

Det Helsevitenskapelige Fakultet

«I hvor stor grad greier 6. årsstudenter å forutsi hva de skal jobbe som, og hvorfor?»

Åsa Langen Westlie, MK13

MED-3950: Masteroppgave i Medisin ved UiT Norges Arktiske Universitet, mai 2017.

Veileder: Eirik Hugaas Ofstad, førsteamanuensis ved ISM.

1 Forord

Hensikten med denne masteroppgaven er å kartlegge i hvilken grad medisinstudenter anslår egne karrierevalg. Videre forventes oppgaven å identifisere faktorer som danner beslutningsgrunnlaget for valg av jobb. Slik kan man senere forske på faktorenes grad av innvirkning både for studenter og leger på deres vei i yrkeslivet.

Ved å adressere og identifisere de faktorene som er med på å avgjøre hva vi blir, forventes det å kunne si noe om vi, som medisinstudenter, har en reell innsikt i hva som venter oss i det virkelige arbeidslivet. Hvilke prioriteringer tar vi, og hvilke tanker gjør vi oss? Å forstå hva som trekker leger mot eller bort fra fagfelt er essensielt for å sikre en god nok legedekning i framtiden.

Denne masteroppgaven er en kohort som inkluderer svar fra 126 sjettedeårs medisinstudenter på syv påfølgende kull (MK06-MK12), som studerer medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet (UiT), men som har valgt å ta de siste to studieårene sine ved Nordlandssykehuset i Bodø (Bodøpakken).

Materialinnsamlingen ble påbegynt i 2011, da veilederen min delte ut spørreskjema til studentene ved oppstart av sjettedeåret. Bakgrunnen for dette var et ønske om å få økt forståelse for hvem studentene som velger seg Bodøpakken er; mer spesifikt utforske deres demografiske bakgrunn, deres tanker rundt distriktsarbeid og turnus, samt konkret hvilke topp tre ønsker de hadde for framtidig jobb. I tillegg har de oppgitt sannsynligheten for at de blir å jobbe som allmennpraktikere.

Jeg har i denne oppgaven analysert spørreskjemaene, samt fulgt opp de legene som nå befinner seg i et fast spesialiseringssløp med kvalitative intervjuer. Hensikten var å finne ut *hvor* de jobber, *hvorfor* de jobber der og hvilken grad av *samsvar* dette har med det de så for seg å jobbe med da de var medisinstudenter. Min største motivasjon for å jobbe med oppgaven er nysgjerrighet rundt hvilke tanker og erfaringer medisinstudenter og leger gjør seg, og hvordan dette videre har betydning for valgene vi tar. Hva vi lar styre oss?

Jeg vil gjerne uttrykke takknemlighet til Eirik Ofstad for inspirerende veiledning. Takk for at du alltid tar deg tid. Jeg ønsker også å takke alle dere leger og studenter som har latt dere intervjuer; takk for at dere generøst og åpent har delt av deres fritid og livserfaring. En varm takk til familien og kjæresten min: dere er drivkraften bak alt. Og Maskinisten, tusen takk, din komplette mangel på blindveier er en evig inspirasjon.

Innholdsfortegnelse

1	Forord	I
2	Sammendrag	IV
3	Innledning	1
3.1	Fra medisinstudent til MD	1
3.2	Veien videre	1
3.3	«Sikre legetilgang til befolkningen i nord»	1
3.4	Klinisk undervisning	2
3.5	Rollemodeller	2
3.6	Erfaringer medisinstudentene gjør seg	3
3.7	Allmennpraksis versus sykehus	4
3.8	Beskyttet privatliv	5
3.9	Hva med kjønn?	5
3.10	Tilhørighet	6
3.11	Kultur	6
3.12	Kunnskapshull	7
4	Materiale, metode, og håndtering av studiedata	9
4.1	Gjennomføring av oppgaven	9
4.2	Etikk og samtykke	9
4.3	Metode og utstyr	10
4.3.1	Utstyr	10
4.3.2	Spørreskjemaet	10
4.3.3	Intervjuguide	10
4.3.4	Rekruttering av leger fra kull MK06, MK07 og MK08 for oppfølging	11
4.3.5	Det kvalitative intervjuet og transkripsjon	11
4.3.6	STC	12
4.3.7	Statistiske metoder	13
4.4	Begrepsavklaringer	13
4.5	Studiepopulasjonene	13
4.6	Variabler	13
4.6.1	Sannsynlighet for å bli allmennlege	13
4.6.2	Spesialiteter, kategorisert	14
4.6.3	Samsvar	14
5	Resultater	15
5.1	Kvantitative data fra spørreskjemaet besvart av medisinstudenter	15
5.2	Kvantitative data fra kvalitative intervjuer av leger	15
5.3	Kvalitative data fra intervjuer av leger	16
5.3.1	TRIVSEL	17
5.3.2	Tilhørighet	18
5.3.3	Kompetanse	21
5.3.4	Autonomi	26
6	Diskusjon	33
6.1	De viktigste funnene	33
6.2	Formålet med oppgaven	33
6.2.1	Faktorer som bidro til at 70-prosenterne ble det de trodde	33
6.2.2	Faktorer som bidro til at 30-prosenterne ikke ble det de trodde	36
6.3	Nord-Norge som del av den globale verden	39

6.4	Styrker og svakheter med oppgaven	40
6.5	Mulige implikasjoner av funn.....	41
7	Konklusjon	43
7.1	I hvor stor grad greier 6. årsstudenter å forutsi hva de skal jobbe som, og hvorfor?.....	43
7.2	Viktigste funn	43
7.3	Hvor vi står, og veien videre	43
8	Referanser.....	45
9	Tabeller.....	48
10	Vedlegg	50

2 Sammendrag

Bakgrunn:

Universitetet i Tromsø (UiT), verdens nordligste universitet, ble grunnlagt i 1973 for å sikre rekruttering av leger og stabilitet i det nordnorske helsedistriktet. Utallige internasjonale studier kartlegger hva medisinstudenter har lyst til å bli, men følgestudier er fåtallige – det samme gjelder studier på nordiske og særlig nordnorske populasjoner. Denne oppgaven søker svar på hvor det blir av legene som utdannes i nord, og hva som er viktig for dem når de skal velge seg en karriere.

Metode:

Spørreskjemaer ble delt ut syv år på rad til sjettedeårsstudenter på Bodøpakken. Studentene oppga tre ønsker for hva de ønsket å bli, og samtidig den prosentmessige sannsynligheten for at de kom til å jobbe som allmennpraktikere. Legene fra de tre første kullene har blitt fulgt opp med semistrukturerte kvalitative intervjuer per telefon. Kvalitativ data er analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultater:

Det viste seg at 70% nå har en jobb som har samsvar med det de ønsket å bli da de var studenter. Den viktigste karrierebestemmende faktoren for leger er trivsel. Trivsel beror på en individuell balanse mellom faktorene tilhørighet, kompetanse og autonomi.

Diskusjon og konklusjon:

70% av studentene kunne forutsi hva de skulle jobbe som. Dette forklares gjennom at studenter og leger oppsøker, eller blir i, jobber der de trives. Det stilles økte krav til beskyttet fritid og arbeidskultur av den nye generasjonen leger. Ved å øke kompetanse innen fagfelt, styrke tilhørighet til arbeidsplassen, og sikre en grad av autonomi som legen trives med vil man tiltrekke seg leger der det trengs. Identifisering av nasjonale og regionale faktorer som påvirker og avgjør valg av spesialisering er et nødvendig første steg for videre forskning på rekruttering til spesifikke spesialiteter og geografiske områder.

3 Innledning

3.1 Fra medisinstudent til MD

Som medisinstudent skal man i varierende grad introduseres og eksponeres for de fleste fagområder. De seks årene på veien til avsluttende eksamen gir rom til framtidstanker og refleksjon. Noen elsker studiehverdagen, andre gleder seg bare «til å bli ferdig». Vi finner også de som befinner seg et sted mellom disse ytterpunktene. Forventninger bygger seg opp, reelle eller ei, basert på de erfaringene vi gjør. Forelesninger, klinisk praksis, media, interesser, forventninger, indre og ytre krav, er noen av faktorene som er med på å forme oss. Hvilke forventninger har vi til arbeidslivet og til oss selv?

3.2 Veien videre

Eksamen er avlagt. «Nervøs Medisinstudent, 360 studiepoeng, bestått.»

Vitnemålsseremonien går sin gang, tittelen cand. med. overrekkes. Hva skjer så videre? Gjenspeiler de erfaringene og forventningene vi har det faktiske arbeidslivet som venter? Er framtidsplanene våre fortsatt de samme etter endt turnustjeneste som da vi var trygget av lånekassa og hadde hodene våre dypt plantet i kliniske håndbøker og disseksjonshefter?

3.3 «Sikre legetilgang til befolkningen i nord»

Formålet med å bygge opp en medisnutdanning i Tromsø var å sikre tilgangen til og standarden på helsetjenester for befolkningen i Norges nordligste fylker. (1) Et av målene var å utdanne flere allmennleger og å sikre dekning av legetjenester i distriktene. Dette skulle oppnås blant annet gjennom tilnærmet et helt års praksis* på femte studieår, hos allmennpraktikere og lokalsykehus spredt utover hele Nord-Norge. I tillegg skulle primærmedisinsk tilnærming og allmennmedisinsk arbeid vektlegges i en større grad. (2) UiT har spesielle kvoter som sikrer opptak av studenter fra regionen, og også spesifikt fra Finnmark[†]. Dette fordi det er vist samsvar mellom studentenes tilhørighet og hvor de ønsker å jobbe. (1) En fersk studie fant at over halvparten av allmennlegene som jobber i Nord-

* 8 uker allmennmedisin, 4 uker psykiatrisk sykehus, 14 uker somatisk sykehus.

† På medisin ved UiT er 60% av studieplassene reservert til søkere som har nordnorsk tilknytning. I tillegg er inntil 2 plasser reservert søkere med samisk bakgrunn.

Norge er utdannet ved UiT, og at det samme gjelder for legene som jobber på UNN. (3) UiT sikrer dermed kvalifisert personell til allmennpraksis og lokalsykehus i distriktene. (4) Samtidig er det ikke slik at alle som uteksamineres fra medisinstudiet ved UiT velger å bli i Nord-Norge, ei heller at alle blir allmennpraktikere. Tvert i mot viste en studie fra 2004 at andelen som jobber med allmennmedisin synker sammenlignet med tidligere. En økende andel av legene som uteksamineres fra Tromsø velger med andre ord å jobbe på sykehus fremfor å jobbe som allmennpraktikere. (4, 5) Disse tendensene gjenspeiles globalt. (6, 7) Hvorfor er det slik? Hvilke andre faktorer enn geografisk tilhørighet og økt fokus på allmennmedisin og prehospitalt arbeid er det som spiller inn på karrierevalg?

3.4 Klinisk undervisning

Et viktig aspekt ved studieplanen i Tromsø er ikke å skille preklinisk og klinisk undervisning. UiT tilstreber overlapp mellom teori og klinikk for å øke elevenes nysgjerrighet og kompetanse. (2) Flere studier slår fast at kliniske praksisperioder har vært avgjørende for hvilke karriereønsker medisinstudenter har. En artikkel fra Storbritannia publisert i 2016 fant at allmennmedisinske praksiserfaringer med dyktige mentorer har stor påvirkningskraft i å få legestudenter til å velge seg til nettopp allmennpraksis. (8) En amerikansk studie fant at det samme gjelder for indremedisin. (9) Heller enn å presse studenter mot en spesialisering, konkluderte forfatterne, *bør gjøre det attraktivt og lukrativt* å jobbe med faget. Hvordan kan man øke attraktiviteten til en profesjon? Hva gjør at leger trekkes mot et spesifikt fagfelt? For at praksisen skal ha påvirkningskraft på medisinstudentene anbefales den å være av høy kvalitet, foregå over lengre tid, og ha reelle, kliniske utfordringer. Dette bidrar videre til å promotere faget, og bekjempe negativ omtale og stereotypi av faget. (8) Det er samtidig viktig å være klar over at det motsatte er beviselig der erfaringene oppfattes som negative. (10)

3.5 Rollemodeller

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) er det slått fast at ansatte leger skal ha integrerte roller som undervisere og veiledere gjennom alle seks år for medisinstudentene ved UiT. (2) En litteraturgjennomgang av engelskspråklige artikler som inkluderte nøkkelord som «medical student», «career choice» og «preceptor» fra 1995 til 2010, konkluderte med

at veiledere har stor innflytelse på karrierevalg. De veilederne som har størst påvirkningskraft til sitt fagfelt er de som utviser omsorgsevne, tillater interaksjoner mellom elev og pasient under supervisjon, og som er veileder for de samme studentene over tid.

(11)

Her ser man igjen at det kan slå begge veier: veiledere som tilskrives negative kvaliteter bidrar til at studenter velger seg bort fra dét fagfeltet. En artikkel fra USA publisert i 2000 støtter opp om dette, ved å vise til grupper med turnusleger med indremedisin som rotasjon. I grupper der veilederen ble beskrevet som «best» ønsket 30% seg til indremedisin. Blant de som derimot hadde en lærer de sa var «poor», valgte 0% seg i den retningen. Årsaker til at leger ble beskrevet som negative rollemodeller var dersom de var dårlige på pasientinteraksjoner, samarbeidet dårlig eller virket utilfreds med eget yrke. (12) Negative rollemodeller kan altså bidra i stor grad til at studenter lukker døren til det spesifikke fagfelt som veilederen representerer. Er det slik også for medisinstudentene i Nord-Norge? Hvor stor innflytelse tillegger vi undervisere ved UiT, UNN, leger vi møter i femteårspraksis, samt mentorer og kolleger ute i turnus?

Mange kvinner innen kirurgiske fagfelt har rapportert at de søkte rollemodeller (uavhengig av kjønn) og at de opplever en mangel på dette. (13) En studie fra USA søkte klarhet i årsaksforholdene til at stadig færre leger søker seg til kirurgiske spesialiteter. Spørsmålet var om det var den *økende graden kvinner* som ble leger, eller mer generasjonsendringer som lå til grunn. Etter å ha samlet inn data fra 1300 medisinstudenter fant studien at totalt 35% av kvinnene (og 3% av mennene) ble motløs av mangelen på *kvinnelige* rollemodeller innen kirurgi. .”(14) Identifiserer kvinner seg i en mindre grad med spesifikke fagfelt? Er det andre ting av betydning i måten arbeidshverdagen utbroderer seg på som er med og avgjør?

3.6 Erfaringer medisinstudentene gjør seg

Hva så med interessene våre? Har de valgfagene eller fordypningsfagene man velger seg betydning for fagfeltene og/eller pasientgruppene vi senere forfølger? En fersk studie fra Norge publisert i 2017 så på om sær oppgaven har betydning for videre deltakelse innen det fagfeltet man fordyper seg i. Konklusjonen var at det gjør det, da det åpnet dører for å komme i kontakt med forbilder, samt erfaring med faget gjennom økt kunnskap. (15) I Norge er det ikke uvanlig av medisinstudenter har relevante jobber ved siden av skolen. Det er også mange som jobber med midlertidig lisens etter femteåret. På UiT må alle fordype seg i

selvvalgt tema på andreåret (andreårsoppgave) og på femteåret (masteroppgave, tidligere kalt femteårsoppgave). Forskerlinja er også en veletablert mulighet for faglig dypdykk under studiet. Hvordan påvirker disse erfaringene våre ønsker og valg?

3.7 Allmennpraksis versus sykehus

Som nevnt over, har det vært en nedgang i medisinstudenter som ønsker seg en karriere innen allmennmedisin. (6) I Storbritannia så de på jobbønskene til nyutdannede leger i 1993 og sammenlignet ønskene deres med ønskene til nyutdannede leger i 1983. De fant at mannlige leger som uttalte at allmennmedisin var deres førstevalg gikk ned fra 29,6% til 17,5%, og for kvinner var tallene 52,4% og 34,0%. (7) Hva er årsakene til denne nedgangen? Canada er et land vi ofte sammenligner oss med, og de er på flere områder ledende i forskning som går på å øke rekruttering til primærhelsetjenesten. Faktorer som er identifisert som positive for at studenter ønsket allmennpraksis er *greie arbeidstider, håndterbare vaktperioder, fleksibilitet i hverdagen og langvarige relasjoner*. Faktorer som bidrar til det motsatte er legers ønske om å jobbe med et *smalere felt*, å kunne tilby *prosedyrefokusert behandling, se direkte resultater og få mer tilbakemelding på ens handlinger*. I tillegg hadde *muligheten til å tjene mer og økt anseelse blant kollegaer* betydning dersom man ble sykehusspesialist. (16) Er dette representativt også for norske forhold?

Selv om UiT tradisjonelt sett, og fortsatt produserer en høy andel allmennleger, er antallet allmennleger som utdannes synkende. Legene ved UiT foretrekker i økende grad sykehuskarrierer. Årsaken til dette foreslås å være at «universitetene (kanskje har) blitt mindre bevisst på å forberede studentene til jobb i allmennpraksis» og videre at studiet har fått et større fokus på å forberede studenter på å jobbe på sykehus og i så måte subspesialisere seg. (5)

Artikkelen slår videre fast: «Dette kan få den følge at studentene føler seg mindre skikket til å arbeide i primærhelsetjenesten, en jobb som stiller store krav til *selvstendighet, med høy vaktbelastning og mye uegennyttig arbeid*. Dette kommer i tillegg til generelt stort ansvar og faglig isolasjon, som imidlertid hovedsakelig er en beskrivelse av situasjonen i distriktene, der rekrutteringsproblemene også er størst». (5) Kan dette være forklaringen på hvorfor andelen allmennleger er synkende, og at det er særlig distriktslegene det blir lenger og lenger i mellom?

3.8 Beskyttet privatliv

Prestisje vektlegges i internasjonale studier som en drivkraft bak valg av karriere innen medisin. Norske studier viser at prestisje har en større betydning for medisinstudenter enn for leger, og at dess lenger i løpet man kommer, dess mindre innflytelse får prestisje som forklaringsvariabel for jobbvalg. I en norsk studie økte variabelen *helhetsvurdering av jobb og privatliv*, også etter å ha blitt kontrollert for den økende andelen kvinner. (17)

Det har vært en merkbar endring i antall timer per uke leger jobber nå til dags sammenlignet med tidligere, særlig blant leger som er yngre enn 45 år. (18) Interessen for spesialiseringer som tilbyr bedre *livsstil*, med bedre lønn og mer kontrollerbare arbeidstider har økt.

Flerfoldige studier har konkludert med at livsstil er en faktor av økende viktighet i karrierevalg. (9) Fra 1996 til 2002, etter å ha kontrollert tall for inntekt, arbeidstider og timer, og år det tar å bli spesialist, økte prosentandelen variabelen *livsstil* ble tilskrevet fra 37% til 55%. (19) Unge leger virker å ha et større fokus på å prioritere spesialiteter som innehar tolererbar belastning på privatlivet. Flere studier foreslår også at påvirkningskraften livsstil har som faktor kan være representativt med et mye større omfang enn å være avgrensa til det medisinske fakultet. Det skrives at denne endringen er en global samfunnstrend under full oppblomstring. (20, 21) Hvordan påvirker dette opprettholdelsen av legedekningen innen de forskjellige spesialitetene? Og kanskje mer interessant, hvordan kan man bruke denne forståelsen til å fylle posisjoner med skrikende behov for kyndig personell?

