

Den nyuddannede læge

Er denne tilstrækkelig godt »klædt på« til lægegerningen?

Lektor Birgit H. Petersson,
b.scient.san.publ. Marianne Agergaard &
læge Torsten Risør

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Afdelingen for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning

Resume

Introduktion: Undersøgelsens formål var at belyse, hvordan en gruppe nyuddannede læger oplever deres viden og ressourcer i forhold til deres ansættelser, kort tid efter de har afsluttet studiet.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en prospektiv undersøgelse af en årgang lægestuderende fra 1992. I alt 252 studerende (79%) besvarede spørgeskema 1. Spørgeskema 4 blev udsendt i 2002 og fik en svarprocent på 57. 80% af dem, der var blevet kandidater (n = 143), besvarede spørgeskema 4. I alt 111 af disse havde været læge i mere end et år og indgår i denne undersøgelse.

Resultater: 72% af lægerne angav, at studiets teoretiske del havde givet dem et godt grundlag for det kliniske arbejde, men at det var for lidt rettet mod det kliniske arbejde. De følte ikke, at de havde fået et godt grundlag for at kunne samarbejde, havde haft gode rollemodeller eller var blevet styrket i den personlige udvikling. Kun 55%, flest mænd, følte, at det var let at tage faglige spørgsmål op. Ved undersøgelsens begyndelse rapporterede mange om psykiske problemer, dette tal faldt gennem studiet, men var stadig højt i 2002. 60% af de adspurgte anførte, at det kliniske arbejde havde styrket deres selvbillede, 41% at det havde medført personlige problemer.

Konklusion: Undersøgelsens resultater tyder på, at forhold hos den enkelte, men også forhold på lægestudiet har betydning for fundene. Kvindelige læger havde de største problemer. De unge læger følte sig ikke ordentligt »klædt på« til at varetage lægegerningen. Der peges på vigtigheden af at opgradere den kliniske uddannelse og den personlige udvikling samt på, at der kommer fokus på kønsproblematikken, idet især kvinderne har problemer.

»Målet for den lægevidenskabelige kandidatuddannelse er på videnskabeligt grundlag at bibringe de studerende de forudsætninger inden for naturvidenskabelige, parakliniske og kliniske fag, der er nødvendige for, efter afsluttet kandidateksamnen, at kunne bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder og holdning, herunder lægeetiske forhold« [1]. I praksis er den formelle uddannelse dog ikke slut ved kandidatuddannelsen, idet der for at kunne opnå tilladelse til selvstændigt virke som læge kræves en ansættelse i et turnusforløb. Kun ganske få fravælger den postgraduate turnusuddannelse.

Men hvordan føler den nyuddannede sig »klædt på« til at være læge? Er der specielle forhold hos den pågældende og i studieforløbet, der er med til at afgøre, at denne føler sig i stand til at klare opgaverne. I en rapport om yngre lægers arbejdsvilkår fra 1990 havde omkring halvdelen, lidt flere kvinder end mænd, fortrudt, at de var blevet læger [2]. Jo ældre de pågældende læger var, og jo mere målrettede de var i forhold til specialevalg, jo bedre angav de at have det. De mest belastede var de unge og de kvindelige læger. I en svensk undersøgelse fandt man ligeledes, at de kvindelige læger var særlig belastede, men læger af begge køn var generelt tilfredse med deres arbejde i forhold til mænd og kvinder i en række andre erhverv [3]. *Vikanes et al* har undersøgt, hvordan en årgang norske læger har oplevet deres turnustjeneste [4]. De yngre læger angav tilfredshed med den teoretiske uddannelse, men samlet angav de, at de ikke følte sig tilstrækkelig forberedt til lægegerningen, ligesom de ikke følte, at de fik tilstrækkelig med støtte gennem turnustjenesten. Den sparsomme litteratur på området viser, at lægearbejdet er en stor belastning for de yngre læger og især de kvindelige læger, og den viser også, at der er brug for større viden på området.

Denne undersøgelses formål var at belyse, hvordan en gruppe yngre læger oplever deres viden og ressourcer i forhold til deres ansættelser, kort tid efter de har afsluttet studiet, ligesom kønsforskellene analyseres og diskuteres.

