

Speciallægeuddannelse i Danmark

- en empirisk undersøgelse af tendenser inden for speciallægeuddannelsen

efter

implementeringen af den nye speciallægeuddannelse

Anden delrapport fra forsknings- og udviklingsprojektet ”Reform af speciallægeuddannelsen i Danmark”

Danmarks Pædagogiske Universitet - 2007

Indholdsfortegnelse

Forord.....	5
Kapitel 1 - Sammenfatning og resultater.....	7
Forandringer af forholdet mellem uddannelse og drift efter reformen.....	8
Forandringer af opfattelser af mål, læring og evaluering efter reformen	9
Lægernes vægtning af reformens syv kompetenceroller.....	10
Pædagogiske perspektiver og anbefalinger	11
Kapitel 2 - Baggrund for reformen	13
Den nye speciallægeuddannelse.....	15
Kapitel 3 - Forsknings- og udviklingsprojektets formål og design.....	17
Formålet med forsknings- og udviklingsprojektet.....	17
Projektets teoretiske ramme.....	18
Projektets tidsramme	19
Empirisk materiale.....	20
Kapitel 4 - Speciallæger som gruppe og som profession	29
Forskelle mellem og forskelle indenfor professioner.....	29
Lægernes alder samt kandidat- og turnusanciennitet	30
Rekruttering til en profession	31
Kapitel 5 - Uddannelse og drift.....	37
Speciallægeuddannelse fungerer overordnet som produktionsdrevet	37
Lægernes opfattelser af uddannelse og drift.....	37
Kapitel 6 - Målkendskab, læring og evaluering i den aktuelle speciallægeuddannelse	45
Formelle og uformelle læringsformer og læremestre	49
Individuelle strategier.....	52
Mesterlære.....	58
Formel og uformel evaluering	59
Kapitel 7 – Lægernes vægtning af reformens syv kompetenceroller.....	63
Beskrivelser af kompetenceroller	71
Kapitel 8 - Fortolkning af stabilitet og forandringer i speciallægeuddannelsen.....	75
Stabilitet i store organisationer	75

Forandringer i speciallægeuddannelsen.....	76
Profession og semi-profession	77
Professionens strategi	77
Magt og hierarki.....	78
Skole- og mesterlæreperspektiver	79
Pædagogiske anbefalinger inspireret af undersøgelsen	80
Videnskabsteoretiske overvejelser	82
Litteratur	85
Bilag 1 – Focusgruppeinterview, guide.....	89
Bilag 2 – Spørgeskemaundersøgelse, frekvenstabeller	91

Forord

I denne publikation præsenteres resultaterne fra forsknings- og udviklingsprojektet 'Speciallægeuddannelse i Danmark'. Projektet, der er gennemført i perioden 2002 – 2006, er et samarbejdsprojekt mellem Sundhedsstyrelsen og Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik på Danmarks Pædagogiske Universitet.

Formålet med forsknings- og udviklingsprojektet har været at beskrive og analysere speciallægeuddannelsesreformens indflydelse på sygehusenes uddannelsespraksis, to år efter implementering af reformen blev påbegyndt pr. 1. januar 2004.

I forsknings- og udviklingsprojektet indgår datamateriale, der er indsamlet både før og efter implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. Dette har ikke kunnet indsamles uden en række sygehuses og lægers velvilje og engagement. Tak til de mange læger, der afså tid til at deltage i interview, observationer og til at besvare spørgeskemaundersøgelsen.

Andre personer har undervejs været med i og omkring projektet. En række læger og øvrige ansatte i Sundhedsstyrelsen har stillet deres viden til rådighed, og deltagerne i projektets referencegruppe og ekspertpanel har været konstruktive og kritiske samarbejdspartnere. På Danmarks Pædagogiske Universitet har vores kolleger på Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedsprogrammet utallige gange bidraget med kritiske og konstruktive kommentarer. Tak for det.

Der har siden starten i 2002 været mange personer involveret i projektet. Ansvar for fejl og mangler i denne afsluttende rapport, hvilke dog alene på os.

København, juni 2007

Martin Bayer og Kristian Larsen - projektledere.

Ulf Brinkkjær og Marianne Høyen - projektmedarbejder

Kapitel 1 - Sammenfatning og resultater

I det følgende sammenfattes resultaterne fra forsknings- og udviklingsprojektet 'Speciallægeuddannelse i Danmark'. I kapitlet præsenteres forskelle og ligheder på en række centrale uddannelsesområder før og efter påbegyndelsen af implementeringen af speciallægereformen pr. 1. januar 2004. Reformen er et processuelt forløb, som vil vare en årrække. Når der i teksten står formuleringer som 'efter reformen' menes blot, at der er tale om forhold, som er undersøgt efter implementering af reformen er påbegyndt. Ikke at reformen anses for afsluttet.

Projektet har været tilrettelagt som et *baseline study* med det formål at belyse intenderede og ikke-intenderede samt direkte og indirekte forandringer på en række væsentlige områder af danske hospitalers uddannelsespraksis som følge af speciallægereformen 1. januar 2004. Konkret har studiet været tilrettelagt som et før-efter studie. Resultaterne er imidlertid ikke kun registreringer af 'før og efter'-forhold, men også forklaringer på de eventuelle forandringer. Imidlertid kan der være andre faktorer end de undersøgte, der har haft indflydelse hvorvidt der er sket forandringer eller ej, er det behæftet med usikkerhed at forklare årsagerne til forandringer. Andre faktorer kan i denne sammenhæng være strukturreformen, nye styrelses- og ledelsesformer, ændringer i arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor, lægemangel, forskelle på implementeringstempoet i de enkelte regioner o.a. Når der i projekt således fremlægges bud på faktiske forandringer i danske hospitalers uddannelsespraksis, må dette forbehold tages i betragtning.

Dataindsamlingen til før-studiet blev gennemført fra oktober 2002 til maj 2003, og dataindsamlingen til efter-studiet blev gennemført fra december 2005 til maj 2006. Projektet har anvendt fokusgruppeinterview, observationer og efterfølgende interview med i alt 35 yngre læger og 15 vejledere på fire indikatorhospitaler samt en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af hhv. 652 og 533 læger, hvoraf 80 % var uddannelsessøgende/yngre læger og 20 % vejledere. I det følgende kaldes gruppen af uddannelsessøgende læger for 'yngre læger'.

I projektet blev der fokuseret på følgende områder:

Kapitlerne 2, 3 og 4 præsenterer baggrunden for speciallægereformen, forsknings- og udviklingsprojektets formål og design samt speciallæger som gruppe og som profession. Herefter præsenteres projektets resultater i form af:

- Forandringer af forholdet mellem uddannelse og drift (kapitel 5).
- Forandringer af lægernes målkendskab, lærings- og evalueringsmetoder (kapitel 6).
- Forandringer af lægernes vægtning af de syv kompetenceroller - medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker, professionel (kapitel 7).

I det følgende sammenfattes resultaterne fra disse kapitler.

Forandringer af forholdet mellem uddannelse og drift efter reformen

Da uddannelsen til speciallæge helt overvejende foregår gennem de yngre lægers deltagelse i arbejdet på hospitalerne har det været vigtigt at se på, hvilke hensyn der tages for at tilgodese de yngre lægers uddannelse. I praksis lader det sig ikke gøre at adskille drift fra uddannelse, og i nogle tilfælde er forholdet mellem drift og uddannelse hensigtsmæssig, mens i andre tilfælde kan de driftsmæssige hensyn gøre, at uddannelsen træder helt i baggrunden. Dette skyldes hensynet til hospitalernes produktionsmæssige vilkår. Hertil kommer, at pædagogiske spørgsmål og udfordringer traditionelt ikke har givet de store meriteringsmuligheder i karrieren. Forandringer af relationen mellem uddannelse og drift i retning af en højere prioritering af inddragelse af uddannelseselementer i arbejdstilrettelæggelsen, kan ses som en indirekte følge af reformen. Derfor: Hvis der ikke skete forandringer i relationerne mellem uddannelse og drift efter reformen, ville der med stor sikkerhed være tale om, at den største barriere for reformen ville være de produktionsmæssige. Dette belyses nærmere i det følgende.

Helt overordnet synes drift at være styrende for uddannelsen. Størstedelen af alle læger mente både før og efter reformen, at det var 'meget rigtigt' eller 'rigtigt', at det var driftsmæssige forhold, der styrede uddannelsen. Her er der med andre ord ikke sket de store forandringer. Dog kan der konstateres et lille fald i andelen af de yngre læger, der anså driften som altdominerende. Således mente 66 % før reformen, at det var 'meget rigtigt' eller 'rigtigt' at arbejdet til dagligt mest handlede om drift. Efter reformen var denne andel faldet en smule - til 63 %.

Også størstedelen af vejlederne opfattede, at driftsmæssige hensyn var dominerende, men her var andelen faldet mere markant efter reformen. Forandringen er således i retning af, at uddannelse har fået større betydning: Før reformen anså 62 % af vejlederne, at det var 'meget rigtigt' eller 'rigtigt', at arbejde til dagligt mest handlede om drift. Efter reformen var denne del faldet til 57 % af vejlederne. Derimod anså 9 % af vejlederne samme spørgsmål som direkte forkert, og denne andel steget til 21 % efter reformen. Der er her tale om en noget mere markant forandring af vejledernes opfattelse af relationerne mellem uddannelse og drift.

En af årsagerne til forskellen på de yngre lægers og vejledernes opfattelser af forholdet mellem uddannelse og drift er, at netop vejlederne har erfaret forskellene mellem den tidligere og den nuværende speciallægeuddannelse. Dette er ikke tilfældet for de fleste yngre læger. Man kan derfor sige, at reformens har været oplevet forskelligt i og med vejlederne til en vis grad angiver, at uddannelsesforhold indtager en mere central rolle end tidligere til forskel fra de yngre læger, som ikke har tilsvarende sammenligningsgrundlag.

Konklusionen er derfor, at det er driftsmæssige hensyn der styrer speciallægeuddannelsen, men at der er sket forandringer idet uddannelseshensyn i højere grad inddrages i de driftsmæssige forhold på sygehusene. Disse hensyn kom til udtryk i lægernes påpegninger af, at:

- Man i lidt højere grad nu udførte nye opgaver på bekostning af rutineopgaver (se tabel 15)
- Man i lidt oftere end før oplevede opgaver, der overraskede positivt, (se tabel 16)
- Man i lidt højere grad end før fandt korrespondance mellem arbejde og mål for uddannelsen (se tabel 17)
- Man lidt oftere end før oplevede overensstemmelse mellem kompetencer og udfordringer (se tabel 18)

Forandringer af opfattelser af mål, læring og evaluering efter reformen

Uddannelsen til speciallæge bygger på specialets målbeskrivelse samt dertil hørende lærings- og evalueringsmetoder. I det følgende sammenfattes lægernes kendskab til uddannelsens mål og uddannelsesplaner samt i anvendelsen af forskellige lærings- og evalueringsmetoder før og efter reformen.

Langt den største del af de yngre læger (86 %) kendte både før og efter reformen til deres uddannelses formelle mål. Her er der ikke tale om nogen forandringer efter reformen. Uddannelsens mål fremgår, som nævnt, af målbeskrivelserne men også i mere præciserede former i uddannelsesplanerne. En lidt større del af de yngre læger havde fået udarbejdet en sådan plan efter reformen: Før havde 77 % af de yngre læger en uddannelsesplan mens andelen er steget til 82 % efter reformen. Tilsvarende er antallet af yngre læger, der ikke havde en uddannelsesplan faldet fra 17 % før reformen til 13 % efter reformen. Det er selvfølgelig bemærkelsesværdigt, at der fortsat er så relativt mange, der ikke har en uddannelsesplan, men denne andel synes at være faldende efter reformen. Forandringerne må anses for at være en direkte følge af reformen.

Bed-side vejledning, anvendelse af simulationscentre, rollespil samt råd fra vejlederne til de yngre læger er eksempler på de læringsmetoder, der er blevet undersøgt. Der kunne ikke spores de store forandringer i *bed-side* vejledning efter reformen, men for de andre læringsmetoder var der visse, omend mindre ændringer i retning mod en større opmærksomhed på disse efter reformen. Således:

- Havde færre aldrig oplevet simulationsscenarier/rollespil (se tabel 23).
- Angav en større andel af vejledere, at de gav flere råd til de yngre læger. De yngre læger selv delte dog ikke ganske denne oplevelse (se tabel 24).

En forøget anvendelse af evalueringsmetoder blev anset for en væsentlig del af en succesfuld implementering af speciallægereformen. Der blev udvalgt to evalueringsmetoder, nemlig struktureret tilbagemelding fra vejleder samt de yngre lægers opfattelser af udbyttet ved evalueringssamtaler. Der var ikke nogle markante forandringer af hyppigheden af strukturerede tilbagemeldinger efter reformen, hvilket er overraskende. Før reformen oplevede 41 % af de yngre læger, at det var mere end en måned siden, at de havde oplevet en struktureret tilbagemelding, og 25 % havde

aldrig oplevet en sådan. Efter reformen var situationen tilsyneladende lidt dårligere, idet 38 % af de yngre læger anførte, at det var mere end en måned siden, de havde fået en struktureret tilbagemelding. Hele 29 % mente aldrig de havde fået det. Det ser således ud til, at der endnu ikke har etableret sig den ønskede evalueringskultur på sygehusene, i hvert fald ikke når dette ses i relation til strukturerede tilbagemeldinger.

Med hensyn til de yngre lægers udbytte af evalueringssamtalerne var der derimod sket forandringer. Således mente 54 % af de yngre læger, at de havde 'meget' eller 'noget' udbytte af sidste evalueringssamtale. Denne andel var steget til 62 % efter reformen. En langt større del af vejlederne mente både før (87 %) og efter reformen (89 %), at der var 'meget' eller 'noget' udbytte af sidste evalueringssamtale.

Lægernes vægtning af reformens syv kompetenceroller

Med hensyn til lægernes vægtning af de syv kompetenceroller før og efter reformen ønskede 16 %-points *flere* af de yngre læger og 10 %-points *flere* af vejlederne efter reformen, at rollen som medicinsk ekspert skulle have 'større vægt'. Tilsvarende ønskede en lidt mindre andel af de yngre læger (14 %-points *færre*) og vejlederne (8 %-points *færre*), at denne rolle skulle have 'samme vægt'. Dette har været en ikke-intenderet forandring af reformen. Ændringen i svarmønsteret kan ses som en konsekvens af, at de andre kompetenceroller med reformen har fået mere plads. Og det kan videre ses som en bekymring over kernen i lægens professionalisme er under pres, og måske også som en vis reformmodstand eller -træthed. Men der kan også være tale om en konsekvens af andre faktorer, der ikke er indeholdt i dette studie.

Derimod ønskede lægerne samme vægt til kompetencerollen kommunikator. Således fandt 26 % af de yngre læger og 25 % af vejlederne, at denne rolle skulle have 'samme vægt' før reformen, mens denne andel var steget til 38 % for begge gruppers vedkommende efter reformen. Samtidig var der et fald på 17 %-points af alle læger, der mente at denne rolle skulle have større vægt. Denne forandring var intenderet.

Tilsvarende tendens ses i forhold til kompetencerollen samarbejder. Her ønskede 46 % af de yngre læger og 53 % af vejlederne, at denne rolle skulle have 'samme vægt' efter reformen - en stigning på 11 % for begge gruppers vedkommende. En mindre andel af lægerne ønskede, at denne kompetencerolle skulle have 'større vægt' efter reformen (17 % yngre læger og 11 % vejledere). Denne forandring var intenderet.

Leder/administrator er den kompetencerolle, lægerne mente skulle vægtes 'mindre' efter reformen. Dette svarede 31 % af de yngre læger og 30 % af vejlederne. Det er bemærkelsesværdigt og kan tolkes som vis irritation blandt lægerne, fx dels med den øgede administrative byrde, reformen har medført, dels med de administrative opgaver de i øvrigt pålægges. Denne forandring var ikke intenderet.

Med hensyn til kompetencerollerne 'sundhedsfremmer, akademiker og professionel' var der ikke de store forandringer efter implementeringen af reformen. Dog ønskede:

- Færre vejledere, at sundhedsfremmer rollen skulle have 'større vægt' efter reformen (se tabel 34)
- Flere vejledere, at kompetencerollen akademiker tildelt 'større vægt' efter reformen (se tabel 36)
- Flere yngre læger, at kompetencerollen 'professionel' skulle have 'samme vægt' efter reformen (se tabel 37)

Pædagogiske perspektiver og anbefalinger

Implementeringen af speciallægereformen havde allerede været under forberedelse før opstarten 1. januar 2004. Det ser ud som om reformen efter to års virke indirekte har forandret relationerne mellem uddannelse og drift, således at uddannelsens betydning er blevet opskrevet, ganske vist i et mindre omfang. Det var især vejlederne, der fremhævede dette. Dette resultat var en følge af reformen.

Vejledning bør fremover integreres yderligere blandt andet i arbejdstilrettelæggelsen, og vejledning og beskæftigelse med uddannelsesforhold på danske sygehuse bør være mere meriterende end hidtil.

Man ser lignende tendenser, når centrale uddannelsesforhold beskrives før og efter reformen: Uddannelse dvs. mål, lærings- og evalueringsmetoder er blevet tydeligere efter reformen. Men det synes ikke som om, at der endnu er etableret en egentlig evalueringskultur på sygehusene. Rammerne til etablering af en evalueringskultur er til en vis grad til stede og fortsatte investeringer heri anbefales, idet dette kan fremme gennemløbet på speciallægeuddannelsen i Danmark samt påvirke rekrutteringsmulighederne på de enkelte afdelinger.

Det virker også som om indholdet i speciallægekompetencen dvs. implementeringen af de syv roller, er nået et skridt på vejen, men meget tyder på, at reformen primært er blevet identificeret med kompetencerollerne kommunikator og samarbejder. Disse resultater var intenderede forandringer som følge af implementeringen af reformen.

Kompetencerollen medicinsk ekspert ønskes større vægt. Leder/administrator ønskes tillagt mindre vægt. Dette kan, hvis ikke der blot er tale om et overgangsfænomen, være tegn på at lægerne frygter for kvaliteten i den medicinske behandling og på, at lægerne oplever de påtager sig og bliver pålagt opgaver, der ikke var hensigtsmæssige for gennemførelsen af deres lægefaglige arbejde med patienter m.m. Disse resultater var ikke intenderede forandringer af reformen, og må følges og have opmærksomhed fremover.

Der var, som det ses, ganske store svingninger i lægernes vægtning af fire kompetenceroller (medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder og leder/administrator) før og efter reformen. Disse kompetenceroller har været mest påvirket, dels af speciallægereformen dels af andre faktorer. Dette har ikke været tilfældet med de tre resterende kompetenceroller (sundhedsfremmer, akademiker og professionel), hvor der ikke sås større ændringer før og efter reformen. Disse kompetenceroller må præciseres. Det må endvidere overvejes om alle kompetenceroller skal prioriteres tydeligere indenfor de forskellige medicinske specialer.

Kapitel 2 - Baggrund for reformen

I Danmark, som i en række andre lande, har en af årsagerne til en revision af speciallægeuddannelsen været en markant stigning i antallet af patientklager¹. Patientklagerne kunne ikke kun relateres til selve behandlingen på sygehusene, idet borgernes forventninger og krav til sundhedssektoren var steget og havde ændret karakter, uden at der i uddannelsen af lægerne var gjort noget for at lægerne kunne imødekomme disse nye krav (H:S Postgraduate Medicinske Institut, 2000, Faarvang, 2001). Samtidig har læger, i lighed med mange andre professioner, ikke længere samme autoritet i samfundet som tidligere.

Forandringerne medførte, at der blev sat fokus på speciallægers forskellige kompetencer. På den ene side blev det forsat forventet og prioriteret, at speciallæger behandlede patienter på baggrund af den medicinske teknologiske og forsknings nyeste metoder og resultater. På den anden side blev det anset for nødvendigt, at en reform af speciallægeuddannelsen skulle medvirke til at professionalisere kommende speciallæger indenfor blandt andet kommunikation og samarbejde med patienter, pårørende, kolleger og andre faggrupper. Med andre ord fokuserede man på kompetencer, som ikke nødvendigvis var en følge af den medicinske ekspertise.

Hertil kom at rekrutteringen til lægeprofessionen og dens specialer over en årrække havde ændret sig, lige som de betingelser, læger arbejder og uddannes under, er forandrede. I lighed med resten af samfundet har lægerne ønsket og fået indført kortere arbejdstider (H:S Postgraduate Medicinske Institut, 2000, Lyng et al., 2001, Steensen, 2002), og professionen forventes inden for en kortere årrække at være domineret af kvinder².

Uddannelsespolitisk var der ønske om et langt hurtigere uddannelsesgennemløb, også indenfor lægeområdet, bl.a. fordi der var mangel på speciallæger. Dette ønske blev yderligere præciseret efter reformens igangsættelse gennem et forslag om afkortning af lægers turnusforløb fra 18 til 12 måneder.