3.9 Hva med kjønn?

I Norge, som i de fleste vestlige land, har legers valg av spesialisering tilsynelatende vært sterkt påvirket av kjønn. Kvinnelige leger har globalt tendert mot både å spesialisere seg i en mindre grad enn mannlige kollegaer, samt å velge andre spesialiseringsløp enn menn. (22) Kvinnelige leger, som har barn eller planlegger å få barn, har tradisjonelt tatt større hensyn til familieforhold når de velger seg jobb. Mannlige leger kan ha følt seg friere til å velge seg arbeid med stor vaktbelastning og lange arbeidsdager enn kvinner, som ikke hadde en partner hjemme som kunne ta hovedansvaret for oppgaver og plikter i hjemmet. (23) Det spekuleres i om den økende graden av kvinner innen medisinske profesjoner er med på å

styre hvilke spesialiteter som har størst popularitet. Andre argumenterer for at dette er generelle samfunnsendringer.

Selv om beslutningen om å ha en familie hadde *større* innflytelse for kvinner enn menn i en amerikansk studie publisert i 2006, var familie og livsstilsprioriteringer svært viktig både for mannlige og kvinnelige medisinstudenter. (14) Dette er med på å underbygge hypotesen om at det er en endring i samfunnet som en helhet; både i eksisterende kjønnsroller og i hverdagsprioriteringer.

3.10 Tilhørighet

En studie av en norsk kohort diskuterer at kvinner og menn i utgangspunktet ikke er så ulike hva angår hvilken jobb de ønsker seg: «blant norske leger har man tidligere funnet at kvinner og menn i utgangspunktet har like preferanser for valg av spesialitet og også starter likt fordelt i spesialisering». (24) Japanske studier skriver at årsaken til at leger foretrekker det ene eller det andre fagfeltet, handler mer om arbeidsmåte og interesse for gitt fagfelt, enn om kjønn. (25) En norsk studie så at: «de som valgte kirurgi eller indremedisin, var mer motivert av medisinske utfordringer og karrieremuligheter, mens de som valgte psykiatri eller allmennmedisin, var mer motivert av forhold som allsidighet og variasjon og tid til familien.» (17)

Også i Sverige har kvinnelige og mannlige sisteårsstudenter samlet sett samme preferanser: de ønsker seg mer eller mindre til samme spesialitetene. Svenske kvinner og menn viser seg å ha en nesten identisk prioriteringsrekkefølge vedrørende motivasjonsfaktorer bak valgene sine for medisinske jobber. (7, 26) Mannlige og kvinnelige medisinstudenter har slående likheter i forhold til hva de ønsker å jobbe med. (27)

3.11 Kultur

Det er også funnet evidens for at studenter som *endrer* på yrkespreferansene sine ikke gjør dette tilfeldig, men at det er påvirket i stor grad av studentenes oppfatning av hvor konkurransepreget spesialiseringsløpene er. (28) Konkurranse beskrives som elementet «sannsynlighet for å oppnå ønsket karriere». Kan dette sees i sammenheng med det vi i Norge ofte snakker om som «spisse albuer»?

Det skrives mye om at kvinner generelt velger seg bort fra «vaktintensive yrker som dermed er vanskelige å kombinere med familieliv» i større grad enn menn. (25, 29) Hvordan kan det da ha seg at et fag som for eksempel gynekologi og obstetrikk har en overvekt av kvinner sammenlignet med kirurgi, på tross av en like stor vaktbelastning? Hva er det da som spiller inn, egentlig? Isaksson Rø skriver: «Denne forskjellen tyder på at *arbeidskultur* var viktig for valg av spesialitet», og videre at det er «store kjønnsforskjeller i betydningen av de arbeidsplassrelaterte erfaringene for endring av spesialitetsvalg». (29) Mange flere menn enn kvinner mister interessen for et fagområde etter en klinisk praksisperiode dersom arbeidsoppgavene virket «kjedelige» eller «lite interessante». Kvinner, på den andre siden, mister motivasjon for det aktuelle fagområdet i langt større grad enn menn dersom «arbeidsklimaet følte ekskluderende, preget av machokultur og at de var blitt dårlig behandlet.» (29)

En studie fra USA i 1996 så på om kjønnsdiskriminering og seksuell trakassering hadde en påvirkning på medisinstudenters valg av turnusprogram og spesialisering. Generell kirurgi og kirurgiske subspecialiteter hadde rapportert signifikant mer kjønnsdiskriminering og seksuell trakassering fra både menn og kvinner enn de andre spesialiseringene. (30) Kan dette være en del av forklaringen?

3.12 Kunnskapshull

Det finnes, slik innledningen gir innblikk i, mange teorier rundt hvorfor medisinstudenter verden over gjør som de gjør. USA, Storbritannia og Canada er ledende på mange områder innen denne forskningen. Studier som utforsker disse temaene fra Skandinavia finnes det få av, for ikke å snakke om norske studier og særlig studier rundt hva som driver studentene og legene fra verdens nordligste universitet. Er kunnskapen fra resten av verden allmenngyldig, eller har vi, studentene ved UiT, særegne prioriteter?

Det er også viktig å bite seg merke i at det finnes endeløse studier som utforsker hva medisinstudenter ønsker å bli, men kun et fåtall av disse studiene har fulgt opp nettopp disse studentene og sett på hva de *faktisk* blir. I tillegg har flere av disse studiene delt opp medisinske jobber i svært få kategorier. Det mangler kunnskap og forskning på hva som gjør at vi ender opp med å ta de valgene vi tar: oppfølgingsstudier som ser på hvorfor leger blir det de blir.

Er ønskene og prioriteringene de samme når man går på jobb som leger med alt av ansvaret og potensielt sett er i en annen livssituasjon enn da man var student? Har noe endret seg på veien? Eller er vi allerede ferdig formet før denne tid?

4 Materiale, metode, og håndtering av studiedata

4.1 Gjennomføring av oppgaven

Datainnsamlingen ble påbegynt i august 2011. Da delte Eirik Ofstad for første gang ut spørreskjemaet «Et lite spørreskjema (uformelt, uanonymisert og høyst frivillig)» til sjettedeårsstudentene på Bodøpakken ved UiT (vedlegg 1). Formålet var å få kunnskap rundt hvem som valgte seg til Bodø på femte og sjette studieår fra UiT.

Jeg begynte å jobbe med oppgaven høsten 2016. Initialt bestod arbeidet med data-analyser av spørreskjemaer fra MK06-MK12, og samtidig sette meg inn i etiske føringer og sikre anonymiteten til deltakerne i studien. Jeg fikk et ønske om å vite mer enn kun *hva* folk hadde blitt og grad av samsvar; jeg ønsket å få innsikt i *hvorfor* legene hadde tatt de valgene de hadde tatt. Dermed måtte kvalitative data innhentes, og jeg leste «Det kvalitative forskningsintervju» for å legge plan for videre datainnsamling og designe intervjuguiden (vedlegg 2). (31)

Intervjuguiden ble prøvd ut på fem leger fra fem forskjellige kull. Den ble kontinuerlig modifisert underveis. Det ble bestemt at kun de legene som befant seg inne i et relativt fastsatt yrkesløp skulle intervjues i denne omgang for oppfølging, altså MK06, MK07 og MK08. Formålet var å se hvordan det gikk med framtidsplanene etter mottatt medisinsk tittel, og gjennomført turnustjeneste. Hvilke faktorer hadde da vært de mest tungtveiende? Eller er det slik at medisinstudentene, idet de går inn i sitt siste studieår og besvarer spørreskjemaet, allerede er ferdig formet?

4.2 Etikk og samtykke

Godkjenninger personvern:

NSD Personvernombudet for forskning har gitt tillatelse til prosjektet under Personopplysningsloven paragraf 31 (vedlegg 7). Personopplysningene som ble samlet inn var ikke sensitive, prosjektet var samtykkebasert og hadde lav personvernulempe. I henhold til helseforskningsloven ville ikke dette prosjektet kunne gi «ny kunnskap om helse og sykdom» og prosjektet var derfor ikke fremleggelsespliktig for Regional Etisk Komite (REK).

Samtykke:

Det var spesifisert at utfylling av spørreskjemaet var 100 % frivillig. Deltakerne i studentundersøkelsen hadde krysset av ja eller nei på spørsmålet «er det greit at jeg

kontakter deg i framtiden», og samtlige på MK06-MK08 hadde svart ja. De ble kontaktet per SMS (vedlegg 3 og 4) på telefonnummeret de hadde oppgitt for senere kontakt. I tillegg fikk de både muntlig og skriftlig informasjon om studien og oppbevaring og behandling av data, og orientering om muligheten for å trekke seg når som helst.

Dataene fra telefonintervjuene har blitt samlet i en database for videre analyse og statistiske beregninger i Excel. Intervjuobjektens navn og oppsporbare opplysninger har vært lagret separat i en egen anonymisert fil. Der har de blitt tildelt et løpenummer, slik at navnene ikke har vært registrert i databasen som brukes til all kvantitativ og kvalitativ analyse.

4.3 Metode og utstyr

4.3.1 Utstyr

Mac Book, QuickTime Player og mikrofon til lydopptak, telefon med høyttaler for intervju og lydopptak. Spørreskjemaet og intervjuguiden.

4.3.2 Spørreskjemaet

Utarbeidet av veileder Eirik Ofstad (vedlegg 1). Følgende data har blitt innhentet og brukt i denne oppgaven:

- Navn.
- Alder ved tidspunkt for spørreskjema.
- Hjemsted.
- Topp tre ønsker for framtidig karriere.
- Hvor sannsynlighet de selv mener at det er for at de kommer til å jobbe som allmennleger.
- Om de ønsker å delta i en oppfølgingsstudie eller ikke.

4.3.3 Intervjuguide

Produsert, utviklet og modifisert etter å ha lest boken «Det kvalitative forskningsintervju» og flere pilotintervjuer (vedlegg 2). (31) Guiden var semistrukturert, og ga rom til å følge ideer og utsagn. Data som ble innhentet var:

- Hva legene jobber som nå.
- Hvorfor de jobber med det.
- Hvor de jobber.
- Hvorfor de jobber der de jobber.

- Hva de liker og hva de misliker med jobben de har nå.
- Hva de tror er grunnene til at de jobber der, hva de tror er grunnene til at de ikke jobber andre steder.
- Hva de tenker om svarene sine på spørreskjemaet fra da de var medisinstudenter.
- Erfaringer fra allmennpraksis, og om det er noe de kunne tenke seg å jobbe med.

4.3.4 Rekruttering av leger fra kull MK06, MK07 og MK08 for oppfølging

MK06, MK07 og MK08 ble valgt ut til å bli kontaktet, da disse kullene hadde leger som var ferdige med turnus og inne i et spesialiseringsløp. Samtlige kull ble kontaktet per SMS (vedlegg 3 og 4). Etter å ha intervjuet hele MK06 og i løpet av intervjurunden med MK07 nådde datainnsamlingen et metningspunkt. Svarene ble etter hvert mer og mer gjentakende, og jeg bestemte meg for å avslutte datainnsamlingen grunnet summen av hva jeg fikk ut av det opp mot hvor mye tid og arbeid det krevde. Likevel ønsket jeg litt mer data på *hvor* folk jobber og *hva* de jobber som, og det ble foretatt korte, skriftlige intervjuer med MK08.

4.3.5 Det kvalitative intervjuet og transkripsjon

Det ble avklart per SMS om legene fortsatt ønsket å delta i den oppfølgende studien de takket ja til da de fylte ut spørreskjemaet. Videre ble det spurt når intervju ville passe for dem. Deretter ringte jeg legene i tur og orden med båndopptager klar. Jeg forklarte grundig hva oppgaven gikk ut på, hvordan data skulle håndteres og brukes, og at de når som helst kunne avslutte samtalen og også at de kunne trekke seg fra studien. Under intervjurunden med MK06 hadde jeg intervjuguiden foran meg og tok ingen notater, fokuserte på samtalen, fulltranskriberte fra lydopptak rett etterpå. Etter avtale med veileder ble intervjuene på MK07 transkribert stikkordsvis under intervjuet og viktige poeng og relevante sitater ble transkribert ord for ord ved gjennomlytting av lydfil. Alle intervjuene ble i tillegg lyttet til på nytt, for å forsikre at all data av relevans var inkludert. Jeg hadde kun skriftlig kommunikasjon med MK08.

4.3.6 STC

Studien er en kohort basert på et *spørreskjema* som er fulgt opp med *semistrukturerte kvalitative telefonintervju*. Transkripsjonene fra intervjuene er analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) (32).

Kvalitative forskningsmetoder er nyttige for å beskrive og analysere. Datamaterialet samles inn gjennom observasjoner, interaksjoner, intervjuer eller skriftlige kilder. Gjennom analysen transformeres rådata til funn gjennom tolkning og oppsummering av materialet. Prosessen skal være tilgjengelig og gjennomsigtig, tåle innsyn og utfordring, og funnene skal i utgangspunktet være overførbare til andre settinger.

Malteruds STC er en oversiktlig og forståelig metodologi som bygger på kvalitative prinsipper innen medisinsk forskning, og beror i så måte ikke på krav om lang erfaring med forskning. Utfordringen med mange og lange personintervju er at det er svært tidkrevende hva angår datainnsamling og arbeid i etterkant med transkribering og deretter analyse, jamfør de fire oppsummerte punktene under. Videre må den medisinske forskeren som bruker disse metodene lære å ta hensyn til innflytelsen forskerens rolle, perspektiv og forståelse har på materialet. I kortfattede trekk benytter man STC som et strukturelt verktøy på følgende måte:

- 1) Helhetsinntrykk av datamaterialet. Forskeren inntar fugleperspektiv, leter etter potensielle temaer.
- 2) Meningsbærende elementer identifiseres. Tekst sorteres, og det hentes ut tekst som har relevans og gir mening.
- 3) Kondensat utarbeides. De meningsbærende elementene skrives om til temaer.
- 4) Rekontekstualisering av materialet. Analytisk tekst utformes.

Prosessen i korte trekk:

Jeg foretok utskrift av transkriberte intervju, leste gjennom for helhetsinntrykk (STC punkt 1), og så leste jeg gjennom med gul tusj og penn for å markere viktige ord og skrive ned hovedpoeng (STC punkt 2). Deretter ekstraherte jeg fra ord og setninger. Skrev ned ord og setninger jeg hadde markert i eget word-dokument, samt tanker jeg gjorde meg om intervjuobjektene og kullene underveis. Jeg lette etter meningsbærende enheter og printet ut lister med utsagn, klippet opp, reflekterte på jakt etter å gjøre de meningsbærende elementene om til temaer (STC punkt 3). Deretter ble analytisk tekst skrevet i resultater og

konklusjon (STC punkt 4). I den analytiske teksten omtales alle legene som er intervjuet som *menn* for å sikre anonymisering på en konsekvent måte.

4.3.7 Statistiske metoder

Enkel deskriptiv statistikk er benyttet, i samråd med statistiker Tom Wilsgård og veileder.

4.4 Begrepsavklaringer

Bodøpakken: Et tilbud til ca. en fjerdedel av studentene per kull ved UiT om å ta femte og sjette studieår ved NLSH, Bodø (i stedet for å ta femteåret som en rotasjonsmodell med utplasseringer i Nord-Norge basert på trekningsnumre og så sjetteåret i Tromsø).

Femteårspraksis: 8 uker allmenntmedisin, 4 uker psykiatrisk sykehus, 14 uker somatisk sykehus.

Kvotene: På medisin ved UiT er 60% av studieplassene reservert til søkere som har nordnorsk tilknytning. I tillegg er inntil 2 plasser reservert søkere med samisk bakgrunn.

MK: Medisinsk kull. MK06 er dermed de som startet på medisin i 2006. MK07 startet på medisin i 2007, osv.

4.5 Studiepopulasjonene

I resultatene skiller det mellom to studiepopulasjoner:

- MK06-MK12 som inkluderer 132 studenter: kvantitative data fra spørreskjemaet (se resultater 5.1).
- MK06-MK08 som inkluderer 55 leger: kvantitative data (se resultater 5.2) og kvalitative data (se resultater 5.3) fra intervjuer.

4.6 Variabler

4.6.1 Sannsynlighet for å bli allmennlege

Studentene har på spørreskjemaet blitt bedt om å oppgi med prosent hvor sannsynlig det er at de blir å jobbe som allmennlege. Dersom de har oppgitt 50% eller mer regnes det som sannsynlig, dersom det har oppgitt mindre enn 50% tolkes det som ikke sannsynlig.

4.6.2 Spesialiteter, kategorisert

Yrkesspesialitetene er under sortert i ti kategorier i samråd med veileder. Bakgrunnen for oppdelingen er studier fra ut- og innland der de har foretatt oppdelinger. Kategoriene er nummerert i tilfeldig rekkefølge. (For utdypende kommentarer angående kategorisering av spesialiteter, se vedlegg 5.)

1. Allmenntidisin
2. Laboratoriefag/parakliniske fag
3. Indremedisin
4. Kirurgi
5. Pediatri
6. Gynekologi og obstetikk
7. Anestesiologi
8. Øye
9. Øre-nese-hals
10. Psykiatri

4.6.3 Samsvar

Alle yrkesspesialitetene ble jamfør punkt 4.6.2 delt inn i ti kategorier. Deretter ble det regnet ut samsvar mellom kolonnene «hva vil du bli» og «hva jobber du med nå». Dersom studenten hadde oppgitt den samme kategorien spesialisering da som han som lege jobber innen nå, ble det medregnet som ett stykk samsvar. Studenten ble bedt om å oppgi tre framtidige yrkesvalg, men det tildeles ingen ekstrapoeng for rekkefølge eller gjentakelse av spesialisering. Altså, så lenge de har nevnt den yrkeskategorien de jobber med *nå* minst én gang i «hva vil du bli» regnes det som *samsvar* for vedkommende. (For utdypende forklaring og loggføring av statistiske avgjørelser, se vedlegg 6.)

5 Resultater

Datamaterialets resultater presenteres i tre deler: kvantitative data fra spørreskjemaet, kvantitative data fra intervjuer, og til sist kvalitative data fra intervjuer.

5.1 Kvantitative data fra spørreskjemaet besvart av medisinstudenter

Studien inkluderer som nevnt syv Bodøpakke-kull, noe som utgjør 132 medisinstudenter. 126 studenter (95%) utfylte spørreskjemaet, derav samtlige på en tilfredsstillende måte. 33% av studentene er menn, 67% er kvinner. Gjennomsnittsalderen er 26,9 år og bredden er 23-41 år for det tidspunktet spørreskjemaet ble utfylt (august, samtlige år). 63% av de som velger seg Bodøpakken oppgir å ha hjemstedet sitt i Nordland fylke (tabell 1).

Medisinstudentene er bedt oppgi i prosent hvor sannsynlig det er for at vedkommende blir allmennlege. Gjennomsnittet, blant de 126 studentene, var 46% (variasjonsbredde 0-95%). Videre ble det regnet på hvor mange som så det sannsynlig at de skulle bli allmennlege, der sannsynlig defineres som de som har oppgitt en prosent på 50% eller mer. 69 av 126 studenter (55%) mente på sjettedeåret at det var sannsynlig at de kom til å bli allmennlege (tabell 1).

Deretter ble studentene bedt om å oppgi tre yrker de hadde lyst til å jobbe med når de ble ferdigutdanna. De tre mest populære valgene, når alle syv kullene ble sett under ett, var indremedisin (30%), allmenmedisin (22%), og kirurgi (15%) (tabell 2). Ønskene til kullene som ble fulgt opp er samstemte med dette. Verdier for de mest populære ønskene individuelt for hvert kull var: 21% både for allmenn- og indremedisin på MK06, indremedisin 39% på MK07 og indremedisin 32% på MK08 (se vedleggstabell 1).

