indre dialog med sig selv om det, hvor han indimellem tænker højt.

Vi går ind på sygeplejerskernes kontor. Der er ingen, da vi kommer ind. Rasmus sætter sig ved en computer og begynder at diktere på den patient, vi lige har set. Det tager lang tid. Han kigger på scanninger, prøveresultater etc. Sygeplejerskerne kommer ind og siger til Rasmus, at de beklager, at han fik så streng en patient. Der startes en dialog imellem Rasmus og sygeplejerskerne, der handler om, at patienten var meget grov. Rasmus siger igen, at han ikke vil kaldes en amatør.

Rasmus arbejder videre på computeren med at ordinere undersøgelser til den seneste patient, han har tilset. Sygeplejerskerne snakker videre og henvender sig til mig: 'det er synd for Rasmus at lige netop han, der er så sød, skulle opleve sådan en grov patient. Hun skulle bare vide, hvor svært det er at stikke!' Sygeplejerskerne snakker videre: patienten har sagt flere strenge ting og hun burde acceptere, at når hun kommer på et hospital, så er det for at blive behandlet. Hvis hun ikke vil det, kan hun bare tage hjem. Ellers kan hun stikke sig selv, så hun kan finde ud af, hvor svært det er, siger de.

Sygeplejerskerne spørger mig, om jeg vil have noget at drikke? The, kaffe eller isvand? Jeg er tørstig og beder om et glas vand. Jeg tilbyder selv at hente det, men de siger, at der er service på. Imens kan jeg høre den omtalte patient gå rundt og spørge, om hun kan få en kop kaffe. Sygeplejerskerne siger bestemt, at det kan hun ikke – hun må vente til senere. Jamen har I ikke bare en enkel kop? Nej bliver der svaret. Mens jeg drikker mit vand, ringer forvagtstelefonen igen. Rasmus er ikke færdig med at ordinere undersøgelser på den patient, han er i gang med, men vi må haste videre.

Observationsbilledet viser en situation, hvor Rasmus' faglige udfordringer kommer til udtryk udløst af en patient. Rasmus reagerer følelsesmæssigt og det er tydeligt, at han føler sig ramt. Jeg fik selv uforvarende ramt hans ømme punkt under feltarbejdet, da jeg fulgte ham på en vagt. Det var første gang, jeg var på vagt med ham og inden, jeg kendte noget til hans usikkerhed. Jeg kommenterede – positivt ment – at han var meget grundig og det reagerede Rasmus øjeblikkeligt på som noget negativt. Vi drøftede det efterfølgende og jeg anførte, at grundig i daglig tale har positive konnotationer – og i et patient/pårørendeperspektiv bestemt også, er et positivt ladede ord om en læge knyttet til omhu og professionalisme. Rasmus svarede til det, at grundig i en lægeoptik var det samme som at sige langsom – og ikke et positivt ladet ord: *'Det er jo også… Ja, ligesom du sagde, jeg var… om jeg var grundig. På et tidspunkt, man kan godt tænke: 'nå så det er jo indirekte langsom'…'.*

Situationen viser, at den usikkerhed, Rasmus oplever, har konsekvenser – her i forhold til konkret patientbehandling, patientkommunikation og professionalisme. Det uddannelsesmæssige svigt, Rasmus oplever gennem sit samlede uddannelsesforløb, hvor ingen håndterer de uddannelsesaspekter, han har brug for støtte til og ikke lytter, når han italesætter direkte, at han oplever udfordringer, har konsekvenser. Både for Rasmus personligt, da hans usikkerhed vokser og for det arbejde, han varetager i interaktion med andre. Endvidere er der ingen reelle læringsrum, hvor det er legitimt at italesætte sådanne professionelle aspekter af arbejdet – fx i mødet med patienter, hvor lægen emotionelt reagerer udløst af bestemte faktorer. I interviewet med Rasmus spørger jeg ham, om han kan tage vanskelige eller udfordrende situationer med patienter op med sin hovedvejleder:

> Der er ikke noget i vejen for det. Men det falder ikke naturligt. […] Måske en anden. Altså jeg havde… Nu jeg havde mit første ophold på lungemedicinsk, hvor der… Der synes jeg også menneskeligt, at eller… Jeg havde mere tilfælles med de læger der. Så der kunne jeg godt have fundet på at hvis jeg… hvis jeg lige fulgtes med en af dem op ad gangen eller et eller andet og havde lejlighed til lige at smalltalke lidt. Men lige… Ham min vejleder har jo ikke. Ikke et ondt ord om ham. Men jeg har bare ikke… Det ville bare ikke ligge naturligt for mig at vi smalltalker, om en eller anden tilfældig patient, jeg lige havde i situationen.

Selv om interaktion med patienter er centralt i de kliniske specialer, ligger det Rasmus meget fjernt, at det kan være et emne, der er professionelt relevant såvel som et uddannelsesmæssigt spørgsmål, hvordan man kan håndtere og blive støtte i. Der findes således ikke et egentligt læringsrum, hvor den type udfordringer kan drøftes. Han er dog ikke afvisende overfor, at det nogle uformelle sociale rum, ville være muligt at tage op i form af at: *'lige at smalltalke lidt'* afhængigt af de personlige relationer. Dermed placeres det i en personlig sfære frem for en professionel sfære og risikoen er, at det bliver en form for personlig eller kollegial støtte, der bekræfter snarere end at udfordre typen af refleksioner over ens handlinger – som det var tilfældet i den dialog, Rasmus havde med sygeplejerskerne om episoden efterfølgende: *'det er synd for Rasmus at lige netop han, der er så sød, skulle opleve sådan en grov patient'* – som er den feedback, Rasmus fik fra sygeplejerskerne, der har sympati for ham.

Det afhjælper dog ikke, det uddannelsesmæssige behov, Rasmus har, der fx retter sig mod grundighed, prioriteringer og professionalisme, der kunne udvikles, støttes og kvalificeres i vejledning – i en faglig professionel ramme og

ikke en personlig ramme. Rasmus' egen strategi for, hvordan han kan arbejde hurtigere, er blandt andet, at han skal blive bedre til at afbryde patienterne, så han kan komme hurtigere videre til den næste patient, der venter. En anden strategi er rettet imod ham selv i forhold til, at han skal blive 'skarpere' kognitivt:

> Jeg ved det faktisk ikke… …Altså jeg tænker på… Ja… Jo, jeg tænker på, hvor jeg kan sætte ind. Altså jeg kan være… Jeg kan få afviklet samtalerne hurtigere med patienterne. Jeg kan lade være med at spørge: 'Er der andre ting vi skal snakke om?'. Det kan jeg jo bare lade være med. Fx, ikke? Så kan det, ha, ha, være der kommer lidt færre ting frem. Og jeg kan lade være med at… Jeg kan være bedre til at skære ind og sige: 'Nej… altså har det varet en uge, eller har det varet en måned? Det gør ikke så meget, om det lige er 13 eller 17 dage'. Men altså… Det kan man… Der kan man godt skære lidt ind, ikke? Og så er det også… Måske lidt med sådan, hvor… hvor… hvor skarp man er, lige… Hvor meget man kan rumme. Fordi hvis man sidder og lige skal skrive nogle stikord, lige skal skrive blodprøveværdierne ned, bare lige de, de… hvad kan man sige, de overordnede værdier. Det at skrive ned versus bare at huske dem. De fleste kan jeg godt huske. Men… Men jo skarpere man er, jo mere frisk… veludhvilet man er, hvis man dyrker noget motion og spiser godt. Så føler jeg mig mere skarp. Så kan man… Så kan man huske en hel lang indlæggelse og forhistorie og blodprøver og medicinliste i hovedet. Hvor hvis man… Hvis man er træt og… nåh, det må jeg sgu hellere skrive, ellers glemmer jeg det. Hov den blodprøve den var høj, den må jeg lige skrive ned, ikke? Så tager det også længere tid, at gøre de der ting, ikke? Så… Så det kan også være et sted, man kan sætte ind. Jeg kan lige prøve at… måske være lidt skarpere. Ha, ha, det ved jeg ikke. Jeg ved ikke, hvad jeg skal konkret. Det er dumt. Jeg ved godt, det lyder ret dumt. Du skal begynde at motionere lidt. Jeg synes ikke, jeg har tid til det. Men det kunne være, det kunne jeg gøre…

Rasmus' bud på løsninger er i konflikt med hans personlige værdier omkring ordentlighed og grundighed i forhold til det kliniske arbejde og i patientkommunikationen – hvor han har nogle mellemmenneskelige idealer omkring ligeværdighed, som er i konflikt med at afbryde andre:

> Men det er jo lidt negativt, hvis man så… Hvis jeg nu skulle træne i at blive hurtigere, altså bedre til at afbryde folk, hurtigere til at få analysen ud, ikke. Så skal man… Det ville være lidt kynisk ikke, sådan lidt… Og det er lidt uhøfligt at afbryde folk, altså, og sige det du er i gang med at fortælle om her med din svoger, eller at du elaborerer over, om det lige var tretten eller femten dage siden, det nu startede. Hvis jeg så korrigerer dig og siger nej er det… Altså irettesætter lidt, ikke? Det er lidt sådan. Det er lidt unaturligt, synes jeg.

Rasmus erkender, at er det faktisk ikke nogen gode strategier: *'Jeg ved godt, det lyder ret dumt'*. Problemet er, at han rent faktisk ikke kan se nogen løsninger og derfor forsøger med de ting, han umiddelbart kan se er mulige – selv om han synes, det er urealistisk eller decideret dumt. Han har dog forsøgt igennem de øvrige kanaler, der er, at få kvalificeret støtte eller blot forståelse, men uden succes. Dermed er det kun muligt, at håndtere som individuelle strategier uden den organisatoriske støtte, der kunne findes i afdelingen. Selv om Rasmus mener, der mangler direkte supervision er han også betænkelig ved, at få en anden læge til at observere hans arbejde. Det kan skyldes hans faglige usikkerhed og frygt for at blotte manglende kompetencer, men reflekterer også den supervisionspraksis, Rasmus har oplevet og erfaret igennem sit uddannelsesforløb, hvor han aldrig er blevet direkte superviseret i sit arbejde:

> Men igen jeg ved ikke, om jeg synes det var særligt fedt at skulle så have en… en anden læge med og supervisere mig. Det er jo sådan lidt at kigge… og stå ikke. Det ville være lidt mærkeligt at have en stående, sådan… Men omvendt, det kunne også være rigtig fint. Altså jeg tror, når man bare… Det er bare fordi, jeg har aldrig prøvet det, tror jeg…

Det viser hans ambivalens, hvor han på den ene side efterlyser vejledning i form af instruktion og supervision og på den anden side foretrækker, at kunne arbejde selvstændigt – uovervåget – og usuperviseret. Det kan skyldes graden af usikkerhed, som et selvbillede han ønsker at skjule, men som samtidig plager ham så meget, at han ind imellem vælger at blotte det for andre, for at få vejledning og støtte til at afhjælpe – men ikke får. Rasmus oplever læringsmiljøet som utaknemmeligt og nådesløst i forhold til, at man er overladt til sig selv og må finde egne løsninger på de spørgsmål og udfordringer, man står med:

> Altså meget kort, så er det… Så synes jeg ikke, at det er særlig godt: jeg synes det er… det er svært tilgængeligt at lære. Altså det… Fordi man har ikke tid. Man kan ikke… man kan ikke gå over og spørge en overlæge eller en anden læge. Den der sygdom, hvad er det nu lige den handler om? Hvordan er det, man behandler den? Altså man er sgu nødt til… Man er nødt til at spørge hvilken dosis, er det den medicin, eller… eller… Lige sådan lidt sat på spidsen. Man kan ikke… man kan ikke bare få et foredrag om en eller anden sygdom eller en behandlingsvejledning. Altså man skal, man må selv finde det, synes jeg. Det er mit indtryk. Og det… Er sådan lidt utaknemmeligt ikke? Sådan… eller lidt nådesløst. At man… at man får de patienter, ikke? Nå men så sådan hurtigt, så tager jeg fra stue et til stue seks. Så tager du fra stue seks og til stue tolv, ikke? Eller… Hvor jeg siger, så kan man sige, det lyder som mange. Men jeg vil selvfølgelig gøre, hvad jeg kan, ikke? Og så kan man så

blive spurgt: 'Hvor langt er du nået?' 'Jamen jeg er nået der til.' 'Nå, det var ikke langt. Nå du må se at rubbe neglene, ikke?' Altså. Det er ikke… Der er ikke så meget omsorg med:… 'Nå, hvad… hvad er der noget, du synes er svært ved den patient eller kan jeg gøre noget, eller?'… Altså det… Man skal selv sådan, være på for at… og udfarende, synes jeg. Og det er også fint nok, altså. Og der tænker jeg, også når jeg har medicinstuderende ude. Så… Så må de også bare spørge, hvis det er, ikke? Og nogle ting er… er naturlige for mig ikke? Og hvis jeg har tid og… og… ved noget om den og den sygdom, så vil jeg gerne holde et lille foredrag om det. Men… men de må selv spørge, hvis der er noget, de synes er mærkeligt, eller spændende eller et eller andet. Så…

Rasmus beskriver en omsorgs- og læringskultur, der er fraværende og som han selv er med til at reproducere i forhold til de medicinstuderende, han har med i klinikken: *'hvis jeg har tid'* vil jeg gerne, *'men de må selv spørge'* – selv om han er kritisk overfor, at han selv som uddannelsessøgende skal være udfarende og oplever det som manglende omsorg. Jeg har valgt at tilføje et observationsbillede til analysen, fra en situation på en vagt, hvor Rasmus skal koordinere, prioritere og behandle de forskellige medicinske patienter, der kommer ind i løbet af aftenen og natten. Rasmus er i gang med flere uafsluttede patienter på samme tid, da forvagtstelefonen ringer og han må skynde sig til en akut dårlig patient. Observationsbillede illustrerer både en typisk arbejdssituation og en uddannelses- og vejledningssituation, da Rasmus har en medicinstuderende med på vagt som er på 9. semester og i klinikophold. Det er frivilligt, at hun er gået med på en nattevagt for at se, hvordan det er:

Observationsbillede - i vagt

Vi ankommer på IMA og skynder os ind til den næste patient. Allerede ude fra gangen kan man høre en patient, der stønner højt og forpint. Rasmus og jeg kommer ind på en lille stue, hvor der er en plejeperson, som patienten har haft med og to sygeplejersker. Det er svært for mig ikke at stå i vejen og situationen virker også voldsom på mig. Det er en spastisk mand, der har voldsomme mavesmerter.

En af sygeplejerskerne kigger på mig og spørger, hvad jeg vil? Jeg svarer kort, at jeg følger Rasmus, da situationen ikke er til lange forklaringer. Hun kan ikke høre, hvad jeg siger, så jeg må gentage det. Der skal foretages en undersøgelse af endetarmen og en af sygeplejerskerne er i gang med at finde det rette udstyr. Hun må frem og tilbage på gangen flere gange for at hente de ting, der skal bruges, imens man hører patienten klage sig af smerte. Jeg går ud på gangen og står lige udenfor døren, hvor jeg kan se ind af den åbne dør og høre det, der bliver sagt på stuen, men ikke står i vejen. Jeg kan høre, at patienten kaster op.

Mens jeg står ude på gangen, kommer der en sygeplejerske forbi, der venligt spørger mig hvem jeg egentlig er – hun siger, at hun også så mig nede i akutmodtagelsen tidligere på dagen ved vagtoverdragelsen. Jeg fortæller hende, hvad jeg laver ph.d. om. Hun fortæller mig, at hun er koordinerende sygeplejerske og siger, at det er meget relevant at kigge på lægers vejledning. De står meget alene og har ikke den faglige støtte, sygeplejersker har. Hun går igen og jeg retter igen min opmærksomhed mod stuen, hvor Rasmus befinder sig. Der er en plejeperson med patienten, som har kendt ham i mange år. Hun fortæller om patientens tidligere indlæggelser og lidelser. Rasmus spørger hende, om hun ved, om der er taget beslutning om genoplivning og livsforlængende behandling? Plejepersonen svarer, at det er der og at patienten ikke skal genoplives eller udsættes for unødig lidelse. Det findes der et dokument vedrørende.

Rasmus går ind på kontoret og sætter sig ved en computer. Han siger til mig, at patienten er rigtig dårlig. Han logger på computeren for at læse om patienten. Han kontakter en anden afdeling, for at advisere dem om, at patienten måske vil komme deres vej. De svarer, at først skal patienten scannes, så man kan se, hvad der er galt. Rasmus skal derfor bestille røntgenafdelingen til at scanne patienten. Sygeplejersken kommer ind og fortæller, at plejepersonen siger, at det erfaringsmæssigt er meget svært at få patienten til at ligge stille, mens han bliver scannet. Rasmus ringer og snakker med røntgen, der understreger, at patienten skal kunne ligge stille, ellers sender de ham retur. Derfor er det nødvendigt, at bedøve ham. Rasmus siger til mig, at det er det, han holder mindst af ved lægearbejdet, altså det akutte. Han siger, at nogle læger foretrækker det akutte arbejde og keder sig, hvis der ikke sker noget akut. Rasmus hader, når han bliver afbrudt i det, han er i gang med og har flere uafsluttede patienter på samme tid.

En sygeplejerske kommer ind og rækker Rasmus en serviet, der står et telefonnummer skrevet ned på. Hun forklarer, at plejepersonen har spurgt, om Rasmus kan ringe og tale med patientens mor? Jo svarer Rasmus, tager servietten og ringer straks op. Han præsenterer sig og siger, at han desværre har en trist besked. Han spørger ind til patientens sygdomshistorik, får bekræftet noget og afkræftet andet.

Da han er færdig med opringningen, støder en medicinstuderende til, der skal følge Rasmus på vagten. Rasmus afbryder det, han laver på computeren og giver den medicinstuderende sin fulde opmærksomhed. Han siger til hende, at hun skal gå ned på stuen og se den patient, Rasmus er i gang med at behandle. Han giver hende nogle oplysninger om patienten, hvad der er interessant og hvad, han planlægger behandlingsmæssigt. Den medicinstuderende går ind på stuen. Rasmus fortsætter arbejdet ved computeren.

Der er kommet en sygeplejerske ind i rummet som sidder og arbejder ved en anden computer. Hun fortæller Rasmus om en ny patient, der er på vej ind på afdelingen. Rasmus lytter, svarer og stiller spørgsmål om patientens tilstand,

mens han arbejder videre. Langt inde i historien fortæller sygeplejersken, hvilken afdeling patienten bliver overført til. Det viser sig, at være den afdeling, bagvagten er på og både Rasmus og sygeplejersken ånder lettet op. Puha – det kan bagvagten tage sig af!

Rasmus og sygeplejersken drøfter, hvem der kan gå med patienten med mavesmerter til røntgen og assistere, hvis han er urolig. Der skal være én, der kan give ham ekstra morfin, hvis han ikke er bedøvet nok. Sygeplejerskerne kan ikke, så Rasmus siger, at hvis der ikke er andre, går han selv med. Det nytter ikke, hvis røntgen sender patienten tilbage uden scanning. Worst case må han scannes i fuld anæstesi.

Den medicinstuderende er nu kommet tilbage på kontoret. Hun fortæller, at plejepersonen går med, men der mangler stadigvæk en mere. Rasmus siger, at den medicinstuderende kan gå med. Den medicinstuderende trækker på det – hun ser ikke ud som om, hun har lyst til det, men indvilger. Hun spørger, hvad det egentligt er, hun skal? Rasmus forklarer, at patienten ikke må være urolig og noget medicinsk om, hvad han tror, patienten fejler.

Sygeplejersken afbryder Rasmus og spørger: 'må jeg blande mig?' Hun fortæller den medicinstuderende, at hun skal gå med en kanyle med morfin, som hun skal give patienten, hvis han ikke er rolig nok. Den medicinstuderende ser ikke ud som om, at hun har lyst til det, men siger heller ikke nej. Den medicinstuderende spørger, hvor meget morfin, hun må give patienten? Du får ikke så meget med, at du kan give for meget, svarer sygeplejersken. Du får 5 mg. og det giver du ham bare, får hun besked om. Den medicinstuderende ser ikke særlig begejstret ud, men afviser ikke at gøre det. I det samme kommer der nogle portører, der skal hente patienten til røntgen. Rasmus siger hvilket stuenummer patienten ligger på og arbejder videre.

Den medicinstuderende går med ned til patienten med kanylen med morfin i hånden. Rasmus skynder sig videre til en patient på kardiologisk, der er kommet ind med brystsmerter.

Observationsbilledet belyser en arbejds- og uddannelsessituation, hvor mængden af opgaver producerer forskellige typer arbejdspres, der er rammesættende for læringsmiljøet og den vejledning, den medicinstuderende konkret får. Rasmus tøver med at fortælle den medicinstuderende præcis, hvad det er, han beder hende gøre. Først forklarer han vigtigheden af, at patienten kan ligge stille – uden direkte at sige, hvad der er den medicinstuderendes opgave i relation til det og bagefter forklarer han sin foreløbige diagnose, indtil han afbrydes af sygeplejersken, der skærer igennem og direkte siger, hvad den medicinstuderendes rolle er.

Rasmus' anvendelse af en medicinsk diskurs og forklaringsmodel er muligvis med til, at lægge ekstra pres på den medicinstuderende i forhold til at skulle afslå at hjælpe, da patientens situation er alvorlig og det er et spørgsmål om liv og død at få ham undersøgt og behandlet. Det kan være svært, at sige nej til at bidrage til det – i den gode sags tjeneste. Rasmus giver reelt aldrig den medicinstuderende muligheden for at sige nej – hun bliver faktisk ikke spurgt. Han spørger heller ikke ind til, hvad hun tænker om situationen, om hun er usikker på noget eller har nogle spørgsmål i forhold til den opgave, hun skal varetage.

Rasmus reproducerer dermed den form for læringsmiljø, han selv oplever som nådesløst og utaknemmeligt, hvor fokus bliver på, hvem der kan løse hvilke presserende opgaver i en travl kontekst – uden omsorg eller hensyn til den enkelte. Fokus er på resultatet – får vi løst opgaven eller ej og ikke på, hvordan fx den medicinstuderende oplever processerne og de emotioner, hun har i forhold til den opgave, hun bliver bedt om at udføre. Rasmus handler på baggrund af den arbejdskontekst, han befinder sig i og ud fra en orientering mod at løse en presset arbejdssituation her og nu. Det er det, der er rammesættende for den vejledning, han giver den studerende og det læringsmiljø, hun møder i sit klinikophold.

Arbejde: kommunikation og samarbejde

Rasmus er blevet anerkendt for sine samarbejdsevner og for den måde, han kommunikerer på tidligere i sin erhverskarriere, hvor han også har fungeret som leder. Igennem den postgraduate uddannelse har Rasmus oplevet forskellige udfordringer med samarbejde. Som nyuddannet KBU-læge i forhold til autoritetsmæssige spørgsmål, hvor han har haft svært ved at finde sin rolle:

> Og det er meget drevne sygeplejersker i psykiatrien. At mange ting sker jo før lægen når at dukke op, hvis der har været en eller anden episode med noget vold eller magtudøvelse. Så ringer sygeplejersken bare og siger: 'Ja vi har haft, der har været det med ham og ham. Jeg skal lige have dig til at komme og udfylde tvangspapirer'. Ja. Og det… Det er jo… Man kan ikke gøre noget. Altså. …Eller de vil godt have… Der er en person, der er urolig, eller ikke kan sove eller har… eller er bragede psykotisk. De vil… de vil godt have den, eller den… det og det medicin, ikke? Men de har også sindssyg erfaring… Altså der er de jo sindssygt erfarne og har været der i årtier mange af dem. Så da jeg kommer der som nyuddannet, så har jeg jo ikke ret meget at bidrage med, andet end at jeg kan klikke mig ind i Opus og ordinere det medicin, de anbefaler. Altså groft sagt, ikke?

Det er måske ikke overraskende, at det er udfordrende at stå som nyuddannet og uerfaren læge overfor nogle meget erfarne sygeplejersker. Lægerne er endvidere i 'mindretal' og arbejder fagligt isolerede – overfor et sygeplejerskekollektiv. Derfor kan det undre, at Rasmus ikke støttes til at håndtere de autoritetsmæssige udfordringer og få hjælp til, hvordan han hensigtsmæssigt kan forvalte sin faglighed i samarbejdsrelationerne. Rasmus oplever dog, at det ikke kun er som nyuddannet, at sygeplejerskernes erfaring er udfordrende autoritetsmæssigt for ham:

> Jeg synes især psykiatrien og faktisk især nyresygdomme, nefrologien, jeg er indenfor nu. Det er ret udtalt. Men jeg ved ikke, om det er i takt med at det er mere og mere… at det er mere og mere specialiseret, at det er højt specialiseret, ikke? Og nu også lungemedicin. Ja, det så du også selv. Den der vagt vi fulgtes på, ikke? Der er jeg så på hjemmebane, så det kan godt være at der… der lader de måske mig, i gåseøjne, 'bestemme' lidt mere, sådan. Men altså. I sidste tilfælde… I sidste instans er det jo lægen, der har ansvaret, og det er jeg jo også helt bevidst om, men…

I forhold til udfordringer med autoriteten overfor sygeplejerskerne, spiller køn også en rolle. Det har Rasmus oplevet i relation til mødet med mandlige sygeplejersker, som han særligt oplever, udfordrer han autoritet:

> Det var faktisk mandlige sygeplejersker begge to. Der var virkelig, altså rigtig dårlig retorik og de var meget sådan autonome. Altså der var sådan en af dem, der kunne finde på at bryde ind i en… mens jeg sad og førte ordet, ikke? Og nogle gange er det også vigtigt, at holde en pause i noget, ikke? Man kan godt… Jeg plejer at spørge sådan åbent: 'Nå, men hvorfor er du blevet indlagt, eller hvorfor er du kommet på hospitalet, eller hvad er der sket?' Sådan et eller andet åbent, ikke? Og så mange psykiatriske patienter de er meget stille og man skal virkelig trække ud. Men det kan også være gavnligt lige at vende den. Lige at holde en pause. Og nogle af dem de kunne så godt finde på at bryde ind. De der sygeplejersker, de mandlige sygeplejersker og begynde at stille spørgsmål og begynde at sige:… 'Jamen ved du hvad, du skal bare hjem. Eller du skal bare indlægges, eller du skal bare et eller andet, eller…' Hvor det var helt upassende og… også var… Ikke trådte mig over tæerne, men sådan var en forstyrrelse. Eller det var… Det var ikke godt i forhold til… i forholdet imellem… mit forhold i forhold til… til patienten. Det var sådan, forbrød sig lidt mod det.

De autoritetsmæssige udfordringer Rasmus beskriver i relation til samarbejdet med sygeplejerskerne kan betyde, at han betragtes som 'en push-over' eller en, sygeplejerskerne kan bestemme over og dermed en læge, der er nem at arbejde sammen med – og som er vellidt. Rasmus beskriver, at han ikke har

den slags konflikter med andre læger, men der er hierarkierne jo også tydelige, faste og klare - uden professionsmæssige magtkampe:

> Ja fordi man er jo ikke dum som læge. Altså man ved godt at sådan en, en, en sygeplejerske, der har været sygeplejerske i 30 år, hun ved rigtig meget om mange ting. Men… men omvendt er der også nogle ting, som de ikke har…, ikke ved, altså. Heldigvis, ikke… Så… Det… Det er jeg i hvert fald bevidst om. Og det er da noget, man nogle gange har… Jeg mindes stort set kun, jeg har haft konflikter sådan med sygeplejersker og ikke med… ikke med andre læger.

I forhold til lægegruppen er det andre samarbejdsmæssige aspekter, der er fokus på i forhold til standarter og krav, der skal leves op til. Fx var jeg på vagt med Rasmus, hvor han tydeligt var syg og dårlig og havde en 17 timers vagt og spurgte ind til, hvordan han har det med at melde sig syg:

> Jeg tror, generelt læger har… er meget lidt syge. Eller melder sig syg sjældent. …Tror jeg. Jeg har ikke noget sammenligningsgrundlag. Jeg ved i hvert fald at min tærskel, den er høj. Især med vagterne, fordi man ved at dem, der er tilbage, de skal jo bare gøre alt det andet arbejde. Man kan jo ikke bare vente og som nå men de her patienter, dem skulle Rasmus have haft. Han er syg, så I kan først få stuegang, når Rasmus kommer tilbage fra sygdom, ikke? Man ved bare byrden… eller arbejdsbyrden kommer over på de andre læger, der er til stede, ikke? Hvor I formentlig kender fra andre jobs, der kan man bare lade… Der er der måske en bunke, der hober sig op og så kan man klare det selv, når man kommer tilbage. Så. Der vil jeg gætte på, der vil jeg nok ikke i dag, men måske i sidste uge eller sådan noget, ville jeg nok have meldt mig syg. Der gik jeg og hostede ret meget. Hvis det var, jeg havde en anden type job, hvor jeg vidste det er bare mit… Det er ris til egen røv og jeg skal selv have afviklet det.

Rasmus' ansvarsfølelse i forhold til at gå syg på arbejde er rettet mod organisationen – de andre læger, der skal løbe stærkere og hensynet til dem. Han forholder sig ikke til risikoen for de patienter, han behandler imens han er syg – det aspekt optræder slet ikke i hans overvejelser. Hensynet er rettet ind i professionen i forhold til forestillinger om, hvad de andre vil tænke eller sige – i en slags forestillet fællesskab. Læger arbejder ofte isoleret fra andre læger og vurderer egne handlinger ud fra forestillinger om de andres vurderinger. For Rasmus kan det være ensomt, at arbejde sådan:

> Mmm. Ja, det er ret ensomt at… altså… I hvert fald lige de stillinger jeg har haft. Der er man ret ensom som læge. I hvert fald vi har forskellige omklædningsrum. Nu så jeg lige, der lå noget tøj, så det kan godt være, at der er to

> forskellige, der klæder om her. Så de mødes måske engang imellem. Men jeg tror typisk, så har man omklædningsrum alle mulige forskellige steder og nogle smutter lige et kvarter før og nogle et kvarter efter, ikke? Så man ser sjældent hinanden. Og så lige til morgenkonferencen, hvis man møder lidt tidligere eller lige har lidt luft. Men der… Og frokost det er også tit forskellige tidspunkter, så…

Der er dermed et meget stort individuelt fokus og ansvar som Rasmus både er benovet over og bekymret for. Der er både en høj status, meget på spil og et stort pres, der skal håndteres – i en travl kontekst med høje produktionskrav:

> I lægeverdenen, uden at være selvfed eller noget. Men jeg tænker, det er helt unikt. Jeg kender ikke… Jeg kan ikke komme i tanken om andre steder, hvor man arbejder sådan. Det skulle være, det ved jeg ikke, toppolitikere, direktører eller… Altså et eller andet sted man er sådan, man går rundt og man er… Der er ikke nogen der… Altså man må sgu klare det selv. Altså. Selvfølgelig kan man godt spørge til råds om et eller andet. Men man s… Man hænger på en patient, man hænger på en sag, ikke? Hvis du… Hvis du bare impulsivt lige fandt på noget, men… Jeg kender sgu ikke andre steder, hvor man arbejder sådan. […] Og produktionskravet ikke? Altså. At der er jo de patienter. Du skal sgu have gået stuegang. Du kan ikke bare smutte. Altså. Det er vel… Jeg ved ikke, hvad der ville ske. Der ville ikke ske noget, hvis der er en patient, der ikke får gået stuegang. Men i princippet kunne man overse et eller andet fatalt, ikke? Og så ligger vedkommende og ikke er død, men altså har en eller anden irreversibel tilstand. Så… For det er… Det er jo et… liv og død nogle gange. Så… […] Det er stressende.

Rasmus' refleksioner over jobbets status, krav og pres får ham til at overveje, hvilke konsekvenser, det vil have, hvis man undlader at gå stuegang på alle patienterne. Det kan ses som udtryk for, hvordan han reelt oplever det produktionspres, der er og forsøger at nedtone, hvor meget, der er på spil. Samtidig er det i produktionen, han oplever anerkendelsen ligger og dermed kan det være en fristende tanke, at kunne komme hurtigere igennem stuegang – og få anerkendelse for det. Rasmus autoritetsmæssige udfordringer giver ikke kun problemer i samarbejdet med sygeplejerskerne, men også i kommunikationen med sygeplejerskerne, hvor hans rolle er udfordrende for ham i de kommunikative interaktioner:

> I princippet er man jo som læge en form for leder, ikke at man kan… man kan jo give nogle ordrer, ikke? Du skal gøre det, vil du være rar at give mig de oplysninger, ikke? Der synes jeg, der kan jeg godt ob…, hvis jeg observerer mig selv. At så lister jeg lidt sådan er lidt… nå men gider du prøve at… og

> kunne du ikke være sød at lige… Eller har du tid til at… Hvor det jeg mener er jo, ring lige til dem, ring lige til de pårørende, gør lige det, ikke? Så… Så… Og nogle gange hvis de så siger: 'Jamen det har jeg faktisk ikke tid til', nå pis…

Ligesom med de samarbejdsmæssige kompetencer oplever Rasmus ikke, at blive vejledt i de kommunikative kompetencer. Det forventes, at det finder man selv ud af – dog er det et formelt krav, at yngre læger trænes og kompetencevurderes på deres kommunikation – såvel som samarbejde i klinikken. Rasmus havde en konflikt med en sygeplejerske i forlængelse af en presset arbejdsdag, som han tog op med en senior læge, men fik besked om, selv at løse det:

> …der havde vi konference efterfølgende og så tænkte jeg bare, jeg synes nemlig hendes [sygeplejerskens] retorik, var så dårlig, så jeg tænkte hvad fanden foregår der, altså… Hvor han [senior læge] så sagde, jamen nu ville han ikke sidde og oprulle hele hendes livshistorie. Men der var nogle års… eller bevæggrunde til, at hun snakkede, som hun gjorde og sådan nogle ting, altså… […] og han henviste til… han synes, jeg skulle selv tage det op med hende… Ja, det er flot. Det vil der ikke komme noget godt ud af. At sådan en ung fyr går og irettesætter sådan en 60 år erfaren sygeplejerske. Det… Og jeg skal jo, jeg skal have mit næste ophold der faktisk… være der i tre måneder. Jeg ved godt, der er mange måder at sige det på og det kan også være, hun tager det pænt, men altså. Jeg har sgu dårlige erfaringer med, når sådan relativt fremmede kommer sådan og… og altså noget helt fundamentalt, ens retorik. Det tror jeg sgu… Det tror jeg ikke, der kommer noget godt ud af. Det tror jeg ikke, så… Men nu må jeg se. Det kan også bare være, hun også havde en dårlig dag. Det var en rigtig lortedag for os alle sammen.

Igen er det arbejdspresset, Rasmus identificerer som den faktor, der har haft betydning for konflikten: *'Det var en rigtig lortedag for os alle sammen'*. Rasmus ville gerne have haft støtte til at håndtere konflikten med sygeplejersken fra en senior læge med højere rang og autoritet end han selv har. Især fordi, han skal samarbejde med sygeplejersken i sit næste ophold og som han dermed står i en magtrelation og et afhængighedsforhold til. Derfor ville han gerne have en med højere anciennitet til at tage konflikten – eller hjælpe ham med at håndtere den i fællesskab. Der blev ikke fulgt op efterfølgende, så der er ingen institutionel håndtering eller nogen form for kollektivt ansvar. Samarbejdet er centralt både arbejdsmæssigt og mellemmenneskeligt og påvirker Rasmus personligt. Især fordi konflikten blandt andet handlede om, at der var mange patienter og sygeplejersken ikke kunne gå hjem til tiden. Dermed blev Rasmus ramt på hans usikkerhed i forhold til tempoet i hans kliniske arbejde:

> Og det var netop hende [sygeplejersken] som jeg… Der var ikke konflikt, men jeg kunne mærke jeg var irriteret over hende og det var ikke noget nyt. Så spurgte jeg… jeg snakkede også med [x-senior læge] og snakkede med ham om det og han sagde, det var ikke noget nyt, så… Men det er noget, der påvirker mig og det gjorde, jeg havde en dårlig følelse, da jeg kørte hjem fra arbejde. Og det havde været pissetravlt og jeg tænkte, har jeg overset noget? Nå, har jeg udskrevet de rigtige? Har jeg lavet… de rigtige været indlagt? Har jeg sat gang i de rigtige ting og… ej… Den sure sygeplejerske, altså. Øv. Det var sådan. Det var træls. Og den blev først fire, før jeg kunne køre hjem, faktisk. Så… Man tænker hele tiden at… Kunne jeg have gjort et eller andet hurtigere eller altså… Hvad kunne man gøre, ikke?

Rasmus er som læge fuldstændig afhængig af at samarbejdet med sygeplejerskerne fungerer og at han får de informationer, om patienterne som han brug for i forhold til at træffe beslutninger om diagnostik og behandling. Derfor oplever han kommunikationen med dem som følsom og hvor han skal træde varsomt, for ikke at risikere at sætte relationen over styr. Det udfordrer hans lægefaglige vurderinger i tilfælde, hvor sygeplejersken ikke er enig og finder hans beslutninger unødige:

> Og det kan være svært lige at overskue at klikke sig ind på det hele og få det helt forkromede overblik. Så er det fint, at der lige er en der siger: 'jamen det er ham han har været indlagt tre gange tidligere. Det ligner det samme. Han har u… han har urin… eller sepsis eller blodforgiftning med… fra urinvejene fx eller han er bare dehydreret, eller han… et eller andet. Eller også er han… Den patient er helt anderledes, end han plejer at være, eller…' Hvor så det kunne trigge mig og sige oh, det kan jeg da godt… Nu må vi lige se om vi skal overveje en scanning af hjernen eller et eller andet, ikke? Så… Så det kan… Det kan være rigtigt frustrerende. Hvis en sur eller gnaven eller træt sygeplejerske eller hvis der er travlt eller sådan noget.

Rasmus' håndtering af kommunikationen med sygeplejerskerne er nærmest overærbødig og beskrives levende ud fra hans eget metaperspektiv: *'hvis jeg observerer mig selv. At så lister jeg lidt sådan er lidt… nå men gider du prøve at… og kunne du ikke være sød at lige…'*. Lægekommunikationen er ukompliceret, der er hierarkiet tydeligt defineret: *'altså der er meget klart hierarki med bagvagterne, ikke? Altså nu var jeg forvagt, så er jeg den laveste i hierarkiet ikke? Og så bagvagten, der har det sidste ord'*. Rasmus har, om ikke mere, en delvis erkendelse af sine udfordringer med kommunikationen.

Han reflekterer over, at en tidligere chef i et studiejob, hvor Rasmus var leder for fem bioanalytikere, fremhævede Rasmus' diplomatiske evner. Chefen sag-

de, at i de fem år Rasmus havde været leder, havde der ikke nogen personalekonflikter. Det havde han ikke oplevet med tidligere ledere. Rasmus reflekterede i interviewet over, at det ikke kun havde en positiv betydning: *'Altså diplomatisk, det kan jo også være… ydmyg eller overforsigtig, ikke? Så det er også… Det er ikke… Det er ikke kun godt'*. Det Rasmus oplevede succes med i sit tidligere job og fik anerkendelse for, oplever han i dag som en ulempe i sit arbejde.

7.4 Opsamling på Rasmus' uddannelsesbiografi

Jeg vil diskutere uddannelsesbiografien yderligere i den følgende teoretiserede opsamling.

Livsforløbets processtrukturer
Igennem Rasmus' biografiske fremstillinger, fremstår hans fortællinger overordnet præget af fravær af intentionel handlen, idet han i høj grad oplever, at han har haft mindre indflydelse på de biografiske hændelser og handlinger, han beretter om igennem sin rekonstruerede livshistorie. Således er Rasmus' biografiske fremstilling generelt struktureret i forhold til *'forløbskurver'*, der markerer hændelses- og handlingsforløb, der ikke umiddelbart forekommer ham, at han kunne kontrollere via viljesagter eller intentionel handlen (Schütze 1983). Rasmus oplever således ikke at have herredømme over disse processtrukturer, men føler sig magtesløs. Disse processtrukturer oplever Rasmus i høj grad som negative og som strukturer, han må handle konditionelt og betinget på (Schütze 1983).

Det handler fx om oplevelsen af krydspres mellem sit arbejdsliv og sit privatliv, hvilket forstærkes af at Rasmus også søger at positionere sig karrieremæssigt og derfor forsker i sin fritid, hvilket sætter ham under yderligere pres. Han er ikke drevet af indre lyst, men agerer ud fra ydre institutionaliserede forventninger, han modvilligt må tilpasse sig, som Schütze (1983) betegner *'institutionelle forløbsmønstre'*. Dermed er hans subjektive handlerum og mulighedsbetingelser begrænsede og han er udfordret i forhold til, at sammenkæde sit valg af uddannelse, sit uddannelsesforløb, sit specialevalg og fremtidige karriere med sine værdier og identitet. Han er især udfordret af, at han er i tvivl om sit valg af speciale, men er nået så langt i sin uddannelse, at han forsøger at holde fast i sit valg og skabe mening i det.

Dette reflekteres i sekvenser orienteret mod *'biografiske handlingsskemaer'* (Schütze 1983), hvor Rasmus søger at skabe intentionel sammenhæng mellem sin fortid, sin nutid og sin fremtid i refleksive rekonstruktionsprocesser, men kontinuerligt udfordres i forhold til at føle sig drevet af ydre begivenheder i form af processtrukturerne *'institutionelle forløbsmønstre',* han skal tilpasse sig og i form af *'forvandlingsprocesser'* som pludselige, uventede og uforudsigelige begivenheder, Rasmus skal reagere på og oplever som en indskrænkelse af sine mulighedsbetingelser og som noget, han subjektivt finder svært at skabe intentionalitet og mening i (Schütze 1983). Rasmus er således udfordret i forhold til at skabe intentionalitet i relation til de biografiske hændelser og handlinger, han beretter om og skabe sammenhæng i sine identitetsprocesser, hvilket kontinuerligt reflekteres igennem uddannelsesbiografien.

Professionel identitetsdannelse

Igennem Rasmus' uddannelsesbiografi illustreres det, hvordan kravene til moderne professionelle subjektivt erfares og fortolkes. Det eksemplificeres særligt i relation til mængden af information, der er en central udfordring at bearbejde, sortere i og danne sig overblik over (Frost 2010), som Rasmus oplever som en individuel udfordring at håndtere, hvilket producerer følelser af usikkerhed og utilstrækkelighed. Håndtering af informationer – generering, bearbejdelse og tilegnelse - opleves af Rasmus som en type hovedopgave, der er i konkurrence med patientbehandlingen og kan være modsætningsfyldt i forhold til at møde kravene til arbejdets tempo fx ved stuegang og i vagterne.