Både nationalt og internationalt var kompetencebegrebet i 1990'erne blevet introduceret i uddannelsessektoren. Dette kom til udtryk i forbindelse med implementeringen af nye speciallægeuddannelser i Canada, USA og England. Reformerne i Canada og i USA indeholdt et curriculum, der skulle vise sig at få stor indflydelse på den danske reform, idet der i det canadiske curriculum blev beskrevet i en række kompetenceroller, nemlig "Medical Expert", "Communicator", "Colla-

¹ Hvor Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 1992 modtog 1449 nye klager og indberetninger var samme tal for år 2001 steget til 2698. Ud af Patientklagenævnets oprettede sager i 2001 rettede 85,2% af klagerne sig mod læger (Sundhedsvæsenets patientklagenævn, 2001).

² Sundhedsstyrelsen skønner med udgangspunkt i oplysninger om den nuværende kønsfordeling blandt de yngre læger, at der fra 2018 vil være flere kvindelige speciallæger end mandlige (Sundhedsstyrelsen, 2003b), og at der indenfor de kommende år vil være en overvægt af kvindelige uddannelsessøgende læger på speciallægeuddannelsen.

borator”, ”Manager”, ”Health Advocate”, ”Scholar” og ”Professional” med tilknyttede lærings- og evalueringsstrategier. I USA indeholdt curriculum lignende kompetenceroller: ”Patient Care”, ”Medical Knowledge”, ”Professionalism”, ”System-based practice”, ”Practice-based learning and improvement” og ”Interpersonal and Communication skills” (Accreditation Council for Graduate Medical Education & American Board of Medical Specialties, 2002). Således kunne reformen af speciallægeuddannelsen i Danmark også ses som en justering i relation til denne tendens. Men det var ikke alene amerikanerne, canadierne og danskerne, der tog initiativ til at reformere speciallægeuddannelsen³. Også World Federation for Medical Education (WFME) formulerede i 2003 en række vigtige kompetencer indenfor postgraduat medicinsk uddannelse, nemlig ”...*knowledge, skills, attitudes and personal attributes in the roles as medical expert, health advocate, communicator, collaborator and team-worker, scholar, administrator and manager.*” (World Federation for Medical Education, 2003).

Initiativer i Danmark

Speciallægeuddannelsen i Danmark har længe været genstand for debat, og i 1990’erne beskrev ’Kirurgirapporten’ en række kritiske forhold vedrørende den kirurgiske speciallægeuddannelse (Sundhedsstyrelsen, 1994). Dette var en af baggrundene for, at Sundhedsstyrelsen i 1997 efter en svensk model etablerede ’inspektorordningen’ (Sundhedsstyrelsen, 2001b). Ordningen blev gjort obligatorisk i 2001.

I 1998 udgav Sundhedsstyrelsen ’Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse’. Denne vejledning skulle sikre, at uddannelsesprogrammerne blev opfyldt (Sundhedsstyrelsen, 1998).

I 2000 kom så Speciallægekommissionens betænkning nr. 1384, ”*Fremtidens speciallæge*”. Betænkningen fremlagde en beskrivelse af kommende speciallægers kompetencer forstået som: ”Evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, herunder lægefaglige teknikker, pædagogiske evner, lederegenskaber, kommunikationsevner, samarbejdsevner mv.” (Sundhedsstyrelsen, 2000). Med inspiration fra Canada og USA blev speciallægenes kompetencer i Danmark nu også beskrevet gennem en flerhed af roller, hvilket ville imødegå den hyppige kritik af, at speciallægers kompetencer i for høj grad alene blev set som spørgsmål om besiddelse af medicinsk ekspertviden og fx ikke evnen til at bringe denne viden mere systematisk i spil.

Betænkningen var også en tilpasning af den lægelige videreuddannelse til den internationale, sundhedsfaglige og demografiske udvikling samt en tilpasning til tidens krav om faglighed, fleksibilitet, relevans, arbejdstilrettelæggelse, innovation og outputstyring indenfor sundhedssektoren.

³ I England gennemførtes en større reform af speciallægeuddannelsen i midten af 1990’erne (Center for Education in Medicine, 2001).

Den nye speciallægeuddannelse

Da bekendtgørelse nr. 660 trådte i kraft den 1. januar 2004 ændredes uddannelsen til speciallæge i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2003a). I årene forinden var der gennemført et omfattende arbejde med udarbejdelse af nye målbeskrivelser m.m. Implementeringen af reformen medførte senere justeringer og i maj 2006 bad Sundhedsstyrelsen således alle medicinske specialer om at revidere deres målbeskrivelse, blandt andet således at læger kan uddanne sig til speciallæge på deltid.

Indenfor de nationalt fastsatte rammer (Sundhedsstyrelsen, 2001a) skulle de tre regionale råd for lægers uddannelse varetage opgaverne i forbindelse med implementeringen af speciallægeuddannelsen, der rammesættes af en introduktionsstilling på 6 – 12 mdr. efterfulgt af en hoveduddannelse på 48 – 60 mdr. I tilknytning hertil blev der ansat en række postgraduate - specialespecifikke eller tværgående - kliniske lektorer i regionerne. De postgraduate kliniske lektorer og de uddannelsesansvarlige overlæger blev således nøglepersoner i implementeringen af speciallægeuddannelsen (Charles, 2004). De postgraduate kliniske lektorer var et forsøg på løsning af et af de grundlæggende problemer, der har eksisteret indenfor sektoren, nemlig at der kun har været få meriteringsmuligheder for de læger, som ville beskæftige sig med lægeuddannelse og forskning i tilknytning hertil.

For yderligere at støtte den præ- og postgraduate lægeuddannelse blev der desuden – og i overensstemmelse med opfordring fra Speciallægekommisionens betænkning - oprettet regionale centre såsom CEKU i København og CEPOME i Århus.

Udover forsknings- og færdighedstræning og etablering af flere færdighedslaboratorier var en yderligere nyskabelse, at de nye målbeskrivelser skulle indeholde en angivelse af hvilke minimumskompetencer, der erhverves under speciallægeuddannelsen, jf. figur 1. I tilknytning hertil skulle det angives hvilke lærings- og evalueringsmetoder, der ville føre frem til en vurdering af, hvorvidt disse kompetencer var opnået.

Figur 1

Roller	Generelle kompetencer hos speciallægen
Medicinsk ekspert	Mestre diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen Opsøge og anvende relevant information i klinisk praksis Varetage effektiv lægegerning med respekt for såvel patient, uddannelse, forskning og lovgivning
Kommunikator	Etablere optimal kontakt til patienter og pårørende Indhente relevant anamnese fra patienter/ pårørende/ andre Mestre relevant dialog med patienter/ pårørende og behandlerteam
Samarbejder	Rådgive og diskutere konstruktivt med læger, sundhedspersonale og andre Medvirke konstruktivt i tværfaglige teams
Leder/ Administrator	Udnytte ressourcer rationelt i en afstemning af patientbehandling, uddannelsesbehov, forskning og eksterne aktiviteter Motivere og engagere i sundhedsorganisationen Anvende informationsteknologi til optimering af patientbehandling, livslang læring og andre aktiviteter
Sundhedsfremmer	Identificere vigtige faktorer for sundhed, som påvirker patienterne Arbejde for øget sundhed for patienterne og i lokalsamfundet Opdage og agere på de forhold, hvor rådgivning er påkrævet
Akademiker	Forpligtelse til en personlig kontinuerlig uddannelsesstrategi (livslang læring) Kritisk vurdere medicinsk information Kritisk vurdere lægelig praksis Facilitere læring hos patienter, kolleger, studerende og andre Bidrage til udvikling af ny viden
Professionel	Præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse Udvide passende personlig og mellemmenneskelig professionel adfærd Praktisere faget i etisk overensstemmelse med forpligtelserne som læge

Figuren er fra Sundhedsstyrelsen, 2000

Kapitel 3 - Forsknings- og udviklingsprojektets formål og design

Nærværende projekt er gennemført fra 2002 til 2006 og har således har fulgt arbejdet med at reformere speciallægeuddannelsen op til dennes vedtagelse i 2004 og den efterfølgende implementering i 2005-2006. Projektet er bygget op med et ”før og efter” design.

En første delrapport, ”Speciallægeuddannelse i Danmark. En empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen, inden implementering af den nye speciallægereform” er udgivet i 2004 (Bach et al., 2004). Her blev fokuseret på uddannelsesforhold, der efterfølgende kunne forventes at blive påvirket af den senere reform. Der blev foretaget analyser af forholdet mellem uddannelse og drift, af målkendskab, lærings- og evalueringsstrategier, samt af opfattelser af de syv kompetencerollers relevans.

I nærværende, anden delrapport foretages sammenligninger mellem før og efter reformens formelle implementering. Således indgår data fra den tidligere undersøgelse i denne rapport, som relateres til data fra undersøgelsens anden del. Dog skal det nævnes, at der i gruppen af yngre læger, som udgør undersøgelsespopulationen i denne rapport, både findes læger, der følger den nye speciallægeuddannelse og læger, der følger den tidligere uddannelse.

Formålet med forsknings- og udviklingsprojektet

Formålet med denne anden del af projektet, gennemført i perioden 2005 - 2006, er at beskrive og analysere hvorvidt uddannelsesreformen er slået igennem i danske hospitalers uddannelsespraksis, i hvilket omfang og på hvilke niveauer dette er sket.

I samfundet som helhed pågår løbende en række yderligere omstruktureringer og reformer som har direkte og indirekte effekt på det studerede område. Der er konjunkturmæssige, strukturelle, politiske og fagpolitiske forandringer såsom kommunalreformen, sammenlægninger af hospitaler, forskydninger i arbejdsopgaver mellem primær og sekundær sundhedssektor samt mellem faggrupper i det samlede sundhedsvæsen. Sådanne forandringer påvirker speciallægereform og dens implementering, og påvirkningerne kan være positive og negative: Der kan så at sige være både ’fase’ og ’modfase’ mellem reformbestrebelse og andre reformer. Grundlaget for implementeringen af speciallægeuddannelsesreformen er således ikke et stabilt nulpunkt. Dette er der forsøgt taget hensyn til i projektets design, såvel som til øvrige omstruktureringer og reformer på sundhedsområdet.

Udgangspunktet for beskrivelser og analyser er det empiriske materiale fra første del af undersøgelsen. Målet har derpå været at kortlægge mulige effekter af den iværksatte uddannelsesreform. Der er tale om sammenligninger fra år 2002/2003 til år 2005/2006, og der fokuseres på:

- Karakteristik af populationen, dvs. af de yngre læger og vejledere, som har deltaget i forskning- og udviklingsprojektet.

- Forholdet mellem uddannelse og drift på hospitalerne under de to gældende speciallægeuddannelser.
- Målkendskab, læreprocesser og evaluering under de to gældende speciallægeuddannelser.
- Forholdet mellem de syv kompetenceroller, som beskrives i den nye reform, og de uddannelsesforhold, som gjorde sig gældende umiddelbart forud for implementeringen af denne og efterfølgende.

Disse punkter er valgt, fordi reformen sigtede mod ændringer på netop disse områder. Reformens implementering, udbredelse og effekt er derfor anskuet ud fra reformens formål. Denne top-down synsvinkel blev suppleret af et bottom-up perspektiv, hvor fokus var det arbejdspladscurriculum, der er rammesættende for uddannelsen af speciallæger.

Med dette udgangspunkt har følgende spørgsmål været virksomme i forsknings- og udviklingsprojektet: Hvilke forhold befordrede og forhindrede implementeringen af uddannelsesreformen? Hvordan indgik relationen mellem drift og uddannelse på de danske hospitaler, og kunne der være forskelle relateret til specialer? Hvilken vægt blev de syv kompetenceroller tillagt før og efter implementeringen af uddannelsesreformen? Havde implementeringen af de syv kompetenceroller og dertil hørende lærings- og evalueringsstrategier, effekter på uddannelsen af speciallæger i Danmark – og i givet fald hvilke? Hvilke eventuelle uforudsete problemstillinger kunne beskrives i forbindelse med uddannelsesreformen? Kan der på det foreliggende grundlag og med de i reformen ønskede initiativer, gives anbefalinger i forhold til fremtidig speciallægeuddannelse - og i givet fald hvilke?

Projektets teoretiske ramme

Den del af uddannelsesreformen, som har været i fokus i dette projekt, har vedrørt implementeringen af et nyt curriculum i en organisation, hvor professionsudøvelsen er det primære udgangspunkt for professionslæringen. Det har været et valg ikke yderligere at diskutere denne sammenhæng analytisk, men at hente inspiration hos eksisterende teoretikere. Ved hjælp af disse ville det være muligt at etablere en ramme, inden for hvilken der dels kunne diskuteres curriculære målbeskrivelser dels den faktiske udøvelse af faget. Der er således blevet hentet læreplansteoretisk, uddannelsessociologisk og læringsteoretisk inspiration hos Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1977; Bourdieu, 1986; Bourdieu, 1996), Basil Bernstein (Bernstein, 1996; Bernstein, 2001), Jean Lave og Etienne Wenger (Lave & Wenger, 1991), Staf Callewaert (Callewaert, 1992; Callewaert, 2003) og Karin Anna Petersen (Petersen, 2001) samt tidligere erfaringer med området (Bayer et al., 2002; Bayer & Brinkkjær, 2003; Larsen & Brinkkjær, 2003).

De træk i de nævnte teoretikers grundprincipper, som har været virksomme i dette projekt, er følgende:

- Det har været en antagelse at de yngre læger (i lighed med andre mennesker) har en række erfaringer fra det private og tidligere professionelle liv, som ligger til grund for, hvordan de handler i aktuelle situationer. Den menneskelige bevidsthed kan derfor ikke forstås som en "tom tavle", idet den rummer tidligere gjorde erfaringer, som den enkelte kan være mere eller mindre bevidst om.
- Visse typer erfaringer kan forstås som dispositioner til at handle i bestemte retninger snarere end i andre. Fx vil nogle læger være disponerede for at vælge kirurgiske specialer, mens andre vil vælge medicinske specialer. Der er i regelen tale om en gensidig tiltrækning mellem visse livserfaringer og visse typer af specialer.
- At læring sker når et individ tilegner sig et stof bevidst og efter en hensigt, men lige så ofte gennem ikke-bevidste og ikke-tilrettelagte aktiviteter. Således kan en yngre læge tilegne sig viden når der undervises direkte, fx i et konferencerum, men lige så vel når lægen "blot" arbejder, og der ingen officiel lærer er til stede.
- At de yngre læger tilegner sig viden bevidst, kognitivt og via officielle formidlere. Men også at viden kan formidles uden ord, gennem sansning og perception og via ikke-officielle formidlere. En yngre læge kan således tænkes at lære noget, uanset hvad vedkommende selv oplever. Der kan både forekomme sammenhæng og diskrepans, det lærte kan forstås som såvel formelt som og uformelt, og ikke alt der er tænkt at ville medføre læring, gør det de facto i den virkelige verden.

Projektet har endvidere inddraget uddannelsespolitiske dokumenter fra Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet samt nationale og internationale videnskabelige undersøgelser og evalueringer foretaget indenfor området.

Projektets tidsramme

Projektet har været opdelt i otte delfaser, der forløb fra medio 2002 til ultimo 2006. I år 2002-2003 var der tale om opstart, foranalyse og søsætning samt empirisk undersøgelse via fokusgruppeinterview, observationer og spørgeskemaundersøgelse, samt slutteligt afrapportering. I år 2004-2006 har der været iværksat tilsvarende empiriske undersøgelser samt denne afrapportering. Der planlægges desuden en konference om lægeuddannelse i år 2007.

I denne rapport opsummeres og sammenlignes resultater fra første fire faser i forhold til de sidste tre. I det følgende redegøres for denne afrapporterings metoder og population.

Empirisk materiale

Interviews og observationer på fire indikatorhospitaler

I efteråret 2002 og foråret 2006 blev der foretaget i alt syv fokusgruppeinterview med yngre læger og vejledere som deltagere. Derudover har de været gennemført observationer af og personlige interview med 13 yngre læger på fire af Sundhedsstyrelsen udvalgte indikatorhospitaler i region Nord, Syd og Øst. De udvalgte indikatorhospitaler var universitetshospitalerne i Herlev og Skejby, samt centralsygehusene i Næstved og i Kolding. Endelig har der været gennemført spørgeskemaundersøgelser i 2003 og i 2005.

Hensigten med dette var, at resultater fra interview og observationer skulle bidrage til at kvalificere udformningen af spørgeskemaets temaer, spørgsmål, svarkategorier og i den sidste runde at diskutere resultaterne herfra med lægerne.

Interviewene blev gennemført i oktober, november og december 2002 samt primo 2006. Samlet har der deltaget 22 yngre læger og 15 vejledere⁴. Det blev tilstræbt, at vejledere og yngre læger ikke havde en direkte arbejdsmæssig relation til hinanden, således at eventuelle spændingsforhold de to grupper blev minimeret. Deltagerne var rekrutteret af Sundhedsstyrelsen, og der blev foretaget interview på hvert indikatorhospital. Det blev tilstræbt, at der indgik en ligelig kønsfordeling, en ligelig fordeling af læger fra Østdanmark (Region Øst) og Vestdanmark (Region Syd/Nord) og var repræsentation fra de fire specialegrupper.

Fokusgruppeinterview har den metodiske fordel frem for individuelle interview, at deltagerne gennem diskussion i en gruppe vil komme videre i diskussionen af forskellige synspunkter, end det er muligt i et interview med en enkelt person. Samtidig kan gruppen befordre, at der kommer andre vigtige emner frem, som en interviewer ikke på forhånd mulighed for at forberede sig på. Omvendt kan man risikere, at de interne magtrelationer i gruppen bliver styrende for hvad der bliver talt om og hvordan. Særligt de yngre læger er i afhængighedsforhold og man kan frygte at visse betragtninger om uddannelsen forbliver usagte.

Formålet med interviewene har været at få indsigt i, hvordan lægerne opfattede relationer mellem uddannelse og drift samt den nuværende og den kommende speciallægeuddannelse, herunder forskelle og ligheder i de yngre læger og vejlederes perspektiver. Reformbehovet blev også diskuteret. Interviewene blev optaget på bånd, som efterfølgende blev transskriberet.

⁴ Enkelte af de uddannelsessøgende læger har samtidig fungeret som vejledere for andre yngre læger, men disse informanter har under fokusgruppeinterviewene først og fremmest fungeret som repræsentanter for de uddannelsessøgende læger.

I forbindelse med observationerne blev 13 yngre læger fulgt og observeret på deres arbejdspladser⁵. Observationerne af den enkelte læge varede fem til syv timer. Flere læger er blevet observeret over to arbejdsdage fx i aftenvagt og dagvag. Deltagerne er blevet udtaget ud fra samme principper som angivet vedr. informanterne til fokusgruppesamtaler. Formålet med observationerne var at skabe indsigt i, hvad de yngre læger rent faktisk udførte af arbejde, de uddannelsesvilkår, der var til stede, herunder hvem eller hvad der virkede som de yngre lægers læremestre, hvilke mål, der var styrende for deres praksis, og hvordan de blev evalueret. Der blev videre fokuseret på, hvilke kompetencer, der var relevante for arbejdsområdet, og hvordan disse var relateret til de syv roller.

Observationer er særligt velegnede til at fremhæve forhold som deltagere i en kultur ikke selv registrerer. På den måde virkede observationerne både som empirisk supplement, der understøttede lægernes oplevelser (interview og spørgeskemaundersøgelse), men også som redskab til at indfange "blinde" eller "fortrængte" perspektiver. Observationerne rettede sig imod at registrere lægens færden i tid og rum, aktiviteter samt relationer til patienter og pårørende og til yngre, lige-stillede og ældre læger samt andet sundhedspersonale. Der blev parallelt hermed også foretaget mere fokuserede observationer (Spradley, 1980). I tilknytning til observationerne blev der registreret forhold om de yngre læger (køn, alder, forældres uddannelse/erhverv, anciennitet i afdelingen mv.), omkring arbejdsstedet (hospitalet, antal kolleger, sygdom mv.) samt generelle spørgsmål om uddannelse på afdelingen (brug af vejleder, særlige kursus- og undervisningstilbud, særlige forberedelser af den yngre læge).

Observationer af den enkelte læge blev fulgt op med et interview på op til 1½ times varighed. Her blev lægerne spurgt nærmere om fokusområderne ud fra et princip om, at gå fra det generelle til det specifikke og fra den objektiverende beskrivelse til den mere subjektive og tolkende fremstilling. Således blev spørgsmål, som eksempelvis angik læringsstrategier, stillet på følgende måde: Beskriv hvad der skete? Hvordan gjorde du? Tænkte du noget -i givet fald hvad? Hvor har du lært...? Hvem/hvad har du lært fra?

Observationer er udskrevet, og interviewene blev optaget på bånd og blev transskriberet. Kodningen af dette kvalitative datamateriale blev foretaget ud fra nogle på forhånd fastlagte kriterier. Ønsket var at indfange informationer, der kunne belyse 1) de syv roller, 2) forskellige læringsaspekter og typer af læremestre, 3) fremmende og hæmmende faktorer for læring og 4) formelle og uformelle evalueringsaspekter.

⁵ Deltagerne var rekrutteret gennem kontakt til uddannelsesansvarlige overlæger på de respektive hospitaler i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og forskerne fra DPU.

I forhold til projektets kvalitative datamateriale er der tale om en registreringsform, der kvantitativt dækker langt færre end spørgeskemaundersøgelsens population, men som indholdsmæssigt er meget tættere på lægernes arbejds- og uddannelsespraksis. Ét er fx at spørge de yngre læger, hvem de selv mener, der er deres læremestre. Et andet er at observere disse forhold. Interview og observationer blev således gennemført med henblik på både at skabe muligheder for at kvalificere og nuancere resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, men også at fungere som kontrast og komplementær hertil.