Materiale og metoder

I alt 111 læger, 42 mænd og 69 kvinder, der i 2002 havde været kandidater i mere end et år indgik i denne spørgeskemaundersøgelse. Oprindeligt indgik 321 studerende, der blev optaget på lægestudiet ved Københavns Universitet i 1992 i undersøgelsen [5]. Af disse besvarede 252 (svarprocent 79) det første spørgeskema. I alt blev der udsendt fire spørgeskemaer, det seneste i 2002 indeholdt bl.a. spørgsmål om det at blive læge i forhold til uddannelsen (**Tabel 1**). Spørgeskemaerne var inden udsendelsen blevet gennemprøvet ved en pilotundersøgelse. I 2002 var 183 (73%) blevet færdige som læge. I alt 143 (80%) af kandidaterne havde besvaret spørgeskema 4, af disse havde 111 (78%), 69 kvinder og 42 mænd, været færdig som læge i et år. Enkelte af spørgsmålene i skema 4 er identiske med spørgsmål stillet i *Vikanes et al's* undersøgelse med henblik på sammenligning mellem danske og norske læger [4]. Der er i analysearbejdet anvendt SPSS og χ^2 -test med signifikans på 0,05-niveauet. Der er i spørgeskemaet brugt fem kategorier: meget enig, enig, neutral, uenig og meget uenig. I teksten er meget enig og enig slået sammen til enig, ligesom ka-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Besvarelse af de fire udsendte spørgeskemaer.

	Skema 1			Skema 2			Skema 3			Skema 4		
	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total
Antal besvarelser	92	160	252	73	137	210	74	144	218	53	90	143
Besvarelsesprocent			100			83			87			57

Tabel 2. Forhold under lægestudiet af betydning for funktionen som læge. Besvarelsene er angivet i procent.

Spørgsmål	Mænd (n = 42)				Kvinder (n = 69)				χ^2 -test p-værdi
				ikke besvaret				ikke besvaret	
	enig	neutral	uenig		enig	neutral	uenig		
Uddannelsen har givet mig et godt teoretisk grundlag for det kliniske arbejde	10	7	71	12	12	12	73	4	0,041
Undervisningen på lægestudiet er for lidt rettet mod klinisk arbejde	2	17	67	14	9	10	77	4	0,482
I studiet blev der lagt vægt på personlig udvikling	67	17	2	14	80	12	4	4	0,015
Studiet har givet et godt grundlag for at samarbejde med andre faggrupper	64	19	2	14	75	17	3	4	0,418
De fleste læger i klinikken har været gode forbilleder	29	31	26	14	22	55	19	4	0,085

Tabel 3. Forhold i klinikken, der har betydning for funktionen som læge. Besvarelsene er angivet i procent.

Spørgsmål	Mænd (n = 42)				Kvinder (n = 69)				χ^2 -test p-værdi
				ikke besvaret				ikke besvaret	
	enig	neutral	uenig		enig	neutral	uenig		
Det er let at tage medicinskfaglige problemer op på arbejdspladsen	10	14	62	14	9	32	53	6	0,307
Det er vanskeligt at få hjælp til at løse medicinsk faglige problemer på arbejdspladsen	68	5	12	15	64	22	8	6	0,030
Hvis andre læger giver mig tilbagemelding på, hvad jeg har gjort, er det oftest negativ kritik	52	14	21	12	55	20	19	6	0,289
Jeg får ofte ros, når jeg har gjort et godt stykke arbejde	33	29	26	12	29	33	32	6	0,814
Frygten for at begå fejl, som kan få alvorlige konsekvenser for patienten, dæmper glæden ved at arbejde som læge	50	21	14	14	42	28	26	4	0,068
Klinisk arbejde medfører personlige problemer	17	33	38	12	15	36	44	6	0,681
Det kliniske arbejde har styrket mit selvbillede	29	29	31	12	33	28	35	4	0,456

tegorien meget uenig og uenig er slået sammen til uenig af hensyn til overskueligheden.

Resultater

Undersøgelsens resultater vedrørende den prægraduate uddannelse fremgår af **Tabel 2**. Størsteparten af lægerne, nemlig 72%, fandt, at den har givet dem et godt teoretisk grundlag for det kliniske arbejde, men lige så mange, nemlig 73%, fandt, at undervisningen på studiet var for lidt rettet mod det kliniske arbejde. Her var der en kønsforskel, idet lidt færre mænd end kvinder, nemlig 67% vs. 77% var enige i udsagnet ($p = 0,482$).

Ud over den faglige viden er evnen til at møde mennesket, her patienten, en forudsætning for at kunne varetage arbejdet. Til udsagnet om, at der gennem studiet havde været lagt vægt på den personlige udvikling, som giver mulighed for at møde den menneskelige udfordring, som lægegerningen indebærer, svarede 69%, 67% af mændene og 80% af kvinderne, at de var uenige ($p = 0,015$).