Rasmus erfarer modsætningen som et professionelt dilemma, hvor han dagligt skal gå på kompromis med sin etik og sine værdier i et forsøg på at skabe sammenhæng i sit arbejde. Det illustreres i sekvenser i fortællingen, hvor Rasmus beskriver, at hans værdier knyttet til grundighed og omhyggelighed skal nedprioriteres i informationsbearbejdelsen og informationsgenereringer samtidig med, at hans værdier knyttet til kommunikation og ligeværd i dialogen med patienterne også skal nedprioriteres. Dermed oplever Rasmus, at han i arbejdet modvilligt og tvangsmæssigt skal gå på kompromis med både sine subjektive og faglige værdier, hvilket han forstår og fortolker som 'sjusk', som uprofessionelt eller som udtryk for manglende professionalisme, men alligevel skal tilpasse sig.

I Rasmus' uddannelsesbiografi fremgår det, at Rasmus erfarer disse modsætninger som et individuelt dilemma, der i høj grad påvirker hans professionelle

identitetsdannelse negativt. Det betyder, at hans identifikation med lægerollen er udfordret og at han deraf oplever en negativ påvirkning af sin identitet (Schütze 1983), der producerer og forstærker følelser af både personlig og faglig usikkerhed og ængstelse, som sætter pres på de identitetsprocesser, som han mentalt søger at skabe sammenhæng og mening i. Disse processer oplever Rasmus ikke uddannelsesmæssig støtte til at håndtere, heller ikke i forhold til at håndtere de situerede modsætninger, han erfarer i forhold til at håndtere informationsmængden, risici for at begå fejl og kravene til arbejdets tempo (Frost 2010), der opleves som den grundlæggende udfordring – på trods af at han flere gange, har bedt om vejledning til dette.

Frost (2010) beskriver, hvordan forskellige typer af modsatrettede krav til de professionelle – samtidig med at de skal minimere risici, kontrolleres, vurderes og bedømmes giver et reduceret og redefineret professionelt handlerum, der også er med til at sætte de professionelles rum for refleksion under pres, hvilket illustreres i Rasmus' uddannelsesbiografi i form af fragmenterede refleksioner, der fører til modsætningsfyldte handlinger, som til tider har karakter af 'brandslukning' i form af betinget handlen frem for handlinger, der skaber intentionel sammenhæng i forhold til sine identitetsprocesser.

Rasmus' uddannelsesbiografi reflekterer, at han generelt mangler kollegial opbakning, støtte og sparring igennem sit uddannelsesforløb, oplever isolation og betegner lægearbejdet som 'ensomt'. Ifølge Haffertys (2016) perspektiv på socialisering og reproduktion igennem medicinsk uddannelse, skal dette forstås som intentionelt pres, der systemisk reproduceres via mentalt og fysisk hårde uddannelsesprocesser, der former og reproducerer en til et særligt professionsideal og en særlig gruppekonformitet. Det sker blandt andet via pres og stress, der individuelt skal håndteres og overkommes.

Rasmus kan karakteriseres som en form for symptombærer i relation til, at forstå de virkninger læringsmiljøets socialiseringsprocesser subjektivt har. Usikkerhed står han ikke alene med (Hafferty 2016), men i hans tilfælde slår det hårdere igennem, da han set i et biografisk perspektiv starter sit uddannelsesforløb med en større grad af personlig usikkerhed og tvivl, der betyder, at hans forudsætninger for at skabe sammenhæng i sine identitetsprocesser er forbundet med flere vanskeligheder og har bredere konsekvenser for ham. Han har således flere udfordringer med, hvad han subjektivt skal tilpasse sig for at passe ind i professionen og hvad, han skal undlade at tilpasse sig for, så

at sige, at tilpasse professionen sit eget selv. Denne balance er han særligt udfordret med at finde, når man med Haffertys (2016) perspektiver, retter blikket mod de intraprofessionelle socialiseringsprocesser.

Uddannelsesbiografien reflekterer også, hvordan Rasmus' identitetsprocesser formes i de interprofessionelle socialiseringsprocesser – primært i det tværgående samarbejde med sygeplejerskerne. Her belyses det, hvordan den professionelle identitetsdannelse med Wackerhausens (2009) perspektiv, formes og udfordres i de relationelle interaktioner.

På det handlingsteoretiske *'makroniveau'*, der reflekterer professionens status og magt, synliggøres det, at Rasmus orienterer sig ambivalent i forhold til den medicinske profession. På den ene side, har han stærke værdier knyttet til selve professionen, dens status og prestige. Det har i mange år været en uopnåelig drøm for ham, at blive læge, idet han har kæmpet med et selvbillede omkring, at han ikke var dygtig nok. På den måde orienterer han sig kraftigt mod at opnå at være en del af professionen og få andel i den status og prestige der er immanent i professionen. På den anden side oplever han professionen som hård og professionsidealerne som nådesløse. Der er altså på samme tid tale om, at de elementer ved professionen, han forherliger, også er de elementer fx i form af pres, han subjektivt kæmper for at indfri, blive et fuldgyldigt medlem af og på samme tid har sværest ved at skabe mening i.

På *'mikroniveauet'* reflekteres det i uddannelsesbiografien, at Rasmus oplever udfordringer i det tværgående samarbejde omkring magtrelationer, hierarkier og kommunikation, der sætter hans identitetsprocesser under pres. I begyndelsen af sit uddannelsesforløb, da han var mere uerfaren som læge, var han presset på sin autoritet i forhold til andre faggrupper – især fra mandlige sygeplejerskers side, hvilket udfordrede ham på den professionelle identitetsdannelse, sit syn på sig selv som professionel, sit køn og sin status i hierarkiet, hvor han ikke følte sig som et fuldgyldigt medlem af professionen på trods af de formelle kvalifikationer (Wackerhausen 2009).

Disse udfordringer strides han stadigvæk med, selv om hans erfaring med lægearbejdet er steget massivt, er det tværgående samarbejde en konstant udfordring – særligt i forhold til at balancere professionshierarkierne i kommunikative handlinger, hvor Rasmus ofte enten er overærbødig eller oplever konflikter, han har svært ved at håndtere. Disse konflikter er emotionelt ud-

fordrende at håndtere sammen med det øvrige pres, han oplever i arbejdet og mentalt i forhold til de kontinuerlige identitetsprocesser, han søger at håndtere.

Emotioner og emotionsarbejde

I uddannelsesbiografien belyses Rasmus' emotionsarbejde som en udfordrende proces, hvor han på den ene side skal håndtere sine egne emotioner i form af faglig og personlig usikkerhed – forstærket af, at han er udfordret af kravene til arbejdets tempo og kontinuerligt følgende deraf, må gå på kompromis med sine egne værdier og professionelle standarder og på den anden side søger at honorere ligeværdige relationer og mellemmenneskelige interaktioner i mødet med andres emotioner – herunder patienternes.

Der er tale om talrige og ofte modsatrettede formelle og uformelle krav (Wackerhausen 2009, Hafferty 2016), uddannelsesbiografien belyser i form af krav til tidskomprimerede patientforløb, øvrige produktionskrav, dokumentationskrav (West 2010, Obling 2012, Hjort 2012) og endvidere særlige professionsrettede forventninger i form af erkendelsesformer, rationalitetsformer, normer og habituelle rutiner (Habermas 2005a, Habermas 2005b, West 2001, West 2010, Wackerhausen 2009, Hafferty 2016), der subjektivt erfares som et krydspres, Rasmus oplever, han individuelt skal håndtere – i kombination med at have små børn, lang transporttid og en ægtefælle, han også skal prioritere. Som yngre læge med skiftende arbejdssteder er presset ekstra stort og deraf følgende, er der en øget risiko for udbrændthed, stress og utilfredshed med jobbet (Obling 2012), hvilket også reflekteres i uddannelsesbiografien.

Det sætter Rasmus i et emotionelt pres, han har svært ved at skjule og undertrykke – hvilket både reflekteres gentagende i sekvenser i uddannelsesbiografien og i arbejdet i de relationelle interaktioner med patienter og kolleger, der sætter ham under øget pres, hvor han enten resignerer og undertrykker sine emotioner eller reagerer med vrede, når det ikke er muligt for ham at undertrykke sine følelser. Burkitts (2014) emotionsteoretiske perspektiv sætter fokus på emotioner som socialt producerede med kollektive *'følelsesmønstre'*, der udspiller sig i samarbejdsmæssige og kommunikative interaktioner mellem selvet og andre og imellem selvet og verden.

Uddannelsesbiografien reflekterer, at Rasmus i vid udstrækning fortolker og forstår emotioner netop som socialt producerede – typisk med udspring i

konfliktfyldte situationer, han individuelt skal håndtere og ofte føler sig magtesløs i forhold til – især i det tværprofessionelle samarbejde. Det ses særligt i forhold til samarbejdet med sygeplejerskerne og skyldes, at han frygter repressalier i form af kollegiale 'afstraffelser', der vil sætte hans arbejdsliv endnu mere under pres. Derfor føler han ikke, at han kan handle på disse konflikter, da han som læge oplever sig kollegialt isoleret fra sin faggruppe overfor et stærkt sygeplejerskekollektiv, der repræsenterer en magtfaktor, han ikke ved, hvordan han skal reagere i forhold til.

Som yngre læge oplever Rasmus sig selv langt nede i professionshierarkiet – også i forhold til erfarne sygeplejersker, der i modsætning til ham, har været ansat længe i afdelingerne og repræsenterer en subtil magtfaktor (Dahle 2008, Wackerhausen 2009, Burkitt 2014). Dermed har sygeplejerskerne og hans relationer til dem en stor betydning for, hvordan han oplever sin arbejdsdag og særligt graden af stress, er knyttet dertil.

Uddannelsesbiografien reflekterer, at Rasmus ikke kollektiv støttes i forhold til de emotionelle udfordringer, han oplever. Han har bedt en senior læge i en ledelsesfunktion om hjælp til at håndtere en konkret konflikt med en sygeplejerske, men fik besked på, at det måtte han individuelt løse. I relation til emotionelle udfordringer med patienter, fortolker Rasmus det ikke som et professionelt anliggende, der er relevant eller legitimt at tage op i en professionel kontekst, men som en form for social 'snik-snak', man eventuelt kan drøfte med en nær kollega. Det illustrerer, at de humanistiske, sociologiske og emotionelle aspekter af professionen er udgrænsede (West 2010, Hafferty 2016) og at Rasmus via sin handlen er med til at reproducere dette tavse intraprofessionelle professionsideal. Til gengæld drøfter han kommunikative patientrelaterede udfordringer med sygeplejerskerne, der repræsenterer andre professionsidealer og dermed udgør et legitimt forum at adressere disse aspekter af arbejdet i.

Uddannelsesbiografien beskriver dog også, at Rasmus forsøger at bryde de socialt producerede *'følelsesmønstre'* (Burkitt 2014) i lægeprofessionen, ved at fortælle sin vejleder, at han ikke kan følge med i arbejdets tempo og har brug for hjælp. Derved føler han, at han 'blotter' sig ved at vise sin sårbarhed, som han risikerer, kan tolkes som udtryk for svaghed og som for ham er koblet til en lang række emotioner i form af faglig usikkerhed, svag identitet med lægerollen og som påvirker hans opfattelse af sig selv som professionel. Han gjor-

de det for at forbedre sine mulighedsbetingelser, skabe bedre sammenhæng i sit liv og som et forsøg på, i højere grad, at blive hændelsesbærer i sit eget liv ved at agere frem for blot at reagere konditionelt på de biografiske begivenheder (Schütze 1983). Derfor havde det stor subjektiv betydning for ham og hans skuffelse var tilsvarende stor, da han ikke fik den vejledning, han havde håbet på, men blot fik at vide, at det går godt og at han ikke har nogen problemer.

Ved vejlederens manglende anerkendelse af, at Rasmus åbent viser sin sårbarhed og usikkerhed og via den følgende manglende italesættelse af disse aspekter og mulighed for dialog, blev de vante mønstre, normer, herskende professionelle stereotyper og emotionsdiskurser reproduceret (Wackerhausen 2009, McNaughton 2013), selv om Rasmus forsøgte at bryde dem. Det foregår i dette eksempel i første omgang via fornægtelse og marginalisering af problemet og i anden omgang ved monologisk kommunikation, der ekskluderer mulighed for etablering af fælles forståelser og dialog (Habermas 2004).

I uddannelsesbiografien reflekteres altså primært de kognitivt baserede emotionsdiskurser, McNaughton (2013) beskriver som *'fysiologiske'*- og *'færdighedsdiskurser'*, der udelukkende har fokus på, at kontrollere de ydre aspekter af emotioner og det indre emotionelle arbejde som et privat og subjektivt anliggende (Burkitt 2012, McNaughton 2013, Kotarba 2014). Uddannelsesbiografien illustrerer således, Rasmus' *'mikrodialoger'* (Burkitt 2010) både i form af interviewsekvenser, hvor hans refleksionsprocesser afspejler emotionsarbejdet og i form af feltnoter, der beskriver en episode, hvor Rasmus blev vred på en patient, der udløste en emotionel reaktion med afsæt i følelser af usikkerhed. Uddannelsesbiografien er i høj grad præget af disse emotionelle refleksioner, der ikke medieres kollektivt eller vejledningsmæssigt.

Læring og vejledning i arbejdslivet

I uddannelsesbiografien fremstilles Rasmus' erfaringer og oplevelser med *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* forstået som arbejdsdeling og arbejdsindhold, autonomi og kvalifikationsanvendelse, muligheder for social interaktion og belastninger (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010). I forhold til arbejdsdelingen udfordres Rasmus' læringsmuligheder og læringsbetingelser af, at han oplever en manglende kollegialitet fra de seniore lægers side i relation til at hjælpe med patientbehandlingen – både i form af at behandle nogle af de patienter, Rasmus har svært ved selv at nå og i forhold til fagligt at vejlede

ham undervejs og dermed støtte hans læreprocesser. Det betyder, at Rasmus føler sig som et anonymt led i en produktionskæde, hvor der ikke er fokus på ham som et lærende subjekt, men udelukkende fokus på produktionen mellem de enkelte led i arbejdsdelingen (Illeris et al. 2010).

Dette forstærkes af udviklingen i de stadig større sygehuse med store afdelinger med mange ansatte, som også begrænser læringsmulighederne, da Rasmus ikke kender sine kolleger og ikke ved, hvor han kan finde dem, der kan supervisere ham og han har tillid til. Dermed begrænses også hans muligheder for social interaktion i dagligdagen og han føler sig anonym og ensom på arbejdet i en kompleks og uoverskuelig produktionskæde (Illeris et al. 2010).

Arbejdets indhold repræsenterer både en stor samfundsmæssig nytte og subjektiv værdi, men det udfordres af, manglende sammenhæng til Rasmus' individuelle livsforløb og erfaringsdannelse, hvor hans tidligere erfaringer og kompetencer fra beslægtede uddannelser og beslægtet erhvervserfaring ikke inddrages, eller anerkendes. Dermed begrænses hans kvalifikationsanvendelse og de potentialer, han har, udnyttes ikke (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010). Dette skal ses i sammenhæng med, at Rasmus oplever store belastninger i arbejdet i relation til ikke at kunne honorere kravene til produktionen i form af arbejdets tempo, der er en daglig udfordring og stressfaktor, som forstærkes i et krydspres mellem familielivet og arbejdslivet. Der er således flere elementer knyttet til *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'*, der begrænser Rasmus' læringsbetingelser og læringsmuligheder.

I uddannelsesbiografien belyses *'Det sociale læringsmiljø'* som begrænset for Rasmus' vedkommende på flere parametre. Det er det i kraft af, at han mangler konkrete arbejdsfællesskaber, hvor han kan udvikle personlige og følelsesmæssige bånd, der kan give ham støtte og anerkendelse (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010). Det manglende arbejdsfællesskab har endvidere konsekvenser for hans læringsbetingelser og læringsmuligheder, idet læring sker i sociale processer, når kolleger diskuterer indbyrdes, deler erfaringer og vurderinger, reflekterer og drøfter ideer (Illeris et al. 2010).

En anden udfordring for Rasmus knyttet til *'Det sociale læringsmiljø'* er, at hans forankring i de kulturelle fællesskaber kontinuerligt er begrænset af, at han som yngre læge hyppigt skifter ansættelser, arbejdssteder og endvidere arbejder indenfor et bredt medicinsk speciale med mange subspecialiseringer på

tværs af afdelinger. Dermed skal han konstant afkode forskellige kulturelle mønstre, for at kunne indgå i den herskende kultur og orientere sig i forhold til forskellige subkulturer (Illeris et al. 2010). I disse konflikter og modsætninger i *'Det sociale læringsmiljø'*, er der et stort læringspotentiale (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010), men det kræver, at Rasmus subjektivt formår at udnytte det, hvilket han ikke vejledningsmæssigt støttes i forhold til.

I uddannelsesbiografien reflekteres *'Medarbejdernes læringsforløb'* karakteriseret ved arbejdserfaring, uddannelse og social baggrund (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010) som elementer, der er vanskelige for Rasmus at integrere og bringe i anvendelse i sit arbejde, hvilket har konsekvenser i form af manglende sammenhæng i sine identitetsprocesser og for dannelse af en professionsidentitet. Rasmus har siden han var barn, gerne ville være læge, men har af forskellige biografiske årsager ikke troet på, at han var dygtig nok. Her kan det have en betydning, at hans far læste medicin, men droppede ud af studiet og gennemførte det aldrig. Rasmus har personligt søgt at kompensere for sin faglige og personlige usikkerhed ved at gennemføre en uddannelse, der kunne give relevant erfaring og har arbejdet indenfor for den kliniske verden, hvor han har samarbejdet med læger. På den måde har han også sikret sig relevant erhvervserfaring både inden han læste medicin og undervejs i studiet.

Rasmus har således stiftet bekendtskab med den kliniske verden og har betragtet den medicinske profession fra sidelinjen, inden han trådte ind i den og har således udviklet og kvalificeret sit 'subjektive-lære-beredskab' i samspil mellem sine livshistoriske erfaringer og sine arbejds- og uddannelsesmæssige handlemuligheder (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010). Dermed illustreres det, hvordan Rasmus søger at udvikle nye livsperspektiver, som bryder med den hidtidige horisont og det hidtidige livsforløb ved at møde de livschancer, der er til rådighed (Illeris et al. 2010), men møder barrierer i samspillet mellem *'Det teknisk-organisatorisk læringsmiljø', 'Det sociale læringsmiljø'* og sit eget læringsforløb (Jørgensen og Warring 2002). Rasmus oplever og erfarer således sine betingelser og muligheder for læring på arbejdspladsen som vanskelige at udnytte.

I uddannelsesbiografien fremstilles det *'læringsrum'* (Bottrup 2001), Rasmus møder i arbejdet som vanskeligt at udnytte – især på de store sygehuse, hvor fraværet af kollegiale relationer og fællesskaber hæmmer hans læringsbetingelser og læringsmuligheder. De store sygehuse forstærker organiseringen af det

sociale liv som produktions/producentfelter, der har betydning for de sociale handlinger og de interaktioner, der foregår (Bottrup 2002), hvor Rasmus individuelt skal sikre sin subjektive udnyttelse af læringsrummet i et modsætningsfyldt krydspres i forhold til det mål-rationelle fokus på effektiv produktion (Handal et al. 1990, Habermas 2004). Rasmus oplever og erfarer dermed læringsrummet i arbejdslivet som 'nådesløst', hvilket Hafferty (2016) også beskriver og karakteriserer som et intentionelt produceret pres i de institutionelle og uddannelsesmæssige rammer, der omgiver læreprocesserne. Dette reproduceres igennem socialiseringsprocesserne, der forstærkes af stress og søvnmangel (Hafferty 2016).

Uddannelsesbiografien reflekterer, hvordan Rasmus også selv reproducerer det læringsrum, han selv møder og som han subjektivt forholder sig stærkt kritisk til. Det sker givet vis ubevidst og urefleksivt – og illustreres i feltarbejdet i observationer, fx når Rasmus oplever stort pres i arbejdet og beder en medicinstuderende, der i sin fritid er mødt ind for at se en nattevagt, om alene at udføre en patientorienteret opgave, hun hverken emotionelt eller fagligt, føler sig rustet og kvalificeret til at udføre. Dermed reproducerer Rasmus både læringsrummet og en vejlednings- og supervisionspraksis, han selv er utilfreds med og stærkt kritisk overfor.

Uddannelsesbiografien fremstiller også de vejledningsprocesser, Rasmus har oplevet og erfaret gennem sit uddannelsesforløb og knyttet dertil den betydning, den formelle og uformelle vejledning subjektivt repræsenterer for hans læreprocesser. Den uformelle vejledning – karakteriseret af daglig klinisk vejledning fra forskellige seniore læger, han arbejder sammen med, oplevede Rasmus som betydningsfuld i begyndelsen af sit uddannelsesforløb, hvor han var på mindre sygehuse, hvor der var nærhed både fysisk og relationelt mellem kollegerne.

På den måde var det nemt i dagligdagen at vende faglig undren, konkrete spørgsmål og udfordringer med de øvrige kolleger, fordi man arbejdede tæt sammen. På de store sygehuse oplever Rasmus vejledning som svært tilgængelig i kraft af, at det kan være svært at finde de seniore læger, der kan supervisere en, at der er manglende villighed til at supervisere, at der er en manglende kollegialitet – i kraft af de løsere relationelle bånd og i kraft af det dominerende effektivitetsfokus, hvor Rasmus oplever sig selv som et anonymt

led i produktionskæden. Det har en negativ betydning for Rasmus' faglige og professionelle udvikling samt en negativ påvirkning i hans identitet.

Den formelle vejledning karakteriseret ved planlagte møder med sin hovedvejleder fremstilles i uddannelsesbiografien i form af, at Rasmus har svært ved subjektivt at knytte mening til den. Det er ikke noget han umiddelbart stiller spørgsmål til eller generelt forholder sig kritisk til. For ham er det et formelt og ydre krav, der skal opfyldes på linje med så mange øvrige krav. Det er dog et aspekt – ud af flere – der stresser Rasmus i relation til at tage ansvar for egen læring og uddannelse, der således repræsenterer endnu en opgave, han skal varetage i en presset hverdag og som er vanskelig at skabe mening og intentionalitet i forhold til. Han har nemlig aldrig erfaret, at de formelle krav og dokumenter har støttet ham i sit uddannelsesforløb eller i sit arbejdsliv i forhold til de konkrete udfordringer, han har.

Dermed har vejledersamtalerne umiddelbart kun betydning som den dokumentation, der er nødvendig for at få godkendt sine uddannelsesstillinger og repræsenterer på den måde en objektiv relevans og betydning. Vejledningsprocesserne repræsenterer dermed kun i lav grad en subjektiv betydning for Rasmus – udelukkende knyttet til konkret supervision, når den er tilgængelig og processerne understøtter ikke Rasmus' udfordringer med at skabe intentionalitet i sine identitetsprocesser, sine udfordringer med valg af speciale og sin professionsdannelse samt de emotionelle udfordringer, der snarere ser ud til at forøges gennem uddannelsesforløbet end at mindskes.

7.5 Adams uddannelsesbiografi

Adam er en yngre læge i sidste del af sit hoveduddannelsesforløb på en kirurgisk afdeling i Region Hovedstaden. Han har en kone og børn. Sideløbende med arbejdet forsker han i sin fritid. Adams postgraduate uddannelsesforløb består af følgende ansættelser: KBU-læge i første del på en ortopædkirurgisk afdeling og anden del i almen praksis. De 6 måneder Adam var i almen praksis, fortsatte han med at have vagter i to skadestuer for at få erfaring og rutine. Efter KBU fik han en uklassificeret stilling i ortopædkirurgi et par måneder og derefter en introstilling samme sted. Efter introstillingen fik Adam en uklassificeret stilling, som han havde i et halvt år. Han gik i gang med et ph.d.-projekt, da han troede, at han ikke umiddelbart ville få en hoveduddan-

nelsesstilling. Den fik han dog og kørte ph.d.-projektet sideløbende med hoveduddannelsen. Adam har været hovedvejleder for to KBU-læger og vejleder også forskningsprojekter.

Interviewet med Adam foregår på et hotel i en foyer ved et cafébord og varer ca. 60 minutter. Det, der fylder i interviewet er det at skabe en karriere, at positionere sig til operationstid, supervision, de rette mentorer og i forhold til sin kommende speciallægestilling.

Adam: *'Det hele har flasket sig for mig'*

Følgende præsenterer jeg Adams uddannelsesbiografi, der er struktureret i tre spor, hans fortællinger er tematisk er koblet til: et biografispor, der er fokuseret på sammenhæng mellem uddannelsesforløb og livsforløb, et uddannelsesspor, som har fokus på hans erfaringer med læring og vejledning i arbejdslivet og et arbejdsspor, der retter fokus kommunikation og samarbejde i relationer.

Biografi: uddannelsesforløb og livsforløb

Adams studievalgsproces har været ukompliceret forstået på den måde, at han tidligt har været afklaret omkring, at han ville læse medicin. Begge hans ældre søskende læste medicin. For Adam har fokus været på, at få det karaktergennemsnit, der var nødvendigt til at komme ind på medicinstudiet frem for selve studievalgsprocessen, da valget af studie var relativt oplagt: *'Arbejdede i hvert fald målrettet på at få et karaktergennemsnit, der ville give mig adgang til netop medicin. Jeg kom lige akkurat ind på kvote 1 via karaktergennemsnit'*. Det oplagte ligger dels begrundet i hans søskendes valg, hvor han følger de sociale dispositioner og forventninger, der er i hans familie og omgangskreds, dels i at han ikke har oplevet sig selv i tvivl. Han har flirtet med en drøm om en karriere som professionel tennisspiller, men hans evner rakte ikke til det. Adam oplever uddannelsesvalget som selvfølgeligt: *'Jeg har aldrig rigtig haft lyst til at læse andet end medicin'* og som en personlig beslutning forankret i hans egne erfaringer og karriereovervejelser.

Adams valg af speciale har været præget af, at han allerede som medicinstuderende vidste, at han ville være gynækolog, men han endte alligevel med at ombestemme sig, da han fik ortopædkirurgi i første del af KBU:

> Det var, første gang jeg havde et vikariat… i gynækologi og obstetrik i [x-bynavn], første gang af et par måneder og så efterfølgende var jeg ekstern vi-

kar dernede og… der var jeg on-off resten af studiet. Og det var jeg egentlig rigtig glad for og var egentlig overbevist om, at jeg skulle være gynækolog, indtil jeg så kom i basisuddannelse… og havde ortopædkirurgi og… og så synes jeg måske alligevel, at det var lidt sjovere, fordi man opererede lidt mere. Og man… man s… jeg havde indtrykket af at når man kom lidt højere i vagtlagene, så sov man lidt mere om natten end gynækologerne gør. Og det var rent pragmatisk, ligesom alt muligt andet har været for mig, fordi jeg synes stadig, det andet var rigtigt spændende. Men jeg tror, jeg vil få et bedre liv som ortopædkirurg.

Hans valg er begrundet i de observationer han gør sig af miljøet og trivslen i de to kirurgiske specialer, han har erfaring med og med en høj grad af pragmatisme knyttet til valgprocessen. Der er tale om specifikke og strategiske overvejelser, der rækker ud over en umiddelbar uddannelseshorisont frem mod, hvilken type liv, han ser for sig i fremtiden:

Jamen… netop på grund af det med at… man… altså at man kommer hurtigere i gang med at lave de spændende ting, synes jeg, i ortopædkirurgi… og det kan godt være jeg tager fejl. Og det er så måske fordi jeg ikke kender gynækologien så godt. Men man kommer hurtigere i gang med at operere meget forskelligt og man stiger hurtigere i vagtlagene, så man er mest belastet i starten med skadestuearbejde og man bliver hurtigt… en bagstopperfunktion, hvor man måske ikke er så meget oppe om natten. Og når man er speciallæge, så er det meget få der arbejder om natten og overhovedet er på sygehuset. Så det vil sige at det er en… set i livsperspektiv er det måske…, kunne man have en bedre tilværelse, tænkte jeg.

Der er, dels tale om specifikke og strategiske overvejelser, der rækker ud over en umiddelbar uddannelseshorisont frem mod, hvilken type liv, han ser for sig i fremtiden, dels var det kulturen i specialet, der spillede en stor rolle i forhold til, at han valgte ortopædkirurgien frem for gynækologi og obstetrik. Det som han ser, som den primære forskel, at der er flere mænd i ortopædkirurgien. Hvor mænd er i mindretal i det gynækologisk/obstetriske speciale, er kvinderne i mindretal i ortopædkirurgien:

Jeg kunne bedre lide de personer der var i ortopædkirurgien. […] Der var flere mænd … Jeg kender. […] De [specialerne] er nærmest hinandens modsætninger, hvad det [kønsfordelingen] angår… Ikke at… Man bliver faktisk behandlet utroligt godt, når man er mandlig læge i gynækologi og obstetrik …fordi man er en af de få. Men… Ja… Jeg kunne lidt bedre lide den lidt mere afslappede tone, der er i ortopædkirurgien. Ja. Jeg synes… Jeg synes, når jeg kiggede på min bagvagt …eller speciallægen. Så synes jeg, at de ortopædkirurgiske speciallæger var mere tilfredse med deres arbejde og synes stadig,

> det var sjovt. Hvor de gynækologiske speciallæger var lidt mere… trætte… Trætte af at have vagt. Og det var… Det bekymrede mig.

Selv om Adam satte pris på at have en særstatus som mandlig læge i det gynækologisk/obstetriske speciale, foretrak han tonen i det ortopædkirurgiske speciale som han tilskriver en maskulin kultur. Kombineret med at han oplever de ortopædkirurgiske seniore læger som mere tilfredse med deres arbejdsliv end det, han oplevede blandt de seniore læger i det gynækologiske og obstetriske speciale, indgik i hans overvejelser om specialevalg. Adam forholder sig dermed både pragmatisk og strategisk i sit specialevalg og i forhold til sin livshorisont. Adam drøftede ikke sine overvejelser om specialevalg med de vejledere, han havde. I stedet brugte han sine observationer og samtaler med de speciallæger, han stødte på i hverdagen. Adams beslutningsproces tog et par måneder og derefter har han målrettet arbejdet på den karrierevej.

Valget af speciale var afgjort, men karrierevejen skulle besluttes. Her får Adam råd og vejledning fra den uddannelsesansvarlige overlæge på den ortopædkirurgiske afdeling i Hovedstaden, han har haft første del af KBU i, der anbefaler ham, at søge en stilling i Region Sjælland. Den uddannelsesansvarlige overlæge rådgiver Adam i forhold til, hvordan han mener, Adam får den bedste kirurgiske uddannelse, erfaring og operationstid og ikke ud fra, hvad han bør i forhold til organisatoriske afdelingsspecifikke hensyn:

> Ja… Men jeg havde en… Faktisk da jeg stoppede inde på… i min kliniske basisuddannelse. Der var jeg oppe at snakke med [den uddannelsesansvarlige overlæge]. Og han var lidt meget… og faktisk selvom han… jo skulle anbefale [x-hospital], så sagde han, det er måske nok meget klogt at tage til [x-sygehus]. Altså jeg sådan… så det har jeg sådan set… fået fordi den vejleder, jeg havde dengang, det var altså en introlæge som… […] Som… som aldrig blev ortopædkirurg og som ikke… bidrager med noget som helst vejledning i forhold til karriere… […] …Altså det var mest til at få underskrifter.

Adams vurderede ikke sin hovedvejleder kvalificeret til at karrierevejlede. Adam brugte ham kun til at få de formelle underskrifter, han skulle bruge på sine kompetencer. I stedet går Adam til den uddannelsesansvarlige på sin tidligere afdeling og får dermed den vejledning, han har brug for. Adam agerer og navigerer altså selv udenom det formelle system og får dermed opfyldt det vejledningsbehov, han har. Han trækker på sine individuelle sociale kompetencer og får en karrierevejledning, som han følger:

> Så søgte jeg en introstilling i [x-bynavn] i ortopædkirurgi og fik det, ved at jeg var uklassificeret læge først og så fik jeg en introlægestilling efter et par måneder… og det var jeg meget glad for. På det her tidspunkt var det det bedste sted på Sjælland, at have introstilling, hvor man kunne lave mest og operere mest på kortest tid, fordi man ikke var tilknyttet skadestuen. Det er ret vigtigt… i et kirurgisk speciale. Fordi hvis du… Hvis du har en… skadestue tilknytning, så går det meget tid med at være i skadestuen og så får du ikke de kompetencer, du egentlig skal have for at komme videre i systemet, som er operative. Det er jo… Man bliver vægtet benhårdt på ét, forskning, to operationer. Alt hvad der kommer der efter det, er bløde værdier, har jeg sådan lidt indtrykket af.

Efter introstillingen, hvor Adam har kvalificeret sig med hensyn til antallet af operationer begynder han at fokusere på forskningskvalifikationerne, der er andet led karriereplanen. Adam får både et ph.d.-projekt og en hoveduddannelse samtidig. Han gennemfører begge dele sideløbende og får de kompetencer, han skal bruge fremad i karrieren. Forskningen er blevet en fast bestanddel af Adams arbejdsdag – dog uden finansiering, så det er oven i arbejdstiden. Han arbejder på, at få finansiering til, at kunne lave forskning i sin arbejdstid:

> Jeg sidder og… og skriver ansøgninger om penge til at… til at kunne få finansieret noget af min stilling, når jeg bliver færdig som speciallæge. […] Ja. Ja… Så håber jeg… at jeg kan fortsætte ude på [x-hospital] og jeg håber, at jeg kan finde nogle penge til at have en forskningsdag om ugen, fx. Jeg søger… I først omgang søger jeg penge til disputats. Til… Til… Man jeg kan søge sådan nogle puljer. Frie midler til at færdiggøre en disputats eller sådan noget. Det prøver jeg så at søge så med det formål måske at dele det ud, sådan så… Fordi jeg synes… Det begynder at blive lidt hårdt at lave forskning i fritiden.

Adam arbejder strategisk på, at ændre situationen i hans fremtidige speciallægestilling, så han ikke er i krydspres på samme måde i forhold til balancen mellem karriere og familieliv. Han handler aktivt, sender ansøgninger, finder finansiering og positionerer sig til et arbejdsliv, der hænger sammen med hans privatliv. Han er aktiv handlende i forhold til, at skabe sin egen karriere og agerer målrettet, taktisk og strategisk i forhold til uddannelse og fremtid som speciallæge. Adams refleksioner over sig selv og egen karriere fører ham til, at han egentligt ikke ville have gjort noget anderledes, truffet andre valg eller gået andre veje:

> Der er ikke meget der har været tilfældigt vil jeg sige. Det er… Det eneste der har været lidt tilfældigt, det var at der blev opslået den stilling ude på [x-

> hospital]. Så søgte jeg den. Hvis den ikke var blevet opslået, havde jeg jo ikke kunne søge den. Ha, ha. Så havde jeg ikke søgt derud. Men det har jo været... […] Altså så havde jeg aldrig mødt professoren på det tidspunkt og så var jeg jo ikke lige kommet ind i det der forskningsnetværk, som var… for mig rigtig godt og så havde det nok ikke åbnet de døre det har gjort… Altså… Så meget af det, er sgu også, om man lige står det rigtige sted på det rigtige tidspunkt. Men det er jo…, kan man jo så opsøge. Men… Men altså… Jeg ved ikke. Jeg synes… Det kan let komme til at lyde lidt selvhøjtideligt det her. Men indtil videre så har det altså kørt ret godt. Ha. …Men det kan jo vende… Det kan jo vende… Det kan jo… […] Jeg tror det ikke… , ha, ha, ha. Jeg ser det ikke for mig. Men man… Men man skal jo bare være tilfreds med at det...

Selv om Adam anerkender tilfældets magt, er han eksplicit bevidst om, at han er aktiv i forhold til at opsøge de muligheder, der skal til. Han positionerer sig kontinuerligt i de sammenhænge, der kan hjælpe ham videre karrieremæssigt og er aktiv i forhold til at sikre balance mellem karriere og familieliv, så han ikke oplever for store krydspres og modsætninger imellem arbejdsliv og privatliv og kan få den karriere, han drømmer om.

Uddannelse: læring og vejledning

Adams introstilling på en afdeling i Region Sjælland beskriver han som: *'et fantastisk sted'*, hvor hoveduddannelses- og speciallægerne blev honoreret for at supervisere: *'Så det vil sige, når de havde lavet 10 supervisioner, så fik de et tillæg på 3000 kr. […] og det gør, at alt hvad jeg har opereret i min introstilling har jeg jo opereret med… engagerede supervisorer'*. Selv om supervisionstillægget ikke blev givet for kvalitet, men for kvantitet i form af antallet af supervisioner, oplevede Adam supervisorerne som engagerede. Det kan virke som et paradoks i og med, at den største barriere for supervision italesættes som manglende tid og arbejdspres. At en relativt lille økonomisk kompensation kan medføre engageret supervision tyder på, at barriererne også ligger i kulturen, organiseringen eller i andre typer begrundelser. Adam oplever i sin introstilling organiseringen som optimal set i et uddannelsesperspektiv, hvor han fik et stort læringsudbytte og stor operationserfaring:

> Det var også at… at setuppet var til, at man opererede med en bagvagt, som var i huset. Der var… Dernede, der var man mellemvagt og så var der en bagvagt, der var i huset og hvis hovedopgave, var at operere og ikke ret meget andet. Fordi så var man… Mellemvagten tog imod patienter og gennemgik dem og lagde planer og bookede dem til operation. Så bagvagten skulle sådan set kun stå for afviklingen af det akutte program og havde fint overskud til at supervisere mellemvagten. Så når man havde vagt, så kunne man

> også få opereret, ud over de operationsdage man egentlig havde. Så setuppet var godt på det tidspunkt i [x-bynavn] og er vist stadigvæk… for en introlæge. …Så jeg synes, jeg fik meget ud af det på kort tid.

Da Adam er færdig med introstillingen, får han en uklassificeret stilling, hvor der også er masser af supervision – selv om der her ikke er nogen økonomisk kompensation. Adam kommer i 'mesterlære' hos tre overlæger, der er eksperter og som superviserer ham. Han laver mange af de samme operationer superviseret og får derved en volumen, der giver rutine. Supervisionen sikrer, at erfaringerne ikke står alene, men kontinuerligt kvalificeres:

> Der var jeg også meget glad for at være. Der lavede jeg knæskopier, primært. Massere af dem. Med supervision. Rigtig god supervision. Fordi der var på det tidspunkt tre overlæger og så var der mig. Så jeg kunne gå nærmest fra stue til stue og få lov at lave de her ting som… som er… Det er ikke venstre… Man kan ikke sige, der er noget, der er venstrehåndsarbejde. Men knæskopier for en overlæge, som har lavet det i mange år, er meget, meget nemt.

Det er dog langt fra typisk, at få den grad af supervision i en uklassificeret stilling – så Adam har igen været heldig i sit forløb:

> Det var en fremragende uklassificeret stilling den der. Fordi det er typisk i uklassificerede stillinger, det er sådan at du bliver brugt som 'vagtslave'. Vil jeg sige. Undskyld ordet. Men det er det altså. Det er… Der bliver man brugt til at dække huller og tage aften og nattevagter og passe skadestue… De fleste steder…

I hoveduddannelsen skal Adam være bagvagt og her fik han både støtte og supervision i forhold til at varetage bagvagtsfunktionen. Adams uddannelsesforløb frem mod hoveduddannelsen er gået, dels efter planen, dels oplever han, at han har været heldig med operationstid og volumen samt med supervisionen: *'Jeg har været afsindig heldig med mine forløb…'*. Da Adam er tilbage i hovedstaden får han positioneret sig til en sub-specialisering, indenfor et område, hvor der kommer til at blive en ledig stilling. Adam vurderer, at det især er hans forskningserfaring, at han har kvalificeret sig. Det er her, han får Henrik som hovedvejleder:

> Og så manglede de en i knæalloplastiksektionen, hvor Henrik er leder af den. Og så spurgte han, om jeg havde… var interesseret og det har primært formentlig været, fordi jeg har lavet forskning indenfor området. At… Og så og-

> så fordi at jeg har et godt forhold til Henrik, altså. Og så blev han sådan set min vejleder.

Det er også den relation Adam har til Henrik, der har betydning og ikke kun Adams CV og forskningshistorik, der har haft betydning for, at Adam fik tilbuddet. Adam har et godt forhold til Henrik og deres faglige relation har en stor betydning for Adam. Han er ovenud tilfreds med det vejlederforløb, han har med Henrik:

> Altså jeg tror ikke, der er nogle andre, der har… der har et tættere forløb altså ude på vores afdeling i hvert fald, end vi har. Så… Uanset om at han ikke var vejleder af titel, så vil han stadigvæk have været det, altså… Ha… Så… Det er ikke sådan… Det er ikke sådan, at han blev tildelt mig. Det var… Altså vores uddannelsesansvarlige overlæge, han spurgte, hvem jeg ville have. Og der er [x-uddannelsesansvarlig overlæge] der, han er meget fleksibel med sådan nogle ting der. Så… Så det var… Så det var sådan en gensidig aftale. Og det har altså bare været… ja det har altså været helt forrygende. Jeg har ikke hørt om nogle andre, der har haft et så godt forløb med deres vejleder, som jeg har haft det.

Adam har selv fået lov til at vælge, hvem han gerne ville vejledes af og ud over det personlige forhold, han har til Henrik, giver det fagligt stor mening for ham, da de er inde for den samme sub-specialisering. At Adam og Henrik deler sub-specialisering muliggør endvidere, at de arbejder tæt sammen i hverdagen og dermed ophæves skellet imellem den uformelle vejledning og den formelle vejledning. Faktisk holder de ikke de formelle samtaler, fordi de arbejder så tæt sammen og tager det, der er løbende. At skulle holde de formelle samtaler, ville virke kunstigt for dem. Adam anbefaler, at man i slutningen af sin hoveduddannelse, kan få lov at vælge hovedvejleder selv, så man får mulighed for, at vælge én, man kan arbejde tæt sammen med:

> Det er derfor, det er en god ide, det der med at man selv vælger sin vejleder, når man er sidste år… i den sidste del af sin hoveduddannelse. I starten der ved man jo ikke rigtig hvad… om hvordan og hvorledes, så skal man bare tildeles en. Men i sidste del er det da klart at foretrække, at man selv har valgt en alt efter hvilket subspeciale, man er mest interesseret i, fordi så er der den mulighed, at man kan stå sammen.

Nu er det et opererende speciale, hvor: *'man kan stå sammen'* i traditionel mesterlære og operere. Alligevel kunne det måske også i andre specialer være en fordel at kunne dele et konkret arbejdsfællesskab og få en bedre sammenhæng mellem den formelle og den uformelle vejledning. Henriks betydning

for Adam er større end blot som vejleder eller kollega. Han ser ham snarere som en mentor:

> Der var nogle, der slet ikke vil kunne fungere sammen. Men Henrik og jeg det fungerede bare supergodt. Det er rigtigt, mener jeg. Men altså jeg…, ha, ha… Men det er også fordi, jeg har sådan lidt… Han har sådan lidt en mentorrolle for mig og fordi… fordi han har jo…. han har jo… han har jo virkelig seniorerfaring ikke? altså. Han er næsten der sidst i karrieren. Det kan man godt tillade sig at sige, selvom jeg stadig synes, han er still going strong. Men… Men han har virkelig prøvet det hele, ikke?