5.2 Kvantitative data fra kvalitative intervjuer av leger

Tre av de syv Bodøpakken-kullene, ble kontaktet og invitert til å delta i oppfølgingsstudien (54 leger som hadde svart på spørreskjema 5-7 år tidligere). 46 leger (85%) lot seg intervjuer for å finne ut hva de jobber med nå, hvor de jobber, og hvorfor (tabell 3).

Det viste seg at hele 70% av legene (32 av 46) er inne i et spesialiseringsløp som har samsvar med det de selv ønsket som studenter (selv om de aller færreste kunne huske hva de hadde svart).

46% av legene jobber i Bodø, og 65% av legene har blitt i Nordland (63% på MK06-12 er fra Nordland, 80% av MK06-08 er fra Nordland), 76% av legene har blitt i Nord-Norge (verdiene for kullene er MK06 85%, MK07 84%, MK08 57%).

30% av legene (14 stykk) jobber nå som allmennleger. Totalt 86% av de som nå jobber som allmennleger hadde oppgitt det som sannsynlig (50% eller mer) at de kom til å bli allmennleger mens de var studenter.

Likevel var det langt flere, hele 55% disse legene, som hadde oppgitt at det var sannsynlig at de kom til å bli allmennleger. Ved oppfølging viste det seg at halvparten (58%) av legene som så det som sannsynlig å bli allmennlege, ikke ble allmennlege likevel.

Observasjoner av unike forhold på kullene sett hvert for seg:

MK06: Kun én jobber som allmennlege, og vedkommende hadde oppgitt det som usannsynlig (mindre enn 50%) at det var framtidsyrket. De syv som hadde oppgitt det som sannsynlig å bli allmennlege ble noe annet. 67% av kullet er fra Nordland, 69% av kullet jobber nå i Nordland, 85% i Nord-Norge.

Spesialiteten flest på kullet jobber innen er indremedisin: 31% (vedleggstabell 2).

MK07: Syv jobber som allmennleger – seks hadde nevnt det i sine ønsker. Fem jobber som psykiatere – kun én hadde nevnt det i sine ønsker. Første kull med søknadsbasert turnus. 79% er fra Nordland, 79% jobber nå i Nordland, 84% i Nord-Norge (tabell 3).

Spesialiteten flest på kullet jobber innen er allmenmedisin: 37%, og en klar andreplass er psykiatri: 26% (vedleggstabell 2).

MK08: Det kullet med høyest grad av samsvar, hele 93%! Seks jobber som allmennleger, de hadde alle sett det som sannsynlig som studenter. Seks av ni som så en fremtid som allmennlege sannsynlig endte med det. MK08 er det kullet der flest (43%) jobber utenfor Nord-Norge. Det er også det kullet med færrest som oppgir geografisk tilhørighet til Nordland (53%), og kullet der færrest forble i Nordland (43%) (tabell 1 og tabell 3). Spesialiteten flest på kullet jobber innen er allmenmedisin: 43% (vedleggstabell 2).

5.3 Kvalitative data fra intervjuer av leger

Da legene ble ringt for intervjuer spurte de fleste under briefingen hvor lang tid samtalen ville ta, hvorpå jeg svarte at «det tar så lang tid du ønsker å bruke, det avhenger av hvor mye du har tid og lyst til å fortelle.» De fleste var (forståelig nok) travle, og mange spurte hvor

lang tid jeg trengte. Jeg svarte, som sant var, at jeg nok i alle fall behøvde fem-seks minutter. Og at vi selvfølgelig kunne avslutte helt plutselig og uten forklaring når som helst.

Intervjuene varte i gjennomsnitt i 17 minutter og 30 sekunder, der det lengste varte i 33 min 58 sek og det korteste i 5 min 54 sek (vedleggstabell 3).

Samsvarstall fra tre kull samlet viser at i snitt er det 70% som nå jobber innenfor en av spesialitetene de oppga på spørreskjemaet at de som studenter hadde lyst til å bli (tabell 3) Svarene legene har gitt på *hvorfor* de har jobber der de gjør i dag, har alle blitt transkribert, bearbeidet og analysert. Gjennom systematisk tekstkondensering organiserte jeg meningsbærende elementer til følgende temaer:

TRIVSEL		
Tilhørighet	Kompetanse	Autonomi
Identitetsfølelse	Interesse	Diskrepans
Forbilder	Erfaringer	Ansattforhold og risiko
Fellesskap	Mestring	Livet uten frakk
Kommunikasjon og samspill	Arbeidsmåte	Fleksibilitet og arbeidsmuligheter

5.3.1 TRIVSEL

Alle intervjuene ble åpnet med det praktiske spørsmålet «hva jobber du med i dag» etterfulgt av det litt mer banale og samtidig mye mer dyptgående spørsmålet «hvorfor det?». Svarene på det siste var alltid en variant av de to følgende utsagnene: «fordi jeg hadde lyst» eller «fordi jeg fikk jobb der». De som svarte «fordi jeg fikk jobb der» ble videre spurt hvorfor de *fortsatt* jobber der, hvorpå svaret nesten alltid var fordi de opplevde trivsel og mestring og dermed «hadde lyst» til å fortsette. Trivsel er en faktor som virker å være allestedsnærværende i beslutningsgrunnlaget rundt karrierevalg.

Trivsel ble enten nevnt spontant av legene som en direkte årsak til at de jobber der de jobber, eller så kom det opp at arbeidsmengden sett i sammenheng med familielivet og hverdagen deres er noe de trivdes med, eller at de hadde stor empati og forkjærlighet for pasientgruppen, ergo trives de der de er; eller at det var mye latter og god stemning på avdelinga og at de derfor trives i sin jobb; eller en god miks av alt. Trivsel er ikke til å komme

utenom som en egen, overordnet bolk. Dette fordi grunnene til om folk ønsker å jobbe på et sted eller ikke, virker å avhenge av deres grad av trivsel. Trivsel som årsak til at legene har valgt den karrieren de nå er inne i, kan deles inn i tre forskjellige temaer.

Trivsel og svaret «fordi jeg har lyst» var særdeles høyfrekventerte grunner legene oppga som årsak til at de jobber der de jobber. «Det viktigste for meg er at jeg trives» sa en. En annen ordla seg slik: «Er det hyggelig, blir jeg værende, da kunne jeg jobba på de fleste plasser. Det er mye viktigere enn *hva* jeg jobber med.» Det ble også sagt at «man velger jo litt jobb ut fra hvor man trives». Og videre: «De fleste, når de starter med en (medisinsk) jobb, finner noe som er spennende i det. Og hvis de da trives på arbeidsplassen, så blir det fort til at de blir værende». Dette var generelt gjennomgående blant intervjuobjektene i denne studien.

Videre ble grunnene til at legene opplever eller ikke opplever trivsel brutt ned til tre temaer: Tilhørighet, kompetanse og autonomi. Datamaterialet fra de kvalitative intervjuene tydeliggjør dette. Oppsummert handler det om følgende:

Ved å ivareta identitetsfølelse, ha gode forbilder, økt fokus på fellesskap og kvalitetssikre kommunikasjon og samspill forsterkes tilhørighet. Kompetanse er satt sammen av interesser, våre erfaringer, grad av mestring og hvilken arbeidsmåte vi foretrekker.

Autonomi handler om hvilken grad av ansvar vi ønsker, også på de forskjellige arenaene i livet: autonomi beror på hvilken usikkerhetstoleranse, ansvarsfølelse og risiko vi føler oss komfortable med. Det handler også om å få bruke tiden til det man vil, at leger generelt er svært allsidige og arbeidslystne, og at det er viktig for mange å oppleve å ha nok tid til fritid og familie. Studenter og senere leger søker seg erfaringer og jobber som gir trivsel ved å oppfylle disse tre kategoriene i tilstrekkelig grad.

5.3.2 Tilhørighet

5.3.2.1 Identitetsfølelse

Et viktig aspekt ved tilhørighet er ens identitet, og kan i denne sammenheng relateres til hvilken grad av identitetsfølelse man har i medisinskfaglige situasjoner. Identitet går på hvordan man ser seg selv, og også hvordan ens selvbylde og selvforståelsen er i en gruppe. En av de jeg intervjuet sa «det har sikkert mye å si hvordan man er som person». Jeg ba vedkommende forklare hva som lå i dette, og fikk til svar at det var viktig å passe til jobben ved å ha personligheten til det og kunne bruke av seg selv. En annen forklarte at grunnen til

at han ikke hadde blitt en spesifikk spesialist, var at han ikke *kjente seg igjen* i noen av legene som jobbet der, men heller følte en tilhørighet med en annen avdelings leger.

«En merker jo at det er litt *forskjellige typer folk* som er innenfor de forskjellige spesialitetene, i større eller mindre grad.»

Det handler også om hvilke ferdigheter man føler at man er god på og hva man forventer av seg selv. «Du har jo lyst til å velge en spesialitet du tenker at du kan bli god i» sa en lege.

Mange har begrunnet valg av spesialitet med utsagn som «jeg er en tenker mer enn en syer», «jeg er ikke praktisk anlagt» (og begrunnet slik at han aldri hadde tenkt på å bli ortoped), mens andre sier at de «liker å jobbe med folk», at de har et «ønske om å bli kjent med folk og følge de opp over tid». «Jeg er ikke noen labspire» sa en, og en annen sa: «Jeg har litt sånn actionavhengighet».

Et interessant synspunkt som ble tatt opp av flere handlet om hvilke dører som ble åpnet gitt andres forventninger til en selv. «Jeg tror de aller fleste blir i større eller mindre grad er drevet av hva andre tenker om dem». Det at personer synlig hadde forsket på et område, eller jobbet mye på et sted, eller vært aktiv i en studentforening og var kjent i en krets som en som var god på noe, bidro til at de ble etterspurt og oppfordret til å søke når stillinger og posisjoner åpnet seg.

5.3.2.2 *Forbilder*

Forbilder finnes på mange fronter i livet, også innen den medisinskfaglige verden. De kan beskrives som personer man ser opp til og beundrer, og noen man også kjenner seg igjen i. Rollemodeller er med på å forme identiteten vår, og kan bidra til å styrke vår følelse av tilhørighet.

«Hvem man møter er viktig for hvor man havner til slutt» var det mange som sa. Ikke alle klarte å sette fingeren på akkurat hvem som hadde påvirket dem mest, men det var en bred enighet om at de fant rollemodeller på den ene eller den andre avdelinga, eller forelesere innen et fag som de virkelig lot seg engasjere av og jobbe hardere for. Disse ble beskrevet som «inspirerende», «faglig dyktige» og «hyggelige». Mange har sagt at interessen for et fag kom fra foreleser innen et spesifikt emne fordi legen «utstrålte trivsel» og «fortalte mye positivt» om arbeidshverdagen.

«Det er klart at når man treffer dyktige folk som er villige til å lære bort er det lett å bli interessert for det de holder på med» var det en som sa. Generelt var det en bred enighet

om dette blant legene. «Å få positiv feedback fra erfarne folk som man ser opp til» hadde vært utslagsgivende for en, som hadde erfart å bli sett mens han jobbet som turnuslegevikar, og i ettertid søkte seg tilbake til samme avdeling i turnus og senere i spesialisering.

«Det at noen ser deg og sier 'du vet at du skal bli allmennlege, ikke sant?'» var et vendepunkt for flere jeg snakket sammen med. Det å få tidlig beskjed, i praksisperioder eller fra en jobb ved siden av studiet er det mange som spontant tar opp som utslagsgivende for å velge seg en medisinsk retning.

Andre har latt seg forme av forestillingen de har hatt om hva en lege egentlig er. Ikke sjelden forteller folk om at det var innen det feltet foreldrene jobbet, eller at de hadde blitt introdusert til ideen om å bli lege gjennom TV-serier de hadde fulgt tett. En sa at «sånn ser en doktor ut» og refererte til sin erfaring med allmennlegen han hadde vokst opp med.

5.3.2.3 Fellesskap

Fellesskap kan defineres på utallige måter, men i denne sammenheng handler det i stor grad om sameksistens, arbeidsmiljø, at man føler seg som en del av et kollegium.

Et godt miljø ble spontant nevnt av majoriteten av legene som ble intervjuet: «For meg er det viktigste er godt arbeidsmiljø.» Jeg ba dem om å definere hva som utgjør et godt arbeidsmiljø.

Det handler for de aller fleste delvis om stemningen på avdelingen. «Det var mye artigere morgenmøte på (...) enn på (...)» var det flere som sa, og at dette ofte reflekterte miljøet på avdelingen. Lite konflikt ble opplevd som positivt. «Det er jo tross alt en plass man skal tilbringe mye tid, da er det greit å ha *respekt* for hverandre og ha en hyggeligere eller mer respektfull tone enn at det på død og liv skal være hierarkisk. Hvis det ikke det er rom for at du kan komme inn på en plass og sette deg på gæren stol uten at det blir krise, så er ikke det plassen for meg.»

Et annet aspekt ved godt arbeidsmiljø var å føle seg velkommen der, eller som en sa: «At jeg føler at det er plass til meg». Det var viktig at kollegaer tok seg tid til å bygge relasjoner og «å bry seg litt om hverandre på et personlig nivå». At det var folk man følte man kunne snakke med, «om jobb eller alt annet enn jobb». Og å samarbeide, spille på lag, og at terskelen for å be om hjelp var lav. Det viktigste for trivselen til en av legene var «at det er fliring».

Det motsatte av et godt arbeidsmiljø beskrives ofte ved «skarpe personer, skarp tone», og er gjerne preget av en type konkurranse som beskrives som «mange om beinet» og «spisse albuer».

5.3.2.4 Kommunikasjon og samspill

Kommunikasjon er på mange måter fundamentet i tilhørighet. Samarbeid, terskel for å be om hjelp og måten man prater sammen; både kollegaer seg i mellom og med ledelsen. Samarbeid er beskrevet som «en følelse av at de som er der jobber for samme sak; pasienten.» God veiledning og oppfølging er også viktig i å skape trygghet og tilhørighet. «Jeg hadde en følelse av å bli verdsatt og brukt som en ressurs» ble det sagt om å jobbe som turnuslegevikar. Personen hadde erfart å bli inkludert, og hadde fått ansvar og varierte arbeidsoppgaver: «Jeg følte meg som en viktig brikke». Å spille hverandre gode beror på kommunikasjon, i form av å tilpasse utfordringer, gi god nok oppfølging, gi stort nok spillerom og ansvar, og samtidig være tilstrekkelig tilgjengelig.

En jeg intervjuet forklarte at en av hovedgrunnene til at han hadde den jobben han hadde var at: «Terskelen for å be om hjelp fra en overlege er veldig liten. Jeg har aldri vært borti at jeg har kontaktet en overlege eller en kollega for å høre om de kan være med meg på et eller annet og at de har trukket på det. Hjelp og støtte betyr ikke nødvendigvis mer enn at de skal være i nærheten i tilfelle det går til helvete.»

Samspill, gjennom kommunikasjon med ledelsen, spiller også inn. Hvis partner går i et vaktbelastet yrke, eller at familien har ekstra behov, har det vært avgjørende for mange at ledelsen har vist fleksibilitet og evnet å tilpasse vakter. Andre har fortalt om arbeidsgivere som har åpnet mulighet til sidespesialiseringer ved å gi arbeidstaker permisjon for å teste ut videre muligheter.

5.3.3 Kompetanse

5.3.3.1 Interesser

«Jeg jobber der fordi det er det jeg synes er mest interessant» var et svar som ofte kom opp. Hvorfor legene fant det ene mer interessant enn det andre, handlet ofte i stor grad om at det var noe de følte de var gode på, eller at det var en måte å jobbe på som de trivdes med.

Oftest bunnset det ut i ambisjoner om å kunne gjøre nytte for seg, bety noe for andre, at de fikk «mulighet til å gjøre en forskjell».

En fortalte at «det handler mest om hvilke pasienter man synes er mest spennende», og at man i så grad søker seg videre innen det fagfeltet som representerer de kasesene og problemstillingene som følger med det. At man fordyper seg og opplever økende mestring og kompetanse.

Andre har lenge hatt en interesse og fascinasjon for forskning, og finner trivsel i fordypning gjennom å «sette sammen nye protokoller, og finne nye behandlinger». Så har man de som synes det er interessant å ha en så variert arbeidsdag som mulig. Disse legene ønsker å beholde bredden, og forteller at de er redde for å miste kunnskapen de har bygd seg opp i løpet av hele studiet: «å si ja til én spesialisering er å si nei til alle andre».

For mange er det viktig å bygge relasjoner: «Å komme tett på pasienter og pårørende, og ha tid til å gjøre en god jobb. Se hvor man kan gjøre endring, særlig med de enkle tingene, og å slik gi dem livet tilbake»

Når interessen kommer er litt varierende. Mange drar fram iboende interesser, «jeg har alltid vært en som ...» mens andre forteller om interesser de har fått i løpet av studietiden eller spesifikke jobber og praksisplasser de har hatt. Og at interessene kunne vært annerledes dersom de hadde studert eller vært i jobb et annet sted: «Du velger det du har fått innblikk i, og vi får jo begrensede innsyn».

Videre var det mange som sa at «det meste er av interesse bare man kommer seg inn i det». Hvorfor opplever legene det slik?

5.3.3.2 Erfaringer

Kompetanse beror i stor grad på hvilke evner og kvalifikasjoner man har; som igjen er bygget opp av ens erfaringer. Mange tenderer mot å velge trygt; «man velger seg noe man føler man kan» fordi man har erfart at man er kompetent på et gitt område.

Flere har tidligere erfaring fra sin nåværende spesialitet gjennom familiemedlemmer eller bekjente som også jobber der, og sådan har fungert som «inngangsport». Dette tilrettela for at legene tenkte på å søke seg til gitt fagfelt, som ekstravakt eller som student med lisens, eller at de til og med har forsket innen området.

Kliniske knagger fra jobber eller hospiteringer leger har hatt ved siden av studiet har gjort at de hentet ut mye mer av fagstoff fra det spesifikke fagfeltet som studenter. Flere forteller

også at de husker spesifikke kliniske praksiser som veldig lærerike og positive: «det var lagt opp til at man fikk være mye med i klinikken, hands on i læringen fra starten av, nesten fra før man begynte å lese på det» og at dette var stimulerende.

Det legene erfarte på studiet har vært utslagsgivende på mange områder. At «det gir mening rent faglig» er viktig for majoriteten. De færreste vurderer fagfelt de som studenter følte de fikk lite kunnskap fra og erfaring med. Og at de fleste velger seg til fagfelt de kan mye om: «faget gir veldig mening i forhold til det vi har lært om basalfag og fysiologi på studiet». Måten undervisningen er lagt opp på spiller altså inn. Klinisk undervisning og undervisere, organkursene på tredjeåret, og akuttkursene på første- og fjerdeåret har blitt nevnt av mange. «Det ble vel plantet noen frø ila studiet».

Femteårspraksis har blitt tatt opp av de fleste som en positiv og formende erfaring. En beskrev det slik: «vi fikk smakt på ting, og personlig erfarte jeg at jeg ikke svimte av på operasjon». Andre fortalte om «gode praksisplasser med komfortabel mestring».

Det samme gjelder for jobb med midlertidig lisens og underveis i turnus. «Jeg fikk sett mange pasienter på kort tid, oppdaget at jeg trives med å jobbe under press.» Erfaring av at det «gjerne går godt» var uvurderlig for én. En annen sa at det at man har flere å spille på lag med, og å få kjenne at man mestrer utfordringene, var avgjørende.