Til udsagnet om, at de i løbet af studiet har fået et godt grundlag for at samarbejde med andre faggrupper, svarede 64% af mændene og 75% af kvinderne, at de var helt uenige ($p = 0,418$). Dette kunne måske opvejes, hvis der var et godt forhold til de øvrige læger, men resultaterne viser, at det er så som så med identifikationen og samarbejdet med disse. Kun 22% fandt, at de læger, de havde mødt, havde været gode forbilleder, lidt flere mænd (26%) end kvinder (19%) ($p = 0,085$). Oplysningerne om oplevelsen ved at være færdig som læge fremgår af **Tabel 3**.

At være nyuddannet vil altid indebære en vis usikkerhed, men usikkerheden omkring det kliniske arbejde kunne måske til en vis grad lettes, hvis lægen følte det er let at tage faglige spørgsmål op på arbejdspladsen. Til dette svarer 62% af mændene og 51% af kvinderne, at de er enige ($p = 0,307$). Omtrent samme kommentarer fås til udsagnet om, at det er let at få hjælp til at løse faglige problemer. Her er 67% af mændene og 62% af kvinderne uenige ($p = 0,030$). Svarende hertil oplever

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

kun 30%, at de ofte får ros for et godt stykke arbejde, det gælder for lidt flere kvinder end mænd ($p = 0,814$).

41% anførte, at det kliniske arbejde medførte personlige problemer, og 33% følte sig ensomme. Mod dette stod en gruppe, 60%, som angav, at de følte, at det kliniske arbejde havde styrket deres selvbillede.

Et centralt område i lægearbejdet er angsten for at begå fejl. Til udsagnet: »Frygten for at begå fejl dæmper arbejdsglæden« svarede 14% af mændene og 26% af kvinderne, at de var enige ($p = 0,068$).

Man kunne forestille sig, at der var en sammenhæng mellem, hvordan den unge læge oplever usikkerheden i turnustjenesten og den generelle oplevelse af at være sikker/usikker hos personen allerede under studiet. Imidlertid er der ingen af de studerende, der ved studiets start rapporterede om usikkerhed, manglende selvtillid eller besvær i sociale relationer. Der er alene en let tendens til, at de mandlige studerende rater sig selv lidt som mere sikre osv. end de kvindelige studerende. Der hvor der findes væsentlige forskelle mellem kønnene er vedrørende psykiske problemer. Af de 143, der havde besvaret både skema 1 og skema 4, angav kun ganske få ikke at have psykiske problemer ved studiestart, nemlig 17% af mændene og 16% af kvinderne. I 2002 (skema 4) er tallene forbedret, således at 38% af mændene og 21% af kvinderne nu angav ikke at have haft psykiske problemer de sidste to år forud for besvarelsen af spørgeskemaet. I 1992 havde kun en mindre del søgt professionel hjælp, nemlig 11% af mændene og 6% af kvinderne. I 2002 var der sket en ændring, således at flere kvinder havde søgt hjælp, nemlig 22% mod 12% af mændene.

Diskussion

Formålet med lægeuddannelsen er at give den unge et godt teoretisk og praktisk grundlag for at arbejde selvstændigt som læge. Knap tre fjerdedele af de nyuddannede læger angav, at de havde et godt teoretisk grundlag for det kliniske arbejde, men at undervisningen ikke var tilstrækkelig rettet mod det kliniske arbejde. Det er ikke overraskende, at den nyuddannede læge føler en vis usikkerhed i turnustjenesten, men det er gennemgående, at størsteparten ikke føler, at uddannelsen påvirker, at de føler sig tilstrækkelig godt »klædt på« til at fungere i det kliniske arbejde. Det samme genfindes i den norske undersøgelse, hvor 77% af turnuskandidaterne ikke fandt, at studiet i tilstrækkelig grad var rettet mod den kliniske uddannelse.

I den norske undersøgelse er lægernes svar opgjort ud fra, hvilket universitet de kommer fra [4]. I undersøgelsen findes kun forskel på læger fra Universitetet i Tromsø og de øvrige universiteter. I Tromsø angav man større tilfredshed med den kliniske undervisning, og man havde til forskel fra på de andre universiteter intensiveret undervisningen i almen praksis og på hospitalsafdelingerne i årene forud for undersøgelsen. Forholdene omkring undervisningen ved f.eks. Universitetet i Oslo, som ligesom Københavns Universitet er landets største, ligner de danske. Betydelig flere af de norske læger end de

danske var tilfredse med den teoretiske uddannelse, nemlig 94% mod 72%. De danske læger oplevede også mindre hjælp, ros og opbakning fra deres kolleger end de norske læger, men var til gengæld mindre angst for at begå fejl.