Adam sætter pris på Henriks erfaringer og det at have en mentor, der har prøvet det hele. De erfaringer Adam værdsætter hos Henrik og trækker på overskrider det rent kirurgfaglige. Henrik hjælper Adam ind i kulturen og positionerer ham strategisk og karrieremæssigt:

> Jamen det er både… Både… Én ting er som kirurg, men det er også som menneske og hvordan man strategisk… gebærder… klarer sig i… Fordi der er meget… Det kan ikke væren nogen hemmelighed, at nu her når man er her, så handler det om at køre sig selv i stilling til at få en fast stilling efterfølgende. Det er der meget strategi i, hvordan man ligesom får solgt sig selv overfor den helt overordnede leder og der har Henrik været en kæmpehjælp, altså i forhold til det. Også i forhold til at få mig bragt ind i noget, hvor han faktisk kan bruge mig. Hvor det… Hvor det faktisk vil være sådan, at hvis jeg ikke er der, så mangler de en mand. […] Det er jo helt genialt.

På den måde har Henrik en enorm betydning for Adams karriere, men det er også de menneskelige sider hos Henrik, Adam beundrer og lærer af og hvor han ser Henrik som en mentor:

> Og så som menneske er han meget behagelig og… Nogle gange så kan tonen godt være hård i ortopædkirurgien. Og morgenkonferencer. Det er os, der fremlægger om morgenen og har vagt og har lagt behandlingsplaner og… Nogle gange så får man altså hug, hvis man ikke har gjort det ordentligt. Når vores leder ikke er der, så er det tit Henrik, der er stedfortræder. Han har en utrolig behagelig måde at… at gøre det på. Jeg synes, det er meget… Han er som leder meget… Det er meget forbilledligt, synes jeg, den måde han gør det på. Fordi at han… Man har indtrykket af, at han er med en og ikke imod en. …Altså og… og så er han… Når der skal laves nogle arbejdsopgaver, så går han selv forrest og tager de trælse ting. Og det gør, at man får lyst til at hjælpe ham ekstra meget. Ja. Det… Det synes jeg er… Ja… Det er… det tror jeg, er meget sigende for ham.

Henrik bruger sin erfaring og status til, at gå ind som buffer på konferencerne: *'Man har indtrykket af, at han er med en og ikke imod en'*. Det har for Adam en betydning for læringsmiljøet og givet vis også arbejdsmiljøet, hvor den hårde tone nogle gange, kan være for hård. Adams erfaringer med den formelle vejledning og især den relation, han har til sin nuværende hovedvejleder Henrik, får ham til at reflektere over den måde, vejlederfunktionen er indrettet på: *'Jeg tror ikke, det er alle, der skal være vejledere'*. Adams oplevelse er, at det fungerer bedre med et særligt kvalificeret vejlederkorps, der vejleder alle yngre læger hierarkisk nedad i systemet – indtil man er på sidste år af hoveduddannelsen, hvor man selv skal kunne vælge vejleder efter subspeciale, interesse og personlig relation eller kemi. Selv om det først er sidst på hoveduddannelsen, Adam selv har valgt sin vejleder, har hen igennem det samlede uddannelsesforløb, været heldig med vejledning:

> Jeg har været heldig med mine vejledere hele vejen. Det betyder noget. Ham jeg havde på første år, han var også god og… Nede i [x-bynavn] havde jeg også god vejledning. Så… Så… De steder hvor det sådan ligesom har betydet noget, har jeg haft nogle gode… Jeg har haft nogle gode mentorer. Det havde jeg sådan set også helt tilbage, da jeg var på gynækologisk afdeling nede i [x-bynavn]. Og der var også en overlæge, der tog sig af mig. Det betyder utroligt meget for, at man får vakt interessen. Man er jo sådan en, man skal bare lige roses lidt, så… hhhrrrrouggh lystrer man jo. Det… Det tror jeg, det betyder meget, det der med at få… få ros. Det tror jeg… Det tror jeg, jeg vil tage med til andre, hvis jeg skal vejlede andre. Den der… Det… Det har været kendetegnende for dem, jeg har haft, at de har sørget for at pinpointe de gode ting Altså det har også gjort, at man har vokset med opgaven…

Ud over det rent karrierestrategiske fokus, peger Adam også på betydningen af de menneskelige relationer, han har haft til vejledere igennem sit uddannelsesforløb: *'Og der var også en overlæge, der tog sig af mig. Det betyder utroligt meget for, at man får vakt interessen'*. At nogen tog sig af ham og roste ham vækkede hans interesse og motivation, hvilket fik ham til at tro på sig selv. Omvendt har Adams oplevelse med indholdet i den formelle vejledning været, at det ikke har haft nogen særlig betydning for ham igennem sit uddannelsesforløb:

> Nej… ikke lige mit… vejlederforhold. Men vi ved godt, det eksisterer. Men jeg har jo haft en udfyldt logbog fra anden år af hoveduddannelsen, så den kigger jeg jo ikke så meget i mere til noget. […] Jeg fik min sidste underskrift, da jeg var færdig med andet år nede i [x-bynavn]. Så havde jeg alle kompetencerne. …Jamen én ting er at have kompetencerne, andet er at kunne det godt. Altså man… man… […] Ja det kræver så bare mere øvelse osv... Men det kræver ikke nødvendigvis underskrifter.

Adam fik alle sine underskrifter tidligt på hoveduddannelsen. Underskrifterne er minimumsmål for kompetence og Adam siger da også: *'Jamen én ting er at have kompetencerne, andet er at kunne det godt'*. For Adam repræsenterer underskrifterne på kompetencerne, dels nogle minimumsmål for kompetence, dels repræsenterer de ikke et billede af, hvad man egentligt kan som uddannelsessøgende. Graden af øvelse og erfaring og det egentlige niveau for ens kompetence, er ikke reflekteret i de underskrifter, man har fået:

> Det… De kigger… det er man får et tal og indenfor hvilken procedure. Man skal selvfølgelig… For at gennemføre en introstilling skal man… skal man have nogle kompetencer som den uddannelsesansvarlige på det sted, skal have underskrevet. Og de godkender ikke en, med mindre at man kan det. Men de krav, der stilles der, er meget vage. I forhold til hvad der egentlig skal til for at få en hoveduddannelse. Men problemet er, at det er svært med kirurgi at… at måle på kvaliteten. Det kan du ikke læse ud af en ansøgning eller et CV. Der kan du læse, hvor mange der er lavet og så må man så formode, hvis han/hun har lavet så mange af det er…

Dermed opfylder det formelle vejledningssystem ikke de udfordringer der er, med at få ekspliciteret de uddannelsessøgendes reelle kompetencer – hverken for den uddannelsessøgende læger selv eller for de uddannelsesgivende læger. På trods af at kompetencerne reflekterer nogle minimumsmål og dermed burde sikre et 'baseline-niveau' for alle læger, er der alligevel eksempler på nogle, der er kommet igennem på trods af lavere niveau: *'Der er også eksempler på nogle, der er kommet igennem, ha, ha, jo, uden at det nødvendigvis… og har lavet meget, men hvor kvaliteten måske ikke har været så god'*. Det udfordrer den herskende logik omkring, at mængden af operationer og dermed erfaring i sig selv, kan sikre et rimeligt kompetenceniveau. Selv om det pt. er det parameter Adam oplever umiddelbart siger mest om en kirurgs kompetencer. Selv om Adam oplever undtagelser, er logikken: *'Jo mere du opererer, jo bedre bliver du. Jo mere du opererer på kortere tid, jo mere rutine får du'*. Det er da også i praksis det umiddelbare kvalitetskriterium snarere end de underskrifter, den uddannelsessøgende har fået.

Fokus er dog udelukkende på de operative kompetencer – Adam forholder sig ikke til de kompetencer, der ligger i de øvrige lægeroller fx ligger i rollen som kommunikator, leder/organisator, samarbejder etc. Det massive fokus på operationstid og erfaringer, stiller krav til de uddannelsessøgende om at holde sig til i forhold til at tage de muligheder for at operere, der byder sig. Det kan gøre det vanskeligt for en uddannelsessøgende at sige fra, hvis de

vurderer, at opgaven er for svær. Adam fortæller om, at finde balancen imellem de faglige udfordringer, han møder i klinikken og sit eget kompetenceniveau: *'Særligt opgaven. At man ikke kaster sig ud i et eller andet alene fx. Det er sådan noget det… det… det er et no go i ortopædkirurgien… og nok i alle kirurgiske specialer'.* Man skal kende egne begrænsninger, men udfordringen er, at finde den rette balance i forhold til ens læringsmæssige progression, hvor man dels skal udfordres, dels har brug for at få de erfaringer, der byder sig:

> Du har den risiko at hvis du… 'Kan du lave det her?' Hvis du så siger: 'Ja det kan jeg godt', så får du lov at operere det. Hvis du siger nej. Så er det en anden der skal gøre det. Fordi man må ikke gå to derind. Fordi det er der ikke mandskab til. Nej.

På den måde er man også nødt til at presse sig selv, for ikke at gå glip af de muligheder og læringssituationer, der opstår og det er de balancer, Adam som uddannelsessøgende skal overveje. Adam har håndteret det i praksis ved at sikre sig aftaler om, at han kan få hjælp, hvis det brænder på og han ikke selv kan komme i land med en operation:

> Man skal holde sig lidt til. Men altså der er altid hjælp at hente. Jeg har ikke oplevet nogen steder, hvor der ikke var hjælp at hente. […] Ja, så kan man lave en aftale… Sådan har jeg gjort det. […] Sådan har jeg gjort det. Ja. Ja. Ja det… Det kommer lidt an på, om det er fuldstændigt, er skudt over. Men hvis det kun er noget, der sådan lige skudt… Jeg tænker, jeg kan måske godt komme igennem, eller… Men det kan være, jeg får brug for hjælp, altså så vil jeg sige ok. Så kan man godt lave en aftale… Alle er klar på at hjælpe altså. Der er ikke nogen, der lader en svære, altså. Det har jeg ikke oplevet i hvert fald.

Balancen består i, ikke at stå med alene en operation, man ikke kan klare, men samtidig holde sig til, så man får operationstid, når den er der og erfaring med den type operation, så ens kompetencer udvikles. Adam trækker på sine sociale kompetencer og et fagligt kendskab, der betyder, at han ved, hvem der kvalificeret kan hjælpe ham i land med en given operation: *'Der er også nogle, hvor man siger, de må hellere lave det selv, fordi, ha, ha. Jeg kan ikke… Ja… Ja, hvor man ikke kan få hjælp, altså. Man kan ikke få den tilstrækkelige hjælp*'. Dermed beror vurderinger af kompetenceniveau i forhold til de konkrete operationer og opgaver på komplekse vurderinger i forhold til kontekst, situation, ressourcer og relationer både i forhold til eget og andres kompetencer. Det er altså mange forhold, der skal overvejes i forhold til om han skal sige ja til en operation

eller nej. Viden om hvilke supervisorer, der er gode og til hvad, kommer med erfaringen og kendskabet til afdelingen:

> Der er bare forskel. Nogle er bedre end andre… Så… […] Men jeg tror, det er noget, man er mere frustreret over tidligere i forløbet end sidst i…, tror jeg. Fordi det er der særligt som førsteårskursister[18]. Der… der er der virkelig brug for at få noget supervision og som introlæge. Men som introlæge har du ikke helt begreb om, hvem der er gode eller ej. Men som kursist, kan du godt se, hvem der er.

Viden om hvilke supervisorer, der er gode og til hvad, kommer med erfaringen og kendskabet til afdelingen. Det er noget, der afkodes i det sociale og det er selvfølgelig sværere jo mindre erfaring, man har. Det læres uformelt og er ikke umiddelbart noget, der er ekspliciteret: *'Det er ikke noget, man kan skrive bøger om'*. At finde den rette balance i mellem udfordringer og færdigheder og mellem deltagelse og ikke-deltagelse er kompliceret:

> Jeg har… Ja, altså… Det vil være… Det vil være for stolt at sige. Der er nogle gange nogle, hvor jeg har lavet noget selv, hvor jeg har set i bagklogskabens lys. ...Skulle måske have haft én med, for så kunne jeg måske have lavet det bedre. Men på det tidspunkt vurderede jeg, at jeg kom igennem og det var… det var godt. Men… efter… Det er altid nemt at være bagklog.

Adam oplever da også, selv om han stræber efter, kun at skyde lidt over målet, at set i bagklogskabens lys, ville det have været bedre at bede om supervision i nogle tilfælde:

> Fordi der er jo flere… Altså der er det acceptable og så… og så… rigtig flot og så er der noget, der er… ikke er acceptabelt. Og jeg har aldrig med vilje lavet noget… eller jeg har aldrig accepteret noget, som jeg kunne… godt vidste, var uacceptabelt. Ja. Det... Det. Det. Det kan jeg godt stå inde for. Men jeg kunne måske have nået op til noget, der var rigtig godt, hvis jeg lige havde fået lidt hjælp i nogle situationer. Det er sådan set det er…

For Adam er det både set refleksivt – i bagklogskabens lys, men han har også en erkendelse af, at hans egen stolthed har spillet ind i relation til gerne at ville kunne selv og ikke skulle bede om supervision:

> Jamen det var fordi, at jeg synes, det var acceptabelt. Måske… Jeg ved ikke, om det også, kan have været fordi at… Man skal heller ikke fornægte den…

[18] Kursister er en betegnelse for læger i hoveduddannelse. 1. års-kursister er i begyndelsen af hoveduddannelsen.

> den der stolthed, der er. Jeg synes nu ikke, jeg er ramt specielt af det. Fordi at jeg synes godt, at jeg kan bede om hjælp, hvis der er noget, der driller. Men… Og jeg skal ikke kunne sige mig fri fra, ikke at have haft det i et par enkelte tilfælde.

Det er komplekst i den enkelte situation at vurdere, om man han skal bede om supervision eller selv kan komme i land med en given operation. Resultatet ses efterfølgende via røntgenbilledet: *'Du har jo et målbart resultat på det. Det er jo det, der gør, at man kan være sin egen dommer'*. Den feedback, der kommer i form af røntgenbilledet, kan bruges til refleksion over det konkrete forløb og fremadrettet i forhold til kommende operationer. Det giver et billede af eget niveau, men for Adam, ligger barren et andet sted og langt mere subjektivt givet:

> Ja, derfor behøver man ikke… at være god nok. Jeg synes, det er en meget god… Det jeg bruger, det er, at når man når dertil, hvor man gerne vil opereres af sig selv. Det er sgu et meget godt mål. Ja. Ja. Det synes jeg er det allerbedste. Men… Det er jo tankevækkende, den når man altså først et godt stykke henne i forløbet.

For Adam var det et mål at nå dertil, hvor han ville være tryg ved, at operere sig selv – og synes det er en god indikator for kompetence. Adam siger, at han har mange kolleger, han aldrig ville lade sig operere af:

> Dem er der mange af. Eller… Der er nogle… Jamen… Ja. Det er en del af det. Det er en del af det. Sådan er det i kirurgi, altså det er…, ja…. Det… Det er jo heldigvis, ikke så mange udenfor faget, der ved det.

Adam accepterer det som et vilkår, han ikke sætter spørgsmålstegn ved. Kun i relation til omverdenen, som helst ikke skal have kendskab til det. Deri ligger der en delvis erkendelse af, at det ikke er i orden fra standens eller professionens side – hverken overfor offentligheden eller myndighederne.

Arbejde: kommunikation og samarbejde

Adam oplever samarbejdet med det øvrige operationspersonale såsom sygeplejersker og anæstesien som en balancegang, der er helt central at mestre:

> I starten… Ja det jo en balancegang og det er et… det er virkelig noget, man skal mestre, fordi, ha, ha. At ellers så kan du få dem [operationspersonalet] imod dig og så har du… Så bliver det bare rigtig svært at komme igennem. Og hvordan man lige gør det? Det ved jeg ikke, om man kan uddannes til. Men jeg kan huske i starten. De allerførste gange man er med på operations-

> gangen, så er man jo en pestilens for det øvrige personale, fordi man er pisselangsom og man er jo… Altså det sinker det hele og alle står og venter på en og… […] Og kigger på… og man ryster på hænderne og sveden løber ned af… Ja. Så det… Det er ligesom... Den hurdle skal man ligesom over.

For Adam er samarbejdet ikke umiddelbart noget, man kan uddannes til, på trods af, at der findes læringsmål indenfor rollen som samarbejder i det formelle vejledningssystem. Tværtimod er det noget, der læres uformelt og som 'learning by doing'. Det er ekstremt vigtigt, at kunne få samarbejdet til at fungere og kan være udslagsgivende for den operation, man udfører: *'At ellers så kan du få dem imod dig og så har du… Så bliver det bare rigtig svært at komme igennem'*. Som urutineret kirurg er det et pres, at man ved, at man er langsom, ryster på hænderne og sveder og det gør det tydeligt, at man er uerfaren og mangler rutine. Her kan vejledere have en stor betydning i forhold til at hjælpe nye kirurger over den hurdle:

> Jamen det er… heldigvis bliver man jo bedre, når man har prøvet det før og så er det også ved, at man står sammen med en god… vejleder eller supervisor, som ligesom skærmer og siger: 'Det er sådan her, det bliver'. 'Vi bruger lige 10 minutter her på det her'. Og hvis bare det er sagt. Hvis bare folk har fået noget besked på, at det er sådan her, det bliver. Jamen så er der ligesom… Så er man, så kan man arbejde frit. Hvorimod hvis det er sådan noget, hvor man… Hvad foregår der… Det er meget kommunikation der, også fra den supervisor, der er der, sådan så hele stuen er informeret om, hvad der foregår i lægesituationen.

Vejledere kan skærme den uddannelsessøgende i forhold til kritik og det pres, der kan komme fra det øvrige operationspersonale og ved at italesætte, at det er en uddannelsessituation, fjernes presset fra den uddannelsessøgendes skuldrer: *'Så er man, så kan man arbejde frit'*. Dermed har vejlederen stor betydning for, at læringssituationer etableres og legitimeres i arbejdet. Vejlederen tager også ansvaret for potentielle konflikter omkring situationen: *'Det er sådan her, det bliver'. 'Vi bruger lige 10 minutter her på det her'* og det frisætter den uddannelsessøgende fra at indgå i magtkampe og interessekonflikter de forskellige personalegrupper imellem. Så der kan betydningen af vejlederen være stor og spille en vigtig rolle:

> Ja det synes jeg, fordi de skærmer en og giver en arbejdsro… ved at informere og sige, at det er ok, det er sådan her, vi gør det. Fordi ellers så kan det øvrige personale, OP-personalerne og anæstesi hurtigt tro, at det skal de bestemme.

Det er dog ikke gjort med en skærmende vejleder alene – det kræver også nogle sociale kompetencer hos de uddannelsessøgende at få samarbejdet til at fungere og skabe tillid omkring sin person:

> Der er nogle, der er svære at vejlede. Altså også fordi de har… Fordi det handler også lidt om at vise respekt overfor… og have en lidt ydmyg tilgang til det. Hvis man er sådan lidt for… ikke ydmyg osv. så er det først man får det øvrige personale imod en, fordi så tror de man er farlig. …Og det kan også godt være, man er det. Så der er sådan… De kan være lidt svære at vejlede, synes jeg. Man skal have en eller anden hvis grad af gåpåmod. Men man skal virkelig være sine begrænsninger… bekendt...

Igen er det nogle balancer den uddannelsessøgende skal finde mellem at vise gåpåmod og kende sine begrænsninger – imellem deltagelse og ikke-deltagelse og imellem ydmyghed og farlighed, der har betydning for, hvordan samarbejdet bliver. Og for en kirurg, er det helt centralt, at der er et velfungerende samarbejde på operationsstuen. Hvor samarbejdet på operationsstuen er en helt essentiel faktor, er der også øvrige typer af samarbejdsrelationer, der er vigtige i en yngre kirurgs liv. Det kan være samarbejde med sekretærer i forhold til at sikre operationstid, vagter etc.:

> Der er også nogle, der er bedre end andre til at stå oppe ved sekretæren og sige, at jeg skal stå på det leje og sådan der… Jeg har også altid haft et godt forhold til vores sekretær. Men det er ikke sådan, at jeg synes, jeg har… Men man… man skal ikke være sig ubevidst om, at det er nok ikke dem, man skal rage allermest uklar med.

Adam er strategisk bevidst om, hvem det er godt at være på god fod med og hvordan man strategisk gebærder sig i det sociale. I hvert fald, når han eksplicit reflekterer over det, oplever han det som en balancegang på en line:

> Uuuuh det er jo et… Det er simpelthen du et… Det er en line, hvordan man ligesom kommer ind i det. Det er en balancegang den her… Det er utroligt, at man overhovedet kan komme igennem. Det er godt, at man ikke skal tage stilling til alt det der på én gang. Men det er en balancegang og meget af det der, det handler også om kommunikation. […] Ja og hvordan du agerer sådan rent... meget socialt eller hvad. […] Ja, ja, ja. Jeg er jo dybt… Jeg er jo bundstrategisk.

Adam trives generelt med tonen i det ortopædkirurgiske speciale, selv om han erkender, at den kan være hård og ikke passer alle lige godt:

> At den der jargon der... Altså nogle gange så er det jo… lidt på den hårde måde… Med at man begår nogle fejl og så når, ha, ha, så får man… så får man klar besked og så… ønsker man ikke at begået den fejl en anden gang, ha, ha, og så må man oppe sig, ikke? Så… Det er måske sådan… […] Ja det passer meget godt til min mentalitet…, sådan set. Men det er ikke alle, tror jeg. Der kommer nogle, de skal måske have det mere... lidt mere blødt ind. Men det… det…

For Adam er den hårde tone en kilde til læring. Han får klar besked om de fejl, han har begået og en måde at undgå, hårde ord på fremadrettet, er at oppe sig og undgå at lave fejl. Det kan forekomme at være en kynisk betragtning, men Adam oplever, at det passer godt til hans mentalitet. Han knytter den hårde tone til en maskulint domineret kultur, hvor en spade kaldes for en spade og som en modsætning til en feminiseret kultur, hvor han oplever at ting siges imellem linjerne:

> Fordi jeg kan godt lide den der… Der bliver en anden jargon og en mere… mere direkte og mere…, måske også på mange områder mere afslappet og der er heller ikke så meget mellem linjerne, det bliver sagt. Og det kan jeg godt lide. Så… Det synes jeg, har været tiltalende.

De kvindelige læger, der er i ortopædkirurgien er, dels i mindretal, dels opfattes de af Adam som 'en af gutterne' forstået sådan, at han oplever, at de deler nogle maskuline værdier og interesser:

> Men de er lidt ligesom os, ha, ha. […] Det er dem, der bliver tiltrukket af det er sådan lidt sådan… Det ved jeg ikke, om man kan sige… Ej det er jo… Det vil de nok ikke kaldes. Drengepiger, men… men… nogle af dem er altså. Der er også nogle, der er meget, meget feminine. Men… men de… de har altså… De har altså alle sammen et eller andet… Tiltrukket af et eller andet med at bygge noget og sådan noget. Som egentlig jo er mandeting. Men altså det… Det er… Det er jo… Det med at sætte søm og skruer i noget. Det er typisk noget, der tiltaler mænd mere, end det tiltaler kvinder. Hvis man tager over en bred kam. Men der er også nogle kvinder der… der synes, det er spændende.

Adam oplever generelt arbejdsmiljøet som velfungerende og han trives i det. Der er klar kommunikation, ikke så meget mellem linjerne og tonen passer ham godt. Samarbejdet med det øvrige personale er velfungerende og han navigerer strategisk i det sociale og positionerer sig selv succesfuldt.

7.6 Opsamling på Adams uddannelsesbiografi

Jeg vil diskutere uddannelsesbiografien yderligere i den følgende teoretiserede opsamling.

Livsforløbets processtrukturer
Igennem Adams biografiske fremstilling, fremstår hans fortællinger udpræget orienteret mod intentionel handlen og han oplever i høj grad, at have haft stor indflydelse på de biografiske hændelser og handlinger, han beretter om i sin rekonstruerede livshistorie. Dermed retter han sig igennem sin fortælling primært mod de *'biografiske handlingsskemaer'*, der markerer et klart intentionelt niveau i hans udvikling (Schütze 1983), som fremstår sammenhængende med de biografiske begivenheder i relation til sit valg af uddannelse, sit uddannelsesforløb, sit specialevalg, sine værdier og identitet. Adams uddannelsesbiografi er således præget af sekvenser, der kontinuerligt sprogligt markerer forskellige intentionalitetsniveauer fx i form af strategisk og pragmatisk handlen og at det er meget lidt, der har været tilfældigt igennem uddannelsesforløbet. Adams fremstillinger beskriver, hvordan han kontinuerligt positionerer sig og dermed i høj grad er en biografi- og hændelsesbærer, der agerer og virkeliggør sine intentioner – frem for blot at reagere.

På den måde reflekterer hans uddannelsesbiografi sammenhæng mellem de biografiske hændelser og handlinger, der fremstilles og en intenderet udvikling i hans identitet (Schütze 1983, Kontos 2001). Uddannelsesbiografien repræsenterer også *'institutionelle forløbsmønstre'* i forhold til at opfylde samfundsmæssige institutionaliserede forventninger til at tage en uddannelse, stifte familie, gøre karriere etc. (Schütze 1983), som fremstår uproblematiske forstået på den måde, at Adam har stiftet familie sent i sit uddannelsesforløb og dermed kun i mindre grad har oplevet krydspres mellem familie og karriere, som han subjektivt har, måtte tilpasse sig.

I uddannelsesbiografien er der også sekvenser, der markerer et mindre intentionelt niveau i form af positive *'forløbskurver'* (Schütze 1983), Adam betegner som *'held'*, som begivenheder der har optimeret hans eksistens- og handlemuligheder fx ved at få gode vejledere eller optimale uddannelsesstillinger – og senest en stilling som speciallæge, hvor han kan forske i sin arbejdstid og derved mindskes krydspres i forhold til familielivet. Heldet er dog typisk noget, han har positioneret sig til, således repræsenterer disse processer hos ham al-

ligevel en form for intentionel handlen og et intentionelt niveau. Dermed reflekterer Adams uddannelsesbiografi ikke processer, hvor han føler sig drevet af ydre betingelser, hændelser og handlinger, han ikke kan påvirke eller decideret føler sig magtesløs overfor og oplever således god sammenhæng mellem biografiske begivenheder og sin identitet (Schütze 1983).

Uddannelsesbiografien illustrerer ikke som sådan *'forvandlingsprocesser'* forstået som pludselige, uventede og uforudsigelige processer, der erfares af 'biografibæreren' som indre forandringer af mulighedsbetingelser, der åbner nye måder at betragte verden på (Schütze 1983). Det der kommer tættest på i Adams fortællinger er, at der bliver opslået en stilling på et hospital, han søger og får, hvor han møder en professor, der får ham ind i et forskningsnetværk, der har åbnet nogle døre for Adam i sin videre karriere. Adam fortolker i første omgang dette som 'held', men i anden omgang i sin videre refleksion som at sørge for at være på det rigtige sted på det rigtige tidspunkt – hvilket han siger, kan opsøges. Dermed placeres det som intentionel handlen og rettes mod de *'biografiske handlingsskemaer'* som sammenhængende udvikling i hans identitet.

Professionel identitetsdannelse

Igennem Adams uddannelsesbiografi belyses det, hvordan forventningerne til moderne professionelle og kravene til professionelle i dag subjektivt erfares og fortolkes. Det illustreres primært igennem kontrol, bedømmelser og vurderinger af de professionelles arbejde (Frost 2010) – manifesteret i Adams uddannelsesforløb via de formelle uddannelseskrav og dokumentation knyttet dertil, som han til dels oplever som misforståede, irrelevante og upræcise, men som potentielt kan have store implikationer for hans professionelle arbejde.

Adam accepterer præmissen om, at kvaliteten i arbejdet skal sikres, men oplever de formelle uddannelseskrav i målbeskrivelserne som brede, læringsmålene som banale og underskrifterne i logbogen som en upræcis indikator for reel klinisk kompetence. Derfor har de formelle uddannelses- og dokumentationskrav ikke nogen subjektiv betydning for Adams opfattelse af sit eget niveau som kirurg – og heller ikke for, hvordan han vurderer sine kollegers kompetencer. Det understøttes af, at han har flere kolleger, der har fået godkendt deres kompetencer, som han ikke mener, har et fornødent fagligt niveau – og aldrig selv ville lade sig operere af, som er et af de væsentligste kriterier for ham at bedømme ud fra.

Betragter man dette i Haffertys (2016) socialisationsperspektiv, er der tale om en form for 'kontrakt' mellem samfundet og professionen, hvoraf professionens autonomi afhænger, på den ene side i løftet om at overvåge og sikre kvaliteten internt via *'peer-review'* på, dels kvaliteten af den specifikke patientbehandling, dels lægers kompetencer generelt og på den anden side via *'self-review'* på et individuelt niveau. Hvad angår den kollektive kvalitetssikring via *'peer-review'*, forholder Adam sig kritisk til et system, han oplever, fungerer ineffektivt og dysfunktionelt, hvilket hvis det blev alment kendt, kunne svække professionens status (Hafferty 2010) og som Adam i loyalitet med professionen og faget siger, er godt, at der ikke er mange udenfor kirurgien, der har kendskab til.

Da Adam igennem sit uddannelsesforløb som lærende subjekt har oplevet og erfaret, at det kollektive kvalitetssystem ikke fungerer, orienterer han sig mod det individualiserede *'self-review'* for at vurdere, sine egne kompetencer og sit eget faglige niveau, hvilket har betydning for hans selvbillede som professionel og for hans professionelle identitetsdannelse – eller sagt med andre ord: hvem han er som læge. Her anvender han forskellige standarder og parametre, der har det til fælles, at de er individualiserede, subjektive og uformelle fx om han har lyst til at blive opereret af sig selv – hvilket han refleksivt betragtet siger, han faktisk skulle langt hen i uddannelsen, for at kunne sige ja til og så er antallet af operationer og hans erfaringsvolumen også væsentlige parametre, han bruger som indikator for kompetence.

Disse *'self-reviews'* bruger Adam til at regulere sit selv i forhold til sit virke som læge i hvad han fortolker som samfundets interesser fx i forhold til, hvilke operationer, han kan udføre og i forhold til, hvilke situationer, han selv kan håndtere og hvornår, han skal bede om vejledning og supervision. Adam skal således individuelt balancere sine professionelle standarder og de processer, der former hans selvbillede som professionel i forhold til risiko for fejl samtidig med, at han skal holde sig til for at få den mængde operationstid, der er central for hans erfaringsvolumen.

Hafferty (2016) beskriver netop den medicinske profession i kraft af et iboende fravær af kollektive 'moral-kompasser', der stiller store fordringer til individet i forhold til at navigere i en flertydighed af moralske beskeder og budskaber, hvilket også reflekteres i Adams uddannelsesbiografi i forhold til at vurdere sig selv som kirurg. I Adams uddannelsesbiografi reflekteres de intra-

professionelle socialiseringsprocesser igennem hans uddannelsesforløb overordnet som ret uproblematiske, præget af intentionalitet, mening og sammenhængende i forhold til hans øvrige identitetsprocesser (Schütze 1983).

Det skyldes givet vis en kombination af flere forhold; hans biografiske forudsætninger og dispositioner, hans valg af speciale og mødet med gode vejledere, supervisorer og rollemodeller, der har fungeret som mentorer for ham. Adam har manifest valgt den medicinske profession til – ikke blot ud fra en bred naturvidenskabelig interesse eller for at arbejde med mennesker eller pleje, men fordi, han ville være *læge* og søgte den specifikke professionsidentitet. Hans søskende er læger, hvilket kan have forberedt ham på mødet med professionen og støttet ham i forhold til at navigere og positionere sig i de sociale fællesskaber.

I det hele taget er Adams uddannelsesforløb karakteriseret af en strategisk handlekompetence i forhold til de valg han træffer - i overensstemmelse med sit privatliv og sin fremtidige karriere. Fremtidshorisonten er immanent tilstede i de valg, han træffer fx i relation til valg af lægeligt speciale, hvor Adam ved at observere de seniore læger foretager vurderinger af, om deres arbejdsliv repræsenterer en fremtid, han kunne ønske sig. Han baserer sine vurderinger på, hvor tilfredse speciallægerne virker, hvor stressede de virker og holder disse overvejelser op mod hinanden i de to kirurgiske specialer, han overvejer selv at vælge. Endvidere har køn spillet en rolle i hans overvejelser, hvor han har oplevet sit køn som en fordel - både i de kvindedominerede specialer og i de mandsdominerede.

Adams uddannelses- og karrierevalg er kontinuerligt orienteret mod et større livsprojekt og på den måde, sikrer han sammenhæng mellem sit uddannelsesforløb, arbejdsliv og karriere, der indgår i sit samlede livsforløb. Forskellige vejledere har spillet en central rolle for ham personligt og fagligt i forhold til at hjælpe ham i gang som ung kirurg og sikre gode uddannelsessituationer på operationsstuen, skærme ham mod urimelig kritik på morgenkonferencerne og i forhold til karrierepositionering. På den måde er han blevet støttet i forhold til, dels den professionelle identitetsdannelse, dels hvordan han skal navigere og positionere sig i specialet. Vejledningsmæssigt har han oplevet støtte i forhold til at identificere de relevante praksisfællesskaber, blive indført i dem og til at sikre sin position i de pågældende fællesskaber, hvilket også har en

positiv betydning for hans dannelse af professionel identitet og hans identifikation som læge.

I de interprofessionelle socialiseringsprocesser, hvor det tværgående samarbejde danner ramme om identitetsprocesserne, er det især samarbejdet med sygeplejerskerne, der reflekteres i uddannelsesbiografien. Disse interviewsekvenser fremstår relativt uproblematiske, både hvad angår dannelse af professionel identitet på *'makroniveau'* og på *'mikroniveau'* (Wackerhausen 2009). Adam beskriver det tværgående samarbejde som en helt central faktor i sit arbejde som kirurg – der skal fungere og som en hårfin balance, hvor man ikke må træde ved siden af, hvilket han har lært uformelt via rollemodeller, imitation og som 'mesterlære'. Adam har haft vejledere, der har skærmet ham som lærende subjekt i forhold til professionsinterne magtkampe og konflikter, hvilket har givet ham ro til at have fokus på sine egne professionelle processer. Endvidere har han haft rollemodeller, der har givet ham en retning for sine faglige og menneskelige identitetsprocesser, som dermed erfares mindre krævende emotionelt at håndtere.

Emotioner og emotionsarbejde

I uddannelsesbiografien reflekteres Adams emotionsarbejde som en proces, der er socialt medieret via løbende dialoger og tæt samarbejde med vejledere. Det skal dermed ikke forstås som et eksplicit udgangspunkt i emotionelle aspekter, men som processer, der implicit støtter Adams individuelle emotionelle arbejde via supervision, vejledning, 'mesterlære' og rollemodeller, der dels styrker hans faglige sikkerhed, dels hjælper ham til at be- eller afkræfte sit selvbillede i dialoger med andre (Burkitt 2010, Burkitt 2012). Sammenholdes dette med, at Adam oplever høj grad af intentionalitet i sine identitetsprocesser (Schütze 1983), kan det medvirke til at belyse, hvorfor han oplever en lav grad af pres på håndtering af de emotionelle processer igennem sit uddannelsesforløb.

Centralt igennem uddannelsesbiografien er de interviewsekvenser, der beskriver de relationelle aspekters betydning for Adams vurdering af sit eget uddannelsesforløb, han betegner som utroligt vellykket. Det begrunder han i, at han har haft gode vejledere, der hvor det har betydet noget for hans uddannelsesforløb og videre karriere, gode supervisorer til at lære ham det kirurgfaglige og gode rollemodeller, som har beskyttet ham, rost ham og anerkendt ham. Det har haft en stor emotionel betydning for ham i forhold til de psyki-

ske drivkræfter, der skal mobiliseres som lærende subjekt (Illeris 2006), har betydet, at han er vokset med opgaven og som har motiveret ham igennem sit uddannelsesforløb.

I uddannelsesbiografien belyses emotioner sprogligt primært via sit fravær og ikke som noget, der eksplicit italesættes. Det reflekterer de socialt producerede professionelle *'følelsesmønstre'* (Burkitt 2014), hvor emotioner opfattes som individuelle kognitive repræsentationer, der skal holdes private (McNaughton 2013, Burkitt 2014) og som modsætning til de dominerende erkendelses- og rationalitetsformer i feltet (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). Dog reflekteres emotionsarbejdet i praksisbeskrivelser i sekvenser, hvor Adam fx beskriver følelser af ubehag, når man som ung i kirurgien skal lære at operere, det øvrige operationspersonale står og kigger, mens sveden løber ned af panden på en og man sinker alle de øvrige, fordi man er langsom, usikker og uerfaren. I disse situationer har Adam oplevet vejledningsmæssig støtte i forhold til, at vejlederen har italesat, at det er en uddannelsessituation og dermed har påtaget sig et overordnet ansvar, der har givet Adam ro til at håndtere situationen.

Her er det centralt, at Adam på den måde friholdes fra eventuelle konflikter og magtkampe med kolleger fra anæstesien og det øvrige operationspersonale – det må rettes til vejlederen, hvis der er utilfredshed. Således kommer der ikke unødigt ekstra emotionelt pres på Adam som lærende subjekt og han får ro til at håndtere sit følelsesarbejde, hvilket er en væsentlig faktor i et opspeedet arbejdstempo (Burkitt 2014). En anden væsentlig faktor er, at ved vejlederens italesættelse af at dette er en læringssituation, behøver Adam ikke forstille sig og vise et andet selvbillede, end det, han oplever lige i den situation eller med andre ord skjule sine følelser bag en kompetent facade (Burkitt 2012, McNaughton 2013). Vejlederen har givet stemme til, at det er en presset situation og legitimerer dermed implicit Adams emotioner (Burkitt 2010).

Biografien reflekterer også *'mikrodialoger'* (Burkitt 2010), hvor Adam i indre dialoger, reflekterer over situationer, hvor han måske burde have bedt om hjælp til konkrete operationer og dermed potentielt kunne have opnået et bedre operationsresultat, men ikke gjorde det pga. personlig stolthed. I disse dialoger indgår forskellige overvejelser og stemmer, der på den ene side vedrører adgang til deltagelse – hvor mest mulig operationstid er centralt for hans

uddannelse og fremtidige karriere og på den anden side hensynet til kvaliteten i hans arbejde - og dermed hensynet til patienten.

Disse overvejelser bliver yderligere komplekse af, at Adam, imens han opererer, skal forholde sig til kvaliteten af den supervision, han har mulighed for at få konkret forankret i tid og sted. Nogle kolleger vurderer han ikke, er kompetente til at hjælpe og adgang til de rette supervisorer, der kan vejlede ham, er dermed også en væsentlig faktor. Disse *'mikrodialoger'* medieres ikke kollektivt eller vejledningsmæssigt, men håndteres som individuelle emotionelle refleksionsprocesser, der dermed ikke støttes, kritisk kvalificeres eller udfordres i konkrete dialoger.

Læring og vejledning i arbejdslivet

I Uddannelsesbiografien beskrives Adams oplevelser og erfaringer med *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* forstået som arbejdsdeling og arbejdsindhold, autonomi og kvalifikationsanvendelse, muligheder for social interaktion og belastninger (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010), primært ud fra at de sociale interaktioner er rammesættende for Adams oplevelser med dette læringsmiljø. Det ses i forhold til, at han har gode muligheder for supervision både fra sin hovedvejleder og fra andre seniore læger og dermed gode kollegiale muligheder for at diskutere indbyrdes, udveksle erfaringer, ideer og forskellige betragtninger. Således understøttes det, at læring sker som en social proces og ikke blot som en individuel proces (Lave og Wenger 1991, Illeris 2006, Illeris et al. 2010).

Dermed foregår arbejdsdelingen i et integreret samarbejde med udveksling af viden, hvilket øger Adams muligheder for læring i arbejdet (Illeris et al. 2010), som understøttes af, at han igennem sit uddannelsesforløb har haft fokus på at få så meget operationstid som overhovedet muligt og dermed har fået mange erfaringer, god kvalifikationsanvendelse og har oplevet en høj grad af deltagelse i forhold til arbejdsopgaverne og i fællesskabet på arbejdet (Lave og Wenger 1991, Jørgensen og Warring 2002, Illeris 2010). Endvidere oplever Adam en lav grad af belastninger på trods af høje krav til tempo og intensitet, da hans kompetencer passer til udfordringerne og han ikke i særlig høj grad oplever andre typer af krydspres, der går fra tid og overskud til at lære (Illeris et al. 2010). Således oplever og erfarer Adam overordnet *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* som understøttende for hans læringsmuligheder og læringsbetingelser i arbejdet.

Adams erfaringer og oplevelser med *'Det sociale læringsmiljø'*, der karakteriseres i form af arbejdsfællesskaber, kulturelle fællesskaber og politiske fællesskaber (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010) er også overordnet gode. Det skyldes, at han oplever stærke fællesskaber indenfor alle tre sfærer primært i kraft af rollemodeller og mentorer, han knytter faglige, personlige og følelsesmæssige bånd til, hvor der etableres fælles mening med arbejdet, identifikation, personlige relationer, kollektiv handling, fælles værdier og normer, der har betydning for hans læringsmuligheder (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010).

I uddannelsesbiografien reflekteres *'Medarbejdernes læringsforløb'* karakteriseret ved arbejdserfaring, uddannelse og social baggrund (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010), som en proces, der understøtter at Adam gennem uddannelsesforløbet udvikler sin professionsidentitet i sammenhæng med sine øvrige identitetsprocesser. Adam oplever ikke modsætninger mellem sin sociale baggrund og sit uddannelsesforløb, mellem sine subjektive værdier og professionsidealerne eller mellem sine biografiske processtrukturer og den herskende (mål)rationelle fornuftsform i professionen. Således oplever han en stor grad af sammenhæng mellem sit læringsforløb, sine læringsmuligheder og læringsbetingelser i sit arbejdsliv.

I uddannelsesbiografien beskrives det *'læringsrum'* (Bottrup 2001), Adam oplever i arbejdet i kraft af store potentialer, han i høj grad formår at udnytte. Det kan belyses nærmere ved at skelne analytisk mellem tre felter Bottrup (2002), ser det sociale liv på en arbejdsplads organiseret indenfor: *'produktion-/producentfelt', 'politikfelt'* og et *'uformelt socialt felt'*, der repræsenterer forskellige rationaler, handlinger og interaktioner og udgør en overordnet ramme for læringsrummet. I *'Produktions-/producentfeltet'* er det styrende rationale effektiv og hensigtsmæssigt udførelse af arbejdet, hvor fokus er på at skabe ydelser og produkter med den bedst mulige ressourceudnyttelse – der kan karakteriseres som en målrationel handlen (Habermas 2005a, Habermas 2005b, Handal et al. 1990), hvilket er i overensstemmelse med Adams måde overordnet at orientere sig på, der er rettet mod strategisk og pragmatisk handlen.