Resultaterne fra interview og observationer indgår i rapporten på forskellige måder. For det første søges at nuancere og kvalificere besvarelserne fra spørgeskemaet, hvilket er gjort ved at indsætte illustrationer fra observationer og interview. For det andet gives resultaterne fra observationer og interview i enkelte afsnit en mere selvstændig rolle. Her præsenteres projektrelevante problemstillinger, som ikke direkte kan belyses gennem en spørgeskemaundersøgelse. For at sikre, at citater og beretninger fra interview og observationer, er anonymiserede, refereres kun til informantens status som yngre læge/vejleder, evt. også til hvilken specialegruppe informanten tilhører, og informantens ansættelsessted.

Spørgeskemaundersøgelse

De to spørgeskemaundersøgelser der blev gennemført i 2003 og 2005, henvendte sig til uddannelsessøgende læger og vejledere. Formålet med spørgeskemaundersøgelserne, der blev udført via telefoninterviews, var at få mere viden om, hvordan de uddannelsessøgende læger og vejlederne oplevede forholdet mellem uddannelse og drift, deres målkendskab i forhold til den aktuelt gældende speciallægeuddannelse samt betingelser for læreprocesser og evaluering under deres arbejds- og uddannelsesforhold. Disse spørgsmål blev blandt andet udviklet på baggrund af resultaterne fra fokusgruppeinterview og observationer.

Via den gennemførte telefonenkette blev der etableret oplysninger om den enkelte læges specialvalg, hvor langt vedkommende var i specialet og forhold vedrørende nuværende og tidligere ansættelser. Der blev stillet spørgsmål vedrørende de uddannelsessøgende lægers dobbeltplacement som både personer under uddannelse og som læger i arbejde. Der blev stillet spørgsmål om lægernes konkrete erfaringer med forskellige uddannelsesforhold som eksempelvis ekspliciterede uddannelsesmål, bed-side vejledning, evalueringssamtaler. Såvel uddannelsessøgende læger som vejledere blev spurgt om, hvad og hvem de uddannelsessøgende lærte og af hvem. Endelig blev kendskabet til reformen, herunder de syv kompetenceroller og en aktuel ønsket vægtning af de syv kompetenceroller, undersøgt. Disse spørgsmål gav indblik i de konkrete rammer, som de uddannelsessøgende læger og vejledere fungerede i. Parallelt hermed blev såvel uddannelsessøgende læger som vejledere stillet en række holdningsprægede spørgsmål omkring forholdet mellem de uddannelsessøgende lægers forventninger og hvorvidt disse blev indfriet.

Det var på forhånd fastlagt, at udgangspunktet for de gennemførte repræsentative enketteundersøgelser, var en stikprøve på 600 besvarelser, som sikrede en omtrentlig fordeling på 80% uddannelsessøgende læger og 20% vejledere og repræsentation af læger ansat i både øst og vest Danmark, samt en bred repræsentation af forskellige specialer. I praksis var udgangspunktet de muligheder for stratificering som Sundhedsstyrelsens lægeregister tilbød, herunder det forhold, at registerets oplysninger om specialer ikke nødvendigvis var ajour. Det blev derfor besluttet, ved hver af undersøgelserne, at udvælge 1800 læger, jævnt fordelt på øst og vest Danmark og at tilnærme fordelingen på uddannelsessøgende læger og vejleder ved at sondre mellem, hvorvidt en person havde eller ikke havde speciallægeanerkendelse. Allerede i udgangspunktet var det forventningen, at denne sondring var hensigtsmæssig men alt for grov og derfor måtte suppleres gennem en screening i starten af hvert telefoninterview.

Det første udtræk fra sundhedsstyrelsens lægeregister blev leveret til det uafhængige analysebureau I&A Research. Med hensyn til det andet udtræk blev det varetaget af det ligeledes uafhængige analysebureau Norstat. Sundhedsstyrelsen har alene modtaget resultater på akkumuleret niveau og har således ikke modtaget resultater, som kunne synliggøre relationen mellem svar og udtræk.

Analysebureauerne konverterede i udgangspunktet lægeregisterets filer til telefonnumre, hvilket ikke lod sig gøre for omkring 20% af individfilerne. Undersøgelsesernes bruttostikprøver bestod dermed af henholdsvis 1.463 og 1341 individfiler. På dette grundlag blev der i perioden 24.4 2003 – 13.05 2003 og 13.12.2005 – 30.12.2005 gennemført henholdsvis 652 og 533 telefoninterviews af analysebureauerne, ved hjælp af Computer Assisted Telephone Interviewing.

Hvert interview blev, som nævnt ovenfor, indledt med et antal screeningsspørgsmål, der både skulle sikre, at man fik fat i den rette og sikre, at pågældende også i praksis var i gang med en speciallægeuddannelse eller fungerede som vejleder for en uddannelsessøgende læge under speciallægeuddannelse. Der blev foretaget op til 15 genopkald pr. telefonnummer. Den endelige datafil blev efter anonymisering overladt til forskergruppen på DPU.

Bruttostikprøverne blev reduceret med henholdsvis 45% og 50% primært på grund af, at en række af de kontaktede læger viste sig hverken at være uddannelsessøgende læger eller vejledere for disse. Hertil kom reduktion på grund af fejlnumre eller mangel på kontakt, jf. tabel 1 (Omskrevet tekst). Af nettostikprøverne opnåedes svar fra omkring 80%, fordi det aldrig lykkedes at få kontakt til 8-9%, og fordi 11-12% ikke ønskede at deltage. En besvarelsesprocent på 80% af nettostikprøven er høj, hvilket underbygger stikprøvens repræsentativitet.

Tabel 1**Bruttostikprøve**

	2005		2003	
	Frekvens	Pct	Frekvens	Pct
Bruttostikprøve	1341	100%	1463	100%
Frascreenet – hverken uddannelsessøgende eller vejledere	521	39%	499	34%
Total		61%		66%
Reelle bruttostikprøve	820	100%	964	100%
Ingen kontakt på nummeret	119	15%	112	12%
Fejlnumre (fax. mv.)	24	3%	44	5%
Total		83%		84%
Netto stikprøve	677	100%	808	100%
Ønskede ikke at deltage	77	11%	97	12%
Rette respondent ikke truffet i interviewperioden	67	10%	59	7%
I alt gennemført interview	533	79%	652	81%

Det oprindelige udtræk giver på to punkter mulighed for at sammenholde fordelingen med fordelingen i de gennemførte interviews. På grundlag af fornavn er hver fil i udtrækket forsynet med køn og på grundlag af det oplyste postnummer er udtrækket opdelt på regioner.

2005					2003				2005		2003	
Tabel 2a. Regioner									+ Udtræk - interview			
	Interview		Udtræk		Interview		Udtræk		Udd	Vejl	Udd	Vejl
	Udd	Vejl	Udd	Vejl	Udd	Vejl	Udd	Vejl				
Hoveds.omr.	35%	34%	39%	39%	41%	42%	46%	44%	4%	5%	4%	2%
Andet	53%	59%	50%	50%	43%	38%	38%	39%	-3%	-9%	-4%	0%
Jylland	12%	7%	12%	11%	16%	20%	16%	17%	0%	4%	0%	-2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
n1=	424	109	1427	358	514	138	1439	360				
Ingen oplysn.	0	0	13	2	0	0	1	0				
n =	0	0	1440	360	514	138	1440	360				

Tabel 2b. Køn												
	Interview		Udtræk		Interview		Udtræk					
	Udd	Vejl	Udd	Vejl	Udd	Vejl	Udd	Vejl				
Mand	41%	71%	44%	72%	45%	66%	48%	70%	3%	2%	3%	4%
Kvinde	59%	29%	56%	28%	55%	34%	52%	30%	-3%	-2%	-3%	-4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
n1=	424	109	1351	356	514	138	1366	357				
Ingen oplysn.	0	0	89	4	0	0	74	3				
n =	0	0	1440	360	514	138	1440	360				

Som det fremgår af tabel 2a er der generelt stor overensstemmelse mellem fordelingen i udtræk-
ket og fordelingen af de interviewede. Der ses dog en tendens til, at

differenten mellem udtræk og interview bliver positiv for Hovedstadsområdet og for Jylland.
Interviewgruppen er dermed overrepræsenteret i Jylland og i Hovedstadsområdet på bekostning
af 'andet'. En tendens der i 2005 er dobbelt så tydelig for vejlederne. Det hænger formentlig
sammen med at de store universitetshospitaler er beliggende netop i Århus og København og at
de som opfyldte de opstillede betingelser for at være uddannelsessøgende eller vejledere derfor
især findes her.

Det fremgår videre af tabel 2b, at både for 2005 og 2003 ses en overrepræsentation af mænd, der
dog er så lille at der ses bort fra denne.

Det var på forhånd fastlagt at etablere stikprøver på 600 besvarelser, som skulle være omtrentlig
fordelt på 80% uddannelsessøgende læger og 20% vejledere. De endelige nettostikprøver blev,
som det fremgår af tabel 2, i den første undersøgelse ca. 10% større end de 600, mens den i den
anden undersøgelse blev 11% lavere. Andelen af uddannelsessøgende læger var henholdsvis 79%
og 80% og der var i begge undersøgelser en bred repræsentation fra forskellige specialer. Derud-

over var der en jævn fordeling på øst og vest Danmark. Specialerne blev i første ombæring grupperet i overensstemmelse med Nerup et al.s gruppering (Nerup et al., 1998). Siden blev grupperingen udvidet med en gruppe for almen medicin; et speciale, som ikke figurerer i Nerup et al. grupperingen. Almenmedicinerne blev inddraget i undersøgelsen, fordi de udgør en væsentlig del af de uddannelsessøgende læger, der omfattes af den reform, som undersøges.

Tabel 2c

Specialegrupper

	Uddannelsessøgende				Vejleder			
	Frekvens	Pct	<i>Frekvens før</i>	Ændring	Frekvens	Pct	<i>Frekvens før</i>	Ændring
Tværgående specialer	53	13	52	1	10	9	19	-9
Medicinske grundspecialer	153	36	190	-38	40	35	53	13
Kirurgiske grundspecialer	117	28	172	-55	62	54	66	-4
Almen medicin	101	24	100	1	3	3	0	3
Total	424	101	514		115*	101	138	
Antal respondenter	424	100%			105	100%		

Heraf er 255 på 2003-ordning

* 10 vejledere angiver at have mere end et speciale

Uddannelsessøgende læger indenfor det almenmedicinske speciale sigter i reglen mod at blive praktiserende læger og dermed ikke mod en hospitalsansættelse. Videre er deres uddannelse sammensat på en sådan måde, at de i højere grad bevæger sig på tværs af de forskellige specialer, end det er tilfældet for de uddannelsessøgende læger indenfor de øvrige specialer. Uddannelseskulturelt indebærer det, at de i højere grad er på en given afdeling midlertidigt, hvilket må forventes at påvirke såvel disse uddannelsessøgende læger som afdelingslægenes tilgange. Disse indholdsmæssige betragtninger accentueres af, at gruppen er så stor, jf. tabel 2c. I tabel 3 vises fordelingen af de uddannelsessøgende, i den anvendte stikprøve.

Tabel 3

Fordeling i den anvendte stikprøve

	Uddannelsessøgende	
	Stikprøven pct	Nerup et al. Pct
Tværgående specialer	12,50	9,70
Medicinske grundspecialer	36,08	23,82
Kirurgiske grundspecialer	27,59	27,60
Almen medicin	23,82	38,88
Total	99,99	100%

Det er tidligere anført, at hvert telefoninterview indledtes med spørgsmål, som sigtede på en screening, der bl.a. skulle justere den grovere indkredsning i det oprindelige udtræk. Heri lå naturligvis også, at forholdet mellem det oprindelige udtræk og nettostikprøven ikke kunne betragtes som en traditionel frafaldsproblematik.

Forskerteam

Projektet er et samarbejdsprojekt mellem Sundhedsstyrelsen og Forskningsprogrammet vedrørende Miljø- og Sundhedspædagogik på DPU. Det blev gennemført af en forskergruppe på DPU: ph.d.-studerende Bettina Bach (1. delrapport); lektor, ph.d., projektleder Martin Bayer; lektor, ph.d. Ulf Brinkkjær; forskningsassistent, ph.d., Marianne Høyen (2. delrapport); lektor, ph.d., projektleder Kristian Larsen; forskningsassistent, cand. mag. Inge Pallesen (1. delrapport), ph.d.-studerende Charlotte Aabye Munck (2. delrapport), stud. mag. Pernille Dehn (2. delrapport); ph.d.-studerende Niels Sandholm Larsen (2. delrapport).

Specialkonsulent m.ed., Carsten Hering Nielsen fra CEPOME har kommenteret rapporten.

Referencegruppe

Der har været nedsat en referencegruppe bestående af:

Knut Aspegren, afdelingslæge, professor, Sundhedsstyrelsen, indtil 1. december 2003

Karsten Bech, kontorchef, overlæge, dr.med. MPA, Sundhedsstyrelsen, indtil 1. december 2003

Henning Beck, lægekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Eva Hammershøj, kontorchef, Sundhedsstyrelsen, fra 2004

Marit Bucarella, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen indtil 31. december 2004

Bjarne Bruun Jensen, professor, programleder, DPU

Hanne Christensen, afdelingslæge, indtil 1. juli 2003

Katarina Klaren, fuldmægtig, indtil 1. september 2002

Inge Pallesen, pædagogisk konsulent, Sundhedsstyrelsen, indtil 1. september 2003

Ekspertpanel

Der har været nedsat et ekspertpanel, der skulle give forskerteamet sparring og inspirere til fortolkningen af projektets resultater undervejs. Ekspertpanelet bestod af:

Morten Christy, centerchef

Johannes Gaub, cheflæge, Vejle Sygehus

Steinar Kvale, professor, Århus Universitet

Sverker Lindblad, professor, Uppsala Universitet

Steen Olesen, kursusreservelæge, FAYL

Lars-Henrik Schmidt, professor, rektor, DPU

Kapitel 4 - Speciallæger som gruppe og som profession

I dette kapitel redegøres for, hvordan de yngre læger og vejledere kan beskrives som en profession, der har fællestræk med andre professioner, men som samtidig er forskellig fra disse. Der tages udgangspunkt i, at denne forskellighed fra andre professioner samt indenfor den lægelige profession øver indflydelse på, hvordan spørgsmål vedrørende uddannelsesaktiviteter tænkes og praktiseres. Hensigten er at lave en kortlægning af professionspopulationen, og her gøres rede for de yngre læger og vejlederes alder og anciennitet samt deres geografiske rekruttering, som sammenlignes med bopælsstatus. Videre indkredses lægerne som social gruppe gennem en analyse af deres besvarelser på en række baggrundsvARIABLE.

Forskelle mellem og forskelle indenfor professioner

Flere studier peger på sammenhænge mellem de praktikker, som professionen fordrer af den enkelte professionsudøver og de måder, hvorpå den enkelte lever sit øvrige liv (bl.a. Bourdieu, 1986). Derved kan man tale om, at en given profession og dens professionsudøvere er forskellige fra andre professioner og disses udøvere. Der kan således indenfor en given profession eksistere særlige måder, hvorpå man kan forholde sig til et begreb som eksempelvis ”uddannelse”. Det kan bl.a. forklares med, at en given profession tiltrækker personer, som har en række fælles dispositioner for at indgå i netop denne profession, hvorfor kulturelle forhold indenfor professionen typisk vil harmonere med den kultur, professionsudøveren repræsenterer. Måden, hvorpå professionsudøveren fortolker spørgsmål vedrørende uddannelse, må derfor ses i sammenhæng med professionsudøverens præferencer i forhold til eksempelvis fritidsinteresser, partner, antal af børn etc. Læger distingverer sig altså ikke blot fra andre professioner i kraft af, at de gennem deres arbejde udøver forskellige praktikker, men også i kraft af deres egen forståelse af, hvad det vil sige at være læge, og hvordan man tilegner sig de kundskaber, som den lægelige professionspraksis fordrer. Ændringer i rekrutteringen til speciallægeuddannelsen kan man derfor forvente afspejlet sig i andre forhold, knyttet til personer på denne uddannelse.

Videre er der indenfor en given profession forskellige variationer af ovenstående. Det betyder, at specialer ikke blot adskiller sig fra hinanden i kraft af deres forskellige genstandsfelter og praktikker, men at disse praktikker og det enkelte speciales historiske indlejring, status, rekruttering m.v. øver indflydelse på, hvilken forståelse det enkelte speciale har og kan have af forskellige former for uddannelsesrelaterede forhold. Det kan eksempelvis betyde, at det forhold at et speciales praktikker er forskellige fra andre specialers praktikker samtidig korresponderer med dette speciales opfattelse af, hvad viden er, hvordan man tilegner sig denne viden, og hvordan denne viden evalueres. Der er med andre ord tale om, at der i specialerne er indlejret en kulturel forståelse, som ligger udenfor de formelle krav til målbeskrivelser, lærings- og evalueringsstrategier. Disse forhold har videre en betydning for, hvilke turnuslæger de enkelte specialer tiltrækker, og hvilke

specialer turnuslægen bliver tiltrukket af. Et eksempel på dette er Pierre Bourdieus studium af professorer på de medicinske fakulteter i Paris (Bourdieu, 1996). Dette studie viser, at der er en sammenhæng mellem professorernes sociale og kulturelle baggrund og deres valg af specialisering: De medicinske professorer, som primært er beskæftiget med og orienteret mod videnskabelige praktikker, har vid udstrækning har forældre, som har en mellemlang, kort eller slet ingen videregående uddannelse. Heroverfor står, at de medicinske professorer, som primært er knyttet til klinikken, i vid udstrækning kommer fra familier, hvor den ene eller begge forældre har en mellemlang eller lang videregående uddannelse, ligesom der i højere grad er flere medlemmer i familien, der har taget en uddannelse som læge.

Det giver således mening at studere de yngre læger og vejlederes baggrundsvariable, hvis man vil nå til en forståelse for disse gruppers måde at forholde sig til spørgsmål, som angår deres profession, herunder uddannelsesforhold. Det er med dette udgangspunkt, at forhold vedrørende lægernes alder, geografiske placeringer, personlig årsindkomst, ægteskabelige status, samlever/ægtefælles uddannelsesmæssige baggrund, forældres uddannelse, etnisk baggrund, forbrug af tv etc. præsenteres her.

Lægernes alder samt kandidat- og turnusanciennitet

Den gruppe af yngre læger, som indgik i de to runder af undersøgelser⁶, spændte aldersmæssigt relativt bredt. Hvor de yngste yngre læger i undersøgelsen var omkring 28 år, var de ældste var over 50 år, men 60% befandt sig i intervallet 35 år - 44år. Ikke overraskende var vejledergruppe noget ældre, blandt disse er over halvdelen mellem 45 år og 54 år.

Tabel 3 - Yngre lægers og vejlederes alder

	Yngre læger samlet antal: 938 Pct	Vejledere samlet antal: 246 Pct
25 år - 29 år	2	0
30 år - 34 år	30	0
35 år - 39 år	37	3
40 år - 44 år	23	15
45 år - 49 år	6	32
50 år - 54 år	1	24
55 år - 59 år	0	17
60 år - 64 år	0	7
65 år - 70 år	0	1
Ubesvaret	1	1
Total	100	100

⁶ Da reformen ikke har påvirket de baggrundsvariable, som er i fokus i dette kapitel, er de to datasæt her lagt sammen til ét samlet datasæt.

Rekruttering til en profession

I forbindelse med det efterhånden gamle studium af læger og universiteternes øvrige professionsfaggrupper, dvs. præster og advokater, peger P. Slot Carlsen (Sloth Carlsen, 1981) bl.a. på, at adgang til professionerne foregik lettere, hvis ens far var del af professionen, og hvis man var født tæt på hovedstaden. I første rapport (Bach, Bayer, Brinkkjær, Larsen, & Pallesen, 2004) redegjorde vi for, hvorledes det på en række punkter fortsat så ud til at være en tendens. Rapporten pegede dog samtidig på, at billedet lagt fra var så entydigt, som Carlsens studie umiddelbart kan give indtryk af. Det interessante i denne sammenhæng er derfor at undersøge, i hvilket omfang og på hvilke måder Carlsens nu gamle beskrivelse, stadig har relevans.

Geografisk rekruttering

Tabel 6 viser, at hovedparten af de yngre læger rekrutteres i Jylland og fra HT-området. Det fremgår videre at vægten på Jylland er størst.

Tabel 4 - De yngre lægers bopæl	
	Yngre læger samlet antal: 938 Pct
HT-området	39%
Jylland	47%
Øerne i øvrigt	14%
Total	100%

Den regionale fordeling af informanterne i undersøgelsen peger først og fremmest på, hvor i landet de yngre læger har kunnet få relevant beskæftigelse. Hvorvidt beskæftigelse i f.eks. hovedstadsregionen kan betragtes som et privilegium kræver yderligere analyse, jf. nedenfor. Er Carlsens betragtninger relevante for gruppen af læger i dag, er det interessant at undersøge, hvorvidt de yngre lægers voksenbopæl hænger sammen med en *oprindelse* i hovedstadsregionen.