Det som beskrives som et «tett samarbeidet opp mot sykehuset» gjorde at flere bestemte seg for sykehusjobb: «Jeg tror nok det påvirker at veldig mange har lyst til å jobbe på sykehus. Og at det kanskje ikke er like tett samarbeid opp mot allmennpraksis». Videre hvordan manglende erfaring med et fagfelt i løpet av studietiden gjør at man ikke tenker på det som noe man ønsker å gjøre: «vi hadde lite om det fagfeltet på studiet, ergo hadde jeg ikke vurdert det».

5.3.3.3 Mestring

Etter det legene forteller er det som avgjør om erfaringene er positive eller negative *opplevd grad av mestring*. I tillegg er det å få tillit og mulighet til å gjøre seg erfaringer essensielt. Dette kom fram i samtlige samtaler: «Det er veldig viktig at man slipper til, at man får tillit, *tidlig* i karrieren. Å få lov til å prøve seg litt, under *kontrollerte* forhold, selvfølgelig.» En annen beskriver det som svært positivt «å få være med på diagnostikk og behandling uten å ha jobbet i faget i ti år». At man vokser på det, personlig og faglig; det å «få selvtillit gjennom å delta på prosedyrer».

Det å oppleve mestring og få empati med spesifikke pasientgrupper har mange erfart i jobber og engasjementer de har hatt ved siden av studiene.

For å oppleve mestring forteller intervjuobjektene at det må foreligge (nok) trygghet. «At det er veletablerte sikkerhetsnett» i forhold til internundervisning, kurs, terskel for å be om hjelp, og samarbeid. Eller at man ønsker «å være trygg på noe før man blir satt som ansvarlig for det».

Dette beror igjen på det mange forteller at er viktig: «At fagområdet reflekterer den kunnskapen vi har tilegnet oss». En beskrev at «i somatikken så føler du deg liksom litt mer hjemme, det er jo i hovedsak det studiet har handla om. Det er det vi kan, det vi har lest på, det vi har jobba med. *It makes sense*. Ting henger sammen. Du kan gjøre nytte for deg.»

Mestring gir trygghet: «Turnus påvirka i veldig stor grad. Jeg ble tryggere i rollen som allmennpraktiker, og fikk elsk for faget.» Det var utslagsgivende at det var kontinuitet og at vedkommende fikk erfaring: at legen fikk sett nok pasienter, fikk erfart at det oftest går bra, og fikk innarbeida rutiner for hvordan arbeidshverdagen best bør utføres.

Å bevare mestringsfølelsen er også av betydning. Flere beskrev det som viktig «at man opplever progresjon i kompetanse og erfaring», «at det ikke blir kjedelig» og at man slipper å oppleve «faglig stagnasjon». Som en sa: «Det er viktig at det er noe jeg mestrer men som jeg likevel føler er litt utfordrende.»

En av legene fortalte følgende: «Før vi startet å jobbe, mens jeg fortsatt var student, så brukte jeg å spørre turnusleger, eller LIS 1 da, om hvorfor jobber du her? Og så synes jeg svaret ofte var at det bare var *tilfeldig*; at 'det var jeg fikk jobb da jeg søkte på jobb, så det var her jeg begynte. Og da jeg hadde begynt her, så var det her jeg ble.' At desto lengre man kommer, desto vanskeligere blir det å flytte over til andre spesialiseringer. Og så er man gjerne ikke miserabel på de fleste plassene, og så går det greit, og så blir man god på det. Og blir man god på noe så blir det fort artig.»

5.3.3.4 Arbeidsmåte

Måten arbeidsdagen fortøner seg på har også noe å si. Arbeidsmåte omfatter prosedyrer, behandlinger, pasientgruppe, og alt det arbeidshverdagen innebærer.

Å beholde bredden og å møte folk uselektert var en drivkraft for flere. Eller at det var en pasientgruppe de følte empati for og omsorg med. Eller at «det er en svært takknemlig

pasientgruppe», eller at de likte at «pasientgruppen er jo stort sett frisk». Generelt, at de trivdes med den gruppen pasienter de hadde med å gjøre.

For mange er det å jobbe sammen og å ta beslutninger i fellesskap noe av det viktigste. Ha kollegaer man kan «kjenne seg igjen i» og jobbe i team. «Jeg vil heller være del av et fagmiljø... Kanskje er jeg feig som ikke vil sitte alene med ansvaret» sa en.

Tempo ble tatt opp i de fleste samtaler: «Jeg liker høyt tempo. Så lenge jeg har tid nok». En annen sa at han er «for utålmodig» til sengepostarbeid. Flere sa at de liker fagfelt der det «enten skjer noe eller ikke»; at tempoet er variert.

Andre liker å jobbe i et «passelig høyt» tempo, eller å «drive med en del ting hvor det ikke brenner på dass».

Det er for de fleste viktig at de føler at de bruker tiden sin *riktig*. En fortalte at utfordringen med allmennpraksis for ham var at det er «veldig mange som er frisk» og at det er «alt for mye papirarbeid». Pasientgruppe og arbeidsmåte ble altså tatt opp. Dette med papirarbeid kom opp i flere samtaler. Noen beskriver det som «papir-til-pasient-ratio» eller at de forteller at de følte seg som «papirslaver». Noen valgte seg til et poliklinikkbasert yrke der det var «litt mindre anamnese, litt mer undersøkelse», mens andre ønsket å «jobbe med folk, bygge relasjoner og bekjenskaper.» Felles var at folk ønsket å trives, «for da går dagen av seg selv».

Det å se resultater var også viktig for mange leger. Å få svar på om de tiltakene man iverksetter faktisk er riktige eller ikke. Mange beskrev at mestringsfølelsen kom i form av direkte feedback; av å få se «umiddelbar respons på egne tiltak», eller eventuelt manglende respons, og da finne en alternativ løsning med én gang.

Flere leger fortalte at å se de lange linjene og å se helheten var det de likte best. Eller at de så det som positivt å bli «spart for de dårligste pasientene» og at «alt må ikke løses på én konsultasjon».

Variasjon i problemstillinger var for svært mange det som ga størst trivsel. Hva de definerte som variasjon derimot, varierte. En sa for eksempel at det å jobbe som anestesilege var så flott fordi arbeidsoppgavene og pasientene han hadde med å gjøre var så varierte. En annen sa at han ikke kunne jobbet som anestesilege for eksempel, fordi det ble «alt for snevert». Å få tenke selv og å bryne seg på «faglige puslespill» var viktig for flere. Det ble også sagt at «mestringsfølelsen ligger i detektivarbeidet».

Generelt ønsket legene å føle seg (passelig) utfordra og få gjøre «spennende arbeid» av den grunn at de ønsker «ikke holde på med noe kjedelig».

Tilrettelegging for kurs, internundervisning, seminarer, forskningsmuligheter og veiledning for videre utvikling av seg selv og faget var også viktig for mange.

5.3.4 Autonomi

5.3.4.1 Diskrepans

Mange leger rapporterte en forskjell (diskrepans) mellom den kunnskapen og de erfaringene studiet hadde gitt kontra det som var forventet av dem i det virkelige arbeidslivet. En lege forklarte det slik: «Hva jeg ville bli *da* (ved tidspunktet for spørreundersøkelsen) var mye bredere enn etter endt turnus».

Det å sitte «alene med alt av ansvar og beslutninger» var en stor overgang for mange. For eksempel ble det beskrevet at forskjellen på å være i allmennpraksis som student og å være i allmennpraksis som ansvarlig lege var «to helt forskjellige verdener».

Utsagn som «å drukne i arbeid», «arbeidet hopper seg opp», og «helga gikk med til å grue meg til jobb» beskriver dette godt. Det forklares at de som studenter fikk «skumme fløten» i mye større grad enn som ansvarlig lege. Som leger måtte de forholde seg til utallige epikriser og oppfølgninger, kommunale oppgaver, papirarbeid, samt driftsansvar og økonomi.

Andre sa at det ble «for mye kjas og mas i turnus» og at allmennpraksis ikke var det de hadde sett for seg; at det var «for mye psykiatri og papir og sykemeldinger» kombinert med «press på tidsbruk og lønn». Flere leger opplevde at det var for lite tid til å føle at de fikk til å gjøre en god jobb.

På en side ble det beskrevet manglende følelse av selvtillit og kunnskap. «Jeg hadde mange pasienter der jeg ikke følte at jeg kunne nok om problemstillingene». Flere fortalte at de ikke følte at det hadde vært nok undervisning innen visse fagfelt, og at arbeidsoppgavene som fulgte med jobben derfor «ikke ga helt mening». Psykiatri var en gjenganger her.

Videre fortalte legene at ingen hadde undervist om bedriftsledelse eller økonomi, og få hadde formidlet hvordan forholde seg til det å *ikke finne løsningen* på pasienters plager og problemer.

Turnus var for mange et punkt som enten økte tilhørighet, kompetanse og følelse av autonomi, eller som lukket dørene til grunnet manglende mestring og trivsel. «Turnus var fint som måte å utelukke hva man ikke hadde lyst til å bli».

Flere fortalte at de var «lei av sykehusarbeid etter turnus», selv om de som studenter hadde et ønske om å jobbe på sykehus. Deler av dette ble forklart som manglende *backing* fra bakvakt.

En sa «jeg skal i alle fall ikke til indremedisin, ei heller til kirurgisk avdeling» grunnet mistrivsel i turnustiden. Årsakene var arbeidsoppgavene og arbeidsmengden som ble for krevende, for høy vaktbelastning, dårlig stemning og høyt nivå av stress på avdelingene han hadde vært på. Han fikk da lyst til å gjøre noe annet, og søkte seg ut av somatikken.

Andre fortalte om en følelse av at «de utnyttet oss til å gå ekstra mye vakt», og at turnus ga «skikkelig avsmak» på grunn av mangel på støtte og veiledning og at det var «for lite tid til læring og refleksjon». «Manglende oppfølging gjorde at turnus virket avskrekkende i forhold til videre jobb.»

Vaktbelastningen har også vært en overgang for mange. At erfaringene fra en gitt avdeling var fantastiske både som student og som lege, men at «tanken på tilstedevakt resten av livet er skremmende».

Flere fortalte at arbeidsoppgavene som fulgte med yrket ble for store: «det er belastende å bli pålagt så mye legevaksarbeid på topp av å være fastlege» og at det var «for stor forskjell på å være i turnus og det å begynne med egen liste».

En fortalte at han syntes medisin var vanskelig på studiet fordi det var forventet at man skulle tilegne seg klinisk kunnskap gjennom bøker; at jobben var praktisk men at studiet var alt for teoretisk. Vedkommende ønsket seg derfor i utgangspunktet til «det minst medisinske innen medisin». Helt til turnus kom. Da opplevde han at det var en stor diskrepans mellom hans forventninger og det han erfarte i turnus. Han ble trygg i rollen som lege og fikk dermed et stort ønske og behov for å jobbe i klinikken, likevel.

5.3.4.2 Ansattforhold og risiko

Den graden av autonomi man ønsker i arbeidslivet går på mange måter hånd i hånd med ansattforhold. For mange handlet valget om videre karriere i første omgang om valget mellom sykehustjeneste og allmenntilleggsmedisin. Det er også et viktig skille innen allmenntilleggsmedisin mellom det å være kommunalt ansatt og det å være selvstendig

næringsdrivende. Dersom du jobber som allmennlege har du mye ansvar, du jobber mest alene, og har mindre tett supervisjon enn om du jobber på sykehus. Dersom du er selvstendig næringsdrivende er du ansvarlig for bedriften som legekantoret ditt er i tillegg. Det legene trakk fram som positivt ved å jobbe som allmennlege var generelt en høyere grad av råderett over hvilke dager man skal jobbe og til hvilke tidspunkt, mulighet til å jobbe færre vakter og ha fri når familien har fri. Videre fortalte legene at de ble spart for de dårligste pasientene og alt måtte ikke løses på én konsultasjon. De fikk mulighet til å knytte bånd og følge pasienter opp over tid.

For mange ble allmennpraksis en mer positiv affære når de hadde jobbet lenge nok til å «lære seg triksene», både med tanke på å jobbe så bredt faglig og å bruke tiden til hjelp, men også med å lære seg å håndtere pålagte oppgaver, oppfølgninger, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, økonomi og ledelse. Å erfare mestring med allsidigheten yrket krever, var avgjørende.

Det å selv skulle begrense arbeidstidene, selv ha ansvar for at alt ble gjort (både riktig og i tide), og å «ikke være en del av et fagmiljø», samtidig som man «skulle kunne nok om alt», har for mange gjort at de har søkt seg bort fra, eller unngått å søke seg til, allmennpraksis. En sa: «Jeg ble aldri ferdig på jobb. Og når jeg hadde fri bare gruet jeg meg til å dra på jobb igjen.»

På spørsmål om hvorfor allmennpraksis ikke var et alternativ for en av legene jeg intervjuet, svarte han: «Allmennpraksis har aldri interessert meg. Jeg likte det ikke på femteåret, ikke på sjetteåret og ikke i turnus». Grunnene var at han oppfattet den reelle sykdomsbyrden som liten, og at papirarbeidet vokste seg så stort. I tillegg var det avgjørende at han ikke ønsket å sitte alene med alt av ansvaret. Friheten allmennpraksis kunne gi ham var ikke verdt risikoen han følte det var å jobbe utenfor sykehus.

De fleste av legene som for tiden *ikke* jobber med allmennpraksis, men som sier at de fortsatt ikke har lagt tanken helt fra seg, sier at de hovedsakelig kunne tenkt seg å jobbe i allmennpraksis dersom de fikk tilbud om en kommunal stilling.

Flere beskrev at de ikke ønsket å føle på et økonomisk press i arbeidshverdagen i forhold til hvor raskt de måtte «få unna» pasienter. «Av person kommer jeg alltid til å ville gjøre mitt beste, og gjøre en grundig og god jobb» var det en som sa.

Godene man opplever gjennom å være fast ansatt med tanke på lønn og sykepengere rettigheter gjør at flere av legene jeg har intervjuet ville vurdert å starte opp med allmenntid medisin dersom det var tilgjengelige kommunale allmenntid medisinske stillinger. De forteller at det ligger en frihet i å slippe å tenke på økonomi, pensjonspoeng, konsekvenser av sykefravær, osv. Og at tanken på «hva skjer hvis jeg eller noen i familien min blir syk?» er for skremmende til å ta risikoen det innebærer å være selvstendig næringsdrivende.

Å kjøpe seg inn i praksis oppleves også som en stor, uoverkommelig terskel for mange. De som har besvart spørreskjemaet var i snitt 26,9 år ett år før de ble leger, og mange forteller at de var i etableringsfasen da turnus var over, og at de ikke hadde mulighet til å finansiere noe slikt.

En beskrev tryggheten ved å velge en sykehusjobb slik: «man vet hva det er, eller, det er det man har mest erfaring med, så man vet jo hva man går til». Man har rett på fravær, man har noen å diskutere med, og mange opplever en sterkere følelse av trygghet ved å ha flere å stå ansvarlig for avgjørelser sammen med.

5.3.4.3 Livet uten frakk

Å sjonglere et hektisk liv på jobb med det livet man selv har er en balansekunst. Det var viktig for mange å ha «tilstrekkelig med fritid». Og at arbeid skulle skje i et avgrenset tidsrom designert for arbeid, slik at hjemmet kunne «holdes hellig» så langt det lot seg gjøre. Flere valgte bort vaktbelastede yrker fordi de ikke følte at de strakk til: «Det ble for lite igjen av meg,», og «det handlet kun om å sove seg opp til vakt eller å sove seg ut etter vakt». For flere var det viktigere å ikke jobbe vakt enn å tjene bedre. En fortalte at «man merker fort når man er ferdig med å gå nattevakter at man får et helt annet overskudd. Blir kanskje et litt bedre menneske. For man blir jo sliten.»

Flere leger sa at det var greit at det «kokte på jobb», så lenge man slapp å ta med seg arbeidet hjem: «Det er hektisk der og da, men når du gir fra deg callingen og går hjem så er du liksom ferdig».

Situasjonen hjemme har for mange endret seg i løpet av de årene som har gått mellom spørreskjemaet og oppfølgingsstudien: «For meg er det viktig nå å ha fri samtidig som familien har fri». Flere av legene som oppnådde det de selv beskrev som «drømmejobben», følte at det var vanskelig å kombinere vaktintensive yrker med det familielivet de ønsket.

På tross av at de stortrivdes med faget, med kollegaer, på avdelingen og med pasientene, gjorde følelsen av «å ikke strekke til» grunnet stor belastning både hjemme og på jobb til at de søkte seg over i mindre vaktbelastede yrker. Eller at familiesituasjonen krevde å ha mulighet til være borte fra jobb eller ha fleksibel arbeidstid, og at de var avhengig av en forståelse fra arbeidsgiver og kollegaer i forhold til dette.

«Jeg ser jo de godene som følger med det å slippe å jobbe natt og slikt» sa en. Ved at partner eller venner eller familie jobbet mer normale tider, kjente noen på behovet for å droppe vakter. For mange var det viktig med en «familievennlig og grei hverdag» der man følte at man brukte tiden sin på det som var viktigst for en selv og de rundt en.

Flere fortalte også at selv om de ikke hadde så mange andre å tenke på enn seg selv, så ønsket de å ha tid og overskudd til fritidsaktiviteter og hobbyer; «jeg har lyst til å ha tid til livet.»

Andre uttrykte at de liker å jobbe vakter. «Jeg har ganske stor vaktbelastning, og dette gir meg gode friperioder». Andre sier at de savner å gå vakt, fordi det var «morsomt». En fortalte at han og samboeren kjente forskjellig på det. At han var vant fra sin egen familie at begge foreldrene jobbet skiftarbeid, og sa det handler om «hva du aksepterer av tid borte fra hjemmet».

For majoriteten spilte geografi inn. For svært mange var det viktigere *hvor* de jobber enn *hva* de jobber som. «Jeg tror ikke det at det ble Bodø har så mye med sykehuset å gjøre egentlig». Mange forteller at de hadde «et ønske om å bli værende, vi var jo allerede etablert her» og at de ikke ønsket å flytte på seg «enda en gang».

Ønsket om å «vende hjem» var sterkt for mange. Å kunne bo der de hadde besteforeldre til barna sine, eller der de hadde kjøpt leilighet, eller der samboeren var fra, var viktig.

Flere fortalte også at de i tillegg til å ha vært på Bodøpakken hadde turnus i Bodø, og at det var «praktisk og trygt» å fortsette å jobbe her. At det var her de hadde kjennskap, kontakter og erfaring.

5.3.4.4 *Fleksibilitet og arbeidsmuligheter*

De aller fleste jeg snakket med i intervjurundene fortalte om en stor arbeidskapasitet og en enorm arbeidslyst. Flere fortalte at de fikk den jobben de har nå fordi de hadde en periode med fri (før turnus eller i sommerferier, e.l.) og at de hadde vendt tilbake dit da de var ferdige i turnus.

«Jobben sto ledig og ventet på meg den dagen jeg var ferdig med turnus» forteller en, og sier at det var praktisk og trygt å velge seg tilbake dit, og samtidig befriende å slippe å lete etter en ny jobb.

Det er mange som har sagt at *bosted* var viktigere enn *arbeidsplass*. «Det er mange som bosetter seg på plasser der det er et visst tilbud. Men jeg tror de fleste kan finne seg noe de liker med de ulike delene av medisin, det er jo såpass spennende og variert, at de finner glede i de fleste fagene». Flere sa seg enige i dette og beskrev tilpasningsevnen til leger slik: «jeg tror det meste hadde blitt riktige valg sånn i utgangspunktet». Det handler altså om hvilke spesialiteter som er tilgjengelige der de ønsker å bo når de trenger en jobb.

Jeg spurte en spesialist om hva som skjedde dersom han hadde flyttet, og måtte ha jobbet på et sykehus der det ikke var stillinger tilgjengelig innen hans spesialisering. «Da ville jeg sikkert ha gitt en annen spesialitet en sjanse.»