I *'Politikfeltet'* er det styrende rationale interessevaretagelse i forhold til den samlede arbejdssituation i form af størst mulig kontrol og indflydelse på eget arbejde - både som individ og kollektiv - og dermed også er knyttet til magt og magtudøvelse – der kan karakteriseres som en frigørende handlen (Ha-

bermas 2005a, Habermas 2005b, Handal et al. 1990). I forhold til Adams måde at orientere sig på, formår han så at sige at udnytte de tilfældigheder, læringsmiljøet giver ved kontinuerligt at positionere sig til de rette vejledere, gode mentorer, optimal operationstid, god supervision og gode ansættelser.

I det *'Uformelle sociale felt'* er det styrende rationale etablering af mening og identitet i forhold til arbejdet – der kan karakteriseres som en kommunikationsrationel handlen (Habermas 2005a, Habermas 2005b, Handal et al. 1990), hvor Adam via rollemodeller opnår identifikation, får ros og anerkendelse, der motiverer ham og understøtter de sociale og psykiske drivkræfter, der indgår i alle former for læreprocesser (Illeris 2006, Illeris et al. 2010).

Ved at betragte læringsrummet ud fra Bottrups (2002) tre felter, er det muligt at belyse, hvordan Adam subjektivt er i stand til at udnytte læringsrummet ud fra sine biografiske forudsætninger og dispositioner ved at gribe de chancer, der tilfældigt opstår i læringsmiljøerne. Der er dermed ikke tale om, at Adams positioneringer er drevet af tilfældigheder eller held. Han udnytter snarere strategisk de muligheder, den tilfældighedsprægede uddannelsesorganisering giver og skaber sit eget læringsrum med gode subjektive læringsbetingelser og læringsmuligheder.

Således illustreret oplever Adam generelt, at han har haft gode vejledningsprocesser – primært som kirurg via 'mesterlære' og af uformel karakter. Det helt centrale aspekt har været den relationelle forankring, hvor Adam har mødt vejledere, han oplevede ville ham det godt i forhold til sit uddannelsesforløb, sit arbejdsliv og sin fremtidige karriere. Den formelle vejledning karakteriseret ved planlagte møder med sine hovedvejledere, har ikke haft nogen særlig subjektiv betydning for Adam. Det der har haft betydning, er en tæt interaktion i det daglige arbejde med vejledere, han menneskeligt og faglig deler fællesskab med. Derfor har det været fremmende for hans læreprocesser, at han selv måtte vælge sin hovedvejleder i sidste del af sin hoveduddannelse, så han kunne vægte både de faglige og relationelle aspekter, hvilket også identificeres som centralt i litteraturen (Martin et al. 2014).

Kapitel 8. Tre vejlederperspektiver

I dette kapitel vil jeg præsentere analyserne af interview med de tre hovedvejledere: Jørgen, Emilio og Henrik, der fungerer som formelle vejledere for Hanne, Rasmus og Adam samt også fungerer som uformelle vejledere i det daglige kliniske arbejde for forskellige yngre læger. Sidst for hvert vejlederperspektiv foretager jeg en teoretiseret opsamlende analyse, hvor vejlederprocesserne diskuteres i forhold til begrebet om *'læringsrum'* i arbejdslivet (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004). Det vælger jeg at gøre, fordi jeg betragter vejledningsprocesser som én form for *'læringsrum'* i arbejdslivet i mødet med forskellige læringsmiljøer og subjektive orienteringer. Læringsrumsbegrebet som organisationsmodel, der har den svaghed, at det ikke systematisk inddrager de subjektive perspektiver og den subjektive meningstilskrivning i dets definition, hvilket ifølge Bottrup (2002), kræver hermeneutisk inspirerede metodiske greb, der sætter medarbejdernes egne oplevelser og erfaringer i centrum. Derfor trækker jeg også på afhandlingens øvrige perspektiver i forhold til læringsmiljøer, identitetsprocesser og emotioner i arbejdslivet i analysen.

Illustreret via vejlederens beskrivelser og overvejelser samt via et observationsbillede fra en konkret vejledningssituation belyser jeg de subjektive perspektiver, der er knyttet dertil set fra et vejlederperspektiv.

8.1 Jørgens perspektiver på vejledning

Jørgen er Hannes hovedvejleder og er overlæge på en medicinsk afdeling i Region Sjælland. Interviewet foregår på et kontor på en klinisk afdeling og varer ca. 15. minutter. Jørgen fremstår loyal og positiv overfor de formelle krav til uddannelsen og de forskellige skemaer og kompetencevurderingsredskaber knyttet dertil. Det kan hænge sammen med, at han både har et ledelsesansvar i afdelingen og varetager en særlig uddannelsesfunktion.

Jørgen: *'Det er meget svært at skabe sig et overblik over, hvad den uddannelsessøgende så egentlig kan'*

Jørgen har 10-12 års erfaring med funktionen som hovedvejleder og fortæller, at han trives med opgaven:

> Det er…… trives jeg udmærket med. Det… det gør jeg. Jeg synes det er… Jeg synes, det er interessant og sjovt og… og se de mange forskellige måder som de yngre læger går til det på. Der er nogle, der bare kan tingene. Hvor det er en forholdsvis enkel sag. Og hvor det mere drejer sig i virkeligheden om sådan at støtte og… snakke om lidt 360 graders evaluering og lidt planlægning. Men… men det kan de. Og så er der nogle andre som er meget usikre. Og kommer en gang om ugen med cases, som vi gennemgår.

Med de velfungerende uddannelsessøgende læger, dem *'der bare kan tingene',* ser han sin funktion som en støtte, hvor man taler om 360 graders evaluering og planlægger – men som ikke behøver noget særligt vejledningsmæssigt fokus. Med de usikre uddannelsessøgende læger gennemgår han på ugentlig basis cases med dem. Dermed er vejledning implicit primært rettet mod de uddannelsessøgende læger, der synligt viser usikkerhed. Manglende tid til vejlederfunktionen er den eneste barriere, Jørgen kan se – og selv om det har været udfordrende at forstå og anvende de mange uddannelsesskemaer, synes han overordnet, at det fungerer:

> Ja det er jeg ved at lære, tror jeg nok, ha, ha, ha, ha, så… Jo, det… Det… Det bliver bedre og bedre. Men jo, vi kender godt skemaerne og vi får udfyldt skemaerne, får snakket igennem ud fra skemaerne og får dem afleveret til [x-uddannelsesansvarlig overlæge], som har været en udmærket benhård uddannelsesansvarlig overlæge. Det må jeg sige. Så… Så det fungerer […] Jo det synes jeg faktisk også, de uddannelsessøgende de… de har meget godt styr på det, altså.

Det har været svært for mange vejledere, at sætte sig ind i de formelle krav, dokumenter og skemaer, men det er blevet bedre for Jørgen – med hjælp fra de uddannelsessøgende læger selv, der ofte i praksis får ansvar for at forstå og anvende dokumenterne. Selv om det formelle er ved at være på plads, er der stadigvæk udfordringer i at anvende dele af de kompetencevurderingsredskaber, der er knyttet til de formelle krav, men for Jørgen er det alligevel meningsfuldt og han kan se, at der løbende kommer nye tiltag. På trods af den overordnede positive indstilling til de formelle skemaer og redskaber, oplever Jørgen i praksis i sin funktion som hovedvejleder, at der er begrænsninger i kvaliteten af den information kompetencevurderingsredskaberne giver:

> Det er jo blevet bedre også med tiden, ikke? og… det sidste jeg så her, var en ny måde… en lidt anden måde at lave 360 graders evaluering på, end vi er vant til. Hvor der ikke var så meget skematiserende… men mere lidt løs snak for at tvinge bedømmerne i 360 graders evalueringen til sådan ligesom at tage stilling til, om det er godt eller skidt. Og ikke bare sætte et kryds et eller andet

> sted på papiret, ikke? Det var jeg egentlig meget begejstret for. Det har jeg så prøvet at give den første af de uddannelsessøgende nu her. Det er jeg spændt på hvad der kommer ud af det. Det synes jeg, var meget positivt. Så jo jeg synes… Det udvikler sig jo også.

Jørgen retter en implicit kritik af det instrumentelle fokus på dokumentation i form af kvantitative afkrydsninger og efterlyser mere kvalitative elementer, der sprogligt kan informere og kvalificere de uddannelsessøgende lægers faglige niveauer. I det hele taget oplever han barrierer ved det formelle system og de formelle redskaber, der svigter, når de uddannelsessøgende læger mangler bredere kompetencer end de biomedicinske kompetencer knyttet til rollen som medicinsk ekspert:

> De vanskelige forløb er virkelig vanskelige. Fordi det er svært at sige hvornår man skal stoppe og hvordan man virkelig kan overvåge om… om de uddannelsessøgende kan det, de skal. …Og det tror jeg ikke, er skemaernes skyld. Det er simpelthen fordi, vi har ikke… Vi er ikke så fastlåste i vores uddannelse, så man med sikkerhed opdager hullerne tidligt i forløbet. Vores uddannelse er stadigvæk løs på den måde at vi holder… at vi overvåger. Men der er det ikke altid vi kommer i dybden. Så det synes jeg er en udfordring. Hvis du forstår...

Jørgen identificerer på den ene side uddannelsesmæssige udfordringer med at komme i dybden i vejledningsprocesserne, i forhold til at sikre at de uddannelsessøgende læger, har de kompetencer, vi som samfund forventer, de skal have. På den anden side placerer han dog ikke udfordringerne i det formelle uddannelsessystem, men i højere grad i professionen og kulturen, hvor uddannelsen betegnes som *'løs'*. Dermed retter han sin kritik mod vejlederfunktionen, uddannelsesorganiseringen og på mangler i praksishåndteringen af uddannelsen, ved at beskrive den som løst organiseret og hvor man ikke kommer i dybden fagligt. Konsekvensen er især synlig i de problematiske forløb, hvor det er svært at identificere, hvilke kompetencer den uddannelsessøgende læge konkret mangler og vejledningsmæssigt skal støttes i:

> Jeg har faktisk lige haft en… Der er lige en sag i øjeblikket med en uddannelsessøgende, som egentlig har fået godkendt sine kompetencer. Og som egentlig også godt kan det kliniske, men som har meget, meget svært ved at træffe beslutninger. Og hvor falder man lige igennem i vores spørgeskema eller vores skemaer med det, ikke? Det gør man faktisk ikke rigtigt nogle steder. Hvis man kan sin faglighed. Så kommer man igennem. Også selvom man ikke kan træffe beslutningerne. Man kan godt blive fældet i 360 graders evalueringen. Men det er ikke engang sikkert. Fordi det kan godt være svært.

Refleksivt i en specifik situation med en yngre læge, identificerer Jørgen altså mangler i de formelle skemaer, der ikke indfanger alle aspekter af de kompetencer læger samfundsmæssigt, forventes have. Det reflekteres endvidere, at faglighed i Jørgens forståelse er snævert defineret indenfor den medicinske ekspertrolle: *'Hvis man kan sin faglighed. Så kommer man igennem. Også selvom man ikke kan træffe beslutningerne...'*. Denne opfattelse af faglighed kan have en række problematiske konsekvenser, der knytter sig en læges professionalisme og kernefaglighed samt afspejler en forståelse af faglighed som fænomen, der bryder med hensigten og logikken i den måde, de formelle uddannelsesmæssige krav er formuleret på - uden reference til, at der er knyttet læringsmål til disse kompetencer i rollen som 'leder/administrator/organisator'.

Det reflekterer også at den forståelse og anvendelse, der praktiseres, har et snævert fokus på de biomedicinske aspekter, der udgrænser og marginaliserer andre vidensområder, hvilket kan have både personlige og faglige konsekvenser. At en læge har svært ved at træffe beslutninger og prioritere – kan have stor betydning for den pågældende læge selv i form af personlig og faglig usikkerhed samt i form af et negativt professionelt selvbillede og kan have store faglige konsekvenser i patientbehandlingen og deraf konsekvenser for professionens status og autonomi. Det er interessant at bemærke, at den pågældende uddannelsessøgende læge, Jørgen refererer til, har fået godkendt sit uddannelsesforløb – på trods af identificerede manglende kompetencer, som dermed bryder med de formelle krav til professionen.

Jørgen forholder sig i det hele taget modsætningsfyldt til, hvorvidt det er udfordrende at vurdere en uddannelsessøgende læges kompetencer eller ej. Han fremhæver fx de daglige konferencer som et velegnet forum for, at kunne vurdere de uddannelsessøgende lægers kompetencer og faglige niveau:

> Jeg synes, det er forholdsvis nemt. Fordi vi går jo ret meget op og ned af hinanden. Vi har vores konferencer, der er… Det er et rigtig godt sted at supervisere i virkeligheden. Det er rigtigt. Der er også to om dagen, ikke? Det er der. Der er en fælles morgenkonference og så har vi i afsnittene hos os i hvert fald… har vi en… en intern morgenkonference og en middagskonference om dagen.

Jørgen betragter også konferencerne som et egnet supervisionsforum og dermed læringsrum. Endvidere betragter han også konferencer som et sted, hvor man kan vurdere, hvad de uddannelsessøgende læger reelt kan – hvilket

han ikke oplever, at kunne på samme vis via de formelle kompetencevurderingsredskaber, der således primært har betydning knyttet til dokumentation. Jørgens beskrivelser reflekterer tvivl knyttet til sin funktion som vejleder omkring, hvordan kompetencer reelt kan og bliver vurderet i klinikken i form af kollegiale peer-review-processer, der ikke umiddelbart understøttes tilstrækkeligt i de formelle uddannelsesstrukturer og redskaber eller i den praksis, der er knyttet til varetagelsen af vejlederfunktionen og de institutionelle rammer i afdelingen.

Jørgen beskriver dog selv den organisatoriske støtte, der er til ham som hovedvejleder som velfungerende. Der er to ting, han sætter fokus på. Den ene er, at den uddannelsesansvarlige overlæge har initieret, at der fast og skemasat skal holdes vejledersamtaler én gang om måneden med de uddannelsessøgende læger for at sikre progression og for at sikre at samtalerne reelt bliver prioriteret og afholdt:

> Det står på skemaet, ja. Og det bliver som regel, tror jeg nok... Det er først de sidste måneder vi har gjort det, på den måde der og det skal også indarbejdes i folks bevidsthed sådan, så det kommer. […] Dels fordi de vejledersamtaler ikke blev holdt grundigt nok og ofte nok. Og dels fordi at [x-uddannelsesansvarlig overlæge] har bedt os om det. Og så gør vi, som vi skal. […] Hvis det er for løst struktureret, så bliver det en belastning, ikke? Fordi så går man og får dårlig samvittighed. Har vi en… og hvornår er det nu man skal og sådan nogle ting. Så ligger det mere fast i planen. Så… så bliver det mere glidende og alle får mere udbytte af det.

Det har altså både den begrundelse, at vejledersamtalerne ikke blev holdt ofte nok – og grundigt nok i relation til de formelle krav og af hensyn til de uddannelsessøgende læger. Jørgen sætter endvidere fokus på, at det er en støtte for vejlederne, at de ikke selv skal sikre, at samtalerne afholdes: *'Fordi så går man og får dårlig samvittighed'*. Dermed er der en organisatorisk støtte, der kan hjælpe i forhold til den praktiske planlægning for vejlederne. Det bryder dog med den formelle uddannelseslogik, hvor omdrejningspunktet ligger i de individuelle uddannelsesplaner, der dermed definerer behovet for samtaler i forhold til antal og frekvens. Det andet initiativ, den uddannelsesansvarlige overlæge har taget er, at vejlederne mødes en gang om måneden og drøfter vejlederfunktionen og vejledersamtalerne:

> Og det vi så snakker om, det er lidt om hvordan vi skal strukturere møderne, lidt om hvordan vi kan komme til at tale om de uddannelsessøgende og deres kompetencer. Sådan at hvis der er en uddannelsessøgende, der har det svært i

et område og kommer til… eller et afsnit og kommer til et andet afsnit. Hvordan får vi så fulgt op. Ja. Og hvordan bliver vi opmærksomme på den, der har problemer. Det er jo dem, det drejer sig om. Altså det er dem, der kan det, ikke? Det er jo fint nok. Men dem, der har problemer, ikke? Og så snakker vi om… om vedligeholdelse af vejlederuddannelsen og så snakker vi… hvad der ellers måtte være sådan af aktuelle interessante emner.

Hovedvejlederne har dermed fået et kollektivt forum, hvor de kan drøfte forskellige aspekter af vejlederfunktionen og de udfordringer, der er. Helt centralt er der den udfordring, at de uddannelsessøgende læger igennem deres uddannelsesforløb bevæger sig mellem forskellige hospitaler, matrikler, afdelinger og afsnit. Det er således en udfordring af sikre kontrol med de uddannelsessøgendes lægers kompetencer på langs i de enkelte forløb, der foregår på forskellige afdelinger og afsnit samt på tværs af den lægelige videreuddannelse fra den kliniske basisuddannelses til hoveduddannelsen, der består af mange forskellige forløb og vejledere. Dermed er der ikke noget samlet overblik andet end de formelle underskrifter og godkendelser at støtte sig til, hvilket Jørgens beskrivelser viser, ikke fungerer optimalt i forhold til at sikre, at de uddannelsessøgende læger reelt har de kompetencer, de får godkendt.

Vejledersamtale mellem Jørgen og Hanne

For at sætte fokus på indholdet i samtalerne og praktisering af den formelle vejledning, har jeg valgt at inddrage et observationsbillede fra den vejledersamtale, jeg observerede mellem Jørgen og Hanne. Samtalen foregår på et kontor på en klinisk afdeling:

Observationsbillede - vejledersamtale

Jørgen lægger ud med at sige til Hanne, at de bare skal følge op, at der ikke er så meget. Han siger også, at de alternativt kan tale om den 360 graders evaluering, som han har givet hende for at afprøve. Hanne svarer, at hun vil bruge den i dialysen eller på sengeafsnittet. Jørgen siger, at det er meningen fremadrettet, at hun skal have en ledende rolle i hæmadialysen. I forbindelse med det drøfter de nogle organisatoriske problemer i afdelingen. Hanne fortæller Jørgen, hvad hun synes er relevante arbejdsopgaver for hende i henholdsvis ambulatorium, dialysen og sengeafdeling og de drøfter, hvordan det kan organiseres.

Midt i det hele ringer Jørgen' telefon. Han tager den og siger: Jeg har vejledermøde med Hanne. Jeg kommer om lidt. Han lægger på og spørger: Hvor kom vi fra – blev vi ikke færdige med det? Jørgen fortsætter med at fortælle om de organisatoriske forhold på afdelingen: Lean fortsætter, men i reduceret

form. Der er for meget mødeaktivitet i forbindelse med Lean og det skæres der ned på og så mangler der reservelæger. Dem, de var blevet sat i udsigt er blevet givet til en anden afdeling pga. omstruktureringer.

Jørgen spørger Hanne: trives du? Godt, svarer Hanne, men det gør jeg normalt. Jeg skulle lige sættes ind i alting. Der er meget arbejde og det er al sammen næsten kun nefro[19] og det er jeg glad for! Jørgen spørger, hvordan telefonordningen fungerer? Hanne svarer, at den ikke fungerer så godt, fordi nogle patienter, kun vil tale med bestemte læger. Jørgen forklarer, at den er indført fordi, der har været et problem omkring patienter, der har henvendt sig med spørgsmål eller problemer og at deres henvendelser er gået tabt, fordi de læger, de har forsøgt at tale med har været vikarer eller deltidsansatte. Når der så er lagt en besked til dem fra patienter, har der gået for lang tid, inden beskederne er blevet set af andre læger.

Hanne siger, at hun generelt er glad for at være i ambulatoriet. Der er god tid i forhold til, hvad hun har været vant til andre steder. Til dette siger Jørgen, at patienterne i ambulatoriet fremover skal afsluttes hurtigere, fordi der er mangel på læger. Derfor skal dele af ambulatoriet lukkes ned og en del patienter, skal afsluttes. Hanne siger, at hun gerne vil have nogle retningslinjer for, hvem der afsluttes. Jørgen svarer, at de kan snakke om kriterierne. Det er rart, siger Hanne. Jørgen siger, at der skal laves et oplæg og at Hanne gerne må komme med input. De aftaler, at Jørgen skal hjælpe med at få prioriteret Hanne, så hun kan komme til at arbejde med nogle af de funktioner, der er relevante for hende. Hanne tilføjer, at hun ønsker direkte feedback, hvis Jørgen har tid og at hun har sagt det før. Jørgen svarer, at det går flot – der er styr på det fra Hannes side. Hanne siger, at hun forventer, at Jørgen siger, hvis der er noget.

De begynder at drøfte et medicinsk fagligt spørgsmål om kalk. Hanne vil kigge i litteraturen – hvad siger den og hvad gør Rigshospitalet? Jørgen siger, at sygeplejerskerne er hurtige til at give kalk. Hanne siger igen, at hun vil kigge i litteraturen. Jørgen spørger hende, om hun har noget til konferencen? Hanne svarer, at hun ikke har noget oplagt – hun HAR lige undervist de yngre læger. Jørgen spørger hende, om hun kan kigge på det? Fremlægge en patientcase eller et fagligt oplæg?

Hanne siger, at hun ikke har en oplagt patient. Jørgen svarer, at der er fx er tale om, at hospitalet mister de transplanterede patienter. Han håber, at de kan beholde dem. Det har også en betydning for rekruttering af læger til afdelingen. Hanne svarer, at hun vil høre nogle af de andre, om de har noget, de kan præsentere, for hun har meget at se til op til jul. Jørgen svarer, at han tvivler på det og Hanne tilføjer, at det er hurtigere at tage en patientcase end at lave PowerPoints. De diskuterer en konkret patient, der også skal overføres til Rigshospitalet. Det er de uforstående overfor.

[19] Nefrologi – medicinske sygdomme i nyrerne.

Hanne siger, at hun ellers ikke har noget. Jørgen svarer, at de er tilfredse med at have hende i afdelingen. Hanne tilføjer, at hun er glad for dialysen – det er det, der halter mest kompetencemæssigt. Jørgen svarer, at det skal prioriteres. Han fortæller også, at de fremover skal holde møde en gang pr. måned af principielle årsager og at Hanne skal huske midtvejsevalueringen i marts. Mødet slutter efter ca. 30 min.

Observationsbilledet viser en vejledersamtale, hvor der primært er fokus på praktiske forhold i afdelingen, på produktionen, på Hannes specifikke arbejdsfunktioner og hvor driften sætter rammen. Samtalen har hovedsageligt karakter af en kollegial udveksling og planlægning, hvor Jørgen, dels orienterer Hanne om organisatoriske forhold på afdelingen, dels diskuterer medicinsk faglige spørgsmål. Jeg vil diskutere observationsbilledet yderligere i den følgende teoretiserede opsamling.

8.2 Opsamling på Jørgens vejlederperspektiver

Analysen viser, at Jørgen primært i sin vejlederfunktion orienterer sig rettet mod *'Produktions-/producentfeltet'* (Bottrup 2002), hvor det styrende rationale er effektiv og hensigtsmæssigt udførelse af arbejdet med fokus på at skabe ydelser og produkter med den bedst mulige ressourceudnyttelse – der kan karakteriseres som en målrationel handlen (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). Det har betydning for det *'læringsrum'* (Bottrup 2001) vejledningsprocessen skaber i arbejdet, som jeg i det følgende, vil beskrive nærmere.

Vejledningsprocessen som læringsrum

I observationsbilledet fra vejledersamtalen, hvor Jørgen vejleder Hanne, illustreres et fokus på effektivitet og resultater. Jørgen sætter rammen for samtalen ved at sige, at de blot skal følge op og at der ikke er så meget – dermed er tidsrammen for mødet sat til at være kort. Dette signal understøttes af, at Jørgens telefon ringer og han siger til den, der har ringet op: *'Jeg har vejledermøde med Hanne. Jeg kommer om lidt'*. Jørgen afbryder opkaldet og spørger: *'Hvor kom vi fra – blev vi ikke færdige med det?'*. Dermed er fokus for samtalen rettet mod effektivitet og lægger ikke op til tidskrævende processer. Det sender endvidere et signal til Hanne om, hvordan vejledningen prioriteres og et metabudskab om, hvordan Hanne som vejledt, fagperson og menneske prioriteres i forhold til andre opgaver i afdelingen (Handal og Lauvås 2007).

Da Hanne fortæller om, hvordan hun generelt fungerer og hvad hun trives med, følger Jørgen ikke op på dette, men flytter fokus fra de personlige aspekter til, hvordan en ny telefonordning i afdelingen fungerer. Dermed sender han et signal om, hvilke indholdsmæssige rammer der er for samtalen og hvad der betragtes som relevant og legitimt at drøfte i vejledningsprocessen. Det skaber en ramme for læringsrummet, hvor nogle former for læring er 'rigtige' og andre former for læring er 'forkerte', hvilket reducerer subjektive handlemuligheder og begrænser indsigt (Bottrup 2001), der kunne give grundlag for at etablere fælles forståelser og intersubjektive processer (Habermas 2004).

I et litteraturreview om effektiv klinisk supervision beskrives det som en barriere, når vejledere også varetager en ledelsesfunktion, idet administrative og planlægningsmæssige anliggende kan forskyde fokus i vejledningsprocessen og dominere indholdet (Martin et al. 2014). Jørgen varetager en ledelsesfunktion i afdelingen, hvilket kan give ham udfordringer med at adskille sine funktioner. Hanne vender i samtalen tilbage til at tale om, hvad hun trives med og at hun sætter pris på, at der er god tid i ambulatoriet – hvilket er uvant for hende, men noget, hun betragter som positivt. Til dette svarer Jørgen, at tempoet skal speedes op fremadrettet og patienterne afsluttes hurtigere pga. ressourcemangel og besparelser uden at drøfte betydningen og konsekvenserne af dette for Hanne som lærende subjekt. Da Hanne direkte siger, at hun gerne vil have Jørgen til at observere hendes kliniske arbejde og give konkret feedback, afslår han ved at sige, at det går godt – uden at spørge ind til hendes læringsbehov. Jørgen beder Hanne forberede undervisning af yngre læger, som hun forsøger at undslå sig pga. travlhed og med reference til, at der er pres på op til jul. Jørgen spørger ikke ind til dette, eller taler med hende om, hvorvidt hun generelt føler sig presset og om hun oplever sammenhæng i de krav, der er til hende.

Således er der ikke noget fokus på hendes emotioner, oplevelser og konkrete udfordringer i selve vejledningsprocessen. Det illustreres i samtalen, at disse udgrænses og marginaliseres (West 2010, McNaughton 2013) og at det pres Hanne giver udtryk for at opleve, ikke anerkendes, legitimeres eller medieres vejledningsmæssigt. Dermed skal hun selv håndtere emotionsarbejdet, hvilket især kan have problematiske konsekvenser i en presset arbejdskontekst, hvor tempoet kontinuerligt skal accelereres (Burkitt 2014).

Handal og Lauvås (2010) retter fokus på, at vejledning om personlige forhold har betydning for arbejds- og læringsmiljøet og ofte savnes på arbejdspladser og på uddannelsesinstitutioner. Det kan handle om almenmenneskelige problemer som fx en kombination af stor arbejdsbelastning og en presset hjemmesituation, eller tvivl og usikkerhed, der kan kategoriseres som personlige, men er sammenhængende med arbejdet og uddannelsen. Jørgens vejledning af Hanne, belyst via observationsbilledet og interviewet, inddrager ikke personlige forhold, men kan karakteriseres som målrationel med fokus på resultater og effektivitet og på de handlinger, der bør vælges for at nå målene (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b) domineret af en produktions- og effektivitetslogik (Bottrup 2002), der ikke åbner for dialogiske og forståelsesorienterede processer (Handal et al. 1990, Habermas 2004).

Med Jørgensen og Warrings (2002) model for læring i arbejdslivet illustreres det, at vejledningsprocessen særligt ikke understøtter Hannes muligheder for social interaktion og de belastninger, hun oplever i arbejdet i *'det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* og særligt ikke understøtter hendes betingelser for at have arbejdsfællesskaber og kulturelle fællesskaber i *'det sociale læringsmiljø'*. Således understøtter den formelle vejledningsproces, belyst via det konkrete observationsbillede ikke at styrke sammenhængen og dynamikken mellem hendes *'læringsforløb'*, læringsmiljøerne og de udfordringer, hun oplever igennem sit uddannelsesforløb og arbejdsliv.

En forklaring kan være, at vejlederfunktionen i hverdagen opleves som svær at prioritere for vejlederne og vanskelig at gennemføre pga. tidspres, travlhed, sygemeldinger etc., hvilket sætter vejledningsprocesserne under pres for vejlederne (Handal og Lauvås 2007). Hanne opfattes og opleves af Jørgen som en dygtig og uproblematisk læge og dermed ikke som en, der skal bruges ressourcer på. Hermed mødes de behov Hanne har ikke i forhold til de udfordringer, hun oplever med at skabe sammenhæng mellem familieliv og uddannelses- og arbejdsliv og i forhold til usikkerhed og tvivl om sit eget faglige niveau og kompetencer. Her ville en kommunikativ rationalitet med fokus på etablering af fælles forståelser, mening og identitet (Handal et al. 1990, Bottrup 2002, Habermas 2004) være velegnet og meningsfuld, men Jørgen orienterer sig som vejleder indenfor det målrationelle paradigme.

Dermed er Jørgens vejledningsmæssige fokus rettet mod en forståelse af vejledning som fænomen, hvor han vejleder ud fra det, der i vejlederens og tradi-

tionens opfattelse er det 'rigtige' og ikke ud fra, at tydeliggøre Hannes egen praksis og skabe refleksioner om denne hos hende (Wackerhausen 2009, Frost 2010, Lauvås og Handal 2010). Således ekskluderer det *'læringsrum'* (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004), vejledningsprocessen udgør, Hannes identitetsprocesser (Schütze 1983, Schütze 2008, Wackerhausen 2009, Hafferty 2016) samt hendes emotioner og håndtering af emotionsarbejdet i arbejdet (McNaughton 2013, Burkitt 2014). Dermed er der et stort læringspotentiale, der ikke udnyttes i vejledningsprocessen som begrænser de læringsbetingelser og læringsmuligheder (Jørgensen og Warring 2002), der kunne skabes via arbejdet og endvidere reducerer det subjektive handlerum (Schütze 1983, Schütze 2008, Bottrup 2001, Hafferty 2016) i en målrationel ramme (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2205b).

8.3 Emilios perspektiver på vejledning

Emilio er Rasmus' hovedvejleder og er speciallæge på en medicinsk afdeling i Region Sjælland. Interviewet foregår i et konferencelokale på en klinisk afdeling og varer ca. 50 minutter. Emilio har udenlandsk baggrund, men har taget sin speciallægeuddannelse i Danmark. Han har et par års erfaring som hovedvejleder og har været på vejlederkurser.

Emilio: *'Det er derfor, jeg altid starter med den sociale del'*

Emilios holdninger til vejledning tager afsæt i egne oplevelser og erfaringer, fra da han selv var under uddannelse, hvilket præger hans egen måde at vejlede på i dag og de værdier, han knytter til sin funktion som vejleder:

> Dengang jeg var reservelæge. Jeg ville gerne have den vejleder der siger: 'Ved du hvad du… Du har det… du gør det rigtig godt, bare fortsæt.' 'Eller ved du hvad, der er et lille problem vi skal lige snakke om det'. Det har jeg aldrig haft. […] Jeg har haft to introduktionsstillinger og jeg vidste ikke, hvor jeg var henne. Før der var en læge der sagde: 'Det går godt, du skal ikke være bekymret. Du skal bare fortsætte'. Og så det der var det der var sådan skub ikke og… Hele min karriere. For hvis de sagde… Hvis jeg ikke får noget reaktion fra folk, hvis der ikke er nogen som kommer med noget tilbagemelding. Så ved du ikke, så derfor derfor du bliver mere forvirret. Så siger jeg. Hvad er rigtigt? Skal jeg være mediciner skal jeg være kirurg, skal jeg skifte? Skal jeg gå til forskning? Jeg skal bare løbe væk fra det her, hvor jeg er. Men hvis du får ros og siger du er dygtig her, det skal du bare fortsætte. Så… så ved man, at det her er det rigtige sted, man er.

I Emilios tilgang til funktionen som vejleder og i praktisering af den konkrete vejlederrolle, trækker han eksplicit på, at han selv har oplevet at være usikker fagligt, særligt i forhold til valg af speciale, hvor han oplevede betydningen af, at få vejledningsstøtte, der gav ham ro, sikkerhed og støttede hans faglig identifikation. For Emilio er det derfor væsentligt i vejledningsprocesser at styrke selvværdet samt mindske tvivl og usikkerhed. I forhold til den konkrete vejledning, er Emilios fokus primært rettet mod det sociale som den vigtigste faktor eller grundlæggende præmis i vejledningsprocesserne:

> Jeg arbejder på det der sociale mere end fagligt, fordi det faglige du kan altid komme og… og lære det. Altså hvis du kommer ud her, du kommer på oplæring hos mig. Jeg skal være din vejleder. Det er ikke sikkert jeg kan… Du kan opfylde dine krav 100 % altså, så du bliver rigtig sikker ikke? Du kan godt komme ud med en lidt lille smule løse ting. Men… men… det der sociale det smitter altid. Det er det der hjælper, på at gøre tingene nemmere for dig og for mig. Når du har tillid til mig […] så det hjælper altså. Og det det giver også lidt mere energi for at kunne producere mere.

Emilio oplever, at de yngre læger i dag er pressede og at der stilles mange krav til dem. Han søger derfor at fjerne noget af presset, så der skabes mentalt overskud til læreprocesserne og arbejdet. Det gør han via anerkendelse og ved aktivt at nedtone de vurderende aspekter overfor de formative i vejledningsprocessen. Han retter dermed et stort subjektivt fokus på de aspekter, han betegner som 'uformelle', hvilket vil sige alt det, der ikke direkte vedrører underskrifter på kompetencer og læringsmål. Emilio lægger vægt på de uformelle aspekter, der fjerner barrierer hos de uddannelsessøgende læger overfor at tale om det, der er sårbart i vejledningsprocessen:

> Hvis der er åben dør og du er interesseret som… som uddannelsessøgende læge. Så du kan altid komme og banke på døren og sige jeg mangler lige her. Hvad skal jeg gøre? Kan du hjælpe mig med?… Og så noget tillid. Tillid. Det er derfor, jeg siger, jeg altid starter med den sociale del af det, før jeg starter på det fagligt. […] Når du har det. Så du ved godt ham, pågældende, hvis han mangler noget, hvordan så, så han kommer til dig uden at være tilbageholdende og være læge. […] Jeg gør det altid sådan. Jeg starter med… Jeg siger min dør er åben. Du kan bare komme og sige hvad du har… hvad du har… hvad du synes, der går godt, hvad du synes, du ikke synes går godt. Så vi snakke om det. Det er formelt samtaler, det er selvfølgelig vigtigt. Men jeg tror det er vigtigt, at man har det uformelle.

Selv om Emilio anerkender, at det formelle er vigtigt, oplever han det også som en barriere for vejledningsprocessen. Dermed søger han at etablere et

forståelsesorienteret socialt rum, hvor den uddannelsessøgende læge, kan komme til ham med det, der er svært og udfordrende. Det søger han at sikre både i forhold til det specifikke sociale rum, vejledningsprocessen udgør og i læringsmiljøet generelt, hvor han markerer sine egne normer i kulturen fx ved at gå til de seniore læger, der har rettet en hård kritik mod en uddannelsessøgende læge. På den måde søger Emilio også at påvirke kulturen i afdelingen:

> Han eller hun ikke være tilbageholdende og komme og sige alt til dig. Generelt det der er specielt mellem mig og hende, fagligt og så generelt hvis der er en anden overlæge fx har været lidt hård ved en kritik på osv... Så kan man godt sige at man… Er det, jeg har lavet forkert sådan at man skal være meget sådan på en måde være lige på. Så kan jeg godt tage det også med mine kollegaer og sige, hvorfor du var sådan, fx. Ikke?

Det der er centralt for Emilio, er kulturen som afgørende for både arbejdsmiljøet og læringsmiljøet og dermed også for de vejledningsprocesser, der foregår. Han betragter også kulturen som udslagsgivende for rekruttering til både specialet og afdelingen: *'Miljøet bliver også meget passende. Så tænker du kommer tilbage til det her sted, hvor du arbejdede. Til gengæld hvis du har… hvis der er negativt, negativt du kommer aldrig til… altså'*. Kulturen, arbejdsmiljøet og læringsmiljøet skabes og påvirkes, i Emilios optik, via dialog, forståelse og gensidig respekt:

> Vi har selvfølgelig mange forskellige generationer nu. Der var en… Altså vi snakker om speciallæge ikke også? Der er mange forskellige aldersgrupper. Alle har haft deres kultur og blevet… Så det… det er ikke nemt, men man finder det her fælles interesse. Fælles holdepunkter, synspunkter på de ting. Og det kommer kun ved dialog og så man accepterer hinanden, ikke? Hvis jeg har en halvfjerdsårig overlæge foran mig. Jeg skal lige forstå det at halvfjerdsårige er uddannet tredive år før end mig. Så han har sikkert noget andet som… Det er hans opdragelse eller hans sådan lægeerfaring […] Hvis jeg accepterer han accepterer min også som en ny generation af det jo. Så kommer man det der til fælles interesse og til gavn.

Det centrale for Emilio er altså det sociale og de menneskelige relationer. For ham er det væsentligt hele tiden at arbejde på, at forbedre det sociale miljø som udgangspunkt. Derfor søger han at etablere en tillidsfuld relation og det er relationen mellem ham som vejleder og den uddannelsessøgende læge, der sætter rammen for, om vejledning overhovedet har betydning:

> Men det som det er som nøglen. Derfor så at du finder det der korrekte relation. Selvom det er kort tid. Men det er ikke så svært. Der sidder folk og viser de smiler. Der er forskel jo. Vi er mennesker jo. Altså det… Kulturelt så er vi

> fra… Jeg er ikke dansker-dansker, men det er mennesker. Det er meget basale i det instinkter også. Hvis jeg sidder med en kollega, som ikke hilser, vi ikke siger god morgen. Så jeg kan ikke sidde et kvarter ved samme rum med hende. Jeg vil hellere finde et andet sted og sidde. Og hvis man… har de det godt, så kan man timevis sidde mig og dig og snakke og vi ikke rigtig færdige med… Så det… det er… Begynder man som menneske og det der sociale del, så man bygger på det bagefter. Jeg synes altid fagligt. Det er ikke for sent, man lærer. Men det er sociale, man skal arbejde, hvis vi skal lave om på det danske kultur, så det er det jeg vil arbejde mere for.

Emilios fokus på tillid i vejledning og god afdelingskultur, danner altså rammer for hele hans tænkning af vejledningsprocesser. Det handler i hans optik om at møde hinanden mellemmenneskelig med respekt for forskellighed. Emilio beskriver det som vigtig i etableringen af tillid i vejledningsrelationen, at han som vejleder også udviser engagement – det skal ikke kun komme fra den uddannelsessøgende læge og det er ikke kun den uddannelsessøgende læges ansvar at drive vejledningsprocessen:

> Hvis du skal få det bedste ud af det der samarbejde. Så skal begge to være engagerede, mener jeg. Selvfølgelig det er ham, uddannelsessøgende læge skal komme... Men han skal også blive sikker, når han kommer og banker på døren på, at du tager imod hans spørgsmål og bekymringer.

I etableringen af tillid, fremhæver Emilio, at det er vigtigt at den uddannelsessøgende læge oplever, at der bliver lyttet fra vejlederens side og at den uddannelsessøgende læge oplever, at blive taget alvorligt. Hvis de uddannelsessøgende læger har erfaring med, at blive afvist eller føler, at de er til besvær eller ulejlighed, så er der en risiko for, at de ikke spørger igen. Dermed retter Emilio en kritik af kulturen i kraft af det arbejdsmiljø og læringsmiljø, han oplever og som er i modstrid med de værdier, han personligt har. Kulturen påvirker han aktivt implicit via sin egen praksis og eksplicit via kritisk udfordring af kollegers praksis:

> Når de kommer og det specielt når spørger, så får de en ordentligt svar. En ikke sådan… Jeg har selv oplevet som læge, at spørge en seniorlæge og så spørge om, kan du lige kigge på det hjertediagram eller sådan. …Til konferencen: 'Jeg kan ikke, jeg har ikke tid lige nu, du kommer…' Altså når du spørger en gang og folk så ikke svarer, så de tør ikke spørge mere. Så du… Kan du følge det? Ja. I stedet for at sige, jamen jamen, kigge på det. Hvad tænker du på ja, ja? Kig lige sådan her, så er det bare… Det koster ikke særlig meget. 3-4 sekunder, ikke?

Emilio oplever ikke, at det generelt er vanskeligt som vejleder at vurdere og bedømme, hvilket fagligt niveau de uddannelsessøgende læger er på. Det sker i en kombination af uformelle observationer samt de formelle skemaer og læringsmål:

> Altså du skal bare bruge lidt tid og kigge på ham og holde øje med ham. Jeg vil ikke sige minutter. Men det kræver ikke særlig meget, så ved du hvilken type læge, de er. Det kan du også se det på de andres fag. Jeg arbejder på banken eller jeg arbejder i skole som lærer. Det er bare at kigge på, hvordan man bevæger sig og snakker og kommunikerer, så ved den læge, den lærer den fungerer, at det fungerer fint eller… […] Og det der kigger på listen [målene], ok. Nu kender jeg dig. Jeg har set og hørt dig. Hvis jeg er i tvivl, om punkt tre eller fem eller seks. Prøv lige at finde en case til mig i næste uge og så må vi snakke om det. Hvorfor det er svært? Jeg synes ikke, der er noget.

Emilio baserer sine vurderinger og bedømmelser på faglige fornemmelser og observationer af de uddannelsessøgende lægers sociale interaktioner, han kombinerer med læringsmålene. Han trækker dermed ikke på objektive og validerede kompetencevurderingsredskaber i sine bedømmelser. Endvidere drøfter overlægerne og speciallægerne de uddannelsessøgende læger og Emilio henter herigennem også viden om, hvordan de uddannelsessøgende læger, han vejleder, klarer sig:

> Så jeg kender de fleste som der er… går som forvagt. Det er mere dem der arbejder… så er der altid nogle nye, ikke? Men det er om ganske kort tid, så ved vi godt, hvordan de fungerer der. Så vi kan godt give hinanden et… sådan oplysninger, information om… Ham her fx han har de her svage punkter. Skal de lige rettes på lidt eller… Det gør vi altid… løbende.

