

Tid for revurdering af adgangskravene til lægestudiet?

Mag.art. Hanne Bang, speciallæge Birgit H. Petersson, stud.scient.san.publ. Marianne Agergaard, reservelæge Torsten Risør & lic.phil. Tine Rask Eriksen

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

Resume

Introduktion: Antallet af kvindelige lægestuderende er steget siden 1960 og udgør nu godt 60%. I denne periode er adgangskriterierne til studiet ændret, så karaktergennemsnittet er adgangsgivende (kvote 1). En del bliver dog optaget via en kvote 2-pulje, hvor bl.a. erhvervs erfaring giver point. Ordningen er ønsket afskaffet. Artiklens formål er at præsentere forhold vedrørende de studerende af betydning for deres gennemførelse af lægestudiet.

Materiale og metoder: En kohorte af lægestuderende, der blev optaget på studiet i sommeren 1992, fik tilsendt i alt fire spørgeskemaer, første gang i 1992 og sidste gang i 2002. I alt 252 studerende (79%) besvarede spørgeskema 1, der er anvendt i denne undersøgelse. Oplysninger om kandidatstatus blev indhentet via universitetets databaser.

Resultater: Af de 252 studerende blev 49% optaget gennem kvote 2. Disse studerende var i gennemsnit lidt ældre (22,3 år) end dem, der blev optaget gennem kvote 1 (20,3 år). Lidt flere kvinder (53%) end mænd blev optaget gennem kvote 1. Der blev ikke fundet nogen forskel på studietidsforbrug og gennemførelsesprocent i de to kvoter. Mandlige studerende havde signifikant højere gennemførelsesprocent (75%) end kvindelige (61%). Der var overvægt af studerende fra socialgruppe I og II, disse havde høj gennemførelseshyppighed ligesom dem med naturvidenskabelig baggrund og dem, hvis far var akademiker, specielt læge.

Konklusion: I undersøgelsen findes der ikke grundlag for at afskaffe kvote 2-ordningen. Selv om forskellene er relativt beskeden, kunne det tænkes at reducere antallet af mandlige studerende endnu mere. Det er ikke hensigtsmæssigt ud fra et ligestillings synspunkt. Hvorfor så mange, især kvinder, ikke fuldfører studiet bør undersøges nærmere.

Kønsfordelingen på lægestudiet har ændret sig radikalt gennem anden halvdel af 1900-tallet. I 1980/1981 var andelen af kvindelige lægestuderende 49%, mens den i 1992/1993 var steget til 63%, et niveau som den stort set siden har holdt sig på [1]. Ændringerne er især sket i perioden efter 1976, hvor det har været karakteren ved den adgangsgivende eksamen, der har afgjort, om man blev optaget eller ej. I 1992 blev der indført mulighed for, at studerende kunne blive optaget, også selv om de ikke havde opnået høje eksamens karakterer, gennem den såkaldte kvote 2-pulje [2]. I denne pulje opnår ansø-

geren point gennem erhvervsarbejde og lignende. Ønsket var, at studerende med erhvervs erfaring og andre livserfaringer end gymnasieuddannelsen skulle bidrage til studiemiljøet. Dette skete bl.a. ud fra en viden om, at børn af forældre med akademisk uddannelse både var overrepræsenterede på universiteterne og var blandt de unge med de højeste karakterer. Ved at medinddrage erhvervs erfaring i optagelseskriterierne håbede man at kunne opnå større inhomogenitet i de studerendes sociale baggrund. Vi har tidligere vist, at unge fra socialgruppe I og II er stærkt overrepræsenteret på lægeuddannelsen [1]. Kvoteordningen blev ikke mindst i 2004 genstand for politisk opmærksomhed. Der blev fremsat forslag om afskaffelse af ordningen, idet man angav, at jo hurtigere de unge kom i gang med studierne, og jo højere karakterer de havde, jo lavere ville frafaldsprocenten være [3].

I både et samfundsøkonomisk og individuelt menneskeligt perspektiv er det hensigtsmæssigt at nedbringe frafalds- og dumpeprocenterne på de videregående uddannelser. Der er derfor al mulig grund til at diskutere, hvordan studietidslængderne kan fortolkes og gennemførelsesprocenterne om muligt øges. Denne undersøgelse har som formål at præsentere forhold vedrørende de studerende af betydning for deres gennemførelse af lægestudiet. Perspektivet er at medvirke til en rationel planlægning af lægeuddannelsen, så flest mulige kan gennemføre studiet, samtidig med at der opnås størst mulig ligestilling hvad angår sociale forhold, køn og etnicitet.