«Det er mange ting som har vært aktuelle» fortalte en. En annen sa «jeg har skiftet mening i hvert fall én gang i halvåret». Hvilke jobber som er ledige akkurat i det tidspunktet legene ønsker seg jobb er av betydning. Å være arbeidsledig virker for de relativt nyutdannede legene å være uaktuelt. Et par stykker fortalte også at de begynte på nåværende avdeling fordi det var deres svakeste fag, og at de følgelig ønsket å styrke sin kunnskap ved å jobbe der en kortere periode. Men så trivdes de og har blitt værende.

To leger forklarte valget av sitt nåværende yrke slik: «Jeg søkte flere plasser, og fikk faktisk flere tilbud. Men jeg valgte de som ga meg jobb *først*.»

Legene som ble intervjuet utviste en stor iver etter å «endelig få jobbe» når de etter (i alle fall) seks år på skolebenken omsider var blitt leger. En stor grad av fleksibilitet i forhold til *hva* de ønsker å jobbe som var påfallende. En gjenganger var en utbredt faglig allsidighet i forhold til *hva* de kunne trivdes å jobbe med. Og at det handlet i stor grad om det legene selv beskriver som «en rekke tilfældigheter» og hvilke arbeidsmuligheter det var på det tidspunktet og det stedet de ønsket å jobbe.

Avslutningsvis oppsummeres dette godt av en av legene som kom med sin analyse av kollegaers valg: «Jeg tror mest at det er veldig *tilfældig*. Til syvende og sist så tror jeg at jeg kunne trivdes de aller fleste plasser. Og så det er litt sånn at grunnen til at jeg endte opp med min spesialisering og min jobb var at det var en ledig stilling på ganske kort varsel, og det passet, for jeg hadde lyst til å flytte hit. Så da gjorde jeg det. Og, hadde jeg fått en stilling på anesthesi så hadde jeg nok også syntes det var kjempespennende å drive med det. Hadde

jeg fått en stilling på kvinneklinikken eller på barn så hadde jeg nok tenkt 'ah, supert', det kunne jeg sett for meg; så jeg tror i alle fall for min del så er det mer en sånn at det er veldig mye som kunne vært kult. Jeg har altså ikke en sånn følelse av at jeg har 'valgt riktig' – jeg tror det meste hadde blitt *riktige valg* sånn i utgangspunktet. Så da, sånn sett, er det veldig greit da, for det er ikke så farlig. Hva man velger. Det blir stort sett bra uansett.»

6 Diskusjon

6.1 De viktigste funnene

70% av legene fikk rett i sine antakelser om hva de skulle bli da de var studenter (tabell 3). Dette funnet støttes opp av en studie fra Canada som viser at mer enn 75% av legene som ble uteksaminert søkte seg inn i en LIS-stilling som var ett av deres topp tre ønsker for spesialisering på begynnelsen av studiet. (28)

Opgaven vil videre forsøke å belyse hvilke faktorer (diskutert i resultater) det var som bidro til denne korrelasjonen. Videre vil det diskuteres hva som kan være forklaringen på at 30% av legene nå jobber som noe annet enn de trodde de skulle bli. Til slutt vil det komme anbefalinger om hva kunnskapen fra disse 132 medisinstudentene bør føre til.

6.2 Formålet med oppgaven

6.2.1 Faktorer som bidro til at 70-prosenterne *ble* det de trodde

Man er den man er.

For mange har det vært viktig å bruke tiden sin på fagområder og arbeidsplasser der de føler at de kan være seg selv. Mange faktorer under tilhørighet spilte inn her. Personligheten man har, eller hvilken identitet man ilegges av seg selv og andre, har for mange spilt inn. De fleste som oppga forbilder og som nevnte konkrete personer, snakket om lærere, leger og veiledere de hadde som student. Kanskje er det slik at dess tidligere man har positive erfaringer med veiledere og med kliniske praksisperioder, dess større innflytelse har de? Dersom praksisperiodene i tillegg varer over lengre tid, som nevnt i innledningen, er det ekstra utslagsgivende. (11) Er forklaringen at det bidrar til økt interesse som igjen gjør at vi søker oss erfaring, mestring og kontakter innen den spesialiteten?

I løpet av studiet har medisinstudentene som regel fått kjennskap til de fleste yrkene og fått inntrykk av hvordan arbeidsmiljøet, fellesskapet og kommunikasjonen er der. En ting som er påfallende er at mange av legene jeg har intervjuet har all praksiserfaring i hovedsak fra ett eller to steder. Det er dermed stor risiko for at de lar sine inntrykk fra der *de* har vært fullstendig representere det fagfeltet for dem. Dette kan selvfølgelig være med på å styre hva de senere oppsøker.

Kunnskaps- og erfaringsgrunnlag.

Innen tidspunktet spørreskjemaet ble utfylt har studentene hatt i alle fall fem år på universitetet, skrevet en masteroppgave, muligens jobbet flere måneder som lege med midlertidig lisens og innehar potensielt mange praksis- og arbeidserfaringer. Som studenter har vi innen denne tid kjent på *hva vi liker*, og erfart noe om hvilken *arbeidsmåte* som appellerer til oss.

For flere av legene var det viktig at jobben «gir mening rent faglig». Få velger å jobbe med ting de ikke føler at de kan, og motsatt: det man har kompetanse med ønsker man gjerne å ha en rolle innen.

På lik linje har det blitt trukket fram av mange at de aldri vurderte psykiatri som studenter eller at de følte at det var noe for dem. Dette ble forklart med at legene ikke følte de hadde hatt nok om emnet i løpet av studiet, og at de dermed manglet erfaring og den nødvendige forståelsen for å mestre jobben. De følte at de kunne gjøre mer nytte for seg andre plasser. Veldig mange ble i turnus enda sikrere på at de likte det fagfeltet de på femteåret kunne tenke seg. De fleste forteller om en «bratt læringskurve» og beskriver dette i positive ordelag. Dette fordi usikkerhetstoleransen, beslutningsevnen og kompetansen deres økte i takt, og dette forsterket ideene de hadde fra studiet om at gitt fagfelt ga dem trivsel. Mange fortalte også om hvordan turnus fungerte som en «eksklusjonsmetode» der de ble sikre på hva de ikke ville bli; og at forestillingene de hadde fra før ble bekreftet. De fant ut hva som fikk dem til å «blomstre»; hvilken arena de trivdes best på.

Hjem og jobb.

Vaktbelastning og arbeidstider var for mange en avgjørende karrierebestemmende faktor. De som tross aktivt familieliv med barn jobbet i vaktbelastede yrker, forklarte at det var gjennomførbart fordi de hadde en partner hjemme, eller at de hadde en høy toleranse for aksept av tid borte fra hjemmet, eller at ledelsen aktivt lyttet til deres behov og tilpasset arbeidstider så langt det lot seg gjøre.

Gjennomsnittsalderen i august for sjettedeårsstudentene var nærmere 27 år. Det tilsvarer omtrent tretti år når de er ferdig med turnus, dersom de får turnus rett etter endt eksamen. Mange har oppgitt at det på dette tidspunktet hadde vært viktig for dem å slå seg litt til ro, få stabilitet i livet, og at flere ønsket seg en familie.

Majoriteten av studentene var kvinner (67%). Gjennom utenlandske studier ser en at kvinner og menn generelt har de samme ønskene for spesialisering, men at kvinner oftere prioriterer en annerledes arbeidshverdag etter hvert, hyppig begrunnet i familiesituasjon. (23)

Tilgjengelighet og geografisk tilhørighet.

Det var viktig for mange av de intervjuede å bli værende, eller å bosette seg i nærheten av sitt eller partners hjemsted. Nær halvparten av alle legene som er intervjuet (46%) bor og jobber i Bodø, og 65% av legene har blitt værende i Nordland. 76% har blitt i Nord-Norge. Majoriteten av studentene som valgte seg til Bodøpakken oppga geografisk tilhørighet til Nordland (63% av MK06-12, 80% av MK06-08). Medisinstudentene virker å være sine røtter bevisst, og søker tilbake til dem. Dette særlig når røtter kombineres med hvor de har arbeidserfaring fra. (1)

Muligens kan grad av samsvar forklares gjennom det faktum at legene hadde et bestemt ønske om å jobbe på et lite sted eller på sitt hjemsted, og at de ved tidspunktet for spørreundersøkelsen hadde en idé om hvilke jobber som var tilgjengelige der. At de følgelig ikke skrev ned ønsker som for eksempel en karriere innen en nevrokirurgisk subspecialitet dersom de visste at de ville jobbe på et gitt lokalsykehus. Videre kan samsvaret til dels forklares gjennom kontakter fra der legene hadde sine arbeidserfaringer; at de så det som sannsynlig å få jobb nettopp der.

MK08 var det kullet med høyest grad samsvar (93%). Det er også det andre kullet med søknadsbasert turnus. Seks leger jobber som allmennmedisinere. Alle seks hadde sett det som sannsynlig da de var studenter. Det er også det kullet med størst andel leger som ikke jobber i Nord-Norge (43%) og med færrest som oppgir geografisk tilhørighet til Nordland (53%). Dette støtter opp om at geografisk tilhørighet virker å ha innflytelse for hvor man ønsker å jobbe.

Av alle som endte opp som allmennleger fra kullene MK06-MK08 hadde 86 % oppgitt det som sannsynlig på spørreskjemaet (tabell 3). Hvordan visste majoriteten av de som ble allmennmedisinere allerede *da* at de ville finne trivsel med det? Mange fortalte at de likte arbeidsmåten, at de ville følge opp mennesker, at de ikke ønsket å glemme fag de hadde lært seg og at de ville beholde en generalisert tankegang. Eller at de visste at de ønsket å jobbe på et spesifikt sted, og at allmennmedisin da var alternativet. Studentmassen ga inntrykk av å ha positive erfaringer fra allmennpraksis under femteåret, og at de siden hadde

vært positivt innstilt (55% av studentmassen MK06-MK12 så det som *sannsynlig* å bli allmennlege).

6.2.2 Faktorer som bidro til at 30-prosenterne *ikke* ble det de trodde

Blant de som jobber med noe annet enn det de skrev på spørreskjemaet kan dette forklares gjennom at studenter og leger blir i jobber der de trives og søker seg bort fra jobber der de ikke trives, samt deres fleksibilitet kombinert med hva som var tilgjengelig på arbeidsmarkedet da de ønsket jobb.

Jobben levde ikke opp til forventninger og behov.

Mangel på kommunikasjon og disharmonisk samspill var hovedgrunnene til at legene ikke følte tilhørighet, og dermed opplevde mindre trivsel. Mange beskriver også hvordan mestringsfølelsen og følelsen av kompetanse direkte svant hen av mangelfull eller negativ kommunikasjon med bakvakt eller andre på avdelingen. For andre ble tempoet for høyt (eller for lavt) til at de følte trivsel.

Følelse av riktig tidsbruk var viktig for de fleste. For flere av de som hadde, eller var i ferd med å stifte, familie, ble vakter en avskrekkende faktor. Totalbelastningen ble for stor og følelsen av ikke å strekke til eller å gå på akkord med seg selv, gjorde at de valgte å prøve noe annet.

Kanskje ville dette kunne bedre seg dersom det ble satt økt fokus på kommunikativ atferd og arbeidsmiljø blant legene? Bevisstgjøre om hvilke holdninger som skaper økte resultater både for ansatte og pasienter? (29) Kanskje ligger svaret også i å få ned opplevd stress og arbeidsbyrde, slik at det blir mer tid til den kaffekoppen på morgenen, eller en lunsjpause i ny og ne sammen, slik at legene kan bli bedre kjent med hverandre på et personlig nivå og at terskelen for kommunikasjon blir lavere og mer tilpasset individuelle behov.

Videre var det viktig med god kommunikasjon med ledelsen. Det var positivt at ledelsen uttrykte forståelse og interesse for det som foregår på avdelingen. At ledelse var lydhør og tilpasset arbeidstider var avgjørende for flere som gikk i vaktbelastede yrker, eller hadde særskilte behov.

Legene har snakket mye om turnusopplevelsen: Det var noe helt annet å stå med en leges ansvar enn det var å jobbe på sykehuset eller være i praksis som medisinstudent. Alle har snakket om at det var en bratt læringskurve, men de som kom *styrket* ut av det, hadde

opplevd en større grad av tilhørighet, kompetanse og autonomi enn de som ble avskrekket. De hadde opplevd å bli tatt bedre i mot og fått stor nok støtte, noe som hadde medført mestring.

Medisinstudenter har også i flere studier, i likhet med denne, uttrykt bekymring ovenfor den raskt økende mengden medisinsk kunnskap som er påkrevd, og betydningen dette har for yrkeshverdagen. (13)

Noe som også ble tatt opp, var at legene opplevde en endring i egne prioriteringer. Dette kan forklares både gjennom at mange har stiftet familie, men også av at grad av spenning reduseres etter hvert som årene går. Medisinstudenter higer ofte etter å være med på inngrep og prosedyrer, og synes det meste er svært interessant. Denne entusiasmen virker å dabbe av med tiden. Å prioritere fritid, hobbyer, engasjement og familie blir viktigere. Legelivet oppfyller ikke nødvendigvis lenger deres behov for trivsel.

Trivsel på ny arena.

Flere forteller også at de havnet på en avdeling de ikke hadde sett for seg å jobbe på i løpet av turnustiden eller mens de ventet på turnus, og at de positive erfaringene derfra gjorde at de ønsket seg tilbake dit. MK06 var det siste kullet som hadde trekningsbasert turnus, mens fra og med MK07 har søknadsbasert turnus vært regelen.

Flere av legene på MK07 måtte vente på turnus, og jobbet i denne tiden som leger. Flere fikk da positive opplevelser med jobber de ikke nødvendigvis hadde så stor tilhørighet til eller kompetanse innen på forhånd.

Grunner til at de trivdes var at arbeidsmiljøet der de jobbet var svært godt og at terskelen for å be om hjelp var lav. Sikkerhetsnettene var på plass, og legene erfarte såpass stor mestring og trivsel at de ønsket seg tilbake igjen etter turnus. De følte at de gjorde nytte for seg. De fikk også bekjentskaper og kontakter. Noen opplevde at internundervisningen og veiledningen var så god at spenningen og interessen for faget ble mye høyere enn de kunne tenke seg på forhånd. Andre erfarte at å slippe å gå i vakt var viktigere enn de hadde trodd for egen trivsel.

Mange fortalte også om at de hadde fått et feilaktig inntrykk av avdelingen eller jobben i løpet av studietiden, eller at de egentlig ikke hadde rukket å forme seg noen formening om hva det egentlig innebar, og at de dermed ikke en gang hadde vurdert jobben.

Interessant nok var det ingen av legene som nevnte «prestisje» som faktor på tross av at internasjonale studier ofte vektlegger prestisje stor betydning. Studier har også vist at prestisje er noe studenter er opptatt av i større grad enn leger (17). Prestisje beror på status og anseelse. Kanskje er årsaken at en relativt generalisert utdanning, med mye integrert klinikk, samt en bred erfaring fra turnus med på å fjerne stigmatisering og behov for prestisje? At man skjønner mer om hva som kreves innen de forskjellige yrkene? En annen forklaring kan være at prestisje ikke er like viktig i Norge som i for eksempel USA og Storbritannia, som tradisjonelt sett har større klasseskiller enn Norge. En tredje forklaring kan være at samfunnet er i endring: at et liv uten frakk og en beskyttet fritid er høyere verdsatt enn legenes medisinske tittel. (20, 21)

Arbeidsvilje, arbeid tilgjengelig og bosted.

Arbeidsviljen til de nyutdannede legene var påfallende stor. Det er kanskje ikke rart etter all den tid de har tilbrakt på skolebenken. Svært mange fortalte at de sikkert kunne trives med det meste.

For majoriteten som ble intervjuet var det viktigere *hvor* de jobbet, enn akkurat *hva* de jobbet med. Som nevnt var MK07 det første kullet med søknadsbasert turnus: 79% av kullet var fra Nordland, 79% jobber nå i Nordland (to tilflytter, to fraflyttere). Å slippe å flytte igjen var viktig for mange. Å se på hvordan søknadsbasert turnus påvirker geografisk utspreidelse og hvilke jobber leger tar i etterkant vil være interessant.

Kanskje vil søknadsbasert turnus være med på å forsterke at folk søker seg hjemover? Eller forsterke ideene man har fra studiet om hvor man trives best; at flere vil søke seg dit de føler de hadde størst kompetanse og tilhørighet under studietiden?

Uansett, legene oppgir at utdannelsen fra studiet og turnustjenesten hadde gitt dem en bred kompetanse, og at de følte at de, i alle fall for en gitt periode, kunne funnet det interessant og givende å jobbe nesten hvor som helst.

Allmennedisin.

Majoriteten av de som ble allmennleger hadde forutsett dette som sannsynlig. Likevel: hele 58% av de som så det som sannsynlig å bli allmennleger ble *ikke* allmennleger. Årsakene var arbeidsbyrden, den økonomiske risikoen og følelsen av å være alene. Forskjellen mellom hva vi har lært, og hva som faktisk kreves ble for stor. Videre snakket flere om det Eide Isaksen

her beskriver: «Fra første dag er man presset til å se så mange pasienter som mulig i løpet av dagen, både på grunn av stor etterspørsel og fordi høye driftskostnader løper, og fordi det ikke finnes økonomiske tilpasninger til allmennleger i spesialisering (ALIS).» (33)

Flere nevnte at de følte at fokuset til UiT var å utdanne oss som sykehusspesialister, og også at de tette båndene Bodøpakken knyttet opp mot sykehuset gjorde at det var vanskelig å se for seg noe annet.

En artikkel som har utforsket denne utfordringen har diskutert: «Kanskje er universitetene blitt mindre bevisst på å forberede studentene til jobb i allmennpraksis?

Dette kan få den følge at studentene føler seg mindre skikket til å arbeide i primærhelsetjenesten, en jobb som stiller store krav til selvstendighet, med høy vaktbelastning og mye uegennyttig arbeid. Dette kommer i tillegg til generelt stort ansvar og faglig isolasjon, som imidlertid hovedsakelig er en beskrivelse av situasjonen i distriktene, der rekrutteringsproblemene også er størst” (5)

Mange har fortalt at å jobbe generalisert var en utfordring. Å møte folk uselektert, og at det var så mange «friske folk» var for mange negativt. Et par leger sa også at det å skulle kunne så mye om så mangt, var stressende. Studier har vist at studenter har uttrykt bekymring for at bredden på, og mengden av, kunnskap som er påkrevd for å jobbe som generalist, gjør at de ikke føler stor nok mestring og kompetanse. Og at de derfor heller velger seg smalere subspesialiteter. (13)

6.3 Nord-Norge som del av den globale verden

Da jeg fant ut at hovedfaktoren som styrte legene, bevisst eller ubevisst, bunnet ut i trivsel ble jeg svært overrasket. Alle valg som til slutt ender i karrierevalg tas på bakgrunn av grad av trivsel – satt sammen av tilhørighet, kompetanse og autonomi. Deretter ble jeg overrasket over min egen overraskelse. Hvorfor skal det være annerledes for leger enn for andre folk?

Deler av overraskelsen kan begrunnes i at *ingen* av artiklene jeg har lest de siste to årene adresserte trivsel som hverken hovedårsak til eller drivkraft bak legers valg av spesialisering. Kanskje er språk- og kulturforskjeller deler av forklaringen. Kanskje er det farget av forskernes bakgrunn og forståelse for populasjonen.