Emilio har primært et biomedicinsk fokus i forhold til at vurdere de uddannelsessøgende lægers kompetencer, hvor de øvrige kompetencer – ud over kommunikation – ikke italesættes. Dermed forekommer kompetencer indenfor ledelse, professionalisme, samarbejde, sundhedsfremme og akademiske områder ikke at være spørgsmål, Emilio forholder sig til, når han beskriver sin funktion som vejleder og de oplevelser og erfaringer, han knytter dertil. Disse vidensdomæner forekommer udgrænsede i beskrivelserne af de områder, Emilio har fokus på i selve vejledningsprocessen. Der hvor Emilio oplever, at han ikke kan vurdere de uddannelsessøgende lægers niveauer og kompetencer, er beskrevet i forhold til patientkommunikationen, hvor der ikke er nogen form for direkte observation fra andre seniore læger og vejledere. Der-

med har han et begrænset grundlag for at give underskrifter knyttet til disse kompetencer:

> Altså fordi med den patientkommunikation. Det kan du aldrig vide det. Når du går som stuegang læge eller vagthavende folk. Så man går ikke med hinanden og siger, hvordan du snakker med folk. Altså patienter.

En anden udfordring Emilio retter fokus på, er at forventningerne fra patienternes side, er anderledes end før i tiden og at kravene til kommunikationen er øget, hvilket stiller større krav til læger i dag. Endvidere er lægers autoritet og professionens status blevet forandret gennem tiden med et stort fokus på dokumentation og registrering – der i Emilios perspektiv underminerer professionens autonomi og status:

> Selve det der status. Selvom der… Danmark er meget liberalt land. Men… men jeg tror der er tingene også bliver anderledes. En læge fra 50'erne, det er ikke samme læge som nu. Folk kommer med… med en liste over patientens rettigheder og vil skælde ud over lægen og så skal du berolige. […] Altså nu kommer jeg fra anden kultur som hvor læger har højre status end i Danmark. Fordi det er sådan kulturelt. Jeg tror der… De fleste lande sådan at læger, det er sådan… Når du går til læge, så hvis du bare hører, du må ikke sige rigtig meget. Og her, lægen er ligesom almindelig arbejde, service, ikke også? […] patientens sikkerhed... dokumentation, registrering. Altså der er en række ting.

Emilio oplever kravene til sundhedsprofessioner i form af dokumentation og registrering som en faglig forringelse, hvor fokus i arbejdet forskydes fra de menneskelige relationer og den personlige kontakt til fokus på dokumentation og registrering af handlinger og ydelser:

> …det kommer på bekostning af det faglige. I stedet for man tænker på… det gælder også sygeplejerskerne i vores system. Alt det registrering. Når du bliver presset med det der dokumentationssystem. Så du mister det fokus om, hvad det drejer sig om. At det drejer sig om, man skal være lige skrive i papirerne, at man har set patienten og at blodtryk er sådan eller skal jeg se patienten, har det godt, jeg har snakket med ham. Så det man mister det, den mere kontakt og mere menneskelige del af det. Det er relationen en læge eller sygeplejerske til patient. I stedet for man laver det… Så det. Alle de der nye systemer kommer. Registration, registrering og så dokumentation og de love og patientens rettigheder og… Så det begrænser det. Altså det bliver sværere.

Emilio er også kritisk overfor de formelle uddannelsesmæssige krav i relation til dokumentation og registrering, som han mener, fjerner fokus fra professi-

onens kerneopgaver og autonomi. I det hele taget mener han, at der er et stort pres på unge læger i forhold til opbrud i lægers autoritet – både i forhold til staten og i forhold til patienterne, der stiller krav til deres behandling såvel som til kommunikation, der skal være dialogisk og ikke monologisk. Det stiller større krav til de yngre lægers kompetencer og til den mængde af pres, der er i arbejdet. Emilio er endvidere kritisk overfor bureaukratiet fra myndighedernes side, som han ser den formelle del af vejlederfunktionen som et udtryk for:

> Jeg kan ikke lide bureaukrati. Men så nu har jeg sådan selv den Rasmus, som han har problem med fx ikke? Du snakkede om Rasmus, du har også mødt ham. Han har lidt rod i hans uddannelsespapirer. Jeg tror, jeg har sagt fire-fem gange til ham: 'hvornår kan vi sidde sammen og snakke?' Jeg er ikke bekymret over, hvad han kan fagligt. Men han kan ikke rigtigt selv… han har et problem i hvert fald centralt. At han ved ikke hvilken papir, der skal underskrives i sådan en kompetencebog, ikke? […] Jeg er selv provokeret. Men jeg… det er hans opgave, at skulle finde det tid og selv komme til mig ikke også? hvis tingene ikke… Hvis de ikke sådan går, som efter planen. Jeg er ikke bekymret over hans kvalitet som læge, ikke også? Men… Men alligevel.

Den konkrete situation omkring Rasmus' udfordringer med at finde de rigtige uddannelsesdokumenter opleves modsætningsfyldt af Emilio. På den ene side, bliver han provokeret over bureaukratiet og dokumentationskravet, på den anden side bekymrer det ham, hvorfor Rasmus ikke har styr på sine papirer og hvorfor det er så svært, at få det løst. Helt konkret blokerer det for, at de kan afholde deres første vejledersamtale og udgør dermed et praktisk problem.

Vejledersamtale mellem Emilio og Rasmus

For at sætte fokus på indholdet i samtalerne og praktisering af den formelle vejledning, har jeg valgt at inddrage et observationsbillede fra den vejledersamtale, jeg observerede mellem Emilio og Rasmus. Den afholdes på et kontor i en klinisk afdeling:

Observationsbillede - vejledersamtale

> Emilio kommer ind på kontoret og undskylder, at han først kommer nu. Han har været på nattevagt og han ser træt ud. Han sætter sig ned og siger med reference til, at Rasmus ikke kunne finde de uddannelsesdokumenter, der skal anvendes: Nå Rasmus – har du fået styr på det? Rasmus forklarer om de ud-

dannelsesdokumenter, han har fundet og viser Emilio, hvor der er en tjekliste over læringsmål.

Emilio spørger, om det er logbogen - er det de rigtige papirer? Emilio bladrer i stakken af papirer og spørger: Hvilke mål kan gælde dig – og hvorfor starter det på side 18? Rasmus svarer, at det foregående alt sammen er introduktion og indledning. Rasmus siger, at der mangler nogle kompetencevurderingsskemaer og dem, vil han prøve at lede efter. Emilio forklarer, at nogle af underskrifterne kan de ikke tage nu, for de faglige elementer kan ikke opfyldes i afsnittet. Andet kan underskrives nu: kommunikationen kan jeg godt skrive – jeg har ikke noget problem med det og at gennemføre stuegang, kan jeg også underskrive. Rasmus siger i en lettet tone: det lyder fint!

Emilio skriver under på flere kompetencer. Han spørger Rasmus, hvilken afdeling han skal på bagefter. Rasmus fortæller, at han ikke kan komme på den afdeling, der var planlagt pga. omstruktureringer, så han har fået forlænget sit ophold i afdelingen. Rasmus rækker Emilio de skemaer og mål, som han har vurderet, han kan få underskrevet nu: 'væske og elektrolyt'? Emilio skriver under. Rasmus taber en stor bunke af de papirer, han sidder med ud over gulvet. Rasmus samler op. Emilio virker ikke som om, han bemærker det. De er begge tavse, mens Emilio skriver under. Emilio er igennem en bunke og spørger Rasmus: hvor skal jeg skrive under? Rasmus rækker ham nogle skemaer: 'stuegang' og 'udskrivelse'. Rasmus siger at han er i tvivl om de skal underskrives, men at det måske er godt at gennemgå dem. Emilio og Rasmus drøfter, hvordan dokumenterne skal forstås. Der bliver tavshed.

De underskriver begge og læser i stilhed. Emilio er nået til et skema, hvor han sætter en masse hak ned af en A4-side. Mens han sætter hak siger Emilio: Bliver du hos mig så? Rasmus når ikke at svare, for der er kludder i dokumenterne. Emilio siger til Rasmus, at han skal være opmærksom på, at han kan få nogle fokuserede ophold. Om han har mulighed for det? Er det et krav? spørger Rasmus. Han spørger også, hvor lang tid sådan et ophold er? En dag svarer Emilio. Det er altså et kort ophold, svarer Rasmus. Emilio bekræfter det. Rasmus siger, at det skal han huske – at presse på for at få. Emilio siger, at det er noget, han skal huske at være opmærksom på.

Emilio siger efter en pause: Det går rigtigt godt med dig – det sagde jeg også til Charlotte [mig, red.] den anden dag. Emilio fortsætter: Vi har også snakket om, at én ting er det formelle, men du kan også komme med noget uformelt; hvis du har dårlige oplevelser med en kollega eller noget, kan vi snakke om det. Du kommer bare… og jeg skal nok sige til, hvis der er noget, der ikke er godt nok.

Rasmus og Emilio aftaler, hvilke skemaer, Rasmus skal medbringe til næste møde, som de så kan underskrive. Emilio fortæller Rasmus, hvad han skal samle sammen af indlæggelsessedler mm. som de i fællesskab, kan kigge på. Emilio siger i relation til fokuserede ophold: hvis der er noget, du gerne vil

vide på andre afdelinger, kan jeg arrangere det. Jeg kender dem rigtigt godt og de er meget søde og rare. Så siger du bare til.

Emilio beder Rasmus finde en tid midt i december, så de mødes igen. Emilio spørger Rasmus: er der mere, vi skal snakke om? Rasmus svarer: som jeg fortalte Charlotte [mig, red.] den anden dag, føler jeg ikke, at jeg er så hurtig til stuegang. Emilio svarer: der er ikke noget. Det er svære patienter og afhænger også af, hvor grundig man er. Og du skal jo ikke være nefrolog. Du skal ikke tænke mere over det. Emilio går i gang med at forklare Rasmus, hvad han skal fokusere på at komme ud fra afdelingen med af kompetencer og hvad han skal fokusere på. Han understreger, at nefrologien er meget kompliceret og at man let føler sig dum. Rasmus svarer: Ja!

Emilio forklarer igen forventningerne til en læge, der ikke skal være nefrolog: hvad skal han kunne genkende, hvad skal han reagere på etc. og hvad Emilio vurderer Rasmus på; hvordan han træffer beslutninger, hvad han spørger om osv. Han siger også, at det er klart, at nogle af de andre uddannelsessøgende læger, der skal være nefrologer, er hurtigere, men dem skal Rasmus ikke sammenligne sig med.

Rasmus siger, at han selv er opmærksom på det [at han er for langsom], tager hånd om det og har besluttet, hvad han kan korte ned: samtaler med patienter. Emilio tager ordet: her på afdelingen har du tid til at læse inden, du går ind til en patient og du kan spørge her [andre læger]. Så skal du ikke stå foran patienten og ikke vide, hvad du skal svare. Ellers siger du bare til patienten, at du kommer tilbage med svar efter konferencen. Brug kollegerne.

Rasmus svarer, at han virkelig har lært meget på afdelingen. Emilio fortsætter: og du må altid afbryde os. Rasmus siger, at det er svært at vide, hvornår man kan udskrive folk. Emilio svarer, at Rasmus skal tage det, han kan bruge. Der er ikke nogen formel for det og to læger kan være uenige. Mødet slutter efter ca. 45 min.

Observationsbilledet fra vejledersamtalen viser, hvordan Emilio som vejleder i praksis søger, at etablere den relation, han mener, er central for, at Rasmus opbygger tillid til ham. Det illustreres også, at meget fokus rettes mod håndtering af uddannelsesdokumenterne og på at underskrive for mål og kompetencer. Jeg vil diskutere observationsbilledet yderligere i den følgende teoretiserede opsamling.

8.4 Opsamling på Emilios vejlederperspektiver

Analysen viser, at Emilio primært i sin vejlederfunktion orienterer sig rettet mod det *'Uformelle sociale felt'* (Bottrup 2002), hvor det styrende rationale er etablering af mening og identitet i forhold til arbejdet – der kan karakteriseres som en kommunikationsrationel handlen (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). Det har betydning for det *'læringsrum'* (Bottrup 2001) vejledningsprocessen skaber i arbejdet, som jeg i det følgende, vil beskrive nærmere.

Vejledningsprocessen som læringsrum
I observationsbilledet fra vejledersamtalen, hvor Emilio vejleder Rasmus, fremgår det, hvordan Emilio søger at etablere en udviklende formativ vejledningsproces baseret på tillid, åbenhed og forståelse. Det fremgår også at et stort fokus i samtalen er på dokumentation og vurdering af mål, hvilket retter fokus på samtalen som en summativ proces, der markerer tydelige bedømmelseselementer, der er i konflikt med Emilios egne intentioner og værdier.

Dermed er der en målrationel og resultatorienteret ramme omkring vejledningsprocessen, der påvirker det *'læringsrum'* (Bottrup 2001), der etableres og karakteriseres som et dilemma, der opstår, når vejledning og evaluering kobles (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015). Dette vil for den vejledte forskyde fokus fra vejledningsprocessernes formative elementer til de summative vurderingselementer, hvilket minimerer tillid og åbenhed i forhold til at blotte sine svage sider, sin usikkerhed og de udfordringer, man har (Lauvås og Handal 2010, Martin et al. 2014, Eika et al. 2015) i klar modstrid med Emilios intentioner som vejleder.

Observationsbilledet viser, at Rasmus reagerer med lettelse, da Emilio siger, at han ikke har problemer med at give Rasmus underskrift på en række kompetencer, hvilket understreger, at der noget på spil i situationen, som også markerer asymmetrien i vejledningsrelationen, der er mindre ligeværdig, end den relation, Emilio søger at etablere og det fokus Emilio søger for vejledningsprocessen. Observationsbilledet viser også, hvordan Emilio konkret i vejledningssamtalen italesætter sit vejledningsmæssige fokus på de formative elementer ved at sige til Rasmus: *'…én ting er det formelle, men du kan også komme med noget uformelt; hvis du har dårlige oplevelser med en kollega eller noget, kan vi snakke om det. Du kommer bare…'*. Således markerer han rammerne for vejlednings-

processen både i forhold til et signal om, at hans dør er åben – at han er tilgængelig og at indholdet i vejledningsprocessen også inkluderer aspekter, der berører koblingen mellem det personlige og det faglige område i sin vejledning (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015), der bryder med den målrationelle horisont (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b).

At eksplicitere dette fokus er centralt, for selv om vurderings- og evalueringsaspekterne vil dominere og forskyde fokus i vejledningsrelationen og i vejledningsprocessen, kan dette fokus minimeres ved at skabe en fælles forståelse af, at det er de udviklende og formative aspekter, der har forrang (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015). Endvidere søger Emilio at markere overfor Rasmus, at han kan have tillid til, at Emilio siger til, hvis der er noget, der ikke er godt nok. På den måde viser han, at han påtager sig det vejledningsmæssige ansvar for det faglige og søger dermed at skabe ro omkring Rasmus' lære- og identitetsprocesser, ved at mindske tvivl og usikkerhed (Illeris 2006).

Observationsbilledet viser, at Emilio søger at skabe en tillidsfuld vejledningsrelation ved at anerkende Rasmus. Han gør det ved at sige: *'Det går rigtigt godt med dig'* og understreger rigtigheden i udsagnet ved at sige, at det har han også fortalt Charlotte [mig, red.]. Dermed inddrages jeg som forsker, til at bevidne og berigtige det skete og understrege betydningen af det sagte. Det er ikke bare noget, han siger, for han har *også* sagt det til mig. Det kan emotionelt skabe sikkerhed hos Rasmus, hvilket Emilio selv har fundet betydningsfuldt da han var uddannelsessøgende læge. Konkret har han endnu ikke meget viden om, hvordan Rasmus klarer sig, da Rasmus er ny i afdelingen og det er deres første møde. Pointen er, at etablere den vejledningsrelation Emilio finder central for vejledningsprocessen.

Efterfølgende sker der det, at Emilio spørger Rasmus, om der er andet, de skal tale om. Rasmus fortæller, at han har et problem med, at han ikke føler, han er hurtig nok til stuegang. Her bliver min position som forsker igen brugt til at berigtige det sagte: *'…som jeg fortalte Charlotte den anden dag…'*. Emilio reagerer ved at sige, at der ikke er et problem og at Rasmus ikke skal tænke mere over det. Emilios fokus i vejledningsprocessen er på at skabe tillid, fjerne usikkerhed og tvivl. Han begrunder Rasmus' udfordringer via specialets specialiserede kompleksitet. Dermed nedtoner Emilio problemet og der skabes ikke dialog med udgangspunkt i Rasmus' oplevelser, erfaringer og udfordringer, der går på tværs af specialer. Rasmus italesætter selv en strategi for de

handlemuligheder, han oplever, han har for at løse sit problem, som er, at han kan korte ned på sin kommunikation med patienterne. Dette bliver ikke dialogisk medieret og kritisk udfordret (Wackerhausen 2009, Burkitt 2012) i den pågældende vejledningsproces, belyst via observationsbilledet.

Emilio opererer med et læringsbegreb, hvor det sociale kommer før det kognitive og den forståelse, er vejledning indlejret i for ham. Emilios vejledningsmæssige praksis rettet mod tillid og forståelse, skal ses i sammenhæng med hans subjektive værdiorientering og egne erfaringer. Emilio er kritisk overfor de arbejdsvilkår, de sundhedsprofessionelle oplever i form af bureaukrati, kontrol, registrering og målinger, der i hans optik reducerer de professionelles autonomi og som forskyder det faglige fokus, som Frost (2010) beskriver som en udfordring for moderne professionelle og for det professionelle arbejde, der er i konstant forandring, hvilket fordrer kollektive og individuelle refleksionsprocesser at håndtere.

I Emilios vejledningsperspektiv er der ikke eksplicit noget fokus på refleksion og det afspejles heller ikke i praksis i observationsbilledet fra vejledersamtalen, at der lægges op til refleksive processer over egen eller andres praksis eller i forhold til at koble teori og praksis (Lauvås og Handal 2007, Wackerhausen 2009, Eika et al. 2015). Det dialogiske fokus kan dog implicit skabe rum for at refleksioner knyttet til emotionelle aspekter og identitetsprocesser medieres via vejledningsprocessen, men udfordres af, at vejledningsprocessen er koblet til bedømmelses- og vurderingsaspekter, som kan være en væsentlig barriere for at udstille sårbarhed og usikkerhed (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015).

Med Jørgensen og Warrings (2002) model for læring i arbejdslivet illustreres det, at vejledningsprocessen understøtter muligheder for social interaktion og understøtter at drøfte de belastninger, Rasmus oplever i arbejdet i *'det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* samt også understøtter hans muligheder for at have arbejdsfællesskaber og kulturelle fællesskaber i *'det sociale læringsmiljø'* medieret via selve vejledningsprocessen. Således understøtter den formelle vejledningsproces, belyst via det konkrete observationsbillede mulighed for at styrke sammenhængen og dynamikken mellem hans *'læringsforløb'*, læringsmiljøerne og de udfordringer, han oplever igennem sit uddannelsesforløb og arbejdsliv. Dette udfordres dog i kraft af de institutionelle rammer omkring vejledningsprocessen, der understøtter mål-rationalitet.

Dermed er det *'læringsrum'* (Bottrup 2001) vejledningsprocessen udgør på den ene side domineret af en kommunikationsrationel handlen, der åbner op for dialoger, der inkluderer personlige aspekter og på samme tid domineret af målrationalitet (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b), der gestaltes via de formelle krav til kontrol og dokumentation, som skal håndteres og balanceres i vejlederrelationen (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015). Det manglende fokus på refleksioner i vejledningsprocessen begrænser de læringsbetingelser og læringsmuligheder, der er i arbejdslivet koblet til de uddannelsessøgende lægers konkrete erfaringer, som dermed ikke eksplicitteres, medieres eller udfordres kritisk i vejledningsprocessen (Wackerhausen 2009, Burkitt 2010, Burkitt 2012).

8.5 Henriks perspektiver på vejledning

Henrik er Adams hovedvejleder og er overlæge på en kirurgisk afdeling i Region Hovedstaden. Interviewet foregår på et kontor i en klinisk afdeling og varer ca. 50 minutter. Henrik har 15-20 års erfaring som hovedvejleder og har endvidere et ledelsesansvar. Han har varetaget et lektorat på universitetet for en del år siden og har erfaring med lægeuddannelse før og efter uddannelsesreformen på den lægelige videreuddannelse.

Henrik: *'Det kan sagtens lade sig gøre, hvis folk var mere dedikeret til det'*

Før uddannelsesreformen, der blev implementeret i 2003, var der ingen læringsmål og ekspliciterede krav til de uddannelsessøgende læger. Henrik oplevede i begyndelsen uddannelsesreformens implementering som udtryk for bureaukrati og kontrol, men erkender, at han synes, det har været en forbedring af den lægelige videreuddannelse:

> Men dengang der var det jo der… det var… I starten var der jo ikke rigtig noget formelt. Men så kom der senere de der papirer, man skulle udfylde og afkrydse og afkrydse skemaer og lægge planer og sådan noget. Det har ændret sig… […] Hver gang der er nogle der indfører noget bureaukrati, så er man altid en lille smule mistænkelig, ikke? Men… men det viser sig jo ret hurtigt, at det er opstået af de mangler, der var før, at man kunne dokumentere, der var nogle mangler. Så derfor er det meget naturligt, ikke? Og det er jo ikke besværligt. Det er også en hjælp for den uddannelsessøgende, kan jeg huske. Man kan krydse af og sige nu har jeg den kompetence og så kan jeg gå videre. Det var sådan set meget godt, synes jeg.

Dels har uddannelsesreformerne styrket uddannelsen i form af, at kunne dokumentere mangler, dels oplever Henrik den, som et godt redskab til de uddannelsessøgende læger. Generelt er han kritisk overfor den uddannelse, de uddannelsessøgende læger får i relation til, at de ofte arbejder usuperviseret i klinikken og selv skal varetage deres uddannelse i vid udstrækning. Det mener han er et svigt, der koster på produktionssiden, hvilket han kobler til den kultur, der er i forhold til lægeuddannelse i Danmark:

> Vi havde en fyr der hed… Nej nu kan jeg sgu ikke lige huske det. Men han kom… Han gennemførte kursistforløb i Hamborg og han havde ikke lavet ét selvstændigt indgreb. Men til gengæld havde han lavet en fandens masse indgreb - superviseret. Han var sindssygt dygtig. Det synes jeg, var noget, man burde have skrevet sig bag øret, at… at der er meget mere, at man er meget mere… går sammen med en. Samtidig med… Og så får man opgaver for og alt mulig mærkeligt, de skal læse på af ting og sager, ikke? En rigtig god uddannelse. Det var sådan en kombination af mesterlære og kursus og selvstændige, hvad hedder det, studier og sådan noget. I hvert fald for hans vedkommende ødelagde det ikke hans gode fantasi og ideer med at lave ting og sager. Jeg synes, det var rigtig godt. Det synes jeg… Det har jeg ikke rigtig oplevet…. sådan… man gør så meget ved det her hjemme, i hvert fald. Jeg kunne godt ønske, der var lidt mere af det.

Henrik fremhæver uddannelsen i Hamborg for at være effektiv og af høj kvalitet i form af god uddannelsesstruktur og tæt supervision. Henriks bekymring for uddannelsen i Danmark er, at uddannelsestiden er blevet reduceret samtidig med at de uddannelsessøgende læger ikke superviseres nok:

> Fordi uddannelsesforløbet bliver komprimeret mere og mere, ikke? Dvs. der stilles større og større krav til at du kommer ud i den anden ende og kan det her. Altså jeg undrer mig over lidt at de der traumatologer… at de ikke opererer mere. At de uddannelsesgivende ikke går med ind på operationsstuerne. Men venter til de [uddannelsessøgende læger] ringer, når de er løbet ind i problemer. Så kan de ringe efter dem [uddannelsesgivende læge]. Så er der gået tre kvarter med noget, der kunne have været færdig på en halv time.

Henrik anerkender ikke, at tid kan være en barriere i forhold til at supervisere uddannelsessøgende læger og heller ikke, at det skulle være nødvendigt, at de uddannelsessøgende læger arbejder usuperviseret. Dermed retter han kritik mod den måde, han oplever, uddannelsen bliver praktiseret på:

> Det synes jeg, er helt forkert. Jeg mener slet ikke, det er nødvendigt. Jeg hører en masse dårlige undskyldninger om …ja, men jeg skal gå stuegang og jeg skal alt muligt andet. Ja, men hvis du nu gik ned og opererede med den ud-

> dannelsessøgende, så var vi færdige på den dobbelte tid. Så kunne I begge to gå stuevagt. […] Fordi her der sidder de [uddannelsessøgende læger] jo også nogle gange tre kvarter og fedter med et eller andet, ikke? I stedet for at specialisten, eksperten gik med. Og så hvis man ikke er god nok og skal bruge tre kvarter. Så skal man have hjælp fra starten. Så bliver man bedre hurtigt. Og så får man også en højere produktion.

Patientsikkerhedsperspektivet er fraværende eller ikke-ekspliciteret i modsætning til behov rettet ind i professionen i form af bedre uddannelse, der kan give bedre produktion. Bedre produktion kan selvfølgelig implicit føre til bedre patientbehandling og øget patientsikkerhed, men målet italesættes og argumenteres af Henrik i forhold til 'produktionen'. Under alle omstændigheder, retter Henrik fokus på en ineffektiv praksis, han oplever, som han ikke subjektivt, kan se meningen med. Endvidere er han kritisk overfor, at de uddannelsessøgende læger har svært ved at få supervision, selv skal bede om den og risikere at blive afvist:

> Og det er så svært, fordi så skal de faktisk krybe rundt og bede om hjælp, tigge om hjælp. Og de er voksne mennesker, så de synes det er skide irriterende, at skulle bede nogen om hjælp, som så siger: 'det har jeg ikke tid til'. Så de gør det selv og de sidder og pukler i det her ambulatorium nogle gange og så bliver de sent færdige og de andre, som er færdige, er så gået. I stedet for lige at sige: 'nu er jeg færdig. Nu går jeg lige ind og tager en patient'. Hvis sådan en læge i min gruppe. Vi kan blive færdige med en patient på to minutter, ikke? Hvor det tager en reservelæge en halv time, ikke? Og nogle gange så er man nødt til at sige: 'nu skal vi lige have afviklet det her'.

Henrik betragter det som rationelt, at de uddannelsessøgende læger ikke beder om, eller holder op med at bede om supervision, fordi det er en ydmygende situation at placere dem i – som voksne lærende subjekter og arbejdskollegaer. Derimod skal hjælpen falde naturligt i form af samarbejde om de fælles opgaver. Organisatorisk er der taget et tiltag, for at øge dialogen og supervisionen i afdelingen, fortæller Henrik. Traumestuen er lagt ved siden af et speciallægekontor, så de yngre lægers muligheder for supervision sikres:

> Men… men organiseringen er jo egentlig god nok. Men det er sgu kulturen der er noget i galt med. Ja det tror jeg faktisk fordi, der… Man… Der sidder en overlæge, speciallæge, traumelæge ved siden af. […] Så i virkeligheden så kan de to læger, de kan sige: 'jamen vi går derned fem minutter før og så ser vi lige, hvad er det, der står på din liste. Hvad er der af problemting her, som jeg evt. skal hjælpe dig med, eller ind over… kan jeg give dig?' Så… Så vil de [seniore læger] selvfølgelig sige: 'jamen så når jeg ikke at gå stuegang'. Du når

> ikke at drikke din kaffe, det er måske nærmere det. Det kan sagtens lade sig gøre, hvis folk var mere dedikeret til det.

Henrik identificerer altså ikke den manglende supervision med organisatoriske problemer eller mangel på tid. Han identificerer udfordringerne med manglende supervision koblet til kulturen, hvor der stort set ingen konsekvenser er, hvis uddannelsen er dårlig – han kan dog huske én afdeling, der var ved at miste retten til at have uddannelsessøgende læger i afdelingen:

> Det er fordi du ikke bliver… Du bliver ikke dømt på det. Hvor var det for nogle år siden, da jeg var… Det var faktisk, da jeg var ledende overlæge. Var det [x-hospital] der var ved at få frataget … Ortopædkirurgisk afdeling på [x-hospital] var ved at få frataget undervisningsfor… undervisnings…. undervisning af uddannelsen, fordi de [uddannelsessøgende læger] fik ingen undervisning, overhovedet.

Henrik beskriver det dog som en undtagelse, at der er konsekvenser for afdelingerne. For Henrik er vejledning et fælles ansvar og han betragter sin funktion som hovedvejleder som aktiv i forhold til, at man ikke kan overlade ansvaret til de uddannelsessøgende læger alene, men det skal løftes i fællesskab og i et konkret samarbejde:

> Altså… Jeg mener jo at som… Vejlederopgaven er jo en… At du skal… DU skal give folk nogle flere kompetencer, sammen med dem. Altså man skal ikke bare overlade dem til sig selv og sige: 'nu kan du selv finde ud af det der og så… så ser du, hvordan det går'. Man skal helst være med.

Derfor oplever Henrik det som en barriere, når han skal vejlede en uddannelsessøgende læge, der ikke arbejder inden for samme faglige område eller subspecialisering, som han selv gør, da det dermed er vanskeligt for ham, at følge den uddannelsessøgende læges arbejde og faglige niveau så tæt, som han gerne vil:

> Næ, men altså for mit eget vedkommende er det, at det er kompliceret hvis jeg skal være vejleder for nogle, som skal gå i vagt og lære det der hedder traumekirurgi, så tager… så kan jeg ikke…. Det ligger ikke i min arbejds… min måde at arbejde på, at jeg har tid til det. Og jeg kommer ikke ned på de operationsstuer hvor… og jeg har ikke med de patienter at gøre, de ligger på andre sengeafsnit. Men jeg kan godt være… Hvis de kommer og siger: 'jamen jeg mangler det og det', hvis de nu, er havnet der. Så vil jeg tage fat i de mennesker, som er ansvarlige for det, jo altså… Dem, der skal lære dem at skrue de her skinner og skruer i og behandle, eller hvad det nu kan være, der kan mangle. Så vil jeg så prøve at gøre det på den måde. Hvis jeg nu bliver udpe-

get til at være vejleder for en, der ikke selv kan gøre det. Men så bliver det sådan mere procesorienteret.

Det bryder med Henriks vejledningsideal, at han må vejlede fra distancen og må lægge fokus på processen og lade andre tage sig af indholdet. Alligevel søger han at holde øje i de sammenhænge, hvor det kan lade sig gøre og så at sige svæve over vandene, så han kan gribe ind – han lader ikke initiativet ligge hos den uddannelsessøgende læge selv:

> Den sidste jeg var vejleder for, han var… jamen han var mere til at lave idrætskirurgi. Det er ikke min stærke side… Så det jeg sådan set skulle sikre for ham, det var jo at… at han kom rundt og så de ting som han skulle og han havde også… på et tidspunkt, havde han nogle mangler og så aftalte vi, at han skulle snakke med den sekretær, der lavede programmer. Så han kom på de stuer, hvor man lavede de ting, han ikke var så erfaren i. Så det var sådan set det eneste. Og så holdt jeg selvfølgelig øje med ham, når… Der hvor jeg ser dem [de uddannelsessøgende læger] der, er til morgenkonferencer, hvor de kommer og giver rapport fra deres vagter og så har jeg så snakket med ham, hvis de har afviklet det på en god måde eller en måske… der var noget, de skulle gøre sig lidt mere umage med. […] Det gør jeg sgu også med de andre, jeg ikke er vejleder for, vil jeg sige. […] …der holdt jeg øje med, hvordan han agerede. Og så var jeg også hans, hvad kan man sige, hans advokat i sammenhænge hvor overlægerne sidder og snakker om kursister, hvad de kan og hvordan de klarer sig. Og hvis de har noget at kritisere […] så registrerer jeg det med det samme, ikke? Og så ser jeg hov, hvad kan vi gøre ved det. Hvad kan vi gøre ved det. Jeg er ikke… jeg er ikke sådan en, der sidder nede på operationsgangen og lærer dem at skrue skruer i og sådan nogle ting.

Her er Henriks vejlederfunktion og rolle mest som den uddannelsessøgende læges *'advokat'* – altså en beskyttende funktion, der varetager den uddannelsessøgende læges interesser med fokus på processerne, frem for det faglige med *'at skrue skruer i'*. Henrik er aktiv – i forhold til kritik og i forhold til at lave tiltag, så de uddannelsessøgende læger får de kompetencer, de skal have. Det er dog ikke kun et fokus, der er rettet mod de yngre læger. Der er også fokus på, at de seniore læger kontinuerligt skal udvikle deres ekspertise. Dermed har Henrik også fokus på, at det at uddanne yngre læger også skaber læring og refleksion hos eksperterne:

> Vi havde også… vi havde… Før Adam, der havde vi en første reservelæge… en afdelingslæge som blev introduceret til at lave kunstige knæ. Og det der med at gennemgå ting, når man står og laver det, ikke? Fortælle hvad man laver, fortælle hvad man laver, hvad gør vi, hvad er der af faldgrube her, ikke? Men i virkeligheden så kan det først vise sin værdi, i det øjeblik hun står alene

uden den erfarne, eller eksperten. Fordi eksperten tager nogle ting for givet eller gør nogle ting reflektorisk, som de glemmer. Og siger: 'hov, men det her er ikke en helt selvfølgelighed at… at en tilfældig assistent ved en operation vil gøre det her, som jeg står nu og gør'. Og det er jo også det, man oplever som… når man bliver kastet ud i det. Så bliver man nogle gange kastet ud i det med en ikke erfaren assistent til den her operation, fx. Og så kører det helt ad helvede til og tager alt for lang tid, fordi man skal stå og forklare det hele. Og så opdager man lige pludselig, hvor svært det kan være eller hvor svært det er, ikke? Så… Men det er så det. Vi opererer også meget, også blandt… en anden overlæge, vi opererer vanskelige ting sammen. Simpelthen også for at… Vi synes, vi udvikler hinanden stadigvæk. Man bliver sgu aldrig færdig med at være ekspert, altså. Altså… Det kan man lige så godt holde lidt fast i. Så det gør vi.

Der er altså et lærende fokus i Henriks måde, at betragte vejlederfunktionen på for hele afdelingen. Fokus er dog specifikt på de specifikke kirurgiske færdigheder isoleret fra de kommunikative og samarbejdsmæssige aspekter, der også er centrale i kirurgers arbejde og kompetencer. Det kan være, at de implicit trænes via en tæt mesterlæremodel, men det kommer ikke eksplicit til udtryk. I det hele taget er kompetencer svære at arbejde med i specialet i relation til uddannelsen, hvor der kan være mange meninger om, hvordan de uddannelsessøgende læger klarer sig og hvordan, man vurderer og bedømmer deres kompetencer:

Og der er folk jo mere eller mindre kvalificerede til at udtale sig, om det de gør, hvis jeg må sige min mening. Så har jeg ikke sagt for meget, ha, ha, ha. […] Folk har en eller anden mening om, hvordan den ene eller anden klarer sig. Men… men… Det som jeg synes, er problemet. Det er, at der mangler meget ofte dokumentation. Det er sådan noget med:… 'Jeg mener at og jeg synes, jeg har indtrykket af…' Jeg synes… Jeg synes… Men det er så… Jeg synes man skulle… Hvis man skulle diskutere de uddannelsessøgende, så skulle man, dels fremlægge deres operationslister og… og... og hvis man havde et indtryk af, at de gjorde noget forkert, så skulle man diskutere, hvad det var de gjorde forkert. Og det skulle man selvfølgelig også gøre med dem selv… Men det går jeg ud fra, de har gjort, ikke? Men altså i det der forum der skulle… Der mangler vi ligesom sådan en: 'jamen hvordan er det nu, vi omtaler en kursist? Eller en:… Hvad er det for nogle kompetencer, vi forventer de skal kunne? Det er noget med at operere og kunne nogle ting. Ja. Kan de det? Har de mange komplikationer eller et eller andet og så… så er der de ting, som man ikke rigtig snakker om. Eller som man ikke rigtig, ved så meget om. Det er kommunikationsdelen, ikke? Hvordan er det, de her mennesker de agerer overfor patienter? Og der… Der er man lidt på glatis, tror jeg i virkeligheden mange gange, fordi det ved man ikke rigtig. I virkeligheden er det sygeplejerskerne, der bedst ved hvordan, de kommunikerer. Og de indgår jo ikke som nogle, der evaluerer de… altså uddannelsessøgendes forløb. Det

> bliver sådan noget, hvis man hører en sang, ikke? Så der er nogle ting omkring bløde værdier eller hvad man skal sige, ikke?

Specialet har uddannelsesprogrammer og målbeskrivelser med mål indenfor alle lægeroller – manifesteret i form af de formelle uddannelsesdokumenter samt krav om kompetencevurdering af disse aspekter. Selv om Henrik anerkender, at han som vejleder ikke ved, hvordan de uddannelsessøgende læger kommunikerer med patienterne, har han ikke eksplicit selv haft fokus på andet end de tekniske kompetencer i vejledningsprocessen:

> Dem jeg har været vejleder for. De har været så dygtige… Altså så det er ikke fordi, de har manglet så mange ting. De har jo som regel kunnet det meste, eller… Af de der, hvad kan man sige tekniske kompetencer. Jeg er ikke gået så meget op i deres akademikerrolle og de der ting.

Henrik anerkender, at det er vanskeligt som vejleder at bedømme og vurdere de uddannelsessøgende lægers niveauer og efterspørger mere konkret information, der kan danne grundlag for vurderinger, der er mere kvalificerede og præcise. Han erkender, at den viden, man som vejleder har de uddannelsessøgende lægers faglige niveauer er mangelfuld og at man mangler dybdegående viden. Endvidere er det vanskeligt at danne sig et kvalificeret indtryk af de uddannelsessøgende lægers progression, da der er mange ansatte på de store afdelinger og det er svært at skabe overblik over:

> Ja, jeg synes ikke, man er konkret nok. Nej det synes jeg faktisk ikke. Og så kan man risikere, man kommer til at bortdømme nogle, eller man kommer til at give nogle et skudsmål som måske ikke er helt rigtigt. Altså i den ene eller den anden retning, ikke? Fordi… altså… Så meget ved vi ikke. Det er svært at vide noget om, fordi der er så mange ansatte, ikke? Så derfor mener jeg, man godt kan opkvalificere sådan en diskussion med nogle ting, der skal være på plads. Altså netop operationer, komplikationer et eller andet… klagesager fx. Alt altså… alle de der ting man kan tage med ind som er… er ting som bliver registrerede på en eller anden måde.

Det giver problemer, både i forhold til at foretage vurderinger og bedømmelser, der er præcise og som er retvisende. Derfor efterspørger Henrik mere viden og data, der 'objektivt' kan informere vurderings- og bedømmelsesprocesserne fx i form af operationslister, komplikationer og klagesager og med fokus på sammenhængen imellem disse. Det afhjælper dog kun de kompetenceaspekter, der umiddelbart er målbare. Og det er ifølge Henriks egne erfaringer sjældent disse elementer, der er mest udfordrende at identificere eller

håndtere uddannelsesmæssigt. Vanskelighederne er størst i forhold til de kompetencer, der ligger udenfor det biomedicinske domæne:

> Ham [uddannelsessøgende læge] jeg som leder selv var med til at bortdømme. Han kunne simpelthen ikke kommunikere med folk. Nu var han af anden etnisk herkomst. Han kunne godt tale sproget. Men han var… Han var… Han kunne slet ikke agere som specialist, som han skulle være. Han kunne ikke vejlede mennesker. Han kunne… Og så var han ikke ferm tekniker, medicinsk ekspert. Alle de andre parametre der faldt han igennem på. Det havde han ikke lært sig i forløbet. Det havde man ellers prøvet at være opmærksom på. […] Det er som regel ikke fordi, at de… at de skruer tingene forkert sammen, som man jo gør på vores afdeling. Selvfølgelig kan der være en… Men, men, men ofte så tror jeg, det er det der sker. Man siger, jamen han… Jeg kan ikke huske vendingerne. Men det er sådan noget med, han kan ikke snakke med folk eller han bruger alt for meget tid, ikke? Vi havde sidst. Var det forrige… Nej. For et par år siden havde vi en kursist. Det var en basisuddannelseslæge. Som skulle slå hver en ting op. Så han kunne aldrig… Han kunne bruge en hel dag på at skrive en journal på én patient og det går jo ikke. Så det var selvfølgelig… Det var selvfølgelig noget med faglighed at gøre. Men han var simpelthen så usikker. Og den… Og så er det jo så. Det er i hvert fald vores chef her på afdelingen. Han lægger vægt på at, dels er man uddannelsessøgende, men også at man er en arbejdskraft. For hvis… hvis en af de ting. Altså hvis man slet ikke kan bruges som arbejdskraft, så går det også ud over ens uddannelsesforløb. Og så kan man risikere, at man bliver… at det bliver afsluttet på den baggrund, tror jeg faktisk.

Henriks refleksioner bringer ham frem til at den måde de formelle vejledersamtaler håndteres på, hvor de afvikles mellem andre opgaver og prioriteres lavere end andre opgaver, måske ikke er tilfredsstillende for de uddannelsessøgende læger plus at han egentligt heller ikke mener, det er tilfredsstillende, når han udelukkende vejleder med fokus på processen:

> …der har været nogle læger, der går lidt op i det formelle. Og det skal også være i orden. Ja. ja, ja. Jeg skal have den her underskrift, for de og de ting og vi skal have holdt den samtale og sådan noget. Hvor man kan sige nu… men Adam har sin gang her og vi snakker sammen hele tiden, ikke? Men hvis man ikke har sin gang, der hvor jeg går. Så er man nødt til at arrangere nogle samtaler engang imellem og det er som regel også lykkedes. Og det er som regel noget, der lige skal klares imellem nogle ting, ikke? Fordi når vi ikke ses til daglig, så er jeg kun ansvarlig for… dvs. jeg holder øje med, at processen kører. Så man… Hvis jeg var uddannelsessøgende, ville jeg måske synes, det var ikke helt tilfredsstillende, i virkeligheden.

For Henrik ligger kvaliteten i vejledningsprocesserne ikke i at holde formelle samtaler eller i at sætte underskrifter i logbogen, men i de daglige interaktio-

ner og fællesskaber omkring arbejdet. Da Henrik dagligt arbejder tæt sammen med Adam har de en løbende uformel dialog. Dermed fylder de formelle uddannelseselementer ikke så meget, som det gør, hvis Henrik vejleder uddannelsessøgende læger, han ikke deler samme type faglige fællesskab med. I forhold til den konkrete vejledning af Adam, deler de samme faglige område eller subspecialisering og Henrik kan derfor vejlede både i forhold til proces og indhold i Adams uddannelses- og læringsforløb:

> Og nu i øjeblikket er jeg vejleder for en som… hvis klare mål er at han skal beskæftige sig med det, jeg laver. Adam. Så han er tilknyttet afsnittet her, sågar. Og han har fået sit eget ambulatorium. Vi har fået… Altså han har, mener jeg, det allerbedste uddannelsesforløb, jeg nogen sinde har været med til at lave til nogen. Eget ambulatorium. Han opererer under supervisering. Han går stuegang med sine patienter. Han er med til… nu har vi lige nu patientseminar. Der er nogle patienter derinde og de møder så… på et seminar og fortælle… Han er med til det hele. I øvrigt så har han skrevet Ph.d. også. …Lige afleveret sin Ph.d. om knæ eller… hofter og knæ, ja. Så han er naturlig. Han er sådan set nem. Fordi… Jamen det giver jo sig selv, ikke?