Det fremgår af tabel 5, at 27% af de adspurgte yngre læger var tilknyttet hovedstadsregionen, da de i sin tid startede i skole. Af disse boede 21 procentpoint, hvilket er mere end $\frac{3}{4}$, i København på undersøgelsestidspunktet. Der ses således en tydelig tendens til at opvækst i hovedstadsregionen hænger sammen med bopæl og formentlig også arbejde i hovedstadsregionen. En tilsvarende tendens ses for opvækst og bopæl i Jylland, hvor 40% er vokset op i Jylland og af disse har mere end $\frac{3}{4}$ i dag bopæl og formentlig job i Jylland.

Samlet gælder det således, at over halvdelen bor og formentlig arbejder i samme region, som den de i sin tid er vokset op i.

Tabel 5 - Region og bopæl ved skolestart

	Bopæl ved skolestart					Total
	HT-området	Jylland	Øerne i øvrigt	Udenfor Danmark	Kan ikke huske	
	Antal: 256	Antal: 377	Antal: 123	Antal: 129	Antal: 53	Antal: 938
Bopælsregion	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
HT-området	21	6	5	5	2	39
Jylland	3	31	4	6	3	47
Andre steder	3	3	5	2	1	14
Total	27	40	13	14	6	100

Disse resultater fortæller ikke i sig selv, at en arbejdsplads i en bestemt region fx København repræsenterer et privilegium. Resultatet fortæller imidlertid, at såfremt den yngre læge er beskæftiget i Jylland hhv. i hovedstadsregionen, er der ganske stor chance for, at vedkommende tillige er vokset op i samme region. Af det samlede materiale var det mere end halvdelen af de yngre læger, der var opvokset i den region, hvor de havde bopæl og professionelt virke.

Som det fremgår af tabel 5, findes en parallel tendens for udenfor HT-området og Jylland. Den primære rekruttering til 'andre steder' foregik blandt yngre læger, der ved starten af deres skolegang boede på 'Øerne i øvrigt'. Der findes i hele landet en generel tendens til, at størsteparten af en given regions yngre læger havde oprindelse i samme region. Denne tendens var klart tydeligere i hovedstadsregionen og i Jylland.

Sandsynligheden for, at en bestemt yngre læge opnår relevant beskæftigelse *udenfor* sin oprindelsesregion er klart størst for den del af gruppen, som er 'Andre steder', hvilket, med Odense Universitetshospital som en undtagelse, vil sige på mindre og mindre centralt placerede sygehuse.

Sammenlignes disse oplysninger med en undersøgelse af juristers rekruttering til bl.a. retssystemet (Hammerslev, 2003), kan man se, at den lokale rekruttering af yngre læger er særdeles høj. Også blandt juristerne finder en markant lokal rekruttering sted, der dog er tydeligt mindre end den her påviste vedrørende speciallæger. En forskel, der formentlig hænger sammen med, at den statusmæssige top i juristers hierarki, nemlig Højesteret, befinder sig i København og kun her.

Heroverfor kan argumenteres, at den statusmæssige top indenfor hospitalssystemet er mere åben for lokale interpretationer og sympatier, idet der findes et universitetshospital i hver af landets tre store regioner.

En forsigtig vurdering af, hvad der mere generelt kan udpeges som statusbærende positioner indenfor systemet, antydes af, at den lokale rekruttering til 'andre steder' var markant lavere end tilfældet var i Jylland og HT-området.

Specialegruppernes variation i geografisk rekruttering

Uddannelsesstillinger indenfor de forskellige specialer findes ikke alle steder i landet og er dermed ikke jævnt fordelt på regionerne. Sådanne skævheder kan neutraliseres ved at se på den geografiske rekruttering indenfor hver specialegruppe. I tabel 6 opdeles specialegrupperne på aktuel bopæl. Det fremgår her, at særligt gruppen af yngre læger indenfor det almenmedicinske speciale afveg fra den totale fordeling, således at gruppen var svagere repræsenteret i HT-området og stærkere repræsenteret Andre steder. Tabellen fortæller imidlertid også, at der var relativt mange yngre læger indenfor de kirurgiske specialer i hovedstadsområdet.

Tabel 6 - Region fordelt på specialegrupper

	Tværgående	Medicinske	Kirurgiske	Almen medicin	Total
	Antal: 105	Antal: 342	Antal: 290	Antal: 201	Antal: 938
	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
HT-området	45	40	41	29	39
Jylland	49	43	47	54	47
Andre steder	7	16	12	17	14
Total	100	100	100	100	100

Det fremgår af tabel 7, at hovedtendensen fra tabel 5 gentager sig indenfor alle de tre specialegrupper. Især i hovedstadsregionen og i Jylland blev der overvejende rekrutteret personer, der var vokset op i samme region. Der er variationer specialegrupper imellem, men det samlede billede fortæller om stor grad af regional reproduktion indenfor speciallægeerhvervet.

Tabel 7 - Specialgrupper opdelt på regioner

	HT-området	Jylland	Øerne i øvrigt	Udenfor DK	Kan ikke huske	Total
Region og bopæl ved skolestart - Tværgående specialer						
	Antal: 34	Antal: 35	Antal: 16	Antal: 13	Antal: 7	Antal: 105
	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
HT-området	24	7	8	5	2	45
Jylland	8	27	2	8	5	49
Øerne i øvrigt	1	0	6	0	0	7
Total	32	33	15	12	7	100
Region og bopæl ved skolestart - Medicinske specialer						
	Antal: 94	Antal: 127	Antal: 45	Antal: 55	Antal: 21	Antal: 342
	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
HT-området	22	6	4	6	2	40
Jylland	2	28	4	6	3	43
Øerne i øvrigt	3	3	5	4	1	16
Total	27	37	13	16	6	100
Region og bopæl ved skolestart - Kirurgiske specialer						
	Antal: 78	Antal: 115	Antal: 36	Antal: 49	Antal: 12	Antal: 290
	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
HT-området	21	6	5	7	2	41
Jylland	3	30	4	8	2	47
Øerne i øvrigt	2	4	3	2	1	12
Total	27	40	12	17	4	100
Region og bopæl ved skolestart - Almen Medicin						
	Antal: 50	Antal: 100	Antal: 26	Antal: 12	Antal: 13	Antal: 201
	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct	Pct
HT-området	17	5	3	1	2	29
Jylland	3	42	2	4	3	54
Øerne i øvrigt	5	3	7	1	1	17
Total	25	50	13	6	6	100

Stor social inerti og rekruttering fra ikke-boglige miljøer

Studier har vist, at en generations anvendelse af uddannelsessystemet hænger sammen med den brug, som tidligere generationer i samme familier, har gjort af systemet (Hansen, 1995; Hansen, 2002). Det betyder, at man på universitetet kan finde en stor del studerende, hvis forældre har en lang videregående uddannelse. De yngre læger kan, som det fremgår af tabel 8, bekræfte denne tendens. For 11% af de yngre læger var begge forældre akademisk uddannede, og for yderligere henholdsvis 29% og 2% var *enten far eller* mor akademisk uddannet. Samlet havde 42% således en eller to akademiske uddannede forældre. Det tilsvarende tal for jurister er 28% (Hammerslev, 2003), så sammenlignet med et andet af de klassiske professionsfag bliver de yngre læger i høj grad rekrutteret blandt akademikerbørn.

Tabel 8 - Forældres længste uddannelse

	Mor	Far
	Antal: 938	Antal: 938
	Pct	Pct
To akademisk uddannede forældre	11	11
En akademisk uddannet forældre	2	29
Mellemlang uddannet	41	22
To Faglærte/Udlærte/Ufaglærte forældre	27	27
En Faglært/Udlært/Ufaglært forældre	17	9
Andet/Ubesvaret	2	2
Total	100	100

Tendensen kan beskrives mere præcist ved at undersøge, i hvilket omfang lægeerhvervet anvendes af bestemte *familier* som uddannelses-, arbejds- og karrierestrategi. Herom oplyses i første linje af tabel 9, at 23%, dvs. næsten hver fjerde af de yngre læger kom fra familier, der havde en eller flere læger i de tidligere generationer. Hammerslev beregner det tilsvarende tal for jurister til 16%.

Tabel 9 - Læger blandt forældre, bedste- eller oldeforældre ?

	Antal: 938
	Pct
Ja - Læger blandt forældre, bedste- eller oldeforældre	23
Nej - Ingen læger blandt forældre, bedste- eller oldeforældre	77
Ubesvaret	0
Total	100

Hertil kommer, som det fremgår af tabel 10, at 14% havde søskende, der var eller var ved at blive læger. De bagvedliggende data kan fortælle, at 10% af populationen har læger både blandt tidligere generationer og blandt søskende. Heraf følger indirekte at 27% (23% + 14% - 10%), dvs. mere end hver fjerde af populationen har læger i familien blandt tidligere generationer og/eller blandt søskende.

Tabel 10 - Læger eller kommende læger blandt søskende?

	Antal: 938
	Pct
Ja - Søskende indenfor medicin	14
Nej -Ingen søskende indenfor medicin	77
Ubesvaret	9
Total	100

Der er således tydelige tendenser til, at rekrutteringen til speciallægeuddannelsen udviser en høj grad af *familiaritet* og dermed også *social inert*i, hvilket vidner om, at lægeuddannelsen for en række familier anvendes generation efter generation. Det hører dog med til billedet, at andre 27% jf. tabel 10 af de yngre læger var rekrutteret fra hjem med to faglærte/udlærte/ufaglærte forældre. Dette tal ligger markant højere end de 13%, som Hammerslev beregner for jurister, om end beregningerne ikke er fuldstændigt identiske.

Samlet kan man sige, at speciallægeuddannelsen i højere grad rekrutterede i 'enderne' af den sociale struktur, når denne skitseres på baggrund af uddannelsesniveau. Der findes en høj af rekruttering blandt 'lægefamilier', og generelt blandt akademiske familier, *samtidig med* at en ganske stor gruppe rekrutteres blandt familier, uden formel erfaring med boglig uddannelse.

Det har længe været diskuteret både i medierne og i f.eks. Sundhedsstyrelsens lægeprognoser, at rekruttering til medicinstudiet og dermed efterhånden også til speciallægeuddannelsen i stigende grad omfatter kvinder. Jf ovenstående er det ikke alene den kønsmæssige rekruttering som er i bevægelse. Det gælder tillige for den sociale rekruttering.

Kapitel 5 - Uddannelse og drift

I langt den største del af deres uddannelse indgår de kommende speciallæger i mesterlærelignende forløb på arbejdspladsen. Som arbejdspladser fungerer hospitalerne med en vis produktionsorientering, i og med patienter skal undersøges og behandles ud fra bestemte økonomiske, politiske og organisatoriske forudsætninger. Et studium af speciallægeuddannelsen må derfor fokusere på, hvordan arbejdspladsens og uddannelsens logikker relaterer sig til hinanden. Nok er uddannelse og drift forskelligartede fænomener, men der kan peges på både overensstemmelse og modsætninger mellem de områder, uddannelsen og driften retter sig imod. Dette aspekt belyses i det følgende.

Speciallægeuddannelse fungerer overordnet som produktionsdrevet

Helt overordnet er uddannelsen af de kommende speciallæger organiseret ud fra en produktionslogik. Det var gældende før reformen, og det er gældende efterfølgende. Derfor kan der kun spores mindre, gennemgribende forandringer af uddannelsesforløbet i den tidsperiode, undersøgelsen har dækket. For så vidt at man kan tale om en effekt af reformen, har denne især haft nedslag blandt vejlederne, men stort set ikke blandt de yngre læger.

Selve den uddannelsesstruktur, som er etableret og som fungerer som ramme om uddannelsen, bliver underlagt andre strukturer, særligt den overgribende produktionslogik.

Dette forhold vil blive analyseret i det følgende, og diskuteret teoretisk i kapitel 8.

Lægernes opfattelser af uddannelse og drift

De yngre læger oplever helt overvejende, dvs. 88 %, at det til dagligt handler om drift – mens at uddannelse ligger mellem linjerne, jf. tabel 11. Dette er stort set uændret efter reformen, hvilket underbygges af vores observationer og de efterfølgende interview samt af fokusgruppeinterview.

En yngre læge inden for øre-, næse- halsspecialet siger således:

”Jeg kan ikke give mange eksempler på, at det er uddannelse, der kommer først. Det er altid driftsstyret. Uddannelse bliver da forsøgt tænkt ind, når man sidder om eftermiddagen og skal planlægge det. Men hvis det kommer til et spørgsmål om, hvad man kan nå, så er uddannelse ikke et emne. Det er drift. (...) Det er ikke uvilje, men manglende tid.”

Imidlertid fremgår det også, at reformens centrale aktører, vejlederne, i langt højere grad oplever at uddannelse er blevet nærværende i dagligdagen på hospitalerne. Før reformen svarede vejlederne omtrent som de yngre læger, at det var driften der fyldte mest. Men efter reformen var dette tal faldet til 77 % og en større gruppe af vejlederne angav at det var ”forkert”.

Så nok er den generelle oplevelse, at det grundlæggende er driften, der sætter dagsordenen for virksomheden, og at uddannelse er sekundær. Men der kan spores en mindre ændring hos gruppen af vejledere i retning af at uddannelse i dag er mere nærværende.

Tabel 11 - Til dagligt handler det mest om drift - uddannelse ligger ligesom mellem linierne. Synes du der er ...?

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før*	Ændring Pct-points	Antal	Pct efter	Pct før*	Ændring Pct-points
Meget rigtigt	131	31	32	1	28	27	33	6
Rigtigt	136	32	34	2	32	30	29	-1
Delvist rigtigt	105	25	22	-3	21	20	27	7
Forkert	49	12	11	-1	22	21	9	-12
Ved ikke	3	1	1	0	2	2	2	0
Total	424	100	100		105	100	100	

* - Antallet af speciallæger i 1.delrapport var 514 og antallet af vejledere var 138.

Det fremhæves også at speciallægeuddannelsen nødvendigvis må struktureres mere, underforstået mere end den har været tidligere. Her formulerer en overlæge indenfor det kirurgiske område følgende:

”Første gang jeg var på en ortopædkirurgisk afdeling var i 1982. Det var den stor afdeling, der var amputationer og lidt håndkirurgi på børn, ikke noget med hofter osv. I dag er der en kæmpeproduktion, og derfor er man nødt til at sætte indlæringen i system, hvis der er nogen der skal lære noget. Dengang blandede man det hele sammen, i det er man nærmest tvunget til at gøre noget andet af nød og sige ’nu underviser jeg’, sådan er det nødt til at være”

Når besvarelserne i tabel 12, efter reformen, opdeles på de fire specialeområder ser man at særligt de yngre læger indenfor almen praksis området oplever at det til daglig handler mest om drift. Her responderer 43% at dette er ’meget rigtigt’, mens det for de tværgående og de kirurgiske specialer kun er henholdsvis 25% og 24%.

Denne speciallægegruppe oplever tillige, at de ikke bliver taget så alvorligt på hospitalsafdelingerne, måske fordi de ikke ”hører til” som del af specialafdelingerne på hospitalerne.

Tabel 12 - Til dagligt handler det mest om drift - uddannelse ligger ligesom mellem linierne. Synes du det er...?

	Meget rigtigt		Rigtigt		Delvist rigtigt		Forkert		Ved ikke (læs ikke op)		Total	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Tværgående	13	25	20	38	12	23	7	13	1	2	53	100
Medicinsk	44	29	51	33	41	27	16	10	1	1	153	100
Kirurgisk	31	26	44	38	28	24	14	12	0	0	117	100
Almen	43	43	21	21	24	24	12	12	1	1	101	100
	131		136		105		49		3		424	

I et lignende spørgsmål om drift og uddannelse svarer respondenterne nogenlunde ens før og efter reformen. Før reformen oplevede henholdsvis 8%, 16% og 32% af de yngre læger, at det var 'meget rigtigt', 'rigtigt' eller 'delvis rigtigt', at vægten mellem drift og uddannelse var fifty-fifty. Efter reformen registreres en mindre forskydning jf. tabel 13. Men stadig op mod halvdelen, dvs. henholdsvis 43% og 42%, svarer 'forkert' til dette spørgsmål.

Tabel 13 - Vægten mellem drift og uddannelse er fifty-fifty - Synes du det er ...?

	Yngre læger			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Meget rigtigt	45	11	8	-3
Rigtigt	69	16	16	0
Delvist rigtigt	122	29	32	3
Forkert	176	42	43	1
Ved ikke	12	3	1	-2
Total	424	100	100	

Sammenfattede oplever både de yngre læger og vejledere, at drift dominerer uddannelsen.

Af observationer og interview fremgik nuanceringer af dette. Det kunne dreje sig om forskellige typer af personer, 'kemi' mellem yngre læge og vejleder, typer af afdelinger, typer af specialer, tidspunkt i uddannelsesforløbet, samt typer af hospitaler som omdrejningspunkter for analyse af dette spændingsfelt mellem drift og uddannelse.

Mange aktiviteter såsom undersøgelser eller behandlinger af patienter kan gennemføres mere sikkert og hurtigt af de erfarne læger. Det fremgår, at når de yngre læger i uddannelsesmiljøet har en vis 'kemi' i samspillet med de ældre læger, eller de har den 'rette attitude', så kan de få adgang til flere lærerige situationer, og de kan 'få lov' til at udføre flere arbejdsopgaver under supervision.

En læge inden for et kirurgisk speciale siger således om sig selv som 'uddannelsesgivende læge':

"Det er jo netop et spørgsmål, om at man skal have lyst til at hjælpe en. Altså skal man have lyst til at hjælpe en yngre, man skal have lyst til at hjælpe, undervise en yngre kollega. Altså, man påtager sig et arbejde, man i virkeligheden ikke behøves. For i virkeligheden kunne man jo bare, hvad kan man sige, bare operere lortet selv. Hvis man skal lave en undervisningssituation, så påtager man sig i virkeligheden en opgave, som man godt nok er forpligtet i sin kontakt og sådan. Men det er ikke noget, man sådan i dagligdagen er superforpligtet til. Så hvis man skal etablere sådan et mesterlæreforhold, så letter det meget, at man har en ordentlig relation til hinanden og hvis man skal lære de sværere ting, så skal det også være vedvarende. Så skal de ligesom synes det er én vi tror at vi kan lære op til en af de store svære operationer. Altså, det tager jo et halvt år til et år, at lære de større ting sådan. Og så er det meget vigtigt at man har relationerne".

Der synes i vores empiriske materiale at være tendens til at særligt de yngre læger oplever at universitetshospitaler er mere uddannelsesorienterede end mindre provins- og centralsygehuse. En læge med hoveduddannelse i endokrinologi siger følgende om forskelle mellem hospitalerne;

”Før var jeg på et centralsygehus. Der var det ren drift. Nu er jeg på en universitetsafdeling og der fungerer det i det store og hele godt. Det er mest arbejdsgiverne, der har interesse i at få os ud på et centralsygehus. Det er ikke noget, man gør for vores uddannelses skyld”

Tilsvarende opleves uddannelse, jf. tabel 12, i lidt højere grad prioriteret indenfor de tværgående medicinske end for de almene praksisområder, lige som det fremgår også at inden for visse specialer/afdelinger har man mere fokus på uddannelse end inden for andre. Nogle af de yngre læger påpeger også at der stadig er dårlige uddannelsesafdelinger eller ’skodafdelinger’, fx hvor man ved konferencerne er ’hårde ved hinanden’ eller ’man bekæmper hinanden’. Den type viden formidles i de yngre lægers netværk af venner, gamle studiekammerater og indenfor specialerne. Det fremhæves af flere at de yngre læger, at det på en måde er ’købers marked’ på den måde, at der er efterspørgsel efter de yngre så de vil fravælge specialer og afdelinger, hvor man ikke behandler dem godt, ’ikke får lov til noget’ eller hvor man ikke lærer noget. De yngre læger siger fx følgende herom:

”De dårlige afdelinger kan få svært ved at rekruttere folk. Det gider folk ikke mere, at man råbes af, det gider man simpelthen ikke mere”

”Du kan få det som du vil. I dag skal man ikke finde sig i at blive kostet rundt af professoren”

”Det er en kæmpefordel at det er afdelingerne der skal ’holde på de gode”

Dette med hvordan en uddannelses prioriteres, henføres ofte til ’kulturen’, der ofte opleves som båret af ’ildsjæle’ i form af enkeltpersoner såsom uddannelsesansvarlige eller overlæger med interesse for uddannelse. Her formulerer en yngre læge på plastikkirurgisk afdeling følgende om kirurgi i forhold til medicinske afdelinger:

”På kirurgiske afdelinger fornemmer jeg, at det er produktivitet frem for alt. Uddannelse er klart nedprioriteret i forhold til uddannelse. () Og hvis der er en operationsprogram på fire operationer, så er der altså ikke plads til, at jeg kan stå og fedte i fire timer, når overlægen kunne lave det på to”

Men det fremgår også af det empiriske materiale, at der gøres mange anstrengelser for at få uddannelse mere frem som en dimension i lægernes arbejdsdag. Således er der etableret en række nye pædagogiske initiativer på det institutionelle og organisatoriske niveau fx ved ansættelse af kliniske lektorer, udvikling af nye uddannelsesplaner, målbeskrivelser mv. Der iværksættes fx tiltag mhp. at optimere muligheder for at de yngre læger kan udvikle deres kompetencer. Et eksempel herpå er at en mindre erfaren får længere tid til at udføre visse typer af arbejdsopgaver. En yngre læge, reumatologi, fortæller om sine erfaringer:

”Når man lige er startet i et hoveduddannelsesforløb, kræver det mere tid. Derfor havde jeg ikke 20 minutter til kontrol, men faktisk en halv time. Og til en nyhenvist, der fik man ikke 40 men derimod 60 minutter”

Forholdet mellem rutine- og nye opgaver

Det er oplagt at man kan lære af at udføre rutineopgaver, og at en læreproces kræver, at man udfører arbejde, hvor man fagligt føler sig på sikker grund. Spørgsmål om hvorvidt de yngre lægers arbejde især består af ’rutineopgaver’ eller af ’nye opgaver’ ses som indikator på, hvorvidt lægerne udfordres i deres uddannelsesperiode, herunder hvorvidt de indgår perifert eller centralt i det faglige miljø og arbejdsdelingen.