Materiale og metoder

Datasættet består af fire spørgeskemaer, der blev besvaret af en kohorte af lægestuderende ved Københavns Universitet. I alt 321 medicinstuderende blev optaget på første semester på Københavns Universitet i september 1992 og februar 1993. Af disse var 37% mænd (n = 119), og 63% var kvinder (n = 202). Oprindeligt blev der optaget 335, men en nærmere analyse har vist, at fire af dem var blevet optaget på eller overført fra andre universiteter, ti var udenlandske studerende, der aldrig kom til Danmark, hvorfor de udgik af undersøgelsen. I alt 252 besvarede det første spørgeskema, som blev udsendt kort efter deres studiestart, dvs. der var en svarprocent på 79. Af svarene var 37% fra mænd (n = 92), og 64% fra kvinder (n = 160). Gruppen af studerende, som har besvaret skema 1 er med hensyn til kønsfordeling repræsentativ i forhold til hele årgangen af studerende, mens nonrespondenterne er signifikant ældre [1]. Skema 2, 3 og 4 blev udsendt i henholdsvis 1994, 1997 og 2002, svarprocenterne for de 252 studerende, der havde udfyldt skema 1, var henholdsvis 83, 87 og 57. Oplysninger om kandidatstatus blev i marts 2004 indhentet via matriklen på Køben-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

havns Universitet. Registeroplysningerne er indhentet og opbevaret i henhold til registerloven. Der er i analysearbejdet anvendt SPSS og χ^2 -test med en signifikans på $p = 0,05$ -niveaue.

Resultater

Ved studiestart var gennemsnitsalderen for de deltagere, der udfyldte skema 1, 21,6 år. De mandlige studerende var i gennemsnit 22 år, mens de kvindelige var 21,3 år. Svarende til kvalifikationskriterierne for optagelse via kvote 2 ses der en aldersforskydning, således at de studerende, som var optaget via kvote 1, i gennemsnit var 20,3 år (minimum 17 år, maksimum 39 år), mens gennemsnitsalderen for dem, som var optaget via kvote 2, var 22,3 år (minimum 17 år, maksimum 37 år).

I alt 249 studerende, 63% kvinder og 37% mænd, besvarede spørgsmålet om, hvilken kvote de var optaget gennem. Blandt de kvindelige studerende blev 53% ($n = 83$) optaget gennem kvote 1, mens 49% ($n = 45$) af mændene var optaget gennem kvote 1. Der er ikke signifikant forskel på, om mænd og kvinder optages via kvote 1 eller kvote 2 ($p = 0,547$).

Blandt de studerende, om hvem vi ved, hvilken kvote de er optaget på, findes der ingen signifikant forskel på studietidslængden for dem, der blev optaget via kvote 1, og dem, der blev optaget via kvote 2 (mænd: $p = 0,408$; kvinder: $p = 0,806$). Der findes ligeledes ingen forskel på, hvor mange studerende fra kvote 1, som gennemførte, sammenlignet med hvor mange studerende fra kvote 2, som gennemførte (mænd: $p = 0,912$; kvinder: $p = 0,241$).

Af de 321 studiestartere, 119 mænd og 202 kvinder, som i sin tid modtog spørgeskema 1, var 66% ($n = 213$) blevet kandidater, da antallet blev opgjort i marts 2004. I alt havde 75% ($n = 89$) af de mandlige studiestartere og 61% ($n = 124$) af de kvindelige studiestartere gennemført studiet. De mandlige studerende udviste altså en signifikant højere gennemførelsesprocent end de kvindelige studerende ($p = 0,014$). Derimod blev der ikke fundet nogen signifikant forskel i studietidslængden blandt mænd og kvinder ($p = 0,189$).

Af de studerende, om hvem vi kender baggrundsfaktorerne, dvs. dem, der havde udfyldt skema 1, fandtes ikke overraskende, jævnfør optagelseskravene til lægestudiet, at 81% ($n = 200$) havde en naturvidenskabelig gymnasial baggrund, mens 18% ($n = 49$) havde en sproglig gymnasial baggrund. 75% ($n = 149$) af de studerende med naturvidenskabelig baggrund og 62% ($n = 28$) af de studerende med sproglig baggrund gennemførte lægestudiet ($p = 0,140$).

Som vist i den tidligere undersøgelse er der en social skævhed blandt de lægestuderende, således at unge fra socialgruppe I og II er stærkt overrepræsenteret [1]. Denne skævhed findes fortsat, når de bliver kandidater. Således bliver 77% ($n = 135$) af de studerende fra socialgruppe I og II kandidater, og 63% ($n = 48$) fra socialgrupperne III, IIII og IV bliver kandidater ($p = 0,023$). Vi kan ikke ud fra denne undersøgelse se, hvorfor der er denne forskel, men det at have en akademiker til far ($p = 0,043$), og specielt en læge, gør, at ens gennem-

førelsesprocent stiger i forhold til gennemførelsesprocenten for dem, der ikke har en far, der er akademiker.