Adams uddannelsesforløb, er i Henriks optik, exceptionelt vellykket og det er *'nemt'* og *'naturligt'* at vejlede ham, da de arbejder tæt sammen og deler et arbejds- og interessefællesskab. I Adams uddannelses- og læringsforløb er der fokus på både detaljer og de store linjer:

> Vi har jo sikret, at Adam har opereret. Han har opereret superviseret i starten, da han startede. Hver mandag opererede han, sammen med [x-navn], som er min kollega. De opererede så tre knæ sammen. Og nu er han så kommet så langt, han har lavet halvtreds, tror jeg. Og nu kan han så lave dem selvstændigt. Og så udvider vi hans kompetencer, hvor han er dygtig i forvejen. Så det er ikke noget problem. Han skal nok klare det. Han skal ikke hjælpes på vej. Det er sådan… sådan synes jeg, det skal være. Og så snakker vi jo teori. Jeg sender… Hvis jeg løber ind i et eller andet patientproblem, som har noget med det som… som… som vi snakker om, altså kunstige knæ og sådan noget. Så sender jeg den rundt til… vi er tre i den her lille gruppe, Adam er den ene, ikke? Så sender jeg et billede rundt… røntgenbillede rundt og skriver en lille… par spørgsmål. Hvad synes I om det og hvad ville I gøre her og sådan nogle ting, ikke? Sådan at det ikke er bare standardting, vi snakker om. Vi snakker også… hvad er det der kan være udfordrende, ikke? …Og vi har lige haft… Vi har sørget for det firma som leverer vores proteser, de har haft ham med på et kursus i at lave kunstigt knæ oppe i Finland. Meget koncentreret kursus. Hvor han fik lov til at operere på kadavere sammen med erfarne folk. Så jeg synes faktisk, vi har lavet et, ha, ha, godt uddannelsesforløb for ham. Ærligt talt.

Adam har fået operationstid, er blevet superviseret, der skabes refleksion og kobling mellem hans erfaringer fra praksis og teori. Det fremgår at Henrik er stolt over Adams uddannelsesforløb og at han sikrer i dagligdagen, at der kontinuerligt er et uddannelsesfokus og at der er progression i Adams læring og kompetencer.

Henrik vejleder Adam

Henrik og Adam afholder ikke de formelle vejledningssamtaler, hvilket Henrik begrunder med, at de arbejder tæt sammen i hverdagen, opererer sammen og tager tingene løbende. Jeg fik dog mulighed for, at observere en operation, hvor de havde byttet rollerne om, så Henrik opererede og Adam assisterede. Jeg har valgt at inddrage et observationsbillede fra operationsstuen, der illustrerer en hverdagspraksis på en vejledningsproces:

Observationsbillede – operation

Henrik, Adam og jeg mødes til kirurgisk vask inden operationen iført operationstøj. Henrik fortæller mig, hvordan jeg skal forholde mig, hvis jeg bliver dårlig under operationen. Han siger, at jeg skal sætte mig på gulvet, for så falder jeg ikke så langt. Det er ikke så godt, hvis jeg går ud, for dørene ind til selve operationsstuen må helst ikke åbnes under operationen. Vi går ind på stuen, hvor patienten ligger i fuld bedøvelse.

Henrik siger til mig, at det er et rigtigt 'overlægeknæ', de skal lave. Jeg spørger, hvad det betyder? Det betyder, at det er røv-nemt svarer Henrik og griner. Adam griner også. Nu ringer Henriks telefon og sygeplejersken svarer den. Hun tager røret væk fra øret og siger til Henrik: '[x-afdelingsleder] spørger, hvad laver Henrik?' Henrik svarer: 'jeg opererer'. Sygeplejersken svarer afdelingslederen i telefonen, at Henrik har en operation. Afdelingslederen skulle åbenbart bruge ham til et møde, men det kan altså ikke lade sig gøre. Hun giver en besked videre om, at når Henrik er færdig, skal han til: 'et eller andet uddannelsesarrangement'.

Henrik ser både træt ud og som om, han ikke aner, hvad det er for et arrangement, afdelingslederen taler om. Sygeplejersken har lagt røret på igen. Hun beklager sig over, at afdelingslederen ikke præsenterede sig i telefonen, da han ringede. Han begyndte bare at snakke – det er uhøfligt, siger hun. Og det må du gerne skrive, siger hun, og kigger hen på mig, der tager noter.

Alle er ved at være klar til operation. Formalia bliver gennemført: patientens navn, operationstype dikteres og alle tilstede på stuen præsenterer sig. Også mig som den sidste. Anæstesien skal lige flytte lidt på patientens hoved inden Henrik begynder at skære. Sygeplejersken spørger, hvorfor Adam ikke skal

operere? Henrik svarer, at Adam er med for at kritisere ham. Henrik uddyber, at det faktisk ER smart, når Adam har lavet så mange af disse operationer selv, at han nu har en anden rolle, hvor han slapper mere af og kan se operationen i et andet perspektiv.

Operationen går i gang. Henrik og Adam taler lavmeldt undervejs med arbejdet stille og roligt skrider frem. Knæet er helt åbent med huden krænget til siden. Henrik borer i knæet med en boremaskine. Boret er meget tykt og rødt af blod. Der suges og hamres også. Anæstesisygeplejersken som er i gang med at oplære en anæstesilæge, kommer hen til mig og spørger, hvad jeg laver ph.d. om. Jeg forklarer om mit projekt og hun siger at lægers vejledningskultur er meget anderledes end sygeplejerskers. Lægerne må klare sig selv. Hun siger, at lægerne bliver arrogante, fordi de tvinges til at træde i karakter. Omvendt er de meget taknemmelige, når de får støtte og opmærksomhed af sygeplejerskerne. Hun fortæller videre, at hun kender en, der underviser medicinstuderende på Panum. Når han fortæller de medicinstuderende, at de ikke er de fineste akademikere, fordi de i højere grad er håndværkere, bliver de helt paf og ret sure. Men det er sådan det er, siger hun. Imens fortsætter operationen.

Der bores, hamres og suges. Henrik har skåret menisken af og kommenterer, at det er en meget flot menisk. Helt ren. Sygeplejersken ligger den et metalrullebord lige ved siden af mig. Imens hamrer Henrik løs på knæet og det er svært at høre, hvad der tales om. Protesen bankes på plads. Sygeplejersken er sød til at forklare mig, at hvis jeg lugter noget kemisk, er det cementen, der kommes ind i knæet. Der bankes og hamres fortsat. Henrik beder om noget, som ikke er på stuen og beder sygeplejersken ringe efter det. Mens de venter, diskuterer Adam og Henrik med hinanden, om de kan bruge noget andet, som de har tilgængeligt på stuen. Det foregår som en dialog, men det er Henrik, der har det sidste ord. De beslutter at prøve med det, de har på stuen og Henrik giver Adam besked på, hvordan han skal klippe det til i halvmåner. Det fungerer og de bruger det.

De begynder at holde øje med tiden. 10 min. siger anæstesien. Henrik bokser med benet og hamrer. Jeg mærker noget vådt i øjenvipperne og kigger ned af mig selv. Jeg har lidt blod på skulderen. Adam og Henrik spørger mig, om jeg blev ramt? Inden jeg når at sige noget siger de selv, at jeg ikke fik noget i ansigtet, der hvor jeg ikke har maske på – så jeg behøver ikke blive hiv-testet. Sygeplejersken er kommet hen og kigger der, hvor hun har siddet meget af tiden og siger: det var godt, at det ikke var hende, der sad på min plads. Hun spørger mig, om jeg er ramt i hovedet – men skynder sig også at sige, at det er jeg ikke. Operationen er ved at være færdig og sygeplejersken tæller de jod og vattotter, der ligger på metalbordet ved siden af mig og de blodige klude for at se, om de har fået alt med ud. Imens pakkes operationsstuen ned. Det går hurtigt.

> Henrik og Adam arbejder videre på at lukke knæet. Det sys i tre lag og det yderste lag klipses. I det øjeblik, der kommes bandage på, går dørene op og personale strømmer ind. Operationen er færdig og vi kan forlade operationsstuen. Jeg får et anerkendende nik fra Henrik og han siger, at jeg håndterede operationen flot uden at blive dårlig.

Observationsbilledet viser et praksisbillede på en operation og arbejdssituation, der også er en uddannelses- og vejledningssituation. Billedet viser den situationelle kompleksitet, der er i det sociale rum på tværs af hierarkier og professioner. Jeg vil diskutere observationsbilledet yderligere i den følgende teoretiserede opsamling.

8.6 Opsamling på Henriks vejlederperspektiver

Analysen viser, at Henrik primært i sin vejlederfunktion orienterer sig rettet mod *'Politikfeltet'* (Bottrup 2002), hvor det styrende rationale er interessevaretagelse i forhold til den samlede arbejdssituation i form af størst mulig kontrol og indflydelse på eget arbejde som både individ og kollektiv og dermed også knyttet til magt og magtudøvelse – der kan karakteriseres som en kritisk handlen (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). Det har betydning for det *'læringsrum'* (Bottrup 2001) vejledningsprocessen skaber i arbejdet, som jeg i det følgende, vil beskrive nærmere.

Vejledningsprocessen som læringsrum

I observationsbilledet fra operationen belyses en vejledningsproces, hvor Adam opererer sammen med sin hovedvejleder Henrik. Vejledningsprocessen foregår altså både tæt sammenvævet med arbejdet og i en tæt vejledningsrelation, med mulighed for løbende erfaringsdeling og indbyrdes diskussion, hvor vurderinger og ideer kan deles. Dermed tilgodeses læringens sociale dimension, som giver mulighed for, at drøfte refleksioner i sociale læreprocesser (Illeris 2006, Illeris et al. 2010), der kan hjælpe med at eksplicitere tanker og fornemmelser, som kan være mere eller mindre bevidste og tavse (Burkitt 2010, Burkitt 2012).

Observationsbilledet illustrerer arbejdsgangen på operationsstuen som en kompleks social proces, hvor der foregår kontinuerlige forhandlinger knyttet til magtforhold, sociale praksisser og bestemte forventninger mellem faggrupper og hierarkisk i faggrupper (Wackerhausen 2009). Indlejret i disse

processer foregår den professionelle identitetsdannelse via socialiseringsprocesser, der både forandrer og reproducerer bestemte mønstre, habituelle rutiner, handleformer og tankemåder (Wackerhausen 2009, Hafferty 2016). I vejledningsprocessen belyst via observationsbilledet, repræsenterer Henrik et konkret billede på en erfaren læges praksis, som Adam i forskellige grader kan tilpasse sig og rette sine identitetsprocesser mere eller mindre mod både i forhold til det kirurgfaglige og i forhold til de relationelle, samarbejdsmæssige, kommunikative og ledelsesmæssige kompetencer, Adam ikke formelt undervises i, men erfarer og lærer via observation og imitation.

Observationsbilledet reflekterer Henriks vejledningsmæssige fokus rettet mod en forståelse af vejledning som et relationelt fænomen, hvor hans rolle er, at sikre de bedst mulige rammer omkring Adams læreprocesser. Deri ligger der en interessevaretagelse, der skal sikre de læringsbetingelser og læringsmuligheder Adam har i arbejdslivet, som Henrik påtager sig et ansvar for i vejledningsprocessen og aktivt bruger sin indflydelse, status og erfaring på at understøtte.

Med Jørgensen og Warrings (2002) model for læring i arbejdslivet illustreres det, at vejledningsprocessen særligt understøtter Adams muligheder for social interaktion i *'det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* og særligt også understøtter hans muligheder for at have arbejdsfællesskaber og kulturelle fællesskaber i *'det sociale læringsmiljø'* medieret i selve vejledningsprocessen. Således understøtter den formelle vejledningsproces, belyst via det konkrete observationsbillede mulighed for at styrke sammenhængen og dynamikken mellem hans *'læringsforløb'*, læringsmiljøerne og de udfordringer, han oplever igennem sit uddannelsesforløb og arbejdsliv.

Observationsbilledet viser en læringssituation, hvor Henrik som vejleder og ekspert, giver Adam mulighed for at observere og deltage på samme tid, ved at Henrik opererer og Adam assisterer. Det giver mulighed for at Adam kan reflektere på en anden måde, end hvis han selv udførte operationen og via et metaperspektiv stimulere til *'reflection-on-action'* (Schön 2006). På den måde skabes et andet *'læringsrum'* (Bottrup 2001) end normalt, hvor Adam opererer og hans fokus er rettet mod flere ting på samme tid. Der er således mindre pres på Adams arbejdsprocesser, hvilket kan øge hans læringsmuligheder i arbejdet, da det reducerede pres frigør psykiske drivkræfter, der er koblet til læ-

reprocesser (Illeris 2006, Illeris et al. 2010). Således skabes der rum for refleksion i arbejdet.

Dermed kan det *'læringsrum'* (Bottrup 2001), vejledningsprocessen repræsenterer, karakteriseres som en traditionel form for 'mesterlære', hvor læringsmulighederne og læringsbetingelserne er tæt koblet til og afhængige af, hvem 'mester' er og den intersubjektive relation, der etableres mellem 'lærlingen' og 'mester'. Den tætte arbejdsrelation har den fordel, at vejledningsprocesserne kobles direkte til arbejdet og er baseret på et konkret arbejdsfællesskab, der kan stimulere *'reflection-in-action'* (Schön 2006, Illeris et al. 2010) og giver mulighed for udvikling af personlige og følelsesmæssige bånd mellem medarbejderne via etablering af fælles mening i arbejdet (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010). Således skabes også mulighed for faglig identifikation, der understøtter den professionelle identitetsdannelsesproces.

Del IV – Afrunding

Tradition

Han lå på firemandsstuen
for enden af gangen,
til højre,
ovre ved vinduet

Der stod en mandlig sygeplejerske
og to portører med urskov
voksende
ud gennem netundertrøjerne

Den gamle mand løftede hovedet fra puden

"Er det dig der er lægen?"

og pegede
på både sygeplejerske og portører

"Det er mig"

sagde jeg
degraderet til
en 14-årig konfirmand

Marie Louise Malmstrøm, Stregkoden og andre kitteldigte, 2012. Gengivet med tilladelse fra forfatteren.

Kapitel 9. Diskussion, konklusion og perspektivering

Jeg indledte denne afhandling med at spørge; ***'Hvilken betydning har formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier?'***, belyst gennem fire perspektiver: *'Livsforløbets processtrukturer'*, *'Professionel identitetsdannelse'*, *'Emotioner og emotionsarbejde'* samt *'Læring og vejledning i arbejdslivet'*. I denne afsluttende del af afhandlingen, vil jeg samle op på de tråde, jeg har trukket op igennem afhandlingens kapitler, både i forhold til de teoretiske perspektiver og i forhold til analyserne.

Jeg starter med en tværgående opsamling på analyserne af de tre uddannelsesbiografier og dernæst deres tre hovedvejlederes perspektiver. Så følger en diskussion af teoriernes anvendelighed og implikationer i forhold til de empiriske fund samt en diskussion af afhandlingens vidensbidrag. Jeg slutter af med en konklusion på mit forskningsspørgsmål og en perspektivering i forhold til de implikationer, jeg på baggrund af afhandlingens konklusioner, ser for den lægelige videreuddannelse og for sundhedsvæsenet i en bredere kontekst.

9.1 Tværgående diskussion af uddannelsesbiografierne

Uddannelsesbiografierne illustrerer de uddannelsessøgende lægers fortællinger om deres lærings- og livsforløb igennem deres samlede uddannelsesforløb fra starten på medicinstudiet frem til at stå på tærsklen til at blive autoriseret som speciallæger. Uddannelsesbiografierne består af fortællinger, som er refleksioner og fortolkninger foretaget i et procesforhold mellem fortid, nutid og fremtid, der skaber den rekonstruerede livshistorie. Det er her centralt, at der er fokus på *fortællinger* og ikke blot én *fortælling*, da der kan eksistere flere forskellige fortællinger om livshistorien på samme tid og at fortællingerne skabes i et samspil mellem fortæller og den, der bliver fortalt til.

Dermed er livshistorien ikke blot *rekonstrueret,* men også *konstrueret* i en intersubjektiv proces. Således er resultaterne kontekstafhængige og endvidere af-

hængige af den interpersonelle relation, der er skabt mellem mig som forsker og de deltagere, der har fortalt deres fortællinger. Det betyder dog ikke, at resultaterne blot fremstiller *idiomatiske* fortællinger, der kun har betydning for de enkelte subjekter, der beretter om deres liv, erfaringer og oplevelser, men endvidere at de besidder en *almen* sociologisk og socialvidenskabelig relevans i kraft af de *processtrukturer*, der principielt indgår i alle *typer* af livsforløb og således rummer både en subjektiv og en samfundsmæssig dimension. Det er netop i koblingen mellem det *unikke* og det *almene*, der ligger en bredere udsigelseskraft, hvorved de subjektive fortællinger får en mere generel relevans (Schütze 1983, Alheit 2005, Schütze 2008).

Livsforløbets processtrukturer

Processtrukturbegrebet med de fire typer: *'biografiske handlingsskemaer', 'institutionelle forløbsmønstre', 'forløbskurver'* og *'forvandlingsprocesser'* (Schütze 1983, Schütze 2008) identificerer, hvordan de uddannelsessøgende læger i et biografisk perspektiv subjektivt orienterer sig. Analyserne viser, hvordan det at skabe intentionalitet, mening og sammenhæng i sine identitetsprocesser, giver forskellige udfordringer og hvordan dette opleves og erfares som lærende subjekter. Det skal forstås i et procesforhold mellem de uddannelsessøgende lægers fortid, nutid og fremtid og som et permanent identitetsarbejde (Schütze 1983, Olesen 2001, Olesen 2007a, Olesen 2007b, Andersen og Larsen 2005), der subjektivt opleves som mere eller mindre mentalt krævende processer for de uddannelsessøgende læger i krydsfeltet mellem deres biografier og de læringsmiljøer, de møder igennem den arbejdsbaserede uddannelse (Jørgensen og Warring 2002, Andersen og Trojaborg 2005, Illeris et al. 2010). I analyserne belyser processtrukturbegrebet, hvordan de uddannelsessøgende læger subjektivt i hver deres fortællinger orienterer sig mod forskellige processtrukturerer i den struktur og orden, de skaber i deres egne fortællinger.

Uddannelsesbiografier og livsforløbets processtrukturer

I Adams uddannelsesbiografi fremstår identitetsarbejdet igennem uddannelsesforløbet primært orienteret mod de *'biografiske handlingsskemaer'* (Schütze 1983, Schütze 2008) i kraft af stor intentionalitet og høj grad af sammenhæng i forhold til sin identitet. Således oplever han både mening i sine processtrukturer og i høj grad at være en 'biografi- og hændelsesbærer' i sin egen livshistorie, der aktivt kan virkeliggøre sine intentioner i forhold til biografiske begivenheder og hændelser knyttet til sit valg af uddannelse, sit uddannelsesfor-

løb, sit specialevalg, sine værdier og sin identitetsudvikling. Således oplever Adam en lav grad af pres på sine identitetsprocesser igennem sit uddannelses-lærings- og livsforløb.

I Hannes uddannelsesbiografi reflekteres også en høj grad af intentionalitet og en overvejende orientering mod de *'biografiske handlingsskemaer'* (Schütze 1983, Schütze 2008), men hun oplever også processer, hvor hun er drevet af sociostrukturelle og ydre eksistensbetingelser, hun føler sig magtesløs overfor. I disse fortællinger orienterer hun sig mod de *'institutionelle forløbsmønstre'* (Schütze 1983, Schütze 2008), hvor hun udfordres af, at skulle skabe subjektiv mening og skabe intentionelle sammenhængende processer i forhold til sin identitetsudvikling. Uddannelsesbiografien reflekterer dermed en struktur, der generelt er ordnet efter og domineret af aktiv skabelse af sine livsbaner som sammenhængende med sin erfaringsdannelse og identitetsprocesser, men også sekvenser, der illustrerer udfordringer med at skabe denne sammenhæng særligt i forhold til krydspres mellem sit familie- og arbejdsliv.

I Rasmus' uddannelsesbiografi reflekteres en mindre grad af intentionalitet og dermed også en mindre grad af strukturering rettet mod de *'biografiske handlingsskemaer'* (Schütze 1983, Schütze 2008) end der sås i Hannes og i særdeleshed i Adams uddannelsesbiografi. Rasmus' uddannelsesbiografi er i højere grad præget af sekvenser, der er rettet mod negative *'forløbskurver'* (Schütze 1983, Schütze 2008) drevet af sociostrukturelle og ydre eksistensbetingelser, han ikke oplever, at kunne kontrollere eller påvirke via intentionel handlen og som processer, han oplever, han er magtesløs overfor. Dermed retter Rasmus sig i sine fortællinger som 'biografi- og hændelsesbærer' overvejende som reagerende konditionelt på hændelses- og handlingsforløb frem for at være en agerende og aktiv skaber af sin egen biografi knyttet til sit valg af uddannelse, sit uddannelsesforløb, sit specialevalg, sine værdier og sin identitetsudvikling.

I uddannelsesbiografierne er *'forvandlingsprocesser'* forstået som indre forandringer af mulighedsbetingelser for ageren og handling (fx via opdagelse af nye kompetencer, evner og egenskaber) knyttet til vejledningsprocesserne sporadisk repræsenteret. Det afspejler, at læringsforløbene og vejledningsprocesserne ikke direkte åbner op for denne form for processtrukturer i de uddannelsessøgende lægers identitetsprocesser, hvilket kan skyldes flere typer af forhold. En væsentlig barriere kan være, at det kræver intersubjektive relationer at skabe rum for disse processer baseret på et konkret mellemmenneske-

ligt kendskab, hvor der kan etableres fælles forståelser. Uddannelsesbiografierne afspejler i lav grad sådan et fokus og det forekommer tilfældighedspræget, når det sker.

Processtrukturbegrebet reflekterer altså kontinuerlige identitetsprocesser og de udfordringer, de uddannelsessøgende læger oplever og erfarer i forhold til at skabe sammenhængende identitetsprocesser igennem deres uddannelses-, lærings- og livsforløb. I uddannelsesbiografierne illustreres det, hvordan forskellige typer af krydspres, sætter identitetsprocesserne under pres og endvidere, at disse typer af pres typisk ikke medieres kollektivt eller i vejledningsprocesserne, men håndteres som individuelle udfordringer. I et lærings- og vejledningsperspektiv er det væsentligt, da disse mentale processer i varierende grad er psykisk krævende og påvirker de drivkræfter, der indgår i alle former for læreprocesser fx i form af motivation (Illeris 2006, Illeris et al. 2010).

Professionel identitetsdannelse

I uddannelsesbiografierne belyses dannelse af professionel identitet som en del af de kontinuerlige identitetsprocesser, der foregår og som en mere eller mindre udfordrende proces for de uddannelsessøgende læger igennem deres uddannelsesforløb. Uddannelsesbiografierne illustrerer, hvordan kravene til moderne professionelle subjektive opleves, erfares og fortolkes – primært igennem forskellige typer af krydspres i arbejdslivet. Det ses i forhold til, at professionelle i dag ofte føler sig stressede og pressede, da der er konstante mål, der skal nås og litteratur, der skal læses og i forhold til, at moderne professionelle kontinuerligt udsættes for kontrol, bedømmelser og målinger, som potentielt opleves som irrelevante, misforståede og upræcise (Frost 2010).

Dette reflekteres i uddannelsesbiografierne som forskellige typer af pres, der individuelt håndteres, selv om der er tale om strukturelle og kollektive udfordringer – i mødet med de uddannelsessøgende lægers biografier, køn og erfaringer. Uddannelsesbiografierne illustrerer endvidere de processer, der er knyttet til de uddannelsessøgende lægers dannelse af professionel identitet set i et socialiserings- og reproduktionsperspektiv i forhold til både de intraprofessionelle processer (Hafferty 2016) og de interprofessionelle processer (Wackerhausen 2009).

Uddannelsesbiografier og dannelse af professionel identitet

Analysen viser, at Adam generelt oplever god sammenhæng mellem sin identitet og sin professionelle identitet, hvor der er overensstemmelse mellem den herskende rationalitet i professionen og Adams subjektive værdier, orienteringer og handleformer. Igennem sit uddannelsesforløb har Adam fundet støtte i rollemodeller og seniore læger, der har været mentorer for ham, hvilket har støttet hans faglige identitet og givet han konkrete identifikationsmuligheder at rette sin professionelle identitetsdannelsesproces mod. Hans identitetsprocesser udfordres dog af, at han oplever en brist i forhold til de formelle dokumentationskrav, da han arbejder sammen med kolleger, der har fået godkendt deres kompetencer, som han ikke mener fagligt, er dygtige nok. Dermed har han en erfaring med, at de kollektive 'peer-review' processer i professionen (Hafferty 2016) i form af kompetencevurderinger er ineffektive, upræcise og misforståede (Frost 2010). Han har således selv måtte dannet sig sine egne kriterier for, at bedømme sit faglige niveau og kompetencer, der ikke er kollektivt eller formelt medierede, men som han selv subjektivt formår at skabe mening i.

Analyserne viser, at Hannes identitetsprocesser er mere udfordrede end Adams, hvilket skyldes tvivl og usikkerhed knyttet til sit eget faglige niveau, der accelereres af de kontinuerlige krav til moderne professionelles viden, der opleves som pres og stress knyttet til de mål der skal nås og den nyeste litteratur, der skal læses (Frost 2010). I kombination med manglende feedback på sine kompetencer, øger disse krav hendes faglige usikkerhed. Dette forstærkes endvidere af krydspres mellem familie- og arbejdslivet som er vanskeligt at skabe sammenhæng imellem og som påvirker hendes professionelle selvbillede negativt. Uddannelsesbiografien viser også aspekter, hvor den professionelle identitetsdannelse forløber mere ubesværet. Det ses i relation til hendes specialevalg, hvor hun skaber sammenhæng mellem sit eget selv, sine værdier og de arbejdsopgaver, hun har, så hun kan realisere arbejdet med mennesker, pleje og kommunikation, som hun knytter stor subjektiv mening til.

Analyserne viser, at Rasmus' identitetsprocesser er vanskeligere at håndtere for ham, end de fremstår for de to øvrige uddannelsessøgende læger belyst i uddannelsesbiografierne. Det skyldes, at han oplever større modsætninger mellem sine egne værdier og de kollektiver normer i de professionelle socialiseringsprocesser, der er vanskelige at skabe sammenhæng i, som han oplever at måtte tilpasse sig (Schütze 1983, Schütze 2008, Hafferty 2016). Det drejer

sig om kravene til arbejdets tempo, manglende kollegial omsorg og manglende anerkendelse, der påvirker hans professionelle identitetsdannelsesproces negativt og giver professionelle udfordringer i relation til patientbehandlingen og i det tværprofessionelle samarbejde. Rasmus oplever altså krydspres på flere fronter – både mellem sit familie- og arbejdsliv og mellem kravene til arbejdets tempo og sine egne idealer om grundighed. Det påvirker hans identitetsprocesser og professionelle selvbillede negativt, hvilket skaber usikkerhed omkring sit valg af lægeligt speciale og sin identifikation med lægerollen, som vanskelige elementer at skabe subjektiv mening til.

Set med Haffertys (2016) socialisationsteoretiske perspektiv, skal det strukturelt producerede pres på lægers uddannelsesprocesser betragtes som en immanent del af de resocialiseringsprocesser, der foregår til professionen som en intentionel, formålsrettet og præskriptiv social proces, hvis formål er, at erstattet aspekter af selvet med nye tankemåder, nye handleformer og endvidere erstatte eller overskrive de værdier, de enkelte subjekter har. Dermed er der tale om en restrukturering og reorientering af selvet og identiteten, der er tilpasset de kollektive normer og gruppekonformitet, der reproduceres i professionen (Hafferty 2016). Uddannelsesbiografierne illustrerer eksempler på, hvordan de uddannelsessøgende læger, når de oplever sig pressede, selv reproducerer typer af *'læringsrum'* (Bottrup 2001, Bottrup 2004) og vejledningsprocesser for andre yngre læger, som de personligt finder kritisable eller urimelige. Det kan fx dreje sig om at kommunikere i en hård tone eller bede en medicinstuderende om at varetage en klinisk opgave usuperviseret, som den pågældende hverken fagligt eller emotionelt, føler sig klar til. Oplevelser af pres og stress er faktorer, der i væsentlig grad er drivkræft for reproduktionsmekanismerne i den medicinske profession (Hafferty 2016).

I de interprofessionelle socialiseringsprocesser, der sker i det tværgående samarbejde mellem faggrupper, er det primært samarbejdet med sygeplejerskerne, der reflekteres i uddannelsesbiografierne. I disse socialiseringsprocesser skabes professionel identitet via forhandlinger faggrupperne imellem om konkrete opgaver, autoritetsforhold og praksisformer i kontinuerlige sociale processer, der via bestemte narrativer konstituerer et 'dem' og 'os' (Wackerhausen 2009), hvor lægernes køn også spiller en rolle manifesteret via forskelligt kønnede forventninger i samarbejdsrelationerne (Davies 2001, Davies 2003, Dahle 2008). Uddannelsesbiografierne viser, at disse socialiseringsprocesser er udfordrende at håndtere og samtidig, at det har store faglige konse-

kvenser for de uddannelsessøgende læger, hvis samarbejdet ikke fungerer. Wackerhausen (2009) retter fokus på, hvordan den professionelle identitetsdannelse netop kan udgøre en barriere for det interprofessionelle samarbejde og dermed negativt påvirke det fælles mål professionerne imellem om at give patienten den bedst mulige behandling. Samarbejdet er således en helt central faktor i de uddannelsessøgende lægers arbejdsliv og giver forskellige typer af udfordringer gennem deres uddannelsesforløb, der er vanskelige at håndtere individuelt.

Uddannelsesbiografierne reflekterer, at der ikke er noget eksplicit uddannelsesmæssigt fokus på at understøtte de uddannelsessøgende lægers kontinuerlige identitetsprocesser og når det alligevel sker, afhænger det af faktorer, der snarere forekommer tilfældighedsprægede og som et 'restprodukt' i den arbejdsmæssige reproduktion af viden og færdigheder end som intentionelle processer (Hafferty 2016). Det kan fx være i mødet med rollemodeller og mentorer, der fagligt og menneskeligt repræsenterer konkrete (for)billeder, man som lærende subjekt kan finde støtte i og rette sin professionelle identitetsdannelsesproces mod. Ifølge Haffertys (2016) socialisationsperspektiv, er der indenfor medicinsk uddannelse fremadrettet behov for at rette fokus på professionalisme, professionel identitet og socialisering som sammenhængende (intentionelle) uddannelsesprocesser og ikke forlige sig på gode intentioner og tilfældigheder i læringsmiljøerne.

Emotioner og emotionsarbejde

Emotioner indgår i alle typer af læreprocesser (Illeris 2006) og det kontinuerlige emotionsarbejde er rigt repræsenteret i uddannelsesbiografierne – primært som en udfordrende proces, der håndteres individuelt, tavst og skjult. McNaughton (2013) beskriver dette som særlige diskurser knyttet til medicinsk uddannelse, hvor der er fokus på emotioners ydre aspekter som skal kontrolleres og undertrykkes, hvilket har problematiske konsekvenser både for de uddannelsessøgende lægers professionelle udvikling og i forhold til en egentlig professionsudvikling.

Konsekvenserne kobles til, at en række af de uddannelsessøgende lægers erfaringer er knyttet til emotioner og når disse udgrænses, marginaliseres og betragtes som private, er der et stort læringspotentiale, der ikke udnyttes, medieres og kvalificeres uddannelsesmæssigt. Emotioner er socialt producerede via

social praksis, normer og bestemte *'følelsesmønstre'* (McNaughton 2013, Burkitt 2014) og ved at betragte emotionsarbejdet som individuelle processer at håndtere, undertrykke og skjule, overses det strukturelt producerede pres og de situerede uretfærdigheders sociale dimension, som dermed gøres til individuelle udfordringer (McNaughton 2013, Burkitt 2014).

Uddannelsesbiografier og emotionsarbejde

I analyserne af Hannes og Rasmus' uddannelsesbiografier fremtræder emotioner overordnet beskrevet som usikkerhed, tvivl og ængstelse koblet til egne kompetencer, dygtighed og fagligt niveau, der forstærket af manglende supervision og feedback, producerer følelser af angst og ubehag. Modstykket findes dog også i Adams uddannelsesbiografi, hvor tæt supervision, ros og anerkendelse skaber udvikling, motivation og faglig selvsikkerhed. Der reflekteres i uddannelsesbiografierne et fravær af konkrete dialoger om de emotioner, de uddannelsessøgende læger oplever. Uddannelsesbiografierne reflekterer, at emotionsarbejdet håndteres individuelt i form af *'mikrodialoger'*, som indre tavse dialoger, der ikke medieres eksternt i konkrete dialoger. Dermed har de uddannelsessøgende ikke kollegialt mulighed for at spejle deres emotioner hos andre eller støtte til at placere emotionerne i kontekst samt at eksplicitere og be- eller afkræfte deres selvbilleder, reflekteret via tvivl og usikkerhed eller via for stor tiltro til egen kompetence (Burkitt 2010, Burkitt 2012).

Læring og vejledning i arbejdslivet

I uddannelsesbiografierne belyses de uddannelsessøgende lægers læringsbetingelser og læringsmuligheder, via Jørgensens og Warrings (2002) *'dobbeltblik'* på læring i arbejdslivet både i forhold til de objektive og subjektive læringspotentialer, de uddannelsessøgende læger oplever og erfarer som et lærende subjekter igennem deres uddannelsesforløb koblet til deres arbejdsliv som læger. Her udgør læringsmiljøet en kontekst for læring og på samme tid en ramme for læreprocesserne, mens læringen sker i mødet mellem den enkelte medarbejder og læringsmiljøet (Jørgensen og Warring 2002, Illeris et al. 2010).

Det er derfor relevant at inddrage de uddannelsessøgende lægers baggrund, erfaringer og perspektiver, som beskrevet ovenfor i forhold til *'livsforløbets processtrukturer'*, *'professionel identitetsdannelse'* samt *'emotioner og emotionsarbejde'*, for at forstå dynamikken og samspillet mellem de uddannelsessøgende lægers uddannelsesforløb og de læringsmiljøer, de møder igennem den lægelige videre-

uddannelse. Uddannelsesbiografierne viser, som belyst via Jørgensens og Warrings (2002) analysemodel at muligheder for læring i arbejdslivet, afhænger af en række faktorer i et dynamisk samspil, som illustrerer læreprocessernes kompleksitet sammenvævet med de institutionelle og uddannelsesmæssige rammer.

Uddannelsesbiografier, læringsmiljøer og læringsforløb

Analysen viser, at Adams læringsbetingelser og læringsmuligheder i arbejdet forekommer bedre end de læringsbetingelser og læringsmuligheder, Rasmus og Hanne har. Det skyldes, at Adams muligheder for social interaktion indenfor *'Det teknisk-organisatoriske læringsmiljø'* (Jørgensen og Warring 2002) i form af vejledning og supervision er gode, hvilket giver ham bedre muligheder for at diskutere indbyrdes og drøfte erfaringer, ideer og vurderinger med andre kolleger end Hanne og Rasmus har oplevet og erfaret. Det samme gør sig gældende indenfor *'Det sociale læringsmiljø'* (Jørgensen og Warring 2002), hvor Adam har stærke arbejdsfællesskaber, kulturelle og politiske fællesskaber, hvori der etableres fælles mening, identifikation, personlige relationer, kollektiv handling samt fælles værdier og normer. Størst betydning har mødet med rollemodeller og mentorer igennem sit uddannelsesforløb, han knytter faglige, personlige og følelsesmæssige bånd til, hvilket er fraværende hos både Hanne og Rasmus. Endvidere viser analysen, at der indenfor *'Medarbejdernes læringsforløb'* forstået som Adams arbejdserfaring, uddannelse og sociale baggrund ikke er modsætninger mellem Adams subjektive værdier og professionsværdierne og mellem Adams biografiske processtrukturer og rationalitetsformerne i professionen. Det adskiller sig også fra Hannes og Rasmus' læringsforløb, der fremstår mindre sammenhængende end Adams.

Via Jørgensens og Warrings (2002) analysemodel for læring på arbejdspladsen fremstilles mødet imellem de uddannelsessøgende lægers uddannelsesforløb og de respektive læringsmiljøer til tider som modsætningsfyldte. Disse modsætninger opleves og fortolkes på et individuelt niveau og ikke som kollektive processer, men snarere hvor de forskellige typer af strukturelt og socialt situeret pres individualiseres som subjektive- frem for intersubjektive læreprocesser. Det er problematisk, da individer fungerer indenfor bestemte strukturer, betingelser og spilleregler og ikke blot kan agere frit (Schütze 1983, Bottrup 2001, Schütze 2008) og dermed har reducerede individuelle handlemuligheder, hvilket uddannelsesbiografierne reflekterer i kraft af forskellige læringsbetingelser, læringsmuligheder og forskellig subjektiv udnyttelse af disse koblet

til de individuelle biografier (Jørgensen og Warring 2002, Andersen og Trojaborg 2005). I Bottrups (2001, 2004) perspektiv på arbejdspladslæring rettes fokus på det analytiske begreb om *'læringsrum'* i arbejdslivet. Uddannelsesbiografierne illustrerer, at de uddannelsessøgende læger har forskellig udnyttelse af det *'læringsrum'*, de oplever og erfarer som lærende subjekter i arbejdslivet formet af deres livshistorie, erfaringer og baggrund, hvor tilfældigheder i læringsmiljøerne ofte er en afgørende faktor.

Uddannelsesbiografier og læringsrum

Analysen viser, at Adam både erfarer mere tilgængelige *'læringsrum'* i arbejdet end Hanne og Rasmus gør og subjektivt formår at udnytte de tilfældigheder, uddannelsesorganiseringen og læringsmiljøerne skaber som rammer omkring læringsrummet. I forståelsen af dette begreb er det helt centralt, at *'læringsrum'* også kombinerer både struktur- og aktørvinklen i forståelsen af arbejdspladslæring. Betragtes læring og læringsmuligheder udelukkende på et individuelt niveau, bliver læring et individuelt anliggende at sikre og dermed er der koblet et individuelt ansvar og individuel skyld, hvis det pågældende individ ikke er i stand til at skabe sig de nødvendige *'læringsrum'* i arbejdet. Dermed overses det kollektive handlingsniveau, forskellige rationaliteter, idealer og habituelle rutiner, der er socialt producerede og reproducerede (Bottrup 2001, Wackerhausen 2009, Burkitt 2014, Hafferty 2016) – fx i form af manglende muligheder for supervision og kollegiale fællesskaber, hvor Adam har bedre betingelser og muligheder end Hanne og Rasmus har. Dermed oplever han bedre *'læringsrum'* i arbejdet.

Betragtes vejledningsprocessen som *'læringsrum'* i arbejdet illustrerer uddannelsesbiografierne, at læreprocesserne understøttes forskelligt i henholdsvis den formelle og uformelle vejledning, hvor de relationelle aspekter mellem de uddannelsessøgende læger og vejlederne samt tilgængeligheden af supervision er to centrale elementer, der har betydning for de uddannelsessøgende lægers uddannelsesforløb og læringsforløb. De uddannelsessøgende lægers refleksioner understøttes ikke eksplicit i vejledningsprocesserne – det er et individuelt anliggende *hvad* der reflekteres over og *hvordan*, der reflekteres og der er ikke direkte et vejledningsmæssigt fokus på, at eksplicitere de refleksioner, de uddannelsessøgende læger foretager, eller udfordre disse kritisk i forhold til de uddannelsessøgende lægers professionelle udvikling (Handal og Lauvås 2007, Wackerhausen 2009, Frost 2010, Burkitt 2012, Eika et al. 2015).

Ifølge Wackerhausen (2009), får dette konsekvenser for blandt andet samarbejdsrelationerne både i form af det inter- og intraprofessionelle tværgående samarbejde, da professionsforståelserne blot reproduceres uden ekstern mediering, der kan bryde de vante mønstre og praksisser. Det giver barrierer for en egentlig professionsudvikling fx i forhold til udvikling af relationelle kompetencer koblet til nye samarbejds- og organisationsformer omkring patientforløb (Edwards 2010, Antonsen 2014, Jensen og Aggestrup 2014) og i forhold til de krav og forventninger, pårørende og patienter har til et moderne sundhedsvæsen i form af dialog og inddragelse (Olesen 2007a, Olesen 2011, Olesen 2012a, Obling 2012, Eika et al. 2015).

Endvidere reproduceres i den professionelle identitetsdannelse de erkendelses- og rationalitetsformer, der er dominerende i professionen, hvis ikke der foregår andet end den sædvanlige refleksion (Wackerhausen 2009). Det giver barriere for at vidensdomæner, der ligger udenfor det biomedicinske område, der udgrænses og dermed ikke kan bidrage til den professionelle vidensbasis, der anerkendes af professionens medlemmer som gyldig (Handal et al. 1990, West 2010, McNaughton 2013). Det kræver nye former for refleksion, der fænomenologisk synliggør det, der tages for givet for derved, at kunne transformere det vante (Wackerhausen 2009, Burkitt 2010, Burkitt 2012).

Opsamling på uddannelsesbiografierne

Uddannelsesbiografierne viser på tværs, at den formelle vejledning i form af planlagte samtaler med en hovedvejleder, målbeskrivelser og læringsmål, ikke repræsenterer stor subjektiv betydning for de uddannelsessøgende lægers lærings- og livsforløb belyst igennem deres uddannelsesforløb. Uddannelsesbiografierne viser, at de udfordringer, de uddannelsessøgende læger oplever og erfarer med dannelse af deres professionelle identitet og emotionelle udfordringer i arbejdet ikke umiddelbart medieres i vejledningsprocesserne, men individualiseres og fremstår kollektivt tabuiserede. Dermed ekskluderes en lang række erfaringer knyttet til de uddannelsessøgende lægers identitetsprocesser og emotioner fra vejledningsprocessen.

Forskellige typer af krydspres opleves og håndteres også som individuelle udfordringer, der medvirker til at reproducere bestemte professionsidealer, de uddannelsessøgende læger er kritiske overfor, men selv bliver bærere af, hvilket ikke medieres i vejledningsprocesserne. Uddannelsesbiografierne illustrerer også, at vejledningsprocesserne ikke har fokus på at mediere og kritisk ud-

fordre de uddannelsessøgende lægers refleksioner og dermed ikke udnytter dette læringspotentiale.