En yngre læge fra et kirurgisk speciale siger om rutinearbejde:

”Man lærer ikke rigtigt noget af at ’skrive medicin ind’ eller at ’opdatere deres medicinlister’ på computeren, det er rutinearbejde man ikke rigtigt lærer noget fagligt af.. og jo mere man laver af det, jo mindre lærer man fagligt () Hvis man ikke holder sig til, så kan man gå et helt år og bare lave ting af den slags () man når måske ikke engang en operationsdag om ugen eller måske kun en operationsdag hver anden uge.. så ryger den der egentlige oplæring, det er det første der ryger”

På spørgsmålene fremgår det at 55% af de yngre læger oprindeligt beskrev deres arbejde som ’især rutineopgaver’, mens dette tal er faldet til 46% efter reformen. Der ses et tilsvarende mønster når vejlederne responderer på det samme spørgsmål. Her var tallene før reformen 59% og efter reformen 54%, jf. tabel 15. Dette indikerer at der udføres færre rutineopgaver blandt de yngre læger, men dette bekræftes ikke af at flere mener at de udfører ’nye opgaver’. Derimod angiver relativt mange respondenter, både blandt yngre læger og vejledere, særligt efter reformen (henholdsvis 22% og 21%), at de ’ikke kan vurdere’ dette. Man kan muligvis se denne øgede tendens til ikke at kunne vurdere dette, er en slags strukturel effekt af uddannelsesreformen. Med øget pædagogisk indsigt bliver det sværere at adskille skarpt mellem ’rutineopgaver’ og ’nye opgaver’. Samlet set kan faldet i antal af ’rutineopgaver’ ses som et udtryk for nogle forskydninger hvad yngre læger udfører af arbejdsopgaver og som sådan tolkes som en indikator på at reformen har medført øget uddannelsesopmærksomhed.

Tabel 14 - Består den yngre læges arbejde især af ’rutineopgaver’ eller af ’nye opgaver’?

	Yngre læger				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring Pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring Pct-points
Rutineopgaver	195	46	55	9	57	54	59	5
Nye opgaver	134	32	34	2	26	25	28	3
Kan ikke vurdere	95	22	11	-11	22	21	13	-8
Total	424	100	100		105	100	100	

Ved observationerne fremgik det, at de yngre læger stort set altid blev sat på vagtplanen, og at det var denne vagtplan der organiserede, hvad de skulle og kunne komme til at møde af arbejdsopgaver og faglige udfordringer. Ud over en række andre personlige, speciemæssige eller kulturelle forhold, der gør sig gældende, fremgik det også at særligt de som skal være speciallæger indenfor det område hvor praktikken varetages, prioriteres i forhold til udførelse af interessante, nye, særlige eller spektakulære arbejdsopgaver. Dette er en orientering både hos den yngre læge og i uddannelsesmiljøet som helhed.

Nærværet af det driftmæssige og udførelse af rutineopgaver kan også bekræftes gennem det forhold, at kun 27% af de yngre læger svarede bekræftende på spørgsmålet om, at de dagligt mødte opgaver, der overraskede dem positivt, jf. tabel 15. De fleste, dvs. 54%, anførte, at dette kun skete indenfor den sidste uge, mens relativt mange, dvs. 13%, påpegede, at det skete hver måned og 4% mente, at det skete sjældnere. Lidt flere af de kommende speciallæger end før angiver således, at de "dagligt" oplever at de møder opgaver som overrasker positivt. Denne lille forskydning sker på bekostning af respondenter der markerede ved 'hver uge' og ved 'hver måned'.

Tabel 15 - Hvor tit møder du en yngre læge opgaver, som overrasker positivt?

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring Pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Dagligt	115	27	23	-4	13	12	14	2
Hver uge	229	54	56	2	50	48	47	-1
Hver måned	57	13	15	2	23	22	23	1
Sjældnere	18	4	4	0	15	14	10	-4
Ved ikke	5	1	2	1	4	4	6	2
Total	424	100	100		105	100	100	

Forholdet mellem rutine og nye udfordringer er en udfordring for de kommende speciallæger og uddannelsesmiljøet. En række arbejdsopgaver skal udføres og spørgsmål om hvem, hvad og hvornår skal hele tiden afvejes med patienthensyn, økonomi, etik osv., herunder uddannelsesmæssige hensyn.

Forholdet mellem mål og arbejde

Relationen mellem arbejde og uddannelses mål blev undersøgt gennem at spørge informanterne 'hvornår var sidste gang, at det du lavede på dit arbejde passede godt med målene for din uddannelse'. Her var mønsteret blandt de yngre læger, at en relativt stor del, dvs. 68% af dem, både før og efter reformen mente, at det var sket indenfor den sidste uge. De yngre læger oplevede således til en vis grad, at deres arbejde passede godt sammen med målene for deres uddannelse. Dette anskueliggøres i tabel 16. Men det fremgår også, at henholdsvis 13% til 16% bekræftede dette som indenfor en måned eller længere siden. Igen ses mønsteret, at det er blandt vejlederne, der

opleves større forandringer før og efter reformen. Før reformen responderede 58% positivt på at dette var sket indenfor den sidste uge. Et tal der var øget til 67% efter reformen.

Tabel 16 - Hvornår var sidste gang, at det du lavede på dit arbejde passede godt med målene for din uddannelse?

	Yngre læger				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring Pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring Pct-points
I går	174	41			40	38		
Dagen før	21	5	47	1	-	-	32	6
Sidste uge	95	22	21	-1	30	29	26	-3
Denne måned	32	8	6	-2	15	14	25	11
Længere siden	35	8	7	-1	1	1	5	4
Kan ikke huske	12	3	1	-2	19	18	12	-6
I alt	369				105			
Mangler	55	13	18	5	0	0	0	0
Total	424	100	100		105	100		

En relativt stor del af såvel de yngre læger som vejledere pegede på at de yngre lægers arbejde i et vist omfang passede godt sammen med de fastsatte uddannelsesmål. Der er således i de empiriske fund ovenfor en vis konsensus om hvordan drift og uddannelse spiller sammen, med og mod hinanden. Dette vil nærmere blive analyseret og fortolket senere.

Kompetencer og opgaver/udfordringer

Både før og efter reformen oplevede relativt mange dvs. omkring 9 ud af 10 yngre læger, og tilsvarende for vejlerne, at der enten 'altid' eller 'ofte' var sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver/udfordringer, som de blev tilbudt, jf. tabel 17. Der er en lille stigning fra før reformen hvor 88% svarede som ovenfor, mens tallet efter reformen var 91%. Blandt de yngre læger kan man tilsvarende se, at 4%-points svarer 'sjældent' på spørgsmålet om denne overensstemmelse.

Tabel 17 - Hvor ofte er der overensstemmelse mellem dine kompetencer og de opgaver/udfordringer, som du tilbydes?

	Yngre læger				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Altid	52	12	11	-1	15	14	11	-3
Ofte	337	79	77	-2	83	79	81	2
Sjældent	33	8	12	4	7	7	7	0
Aldrig	1	0	0	0	0	0	0	0
Ved ikke	1	0	0	0	0	0	1	1
Total	424	100%	100%		105	100%	100%	

Det samlede billede er således at gruppen af læger i høj grad oplever at der er overensstemmelse mellem deres kompetencer og de opgaver og udfordringer som stilles i det daglige arbejde på de respektive kliniske uddannelsessteder. Man må altså formode at de typer af udfordringer som stilles for de yngre læger, dvs. på forskelligt uddannelsesniveau, med forskellige typer af personligheder og indenfor forskellige specialer mv., i relativt høj grad er adækvate med det som de er kapable for at kunne udføre. Disse overensstemmelser mellem kompetencer og udfordringer i arbejdet kan tolkes sådan at der udføres mange rutineopgaver. Her siges ikke noget om hvorvidt de yngre læger levede op til de formelle krav. Overensstemmelsen mellem kompetencer og opgaver/udfordringer i arbejdet, kan samtidig ses som et udtryk for, at det er sjældent de yngre læger bliver udfordret i deres daglige arbejde, og som sådan progredierer i deres læreproces. Man kan antage, at de regredierer i deres læreproces og blot udfører arbejde, de på forhånd kan.

På baggrund af interview og observationer samt svarene fra spørgeskemaundersøgelsen kan man se, at drift og uddannelse var parallelle, overlappende og også kontrastfyldte størrelser, som både eksisterede i den enkelte yngre læge, i lægegruppen og i organisationen som sådan. På den ene side skal der udføres et arbejde, fordi hospitalet er en produktionsenhed. På den anden side er det klart, at der skal være en uddannelsessituation, hvor lægerne lærer at mestre funktionen som speciallæge ved at udøve denne virksomhed og under de tidsrammer samt politiske og økonomiske forhold, som er gældende.

Kapitel 6 - Målkendskab, læring og evaluering i den aktuelle speciallægeuddannelse

I kapitel 5 blev forholdet mellem drift og uddannelse diskuteret. Der blev sat fokus på de særlige problemstillinger, som knytter sig til, at speciallægeuddannelsen er en arbejdspladsplaceret uddannelse, hvor uddannelse og læring foregår vævet sammen med en daglig praksis. I curriculær forstand blev der argumenteret for, at det i vid udstrækning er den læring, som ikke er planlagt, der er karakteristisk for arbejdsplacerede uddannelser. I dette kapitel belyses en række forhold, der karakteriserer de aktuelle lærings- og evalueringsforhold, relateret til før og efter uddannelsesreformens igangsættelse.

Der blev under indsamlingen af empirien fokuseret på spørgsmål, som berørte målsætningen for uddannelsen (uddannelsesmål), uddannelsesforhold der blev tilbudt (læringsstrategier) samt spørgsmål om, hvordan uddannelsen blev evalueret (evalueringsstrategier). Under disse tre overordnede temaer blev der valgt nogle indikatorer ud. Således blev de yngre læger under temaet 'målsætninger for uddannelsen' eksempelvis adspurgt, om de kendte målene for deres uddannelse. Under temaet, som omhandler læringsstrategier, blev de yngre læger eksempelvis spurgt om, hvornår de sidst havde oplevet bed-side vejledning, eller hvornår de sidst mente, at de havde fået et råd af vejleder. Videre blev de yngre læger indenfor temaet evalueringsstrategier eksempelvis spurgt om, hvornår de mente, de sidst havde fået en struktureret tilbagemelding fra kolleger. Svarene fra disse overordnede indikatorer er relateret til og suppleret med den viden, som blev frembragt gennem de kvalitative studier og analyser. Således søges svarene fra spørgeskemaundersøgelsen belyst, kontrasteret og underbygget via observationer og interview.

Speciallægeuddannelse med implicitte kriterier, men stadig mere uddannelsesstyret

I forhold til indikatorer på uddannelse vedr. målstrategier, læringsstrategier og evalueringsstrategier kan man generelt sige, at speciallægeuddannelsen organiseres ud fra de principper, der styrer arbejdet, mere end de principper, som er beskrevet i uddannelsens deklARATIONER. Det var gældende før og efter uddannelsesreformen. Der kan imidlertid på alle indikatorer registreres en række mindre ændringer, der viser en øget effekt. Effekterne synes størst på områder, hvor der er iværksat institutionaliserede pædagogiske ordninger (fx uddannelsesplaner eller simulatorscenarier) og mindre der, hvor der er tale om mere komplekse og diffuse, men ikke mindre vigtige, pædagogiske ordninger (fx bed-side vejledning). Generelt svarer vejledere oftere positivt på indikatorer på øget uddannelsesstrukturering. Dette vil blive empirisk beskrevet, uddybet og nuanceret i det følgende, samt teoretisk diskuteret.

Uddannelsesmål

I et uddannelsesmål beskrives, hvad der skal læres. I det perspektiv er de yngre lægers kendskab til målene for deres uddannelse en forudsætning for at give læringen den ønskede retning med opstilling af evalueringskriterier etc.⁷ Nedenfor vil de yngre lægers kendskab til målene for de respektive uddannelser blive repræsenteret. Dernæst redegøres for, hvorvidt der er udarbejdet uddannelsesplaner for de yngre læger.

Mål for uddannelsen opleves kendte

I tabel 18 præsenteres de yngre lægers kendskab til de formelle mål for deres uddannelse. I alt angav 86% af de yngre læger, både før og efter reformen, at de kendte målene for deres uddannelse. Omvendt angiver 14%, både før og efter reformen, at de enten 'delvis' eller ikke kender disse mål (svarer 'nej' til at kende målene). Spørgsmålet om at kende mål for en uddannelse er en relativt dårlig parameter fordi der er en stor vifte i hvad 'kende' indebærer. Mange studier viser desuden at det ofte er sådan, at hverken yngre læger eller undervisere har en tydelig og eksplicit viden om, hvad mål for uddannelser egentlig dækker. Imidlertid giver dette spørgsmål en vis indsigt i, at om ikke andet, så oplever de yngre læger at der er nogenlunde kendte med det, uddannelsen retter sig imod. Man kunne imidlertid, når andre indikatorer indregnes, have forventet at en større del af respondenterne havde markeret kendskab til de formelle mål for deres uddannelse. Ved observationerne fremgik det, at de fleste af de yngre læger vidste, hvor de havde deres mål for uddannelsen liggende dvs. på deres respektive hylder på lægekontorerne, men det helt karakteristiske var at de *ikke* vidste præcis hvori målene bestod. En kommende speciallæge indenfor infektionsmedicin sagde fx:

"Jeg har ikke kigget i dem længe, faktisk siden jeg startede i afdelingen. Jeg har dem liggende deroppe (på lægegangen), det er jo også arbejdet eller arbejdsopgaverne der styrer hvad der sker, hvordan det sker og hvem der udfører det () Jeg vil snart få kigget i mine målbeskrivelser så jeg kan se om det, jeg laver, også er det, der er beskrevet.."

Det fremgik ligeledes at disse målbeskrivelser kun meget sjældent, dvs. måske en gang om måneden eller sjældnere, blev læst af de yngre læger. Der er relativt store forskelle mellem typer af hospitaler og specialer mv. og målbeskrivelserne tolkes både som et gode og en onde blandt de yngre læger og vejlederne. Her udtrykker en kvinde, undervejs med uddannelsen indenfor endokrinologi et behov for mere eksplicite målbeskrivelser mv.:

"Vi har som medicinere godt af, at der er kommet den der kompetenceliste med alle de der mål, vi skal nå. For os er det blevet mere synliggjort, for nu skal vi have krydset

⁷ Implicit i dette perspektiv ligger den antagelse, at mål er styrende for adfærd, og at uddannelse kan ses som aktiviteter, som mere eller mindre kan tilrettelægges på en måde, så den uddannelsessøgende læge kan lære det ønskede.

den liste, det er fint, så tænker man over det. Tidligere skulle man have været tre år på en afdeling, der var ikke nogle specifikke krav, før skulle man bare være der. Nu skal man have nogle kompetencer, det er blevet synliggjort. Det er godt, det bliver skrevet ned”

En uddannelsesansvarlig overlæge fra det kirurgiske afsnit supplerer imidlertid med følgende:

”Der er ikke tid til at lave en løbende dokumentation af opnåede kompetencer. Det handler tit om, at underskrifterne bliver sat den sidste eftermiddag. Andet har vi i hvert fald ikke kunnet gennemføre”

En yngre læge fra det reumatologiske speciale påpeger også et kritisk moment ved brugen af disse dokumentationskrav:

”Det er irriterende med de underskrifter, man render rundt som en lille skoledreng og skal have skrevet karakterbogen under. (...) Hvorfor skal man have 74 underskrifter fra seniorlæger, underskrifter der viser at jeg kan behandle alle mulige løjerlige ting og sager, som jeg mener endokrinologer skal tage sig af”

Dette med begrænsningen i ”tid” bliver ofte anvendt som argument blandt lægerne i forhold til den manglende gennemførelse af diverse initiativer i forhold til uddannelsesreformen.

Man kan imidlertid sige at ud fra spørgeskemaundersøgelsen angav langt de fleste læger, at de havde kendskab til de uddannelsesmæssige krav, der blev stillet, og dermed formentligt kendskab til, hvad de skulle lære. Samtidig var over 11% af de yngre læger kun delvist bekendt med disse mål. Et spørgsmål, som angår kendskab til mål, er dog relativt upræcist. Det er fx meget åbent, hvad det vil sige ”at have kendskab til”. Det er eksempelvis åbenbart, at alle, der er i gang med en uddannelse, i princippet kan hævde, at de har noget kendskab til målene for denne. Med dette forbehold in mente kan man sige, at langt de fleste yngre læger havde kendskab til, hvad de uddannelsesmæssigt forventedes at skulle kunne.

Tabel 18 - Kender du de formelle mål for din uddannelse?

	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Ja	364	86	86	0
Delvist	43	10	11	-1
Nej	17	4	3	1
Total	424	100		

Mere udbredt brug af uddannelsesplaner

Der er sket en relativt stor udvikling i brugen af uddannelsesplaner i forløbet fra før til efter uddannelsesreformen. Uddannelsesplaner er udmøntningen af uddannelsens mål. Her er tale om mere detaljerede målbeskrivelser, som er relateret til forudsætninger og muligheder. Uddannelsesplanen kan derfor ses som et udtryk for, i hvilket omfang uddannelsens mål er søgt tilpasset

den yngre læges forudsætninger og de muligheder, der stilles til rådighed på de enkelte afdelinger.

Tabel 19 - Er der mellem dig og din arbejdsgiver udarbejdet nogen form for uddannelsesplan?

	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Ja	348	82	77	5
Delvist	21	5	6	-1
Nej	55	13	17	-4
Total	424	100		

Som angivet i tabel 19 fremgår det at før reformen svarede 77% ja til at der var udarbejdet en uddannelsesplan mellem yngre læge og arbejdsgiver. Dette tal var efter reformen steget til 82% dvs. en stigning på 5%. På samme spørgsmål svarede 17% ”nej” før reformen mens tallet var faldet til 13% efter reformen. Der er således stadig 13% dvs. mere end 1 ud af 8 yngre læger, der ikke har fået udarbejdet en uddannelsesplan. Alt i alt indikeres dog en skærpelse af et uddannelsesmoment i speciallægeuddannelsen. Der siges ikke noget om hvorvidt denne anvendes eller i givet fald hvordan. Dette tilnærmes lidt på følgende spørgsmål om ”hvornår har du sidste set på denne plan” jf. tabel 20.

Tabel 20- Hvornår har du sidst set på denne plan?

	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
I går	33	8	-	-
Dagen før	13	3	-	-
Sidste uge	60	14	21	-7
Denne måned	101	24	20	4
Længere siden	158	37	41	-4
Kan ikke huske	4	1	2	-1
Mgl	55	13	16	-3
Total	424	100		

Her fremgår det lignende træk at de yngre læger også i højere grad efter end før reformen svarer positivt på nyligt at have ”set på denne plan”. Det fremgår at før reformen havde i alt 21% af respondenterne set på planen indenfor den sidste uge, et tal der efter reformen var steget til 25%. Som et ikke mindre interessant resultatt fremgår det, at færre svarer at de har set på planen længere siden end ”denne måned”. Her er tallene henholdsvis 41% før reformen, overfor 37% efter reformen. Man kan overordnet sige at flere har set i uddannelsesplanen oftere, efter uddannelsesreformen.

På spørgsmål om hvordan denne uddannelsesplan og målbeskrivelser konkret anvendes og inddrages i de yngre læges uddannelsesproces fremgår det fra observationer og interviews at dette

sker på mangfoldige måder og med større eller mindre entusiasme eller distance. Det virker helt overordnet sådan at praksis er at man tager målbeskrivelser frem en sjælden gang i et uddannelsesforløb og at dette ofte(st) sker i forbindelse med de allersidste dage i afdelingen. Her sættes ”krydser” og ”underskrifter” på at diverse aktiviteter er gennemført/udført. Fra de yngre læges side virker det ikke kreditgivende at promovere de idealer som delvis signaleres med uddannelsesreformen. At komme til overlæger eller vejledere ofte eller hver gang ”man har udført en operation eller undersøgelse for at bede om underskrifter og dokumentation” – som en yngre læge siger det, det virker ikke kreditgivende i konteksten. Tværtimod.