Af de 247 studerende (155 kvinder og 92 mænd), som ved studiestart svarede på, om de havde en fast partner, svarede 46% ($n = 71$) af kvinderne og 39% ($n = 36$) af mændene ja til spørgsmålet. Analyserne viser, at de mænd, der havde en fast partner ($n = 26$) ved studiestart, tilsyneladende gennemførte dårligere end mænd uden fast partner ($n = 46$), henholdsvis 72% og 82% blev kandidater ($p = 0,260$). Kun meget få, både mænd og kvinder, havde børn ved studiestart. Af de tre mænd, der havde børn, fuldførte de to studiet, mens dette ikke var tilfældet for nogen af de tre kvinder, der havde børn. Ved udsendelse af skema nummer 3 havde i alt syv mænd og 11 kvinder fået børn. Med undtagelse af en mand, fuldførte samtlige af disse uddannelsen.

Diskussion

Der er givetvis mange årsager til, at der er sket en ændring af kønsfordelingen i lægestanden. Fra 1960'erne blev adgangen til gymnasieuddannelsen ændret, og andelen af kvinder steg, således at der gennem en lang årrække har været flest kvinder, der har taget en gymnasial uddannelse i Danmark. Som eksempel kan nævnes, at i 2002 var 63% af dem, der fuldførte en almengymnasial uddannelse, piger og 37% var drenge, mens kønsfordelingen på erhvervs-gymnasiale uddannelser var omvendt med 55% drenge og 45% piger [4]. Dette, og det at piger i gennemsnit opnår lidt højere karaktergennemsnit end drenge, især et højere gennemsnit i en række af de fag, der er relevante for lægeuddannelsen f.eks. matematik, hvor pigerne i 2003 fik 8,5 i gennemsnit i mundtlig eksamen på højt niveau mod 7,9 for drengenes vedkommende, giver kvinderne en større mulighed end mændene for at komme ind på mange af de videregående uddannelser [4].

Ændringerne i kønsfordelingen i både de adgangsgivende eksaminer og i lægeuddannelsen viser sig i det meste af den vestlige verden [5, 6]. Det er derfor ud fra et ligestillings-synspunkt ikke uden betydning, at der er andre adgangsmuligheder end et højt karaktergennemsnit, som f.eks. kvote 2-ordningen. Som anført har der ikke mindst fra politisk hold været et krav om, at kvote 2-ordningen skulle afskaffes, idet man mente, at højere karakterer også borgede for større sandsynlighed for gennemførelse og hurtigere gennemførelse af de videregående studier. Denne formodning kan ikke bekræftes af resultaterne af denne undersøgelse, hvor der ikke blev fundet forskel i hverken gennemførelsesprocent eller antal år for studie gennemførelse. *Christensen & Juul* viste i en undersøgelse af adgangskriterierne og deres påvirkning af gennemførelsesprocenterne fra Aarhus Universitet, at der blandt de lægestuderende, der var påbegyndt studiet fra 1981 til 1984, ikke var forskel på studie gennemførelsen for dem, der havde gymnasiale uddannelser, når blot karakteren var højere end 8 [7]. De fandt, som i denne undersøgelse, at studerende med sproglig gymnasial baggrund klarede sig dårligere end dem

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

med naturvidenskabelig baggrund. Ved Odense Universitet, hvor kvote 2-optagelsen sker i forbindelse med et personligt interview, ses der ingen forskel i studieforløbet mellem kvote 1- og kvote 2-studerende [8].

Hvorfor der er størst frafald fra lægestudiet blandt de mænd, der har en partner ved studiestart, og blandt de kvindelige studerende, kan vi ikke udtale os om ud fra denne undersøgelse, idet dens design ikke medtog dette aspekt. Men også set i lyset af, at der i 1994 blev indført det såkaldte taxameterbevillingssystem, som sammenkæder universiteternes bevillinger med antallet af beståede eksaminer (studietrinstilvækster), er det væsentligt, at forholdene omkring frafaldet udforskes nærmere i kommende undersøgelser. Et vist frafald fra studierne vil altid finde sted, idet en del unge foretrækker andre uddannelser, mens andre ikke magter at gennemføre uddannelsen. Set i relation til forholdene for andre uddannelser på danske universiteter er en gennemførelse på 66% relativt høj, men ud fra et både menneskeligt og samfundsmæssigt synspunkt vil det være godt at mindske frafaldet endnu mere, samtidig med at kravene om høj uddannelseskvalitet fastholdes. At gennemførelsen kan blive højere også i Danmark viser tallene fra Århus, hvor 73% gennemførte uddannelsen (75% hvis man kun havde optaget unge med adgangsgivende eksamen med over 8 i karaktergenemsnit), ligesom det er tilfældet flere steder i udlandet.