Den uformelle vejledning er der knyttet større subjektiv betydning til – hvis den er tilgængelig, hvilket uddannelsesbiografierne reflekterer, den ofte ikke er. Her er det helt centralt, at det der repræsenterer en værdi knyttet til den uformelle vejledning, primært er de relationelle og intersubjektive aspekter i form af, at man deler et arbejdsmæssigt fællesskab og i form af rollemodeller, der har en helt central betydning, fordi de repræsenterer både faglige og menneskelige forbilleder. Dette opstår dog tilfældigt og ikke via intentionelle uddannelsesprocesser, hvor der er fokus på at skabe rammer, der tilgodeser de relationelle aspekter og det er ikke alle uddannelsessøgende læger, der møder rollemodeller igennem deres uddannelsesforløb.

9.2 Tværgående diskussion af vejlederperspektiverne

Vejlederperspektiverne består af analyser fra interviews med de tre hovedvejledere, som er vejledere for Hanne, Adam og Rasmus. Analyserne har fokus på vejledningsprocessen som *'læringsrum'* i arbejdslivet (Bottrup 2001, Bottrup 2002, Bottrup 2004), hvor jeg også inddrager afhandlingens øvrige teoretiske perspektiver i forhold til identitetsprocesser, emotioner og læring i arbejdslivet.

Vejledningsprocessen som læringsrum

Vejledningsprocessen som *'læringsrum'* belyses via Bottrups (2002) tre felter, som hun beskriver at det sociale liv på en arbejdsplads, er organiseret indenfor. Det er et *'Produktions-/producentfelt'*, et *'Politikfelt'* og et *'Uformelt socialt felt'*, der repræsenterer forskellig mening og rationalitet. Disse er koblet til de sociale handlinger og interaktioner, der foregår og danner den overordnede ramme for læringsrummet. Analysen viser, hvordan de tre vejledere subjektivt forstår og fortolker deres funktion som vejledere samt hvordan vejlederne i deres praksis orienterer sig i forhold til de tre felter, med betydning for de rammer, der konstitueres i det *'læringsrum'*, vejledningsprocesserne skaber i arbejdet for de uddannelsessøgende læger.

Et produktions/producentfelt som ramme for læringsrummet
I analysen illustreres det, belyst via observationsbilledet fra en vejledersamtale hvor Jørgen vejleder Hanne, hvilket *'læringsrum'* der skabes med en orientering rettet mod et *'Produktions-/producentfelt'* som rammesættende for læringsrummet (Bottrup 2002). I dette felt er det styrende rationale effektiv og hensigtsmæssigt udførelse af arbejdet, med fokus rettet på at skabe ydelser og produkter med den bedst mulige ressourceudnyttelse. Dette felt kan karakteriseres som præget af en målrationel handlen i kraft af et resultatorienteret og instrumentelt fokus på at beherske, effektivisere og kontrollere (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). I et vejledningsperspektiv er fokus rettet på, hvilke handlinger som bør vælges for at nå målene (Handal et al. 1990).

Jørgen orienterer sig som vejleder mod at gennemføre vejledningsprocessen så effektivt som muligt og i forhold til at bruge så få ressourcer som muligt i form af tid. Han forholder sig loyalt til de formelle uddannelseskrav, selv om han ikke altid synes, de fungerer optimalt. Han oplever, at det er vanskeligt at vurdere de uddannelsessøgende lægers kompetencer indenfor de områder, der ikke er biomedicinske og at manglende tid er en udfordring i forhold til sin vejlederfunktion.

Analysen viser, at læringsrummet rammesat af *'produktions/producentfeltet'* og målrationelle handlinger med fokus på effektivitet reduceres, da der er snævre rammer for, hvad der opfattes som legitimt, relevant og nødvendigt at inddrage i vejledningsprocessen (Bottrup 2001), hvilket både udgrænser de personlige aspekter knyttet til udfordringer med arbejdet og uddannelsen (Lauvås og Handal 2010) samt de erfaringer, der er koblet til identitetsprocesser og emotionelle aspekter (McNaughton 2013, Hafferty 2016). Bottrup (2001) peger på, at det er helt centralt for læring i arbejdslivet, at der ikke hersker et snævert læringsbegreb, hvor nogle former for læring er forkerte og illegitime, mens andre er rigtige og legitime, da det både begrænser indsigt og også begrænser de subjektive handlemuligheder. Det betyder, at der er et stort læringspotentiale, der ekskluderes i det *'læringsrum'* vejledningsprocessen orienteret mod et *'Produktions-/producentfelt'* udgør.

Et uformelt socialt felt som ramme for læringsrummet
I analysen illustreres det, belyst via observationsbilledet fra en vejledersamtale hvor Emilio vejleder Rasmus, hvilket *'læringsrum'* der skabes med en oriente-

ring rettet mod det *'Uformelle sociale felt'* som rammesættende for læringsrummet (Bottrup 2002). I dette felt er det styrende rationale etablering af mening og identitet i forhold til arbejdet. Dette felt kan karakteriseres som en kommunikationsrationel handlen i kraft af et forståelsesorienteret fokus rettet mod at tolke, etablere mening, etablere fælles forståelse og etablere fælles normer (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). I et vejledningsperspektiv er fokus rettet på, betydninger af målene og handlingerne for de forskellige aktører (Handal et al. 1990).

Emilio orienterer sig som vejleder mod at etablere en tillidsfuld relation som grundlag for selve vejledningsprocessen. I hans optik som vejleder kommer det sociale først og udgør en præmis for, at det faglige kan fungere og for at selve vejledningsprocessen overhovedet kan være meningsfuld. Emilio oplever det ikke vanskeligt at vurdere de uddannelsessøgende lægers kompetencer, hvilket foregår i kombination mellem uformelle observationer, kollegiale tilbagemeldinger og læringsmålene. Emilio har dog kun fokus på de biomedicinske kompetencer og anvender ikke formaliserede kompetencevurderingsredskaber. Han retter sin orientering mod det, han betegner som 'det uformelle'.

Analysen viser, at læringsrummet rammesat af et *'uformelt socialt felt'* og kommunikationsrationelle handlinger i kraft af en forståelse af vejledning som et socialt fænomen med fokus på at etablere en udviklende formativ vejledningsproces baseret på tillid, åbenhed og forståelse, udfordres pga. det summative og målrationelle fokus, der ligger i håndtering af de formelle uddannelses- og dokumentationskrav. Dermed forskydes fokus til bedømmelses- og vurderingsaspekter i vejledningsprocessen, der således modarbejder det formative sigte. Der er altså en målrationel og resultatorienteret ramme omkring vejledningsprocessen, der påvirker det *'læringsrum'*, der etableres, hvilket minimerer tillid og åbenhed i forhold til, om de vejledte vil blotte deres svage sider, deres usikkerhed og de udfordringer, de har (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015). Dette karakteriseres som et typisk dilemma, der opstår, når vejledning og evaluering kobles (Lauvås og Handal 2010, Eika et al. 2015). På trods af disse udfordringer skabes der i *'Uformelle sociale felt'* muligheder for dialoger i det *'læringsrum'* vejledningsprocessen udgør, der også inkluderer personlige oplevelser og erfaringer knyttet til arbejdslivet.

Et politikfelt som ramme for læringsrummet

I analysen illustreres det, belyst via observationsbilledet fra en vejledningssituation hvor Henrik opererer sammen med Adam, hvilket *'læringsrum'* der skabes med en orientering rettet mod *'Politikfeltet'* som rammesættende for læringsrummet (Bottrup 2002). I dette felt er det styrende rationale interessevaretagelse i forhold til den samlede arbejdssituation i form af størst mulig kontrol og indflydelse på eget arbejde som både individ og kollektiv og dermed også knyttet til magt og magtudøvelse. Dette felt kan karakteriseres som præget af en kritisk og frigørende handlen i form af problematisering, analyse, identifikation af kritiske forhold og egen stillingtagen (Handal et al. 1990, Habermas 2005a, Habermas 2005b). I et vejledningsperspektiv er fokus rettet på, hvorfor mål og handlinger bliver forstået, som de bliver forstået og ved kritisk at udfordre, hvorfor det er vigtigt at nå målene (Handal et al. 1990).

Henrik orienterer sig som vejleder mod at etablere de bedst mulige rammer omkring læreprocesserne, som forhandles i det sociale med forskellige aktører og i forskellige hierarkier. Han forholder sig kritisk til læringsmålene, uddannelseskravene og afdelingskulturen og træffer sine egne beslutninger baseret på, hvad han finder subjektiv mening i. Han har udelukkende fokus på det, han betegner som 'de tekniske kompetencer' i sin vejledningsfunktion i forhold til de formelle læringsmål og kompetencer.

Analysen viser, at læringsrummet rammesat af *'Politikfeltet'* og kritiske handlinger i form af analyse, identifikation af kritiske forhold og egen stillingtagen et vejledningsmæssigt fokus rettet mod en forståelse af vejledning som et relationelt fænomen med fokus på at sikre de bedst mulige rammer omkring læreprocesserne. Immanent heri ligger der en interessevaretagelse, der skal sikre de bedst mulige læringsbetingelser og læringsmuligheder i arbejdslivet, hvilket Henrik påtager sig et ansvar for i vejledningsprocessen og aktivt bruger sin indflydelse, status og erfaring på at understøtte. Vejledningsprocessen foregår både tæt sammenvævet med arbejdet og i en tæt vejledningsrelation, med mulighed for løbende erfaringsdeling og indbyrdes diskussion, hvor vurderinger og ideer kan deles. Dermed tilgodeses også læringens sociale dimension (Illeris 2006, Illeris et al. 2010) og inkluderer således dialogiske aspekter i det *'læringsrum'*, der skabes via vejledningsprocesserne.

Opsamling på vejledningsprocessen som læringsrum
Samlet om vejledningsprocessen som *'læringsrum'* viser analysen, at det læringsrum, der skabes og medieres via vejledningsprocesserne, ser forskelligt ud afhængigt af vejledernes subjektive forståelser, fortolkninger og orienteringer. Det er væsentligt at understrege, at der ikke i vejledningsprocesser er tale om én gyldig rationalitetsform, men det afhænger af mål og situation, hvilken rationalitet, der bør have forrang i forhold til at understøtte vejledningsprocessen og de uddannelsessøgende lægers læring. Analysen illustrerer, dog, at en målrationel orientering i vejledningsprocessen i væsentlig grad reducerer læringsrummet i forhold til det *'læringsrum'*, der etableres via en kommunikationsrationel og en kritisk rationel tilgang.

De enkelte vejlederes værdier og intentioner i vejledningsprocessen understøttes og modarbejdes i varierende grader af et bedømmelses- og vurderingsaspekt, der i større og mindre grad dominerer vejledningsprocessen med et målrationelt fokus, der begrænser og reducerer læringsrummet. Dermed udfordres vejledningsprocessen i forhold til at etablere et *'læringsrum'*, hvor de formative aspekter får fokusmæssig forrang i vejledningsprocessen frem for de summative og instrumentelle aspekter.

Således vanskeliggøres dialogiske processer, der sætter den uddannelsessøgende læge i centrum i form af forståelsesorienterede dialoger, som tager udgangspunkt i den uddannelsessøgende læges oplevelser, erfaringer og refleksioner. Dette understøttes generelt i professionskulturen, hvor udgrænsede og marginaliserede vidensdomæner opleves som illegitime eller ugyldige, hvilket reducerer det subjektive handlerum, indsigt og dermed det *'læringsrum'* i arbejdet vejledningsprocessen medierer.

9.3 Teoretiske perspektiver og empiriske fund

I dette afsnit diskuterer jeg de samlede empiriske fund og de teoretiske perspektiver i forhold til afhandlingens samlede vidensbidrag.

Teoretiske perspektiver

De teoretiske perspektiver bidrager til forståelsen af de empiriske fund på forskellig vis, som jeg vil diskutere her i dette afsnit.

Biografi og livshistorie

Schützes (1983, 2008) biografiske og livshistoriske perspektiver fungerer ikke blot som en teoretisk ramme, men også som en metodologisk ramme sammen med den etnografiske og den refleksive metodologi. Dermed har forskningsprocessen været styret af et 'nedefra og op' perspektiv eller sagt på en anden måde en 'indefra og ud' proces, der sætter de konkrete subjekters erfaringer i centrum, som oplever og fortolker læreprocesserne. Schützes (1983) interviewmetode, har været velegnet til produktionen af det empiriske materiale, der rummer en kvalitativ dybde, som giver forskningsmæssig værdi.

Biografiske metoder karakteriseres dog af kritikere ved, at resultaterne er uklare, subjektive og ikke er repræsentative (Alheit 2005, Kaźmierska 2014). Her bidrager Schützes (1983, 2008) begreb om *'processtrukturer'*, der i princippet kan genfindes i alle *typer* af livsforløb til en kobling mellem de biografiske processer og det sociale. Schützes teori kommer således ikke blot med 'indre' forklaringer, men inddrager også 'ydre' betingelser som typer af subjekter agerer og reagerer i forhold til. Dermed er Schützes metodologi og i særlig grad processtrukturbegrebet velegnet til at belyse biografiske identitetsdannelsesprocesser knyttet til lærings- og livsforløb og belyser i denne afhandling, hvordan subjekter orienterer sig og skaber sammenhænge i forhold til deres udvikling som mere eller mindre intentionelle processer. Schützes metodologi og teoretiske begreber bidrager herigennem væsentligt til forståelsen af de professionelle identitetsdannelsesprocesser, emotioner, læringsmiljøer, læringsrum og vejledningsprocesser, der opleves og erfares i arbejdslivet.

Professionalisme og professionel identitet

Det overordnede teoretiske perspektiv retter via Frost (2010) et kritisk fokus på de professionelles arbejdsvilkår i det moderne samfund, præget af kontinuerlige forandringer og modsatrettede krav til de professionelle, hvilket i analyserne reflekteres i kraft af forskellige former for krydspres, der subjektivt skal fortolkes og bearbejdes. Her identificerer Frost refleksion, som en essentiel måde at håndtere det strukturelt producerede pres på samt for at sikre en professionsudvikling, der kan følge med samfundsudviklingen. Wackerhausen (2009) retter også fokus refleksionens rolle i forhold til en etisk professionsudvikling, der kan sikre patienten den bedst mulige behandling via tværprofessionelt samarbejde. Her identificeres barrierer, der reproduceres i de socialiseringsprocesser, der er knyttet til dannelse af professionel identitet. Wackerhausen retter dermed kritikken ind i professionernes praksis. Det samme

gør Hafferty (2016), der retter et kritisk blik specifikt på de (re)socialiseringsprocesser, der foregår i den medicinske verden og som reproducerer handlemønstre og tankemåder, der er uhensigtsmæssige i forhold til lægers identitetsdannelsesprocesser og i et professionsudviklingsperspektiv.

Frost (2010) stiller sig solidarisk med de professionelle og retter sin kritik mod de samfundsmæssige rammer, krav og forventninger. Han identificerer refleksion – og særligt kollektiv refleksion som et middel, der kan lette presset fra de individuelle professionelle. Her ligger teorien dog langt fra den praksis, de empiriske fund beskriver, hvor der i ringe grad er fokus på de professionelles refleksioner og hvor refleksion som fænomen betragtes som en individuel, kognitiv proces, der er et privat anliggende. Wackerhausen (2009) og Hafferty (2016) retter kritikken ind i de professionelles praksis, hvor det 'tavse' og 'usynlige' skal ekspliciteres, den ønskede form for professionalisme skal identificeres og uddannelsesmæssigt foregå via forskellige intentionelle processer – herunder i forhold til, *hvad* der reflekteres over og *hvordan*, der reflekteres. Det er ikke blot et spørgsmål *om*, der reflekteres. Dermed ligger disse perspektiver også langt fra den nuværende praksis, hvor fokus stadig er på, overhovedet *at skabe rum* for refleksion i arbejdet.

Kombinationen af de tre teoretiske perspektiver (Wackerhausen 2009, Frost 2010, Hafferty 2016) giver dog mulighed for at belyse identitetsdannelsesprocesserne i forhold til praksis på en måde, der både illustrerer barriererne forstået som det ydre strukturelle pres på de (sundheds)professionelles arbejde, der sætter uddannelses- lærings- og vejledningsfunktionerne under pres og de indre professionsbarrierer i form af udgrænsede vidensdomæner og herskende rationalitetsformer, der marginaliserer refleksive og introspektive processer. Således repræsenterer perspektiverne samlet en forklaringsmodel, der både kritisk udfordrer feltet og de samfundsmæssige rammer, hvilket bidrager med nuanceret viden om forskellige typer af pres på lægers dannelse af professionel identitet.

Relationer og emotioner i arbejdslivet

Forståelsen af emotioner i arbejdslivet retter via Burkitts (2010, 2012, 2014) perspektiv fokus på emotioners sociale forankring, der medieres via kollektive følelsesmønstre og sociale 'regler'. Endvidere belyses sammenhængen mellem tanker, refleksion og emotioner, der ikke kan betragtes adskilt, men snarere kan forstås som sammenvævede. Burkitts (2012) pointe er, at enhver tanke

eller refleksion udspringer af en emotion fx i form af glæde, begejstring, uro eller tvivl, som får os til at stille spørgsmål til os selv, der starter indre *'mikrodialoger'* mellem selvet og de forestillede andres stemmer (Burkitt 2010). Deri formes vores selvbillede, som påvirker vores interaktioner, kommunikation og samarbejde. Uden ekspliciteret mediering er det vanskeligt at blive fremmed for sig selv og be- eller afkræfte de selvbilleder, *'mikrodialogerne*' former, hvilket kræver refleksioner, der tager afsæt i emotioner (Burkitt 2012). De empiriske fund illustrerer disse processer som fraværende, hvilket har både personlige og faglige konsekvenser, der ikke intentionelt medieres i vejledningsprocesserne.

McNaughtons (2013) teoretiske perspektiv bidrager med en forståelsesramme af emotionsdiskurser knyttet til medicinsk uddannelse, domineret af at emotioner opfattes som modsætning til rationalitet og fornuft, hvilket betyder, at de erfaringer der er knyttet til emotioner, er udgrænsede i det medicinske curriculum og i praksis opfattes som illegitime. Afhandlingens empiriske fund illustrerer konkret de subjektive konsekvenser i kraft af, at emotioner undertrykkes, kontrolleres og frem for alt håndteres individuelt og skjult med professionelle, faglige og personlige konsekvenser.

Læring og vejledning i arbejdslivet

De forskellige teoretiske perspektiver belyser lærings- og vejledningsprocesser på forskellige organisatoriske niveauer. Jørgens og Warrings (2002) model for læring på arbejdspladsen beskriver læringsmiljøet ud fra to forskellige poler, der i mødet med medarbejdernes læringsforløb subjektivt giver forskellige læringsbetingelser og læringsmuligheder. Modellen bygger således bro mellem det biografiske og det organisatoriske i sin analytiske tilgang. Bottrups (2001, 2002, 2004) organisatoriske læringsrumsbegreb kritiserer hun selv for, ikke systematisk at inddrage de biografiske aspekter knyttet til læring i form af hermeneutiske metodologiske greb, der kan give viden om de subjektive oplevelser og erfaringer. Dette bidrager afhandlingens empiriske fund til, som konkret belyser de subjektive muligheder og barrierer, der er for udnyttelse af læringsrummet på arbejdspladsen.

Læringsrumsbegrebet lægger i analyserne af vejledningsprocessen yderligere et niveau til analyserne, der belyser hvordan de institutionelle krav og rammer begrænser læringsrummet i arbejdslivet, men også hvordan vejledernes subjektive forståelser og orienteringer kan bryde kravene og overskride rammer-

ne, hvorved der etableres mening. Jeg har endvidere koblet rationalitetsformer (Handal et al. 1990, Habermas 2004, Habermas 2005a, Habermas 2005b) til læringsrumsbegrebet og dette bidrager til forståelsen af læringsrummet i mødet med en særlig professionskontekst med et herskende målrationelt fornuftsbegreb, de institutionelle og uddannelsesmæssige rammer med særlige målrationelle logikker og dokumentationskrav samt de enkelte vejlederes subjektive orienteringer, der skaber forskellige sprækker i den målrationelle ramme omkring vejledningsprocessen.

Empiriske fund

De empiriske fund viser, hvordan det at *blive til som læge* er en kompliceret proces, der overskrider snævre læringsbegreber og instrumentelle læringsopfattelser. Uddannelsesbiografierne viser, hvordan læringsmiljøerne giver forskellige læringsbetingelser og læringsmuligheder i arbejdslivet samt forskellige subjektive muligheder for udnyttelse af de *'læringsrum'*, der er i arbejdet og som forekommer tilfældighedsprægede. Koblet hertil reflekteres betydningen af vejledningsprocesserne i forhold til de uddannelsessøgende lægers læringsog livsforløb, hvor vejledning i arbejdet generelt opleves som svært tilgængelig, begrænset eller decideret fraværende. Uddannelsesbiografierne reflekterer, at dette både har følelsesmæssige konsekvenser for de uddannelsessøgende læger og har en række faglige konsekvenser, der forstærkes af forskellige typer af krydspres i arbejdet.

Dette ekspliciteres i uddannelsesbiografierne, der som metodologisk greb, sætter subjektet i centrum og belyser, hvordan arbejdspladslæring og identitetsdannelsesprocesser foregår som kontinuerlige forhandlinger mellem individuelle læringsstrategier, subjekters emotioner, erfaringer og værdier på den ene side og på den anden side bestemte rammebetingelser i form af de institutionelle, arbejdsmæssige og uddannelsesmæssige rammer, der dynamisk formes af særlige professionsidealer og bestemte rationaliteter. Således viser analysen, at de institutionelle rammer omkring uddannelsen ikke lader sig adskille i forståelsen af de læreprocesser, der foregår på den lægelige videreuddannelse. Her er det centralt, at hospitalet som institution og den medicinske profession medtænkes som væsentlige rammer omkring uddannelsen og i forhold til de praksisformer og habituelle rutiner, der reproduceres i socialiseringsprocesserne igennem uddannelsesforløbet.

Vejlederperspektiverne illustrerer, hvordan vejlederne subjektivt forstår og fortolker de institutionelle krav og subjektivt orienterer sig i forhold til de institutionelle rammer. Dette har betydning for det læringsrum, vejledningsprocessen skaber i arbejdet. Via vejlederperspektiverne belyses vejledningsprocessernes betydning ikke blot biografisk og relationelt, men også organisatorisk, hvilket er centralt at medtænke med professionsudvikling for øje. Her er det væsentligt at skabe viden om de typer af forståelse, vejlederne har og de barrierer, udfordringer og krydspres, de subjektivt oplever og erfarer som vejledere på den lægelige videreuddannelse. Vejlederperspektiverne bidrager, i kombination med uddannelsesbiografierne, til forståelsen af vejledningsprocesserne indlejret i de institutionelle rammer, arbejdet, institutionen og professionen.

Samlet bidrager afhandlingen til at undersøge og analysere lægers subjektive læreprocesser og vejlederes subjektive orienteringer i vejledningsprocesser via en livshistorisk begrebsramme og metodologi, der belyser de subjektive og intersubjektive processer knyttet til formel og uformel vejledning på den lægelige videreuddannelse i mødet med de institutionelle rammer og samfundsmæssige krav.

9.4 Konklusion og perspektivering

I dette kapitel har jeg samlet op på afhandlingens forskellige dele og de tråde, der er trukket op gennem afhandlingens kapitler. Jeg har belyst forskningsspørgsmålet gennem fire teoretiske perspektiver: *'livsforløbets processtrukturer', 'professionalisme og professionel identitet', 'relationer og emotioner i arbejdslivet'* samt *'læring og vejledning i arbejdslivet'* og diskuteret vidensbidraget i forhold til de empiriske fund. Jeg vil nu koncentrere mit fokus på selve hovedspørgsmålet for afhandlingen: **Hvilken betydning har formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier?**

Betydning af uformel vejledning
Den uformelle vejledning på den lægelige videreuddannelse foregår på daglig basis i arbejdet - ofte som supervision fra forskellige vejledere. Den uformelle vejledning har stor betydning for de uddannelsessøgende læger, når den er tilgængelig. Ofte er den dog begrænset og til tider fraværende i arbejdet, hvilket har både personlige, professionelle og faglige konsekvenser – særligt i for-

hold til de forskellige typer af krydspres, de uddannelsessøgende læger erfarer igennem deres uddannelsesforløb. Fraværet af vejledning i arbejdet skyldes en kombination af tidspres, effektivitetskrav og ressourcespørgsmål på den ene side samt organisering og kultur på den anden side. Det betyder, at de uddannelsessøgende lægers adgang til vejledning i arbejdslivet forekommer tilfældighedspræget og i sidste ende er et spørgsmål om subjektive strategier og relationelle forhold, der er afgørende for de lærings- og vejledningsmuligheder, der findes i arbejdet.

En udfordring er, at de uddannelsessøgende læger ofte arbejder fagligt isoleret fra de øvrige lægelige kolleger og dermed savner konkrete arbejdsfællesskaber og kollegiale fællesskaber. Især på de store hospitaler og afdelinger, hvor man er en anonym arbejdskraft i en produktionskæde og relationerne er upersonlige. Dermed mangler de uddannelsessøgende læger konkret kendskab til de øvrige læger, der skal supervisere dem og mangler tillidsfulde relationer, hvor de tør åbne sig, når de skal bede om vejledning til noget, de ikke ved eller er i tvivl om.

Mødet med rollemodeller og mentorer har stor betydning for lægers uddannelsesbiografier. Dermed skabes muligheder for dialoger og for at dele tanker og refleksioner knyttet til de konkrete arbejdsopgaver. Endvidere dannes der i mødet med rollemodeller konkrete arbejds- og kollegiale fællesskaber, hvor der etableres fælles værdier, normer og samhandlinger, som skaber identifikation. Relationer til rollemodeller og mentorer støtter de uddannelsessøgende lægers personlige, faglige og professionelle udvikling og giver et konkret billede, de uddannelsessøgende læger kan spejle deres professionelle identitetsdannelse i. Det har stor betydning, men etablering af relationer til rollemodeller er ikke en intenderet del af uddannelsesprocesserne - snarere et 'biprodukt'. Relationsdannelse er vanskeligt at sætte på formel og det er på den måde tilfældigt, når det sker, men med stor subjektiv betydning for de uddannelsessøgende lægers læreprocesser. Dermed understreges betydningen af at sikre rammer, der organisatorisk tilgodeser de relationelle aspekter knyttet til uddannelsen og arbejdet.

Betydning af formel vejledning

Den formelle vejledning på den lægelige videreuddannelse er manifesteret i planlagte samtaler mellem en hovedvejleder og en uddannelsessøgende læge. I uddannelsesbiografierne reflekteres den formelle vejledning kun sporadisk og

indgik typisk ikke i de spontane fortællinger om de uddannelsessøgende lægers lærings- og livsforløb, men blev kun berørt direkte adspurgt.

En udfordring knyttet til den formelle vejledning er, at den ofte er afkoblet fra de konkrete arbejdsfællesskaber, idet de uddannelsessøgende læger ikke deler konkrete arbejdsfunktioner med deres hovedvejledere. Dermed opleves vejledningsprocessen abstrakt og kunstig. En anden udfordring er at etablere vejledningsrelationer baseret på tillid mellem den uddannelsessøgende læge og hovedvejlederen, der betyder, at den uddannelsessøgende læge er tryg ved at vise sin sårbarhed og sine svage sider, hvorved vejledningsprocessen kan få en subjektiv betydning. En tredje udfordring er, at der indgår et bedømmelsesaspekt knyttet til den formelle vejledning, der via læringsmål og dokumentationskrav forskyder fokus fra samtalens formative elementer til de summative vurderingselementer, hvilket afhandlingen viser, er vanskeligt for vejlederne at minimere. En fjerde udfordring er, at de uddannelsessøgende læger på den ene side opfatter de formelle krav som banale, misforståede, upræcise og alt for brede til, at kunne reflektere reel kompetence og på den anden side har erfaret, at kolleger, de ikke mener, fagligt er dygtige nok, har fået deres kompetencer godkendt. Dermed minimeres den objektive betydning knyttet til den formelle vejledning i forhold til at kontrollere og dokumentere at alle kompetencer er opnået. En femte udfordring er, at der hersker en monologisk kultur, hvor samtalerne foregår med udgangspunkt i vejlederens erfaringer og refleksioner, der ikke sætter den uddannelsessøgende læges oplevelser, erfaringer og refleksioner i centrum for vejledningsprocessen. Det er altså eksperten, der i forholdet én til én formidler til novicen, hvilket i et lærings- og vejledningsperspektiv er uhensigtsmæssigt og ineffektivt.

Samlet peger vejledningsprocessernes betydning for lægers uddannelsesbiografier på, at de relationelle aspekter har central betydning for, om de uddannelsessøgende læger oplever at blive støttet i forhold til de aspekter af deres lærings- og livsforløb, der giver udfordringer igennem uddannelsesforløbet og har subjektiv betydning. Det ses i særligt forhold til de professionelle identitetsdannelsesprocesser og håndtering af emotioner i arbejdslivet, som ikke støttes intentionelt i vejledningsprocesserne og som sætter de uddannelsessøgende læger under forskellige typer af pres og krydspres, der begrænser deres læringsbetingelser og læringsmuligheder. Her kunne vejledningsprocesserne spille en rolle i forhold til at mindske eller spejle de uddannelsessøgende lægers oplevelse af pres og krydspres, men dette potentiale udnyttes ikke i vej-

ledningsprocesserne. Snarere reproduceres forskellige typer af strukturelt pres og stress samt via de sociale praksisser og normer i afdelingerne, der påvirker læringsmiljøerne og læringsrummet i arbejdslivet negativt.

Organisatorisk er det en udfordring at skabe rammer omkring uddannelsesfunktionerne både i forhold til det ydre pres, der i form af effektivitets- og produktionskrav stilles til professionen specifikt og til sundhedsvæsenet generelt, hvor de forskellige uddannelsesfunktioner kommer i klemme mellem andre typer af krav, og i forhold til professionens indre selvforståelse, hvor de biomedicinske og målrationelle aspekter har forrang, hvilket minimerer et fokus på dialoger og processer, der ikke umiddelbart kan måles, men som skaber forståelse og indsigt. Her er det en organisatorisk udfordring at sikre rammer, der styrker arbejdsfællesskaber og kollegiale fællesskaber, og som tilgodeser de relationelle aspekter, der er vigtige for lægers læringsforløb, uddannelsesforløb og arbejdsliv. Især fordi sygehusorganiseringen går mod stadig større enheder, hvilket ved en tilfældighedspræget organisering har konsekvenser for de uddannelsessøgende lægers lærings- og vejledningsmuligheder.

Sygehusorganiseringen stiller sammen med den øvrige samfundsudvikling krav til lægers relationelle kompetencer med et større fokus på tværgående samarbejde omkring patientbehandlingen. Det stiller krav til professionsudvikling i forhold til at inddrage sociologiske, psykologiske og pædagogiske vidensdomæner, der i praksis i dag er marginaliserede og ikke anerkendes som relevante i det medicinske arbejde. Det vil også kunne have betydning for, at kunne udnytte det læringspotentiale, der er knyttet til en lang række af lægers erfaringer koblet til emotioner og identitet, der i dag betragtes som tabuiserede og private. Dette understøttes ikke via vejledningsprocesserne og indgår ikke i det fokus, der er hos vejlederne, hvilket ikke blot har betydning for de uddannelsessøgende læger selv, men også for patienterne og det samlede sygehusvæsen. Dermed er der behov for en professionsudvikling, så uhensigtsmæssige uddannelsesprocesser ikke systematisk reproduceres, men udfordres og støttes i vejledningsprocesserne, frem for blot at fungere som en kontrol og dokumentationsfunktion.

Fremtidens hospital byder på en række nye udfordringer, der påvirker de uddannelsesmæssige rammer. Det er meget store komplekse institutioner, hvor samarbejdsrelationerne er centrale, men hvor man begrænset kendskab til sine kolleger og hvor der er manglende nærhed og tryghed. Det gælder for både de

uddannelsesgivende og uddannelsessøgende læger på forskellige måder. Det kan fx være i form af, at de uddannelsesgivende læger bliver bedt om underskrifter på kompetencer af uddannelsessøgende læger, de ikke har mødt eller arbejdet sammen med før, og at de uddannelsessøgende læger ikke kender eller har tillid til dem, der kan vejlede og supervisere dem. Set i dette lys er det en central ledelsesmæssig udfordring at rammesætte og prioritere lærings- og vejledningsprocesser fremadrettet, i mødet med andre stigende krav til sundhedsvæsenet.

Her kunne vejlederfunktionen på den lægelige videreuddannelse spille en langt større rolle og have en større betydning, end den har i dag, i forhold til at mindske det strukturelt producerede krydspres, fraværet af kollegiale fællesskaber, understøtte de professionelle identitetsdannelsesprocesser og håndtering af de emotionelle udfordringer i arbejdslivet samt styrke de relationelle, tværgående kompetencer, der har central betydning for patientbehandlingen. Dette læringspotentiale udnyttes ikke i dag i vejledningsprocesserne på den lægelige videreuddannelse.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Labour*. The University of Chicago Press.

Alheit, P. (2005): *Historier og strukturer – metodologiske overvejelser over narrativitet*. I: Andersen, A.S.; Dausien, B.; Larsen, K. (red.). *Livshistorisk fortælling og fortolkende socialvidenskab*. Roskilde Universitetsforlag, s. 127-155.

Alheit, P. (2009): *Biographical learning – within the new lifelong discourse*. In: Illeris, K. (ed.). *Contemporary theories of learning. Learning theorists in their own words*. Routledge, p. 116-128.

Alvesson, M.; Kärreman, D. (2005): *At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner i teoriudvikling*. I: Järvinen, M.; Mik-Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv – interview, observationer og dokumenter*. Hans Reitzels Forlag, s. 121-144.

Alvesson, M.; Kärreman, D. (2011): *Qualitative Research and Theory Development – Mystery as Method*. Sage Publications Ltd.

Alvesson, M.; Sköldberg, K. (2009): *Reflexive Methodology – New Vistas for Qualitative Research*. Sage Publications Ltd.

Andersen, A.S.; Andersen, L.; Dybbroe, B.; Hutters, C.; Weber, K. (2001): *Bøjelighed og tilbøjelighed – Livshistoriske perspektiver på læring og uddannelse*. Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen, Roskilde Universitetscenter.

Andersen, A.S.; Dausien, B.; Larsen, K. (red.) (2005): *Livshistorisk fortælling og fortolkende socialvidenskab*. Roskilde Universitetsforlag, s. 7-24.

Andersen, A.S.; Larsen, K. (2001): *Det narrative livshistoriske interview – Introduktion til Fritz Schützes teoretiske og metodologiske arbejde*. Erhvervs– og voksenuddannelsesgruppen, Roskilde Universitetscenter.

Andersen, A.S.; Larsen, K. (2005): *Fritz Schützes teoretiske og metodologiske arbejde*. I: Andersen, A. S.; Dausien, B.; Larsen, K. (red.). *Livshistorisk fortælling og fortolkende socialvidenskab*. Roskilde Universitetsforlag, s. 75-124.

Andersen, A.S.; Trojaborg, R.S. (2005): *Læringsmiljøer og livshistoriske læreprocesser*. I: Andersen, A.S.; Dausien, B.; Larsen, K. (red.). *Livshistorisk fortælling og fortolkende socialvidenskab*. Roskilde Universitetsforlag, s. 157-218.

Andersen, L. (1999): *Facader og facetter – modernisering og læreprocesser i socialpædagogik og forvaltning*. Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen, Roskilde Universitetsforlag.

Andersen, L. (2012): *Inner and Outer Life at Work. The Roots and Horizon of Psychoanalytically Informed Work Life Research*. Forum: Qualitative Social Research, Vol. 13, No. 3. Art. 23.

Andersen, L.L.; Dybbroe, B. (2017): *Introspection as intra-professionalism in social and health care*. Journal of Social Work Practice, Vol. 31, No. 1, 2, 04; 21-35.
Antonsen, K. (2014): *Hvad betyder FAM for fremtidens sygehuse?* I: Pedersen, K.M.; Petersen, N.C. (red.). *Fremtidens hospital*. Munksgaard, s. 161-171.
Aronson, L. (2011): *Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education*. Medical Teacher, Volume 33 (3); 200-205.
Bach, B.; Bayer, M.; Brinkkjær, U.; Larsen, K.; Pallesen, I. (2004): *Speciallægeuddannelse i Danmark: en empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen før implementeringen af den nye speciallægeuddannelse*. Sundhedsstyrelsen og Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik ved Danmarks Pædagogiske Universitet.
Becher, H.S.; Geer, B.; Hughes, E.C.; Strauss, A.L. (1977): *Boys in White. Student Culture in Medical School*. University of Chicago Press.
Bendix, H. (2014): *Fremtidens hospitalsledelse*. I: Pedersen, K.M.; Petersen, N.C. (red.). *Fremtidens hospital*. Munksgaard, s. 191-202.
Berger, R. (2013): *Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research*. Qualitative Research, 0(0); 1-16.
Bjørgen, I. (2008): *Ansvar for egen læring*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45; 862-866.
Bligh, J. (2005): *Faculty development*. Medical Education; 39: 120-121.
Bleakley, A. (2006): *You are who I say you are: The rhetorical construction of identity in the operating theatre*. Journal of Workplace Learning, Vol. 17 No. 7/8; 414-425.
Borum, F. (2005): *Sygehuset – en omstridt institution*. Nordiske Organisasjonsstudier, 7 (2); 114-136.
Bottrup, P. (2001): *Læringsrum og arbejdsvilkår*. Tidsskrift for arbejdsliv, 3. årg., nr. 2; 53-71.
Bottrup, P. (2002): *At skabe rum for læring i arbejdslivet*. I: Illeris, K. (red.). *Udspil om læring i arbejdslivet*. Roskilde Universitetsforlag og Learning Lab Denmark, s. 65-84.
Bottrup, P. (2004): *Udviklingsnetværk som læringsrum*. I: Bottrup, P.; Jørgensen, C.H. (red). *Læring i et spændingsfelt - mellem uddannelse og arbejde*. Roskilde Universitetsforlag og Learning Lab Denmark, s. 133-150.
Bourgeault, I.L.; Wrede, S.; Benoit, C.; Neiterman, E. (2016): *Professions and the migration of expert labour: towards an intersectional analysis of transnational mobility patterns and integration pathways of health professionals*. In: Dent, M.; Bourgeault, I.L.; Denis, J.; Kuhlmann, E. (eds.). *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, p. 295-312.

Bradbury, H.; Frost, N.; Kilminster, S.; Zukas, M. (eds.) (2010): *Beyond reflective practice. New approaches to professional lifelong learning*. Routledge.
Brown, P.; Calnan, M. (2016): *Professionalism, trust and cooperation.* In: Dent, M.; Bourgeault, I.L.; Denis, J.; Kuhlmann, E. (eds.). *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, p. 129-143.
Bundgaard, B.; Steenberger, A.; Larsen, K. (2015): *Så skete det: Flere kvinder end mænd i lægefaget*. Ugeskrift for Læger, 177/18; 1680 – 1681.
Burkitt, I. (2010): *Dialogues with Self and Others – Communication, Miscommunication, and the Dialogical Unconscious*. Theory & Psychology, Vol. 20 (3); 305-321.
Burkitt, I. (2012): *Emotional Reflexivity: Feeling, Emotion and Imagination in Reflexive Dialogues*. Sociology, 46 (3); 458-472.
Burkitt, I. (2014): *Emotions and Social Relations*. Sage Publications Ltd. Sage Knowledge, electronic version.
Carraccio, C.; Englander, R. (2013): *From Flexner to Compentencies: Reflections on a Decade and the Journey Ahead*. Academic Medicine; 88; 1067-1073.
Cate, O. ten; Scheele, F. (2007): *Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice?* Academic Medicine; 82 (6): 542-547.
Christensen, J. (2016): *Eksemplet I problemorienteret erkendelse*. I: Hansen, B.B.; Ingemann, J.H. (red.). *At se verden i et sandkorn*. Samfundslitteratur, s. 145-170.
Christiansen, K. (2010): *Jürgen Habermas*. I: Andersen, P.T.; Timm, H. (red.). *Sundhedssociologi*. Hans Reitzels Forlag, s. 100-117.
Cleland, J.; Knight, L.; Rees, C.; Tracey, S.; Bond, C. (2008): *Is it me or is it them? Factors that influence the passing of underperforming students*. Medical Education: 42: 800-809.
Cruess, R.; Cruess, S.; Steinert, Y. (2016a): *Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation*. Academic Medicine, Vol. 91, No. 2; 180-185.
Cruess, R.; Cruess, S.; Steinert, Y. (2016b): *Introduction*. In: Cruess, R.; Cruess, S.; Steinert, Y. (eds.). *Teaching Medical Professionalism – Supporting the Development of a Professional Identity*. Cambrigde University Press, p. 1-4.
Dahle, R. (2008): *Profesjon og kjønn*. I: Molander, A.; Ternum, L.I. (red.). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, s. 216-232.
Danske Regioner (2016): *Regionernes resultater 2016*.
Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Øget fokus på gode resultater på sygehusene*.
Davies, C.A. (1998): *Reflexive Ethnography. A Guide to Researching Selves and Others*. Routledge.

Davies, K. (2001): *Disturbing Gender. On the Doctor–nurse Relationship*. Studies in Sociology, 4.
Davies, K. (2003): *The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work*. Sociology of Health and Illness, Vol. 25, No. 7, 720-742.
Davis, M. (2003): *Outcome-Based Education*. Journal of Veterinary Medical Education, 30 (3); 227-232.
Davis, M. (2007): *Case studies in outcome-based education*. Medical Teacher; 29 (7); 717-722.
Dehn, P.; Nielsen, C.H.; Larsen, K.; Bayer, M. (2009): *Implementering af speciallægereformens syv roller*. Ugeskrift for Læger, 171/19; 1580-1584.
Dent, M.; Bourgeault, I.L.; Denis, J.; Kuhlmann, E. (2016): *General introduction: the changing world of professions and professionalism*. In: Dent, M.; Bourgeault, I.L.; Denis, J.; Kuhlmann, E. (eds.). *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, p. 1-10.
Dudek, N.; Marks, M.; Regehr, G. (2005): *Failure to Fail: The Perspectives of Clinical Supervisors*. Academic Medicine, Vol. 80, No. 10; 84-87.
Dybbroe, B. (2010): *Professionssociologi – sundhedsprofessioner under pres*. I: Andersen, P.T.; Timm, H. (red.). *Sundhedssociologi*. Hans Reitzels Forlag, s. 191-208.
Dybbroe, B. (2012a): *Work Identity and Contradictory Experiences of Welfare Workers in a Life-history Perspective*. Forum: Qualitative Social Research, Vol. 13, No. 3. Art. 21.
Dybbroe, B. (2012b): *The Meaning of Work from Subjektive and Intersubjective Perspectives*. In: Kamp, A.; Hvid, H. (eds.). *Elderly Care in Transition – Management, Meaning and Identity at Work*. A Scandinavian Perspective. Copenhagen Business School Press, p. 133-164.
Dæhlen, M.; Svensson, L.G. (2008): *Profesjon, klasse og kjønn*. I: Molander, A.; Ternum, L.I. (red.). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, s. 411-428.
Edwards, A. (2010): *Being an Expert Professional Practitioner: The Relational Turn in Expertise*. Springer.
Elkjær, B. (2009): *Pragmatism. A learning theory for the future*. In: Illeris, K. (ed.). *Contemporary theories of learning. Learning theorists in their own words*. Routledge, p. 74-90.
Elling, B. (2013): *Kritisk teori*. I: Fuglsang, L.; Olsen, P.B.; Rasborg, K. (red.). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Samfundslitteratur, s. 137-170.
Emerson, R.; Fretz, R.; Shaw, L. (2011): *Writing ethnographic fieldnotes*. The University of Chicago Press.