At målbeskrivelser og uddannelsesplaner ikke umiddelbart spillede en særlig fremtrædende rolle for en stor del af de yngre læger og vejledere blev synligt under observationerne af lægerne samt ved fokusgruppeinterviewene. Flere vejledere og yngre læger efterlyste således, at der var mere ’målstyring’ eller ’struktur’ over uddannelsen af de kommende speciallæger.

På disse spørgsmål om udarbejdelse af uddannelsesplaner og hvornår den yngre læge sidst har set i denne fremgår det at uddannelsesmomentet er øget efter indførelse af uddannelsesreformen. Der er stadig tale om en meget arbejdspladsstyret uddannelse, men der er indikationer på, at formelle pædagogiske instrumenter i henhold til uddannelsesplaner mv. i højere grad er iværksat og anvendes. Der kan ikke siges noget entydigt om, hvordan de yngre lægers målkendskab relaterede sig til målrettethed i uddannelsen. Det fremgik imidlertid af både interview og observationer, at både yngre læger og vejlederne oplevede, at det kun i ringe grad var målene for uddannelsen, der var styrende for, hvad den yngre læge skulle udføre af opgaver i afdelingen. Det helt generelle kendetegn var, at de yngre læger blev sat på en vagtplan med specifikke arbejdsopgaver, som de skulle udføre. Mål og struktur var således mere organiseret ud fra en arbejdsfunktion i organisationen end ud fra opstillede uddannelsesmål. De observerede læger oplevede således dagligt, at uddannelsens mål blev sekundære i forhold til arbejdets gennemførelse. Dette oplevedes som et daglig dilemma mellem at kræve sin uddannelsesposition i forhold til at være virksom i den forstrukturerede arbejdsposition som ’ansat’ eller ’vagt’ mv. Adgang til mere uddannelsesrelevante aktiviteter krævede og kræver stadig et vist overskud, om end man ud fra det samlede datamateriale må tolke, at organisationen som sådan i stadig højere grad er indstillet på og åben overfor dette.

Formelle og uformelle læringsformer og læremestre

I en uddannelse foregår der en række undervisningsaktiviteter, der tænkes at bidrage til, at de yngre læger tilegner sig den nødvendige viden for at honorere de krav, som er opstillet i uddannelsens målsætninger. I det følgende beskrives, hvordan undervisning organiseres i forbindelse med uddannelsen af de kommende speciallæger, og hvem der kan siges at fungere som ’lære-

stre' for disse⁸. Dette sammenlignes overvejende fra før til efter uddannelsesreformen blev iværksat. Læringsstrategi, undervisningsmetode eller indlæringsmetode angiver en række officielle og formelle undervisningsmåder. Sådanne perspektiver er her inddraget gennem en undersøgelse af hyppigheden og omfanget af nogle af disse relevante læringsstrategier. De udvalgte indikatorer er her bed-side vejledning, simulationsscenarier og råd fra vejleder. Udover nævnte formelle undervisningsaktiviteter inddrages ligeledes perspektiver på undervisning af mere uformel karakter, dvs. som er tættere og mere sensitivt relateret til den konkrete praksis, hvor lægearbejdet udøves. Det fremhæves fx, at de yngre læger både tilegner sig viden fra vejledere og ved konferencer, men også gennem relationer med patienter og repræsentanter fra andre faggrupper. Udover de eksempler på formelle og uformelle undervisningsformer, som sker i dagligdagen, beskrives også nogle udfordringer, som er kendetegnende for den yngre læges undervisnings- og arbejdspraksis.

Mere brug af formaliseret undervisning af speciallægerne

I en sammenligning mellem før og efter uddannelsesreformen, fremgår det, særligt i den del som præsenteres i spørgeskemaundersøgelsen, at der er etableret et større moment af det der benævnes læringsstrategier i uddannelsesmiljøet. Flere yngre læger har fx oplevet simulationsscenarier mv., men samtidig fremgår det at man retter sig mod professionen i den forstand, at det snarere er egne repræsentanter, lægerne oplever som uddannelsesgivende, frem for andre i uddannelsesmiljøet.

Bed-side vejledning

Bed-side vejledning er en indikator på en praksisnær læringsstrategi, hvor en vejleder og en yngre læge indgår. Frekvensen af denne strategi indikerer dog ikke en bestemt kvalitet i læringssituationen. I tabel 21 præsenteres, hvornår de yngre læger mente, at de sidst havde modtaget bed-side vejledning, og hvornår vejlederne mente, at de sidst havde givet en sådan vejledning. Det fremgår at denne læringsstrategi er uændret når der sammenlignes mellem før og efter uddannelsesreformen.

⁸ Læremesterbegrebet adskiller sig på en række områder fra "mesterlære", som begrebet let associeres med. Med angivelse af "læremester" påpeges først og fremmest en relation, hvor der eksplicit og implicit tilflyder den uddannelsessøgende læge kundskaber af forskellig slags.

Tabel 21 - Hvornår har du sidst oplevet/givet bed-side vejledning?

	Yngre læger				Vejledere			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
I går	59	14			51	49		
Dagen før	13	3	18	-1	4	4	43	9
Sidste uge	76	18	17	1	25	24	31	-7
Denne måned	64	15	17	-2	8	8	8	0
Længere siden	169	40	39	1	11	10	10	0
Aldrig	33	8	7	1	6	6	7	-1
Ved ikke	10	2	2	0	0	0	1	-1
Total	424	100			105	100		

Svarene fra vejledere og yngre læger fordeler sig forskelligt på dette spørgsmål. De yngre læger oplevede tilsyneladende ikke, at de havde modtaget bed-side vejledning lige så ofte, som vejlederne oplevede, at de havde givet denne form for vejledning. Dette kan skyldes mange forhold fx antal og fordeling mellem yngre læger og vejledere. Men det er også et kendt forhold at undervisere oftere føler de har 'undervist' end yngre læge oplever at have 'modtaget' en sådan vejledning. I undersøgelsen havde 17% - 18% af de yngre læger oplevet bed-side vejledning indenfor de sidste to dage. Til sammenligning oplevede vejlederne, at de gav mere bed-side vejledning: Før reformen havde 43% af vejlederne og efter reformen havde 53% af vejlederne givet bed-side vejledning inden for de seneste dage.

Det mest tydelige er således at blandt vejlederne er der 10% flere der oplevede at de havde givet bed-side vejledning 'i går' eller 'dagen før'. Det må tolkes som endnu et eksempel på at særligt vejledere tænkes at bære reformen, men de virkeliggør den også i betydningen at de "underviser" mere end tidligere. Det kan også fremhæves at henholdsvis 39% og 40% siger, det er "længere siden" end denne måned, at de har oplevet 'bed-side' vejledning. Det er oplagt, at i visse specialer, gør man ikke brug af den undervisningsform, der omtales som bed-side vejledning, fx i store dele af uddannelsen indenfor de tværgående specialer. Alligevel er det påfaldende at 4 ud af 10 kommende speciallæger angiver at det er længere siden end denne måned, at de har oplevet bed-side vejledning.

Det skal imidlertid også fremhæves at det ofte under interviews og observationerne blev formidlet at der var stærk kritik i uddannelsesmiljøet mod reformen som sådan og ofte mod dens manglende reelle implementering, herunder mod det "lag" som vejlederne udgør. En uddannelsesansvarlig overlæge i kirurgi siger fx:

"Jeg synes man mangler, at tage overlægerne og de uddannelsesansvarlige i ed. Der er overhovedet ikke fokus på dem, som skal lære de yngre læger noget () Denne reform medfører, at speciallægerne bliver for unge i forhold til, hvad de kan. Jeg ved godt, det også er meningen. Jeg er syvende års kandidat, men tidligere var første reservelægerne

meget mere erfarne. Det kan godt ske, at det skal gå hurtigt, men kvaliteten bliver ikke den samme, for man har ikke set så mange patienter. Og det hænger ikke sammen med de 37 eller 42 timer timer om ugen”

En anden uddannelsesansvarlig overlæge går videre ad det spor:

”Der kommer glimrende oplæg i uddannelsesreformen, ideelle løsninger og gode forslag, som så bliver implementeret uden, at man ret mange steder har tænkt på, hvordan vi får plads til det her. Det er væsentligt mere tidskrævende end det, der tidligere har været gældende. Jeg oplever en konflikt mellem det, at man laver en reform og så bare sender den ud og siger: Gør sådan, uden at luften, tiden, pengene og midlerne følger med”

I forhold til bed-side vejledning kan det opsummeres, at den er uændret i forhold til hvordan de yngre læger oplever det mens vejlederne i langt højere grad og oftere oplevede at udføre en sådan vejledning. Bed-side vejledning blev ud fra observationerne sjældent formaliseret og indbygget i arbejdsplanlægningen, og endnu sjældnere gennemført i det daglige arbejde på hospitalerne. Bed-side vejledning kan analyseres både som en dyr (fordi det kræver at den yngre læge træder ud af sin jobposition) og billig undervisningsform (fordi ældre læger alligevel er til stede som rollemødder og udfører arbejdet). Men det er oplagt at mesterlærerrelationer som bed-side vejledning er, kunne udvikles og anvendes meget mere i den daglige uddannelsespraksis på hospitalerne. På det grundlag efterlyses bed-side vejledning med rette af de yngre læger. Samtidig er det væsentligt at fremhæve, at der reelt kan fungere forskellige former for vejledning i forbindelse med bed-side praksis, som også kan virke som undervisning, om end den ofte ikke opfattes som sådan.

Individuelle strategier

Det fremgår også af observationerne at de enkelte yngre læger og uddannelsesmiljøet i helt forskellig grad gør brug af, fornægter eller er ”tunet ind på” denne uddannelsesmetode. Der er således tale om nogle modeller der er indbygget i strukturen og organisationen men der iværksættes også individuelle strategier. Det fremgik fx at nogle læger i høj grad indordner sig under de pågående og strukturerende vilkår for uddannelse, mens andre gør brug af og udvikler kreative modeller for at komme i uddannelses og lærerrige situationer. Der gives i empirien mange eksempler på hvordan de yngre læger ved formelle og uformelle sammenhænge beder om at blive ”kontaktet”, ”hylet” eller ”hentet” – når vigtige, nye eller sjældne undersøgelser, behandlinger eller teknikker anvendes. Nogle har fx en implicit kontrakt med hinanden (ældre eller yngre læger) hvor de ”kalder” på hinanden når noget sådant lærerigt pågår, herunder bed-side vejledning og undervisning. En uddannelseslæge fra et medicinsk speciale havde etableret en uformel aftale med en mere erfarne uddannelseslæge fra samme afdeling om, at hvis der ikke var travlt i vagten, så kunne han ’bippes’ og komme og lave den type skopi (kiggertundersøgelse), som den mere erfarne allerede mestrede. Dette blev iværksat selvom det ikke var en planlagt del af hans vagt. Sygeplejersken i ’skopirummet’ var også indforstået med denne aftale mellem de to læger. Det var hende der ’bippede’ ham. En anden læge indenfor det medicinske speciale gik konsekvent op på lægegangen og

'slog op' på computer, i lægevidenskabelige databaser og i lærebøger, når han havde pauser i det daglige arbejde på hospitalsafdelingen.

I forhold til bestræbelsen at 'lære noget' kan man således rekonstruere en række strategier og 'læringsstile', som de yngre læger gjorde brug af, mere eller mindre bevidst. Ved observationerne fremgik det fx at nogle både uddannelsesmiljøer og yngre læger kunne karakteriseres som henholdsvis henholdende/afventende og andre mere aktive/proaktive. Når man anskuer dette fra de yngre lægers perspektiv fremgik det at de fx måtte 'holde sig til', være 'lidt anmassende', have et 'stort drive', arbejde på 'overlægens tillid', eller de måtte 'stille kloge spørgsmål', og af og til måtte de være ret 'selvpromoverende' for at 'få plads' og 'komme til fadet' og dermed for at få lært noget. På det medicinske område mest i form af at være på forkant med at få 'stillet diagnosen' og at få 'lagt en plan' mens det på det kirurgiske område snarere angik at 'få foretaget nogle operationer'.

Simulator/rollespil – og råd fra vejleder

Simulation og rollespil og "et godt råd fra vejlederen" er indikatorer på læringsstrategier, hvor der indgår yngre læger, vejledere og ofte andet sundhedspersonale. Disse indikatorer tænkes at bidrage til at sige noget samlet om mulige forandringer i den pædagogiske kontekst om de yngre læger. Nedenfor redegøres for forskelle dels i brugen af disse strategier samt ligeledes forskelle mellem før og efter reformen.

Et godt råd fra vejlederen til den yngre læge udgør ikke en læringsstrategi. Ikke desto mindre kan nedenstående tabel indikere, hvor ofte vejlederne og de yngre læger oplevede, at der blev transmitteret viden, holdninger, fordomme og/eller færdigheder fra vejleder til den yngre læge. Det kan samtidig give et indtryk af, hvor meget kontakt de yngre læger oplevede, de havde med deres vejleder og vice versa. Det fremgår af tabel 22 at brugen af simulationsscenarier og/eller rollespil er uændret relativt lav. I alt 13% af de yngre læger angiver at have oplevet dette indenfor den sidste måned og den store forskel ligger snarere i at 29% af den gamle population angav "aldrig" at have forsøgt dette. Derimod angav i alt kun 19% blandt populationen efter reformen "aldrig" at have oplevet disse læringsstrategier. Altså en reduktion på 10%. Dette skyldes nok snarere at gruppen er relativt senere uddannet og at der i større udstrækning gøres brug af sådanne læringsstrategier ved deres grunduddannelser dvs. ved de respektive universitetsuddannelser.

Tabel 22 - Hvornår har du sidst oplevet simulationsscenarier og/eller rollespil?

	Yngre læger			Ændring pct-points
	Antal	Pct efter	Pct før	
I går	3	-	-	
Sidste uge	16	-	-	-
Denne måned	32	13	13	-5
Længere siden	284	67	57	10
Aldrig	82	19	29	-10
Ved ikke	7	2	1	1
Total	424	100		

I forhold til råd fra vejleder fremgår det jf. tabel 23, at flere yngre læger (fra 16% til 20%), oplever at have fået dette ”i går” eller ”dagen før” end blandt gruppen der responderede før reformen og der er tilsvarende færre (fra 6% til 3%) der oplever ”aldrig” at have fået sådanne råd.

Tabel 23 - Hvornår har du sidst fået/givet et godt råd af/til din vejleder/yngre læge?

	Yngre læger				Vejledere			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Frekvens	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
I går	66	16	-		65	62		
Dagen før	19	4	16	4	8	8	59	11
Sidste uge	99	23	26	-3	22	21	33	-12
Denne måned	99	23	23	0	6	6	6	0
Længere siden	120	28	27	1	3	3	2	1
Aldrig	13	3	6	-3	0	0	0	0
Ved ikke	8	2	2	0	1	1	0	1
Total	424	100			105	100		

Tabellen viser også det mønster, at vejledere i højere grad oplever at de giver et godt råd til de yngre læger, end disse oplevede at have modtaget et godt råd. Her er tallene markant ændret fra at 59% oplevede dette ”i går” eller ”dagen før” til efter reformen, at 70% markerede dette. Det fremgår at indholdet af ”et godt råd” kan tolkes meget forskelligt af de enkelte respondenter. Som tidligere nævnt er adspurgte vejledere og yngre læger ikke nødvendigvis relateret til hinanden. Det fremgår imidlertid, at på vejledersiden opleves det om ikke andet, at der undervises relativt mere end tidligere.

Når de yngre læger kun i meget ringe grad oplevede, at de fik et godt råd af deres vejleder, eller at de fik bed-side undervisning, kan det særligt begrundes med, at disse to parter relativt sjældent så hinanden i det daglige arbejde. Det fremgik af observationerne og interviewene, at de yngre læger i højere grad forventede at ”gå sammen med” eller ”følge” en vejleder i det daglige arbejde, end det blev praktiseret. De yngre læger efterlyste flere parallellforløb med patienter og kolleger og

dermed også flere muligheder for løbende at kunne diskutere patienter, indgreb, behandlingsplaner og diagnoser mv.

Uanset hvordan man tolker undervisning eller vejledning fra vejledere og hvordan undervisning erfares af de yngre læger, herunder hvorvidt undervisning ”de facto” kan registreres som praksis, så viser tabellerne indikationer på øget opmærksomhed på speciallægeuddannelsen, netop som en uddannelse. Særligt institutionen som vejleder, med alt hvad det indebærer, må siges at være mere present end tidligere. På det niveau kan man sige at der er sket en vis re-form dvs. øget betoning af og opmærksomhed omkring speciallægenes uddannelse som også kan forventes, over tid, at afsætte spor i den reelle uddannelsespraksis. Det vil senere blive inddraget hvordan der i lægeuddannelsesmiljøet rettes kritik mod brugen af vejledere, vejledernes uddannelsesniveau, deres kompetencer mv. – men dette sker samtidig med at dette led i reformen er blevet mere present end tidligere.

Læger lærer af egne kolleger – og af andre

Det helt overgribende mønster i det empiriske materiale var, at de yngre læger i meget høj grad oplevede, at det var deres egne kolleger, der fungerede som deres lærermestre. I det følgende beskrives det, hvem de yngre læger mente, de lærte mest af. Her er ingen analyser af, hvad der læres men blot beskrivelser af, hvorfra de yngre læger mener, at viden tilflyder dem. I sammenligninger mellem før og efter reformen kan der kun findes mindre forskydninger, og tendensen er her, at lægerne så at sige samler sig om professionen og dens udøvere. På for strukturerede spørgsmål, jf. tabel 24, om hvem de yngre læger oplevede at lærer mest af, svarede 86% før reformen ”ældre læge” og 7% svarede ”sideordnet læge”. Efter reformen var de tilsvarende tal 83% og 10%, dvs. i begge tilfælde 93% som responderer at det er egen faggruppe der opleves som vigtigste kilder til viden. Henholdsvis 3% og 1% af de adspurgte oplevede, at det var af patienterne, at de lærte mest af, jf. tabel 25.

Tabel 24 - Hvem oplever du at lære mest af?

	Yngre læger			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Ældre læge	353	83	86	-3
Sideordnet læge	42	10	7	3
Sygeplejer(ske)	1	0	0	0
Patient	4	1	3	-2
Andet	17	4	3	1
Ved ikke	7	2	0	2
Total	424	100		

Oplevelsen af at de ældre læger og de sidestillede læger lidt oftere lærer fra sig viser sig også i tabel 26. Her fremgår det, at før reformen oplevede 51% af de yngre læger, at det skete i går eller dagen

før, mens 7% mente, at det var mere end en måned siden. De tilsvarende tal efter reformen er 53% og 5%, jf. tabel 26 nedenfor. Ved de interviews der knyttede sig til observationerne af de yngre læger, viste det sig at lægerne helt overvejende tænkte på formaliserede uddannelsessammenhænge, når de rekonstruerede lærermestre. En yngre læge inden for det reumatologiske område udpeger en særlig sammenhæng hvor viden formidles:

”Jeg ser især conferencesituationen som en ekstremt vigtigt situation, at ældre kolleger simpelthen er bare mere opmærksomme på, at ’nå, ja der sidder jo også en uddannelsessøgende her’

Det fremgår mest af observationerne af uddannelsesforløbene at ’oplæring’ eller ’undervisning’ i uddannelsesmiljøet i meget høj grad er at ’gøre’, dvs. at de yngre læger lærer gennem at udføre arbejdsopgaver. Her oplever de oftest, at den bedste situation, hvad angår læring, er, når de arbejder sammen med ældre læger fra det speciale de selv er ved at blive uddannet indenfor. Disse uddannelsessituationer beskrives fx som ’hårde’, ’træthedsskabende’, ’udmattende’, ’interessante’, ’tankevekkende’ eller som meget positive. Her er et eksempel på sidstnævnte fra en yngre læge inden for det kirurgiske speciale. Han fortæller om dette at lære og at kunne operere sammen:

”Når man svinger sammen, kan man blive høj af det, af at operere, når man har fire hænder og fire arme – det er lige som at spille fodbold, man vil bare blive bedre”.

Den anden yngre læge refererede til en situation hvor han, sammen med en ældre kirurg, opererede en patient. Den ældre læge lærte ham fx ”at finde lymfeknuden frem”, ”at nulre glandler fri” og at ”mærke hvordan vævet skal føles”.

På spørgsmål om hvem man oplever at lære mest af, refererer de yngre læger helt overvejende til ’pædagogiske aktiviteter’. Her refererer de til konferencer, foredrag, undervisningsseancer eller direkte klinisk undervisning, såsom ”face to face” ved sygesengen, demonstration af brug af instrumenter, teknikker o.a.

Tabel 25 - Hvornår har du sidst lært noget af en anden ældre eller sidestillet læge?

	Yngre læger			Ændring pct-points
	Antal	Pct efter	Pct før	
I går	198	47%	45%	2%
Dagen før	27	6%	6%	0%
Sidste uge	136	32%	31%	1%
Denne måned	38	9%	10%	-1%
Længere siden	23	5%	7%	-2%
Husker ikke	2	0%	1%	-1%
Total	424	100%		

På forespørgslen om, hvornår de yngre læger oplevede, at de lærte af andre end læger (andet personale eller patienter), viste det sig at være relativt hyppigt, jf. tabel 26. Som tabellen indikerer, oplevede næsten en fjerdedel (22% - 23%) at dette skete ”i går”. Tallene er som angivet tidligere

faldende når der sammenlignes mellem før og efter reformen. Hvor mønsteret mht. til at lære af "egne" repræsentanter fra professionen (jf. tabel 25) var at det var der flere der oplevede hyppigere, så er der her færre der oplever "at have lært noget af andre end læger" fx indenfor den sidste uge. Her er tallene før reformen 57%, mens den efter reformen er 52%, jf. tabel 27. Det kan i forlængelse heraf bemærkes at før reformen oplevede 38% at dette var i "denne måned" eller "længere siden" mens flere, dvs. 42% oplevede dette efter reformen.