Den eneste artikkelen jeg fant som sa noe som i det hele tatt ligner på det denne oppgaven konkluderer med, er en artikkel fra Storbritannia som sier at «entusiasme og dedikasjon»

hadde stor innflytelse på valg av spesialisering. (7) Kanskje er dette britenes måte å omtale trivsel på?

Jeg ble gjort oppmerksom på Self Determination Theory (SDT) av veilederen min etter at jeg hadde kommet fram til mine konklusjoner. Den beror i korte trekk på at når tre grunnleggende psykologiske behov er tilfredsstilt er vi motiverte og fornøyde med en gitt situasjon. Disse tre behovene er selvbestemmelse, kompetanse, og tilhørighet. (34) Ryan og Decis SDT er altså påfallende samsvarende med det jeg fant i mine kvalitative resultater ved hjelp av Malteruds STC. Og, slik jeg tolker det, vil du ved å tilpasse til individuelle behov og ønsker innen de forskjellige kategoriene oppnå nettopp *trivsel*.

Selv om trivsel ikke har blitt adressert (enda) i internasjonale studier, er de fleste andre faktorene gjenkjennbare. Arbeidsmiljø, kommunikasjon og tilhørighet er viktig for legene som er utdannet i nord, slik det er viktig for legene i resten av verden. Kanskje henger betydningen av tilhørighet, og derunder arbeidskultur, sammen med den økte andelen kvinner, slik Isaksson Rø argumenterer. (29) Kliniske praksisperioder og rollemodeller har også stor innflytelse. (2, 8) At ferdigutdannede leger tenderer til å bosette seg der de er fra, eller der de utdannet seg, er også tilfelle i denne oppgaven. (1, 3)

Arbeidstider og vaktbelastning er av betydning; den nye generasjonen leger ønsker ikke «å bo på sykehuset eller på legekantoret». De har lignende krav som kollegaer fra andre vestlige land: Tid til fritid, familie og venner. (20, 21)

Å ha det bra, å være fornøyd, å være motivert – det er det som driver oss. Trivsel med livssituasjon opp mot arbeidssituasjon. At man føler man blir utfordret og er i utvikling, samtidig som man føler seg trygg og kompetent; og at lønnen er verdt strevet. At man får utgjort en forskjell for folk og gitt av seg selv på en måte man kan være tilfreds med. At man blir sett, og at man kan være seg selv. At man får bestemme nok om sin egen arbeidshverdag og arbeidssituasjon.

Slik spiller autonomi, kompetanse og tilhørighet inn; samspillet mellom dem danner grad av trivsel.

6.4 Styrker og svakheter med oppgaven

Oppgaven har en høy svarprosent både på spørreskjemaene (95%) og på de kvalitative intervjuene (85%). Legene ble intervjuet på et tidspunkt de selv hadde valgt, og snakket i gjennomsnitt mer enn ti minutter lengre enn avtalt på forhånd, noe som også må sies å være

en styrke. Antallet kvalitative intervjuer er høyt, gitt rammene til oppgaven. Mitt perspektiv og mine personlige erfaringer har unektelig farget innsamlingen av, og arbeidet med, kvalitative data, men metodologien er grundig forklart og etterfulgt, og alle intervjuene er tatt opp og transkribert. Spørreskjemaets design er ikke ideelt med tanke på innhenting av god kvantitativ informasjon, men alle avgjørelser tatt i forbindelse med dette er nøye forklart (vedlegg 6). Dette er den første studien som er gjort på Bodøpakke-studentene. Det er usikkert om Bodøkullene er representative for UiT og resten av Norge, og dette gjør at funn ikke kan ekstrapoleres. De kvantitative dataene er ikke store nok til å trekke konklusjoner.

6.5 Mulige implikasjoner av funn

Oppgaven viser at trivsel er viktig, og på hvilke måter man kan øke trivsel og slik sikre rekruttering. Ved å bevisstgjøre både studenter, veiledende leger og universitet, kan undervisning og klinikk tilpasses. Kommunikasjon kan forbedres, sikkerhetsnett etableres og arbeidsmiljø videreutvikles. Ukultur kan bli til kultur.

Dersom det er behov for flere allmennleger, og særlig i distriktene, kan man forberede studentene og legene i større grad på hva som faktisk venter og kreves. Ved å tilby kompetanse innen fagfelt og praktiske utfordringer de føler seg svake på, øke usikkerhetstoleranse og styrke generalisert tankegang rundt problemløsninger, vil flere kunne føle seg kompetente.

For å øke rekruttering til allmennmedisin, kunne det vært interessant å gi legene en følelse av at de står mindre alene. Dette gjennom instanser som ivaretar legenes behov for økonomisk, organisatorisk og kollegial assistanse. Ved å øke antall kommunale stillinger ytrer mange leger at deres interesse for å jobbe med allmennmedisin ville økt. Dersom det også var flere som jobbet som allmennleger, ville det mange oppleve som en «byrde» (for mange pasienter, for store og mange krav fra kommune, stat og spesialisthelsetjeneste) vært mer overkommelig da flere hadde kunne jobbet sammen om oppgavene.

Gjennom å sørge for mer kunnskap og innsikt i fag legene oppgir at «ikke gir mening» kan man også øke rekruttering. Her er det i hovedsak snakk om psykiatri, samt en del parakliniske fag flere oppgir å ha manglende innsikt i og erfaring med.

En annen mulighet er å øke autonomi og tilhørighet som kompensasjon for eventuelt manglende følelse av kompetanse. Dette kan gjøres ved å tilby lavere vaktbelastning, mer

fleksible arbeidstider, mindre papirarbeid, styrke arbeidsmiljø og sikre kursing og tilgjengelighet hos veiledere i de yrkene der det mangler spesialister. (17)

Ved å fasilitere for balanse mellom nok tilhørighet, nok kompetanse og nok autonomi vil man sikre trivsel og videre legge til rette for å rekruttere leger til de aller fleste jobber.

7 Konklusjon

7.1 I hvor stor grad greier 6. årsstudenter å forutsi hva de skal jobbe som, og hvorfor?

70% av medisinstudentene evner å forutsi hva de skal jobbe som. Hovedårsaker til dette er at de gjennom sin identitet og erfaring allerede på sjetteåret har opplevd tilhørighet og kompetanse som er koherent med arbeidslivets realiteter, både i turnus og senere. De opplever en grad av autonomi de er komfortable med, og får dette til å passe godt sammen med livet uten frakk. Slik blir det trivsel av.

30% av legene ble noe annet enn de trodde de skulle bli som student. Én forklaring er at jobben ikke levde opp til forventninger – gjennom for liten tilhørighet, manglende kompetanse, feil grad av autonomi eller at vaktbelastning ble for stor i forhold til personlige behov. Andre forklaringer er at legene fant trivsel på en uventet arena, eller at det som passet dem best totalt sett i forhold til hva som var tilgjengelig av jobber og livssituasjonen deres i øyeblikket var noe annet enn de på forhånd hadde sett for seg. Trivsel er gjeninnført.

7.2 Viktigste funn

Trivsel er viktigst. Det er individuelt hva som gir størst (eller tilstrekkelig) trivsel for legene, men det beror på en individuell balanse mellom faktorene tilhørighet, kompetanse og autonomi.

Det stilles økte krav fra den nye generasjonens leger i forhold til tidligere, både globalt og nasjonalt, til tid og rom for et liv utenfor sykehus og legekontor. Lokal forankring gjennom hvor studentene kommer fra og hvor de får undervisning- og praksiserfaring er fortsatt viktig.

Ved å øke kompetanse innen fagfelt, styrke tilhørighet på jobb, sikre en grad av autonomi som legen trives med vil man tiltrekke seg leger der det trengs jobber, samt øke trivsel.

7.3 Hvor vi står, og veien videre

Oppgaven gir økt forståelse for hva som driver legene utdannet ved UiT og i Bodø, men det er ingen grunn til å stoppe der. Denne kunnskapen bør brukes til å utarbeide videre forskning på området. Dette kan gjøres gjennom å følge opp de resterende kullene som ikke enda har blitt intervjuet. Det kan og også gjøres ved å utarbeide et spørreskjema som skal nå

alle medisinstudenter ved UiT, eventuelt også alle medisinstudenter nasjonalt. Faktorer som driver oss er identifisert, og det vil være verdifullt å se hvor mye disse spiller inn, og hvordan prioriteringene våre eventuelt endrer seg i løpet av forskjellige faser i livet.

Studien kommer med observasjoner som kan bidra til økt rekruttering til jobber med skrikende behov eller med synkende oppslutning. Den gir oss verdifull kunnskap om en stor yrkesgruppe som både har fundamentale behov og tilsynelatende annerledes krav enn den eldre legegenerasjonen. De prioriterer trivsel også fra arenaer utenfor det rent medisinskfaglige. Ved å styrke legenes individuelle følelse av tilhørighet, kompetanse og autonomi vil man øke trivselen til legene, og dette vil potensielt ha direkte positive ringvirkninger for pasienter, kollegaer i helsevesenet og samfunnet som helhet.

8 Referanser

1. Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979-2012. *Med Teach*. 2015;37(12):1078-82.
2. Nordy A. TROMSØ: LESSONS FROM A NEW CURRICULUM. *The Lancet*. 1985;326(8453):485-7.
3. Gaski M, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Aasland OG. Does the University of Tromsø - The Arctic University of Norway educate doctors to work in rural communities? *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2017;137(14-15).
4. Helberg NG, Hasvold T. [Career plans for medical students at the University of Tromsø]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2006;126(16):2126-8.
5. Alexandersen O, Jorgensen E, Osteras J, Hasvold T. [Medical education in Tromsø-- does it secure recruitment of physicians to the northern parts of Norway?]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2004;124(16):2107-9.
6. Patel MS, Katz JT, Volpp KG. Match rates into higher-income, controllable lifestyle specialties for students from highly ranked, research-based medical schools compared with other applicants. *J Grad Med Educ*. 2010;2(3):360-5.
7. Lambert TW, Goldacre MJ, Edwards C, Parkhouse J. Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980, and 1983. *BMJ*. 1996;313(7048):19-24.
8. Nicholson S, Hastings AM, McKinley RK. Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study. *Br J Gen Pract*. 2016;66(651):e768-75.
9. Hauer KE, Durning SJ, Kernan WN, Fagan MJ, Mintz M, O'Sullivan PS, et al. Factors associated with medical students' career choices regarding internal medicine. *JAMA*. 2008;300(10):1154-64.
10. Manassis K, Katz M, Lofchy J, Wiesenthal S. Choosing a career in psychiatry: influential factors within a medical school program. *Acad Psychiatry*. 2006;30(4):325-9.
11. Stagg P, Prideaux D, Greenhill J, Sweet L. Are medical students influenced by preceptors in making career choices, and if so how? A systematic review. *Rural and remote health*. 2012;12:1832.

12. Griffith CH, 3rd, Georgesen JC, Wilson JF. Specialty choices of students who actually have choices: the influence of excellent clinical teachers. *Acad Med.* 2000;75(3):278-82.
13. Mutha S, Takayama JI, O'Neil EH. Insights into medical students' career choices based on third- and fourth-year students' focus-group discussions. *Acad Med.* 1997;72(7):635-40.
14. Sanfey HA, Saalwachter-Schulman AR, Nyhof-Young JM, Eidelson B, Mann BD. Influences on medical student career choice: gender or generation? *Arch Surg.* 2006;141(11):1086-94; discussion 94.
15. Kolstad E, Salomon-Johannessen EE, Owe JF, Gilhus NE. [Does the mandatory special assignment in the medical education have an impact on future career choices?]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke.* 2017;137(14-15).
16. Osborn HA, Glicksman JT, Brandt MG, Doyle PC, Fung K. Primary care specialty career choice among Canadian medical students: Understanding the factors that influence their decisions. *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* 2017;63(2):e107-e13.
17. Aasland OG, Rovik JO, Wiers-Jenssen J. [Motives for choice of specialty during and after medical school]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke.* 2008;128(16):1833-7.
18. Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus PI. Trends in the work hours of physicians in the United States. *JAMA.* 2010;303(8):747-53.
19. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA.* 2003;290(9):1173-8.
20. Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2001;16(10):675-84.
21. Kim YY, Kim UN, Kim YS, Lee JS. Factors associated with the specialty choice of Korean medical students: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health.* 2016;14(1):45.
22. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med.* 2003;57(7):1327-41.
23. Gjerberg E. Medical women -- towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Soc Sci Med.* 2001;52(3):331-43.
24. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences--and gender differences in final specialisation. *Soc Sci Med.* 2002;54(4):591-605.

25. Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, et al. Gender difference in preference of specialty as a career choice among Japanese medical students. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):288.
26. Diderichsen S, Johansson EE, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ.* 2013;13:39.
27. Blatny M, Millova K, Jelinek M, Osecka T. Personality predictors of successful development: toddler temperament and adolescent personality traits predict well-being and career stability in middle adulthood. *PLoS One.* 2015;10(4):e0126032.
28. Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F. Stability of medical student career interest: a prospective study. *Acad Med.* 2012;87(9):1260-7.
29. Ro KI. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke.* 2018;138(4).
30. Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, Jacob SK, Schmidt JL, Witzke D. Does exposure to gender discrimination and sexual harassment impact medical students' specialty choices and residency program selections? *Acad Med.* 1996;71(10 Suppl):S22-4.
31. Kvale S BS, Anderssen T. *Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave ed: Gyldendal akademisk; 2009.*
32. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795-805.
33. Isaksen CE. [Dear general practice, I'm breaking up!]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke.* 2017;137(9):637-9.
34. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78.

9 Tabeller

Tabell 1: Demografisk oversikt over studentene, samt studentenes oppgitte sannsynlighet for å bli allmennpraktikere.

	MK06	MK07	MK08	MK09	MK10	MK11	MK12	Totalt
Studenter	16	24	15	20	20	17	20	132
Svar, spørreskjema	15 (94%)	24 (100%)	15 (100%)	19 (95%)	17 (85%)	17 (100%)	19 (95%)	126 (95%)
Menn	7 (47%)	9 (38%)	5 (33%)	6 (32%)	4 (24%)	6 (35%)	4 (21%)	41 (33%)
Kvinner	8 (53%)	15 (64%)	10 (67%)	13 (68%)	13 (77%)	11 (65%)	15 (79%)	85 (67%)
Alder, gj.snitt	26,9	26,5	27,4	27,1	26,6	26,2	27,3	26,9
Aldersspenn	24-32	24-31	23-33	24-35	23-31	23-32	24-41	34-41
Fra Nordland	10 (67%)	19 (79%)	8 (53%)	8 (42%)	11 (65%)	12 (71%)	12 (63%)	80 (63%)
Gj.snitt ssh. for AP	38 %	52 %	47 %	57 %	43 %	42 %	39 %	46 %
Sannsynlig å bli AP*	7 (47%)	13 (63%)	9 (60%)	15 (79%)	8 (47%)	7 (41%)	8 (42%)	69 (55%)

Forklaring tabell 1: «AP» betyr allmennpraktiker. «Ssh» står for sannsynlighet.

*Sannsynlig å bli AP er antall som hadde oppgitt det som sannsynlig (50% sannsynlig eller mer) å bli allmennpraktiker. Data hentet fra spørreskjemaet.

Tabell 2: Hyppigst forekommende ønsker om spesialisering hos sjettedeårsstudentene.

Spesialisering	MK06	MK07	MK08	MK09	MK10	MK11	MK12	Totalt	
Indremedisin	9	26	13	18	14	15	12	107	30 %
Allmenmed	9	18	7	13	13	9	9	78	22 %
Kirurgi	8	6	8	4	9	10	8	53	15 %
Anestesi	4	4	2	5	5	7	7	34	10 %
Gyn/obs	3	3	3	4	1	3	8	25	7 %
Pediatri	3	3	3	4	1	4	7	25	7 %
Psykatri	2	3	3	1	2		1	12	3 %
Lab/paraklin	1	1	2		1	1	1	7	2 %
Øye	1	1		1	2		1	6	2 %
ØNH	2	1					1	4	1 %
Studenter	15	24	15	19	17	17	19	126	
Ganger nevnt	42	66	41	50	48	49	55	351	

Forklaring til tabell 2: Alle studentene kunne oppgi tre svar på «hva vil du bli». Ikke alle valgte å oppgi riktig så mange; ganger nevnt gir uttrykk for dette. Data hentet fra spørreskjemaet.

Tabell 3: Deltakelse på oppfølgingsstudien, allmennmedisinske regnestykker, grad av samsvar og hvor i landet legene jobber.

	MK06	MK07	MK08	Totalt
Studenter på kull	15	24	15	54
Svar oppfølging	13 (87%)	19 (79%)	14 (93%)	46 (85%)
Sannsynlig å bli AP da*	6 (46%)	15 (84%)	9 (60%)	30 (55%)
Jobber i AP nå	1 (7%)	7 (37%)	6 (43%)	14 (30%)
Jobber som AP nå og så det som sannsynlig da	0 (0%)	6 (86%)	6 (100%)	12 (86%)
Jobber ikke som AP nå, men så det sannsynlig da	7 (100%)	8 (53%)	3 (33%)	18 (58%)
Så det sannsynlig å bli AP da, og jobber som det nå	0 (0%)	7 (47%)	6 (67%)	13 (43%)
Jobber nå som det de ønsket da	9 (69%)	10 (53%)	13 (93%)	32 (70%)
Jobber nå i Bodø	7 (54%)	10 (53%)	4 (29%)	21 (46%)
Jobber nå i Nordland	9 (69%)	15 (79%)	6 (43%)	30 (65%)
Jobber nå i Nord-Norge	11 (85%)	16 (84%)	8 (57%)	35 (76%)

Forklaring til tabell 3: «Da» refererer til hva de svarte på spørreskjemaet som studenter, «nå» refererer til hva de jobbet som da de ble intervjuet i forbindelse med oppfølgingsstudien. *=Sannsynlig å bli AP da er antall som hadde oppgitt det som sannsynlig (50% sannsynlig eller mer) å bli allmennpraktiker på spørreskjemaet.

10 Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjemaet.

Et lite spørreskjema (uformelt, uanonymisert og høyst frivillig)

Navn: _____ Fra: _____ Alder: _____

Kan du si noe om hvorfor du valgte å studere 6. året i Bodø? (bruk baksiden om nødvendig)

Hvis du fikk velge; hvor ønsker du turnustjeneste? (Gjerne spesifiser)

Universitetssykehus ____ Mellomstort sykehus ____ Småsykehus ____

Hvis du fikk velge; hvor ønsker du turnustjeneste i distrikt? (Gjerne spesifiser)

Stor by ____ Mellomstor by/tettsted (10-50000) ____ Distriktskommune ____

Hva vil du bli når du bli stor?

(hvilke spesialiteter har du tenkt på?)

1. _____

2. _____

3. _____

Kan du si litt om hvorfor?

(gjern bruk baksiden)

Hvor stor er sannsynligheten for at du kommer til å bli allmennlege? (0-100%) _____

Hvor stor er sannsynligheten for at du kommer til å bosette deg i en småkommune (<10 000 innbyggere)

(0-100%) _____

Hva er de største styrkene ved medisinstudiet i Tromsø?

1. _____

2. _____

3. _____

Er det eventuelle svakheter ved studiemodellen i Tromsø?

1. _____

2. _____

3. _____

Kan du si litt om hvorfor du ville/vil bli lege?

(gjern bruk baksiden)

Er det greit at jeg kontakter deg i fremtiden og evt presenterer et nytt spørreskjema?

Ja: __ Nei: __ I så fall; Mailadr: _____ Telefon: _____

Vedlegg 2: Intervjuguiden

Intervjuguiden:

Introduser intervjuet med en briefing: Definer situasjonen for intervjupersonen: fortell om formålet, hva lydopptaket skal brukes til, spør om intervjupersonen har noen spørsmål før vi begynner.