Engdahl, E.; Jacobsen, M.H. (2014): *Emotionssociologi - Hverdagslivets følelser*. I: Jacobsen, M.H., Kristiansen, S. (red.). *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. Hans Reitzels Forlag, s. 384-422.

Eika, B.; Wichmann-Hansen, G.; Lycke, K.H.; Handal, G. (2015): *Vejledning af læger under uddannelse*. Munksgaard.

Eriksen, G. (2009): *Reformen af den lægelige videreuddannelse i Danmark*. Master-afhandling, Syddansk Universitet.

Eriksson, K. (2003): *Manligt läkarskap, kvinneliga läkare och normala kvinnor. Köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. AB Gondolin förlag.

Evetts, J. (2011): *Sociological Analysis of Professionalism: Past, Present and Future*. Comparative Sociology 10; 1-37.

Falzon, M. (ed.) (2016): *Multi-Sited Ethnography: Theory, Praxis and Locality in Contemporary Research*. Routledge, p. 1-25.

Feilberg, C. (2014): *Dannelsen af en psykologisk og videnskabelig habitus hos psykologistuderende*. Ph.d.-afhandling ved Ph.d.-programmet Hverdagslivets Socialpsykologi, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.

Fenwick, T. (2013): *Understanding transitions in professional practice and learning. Towards new questions for research*. Journal of Workplace Learning, Vol. 25, No. 6; 352-367.

Frank, J.; Danoff, D. (2007): *The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies*. Medical Teacher; 29 (7); 642-647.

Friedson, E. (1971): *Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd, Mead and Compagny.

Frost, N. (2010): *Professionalism and social change – The implications of social change for the 'reflective practitioner'*. In: Bradbury, H.; Frost, N.; Kilminster, S.; Zukas, M. (eds.). *Beyond reflective practice. New approaches to professional lifelong learning*. Routledge, p. 15-25.

Giddens, A. (1984): *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. The University of California Press.

Habermas, J. (2004): *Teorien om den kommunikative handlen*. Aalborg Universitetsforlag.

Habermas, J. (2005a): *Teknik og videnskab som 'ideologi'*. Det Lille Forlag.

Habermas, J. (2005b): *Erkendelse og interesse*. I: Habermas, J. (red.). *Teknik og videnskab som 'ideologi'*. Det Lille Forlag.

Hafferty, F.W. (1998): *Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. Academic Medicine*, Vol. 73; No. 4; 403-407.

Hafferty, F.W. (2016): *Socialization, professionalism, and professional identity formation.* In: Cruess, R.; Cruess, S.; Steinert, Y. (eds.). *Teaching Medical Professionalism – Supporting the Development of a Professional Identity.* Cambrigde University Press, p. 54-67.

Hafler, J.; Ownby, A.; Thompson, B.; Fasser, C.; Grigsby, K.; Haidet, P.; Kahn, M.; Hafferty, F.W. (2011): *Decoding the Learning Environment of Medical Education: A Hidden Curriculum Perspective for Faculty Development*. Academic Medicine, Vol. 86, No. 4; 440-444.

Handal, G.; Lauvås, P.; Lycke, K. (1990): *The Concept of Rationality in Academic Science Teaching*. European Journal of Education, Vol. 25, No. 3; 319-331.

Handal, G.; Lauvås, P. (2007): *Veiledning i de videregående utdannelser*. Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift nr. 3; 4-10.

Hargreaves, K. (2016): *Reflection in Medical Education*. Journal of University Teaching & Learning Practice, Vol. 13, (2), 6; 1-19.

Harryson, L. (2016): *Husligt arbejde, ligestilling og sundhed i en dansk kontekst – teoretiske perspektiver, empiriske analyser og metodologiske refleksioner.* I: Lehn-Christiansen S.; Liveng, A.; Dybbroe, B.; Holen, M.; Thualagant, N.; Aamann, I.C.; Nordentoft, B. (red.). *Ulighed i sundhed. Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver.* Frydenlund Academic, s. 229-256.

Hawkins, R.; Welcher, C.; Holmboe, E.; Kirk, L.; Norcini, J.; Simons, K.; Skochelac, S. (2015): *Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges?* Medical Education, 49; 1086-1102.

Hearn, J.; Biese, I.; Choroszewicz, M.; Husu, L. (2016): *Gender, diversity and intersectionality in professions and potential professions. Analytical, historical and contemporary perspectives.* In: Dent, M.; Bourgeault, I.L.; Denis, J.; Kuhlmann, E. (eds.). *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, p. 57-70.

Heggen, K. (2008): *Profesjon og identitet.* I: Molander, A.; Ternum, L.I. (red.). *Profesjonsstudier.* Universitetsforlaget, s. 321-332.

Heggen, K.; Ternum, L.I. (2013): *Coherence in professional education: does it foster dedication and identification?* Teaching in Higher Education, 18:6, 656-669.

Heudebert, G.; Huddle, T. (2007): *Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence*. Academic Medicine, Vol. 82, No. 6; 536-541.

Hill, E.; Vaughan, S. (2013): *The only girl in the room: how paradigmatic trajectories deter female students from surgical careers.* Medical Education, 47: 547–556.

Hjort, K.; Weber, K. (2011): *Hvad er værd at vide om professioner.* I: Hjort, K. (red.). *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser.* Roskilde Universitetsforlag, s. 7-32.

Hjort, K. (2012): *Det affektive arbejde*. Samfundslitteratur.
Hochschild, A.R. (1979): *Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure*. American Journal of Sociology, Vol. 85, No. 3; 551-575.
Hochschild, A.R. (1983): *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. The University of California Press.
Holen, M. (2011): *Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*. Ph.d.-afhandling fra Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet.
Holm-Petersen, C. (2010): *Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelse*, Dansk Sundhedsinstitut.
Holmboe, E.; Ward, D.; Reznick, R.; Katsufrakis, P.; Leslie, K.; Patel, V.; Ray, D.; Nelson, E. (2011): *Faculty Development in Assessment: The Missing Link in Competency-Based Medical Education*. Academic Medicine: 86; 460-467.
Hølge-Hazelton, B. (2011): *En klassisk profession skifter køn – om kønnets betydning for almen praksis*. I: Hjort, K. (red.). *De professionelle – forskning i professioner of professionsuddannelser*. Roskilde Universitetsforlag, s. 143-151.
Illeris, K. & Samarbejdspartnere (2004): *Læring i arbejdslivet*. Learning lab Denmark og Roskilde Universitetsforlag.
Illeris, K. (2006): *Læring*. Roskilde Universitetsforlag.
Illeris, K. (red.); Jarvis, P.; Wenger, E.; Engeström, Y.; Mezirow, J.; Ziehe, T. (2007): *Læringsteorier – 6 aktuelle forståelser*. Roskilde Universitetsforlag og Learning Lab Denmark.
Illeris, K. og samarbejdspartnere (2010): *Læring i arbejdslivet*. Learning Lab Denmark og Roskilde Universitetsforlag.
Illeris, K. (2011): *Kompetence – hvad, hvorfor, hvordan?* Samfundslitteratur.
Illeris, K. (red.) (2012): *49 tekster om læring*. Samfundslitteratur.
Illeris, K. (2013): *Transformativ læring & identitet*. Samfundslitteratur.
Järvinen, M.; Mik-Meyer, N. (red.) (2012): *At skabe en professionel. Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzels Forlag, s. 13-27.
Jarvis, P. (2012): *At blive en person i samfundet – hvordan bliver man sig selv?* I: Illeris, K. (red.). *49 tekster om læring*. Samfundslitteratur, s. 39-55.
Jensen, F.; Aggestrup, S. (2014): *Organisering af fremtidens sygehuse – uden specialet som organisatorisk enhed*. I: Pedersen, K.M.; Petersen, N.C. (red.). *Fremtidens hospital*. Munksgaard, s. 173-189.
Joyner, B.; Siedel, K.; Stoll, D.; Mitchell, M. (2005): *Report of the national survey of Urology Program Directors: attitudes and actions regarding the accreditation council for graduate medical education regulations*. The Journal of Urology: 174 (5); 1961-1968.

Juul, S. (2012): *Nyere kritisk teori*. I: Juul, S.; Pedersen, K.B. (red.). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Hans Reitzels Forlag, s. 319-358.
Jørgensen, C.H.; Warring, N. (2002): *Læring på arbejdspladsen*. I: Illeris, K. (red.). *Udspil om læring i arbejdslivet*. Roskilde Universitetsforlag, s. 37-64.
Kaźmierska, K. (2014): *Analyzing Biographical Data – Different Approaches of Doing Biographical Research*. Qualitative Sociology Review, Volume X, Issue 1, p. 6-17.
Keller, K.D. (2016): *Det metodologiske greb om det eksemplariske*. I: Hansen, B.B.; Ingemann, J.H. (red.). *At se verden i et sandkorn*. Samfundslitteratur, s. 95-120.
Kilminster, S.; Jolly, B.; van der Vleuten, C. (2002): *A framework for effective training for supervisors*. Medical Teacher 24; 385-389.
Kilminster, S.; Cottrell, D.; Grant, J.; Jolly, B. (2007): *AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision*. Medical Teacher 29; 2-19.
Kilminster, S.; Zukas, M. (2013): *Responsibility* matters*: putting illness back into the picture*. Journal of Workplace Learning, Vol. 25, No. 6; 383-393.
Kontos, M. (2001): *Sammenlignende overvejelser over kodifikationsmetoden i 'Grounded Theory' og i den biografiske metode*. Dansk Sociologi, Vol. 12, No. 3; 32-51.
Kotarba, J. (2014): *Eksistentialistisk sociologi – hverdagslivets erfaring*. I: Jacobsen, M.H., Kristiansen, S. (red.). *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*. Hans Reitzels Forlag, s. 258-298.
Kristensen, G.K.; Ravn, M.N. (2015): *The voices heard and the voices silenced: recruitment processes in qualitative interview studies*. Qualitative Research, Vol. 15 (6); 722-737.
Kvale, S.; Brinkmann S. (2015): *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
Kwan, J.; Crampton, R.; Mogensen, L.; Weaver, R.; Vleuten, C. van der; Hu, W. (2016): *Bridging the gap: a five stage approach for developing specialty-specific entrustable professional activities*. BMC Medical Education 16: 117.
Larsen, K.; Bayer, M.; Høyen, M.; Steensgaard, E.; Brinkkjær, U. (2007): *Speciallægeuddannelsen i Danmark: En empirisk undersøgelse af tendenser inden for speciallægeuddannelsen efter implementeringen af den nye speciallægeuddannelse*. Sundhedsstyrelsen og Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik ved Danmarks Pædagogiske Universitet.
Lauvås, P.; Handal, G. (1997): *Vejledning og praktisk fagteori*. Forlaget Klim.
Lauvås, P.; Handal, G. (2010): *Vejledning og praksisteori*. Forlaget Klim.
Lave, J.; Wenger, E. (1991): *Situated learning – Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.

Lehn-Christiansen, S. (2011): *I sundhedens tjeneste? Om praktisering af sundhedsfremme i social- og sundhedshjælperuddannelsen*. Ph.d.-afhandling fra Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet.
Lehn-Christiansen, S. (2016): *Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. Munksgaard.
Levinson, W.; Lurie, N. (2004): *When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead?* Annals of Internal Medicine, Vol. 141, No. 6; 471-474.
Liveng, A. (2007): *Omsorgsarbejde, subjektivitet og læring – social- og sundhedshjælperelevers orientering mod omsorgsarbejdet og deres møde med arbejdets læringsrum*. Ph.d.-afhandling fra Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet.
Loo, L.; Puri, N.; Kim, D.; Kawayeh, A.; Baz, S.; Hegstad, D. (2012): *"Page Me if You Need Me": The Hidden Curriculum of Attending-Resident Communication*. Journal of Graduate Medical Education, Vol. 4, No. 3; 340-345.
Lupton, D. (1997): *Doctors on the medical profession*. Sociology of Health & Illness, Vol. 19, No. 4; 480-497.
Madsen, M.H.; Meier, N. (2017): *Reorganisering og sygehusbyggeri. Erfaring fra udviklingsarbejdet i fem regioner*. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA).
Madsen, U.A. (2003): *Pædagogisk etnografi – forskning i det pædagogiske praksisfelt*. Forlaget Klim.
Malling, B. (2011): *Managing work-based postgraduate medical education in clinical departments*. Ph.D.-dissertation from the school of Health Professions Education, Maastricht University.
Marcus, G. (1995): *Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography*. Annual Review of Anthropology, 24: 95-117.
Martin, P.; Copley, J.; Tyack, Z. (2014): *Twelve tips for effective clinical supervision based on a narrative literature review and expert opinion.* Medical Teacher 36: 201-207.
Martinez, W.; Lehmann, L.S. (2013): *The "Hidden Curriculum" and Residents' Attitudes about Medical Error Disclosure: Comparison of Surgical and Nonsurgical Residents*. Journal of the American College of Surgeons, Vol. 217, (6); 1145–1150.
McNaughton, N. (2013): *Discourse(s) of emotion within medical education: the ever-present absence*. Medical Education 47; 71-79.
Mead, G.H. (1934): *Mind, Self, and Society*. The University of Chicago Press.
Mead, G.H. (1982): *The Individual and the Social Self. Unpublished Work of George Herbert Mead*. The University of Chicago Press.
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse*. VEJ nr 9586 af 14/07 2008.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, udarbejdet af den fælles arbejdsgruppe om lægers videreuddannelse (2014): *Status på den lægelige videreuddannelse*.
Molander, A.; Terum, L.I. (2008): *Profesjonsstudier – en introduksjon*. I: Molander, A.; Ternum, L.I. (red.). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, s. 13-27.
Monrouxe, L.; Rees, C.; Lewis, N.; Cleland, J. (2011): *Medical educators' social acts of explaining passing underperformance in students: a qualitative study*. Advances in Health Sciences Education, 16; 239-252.
Mortensen, L.; Malling, B.; Ringsted, C.; Rubak, S. (2010): *What is the impact of a national postgraduate medical specialist reform on the daily clinical training 3.5 years after the implementation? A questionnaire survey*. BMC Medical Education, 10: 46.
Negt, O. (1977): *Sociologisk fantasi og eksemplarisk indlæring*. Roskilde Universitetsforlag.
Neumann, M.; Edelhäuser, F.; Tauschel, D.; Fischer, M.; Wirtz, M.; Woopen, C.; Haramati, A.; Scheffer, C. (2011): *Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents*. Academic Medicine, Vol. 86, No. 8; 996-1009.
Newton, B.W.; Barber, L.; Clardy, J.; Cleveland, E.; O'Sullivan, P. (2008): *Is there hardening of the heart during medical school?* Academic Medicine, Vol. 83, No. 3; 244–249.
Nielsen, B.S. (1997): *Det eksemplariske princip*. I: Weber, K.; Nielsen, B.S.; Olesen, H.S. (red.). *Modet til fremtiden - inspiration fra Oskar Negt*. Roskilde Universitetsforlag, s. 269-317.
Nielsen, K.; Kvale, S. (red.) (1999): *Mesterlære. Læring som social praksis*. Hans Reitzels Forlag.
Obling, A.R. (2012): *Kunsten at skabe en medfølende og engageret hospitalslæge*. I: Järvinen, M.; Mik-Meyer, N.(red.). *At skabe en professionel. Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzels Forlag, s. 142-163.
Obling, A.R. (2016): *'Dette er ikke et hospital': Rum, følelser og professionel ekspertise/funktion i dansk kræftrehabilitering*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Vol. 13, No. 24; 89-112.
O'Leary, D.; Al-Taiar, H.; Brown, N.; Bajorek, T.; Ghazirad, M.; Shaddel, F. (2016): *Workplace assessment in crisis? The way forward*. BJPsych Bull; 40 (2): 61–63.
Olesen, H.S. (2001): *Professional identity as learning processes in life history*. Journal of Workplace Learning, Vol. 13, 7/8; 290-297.
Olesen, H.S. (2002): *Det problematiske subjekt: Livshistorie, subjektivitet og erfaring*. I: Weber, K. (red.). *Læring på livstid: forskningsperspektiver på livslang læring*. Roskilde Universitetsforlag, s. 41-57.

Olesen, H.S. (2004): *Professioner som (trold)spejl for arbejdet i den udfoldede modernitet*. Tidsskrift for Arbejdsliv, 6. årg. Nr. 1; 77-95.
Olesen, H.S. (2007a): *Professional Identities, Subjectivity, and Learning: Be(com)ing a General Practitioner*. In: West, L.; Alheit, P.; Andersen, A.S.; Merril, B. (eds.). *Using Biographical and Life History Approaches in the Study of Adult and Lifelong Learning: European Perspectives*. Peter Lang, Vol. 2, p. 125-141.
Olesen, H.S. (2007b): *Theorising learning in life history: A psychosocietal approach*. Studies in the Education of Adults, Vol. 39 (1); 38-53.
Olesen, H.S. (2011): *Har professioner en fremtid og kan de professionelle skabe den? – om subjektivitet, køn og vidensarbejde*. I: Hjort, K. (red.). *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser*. Roskilde Universitetsforlag, s. 123-142.
Olesen, H.S. (2012a): *What does it mean to be a General Practitioner*. International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning, Vol. 4, No. 2; 65-79.
Olesen, H.S. (2012b): *The Societal Nature of Subjectivity: An Interdisciplinary Methodological Challenge*. Forum: Qualitative Social Research, Vol. 13, No. 3. Art. 4.
Pedersen, K.M. (2014): *Hvorfor akutsygehusene?* I: Pedersen, K.M.; Petersen, N.C. (red.). *Fremtidens hospital*. Munksgaard, s. 25-41.
Pedersen, K.M.; Petersen, N.C. (red.) (2014): *Fremtidens hospital*. Munksgaard, s. 15-19.
Plesner, J.; Christensen, A.B.; Bech, M.; Larsson, M. (2013): *Ledelse på tværs i de danske sygehuse*. Scandinavian Journal of Public Administration, 16 (2): 165-187.
Poder, P. (2009): *The sociology of emotions: Managing, exchanging and generating emotions in everyday life*. In: Jacobsen, M.H. (ed.). *Encountering the Everyday: An Introduction to the Sociologies of the Unnoticed*. Palgrave Macmillan, p. 329-352.
Power, M. (2000): *The Audit Society – Second Thoughts*. International Journal of Auditing, 4: 111-119.
Pront, L.; Gillham, D.; Schuwirth, L. (2016): *Competencies to enable learning-focused clinical supervision: a thematic analysis of the litterature*. Medical Education 50: 485-495.
Rasmussen, P. (2011): *Professionsprojekt og vidensudvikling – om forskelle i professionsforståelser og professionsstrategier*. I: Hjort, K. (red.). *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser*. Roskilde Universitetsforlag, s. 57-72.
Rees, C.; Knight, L.; Cleland, J. (2009): *Medical educators' metaphoric talk about their assessment relationships with students: 'you don't want to sort of be the one who sticks the knife in them'*. Assessment & Evaluation in Higher Education, Vol. 34, No. 4; 455-467.

Reggelsen, B.; Nissen, L.K. (2012): *Vejledning*. I: Brøbecher, H.; Mulbjerg, U. (red.). *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelserne*. Munksgaard, s. 154-178.
Region Hovedstaden (2014): *Fælles handlingsplan for lægelig videreuddannelse i Uddannelsesregion Øst*. Notat.
Riemann, G.; Schütze, F. (1991): *"Trajectory" as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes*. In: Maines, D. (ed.). *Social organization and social process: essays in honor of Anselm Strauss*. Walter de Gruyter inc., p. 333-357.
Ringsted, C.; Hansen, T.L.; Davis, D.; Scherpbier, A. (2006): *Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada?* Medical Education; 40: 807-815.
Ringø, P. (2016): *Konstruktivisme og realisme i eksemplarisk metode*. I: Hansen, B.B.; Ingemann, J.H. (red.). *At se verden i et sandkorn*. Samfundslitteratur, s. 171-187.
Rubak, S.; Mortensen, L.; Ringsted, C.; Malling, B. (2008): *A controlled study of the short- and long-term effects of a Train the Trainers course*. Medical Education; 42: 693-702.
Saks, M. (2016): *Professions and power. A review of theories of professions and power*. In: Dent, M.; Bourgeault, I.L.; Denis, J.; Kuhlmann, E. (eds.). *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Routledge, p. 71-85.
Sandars, J. (2009): *The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44*. Medical Teacher, Vol. 31 (8); 685-695.
Sagasser, M.; Fluit, C.; van Weel, C.; van der Vleuten, C.; Kramer, A. (2017): *How Entrustment Is Informed by Holistic Judgments Across Time in a Family Medicine Residency Program: An Ethnographic Nonparticipant Observational Study*. Academic Medicine, 92 (6): 792-799.
Schön, D. (2006): *Den reflekterende praktiker – hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Forlaget Klim.
Schütze, F. (1983): *Biographieforschung und narratives Interview*. Neue Praxis, 13, 3, p. 283-293.
Schütze, F. (1984): *Kognitive Figuren des autobiographischen Stehgrieferzählens*. In: Kohli, M.; Günther, R. (red.). *Biographie und Soziale Wirklichkeit*. J.B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung.
Schütze, F. (2008): *Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews – Part one*. European Studies on Inequalities and Social Cohesion, p. 152-242.

Shorey II, J. (2013): *Signal versus noise on the wards: what "messages" from the hidden curriculum do medical students perceive to be importantly meaningful?* Transactions of the American Clinical and Climatological Association, Vol. 124; 36-45.
Skipper, M. (2016): *The links between organizational, team and individual medical postgraduate workplace learning – an ethnographic and action-based research study.* PhD dissertation, Health, Aarhus University.
Spindler, G.; Hammond, L. (eds.) (2006): *Innovations in Educational Ethnography – Theory, Methods, and Results.* Psychology Press.
Steinert, Y.; Mann, K.; Brownell, A.; Barnett, M.B.; Centeno, A.; Naismith, L.; Prideaux, D.; Spencer J.; Tullo, E.; Viggiano, T.; Ward, H.; Dolmans, D.; (2016): *A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40.* Medical Teacher, Volume 38, (8); 769-786.
Stratta, E.C.; Riding, D.M.; Baker, P. (2016): *Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline.* International Journal of Medical Education, 7; 286-292.
Sundhedsministeriet (2000): *Fremtidens speciallæge.* Betænkning nr. 1384, Betænkning fra Speciallægekommissionen.
Sundhedsstyrelsen (1998): *Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse – struktur, retningslinier og ansvarsfordeling.*
Sundhedsstyrelsen (2011): *Terminologi for den lægelige videreuddannelse.*
Sundhedsstyrelsen (2012a): *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering.*
Sundhedsstyrelsen (2012b): *Temaopdelt handlingsplan – en opfølgning på anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport: Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering.*
Sundhedsstyrelsen (2013a): *De 7 lægeroller.*
Sundhedsstyrelsen (2013b): *Kompetencevurderingsmetoder – en oversigt.*
Sundhedsstyrelsen (2016): *Lægeprognose 2015-2040 – udbuddet af læger og speciallæger.*
Sundhedsstyrelsen (2017): *Notat vedr. overgang fra femårsfrist til en seksårsfrist for læger i videreuddannelse til speciallæge.*
Søjnæs, C.; Lillevang, G.; Jørgensen, R.L.; Ringsted, C. (2011): *Kvalitet i videreuddannelsen af læger i Region Hovedstaden – resultat af en spørgeskemaundersøgelse*. Center for Klinisk Uddannelse.
Sørensen, J.L.; Termansen, A.B.; Rasmussen, N.L.; Laugesen, T.B.; Topperzer, M.K.; Jensen, K.S.; Hansen, M.M.F.; Ottesen, B. (2016): *Der er behov for integration af uddannelsesfaciliteter i planlægningen af hospitalsbyggeri.* Ugeskrift for Læger: 178: 2-6.

Thunborg, C. (2016): *Learning behind the curtains – becoming health care assistants in Sweden*. Diversity and equality in health and care, Vol. 13 (1); 162-168.
Ulriksen, L. (2002): *Det eksemplariske princip*. I: Beyer, K. (red.). *Projektarbejde, eksemplarisitet og problemorientering*. Roskilde Universitet.
Ulriksen, L. (2014): *God undervisning på de videregående uddannelser*. Frydenlund.
Vågan, A.; Grimen, H. (2008) *Profesjoner i maktteoretisk perspektiv*. I: Molander, A.; Ternum, L.I. (red.). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, s. 411-428.
Wackerhausen, S. (2009): *Collaboration, professional identity and reflection across boundaries*. Journal of Interprofessional Care, 23 (5): 455-473.
Warming, H. (2016): *Narrative interviews*. I: Kristensen, C.J.; Hussain, M.A. (red.). *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Samfundslitteratur, s. 95-109.
Weber, K. (1997): *Towards a New Understanding of Adult Learning: A presentation of the Life History Project at Roskilde University*. In: Weber, K. (ed.). *Life History, Gender and experience – Theoretical Approaches to Adult Life and Learning*. Life History Project, Roskilde University, p. 7-26.
Weber, M. (1983): *Ekonomi och Samhälle – Förståendesociologins Grundar 1*. Argos.
West, L. (2001): *Doctors on the Edge. General Practitioners, Health and Learning in the Inner-City*. Free Association Books.
West, L. (2010): *Really reflexive practice. Auto/biographical research and struggles for a critical reflexivity*. In: Bradbury, H.; Frost, N.; Kilminster, S.; Zukas, M. (eds.). *Beyond reflective practice. New approaches to professional lifelong learning*. Routledge, p. 66-80.
Wichmann-Hansen, G. (2004): *Praktik i lægeuddannelsen – et kvalitativt studie om læring og vejledning i klinikken*. Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, Enhed for Medicinsk Uddannelse.
Wichmann-Hansen, G.; Eika, B.; Mørcke, A.M. (2007): *Hvad findes der af litteratur om vejledning? – Litteratursøgning med fokus på publicerede evidensbaserede studier*. Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift, 3; 11-19.
Yepes-Rios, M.; Dudek, N.; Duboye, R.; Curtis, J.; Allard, R.; Varpio, L. (2016): *The failure to fail underperforming trainees in health professions education: A BEME systematic review. BEME Guide No. 42*. Medical Teacher, 38: 11; 1092-1099.
Zibrowski, E.; Singh, I.; Goldszmidt, M.; Watling, C.; Kenyon, C.; Schulz, V.; Maddocks, H.; Lingard, L. (2009): *The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments*. Medical Education: 43: 741–748.

Bilag: Interviewguide til vejlederinterview

1) Hvor mange års erfaring som hovedvejleder har du?
- Hvor mange uddannelsessøgende har du været hovedvejleder for?
- Hvor mange uddannelsessøgende er du hovedvejleder for af gangen?

2) Fortæl om første gang, du blev hovedvejleder. Hvordan foregik det? Herunder:
- Rekruttering – hvordan?
- Forudsætninger – hvilke?

3) Hvordan trives du med funktion som hovedvejleder? Herunder:
- Hvilke barrierer oplever du?
- Hvad er, for dig, det vigtigste ved din funktion som hovedvejleder?

4) Har du oplevet problematiske uddannelsesforløb?
- Hvad skete der?

5) Hvad får du af støtte og opbakning fra afdelingen til funktionen? Herunder:
- Løbende kvalificering
- Sparring

Resume

Denne afhandling undersøger læring i arbejdslivet og mere specifikt betydningen af vejledning for de læreprocesser, der foregår på en arbejdsbaseret uddannelse i form af den lægelige videreuddannelse. Efter gennemførelse af medicinstudiet tager det minimum otte til ni års videreuddannelse, før en læge autoriseres som speciallæge og uddannelsen foregår som ansættelser på forskellige hospitalsafdelinger og i almen praksis igennem uddannelsesforløbets forskellige faser. Afhandlingen er en eksplorativ undersøgelse af vejledningsprocesser på speciallægeuddannelsen med fokus på betydningen af formel og uformel vejledning for lægers lærings- og livsforløb belyst via tre uddannelsesbiografier og tre vejlederperspektiver.

Vejlederfunktionen på den lægelige videreuddannelse er en kongstanke, der skal sikre progression i uddannelsen samt kontrol med de uddannelsessøgende lægers kompetencer på vej mod opnåelse af speciallægeanerkendelsen. Derfor er det også et formelt krav fra Sundhedsstyrelsens side, at alle uddannelsessøgende læger skal have en hovedvejleder tildelt, der skifter i takt med forskellige ansættelser og afdelinger igennem uddannelsesforløbet. Der findes dog ikke særlig meget viden om, hvad der konkret foregår i vejledningsprocesserne på tværs af de lægelige specialer og hvilken betydning, vejledning har for vejlederne og de uddannelsessøgende læger.

Der mangler viden om: 1) formel og uformel vejledning som fænomen i lægelig videreuddannelse, 2) de (lærings)kontekster og (lære)processer, vejledningen indlejrer sig i og 3) de betydninger, der knytter sig til vejledningen for både vejledere og uddannelsessøgende læger. Den lokalitet og kontekst, uddannelsen foregår i skal medtænkes. Hospitalet som institution og de enkelte afdelinger, danner rammen omkring de læreprocesser, der foregår som løbende identitetsprocesser til en særlig profession. Hertil må derfor lægges en række ikke-intenderede betydninger af uddannelsen, som er væsentlige at repræsentere i forståelsen af vejledningen som fænomen på den lægelige videreuddannelse. På denne baggrund rejser afhandlingen følgende forskningsspørgsmål:

Hvilken betydning har formel og uformel vejledning for lægers uddannelsesbiografier? Forskningsspørgsmålet belyses gennem disse teoretiske

perspektiver: *'Livsforløbets processtrukturer', 'Professionalisme og dannelse af professionel identitet', 'Relationer og emotioner i arbejdslivet'* samt *'Læring og vejledning i arbejdslivet'*.

Forskningsspørgsmålene er udformet ud fra en overordnet præmis om, at den eksisterende viden om vejledning af læger i Danmark er begrænset og forskningsspørgsmålene sigter mod at udvikle begreber, erkendelse og forståelse frem for fx at teste hypoteser eller teorier. Endvidere afspejler det biografiske afsæt i forskningsspørgsmålet et fokus på livslange og 'livsbrede' læreprocesser, reflekteret i forholdet mellem biografi, uddannelse, arbejde, identitet og emotioner, der relationelt erfares via arbejdslivets praksis og subjektivt fortolkes. Undersøgelsen er tilrettelagt som en kvalitativ undersøgelse, der undersøges via feltarbejde, interviews og observationer med uddannelsessøgende læger og med deres formelle vejledere på henholdsvis en medicinsk, en kirurgisk, en paraklinisk og en anæstesiologisk afdeling i uddannelsesregion Øst, der dækker Region Sjælland og Region Hovedstaden. Deltagerne er otte uddannelsessøgende læger i hoveduddannelsesstillinger og deres otte formelle hovedvejledere.

Det metodologiske afsæt for afhandlingen er en refleksiv metodologi i kombination med en biografisk og etnografisk inspiration. I analyseprocessen blev der udviklet et greb, der analytisk kunne systematisere det empiriske materiale med de uddannelsessøgende læger og identificere sammenhænge og brud i fortællingerne. Det udmøntede sig i tre spor: et *'Biografi-spor'*, med fokus på sammenhænge imellem livsforløb og uddannelsesforløb, et *'Uddannelsesspor'*, med fokus på læring og vejledning og et *'Arbejdsspor'*, med fokus på kommunikation og samarbejde.

Hovedvægten er i analyser af det empiriske materiale, der tager udgangspunkt i de uddannelsessøgende lægers uddannelsesforløb, da det er de uddannelsessøgende, vejledningen så at sige 'virker' i. Vejlederperspektiverne er dog centrale også at repræsentere for at indsigt i et felt, hvor viden om betydning og mening knyttet til vejlederfunktionen og vejledning som fænomen er begrænset og fordi, vejledning er et relationelt fænomen. De teoretiske perspektiver er abduktivt genereret og præsenteres som fire overordnede perspektiver: *'Livsforløbets processtrukturer', 'Professionalisme og professionel identitetsdannelse'*, *'Relationer og emotioner i arbejdslivet'* samt *'Læring og vejledning i arbejdslivet',* der belyser empiriens bredde og kompleksitet.

Afhandlingen viser, med udgangspunkt i analyserne, hvordan indholdet i vejledningsprocesserne subjektivt opleves, erfares og fortolkes af vejlederne og de uddannelsessøgende læger. Uddannelsesbiografierne viser på tværs, at den formelle vejledning i form af planlagte samtaler med en hovedvejleder, målbeskrivelser og læringsmål, ikke repræsenterer stor subjektiv betydning for de uddannelsessøgende lægers lærings- og livsforløb belyst igennem deres uddannelsesforløb. Uddannelsesbiografierne viser, at de udfordringer, de uddannelsessøgende læger oplever og erfarer med dannelse af deres professionelle identitet og emotionelle udfordringer i arbejdet ikke umiddelbart medieres i vejledningsprocesserne, men individualiseres og fremstår kollektivt tabuiserede. Dermed ekskluderes en lang række erfaringer knyttet til de uddannelsessøgende lægers identitetsprocesser og emotioner fra vejledningsprocessen.

Den uformelle vejledning er der knyttet større subjektiv betydning til – hvis den er tilgængelig, hvilket uddannelsesbiografierne reflekterer, den ofte ikke er. Her er det helt centralt, at det der repræsenterer værdi og betydning, primært er de relationelle og intersubjektive aspekter i form af, at man deler et arbejdsmæssigt fællesskab og i form af rollemodeller, der har en helt central betydning, fordi de repræsenterer både faglige og menneskelige forbilleder. Dette opstår dog tilfældigt og ikke via intentionelle uddannelsesprocesser, hvor der er fokus på at skabe rammer, der tilgodeser de relationelle aspekter og det er ikke alle uddannelsessøgende læger, der møder rollemodeller igennem deres uddannelsesforløb.

Forskellige typer af krydspres opleves og håndteres også som individuelle udfordringer, der medvirker til at reproducere bestemte professionsidealer, de uddannelsessøgende læger er kritiske overfor, men selv bliver bærere af, hvilket ikke medieres i vejledningsprocesserne. Uddannelsesbiografierne illustrerer også, at vejledningsprocesserne ikke har fokus på at mediere og kritisk udfordre de uddannelsessøgende lægers refleksioner og dermed ikke udnytter dette læringspotentiale.

Samlet viser analysen at det læringsrum, der skabes og medieres via vejledningsprocesserne, ser forskelligt ud afhængigt af vejledernes subjektive forståelser, fortolkninger og orienteringer. De enkelte vejlederes værdier og intentioner i vejledningsprocessen understøttes og modarbejdes i varierende grader af et bedømmelses- og vurderingsaspekt, der i større og mindre grad domine-

rer vejledningsprocessen med et målrationelt fokus, der begrænser og reducerer læringsrummet. Dermed udfordres vejledningsprocessen i forhold til at etablere et læringsrum, hvor de formative aspekter får fokusmæssig forrang i vejledningsprocessen frem for de summative og instrumentelle aspekter. Således vanskeliggøres dialogiske processer, der sætter den uddannelsessøgende læge i centrum i form af forståelsesorienterede dialoger, som tager udgangspunkt i den uddannelsessøgende læges oplevelser, erfaringer og refleksioner. Dette understøttes generelt i professionskulturen, hvor udgrænsede og marginaliserede vidensdomæner opleves som illegitime eller ugyldige, hvilket reducerer det subjektive handlerum, indsigt og dermed det læringsrum i arbejdet vejledningsprocessen medierer.

I afhandlingen konkluderes det at de relationelle aspekter har central betydning for, om de uddannelsessøgende læger oplever, at blive støttet i forhold til de aspekter af deres lærings- og livsforløb, der giver udfordringer igennem uddannelsesforløbet og har subjektiv betydning. Det ses i forhold til de professionelle identitetsdannelsesprocesser og håndtering af emotioner i arbejdslivet, som ikke støttes intentionelt i vejledningsprocesserne og som sætter de uddannelsessøgende læger under forskellige typer af pres og krydspres, der begrænser deres læringsbetingelser og læringsmuligheder. Her kunne vejledningsprocesserne spille en rolle i forhold til at mindske eller spejle de uddannelsessøgende lægers oplevelse af pres og krydspres, men dette potentiale udnyttes ikke i vejledningsprocesserne. Snarere reproduceres forskellige typer af strukturelt pres og stress samt via de sociale praksisser og normer i afdelingerne, der påvirker læringsmiljøerne og læringsrummet i arbejdslivet negativt.

Summary

This dissertation examines learning in working life and more specifically the importance of guidance for the learning processes that take place in a work-based education in the form of medical education. After completion of the medical exam, it takes at least eight to nine years of further education before a doctor is authorized as a specialist physician and the training takes place as appointments at various hospital departments and in general practice throughout the various phases of the education program. The dissertation is an exploratory study of guidance procedures in specialist physician education focusing on the importance of formal and informal guidance of doctors' learning and life course illuminated through three educational biographies and three supervisor perspectives.

The supervisor's role in medical education is based on a conception that it will ensure progression in the education and control of the resident's skills towards achieving the specialist medical certificate. Therefore, it is also a formal requirement from the National Board of Health, that all residents must have a formal supervisor assigned, which changes in line with different appointments and departments throughout the educational process. However, there is not much existing knowledge about what is actually going on in the guidance processes across the medical specialties and the significance of guidance for the supervisors and the residents.

There is a lack of knowledge about: 1) formal and informal guidance as a phenomenon within postgraduate medical education; 2) the (learning) contexts and (learning) processes in which the guidance is embedded and 3) the meanings associated with the guidance process from both the supervisors' and the residents' perspectives. In addition, the setting and context of the educational process must be considered. The hospital as an institution, as well as the individual clinical departments, frame the learning processes - a continuous process of identity formation - for a specific and unique profession. Therefore, it is important to consider numerous unintended aspects of the educational process which are important to the understanding of the guidance process as a phenomenon in postgraduate medical education. The dissertation raises the following research questions:

What is the significance of the formal and informal guidance processes for residents' educational biographies? The research question is illuminated through these theoretical perspectives: 'Biographical process structures', 'Professionalism and professional identify formation', 'Relations and emotions in work life' and 'Learning and guidance in work life'.

The research question is based on a general premise that current knowledge of guidance processes in Danish residency education is limited. The research question is exploratory and intended to identify and develop new concepts, ideas and understanding, and not to test hypotheses or theories. Furthermore, the biographical point of departure in the research process reflects a focus on lifelong and 'life-wide' learning processes, reflected in the relationship between biography, education, work, identity and emotions relationally learned through working life practices and subjectively interpreted. It is, therefore, formulated with an open, exploratory format, and the study is designed as a qualitative study, based on field work, interviews and observations with residents and their assigned supervisors in medical, surgical, paraclinical (pathology) and anesthesia departments in the Region Zealand and the Capital Region. The study participants are eight residents in specialty training positions and their eight assigned supervisors.

The methodological basis for the dissertation is a reflexive methodology in combination with biographical and ethnographic inspiration. During the analytic process, a model was developed to analytically systematize the empirical material from the residents and to identify connections, fragments, and contradictions in their narratives. The model consists of three tracks: a 'Biography track' focusing on the connections between residents' personal and professional lives, an 'Educational track' focusing on learning and advising, and a 'Work track' focusing on communication and collaboration.

The primary focus of the analysis is on the empirical material from the residents since it is the residents who experience the guidance process. The supervisors' perspectives are also vital because guidance is an inherently interpersonal phenomenon and the supervisors provide insight into a field where there is limited knowledge, specifically about the understanding of and significance associated with the advisory function, as well as the process of advising. The theoretical perspectives were abductively generated and are presented as four overall perspectives: *'Biographical process structures'*, *'Professionalism*

and professional identify formation', 'Relations and emotions in work life' and *'Learning and advising in work life'*, which reflects the depth and complexity of the empirical material.

This dissertation shows, based on analysis, how the content of guidance interactions is experienced and interpreted by the supervisor and the resident physician. The educational biographies show that formal guidance in the form of scheduled conversations with a formal supervisor, goal descriptions, and learning objectives does not represent a subjective significance for the residents' learning and life course elucidated throughout their educational process. The educational biographies show that the challenges the resident's experience with the formation of their professional identity and the emotional challenges experienced in the workplace are not mediated in the guidance processes but individualized and appear to be collectively tabooed. This eliminates a wide range of experiences related to the identity processes and emotional experiences from the guidance process.

The informal guidance is to a higher degree linked to subjective meaning - if available, which the educational biographies reflect, it is often not. Here it is absolutely crucial that what represents value and significance, primarily are the relational and intersubjective aspects in form of sharing a working community and in form of role models that are of crucial importance because they represent both professional and human role models. However, this occurs randomly and not through intentional education processes with a focus on creating frameworks that cater to the relative aspects. Hence, not all residents meet role models throughout their educational processes.

Different types of cross-pressure are also experienced and handled as individual challenges, which are not mediated in the guidance processes. This contributes to reproducing certain professional ideals in the medical socialization processes. The educational biographies also illustrate that the guidance processes do not focus on mediating and critically challenging the residents' reflections, thus not exploiting this learning potential.

Overall, the analysis shows that the learning space created and mediated through the guidance processes is different depending on the supervisors' subjective understandings, interpretations, and orientations. Each supervisor's values and intentions in the guidance process are supported and counteracted

at varying degrees by an assessment aspect that, to a lesser extent, dominates the guidance process with a means-end focus that limits and reduces the learning space. Thus, the guidance process is challenged to establish a learning space where the formative aspects gain focus in the guidance process rather than the summative and instrumental aspects. Consequently, dialogical processes which are based on the experiences and reflections of the resident is absent or very limited. This is generally supported in the professional culture, where limited and marginalized knowledge domains are perceived as illegitimate or invalid, thus reducing the subjective scope, insight and the learning space the guidance process mediates.

The dissertation concludes that the relational aspects play a key role in the educational biographies related to the residents learning and life course. This is grasped in relation to the professional identity-forming processes and the management of emotions in the workplace, which is not intentionally supported in the guidance processes, and which put the residents under different types of pressure that restrict their learning conditions and learning opportunities. Here, the guidance processes could play a vital role in reducing or reflecting the resident's experiences of pressure and cross-pressure, but this potential is not utilized in the guidance processes. Rather, different types of structural pressure and stress are reproduced, through the social practices and norms in the departments that adversely affect the learning environments and learning space in a negative way.