Tabel 26 - Hvornår har du sidst lært noget af andre end læger (andet personale eller patienter)?

	Yngre læger			Ændring pct-points
	Antal	Pct efter	Pct før	
I går	93	22	23	-1
Dagen før	16	4	4	0
Sidste uge	109	26	30	-4
Denne måned	92	22	18	4
Længere siden	86	20	20	0
Husker ikke	28	7	4	3
Total	424	100		

Det fremgik af observationerne og mere indirekte af interviewene, at de yngre læger i høj grad var afhængige af andre faggrupper fx sekretærer og sygeplejersker og andre fra det faglige miljø, når de skulle oplæres og uddannes. Det blev også ofte fremhævet af de yngre læger, at man ikke eller vanskeligt kan redegøre for hvem eller hvad, der har fungeret som lærermester. En læge indenfor det kirurgiske område sagde fx:

"Der, hvor jeg var tidligere, havde vi et projekt, hvor man en uge hvert halve år, havde en blok i lommen, og så skulle jeg skrive, når jeg lærte noget, hvem jeg havde lært det af, om det var en læge eller en sygeplejerske eller en anden. Det var svært. Det var svært at sige, nu havde jeg lært noget. Det er jo ikke ligesom en tegneserie, hvor der kommer en pære, vel?"

Omkring 'andre undervisere' fremgik der mange sekvenser, hvor de yngre læger oplevede sig alene dvs. hvor de primært kunne 'bibbe' eller ringe sig til kontakt med sidestillede eller ældre læger. Men yngre læger arbejder oftest alligevel sammen med eller 'ved siden af' andre i hospitalsmiljøet. I langt de fleste situationer indgik de med repræsentanter fra andre faggrupper som på forskellig måde fungerede som lærermestre, også for de yngre læger. Det drejede sig om både at blive 'vist rundt', 'orienteret om grundlæggende og rutinemæssige faktorer i afdelingen', men også om mere 'faglige' forhold. Her indgår en lille sekvens fra observation af en skopi:

Den uddannelsesøgende læge er sammen med en rutineret sygeplejerske i skopirummet. Lægen og sygeplejersken taler sammen om, hvad det er de ser under hele seancen. Da der skal tages en biopsi, henviser sygeplejersken til, at de plejer at tage to, men da patienten hoster, er det hende der siger: "Vi nøjes med en". Efter skopien taler læ-

gen med sygeplejersken om hvilken medicinsk behandling, han har tænkt der skulle sættes i gang. Efter at have 'vendt det' med hende siger han, bliver han mere sikker i sin vurdering og beslutter at sætte den medicinske behandling i gang med det samme, i stedet for at gå til overlægen med det. Den erfarne sygeplejerske fungerer her som faglig sparringspartner.

I en anden situation sagde en yngre læge fra det kirurgiske specialeområde på et centralsygehus, følgende om relationerne med sygeplejerskerne:

"Jeg kontakter mine sygeplejekolleger, når der er noget, jeg er uvidende om, men som jeg skønner er indenfor det normale - og det er så fx de der praktiske ting såsom en pumpe, der ikke fungerer eller en stol, der ikke vil rokke sig...og i det øjeblik, at der var noget, der var unormalt, så var det så, at jeg kontaktede lægen i stedet for...Jeg tænker måske lidt mere kritisk, når det er mine sygeplejekolleger fremfor, når det er mine lægekolleger, som har mere ballast".

En overlæge indenfor det kirurgiske specialeområde på et universitetshospital sagde imidlertid ved observationerne, at lægerne kun til et vist niveau kunne lære af sygeplejerskerne.:

"Sygeplejerskerne har et system af erfaringer med bedøvelse, men det må formodes, at lægerne skal have en grundlæggende farmakologisk indsigt. Hun skal kunne begrunde, hvad hun ser, og denne begrundelse skal ikke komme fra hendes erfaring, men i 'optagelse', 'udskillelse', 'nedbrydning'".

Set i lidt overordnet perspektiv markeres her mere direkte end i forrige citat, en afgrænsning og uddybning af forståelsen for det lægefaglige kompetenceområde.

Mesterlære

I det konkrete arbejde på de danske hospitaler indgår der en række aktører i den samlede uddannelse af de kommende speciallæger, og selv om de yngre læger selv primært oplever deres egne som lærermestre fremgår det, særligt ved observationerne, at der eksisterer et komplekst og gensidigt mesterlæresystem. Her indgår "back up"-funktioner mere eller mindre eksplicit eller planlagt fx med lærer/elevrelationer og "føl"-ordninger. De relativt nye læger i afdelingen "tager sig af" eller er "ansvarlige for" de unge lægestuderende, de lidt ældre læger i afdelingen tager sig af de nye på intro- eller turnuslægeuddannelse, de endnu ældre læger har en overlæge eller 1. reservelæge som "mentor" eller vejleder osv. Ved observationerne ses desuden, at lægerne i meget høj grad og ofte konverterer arbejdsituationer såsom fx at "finde diagnosen" eller "afklare behandlingen" – til undervisningssituationer. Der er store "kulturforskelle" i forhold til dette, men det overgribende billede er, at der i speciallægeuddannelsen i meget høj grad kan trækkes på et undervisningsmiljø på hospitalsafdelingerne. Et moment som i en vis grad kompenserer for det forhold, at speciallægerne og særligt visse af dem, føler sig som "ensomme ulve" eller "arbejdere" og ikke som nogen, der er eller behandles som værende "under uddannelse". I hele denne mesterlæresammenhæng dvs. som på væsentlige punkter adskiller sig radikalt fra "skolesammenhæng" indgår det også at de kommende speciallæger selvklart lærer gennem at indgå i den institutionelle

sammenhæng hvor de fx lærer organisationens virkemåder og magtsystemer. De indgår ligeledes i en konkret kontekst af fysiske, rumlige og tekniske sammenhænge, herunder omgang med ”genstanden selv” fx patienten (som ”har” sygdommen der skal diagnosticeres/behandles) eller teknologien (fx scannere som skal frembringe rekonstruktioner af knogler eller væv).

Der gøres ikke meget ud af disse aspekter i denne undersøgelse, men se fx. Bayer et al, 2002. Her præsenteres blot et træk som også er kendt i pædagogisk forskning i forhold til læring. Læring kan ofte henføres til noget ikke tilrettelagt, ikke-intenderet og ofte når noget uforudsigeligt sker, eller når noget går galt. Her fremhævede flere af de yngre læger fx, at de lærte meget af skæve eller pressede situationer. En kvindelig yngre læge fra det tværgående specialeområde på et centralsygehus nævnte fx, at der læres, når det ikke går som forventet:

”Man må jo råt og brutalt sige, at i de tilfælde, hvor der sker uheld og sådan noget, måske er de mest lærerige”.

Formel og uformel evaluering

I uddannelsen af lægerne i hospitalsmiljøet fungerer evaluering både som et sanktionerende middel i forhold til formelt at kunne bestå dele af uddannelsen, og samtidig har evaluering en uddannende side. Evaluering er et navigations- og udviklingsredskab samtidig med, at den er uddannelsessystemets redskab til at kunne godkende eller afvise opnåede kvalifikationer. Der er fra Sundhedsstyrelsens side fastlagt retningslinjer for vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse. Det skitseres fx, at der skal gennemføres tre samtaler (introduktion, midtvejs- og slutevaluering) mellem yngre læge og vejleder undervejs i et uddannelsesforløb. I tilrettelæggelsen af uddannelsen er det bestræbelsen, at der tages hensyn til den enkelte yngres tidligere erfaringer, hidtidige uddannelsesforløb mv. samt, hvad der kan udbydes af uddannelsesstedet fx særlige uddannelsesmuligheder, projekter, der kører mv.

I dette projekt er der udvalgt to indikatorer på evalueringspraksis. En angår brug af struktureret tilbagemelding og en anden oplevet udbytte ved evalueringssamtaler. Inspireret af studier om evaluering i mesterlærelignende uddannelser har der ved observationerne også været fokus på mere implicitte og uformelle typer af evaluering i uddannelsesmiljøet.

Speciallæger evalueres implicit og uformelt

Det helt overordnede og generelle er, at kommende speciallæger ikke eller sjældent evalueres formelt og eksplicit, sådan som det blev deklareret i uddannelsesreformen.

I forløbet fra før til efter reformen af uddannelsen kan der ikke spores en højere grad af formel evaluering, tværtimod. Med baggrund i observationerne virker det imidlertid rimeligt at antage, at flere evalueringssamtaler gennemføres. I miljøet trækkes i høj grad på en type daglig og ikke eksplicit godkendelse af de uddannelsesgivende kolleger i miljøet, men der gives kun få direkte invitationer til at uddannelsesmiljøet som helhed evalueres af de yngre læger.

Struktureret tilbagemelding og formelle evalueringssamtaler

Der er en nogenlunde uændret fordeling i forhold til, hvordan de yngre læger oplever, hvornår de sidst blev vurderet gennem en struktureret tilbagemelding fra kolleger og andet personale. På dette spørgsmål, i tabel 27, svarede 32% før reformen og 31% efter reformen at dette skete ”i går”, ”dagen før”, ”sidste uge” eller ”denne måned”. Der var til gengæld også henholdsvis 41% og 38% der svarede ”længere siden” og 25% og 29% der svarede ”aldrig” på spørgsmålet om hvornår de sidst blev vurderet gennem struktureret tilbagemelding. Der er altså mindst en fjerdedel, som ikke oplever, at de har været evalueret gennem denne type tilbagemelding. Overordnet kan man sige, at denne type struktureret tilbagemelding er meget fraværende som praksis i uddannelsesmiljøet. Efter reformen er der således i alt 67% dvs. 2 ud af 3 kommende speciallæger der ”aldrig” har oplevet den evaluering eller som angiver at dette er ”længere siden” end en måned.

Tabel 27 - Hvornår er du sidst blevet vurderet gennem struktureret tilbagemelding fra kolleger og andet personale?

	Yngre læger			Ændring pct-points
	Antal	Pct efter	Pct før	
I går	26	6	5	1
Dagen før	3	1	1	0
Sidste uge	41	10	12	-2
Denne måned	58	14	14	0
Længere siden	161	38	41	-3
Aldrig	125	29	25	4
Ved ikke	10	2	2	0
Total	424	100		

Ved observationerne indgik heller ikke nogen direkte struktureret tilbagemelding. Ud fra intentionerne i uddannelsesreformen er strategien, der angår øget, mere specificeret og formaliseret evaluering af de kommende speciallæger, slået fejl. Denne fraværende evalueringspraksis blev ofte omtalt ved observationerne og interviews. Her siger en overlæge inden for det kirurgiske område noget herom:

”Vi har ikke en evalueringskultur, kun i forhold til det operative. Det er nok det, vi skal blive gode til indenfor vores område”

Evalueringen skulle ligeledes tjene til, at de yngre læger kunne evaluere uddannelsesmiljøet. Den stort set fraværende formaliserede og institutionaliserede evalueringspraksis er måske så meget mere kritisk, idet den blandt nogle forskere anses som den vigtigste indikator på, at en uddannelse generelt løftes. Aspegren angiver for eksempel at læringsstrategier og målstrategier først rigtigt iværksættes, hvis sanktioner via evaluering gennemføres (Aspegren, 2003). Ideen er at man i uddannelsesmiljøet i høj grad er styret og retter sig mod, hvad der bliver målt på.

Som en kritisk modvægt hertil, skal det fremhæves, at i mesterlærelignende uddannelser pågår der hele tiden en løbende implicit, uformel og ikke formaliseret respons fra miljøet. Pointen er at de yngre læger og uddannelsesmiljøet som helhed, alligevel 'får' og 'lukrerer på' eller, som det også kan formuleres, 'må nøjes med' indirekte evaluering fra patienter, øvrigt personale og lægelige kolleger. Denne form for evaluering spænder fra positiv respons på fremlæggelse af en patientcase ved en konference, over tavs accept af, hvad den yngre læge siger og gør til fraværet eller nærværet af klager over diagnosticering, kommunikation, samarbejde mv. Som et eksempel på hvordan de yngre læger hele tiden måles og vejes ret uformelt i hospitalsinstitutionen siger en yngre læge indenfor et kirurgisk speciale:

"Hvis man snakker evaluering, kan man spørge; dur det eller dur det ikke?. Men det vigtige er jo; 'Kan man fylde sådan en stilling ud?' Eller 'kan man ikke fylde sådan en stilling ud?' Og det finder man ret hurtigt ud af () Når folk har haft vagter, eller har siddet i ambulatoriet eller når man snakker med sygeplejerskerne. Uanset hvad der sker. Så bliver alt ens arbejde set af nogen. Altså sygeplejerskerne hører hvordan du snakker og undersøger patienten. Vi andre, vi ser hvad der står i journalerne og hvad der er besluttet på forskellige tidspunkter. Så man kan ikke, man kan ikke skjule sig hvis man ikke kan finde ud af tingene, det er umuligt. Så på den måde, så kommer det hurtigt frem i lyset. Og så er det den, der er vejleder, der skal tage fat i det, hvis det ikke kører overhovedet"

En anden fra det medicinske specialeområde på et universitetshospital udtrykker følgende om indirekte tilbagemelding:

"Oftest går jeg ind et par dage efter at jeg har gået stuegang, så kan man altid se (kigger i vagtplanen) Nu tror jeg det var ..nej det er xx i dag (1. res læge) der går stuegang...men hvis det er en af overlægerne der går efter man har gået, så er det også en meget god facitliste som jeg bruger for at gå ind og se, hvad der er de har skrevet...og det er bedst at de ikke har skrevet noget stort set ikke! .Fordi så har man lavet en plan som rækker ud over 24 timer"

Det fremgår imidlertid også, at lægeuddannelsesmiljøet ikke er særligt inviterende overfor eller åbent for kritik fra fx de yngre læger. Der udtrykkes en del kritik blandt sidestillede, kommende speciallæger, som ikke fremsættes i større og mere formelle sammenhænge. Behandlingsmiljøet og uddannelsesmiljøet går på den måde og som helhed glip af en god mulighed for kritisk og konstruktiv korrektion. Det karakteristiske er også at det der opleves som "gode afdelinger" er åbne og inviterende overfor indsigelser, evaluering og kritik fx fra de yngre læger, mens dette ikke er tilfældet i de afdelinger/specialer som opfattes som dårlige uddannelsesafdelinger.

I forlængelse af ovennævnte fremgår det af tabel 28 at vejlederne i relativt høj grad oplever at få noget ud af den "seneste evalueringssamtale". Men også en lidt større del af de yngre læger oplevede efter reformen meget eller noget udbytte af sidste evalueringssamtale.

Tabel 28 - Hvor stort et udbytte ved seneste evalueringssamtale?

Yngre læger																					Vejledere		
Tværgående				Medicinske			Kirurgisk			Almen			Total										
Antal:	Antal:			Antal:	Antal:		Antal:	Antal:		Antal:	Antal:		Antal:	Antal:		Antal:	Antal:		Antal:	Antal:			
52	53			190	153		172	117		100	101		514	424		138	105						
Æn-				Æn-			Æn-			Æn-			Æn-			Æn-							
Før	Nu	dring		Før	Nu	dring	Før	Nu	dring	Før	Nu	dring	Før	Nu	dring	Før	Nu	Ændring					
pct.	pct.	Pct-		pct.	pct.	Pct-	pct.	pct.	Pct-	pct.	pct.	Pct-	pct.	pct.	Pct-	pct.	pct.	Pct-					
points				points			points			points			points			points		points					
Meget/Noget	58	71	13	55	66	11	51	58	7	56	59	3	54	62	8	87	89	2					
Lidt-Intet	38	23	-15	42	33	-9	47	35	-12	43	39	-4	43	34	-9	8	5	-3					
Kan ikke vurdere	4	6	2	3	1	-2	2	7	-5	1	3	-2	3	4	1	5	6	1					
Total	100	100		100	100		100	100		100	100		100	100		100	100						

Her svarer 87% at de får ”meget/noget” ud af disse, mens dette kun er tilfældet for 54% af den samlede gruppe af uddannelsessøgende læger. I tabel 28 fremgår det også at 58% de uddannelsessøgende læger indenfor det tværgående angiver at have fået ”meget/noget” udbytte ved den seneste evalueringssamtale. Som kontrast hertil svarer blot 51% af de yngre læger fra de kirurgiske specialer på lignende måde. Et andet perspektiv herpå er at op mod halvdelen dvs. 47% af gruppen af kommende speciallæger inden for det kirurgiske område svarer ”lidt/intet” til udbyttet af seneste evalueringssamtale. Dette mønster kan også bekræftes ved interviewene og observationerne, hvor formel og uformel evaluering virker lavt prioriteret i det daglige arbejde.

Kapitel 7 – Lægernes vægtning af reformens syv kompetenceroller

De syv kompetenceroller (medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel) indkredser indholdet i speciallægekompetencen. I det følgende redegøres for, hvordan vejledere og yngre læger før og efter implementeringen mente, at de syv kompetenceroller skulle vægtes. Når der i det følgende anføres 'efter implementeringen' skal dette ikke opfattes for bogstaveligt, idet reformen fortsat er under implementering. Kapitlet skal ses som en generel pejling af reformens foreløbige effekt i relation til implementeringen af de syv kompetenceroller.

Selvom der ikke er tvivl om, at de syv kompetenceroller både før og især efter implementeringen af reformen sigter mod at klassificere de væsentligste dele af indholdet i speciallægers kompetencer, skal man være opmærksom på, at her er tale om en kategorisering, der ikke nødvendigvis fuldt ud matcher vejlederes og yngre lægers oplevelser af deres arbejde og uddannelse. Reformen kan ses som en bestræbelse på at præcisere og opnormere flerheden af kompetencer, men det er indtrykket, at den for en del lægers vedkommende opleves som noget, der kommer udefra, hvilket blandt andet betyder, at det kan tage et stykke tid før denne klassificering forekommer meningsfuld for de fleste læger.

Når der i det følgende er blevet spurgt til lægernes vægtning af de forskellige kompetenceroller, spørges der derfor ikke nødvendigvis direkte til og svares der derfor heller ikke på alle de problemstillinger og udfordringer, lægerne oplever med speciallægeuddannelsen. Samtidig er det vigtigt at understrege, at stort set alle læger pegede på et reformbehov før implementeringen af reformen.

Sygehuse er behandlings-, uddannelses- og forskningsinstitutioner. En helt central udfordring ved speciallægers uddannelse og reformeringen af denne er, at det er arbejdets orden, der i vid udstrækning er udgangspunkt for læringens orden. Der kan tænkes mange forskellige relationer i mellem arbejde, læring og uddannelse. Det står dog klart (jf. kapitel 5), at langt de fleste læger mener, at det er driften eller arbejdstilrettelæggelsen, der dominerer uddannelsen. Man kan derfor sige, at hvis reformen ikke også påvirker driften, så vil dens uddannelsesmæssige effekt være begrænset.

I det følgende efterprøves reformens effekt i et enkelt tilfælde (sundhedsfremmer) i relation til fire overordnede medicinske specialgrupper, nemlig tværgående, medicinske, kirurgiske og almen medicin. Særligt i relation til denne kompetencerolle var der temmelig store forskelle på de forskellige specialegruppers vægtning.

Det undersøges, hvorvidt der - godt 2 år efter påbegyndelse af implementeringen af reformen - er sket forandringer af lægernes vægtning af rollerne. Dette kan vise reformens påvirkning af speciallægeuddannelsens indhold. Det blev i forbindelse med undersøgelsen af de aktuelle uddannel-

sesforhold lige før implementeringen af reformen antaget, at en reformeffekt kunne konstateres, hvis de kompetenceroller, der især ønskedes vægtet højere før implementeringen, nemlig 'kommunikator' og 'samarbejder' efter implementeringen opnåede en mindre vægtning af alle læger. Det blev desuden antaget, at lægernes ønske om en større vægtning af alle roller mindskedes. Disse antagelser efterprøves også i det følgende.

Det generelle indtryk af lægernes vægtning kom specielt til udtryk i forbindelse med kompetencerollerne medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder og leder/administrator. Lægerne ønskede kompetencerollen medicinsk ekspert vægtet højere efter reformen. Det var tendensen, at kompetencerollerne kommunikator og samarbejder blev tildelt 'samme vægt', hvilket var en markant forandring sammenlignet med før reformen. Endelig havde rollen som leder/administrator efter reformen udviklet sig i den modsatte retning: Denne rolle ønskede man fik mindre vægt.

Man kan sige, at det var på disse fire kompetenceroller reformen først og fremmest havde haft indflydelse. Det kan derudover bestemt ikke udelukkes, at andre faktorer end de reformhensføre bare har haft indflydelse på lægernes vægtning.