Det er tydeligvis en fordel for gennemførelsen af studiet at have naturvidenskabelige forkundskaber, og i forskellige studier peges der på, at en præmedicinsk styrkelse af naturfagene sandsynligvis vil have en positiv virkning på gennemførelsen [9, 10].

Den skæve sociale rekruttering, som vi finder i dette og tidligere danske studier, genfindes også i andre lande, som f.eks. New Zealand, hvor uddannelses- og sundhedssystemerne i nogen grad ligner de danske [11-13]. Der har været et ønske om at ændre den skæve sociale rekruttering, fordi unge fra social gruppe I og II kommer med andre livserfaringer end dem, der kommer fra andre socialgrupper [14]. Det samme gælder for de to køn med deres forskellige livserfaringer [15, 16]. Med de ændringer, der gennem de senere år har været i uddannelsessystemet med færre mænd, der får adgangsgivende eksaminer til lægestudiet, må man formode, at endnu færre mænd end nu vil blive optaget på lægestudiet, og måske yderligere færre hvis kvote 2-systemet afskaffes, idet der igennem kvote 2 i denne undersøgelse er optaget en lidt, om end ikke signifikant, større andel mænd end kvinder. Ud fra de ovenfor anførte årsager, men også ud fra ligestillingsmæssige synspunkter er det ikke hensigtsmæssigt, at kvote 2-ordningen afskaffes. Derimod kan man gennem denne være med til at regulere indtaget af studerende, så der kommer mindre skævhed, hvad angår køn og etnicitet på studiet. I undersøgelsen findes der altså ikke grundlag for at ændre kvote 2-ordningen. Hvorfor så mange, især kvinder, forlader studiet bør undersøges nærmere.

Korrespondance: *Birgit H. Petersson*, Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: B.Petersson@socmed.ku.dk

Antaget: 1. august 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Pedersen P, Risør T, Eriksen TR et al. Den sociale rekruttering af lægestuderende i 1992-1993 ved Københavns Universitet. *Ugeskr Læger* 1994;156:7372-6.
2. Københavns Universitets Fællessekretariat. Kvote 2-kriterier. København: Københavns Universitet, 1992.
3. Ammitzbøll L. Til kamp mod kvote 2. *Magisterbladet* 2004; nr. 15 (september).
4. Køn, karakterer og karriere. Dreng og pigers præstationer i uddannelse. København: Danmarks Evalueringsinstitut, 2005.
5. Henningsen I, Højgaard L. »The leaking pipeline« – øjebliksbilleder af kønede in- og eksklusionsprocesser i academia. Køn i den akademiske organisation. Arbejdsrapport nr 9. København: Københavns Universitet, Institut for Statskundskab, 2002.
6. Riska E. Towards gender balance: but will woman have an impact on medicine? *Soc Sci Med* 2001;52:179-87.
7. Christensen J, Juul S. Adgangsgivende eksamens indflydelse på lægeuddannelsen. *Ugeskr Læger* 1999;161:257-62.
8. Den Lægevidenskabelige Kandidatuddannelse. Evalueringsrapport. København: Evalueringscentret, 1996.
9. Caplan RM, Kreiter C, Albanese M. Preclinical science course "preludes" taken by premedical students: do they provide a competitive advantage? *Acad Med* 1996;71:920-2.
10. Koenig JA. Comparison of medical school performances and career plans of students with broad and science-focused premedical preparation. *Acad Med* 1992;67:1991-6.
11. Iversen L, Larsen JH, Damsgaard MT. Den sociale rekruttering af lægestuderende i 1984 ved Københavns Universitet. *Ugeskr Læger* 1985;147:2631-3.
12. Eikeland OJ, Hunsån S. Flittig-Lise og betre manns barn? *Tidsskr Norsk Lægeforen* 1990;110:3938-41.
13. Heath C, Stoddart C, Green H. Parental backgrounds of Otago medical students. *N Z Med J* 2002;115:U237.
14. Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med* 2000;50:813-28.
15. Nielsen HB, Rudberg M. Historien om piger og drenge. København: Gyldendal, 1990.
16. Nielsen HB. Fire måter å slippe unna oppvasken på. *Kvinneforskning* 2003; 2:64-83.