(Fet skrift er de viktigste spørsmålene, alt annet er som hjelp. Åpne spørsmål, oppfølgingsspørsmål. FS = forskningsspørsmål.)

- **Hva jobber du med i dag?** FS: *Hvilken utdanning har studenten oppnådd?*
- Hva er grunnene til det?/**hvorfor det?**/hva var drivkrafta di? FS: *Hva var årsakene?*
- Hvor hadde du **turnus?** /**femteårspraksis?** (Hadde alle femteåret i Bodø?)
- **Jobber** ved siden av studiene? Midlertidig lisens? Forskning?
- Hvilke faktorer var viktige for deg/var mest utslagsgivende/påvirket deg i valgene som har gjort at du er der du er i dag?/**hva var viktig for deg da du skulle velge veien videre** etter endt medisinstudium? Hvorfor?
- "**Bor du sammen med noen** eller... bor du alene?" (familiesituasjon, partner med vaktbelasta yrke, barn, etc)
- **Husker du** hva du trodde du kom til å bli på begynnelsen av sjetteåret? (forteller dem hva de sa) Hva tenker du om det? Snakke om sannsynligheten for å bli allmennlege.
- Dersom du **skulle valgt spesialisering igjen** i dag, hva velger du da?
- Vi begynner å nærme oss slutten. Hva ønsker du å **spørre meg** om? Noe mer du kommer på at du ønsker å si? Noe du vil gjenta? Debrief: Gi en liten oppsummering av det jeg har oppfattet som budskapet til personen jeg har intervjuet, og så har kanskje hen lyst til å gi en *tilbakemelding* på det jeg har oppsummert. Bare ta kontakt dersom det skulle være noe; takk for tiden din.

Vedlegg 3: SMS til MK06 og MK07

Hei (navn)! Jeg er en femteårsstudent som skriver oppgave om i hvilken grad medisinstudenter greier å forutsi hva de blir å jobbe som. For noen år siden svarte du på Eirik Ofstads spørreskjema på vei ut til Steigen, som blant annet spurte om "hva du vil bli når du blir stor". Jeg ønsker å ta en liten prat med deg for å høre hvor du jobber nå, og hva som har gjort at du har valgt nettopp din vei. Passer det at jeg ringer? I så fall, når? Det hadde vært til stor hjelp! Beste hilsen, Åsa Langen Westlie, MK13

Vedlegg 4: SMS til MK08

Hei (navn)!

Jeg er en femteårsstudent som skriver oppgave om i hvilken grad medisinstudenter greier å forutsi hva de blir å jobbe som. For endel år siden svarte du på Eirik Ofstads spørreskjema på vei ut til Steigen, som blant annet spurte om "hva du vil bli når du blir stor". Jeg lurer i denne omgang på følgende:

- 1) Innen hvilket (medisinsk) fagfelt jobber du/hva jobber du som i dag?
- 2) I hvilken by/tettsted jobber du?

Det hadde vært til stor hjelp om du har mulighet til å svare på sms'en. Ikke nøl med å ta kontakt med meg dersom du har spørsmål.

Beste hilsen, Åsa Langen Westlie, MK13

Vedlegg 5: Utdypende kommentarer om spesialiseringskategoriene

Spesialitet nr. 2 inkluderer bl.a. radiologi, genetikk, immunologi, arbeidsmedisin, medisinsk biokjemi.

Spesialitet nr. 3 inkluderer bl.a. onkologi, revmatologi, hematologi, infeksjonsmedisin, nevrologi, fysikalskmedisinsk rehabilitering, geriatri, samt hud, og alle klassiske indremedisinske subspecialiseringer. Onkologi og revmatologi er inkludert her fordi de regnes som indremedisinske fag ved eksamen ved UiT. Nevrologi, FMR og hud er med her fordi de ofte er en del av indremedisinske avdelinger.

Spesialitet nr. 4 inkluderer alle kirurgiske subspecialiteter samt ortopedi.

Spesialitet nr. 10 inkluderer både voksenpsykiatri og barnepsykiatri.

Vedlegg 6: Utdypende forklaring og loggføring av statistiske avgjørelser

Ark 1, kode **601**: har flere valg på hvert felt. Har da valgt de tre første.

601 har skrevet 1. Kirurgi, 2. Hematologi/immunologi, 3. Kardiologi, nevrologi, radiologi. Har da satt 1. Kirurgi, 2. Hematologi, 3. Immunologi.

Ark 1, kode **608**: På 3. valg har vedkommende skrevet «BUP eller genetiker». Jeg skriver ned det første personen har skrevet, jamfør kode 601. BUP blir stående.

Ark 1, kode **609**: På sannsynlighet for å bli allmennlege og for å bosette seg i småkommune har personen svart <10% på begge. Jeg har valgt å skrive dette som 10%. Vurderte å gjøre om til 9, siden det er under 10, men det vil også bli feil. Alle <, >, ca, omtrent, og lignende vil bli gjort om til det hele tallet de er skrevet inn med.

Ark 1, kode **613**: Personen har på førstevalg skrevet «akuttmedisin/anestesi». Jeg har valgt å kode dette som «anestesi» da det er underforstått at denne spesialiseringen i Norge inkluderer begge.

Ark 1: Der jeg har skrevet "gyn" er det flere som har skrevet gyn/obs, men jeg fører alt som gyn og så er det underforstått at det er gyn/obs.

Ark 2, kode **704**: Tredjevalg: urolog/gynekolog. Da noterer jeg urolog, siden det i likhet med eksemplene over står skrevet først.

Ark 2, kode **711**: Personen har ikke oppgitt alder i tall, men hen er født i 1987.

Undersøkelsen er gjort høst 2012, og jeg antar da at personen har hatt bursdag innen spørreundersøkelsesdatoen og har fylt 25 år.

Ark 2, kode **713**: Sannsynlighet for å bosette seg i småkommune oppgitt som 0-10%. I likhet med over velger jeg middelveiden og skriver 5%.

Ark 2, kode **718**: Personen har skrevet 1. Allmenn, 2. Onkologi, hematologi, 3. Gyn/obs. Jeg skriver i likhet med over: 1. Allmenn 2. onkologi 3. Hematologi

Ark 2: Grått felt betyr at de ikke hadde ført inn alternativ for det valget. Dette gjelder videre.

Ark 2, kode **724**: Personen har ikke oppgitt hvilken størrelse hen ønsker å ha praksis på, derfor har jeg regnet ut gjennomsnittet uten denne personen; altså delt det på 23, ikke 24.

Ark 3, kode **801**: 1. Ortopedi, Idrettsmedisin, 2. Allmenn, 3. Gyn. Så jeg skriver 1. Ortopedi, 2. Allmenn, 3. Gyn, da ortopedi og idrettsmedisin ofte er synonymt.

Ark 3, kode **813**: hadde ikke listet ønsker, men skrevet 50% på allmenn. Vedkommende jobber som allmennlege, og dette medregnes som samsvar.

Ark 4, kode **901**: personen har oppgitt at valgene er i ikke-prioritert rekkefølge, men jeg har valgt å føre opp de tre første som valg 1, 2 og 3 i den rekkefølgen de står.

Ark 4, kode **908**: Personen har oppgitt 1. valg "en snill/flink lege og litt bonde", 2. Anestesi, 3. Kirurgi, 4. Allmennlege, dermed fører jeg det opp som 1. Anestesi 2. Kirurgi 3. Allmennlege

Ark 4, kode **909**: Personen har oppgitt på sannsynlighet for å bli allmennlege "80% i noen år, 10% resten av livet". Jeg gjør som tidligere, finner middelveidien, og skriver 45%.

Kommentar: De fleste av de som skriver «psykiatri» (alle unntatt et par) spesifiserer BUP, eller «for de yngre generasjoner».

Ark 5, kode **1004**: Personen har tilsynelatende glemt å føre opp sannsynlighet for å bli allmennlege, men har det som førstevalg på lista si: I samråd med Ofstad lar jeg den stå tom.

Ark 5, gjennomsnitt av sannsynlighet for allmennlege blir da 16 verdier delt på 16 personer siden jeg ikke har verdien for **1004**. Ville sannsynligvis trukket snittet opp...

Ark 5, kode **1010**: Personen har skrevet 1. Kirurgi, ortopedi 2. Allmenn 3. Anestesi så i likhet med over fører jeg 1. Kirurgi 2. Ortopedi 3. Allmenn

Ark 6, kode **1103**: Alternativ 3: revmatologi/pediatri, jeg fører i likhet med over opp revmatologi.

Ark 6, kode **1107**: Personen har tilsynelatende glemt å føre opp sannsynlighet for å bli allmennlege, men har det som førstevalg på lista si: I samråd med veileder lar jeg den stå tom for tallverdiene sin skyld, men ift hvor mange som ser det sannsynlig å bli allmennlege teller den med som «femti prosent sannsynlighet eller mer».

Ark 6, gjennomsnitt av sannsynlighet for allmennlege blir da 16 verdier delt på 16 personer siden jeg ikke har verdien for **1107**. Ville sannsynligvis trukket snittet opp

Ark 10, Gjennomsnitt sannsynlighet for at de 126 legene blir allmennleger. Her er det to medisinstudenter (kode 1004 og kode 1107) som *ikke* har oppgitt sannsynlighet for at de blir å jobbe som allmennleger. I likhet med over trekker jeg ut de manglende tallverdiene og deler summen på 124, ikke 126.

Flere kommentarer:

Personer som er i **permisjon** som per dags dato ikke er i jobb, men er midt mellom to jobber, får påskrevet begge jobbene. Gjelder for 613 og 704. Gjort i samråd med veileder.

Personer som er i én jobb nå, men skal **bytte jobb** om en kortere eller lengre tidsperiode, får den jobben de har *nå* skrevet inn i statistikken; forskningsspørsmålet i intervjuet er jo "hva jobber du med *nå*". Gjelder for 611.

Bruker to signifikante tall på prosentregning, tre signifikante tall på alder.

Svarprosent på oppfølging: antall svar på telefon delt på antall som har svart på spørreskjemaet, ikke antall på kullet. Gjort i samråd med veileder.

Filene som viser kolonnene «hva vil du bli» og «hva jobber du med nå» legges ikke ved grunnet manglende anonymisering ved offentlig publikasjon av data.

Vedleggstabell 1: Hyppigst forekommende ønsker om spesialisering, utregnet prosent individuelt for MK06, MK07 og MK08.

MK06		MK07		MK08	
Allmenn	21 %	Indremed	39 %	Indremed	32 %
Indremed	21 %	Allmenn	27 %	Kirurgi	20 %
Kirurgi	19 %	Kirurgi	9 %	Allmenn	17 %
Anestesi	10 %	Anestesi	6 %	Ped, gyn og psyk	7 %

Vedleggstabell 2: Det flest leger på hvert kull jobber som på MK06, MK07 og MK08.

Kull	Det flest jobber som	Prosentandel av kull
MK06	Indremedisin (4 leger)	31 %
MK07	Allmenntmedisin (7 leger)	37 %
	Psykiatri (5 leger)	26%
MK08	Allmenntmedisin (6 leger)	43 %

Vedleggstabell 3: Intervjuelengde, utregning. Gjennomsnittlig varighet var 17 min og 50 sek.

Omregninger	Snittgrunnlag	Minutter	Sekunder
Snittlengde MK06	18,72	18	43
Median MK06	17,09	17	5
Snittlengde MK07	17,26	17	16
Median MK07	17,38	17	23
Snitt MK06 & MK07	17,83	17	50
Median MK06 & MK07	17,97	17	58

Vedlegg 7: Vurdering fra NSD Personvernombudet

Eirik Hugaas Ofstad

9037 TROMSØ

Vår dato: 21.11.2017

Vår ref: 56910 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.10.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>56910</i>	<i>I hvor stor grad greier 6. års medisinstudenter å forutsi hva de skal jobbe som?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Eirik Hugaas Ofstad</i>
<i>Student</i>	<i>Åsa Langen Westlie</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.08.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg 8: Sammendrag av kunnskapsevalueringer (GRADE)

Referanse: Olaf Gjerløw Aasland, Jan Ole Røvik, Jannecke Wiers-Jenssen, «Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet» Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1833-7		GRADE	
		Dokumentasjon	2b
		Anbefaling	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Grunnlaget for spesialitetspreferanse og det endelige valg av spesialitet er en komplisert blanding av individuelle interesser og fremtidige arbeidsmuligheter. Studien ønsker å se nærmere på mulige forklaringer på spesialitetspreferanser og spesialitetsvalg.</p>	<p>Studiedesign: Prospektiv, ubalansert og anonym kohortstudie med to utvalg: studenter og leger.</p> <p>Inklusjonskriterier: Landsomfattende utvalg, frivillig å delta. 421 medisinstudenter som begynte å studere medisin ved norske universitet i 1993. 631 leger som tok medisinsk embetseksamen i Norge i 1993 og 1994. Begge gruppene besvarte spørreskjemaer ilt perioden 1993-2003 med spørsmål om spesialitetspreferanser og mulige motiver for disse.</p>	<p>Hovedfunn Det var stor ustabilitet i individuelle spesialitetspreferanser, både under og rett etter studiet. Samtidig var det relativt stor stabilitet i fordelingen mellom spesialitetsgruppene. Betydningen av prestisje som forklaringsvariabel for spesialitetspreferanse sank <i>etter</i> studiet og viktigheten av en <i>helhetsvurdering</i> av jobb og privatliv økte, også kontrollert for den økende kvinneandelen. De som valgte kirurgi eller indremedisin, var mer motivert av medisinske <i>utfordringer</i> og <i>karrieremuligheter</i>, mens de som valgte psykiatri eller allmenntidisin, var mer motivert av forhold som <i>allsidighet</i> og <i>variasjon</i> og tid til <i>familien</i>.</p> <p>Bifunn <ul style="list-style-type: none"> ■ Spesialitetspreferansene endrer seg i stor grad under og rett etter medisinstudiet ■ Flere velger allmenntidisin, psykiatri og laboratorimedisin enn antallet som angir disse som preferanse tidlig i studiet, mens de fleste kirurgiske fag får færre spesialister ■ Forklaringen kan være at unge leger legger større vekt på hensynet til familie og privatliv, noe som gjør at spesialiteter som krever mye nattarbeid og tilstedeværelse velges bort </p>	<p>Styrke Dataene styrkes ved at den totale andelen vi har informasjon fra på minst ett tidspunkt, var 91% i studentutvalget og 89% i legeutvalget. En annen styrke ved studien er at den omfatter fullstendige kohorter av norske studenter og leger, ikke tilfeldige eller stratifiserte utvalg.</p> <p>Svakhet I omfattende prospektive studier er det alltid et problem at respondenter faller fra underveis –også i denne: En komplett deltakelse (dvs. de som svarte alle fire ganger) på 50 % for studentutvalget og 42 % for legeutvalget</p> <p>Hva diskuterte forfatterne? Det mest iøynefallende med studien er den <i>omfattende endringen</i> i individuelle preferanser og valg, som fortsatte lenge etter at medisinstudiet var avsluttet. Samtidig var det <i>lite endring</i> i andelen leger som valgte henholdsvis kirurgiske, indremedisinske, allmenntidisinske og psykiatriske karrierer. Dette kan kanskje forklares med hva som er <i>aktuell etterspørsel</i>. Imidlertid synes mønsteret å være etablert nesten helt fra studiestart, lenge før studentene har begynt å orientere seg mot arbeidslivet. Endringen i karrierepreferanser går generelt i retning av at legene ender opp i mindre prestisjefylte spesialiteter enn det de opprinnelig hadde tenkt seg. Om dette skyldes reell interessdreining eller mer pragmatiske hensyn, kan ikke våre data gi svar på.</p> <p>Annen litteratur som styrker funnene? Ja, for eksempel: - Wiers-Jenssen J, Vaglum P, Ekeberg Ø. Kommende legers karriereplaner. Ambisjonsnivå og spesialiseringsplaner blant medisinstudenter. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2807 – 11. - Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Endring i medisinstudenters karrierepreferanser under første del av studiet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2858 – 64.</p>
<p>Konklusjon</p> <p>Motivene bak valg av spesialitet er kompliserte og vanskelige å tolke. Det synes å være en kombinasjon av ambisjoner og prestisje på den ene side og hensynet til familie og livsstil på den annen. Økt rekruttering til utdanningsstillinger med lav status vil sannsynligvis kunne oppnås ved bedre tilrettelegging av sosiale forhold og bedre muligheter for å kunne ha et normalt familieliv.</p>	<p>Datagrunnlaget "Studentutvalget": Spørreskjema besvart i 93, 96, 99, 03. "Legeutvalget": uteksaminert i 93 og 93, besvarte spørreskjemaene i siste studieår, samt i turnustiden (1994/95) og i spesialiseringsperioden (1997/98). Siste runde til dette utvalget gikk i 2003/04, da de aller fleste hadde valgt og mange var ferdige med spesialiseringen.</p> <p>Statistiske metoder Multivariat flernivåmodell med gjentatte målinger for å se på effekten av alder, kjønn og spesialitet på eventuell endring i motivasjonsfaktorene over tid. Dataanalysene ble gjort med SPSS versjon 14.</p>		
<p>Land</p> <p>Norge</p>			
<p>År datainnsamling</p> <p>1993-2003</p>			

Referanse: Nicholson S., Hastings A. M., McKinley R. K. "Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study." Br J Gen Pract. 2016 Oct; 66(651): e768–e775.

GRADE

Dokumentasjon 3

Anbefaling Lav

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å bedre forstå hvordan medisinstudenters oppfatning av egne erfaringer under studiet kan påvirke at de velger allmennmedisin som karriere.</p>	<p>Studiedesign Kvalitativ studie.</p> <p>Rekruttering av deltakere Flere medisinskoler i Storbritannia ble invitert per email til å delta i fokusgrupper og besvare spørreskjema før inndeling i fokusgrupper.</p> <p>Datagrunnlaget 58 studenter som var på slutten av nest siste studieår eller tidlig i siste studieår deltok, og ble delt inn i 6 fokusgrupper.</p> <p>Metode Fokusgruppesamtaler. Diskusjonene ble tatt opp, transkribert, og anonymisert; før de ble tematisk analysert ved hjelp av Hubermans foreslåtte metodologi for kvalitativ forskning..</p>	<p>Hovedfunn Noen av studentene som deltok hadde karriereønsker som var sterkt formet av familie og hjemmesituasjon, men kliniske utplasseringer var avgjørende for om de avkreftet eller beholdt ønskene, Høykvalitets-allmennpraksis er en sterk pådriver for å tiltrekke studenter til allmennpraksis så lenge de reflekterer ekte kliniske situasjoner. Leger i allmennpraksis som er veiledere kan ha stor innflytelse og være positive rollemodeller. Studentenes kommentarer i samtalen avslørte at flere hadde ulik forståelse av hva det innebar å jobbe med allmennmedisin.</p> <p>Bifunn Noen av elevene mente man måtte ha den riktige personligheten for å bli allmennlege. Negative rollemodeller kunne påvirke til at de at de ikke ønsket seg til allmennmedisin. Press fra og med første studieår var for noen med på at å bli allmennlege føltes som noe de ble presset til, og dette var negativt.</p>	<p>Styrke Alle studentene så både fordeler og ulemper med allmennpraksis. Utvalget var fra ni forskjellige skoler. Ingen store forskjeller mellom elever ved de forskjellige skolenes syn på allmennpraksis. Hver fokusgruppe hadde maks to elever som ønsket samme spesialisering. Topic guide for fokusgrupper ble laget etter anbefalinger ut fra litteraturgjennomgang.</p> <p>Svakhet Kun 58 studenter deltok, muligens ikke representativt for hele studentmassen. Studentene ble rekruttert spesifikt fra allmennmedisin-klasser. Studentenes manglende erfaring med de andre skolenes læreplanmål.</p> <p>Hva diskuterte forfatterne? At studentenes avgjørelser rundt hva de skal bli er komplekse. Intensjoner de har fra før de begynte på medisinstudiet er formet av egen og familiens erfaring og kan bli forsterket av studenters (feil)tolkning av hva skolen forsøker å formidle. Det eksisterer en oppfatning om at legeyrkene befinner seg innen en hierarkisk anordning, der allmennpraksis er på bunnen. Dette blir tilsynelatende forsterket av både studentmassen og måten klinisk og akademisk kollegium ter seg.</p> <p>Annen litteratur som styrker funnene? Ja, for eksempel: - Viscomi M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. Can J Rural Med. 2013;18(1):13–23.</p>
Konklusjon			
<p>Å tiltrekke seg heller enn å presse studenter til allmennpraksis er sannsynlig mest effektivt hva angår å påvirke deres karrierevalg. Tidlig, kvalitetssikret, gjennomgående og autentisk klinisk eksponering promoterer allmennpraksis og motvirker negative stereotypier. Det anbefales å bedre mulighetene for studentene å bedre forstå hva som menes med å være en «god allmennpraktiker».</p>			
Land			
Storbritannia			
År datainnsamling			
Ikke oppgitt.			