I 1986 blev studieordningen i København lavet om, således at den kliniske del af studiet blev opprioriteret, samtidig med at faget almen medicin blev obligatorisk [1]. Senere blev studieplanen ændret med yderligere opprioritering af den kliniske uddannelse og planlagt indførelse af problembaseret undervisning, men umiddelbart efter blev uddannelsen blevet reduceret med et halvt år fra 13 semestre til 12 semestre. Der er endnu kun blevet færdiguddannet få læger efter denne studieordning, men med aktuelle fund er det vigtigt meget hurtigt at undersøge, om der rent faktisk er sket en bedring med hensyn til at føle sig »klædt på« til at varetage det kliniske arbejde, som resultaterne fra Tromsø tyder på, eller det er helt andre forhold, der skal styrkes postgraduat.

En væsentlig faktor for at kunne varetage arbejdet som læge er, at man får styrke og opbakning fra både fagfæller og andre samarbejdspartnere. Især rollemodeller er af betydning, for at man kan finde måder at klare problemer på. Vi ved fra den normale psykologiske udvikling at imitation (mimesis) er af væsentlig betydning for udviklingen af sikkerhed og selvtillid [6]. Disse forhold benyttes også inden for pædagogikken, ligesom brugen af tutor- eller mentorordninger er brugt ud fra samme principper [7]. På spørgsmålet om, hvorvidt lægerne har været gode forbilleder, svarede kun en lille del af de danske læger bekræftende i modsætning til de norske læger, af hvilke to tredjedele svarer bekræftende [8]. Hvorfor der er denne forskel, kan vi ikke sige noget om, men en kønsskævhed i materialerne kan have betydning, idet kun 45% af de norske læger var kvinder mod 74% af de danske læger, og blandt disse var kvinderne mest negative. *Gude et al* har i en undersøgelse af 421 norske lægestuderende vist, at kvinderne i lighed med vores fund havde vanskeligere ved at identificere sig med lægerollen end mændene, hvis identifikation med lægerollen i højere grad var påvirket af forholdene under lægestudiet [9].

Denne undersøgelse viser, at flere mænd end kvinder angav, at det var let at tage faglige spørgsmål op på arbejdspladsen. Men at halvdelen af de kvindelige læger oplevede, at det var vanskeligt at tage faglige spørgsmål op, og en tredjedel oplevede, at det var svært at få hjælp, er betænkeligt i en gruppe af læger i en turnusstilling. I *Akre et al's* norske undersøgelse var tallene meget forskellige fra de danske, idet kun få oplevede, at det var svært at få hjælp, kun få fik negativ kritik, og mange blev rost for godt arbejde [8]. Det var især mændene, der angav, at de fik ros, og mens en tredjedel af de kvindelige norske læger følte, de havde fået større ansvar i turnustjenesten, end de kunne mestre, var det kun 13% af de mandlige læger, der følte det. Til gengæld angav flere af de norske læger, at angsten for at begå fejl dæmper arbejdsglæden, nemlig i alt 44% af kvinderne og 30% af mændene. Stort set lige så mange danske som norske læger har følt sig ensomme i arbejdet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

De vanskeligheder, som især kvindelige læger angiver, genfindes i andre undersøgelser. I en undersøgelse af kønsforskelle mellem læger i Norden fandt man, at kvindelige læger er en særlig belastet gruppe [10]. Det samme fandt *Finset et al* i en tiårsopfølgning af, hvordan det var gået de norske læger [11]. I denne undersøgelse har vi fundet, at kun få af de studerende angav ikke at have psykiske problemer, mens tallet var noget mindre ved undersøgelsen i 2002, hvor 38% af de kvindelige og 21% af de mandlige deltagere ikke havde problemer. Der er tale om selvrapporterede psykiske problemer, hvor kun en lille del, 22% af kvinderne og 12% af mændene, havde søgt professionel hjælp, men resultaterne stemmer overens med tidligere fund, hvor en stor del af de kvindelige studerende fandtes at være usikre og brugte en eller anden form for vægtskontrol [12]. Hvorfor der er så mange, der angiver at have psykiske problemer, kan vi ikke helt forklare, men resultaterne af tidligere undersøgelser har peget på, at et stort ambitionsniveau og forhold, der ligger forud for lægestudiet, kan være af betydning [13, 14]. Men ud over forhold hos den enkelte er det også vigtigt at se på forholdene under lægestudiet, hvor især kvinderne ikke finder, at de har fået hjælp til personlig udvikling, ikke i tilstrækkeligt omfang har lært at samarbejde med andre faggrupper og har svært ved at finde rollemodeller. I en tidligere dansk undersøgelse blev der peget på, at det især var de kvindelige studerende, der forventedes at opleve vanskeligheder postgraduat [15].

Nogle af de vanskeligheder, som de unge læger kommer ud for, er også forudset i Evalueringscentrets rapport fra lægeuddannelserne [16]. Her anføres det, at de studerende »næppe har tilstrækkelige kvalifikationer på følgende områder: kliniske og parakliniske, alment videnskabelige og akademiske kvalifikationer såsom kritisk, analytisk evne, evne til at opsøge ny viden og kontinuerlig læring, samt personlighedsmæssige kvalifikationer, herunder selvstændighed og evne til at træffe selvstændige beslutninger, evne til at kende egen faglighed og arbejdsmæssige begrænsninger samt evne til at håndtere vanskelige situationer i forhold til patienter og pårørende«.

En styrkelse af den klinisk psykologiske undervisning i de første studieår kunne måske være med til at bedre disse forhold. Desværre har man, i stedet for at arbejde med at udvikle personligheden hos de lægestuderende og deres forventninger til studiet samt styrke den enkelte, ændret psykologiuundervisningen i en mere teoretisk retning. Det er derfor vigtigt, at støtten til de studerendes udvikling opgraderes på anden vis, f.eks. gennem en mentorordning, at den kliniske undervisning forbedres, og at der kommer fokus på kønsforskellene som viden hos de enkelte undervisere og ved støtte gennem studiet [17, 18]. For problemet løses ikke bare ved, at der kommer flere kvindelige læger [19, 20].

Antaget: 23. januar 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om den lægevidenskabelige kandidatuddannelse nr. 514 af 28. juli 1986.
2. Socialpolitisk Arbejdsgruppe. Yngre lægers arbejds- og livsvilkår. København: Foreningen af Yngre Læger, 1990.
3. Sveriges Läkareförbund. En rapport från Läkerförbundets arbetsmiljögrupp. Stockholm: Sveriges Läkareförbund, 1988.
4. Vikanes Å, Akre V, Hjortdahl P. Medicinsk grunduddannelse i utakt. Tidsskr Nor Lægeforening 1992;112:2541-5.
5. Bang H, Petersson BH, Agergaard M et al. Tid for revurdering af adgangskravene til lægestudiet? Ugeskr Læger 2006;168:1753-5.
6. Petersson B. Misundelse og Kærlighed. København: Lindhardt og Ringhof, 2003.
7. Kemp P. Verdensborgeren som pædagogisk ideal. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
8. Akre V, Vikanes Å, Hjortdahl P. Profesjonalisering uten styring? Tidsskr Nor Lægeforening 1992;112:2546-51.
9. Gude T, Vaglum P, Tyssen R et al. Identification with the role of doctor at the end of medical school: a nationwide longitudinal study. Med Educ 2005;39:66-74.
10. Korremann G. Læger og køn – spiller det en rolle? Rapport fra Nordisk Ministerråd. København: TemaNord 1994:597.
11. Finset KB, Gude T, Hem E et al. Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway. BMC Med Educ 2005;5:19.
12. Waaddegaard M, Petersson BH. Forekomsten af bulimisk adfærd blandt en gruppe lægestuderende. Ugeskr Læger 1995;157:3468-72.
13. Shaw DL, Wedding D, Zeldow P et al. Special problems in medical students. I: Wedding D, red. Behavior and Medicine. Seattle: Hogrefe & Huber, 2001.
14. La Cour P. Psychological defences of Danish medical students. J Nerv Ment Dis 2002;190:22-6.
15. Damsgaard MT, Iversen L, Kringelbach M et al. Kvindelige og mandlige lægestuderendes forventninger til studium og karriere. Ugeskr Læger 1987;149:182-5.
16. Evalueringscentret. Evaluering af Den Lægevidenskabelige Kandidatuddannelse. København: Statens Information, 1996.
17. Wichmann-Hansen G, Mørcke AM, Eika B. Tidsregistrering: Hvordan bruger de studerende tiden i klinikken? Ugeskr Læger 2006;168:46-50.
18. Risberg G, Hamberg K, Johannesson EE. Gender awareness among physicians – the effect of speciality and gender. BMC Med Educ 2003;3:3-8.
19. Allen I. Women doctors and their careers: what now? BMJ 2005;331:569-72.
20. Trix F, Psenka C. Exploring the color of glass: letters of recommendation for female and male medical faculty. Discourse & Society 2003;14:191-220.