Referanse: Ivar J. Aaraas, Peder A. Halvorsen & Olaf G. Aasland. «Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012a region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012” Medical Teacher, Volume 37, 2015 - Issue 12.

GRADE

Dokumentasjon	2b
Anbefaling	Middels

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Formålet med etableringen av medisinstudiet i Tromsø i 1973 var å forbedre tilgangen til leger og helsehjelp til den tidligere underprivilegerte rurale befolkningen i Nord-Norge. Denne studien utforsker hvordan og om nevnt formål har blitt oppnådd.</p>	<p>Studiedesign Tverrsnittsstudie</p> <p>Rekruttering, deltakere Datamateriale innhentet fra flere tidligere kohorter samt Legeforeningens Forskningsinstitutt sine registre av medlemmer. 1611 leger fra 34 kull fra UiT som ble uteksaminert i 1979-2012.</p>	<p>Hovedfunn I 2013 jobbet hele 822 av 1611 leger (51%) uteksaminert mellom 1979-2012 i Nord-Norge. Fra den eldste kohorten (1) var det 37%, den midterste kohorten (2) 48% og den nyeste kohorten (3) 60%.</p> <p>De nyligst uteksaminerte legene tenderer til å starte karrierene sine i Nord-Norge i en større grad enn legene gjorde tidligere.</p> <p>Bifunn Blant de som ble uteksaminert før 1985 (kohorte 1) var 52.1% involvert i primærhelsetjenesten (PHT) i 2013. For kohorte 3 (uteksaminert etter 2004) jobbet 36.4% innen PHT, I denne kohorten, med en tydelig overvekt av kvinner, var det like stor prosentandel menn og kvinner som ble igjen i nord. Kohorte 2 hadde høyest andel leger som jobber på UNN (52.4%).</p>	<p>Styrke Stort datagrunnlag. Systematisk tilnærming. Liknende konklusjon som flere andre studier. 96% av legene er medlemmer i Legeforeningen, og inngår dermed direkte i data innhentet fra Legeforeningens Forskningsinstitutt.</p> <p>Svakhet Siden det er prinsipielle forskjeller i resultatene for de forskjellige kohortene åpner ikke denne tverrsnittstudien for kausal tolkning av de statistiske sammenlikninger mellom gruppene. Det er ikke utforsket hvilke faktorer som sannsynligvis har bidratt til legenes avgjørelser om bosted og karrierer.</p> <p>Hva diskuterte forfatterne? Siden 1990 har den globale trenden mot økt spesialisering og sentralisering hatt en stor negativ påvirkning på at leger forblir i distriktene. Nord-Norge er intet unntak.</p> <p>Emigrasjonen fra Nord-Norge for den eldste kohorten med leger er ikke overraskende, da også de fleste av dem hadde opprinnelse fra sør i Norge. Likevel, andelen som har blitt i Nord-Norge er vel over 25% som er tatt inn vha. nordnorskkvota.</p> <p>Annen litteratur som styrker funnene? Ja, for eksempel: - Fønnebø Knutsen S, Johnsen R, Forsdahl A. 1986. Practical training of medical students in community medicine. Eight years' experience from the University of Tromsø. Scand J Prim Health Care 4:109–114 - Jensen EB. 2008. Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978–2008. Orkana forlag [From crisis intervention to success stories. Decentralised professional educations in Troms 1978–2008]</p>
Konklusjon	<p>Metode Har undersøkt hvilke yrker de har i 2013, og om de har blitt i landsdelen. Hentet anonymiserte oversikter fra Legeforeningen over legenes kjønn, årstall for uteksaminering, om de jobber i Nord-Norge eller ei og hvilken jobb de har.</p> <p>Statistiske metoder: IBM SPSS Statistics 21 (IBM, Armonk, NY).</p>		
Land			
Norge			
År datainnsamling			
1979-2013			

Referanse: Scott I., Gowans M., Wright B., Brenneis F.
 "Stability of medical student career interest: a prospective study."
 Acad Med. 2012 Sep;87(9):1260-7.

GRADE

Dokumentasjon	2b
Anbefaling	Middels

Formål	Materiale og metode
Å utforske stabiliteten i og endringsmønstrene til medisinstudenters karriereinteresser underveis i utdanningsløpet.	<p>Studiedesign <small>studiedesign</small> Prospektiv studie.</p> <p>Rekruttering, deltakere: 1542 studenter fra 15 klasser fra 8 av Canadas offentlige medisinskoler. Kun nasjonale studenter inkludert.</p> <p>Metode: Studentene har besvart spørreskjema ved oppstart av medisinstudiet. Da har de valgt mellom 8 ulike spesialiseringer (kategorier), og rangert sine topp 3 framtidvalg. Deretter har forfatterne gjennom tilgang til et Canadisk nasjonalt register sett på hvor de har søkt på LIS-stilling** etter studiet.</p> <p>Videre har forfatterne sett på om ønsket spesialisering fortsatt er den samme som den var ved oppstart av studiet. For studentene som har endret interesse, ble det utforsket om endringen fulgte MDS.</p> <p>(*86-87% ender hvert år med å jobbe i den LIS-stillingen der de har søkt på.)</p>
Konklusjon	
Studenters karrierevalg er relativt stabile, dvs at de utviser omtrent 50% stabilitet i hva de ønsker å bli ved starten og ved slutten av medisინutdannelsen. Studenter tenderer mot å bytte mellom karrierer med liknende vanskelighetsgrad å komme inn på (MDS*).	
*MDS = matching difficulty score, kan forklares som kompetitiv vanskelighetsgrad	
Land	
Canada	
År datainnsamling	
2001-2004	<p>Statistiske metoder PASW Statistics 18 (SPSS inc) for dataanalyse. Deskriptiv statistikk ble brukt for demografiske data og karrierevalgdata, herunder ble kji-kvadrattest brukt for sammenligning av kjønn og karrierevalg, og t-test for å sammenligne alderen i forfatterenes kohorte med den nasjonale kohorten.</p>

Resultater																																																																															
<p>Hovedfunn Allmenmedisin, indremedisin og kirurgi hadde størst oppslutning blant studentene både ved oppstart og ved slutten av medisinstudiet. Studenter tenderer mot å bytte karrierer med samme grad av konkurranse/kompetitiv vanskelighetsgrad (MDS). Dette representerer en ny faktor i studier som ser på medisineres valg.</p>																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Careers</th> <th>No. of students naming a career their first choice in the residency match</th> <th>No. of available residency positions</th> <th>MDS¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">High competitiveness (MDS > 1.1)</td> </tr> <tr> <td>Emergency medicine</td> <td>177</td> <td>124</td> <td>1.43</td> </tr> <tr> <td>Surgery and subspecialties</td> <td>1,089</td> <td>897</td> <td>1.21</td> </tr> <tr> <td>Obstetrics-gynecology</td> <td>286</td> <td>239</td> <td>1.20</td> </tr> <tr> <td>Pediatrics</td> <td>373</td> <td>325</td> <td>1.15</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Neutral competitiveness (MDS 0.9-1.1)</td> </tr> <tr> <td>Internal medicine and subspecialties</td> <td>1,223</td> <td>1,346</td> <td>0.91</td> </tr> <tr> <td>Other specialties</td> <td>755</td> <td>787</td> <td>0.96</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Low competitiveness (MDS < 0.9)</td> </tr> <tr> <td>Psychiatry</td> <td>315</td> <td>402</td> <td>0.78</td> </tr> <tr> <td>Family medicine</td> <td>1,852</td> <td>2,614</td> <td>0.71</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>6,070</td> <td>6,734</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mer enn ¼ av studentene søkte seg ved enden av studiet til ett av deres topp tre valg ved begynnelsen på studiet.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Career</th> <th>Entry career interest, no. (%)</th> <th>Residency career choice, no. (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Family medicine</td> <td>415 (26.9)</td> <td>481 (31.2)</td> </tr> <tr> <td>Internal medicine and subspecialties</td> <td>347 (22.5)</td> <td>309 (20.0)</td> </tr> <tr> <td>Surgery and subspecialties</td> <td>259 (16.8)</td> <td>285 (18.5)</td> </tr> <tr> <td>Pediatrics</td> <td>238 (15.4)</td> <td>91 (5.9)</td> </tr> <tr> <td>Emergency medicine</td> <td>94 (6.1)</td> <td>47 (3.0)</td> </tr> <tr> <td>Obstetrics-gynecology</td> <td>68 (4.4)</td> <td>75 (4.9)</td> </tr> <tr> <td>Psychiatry</td> <td>55 (3.6)</td> <td>82 (5.3)</td> </tr> <tr> <td>Other*</td> <td>66 (4.3)</td> <td>172 (11.2)</td> </tr> </tbody> </table>	Careers	No. of students naming a career their first choice in the residency match	No. of available residency positions	MDS ¹	High competitiveness (MDS > 1.1)				Emergency medicine	177	124	1.43	Surgery and subspecialties	1,089	897	1.21	Obstetrics-gynecology	286	239	1.20	Pediatrics	373	325	1.15	Neutral competitiveness (MDS 0.9-1.1)				Internal medicine and subspecialties	1,223	1,346	0.91	Other specialties	755	787	0.96	Low competitiveness (MDS < 0.9)				Psychiatry	315	402	0.78	Family medicine	1,852	2,614	0.71	Total	6,070	6,734	N/A	Career	Entry career interest, no. (%)	Residency career choice, no. (%)	Family medicine	415 (26.9)	481 (31.2)	Internal medicine and subspecialties	347 (22.5)	309 (20.0)	Surgery and subspecialties	259 (16.8)	285 (18.5)	Pediatrics	238 (15.4)	91 (5.9)	Emergency medicine	94 (6.1)	47 (3.0)	Obstetrics-gynecology	68 (4.4)	75 (4.9)	Psychiatry	55 (3.6)	82 (5.3)	Other*	66 (4.3)	172 (11.2)
Careers	No. of students naming a career their first choice in the residency match	No. of available residency positions	MDS ¹																																																																												
High competitiveness (MDS > 1.1)																																																																															
Emergency medicine	177	124	1.43																																																																												
Surgery and subspecialties	1,089	897	1.21																																																																												
Obstetrics-gynecology	286	239	1.20																																																																												
Pediatrics	373	325	1.15																																																																												
Neutral competitiveness (MDS 0.9-1.1)																																																																															
Internal medicine and subspecialties	1,223	1,346	0.91																																																																												
Other specialties	755	787	0.96																																																																												
Low competitiveness (MDS < 0.9)																																																																															
Psychiatry	315	402	0.78																																																																												
Family medicine	1,852	2,614	0.71																																																																												
Total	6,070	6,734	N/A																																																																												
Career	Entry career interest, no. (%)	Residency career choice, no. (%)																																																																													
Family medicine	415 (26.9)	481 (31.2)																																																																													
Internal medicine and subspecialties	347 (22.5)	309 (20.0)																																																																													
Surgery and subspecialties	259 (16.8)	285 (18.5)																																																																													
Pediatrics	238 (15.4)	91 (5.9)																																																																													
Emergency medicine	94 (6.1)	47 (3.0)																																																																													
Obstetrics-gynecology	68 (4.4)	75 (4.9)																																																																													
Psychiatry	55 (3.6)	82 (5.3)																																																																													
Other*	66 (4.3)	172 (11.2)																																																																													
Bifunn																																																																															
Allmenmedisin, kirurgi, ob/gyn, psykiatri og «andre» karrierer viste netto økning av studenters interesse ila studietiden, mens de resterende karrierene (indremedisin, pediatri, akuttmedisin) viste et netto tap. De mest stabile karrierene hva angå studentinteresse var allmenmedisin, kirurgi og indremedisin. De minst stabile var pediatri og ob/gyn.																																																																															

Diskusjon/kommentarer
<p>Styrke Mange deltakere. Har ekskludert alle som ikke hadde utfylt spørreskjema korrekt, eller ikke fulgte normert studieplan. MDS – potensielt en ny faktor for valg av spesialisering</p> <p>Svakhet MDS er ikke testet på andre studier enn dette, da det er et verktøy forfatterne har utviklet i forbindelse med denne studien. Mangel på multivariat analyse. Noen av funnene går ikke overens med hverandre.</p> <p>Hva diskuterte forfatterne? Det er uvisst om karriereinteressene representert her er representativt for alle som ønsker seg til medisinstudier, eller om disse funnene er farget av opptakspolitikk som favoriserer studenter som ønsker å jobbe med allmenmedisin.</p> <p>Endringene i studentens interesse fra oppstart til avslutningen av studiet for spesifikke karrierer kan gi innsikt i effekten medisinstudiet har på karrierevalg. Den største økningen i interesse fra start til slutt var i allmenmedisin.</p> <p>Annen litteratur som styrker funnene? Ja, for eksempel: - Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis F, Bradley J. Career choice of new medical students at three Canadian universities: Family medicine versus specialty medicine. CMAJ. 2004;170:1920–1924</p>

Referanse: Hilary A. Sanfey, Alison R. Saalwachter-Schulman, Joyce M. Nyhof-Young, Ben Eidelson, Barry D. Mann. "Influences on Medical Student Career Choice Gender or Generation?" Arch Surg. 2006 Nov;141(11):1086-94; discussion 1094.

GRADE

Dokumentasjon

2b

Anbefaling

Middels

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å undersøke om den økte andelen kvinnelige medisinstudenter og en endring i prioriteringer hos dagens generasjon har påvirket den nedadgående interessen i kirurgiske karrierer.</p>	<p>Studiedesign Tverrsnittsstudie basert på spørreskjema.</p> <p>Rekruttering, deltakere 1300 studenter fra 9 medisinskoler i USA.</p> <p>Spørreskjema på nett på vegne av Association for Surgical Education, sendt ut på mail til studentene.</p> <p>Metode Spørreskjema. Hvert spørsmål på undersøkelsen bestod av to 5-poengs Likert-skalaer. På slutten av hver kategori med spørsmål ble det gitt mulighet for skriftlige kommentarer til åpne spørsmål.</p> <p>Statistiske metoder Kvanitative data ble analysert med kji-kvadrat test. Den kontinuerlige dataen hadde en ikke-normalfordelt distribusjon, og ble analysert med Mann-Whitney U test. P-verdi under 0.005 ble betraktet som statistisk signifikant. To kvalitative forskere (begge navngitt) leste og tolket og kodet de skriftlige svarene hver for seg, og så ble forskjellene sammenlignet og diskutert.</p>	<p>Hovedfunn 680 (52%) av de 1300 som besvarte spørreskjemaet adekvat var menn. Menn og kvinner var uenige om hvorvidt kirurger lever velbalanserte liv (68% og 77% respektivt), og så dette som avskrekkende. 35% av kvinnene (3% av mennene) ble motløps pga mangel på kvinnelige rollemodeller. Sammenlignet med studenter som ikke så det sannsynlig å bli kirurger, var det færre av de som ønsket seg en karriere innen kirurgi som begrunnet sitt ønske som påvirket avgjørelsen om å stifte familie.</p> <p>Blant studentene som sa seg enige i at deres evner var compatible med kirurgiske karrierer, var det liknende prosentandeler av både kvinner og menn som så det sannsynlig å bli kirurger som de som ikke så det sannsynlig å bli kirurger.</p> <p>Bifunn Alle forskjeller som var mellom kvinner og menn var mindre tydelige når studenter som så det sannsynlig å studere kirurgi ,ble sammenlignet med studenter som ikke så det sannsynlig å studere kirurgi.</p>	<p>Styrke Stor studiepopulasjon, med bredde ift skoler og at den inkluderer alle kull. Har også med kvalitative data fra hver kategori, som gir verdifull innsikt. To forskere som hver for seg tolket alle data for kvalitetssikring.</p> <p>Svakhet Svarprosent er utilgjengelig, fordi forfatterne kun har tilgang på de som har svart. Studien skiller ikke mellom hvor tidlig eller sent i forløpet de som har svart på studien er.</p> <p>Hva diskuterte forfatterne ? I dag ønsker både mannlige og kvinnelige medisinstudenter fleksible arbeidstider og beskyttet tid for familie og venner som en integrert del av deres karrierer. Dette er en klar endring i prioriteringer dersom man sammenligner med medisinstudenter i 1980: de rapporterte at livsstil og personlige omstendigheter var minst viktig når det kom til karrierevalg.</p> <p>Ettersom det å være kvinne er kjent som en negativ predikator for en karriere i kirurgi, så virket det rimelig å tilegne den minskende interessen generelt for kirurgi til det økende antallet kvinner innen medisin. Data fra denne studien viser at de menn og kvinner som velger seg kirurgiske karrierer gjør det av de samme grunnene: de vurderer å inneha evner som er compatible med kirurgi, og de anser innholdet i spesialiteten som spennende. I tillegg er begge kjønn trukket mot kirurgi på grunn av kravene og utfordringene faget byr på.</p> <p>Annen litteratur som styrker funnene? Ja, bla: Walters BC. Why don't more women choose surgery as a career? Acad Med. 1993;68:350-351. Gelfand DV, Podnos YD, Wilson SE, Cooke J, Williams RA. Choosing general surgery: insights into career choices of current medical students. Arch Surg. 2002; 137:941-945 . discussion 945-947.</p>
Konklusjon			
<p>Å stifte familie var av mer signifikant innflytelse for kvinner enn for menn, men familie- og livsstils-prioriteringer var også viktige for mannlige studenter. Dette understøtter hypotesen til forfatterne om at både generasjonen og kjønn er viktige hva angår karrierevalg.</p> <p>Under livsstils-prioriteringer handler det om en beskyttet tid med familie og venner, og at når leger velger spesialisering løp er det av økende viktighet at karrieren utviser fleksibilitet slik at de kan integrere andre prioriteringer enn medisin inn i hverdagen sin. Kvinner utgjør nesten halvparten av alle legene som uteksamineres i USA, men kun 24% av disse er i spesialisering løp til å bli kirurger.</p> <p>Siden det er flest kvinner som velger ob/gyn, et yrke som er minst like vaktpreget som kirurgiske subspecialiteter, er det sannsynlig å tenke at både kjønn og generasjonsendringer hva angår livsstilsprioriteringer er med på å forklare fallet i oppslutningen rundt kirurgi.</p>			
Land			
USA			
År datainnsamling			
Ikke oppgitt			