Medicinsk ekspert

Den medicinske ekspertrolle udgør en meget væsentlig del af speciallægekompetencen. I speciallægekommissionens betænkning blev det fremført, at speciallægernes kompetencer burde være bredere end en snæver medicinsk ekspertviden. Nedenstående tabel 29 beskriver de yngre lægers og vejledernes opfattelse af, hvordan vægtningen af den medicinske ekspertrolle burde være før og efter implementeringen af reformen.

Tabel 29 - Rollen som medicinsk ekspert skal have:

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	214	50	64	-14	61	58	66	-8
Større vægt	186	44	28	16	35	33	23	10
Mindre vægt	7	2	3	-1	4	4	5	-1
Ved ikke	17	4	5	-1	5	5	6	-1
I alt	424	100			105	100		

Langt de fleste yngre læger og vejledere fandt både før og efter implementeringen af reformen, at denne kompetencerolle skulle have samme eller større vægt.

Det er interessant, at en større del af både yngre læger og vejledere ønskede den rolle vægtet mere efter implementeringen af reformen. Således ønskede 16 % flere yngre læger og 10 % flere vejledere denne rolle vægtet mere efter implementeringen af reformen. Tilsvarende ønskede en mindre andel læger, at denne rolle skulle have samme vægt efter implementeringen af reformen.

En forklaring på disse forskydninger kan på den ene side være, at der er tale om en række ikke-reform henførbare faktorer, der har påvirket lægernes vægtning. Her tænkes fx på, at lægerne pålægges og påtager sig opgaver, der ikke nødvendigvis i større omfang befordre eller måske lige frem forhindrer dem i at udøve deres medicinske kompetencer. Man kan endvidere forestille sig, at reformen, men også andre faktorer, har medvirket til, at en større del læger er blevet bekymrede for kernen i deres professionalisme. Hvis dette gør sig gældende, kan det også være en del af forklaringen på lægernes vægtning af de øvrige seks kompetenceroller.

I det omfang denne vægtning på den anden side relaterer sig i horisontal forstand til de andre kompetenceroller, er der tale om en utilsigtet effekt, idet en konsekvens af implementeringen af reformen ikke var, at rollen som medicinsk ekspert skulle vægtes højere.

Med hensyn til de yngre lægers vægtning pegede en yngre læge på, at

”...det hænger sammen med, at når yngre læger bliver kastet ud som forvagter har de enorm brug for at være medicinske eksperter hurtigt. Jeg tror, de har for mange bolde i luften til at håndtere syv roller”.

Kommunikator

Yngre lægers og vejlederes kommunikation med patienter, pårørende, kolleger samt andet sundhedspersonale har stor betydning for kvaliteten i den medicinske behandling.

Nedenstående tabel 30 redegør for de yngre lægers og vejlederes vægtning af kommunikatorrollen.

Tabel 30 - Rollen som kommunikator skal have:

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	159	38	26	12	40	38	25	13
Større vægt	228	54	71	-17	55	52	69	-17
Mindre vægt	21	5	1	4	6	6	2	4
Ved ikke	16	4	2	2	4	4	4	0
I alt	424	100			105	100		

Før implementeringen af reformen ønskede 7 ud af 10 læger kommunikatorrollen tillagt større vægt. Der var tale om så markant en tendens, at man kunne beskrive det som en aktuel mangelsituation. Vægtningen understregede et stort ønske om forandring. En vejleder udtalte før implementeringen af reform, at han anså lægernes kommunikative kompetencer som altafgørende:

”Kommunikator er det væsentligste i vores arbejde overhovedet. Evnen til at kunne tale med folk...hvis man ikke kan det indenfor vores speciale, så er man i hvert fald død.”

Efter implementeringen af reformen var der to interessante forskydninger i de yngre lægers og vejledernes vægtning. For det første var der en større del, der ønskede denne rolle skulle have samme vægt sammenlignet med før implementeringen af reformen. For det andet var den del af lægerne, der ønskede, at denne rolle skulle vægtes højere, faldet 17 %-points for både yngre lægers og vejledernes vedkommende. Lidt over halvdelen af lægernes ønskede ikke, at denne rolle skulle vægtes højere.

Samarbejder

Samarbejdet med patienter, pårørende, kolleger og andet sundhedspersonale er en væsentlig forudsætning for at løse de opgaver, der stilles. Nedenstående tabel 31 redegør for de yngre lægers og vejlederes vægtning af rollen som samarbejder.

Tabel 31 - Rollen vedrørende samarbejde skal have:

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	197	46	35	11	56	53	42	11
Større vægt	193	46	63	-17	43	41	52	-11
Mindre vægt	19	4	0	4	2	2	1	1
Ved ikke	15	4	2	2	4	4	5	-1
I alt	424	100			105	100		

Lægernes vægtning for implementeringen af reformen understregede, at der var ønske om forandringer i retning af en større vægtning af denne rolle. Dette ønske så imidlertid ud til at være forandret efter reformen. En mindre del af lægerne ønskede nu, at denne rolle skulle have en større vægt. Der var med andre ord i lighed med kommunikatorrollen her tale om en sandsynlig effekt af reformens implementering, idet rollen som samarbejder til en vis grad havde opnået større vægt i speciallægeuddannelsen.

Leder/administrator

Speciallæger udfører i stadig større omfang en række ledelses- og administrative opgaver. I nedenstående tabel 32 redegøres for lægernes vægtning af denne kompetencerolle.

Tabel 32 - Rollen som leder/administrator skal have:

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	184	43	46	-3	51	49	46	3
Større vægt	90	21	33	-12	17	16	33	-17
Mindre vægt	130	31	19	12	32	30	18	12
Ved ikke	20	5	2	3	5	5	3	2
I alt	424	100			105	100		

Før implementeringen af reformen ønskede op imod halvdelen af de yngre læger og vejlederne samme vægt til denne kompetencerolle. 1/3 af lægerne ønskede en større vægt, men dette var noget forandret efter reformen. Op imod halvdelen af lægerne ønskede, at denne rolle skulle have samme vægt. Men en mindre del læger ønskede, at denne rolle skulle have større vægt og en del flere læger ønsker tilmed, at denne rolle skulle have mindre vægt. Der er næppe tvivl om, at disse vægtninger ikke alene kan relateres til implementeringen af reformen, selvom der er kommet flere administrative opgaver i den forbindelse. Men generelt er der sandsynligvis mere tale om et gennemslag af de moderniseringstendenser, man i en årrække har set i langt de fleste offentlige institutioner.

Sundhedsfremmer

Kompetencerollen som sundhedsfremmer indkredser speciallægens arbejde som et advokatur, der beskæftiger sig med de sociale, miljømæssige og biologiske faktorer, der har indflydelse på patienters sundhed og samfundets sundhedsforhold. I det følgende præsenteres lægernes vægtning af denne rolle.

Tabel 33 - Rollen som sundhedsfremmer skal have:

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	191	45	51	-6	54	51	43	8
Større vægt	156	37	34	3	28	27	45	-18
Mindre vægt	60	14	10	4	18	17	8	9
Ved ikke	17	4	5	-1	5	5	4	1
I alt	424	100			105	100		

Der tegner sig et noget broget billede af lægernes vægtning af denne kompetencerolle. En stor gruppe yngre læger og vejledere fandt både før og efter reformen, at denne rolle skulle have 'samme vægt'. En større del yngre læger end vejledere fandt endvidere, at denne rolle skulle vægtes mere. Endelig er der en mindre gruppe læger, der mente, at denne rolle skulle have mindre

vægt. Der var ganske store forskelle på de yngre lægers og vejledernes vægtning af denne rolle, hvilket måske kan tilskrives de yngre læger fortsat er lidt mere idealistiske end deres vejledere. Dette gjaldt i øvrigt både før og efter implementeringen af reformen.

Som det ses nedenfor i tabel 34 var det ikke overraskende læger fra almen medicin, der anførte, at denne kompetencerolle enten skulle have samme eller større vægt.

Tabel 34 - Rollen som sundhedsfremmer fordelt på specialeområder

	Tværgående		Medicinsk		Kirurgisk		Almen		I alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Samme vægt	20	38	70	46	54	46	47	47	191	45
Større vægt	20	38	54	35	34	29	48	48	156	37
Mindre vægt	11	21	23	15	23	20	3	3	60	14
Ved ikke (læs ikke op)	2	4	6	4	6	5	3	3	17	4
I alt	53	100	153	100	117	100	101	100	424	100

Akademiker

Kompetencerollen som akademiker vedrører lægernes forpligtelser til at fastholde, videreudvikle og videregive deres professionelle ekspertise gennem hele deres karriere som læger. Nedenfor i tabel 35 gengives lægernes vægtning af denne kompetencerolle.

Tabel 35 - Rollen som akademiker skal have:

	Antal	Yngre læge				Vejleder		
		Pct efter	Pct før	Ændring pct-points		Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	233	55	58	-3	52	50	46	4
Større vægt	123	29	26	3	35	33	25	8
Mindre vægt	52	12	12	0	13	12	21	-9
Ved ikke	16	4	4	0	5	5	8	-3
I alt	424	100			105	100		

Der er ikke sket store ændringer af lægernes vægtning af denne rolle efter reformen. Halvdelen eller lidt mere end halvdelen af alle lægerne mente, at denne rolle skulle have samme vægt. En lidt større del af vejlederne mente, at rolle skulle have større vægt efter reformen. Dette kan eventuelt hænge sammen med, at en del læger pegede på, at de ofte havde svære vilkår for at komme til gennemføre forskningsprojekter. Det kan også ses som en slags reaktion på en del af lægernes ønske om en lavere vægtning af leder/administrator kompetencerollen.

Professionel

Kompetencerollen som professionel beskriver lægernes relationer til patienter og pårørende herunder det ansvar, som læger har for at varetage en etisk forsvarlig praksis. Dette indbefatter også

lægenes vurderinger af deres egne personlige, faglige og etiske grænser. I det følgende redegøres for lægenes vægtning af denne kompetencerolle, jf. tabel 36 nedenfor.

Tabel 36 - Rollen som professionel skal have:

	Yngre læge				Vejleder			
	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points	Antal	Pct efter	Pct før	Ændring pct-points
Samme vægt	280	66	58	8	56	53	53	0
Større vægt	98	23	26	-3	36	34	37	-3
Mindre vægt	17	4	12	-8	7	7	4	3
Ved ikke	29	7	4	3	6	6	6	0
I alt	424	100			105	100		

Langt den største del af alle læger anførte, at denne rolle skulle have samme eller større vægt. Dette var også situationen før implementeringen af reformen.

Sammenfatning af lægenes vægtning af de syv kompetenceroller

Givet de syv kompetenceroller understreger lægenes vægtning en række tendenser før og efter implementeringen af reformen. Disse sammenfattes i det følgende.

Nedenstående tabel 37 danner udgangspunkt for sammenfatningen:

Tabel 37 - Yngre lægers og vejlederes vægtning af de 7 roller Undersøgelse 2005

	Samme vægt			Større vægt			Mindre vægt		
	Yngre Pct	Vejl Pct		Yngre Pct	Vejl Pct		Yngre Pct	Vejl Pct	
Medicinsk ekspert	50	<	58	44	>>	33	2	<	4
Kommunikator	38	=	38	54	>	52	5	=	6
Samarbejder	46	<	53	46	>	41	4	>	2
Leder/administrator	43	<	49	21	>	16	31	=	30
Sundhedsfremmer	45	<	50	37	>	27	14	<	17
Akademiker	55	>	50	29	<	33	12	=	12
Professionel	66	>>	53	23	<<	34	4	=	4

Tabel 38 -Yngre lægers og vejlederes vægtning af de 7 roller Undersøgelse 2003

	Samme vægt			Større vægt			Mindre vægt		
	Yngre Pct	Vejl Pct		Yngre Pct	Vejl Pct		Yngre Pct	Vejl Pct	
Medicinsk ekspert	64	<	66	28	>	23	3	<	5
Kommunikator	26	=	25	71	>	69	1	=	2
Samarbejder	35	<	42	63	>>	52	0	=	1
Leder/administrator	46	=	45	33	=	34	19	>	15
Sundhedsfremmer	41	<	51	48	>>	34	7	<	10
Akademiker	58	>>	46	26	=	25	12	<	21
Professionel	69	>>	53	25	<<	37	2	<	4

Ses på spørgsmålet om '*samme vægt*' før og efter reformen tegnede der sig generelt den pejling i lægernes vægtning, at op mod halvdelen og i nogle tilfælde mere end halvdelen af lægerne ønskede alle roller tilskrevet samme vægt. Udover dette var der efter implementeringen af reformen tre kompetenceroller, der synes at være mest berørt, nemlig medicinsk ekspert, kommunikator og samarbejder. Der var en mindre del yngre læger og vejledere, der ønskede medicinsk ekspert skulle have samme vægt. En større andel af lægerne ønskede, at kompetencerollerne kommunikator og samarbejder skulle have samme vægt.

Der var relativ stor overensstemmelse mellem de yngre lægers og vejledernes vægtning set i relation til '*samme vægt*' før og efter reformen. En mindre del af alle læger ønskede, at kompetencerollen medicinsk ekspert skulle have samme vægt. En større del af alle læger ønskede kompetencerollerne kommunikator og samarbejder skulle have samme vægt.

Med hensyn til '*større vægt*' var der både før og efter reformen generelt en tendens til, at alle kompetenceroller ønskedes større vægt, men der kan med enkelte undtagelser konstateres et fald i den del af lægerne, der ønskede de syv kompetenceroller vægtet mere. De mest interessante forskydninger var på den ene side ønsket om, at kompetencerollerne kommunikator og samarbejder ønskedes tillagt en større vægt før reformen og på den anden side, at kompetencerollen medicinsk ekspert ønskedes vægtet mere efter implementeringen af reformen. Der er stort set overensstemmelse mellem de yngre lægers og vejledernes vægtning i relation til '*større vægt*'. Medicinsk ekspert og akademiker ønskes større vægtning, når der sammenlignes med før reformen.

Endelig ønskede en noget større del læger en *mindre vægt* til kompetencerollen leder/administrator efter implementeringen af reform. Det er bemærkelsesværdigt, at omkring 30 % af alle læger ønskede denne kompetencerolle vægtet mindre. Der er tale om en markant forandring af denne vægtning, når der sammenlignes med '*før reformen*'.

Der var heller ikke de store forskelle på alle lægers vægtning før og efter reformen set i relation til '*mindre vægt*'. En større del af alle læger ønskede de fleste kompetenceroller vægtet mindre. Undtagelsen herfra var, som nævnt, kompetencerollerne medicinsk ekspert og akademiker.

Man skal selvfølgelig være særdeles varsom - jf. også indledningen i kapitlet - med at konkludere, hvad lægernes vægtning udtrykker set i relation til reformens gennemslag på danske sygehuse. Der kan således være store forskelle på, hvad lægernes forstår med de forskellige kompetenceroller og dermed også deres vægtning. Der kan endvidere være regionale og speciemæssige forskelle, der spiller ind på lægernes besvarelser. Disse forhold har ikke indgået i denne undersøgelse, der i dette kapitel peger på nogle generelle tendenser og forandringer – pejlinger - set i relation til reformens syv kompetenceroller.

I fokus står relationerne mellem lægernes vægtning af de syv kompetenceroller før og efter reformen. Der skal her erindres om, at disse kompetenceroller ikke var en eksplicit del af den tidligere speciallægeuddannelse. Man kan derfor sige, at lægernes vægtning før implementeringen af reformen kunne vise, hvor lang afstanden var fra den tidligere til den nuværende speciallægeuddannelse. På baggrund af undersøgelsen gennemført før reformen blev der fremført en række antagelser set i relation den indflydelse den nuværende reform tiltænkte i den første tid efter implementeringen. Disse antagelser kan bekræftes:

Der var et fald i den del af alle læger, der ønskede kompetencerollerne vægtet mere. Undtagelser herfra var kompetencerollerne medicinsk ekspert og akademiker.

Kompetencerollerne kommunikator og samarbejder blev vægtet anderledes efter reformen, idet disse to roller opnåede ønsket om 'samme vægt' og til en vis grad også 'mindre vægt'.

Det virker dermed som om, at reformen i de første år efter implementeringen er i vid udstrækning blevet identificeret med kompetencerollerne kommunikator og samarbejder.

Det virker endvidere som om, at andre kompetenceroller (sundhedsfremmer, akademiker og professionel) har opnået en vis betydning.

Endelig er der nogle markante forandringer af kompetencerollerne medicinsk ekspert og leder/administrator. Disse forandringer må i denne sammenhæng ses som konsekvenser af reformen, men kan ikke nødvendigvis reduceres til denne. Det virker som om alle læger er blevet mere opmærksomme på den del af deres professionalisme, der vedrører kernen i arbejdet. Denne opmærksomhed kan på den ene side fortolkes som en vis modstand mod reformen som slet og ret noget nyt. På den anden side kan opmærksomheden også fortolkes som en vis bekymring fra lægernes side især, når den kobles med ønsket om en mindre vægtning af rollen som leder/administrator. Hvis det er ikke blot er tale om et overgangsfænomen må denne del af reformen genvurderes, idet kvaliteten af lægernes behandling i al sin mangfoldighed skulle forbedres med implementeringen af reformen. Noget tyder på, at lægerne er bekymrede for om dette altid gør sig gældende.

Beskrivelser af kompetenceroller

Rollebeskrivelserne i speciallægeuddannelserne er udformet forskelligt. I forhold til rollen som 'medicinsk ekspert' er dette en åbenbar nødvendighed, lige som det er oplagt at de enkelte specialer, i og med de udfylder forskellige funktioner inden for det medicinske område, lægger forskellig vægt på indholdet af de 6 øvrige roller. Endelig lader det også til, at enkelte specialer foretrækker at slå to roller sammen eller underopdele en rolle, hvorved det samlede antal roller ændres fra det oprindelige.

Ved en gennemlæsning af samtlige målbeskrivelser har vi gjort os overvejelser om indholdet af de enkelte roller, men især om kommunikatorrollen, da 'kommunikator' næst efter 'medicinsk eks-

pert' vægters højt (se tabel 30). Derudover har vi set på rollen som 'samarbejder', som ønskes vægtet højere og på rollen som 'leder/administrator', som ønskes vægtet lavere, mest udtalt efter reformen.

Årsagen til at vi har foretaget denne læsning er, at hvis man ønsker at styrke rollerne yderligere efter reformen, fx gennem kurser, særligt tilrettelagte forløb o.a., så opnås det bedste resultat, hvis fokus på det, men vil forbedre, står så klart, som muligt. En manglende eller upræcis rollebeskrivelse vil i bedste fald blive opfattet som ligegyldig og i værste fald kunne virke fordrejende på det indhold af rollen, der burde være i forhold til speciallægens faktiske praksis.

Indledningsvist ses det, at visse af rollerne er vanskelige at adskille. Hvordan bør man adskille f.eks. 'samarbejde' fra 'kommunikation' da man næppe kan tænke samarbejde uden et kommunikativt aspekt. Og videre: Hvordan adskille 'ledelse' fra at være 'professionel' – rummer speciallægens arbejde ikke i de fleste sammenhænge elementer af 'professionel ledelse' og vice versa?⁹

Betragter vi hvorledes kompetencerollen 'kommunikator' er udfyldt, så tegner der sig et samlet billede af, at man mener der eksisterer en kommunikatoraktivitet over for *forskellige andre*. Dvs. Det offentlige systems 'sundhedsorganisationer' såsom Sundhedsstyrelsen og hospitalssystemerne; Patienter og pårørende; Sundhedspersonale; Peers' dvs. andre læger.

Ganske få målbeskrivelser ser den brede offentlighed som målgruppe for kommunikation.

Kommunikationen kan foregå i forskellige *situationer*. Nogle ganske hverdagslige eller i forhold til et specifikt fagligt budskab, men særlige sammenhænge er også angivet, såsom

- Krisesituationer f.eks. ved alvorlige sygdomme, hvilket kræver en særlig håndtering af selve situationen og de mennesker, der indgår
- Risikokommunikation, hvor man skal rådgive på baggrund af usikker og utilstrækkelig viden og hvor aspekter som etik, normer og livsanskuelser spiller en rolle i hvordan en risiko betragtes og analyseres.

Endelig taler man om, at kommunikationen foregår på en bestemt *måde*, som ud over at være skriftlig og mundtlig også omfatter organisation af kommunikationen, at den skal udføres med situationsfornemmelse, plig, være forståelig, brugbar o.lgn.

Nogle specialer har pga. deres natur mere behov for de enkelte sider af kommunikatorrollen end andre. Udformningen af rollebeskrivelserne synes imidlertid ikke fuldt ud altid at afspejle sådanne overvejelser, hvorved forståelsen af speciallægens kommunikation i visse tilfælde fremstår lidt tilfældigt sammensat.

⁹ Der vil kunne lægges forskellige optikker ned over denne problemstilling. F.eks. kunne man beskrive kompetencerne i forhold til indhold, funktion og metode. Se f.eks. Nordenbo, s. 52-53 (Nordenbo, 1997).

I forhold til rollen som 'samarbejder' fokuseres der i beskrivelserne på, at dette skal foregå i forhold til bestemte andre: Eksterne samarbejdspartnere, patienter og pårørende, primærsektoren osv. Det er vigtigt at kunne bestemme, hvem og hvilke instanser, man skal samarbejde med, men som kompetencerolle vil det være mere hensigtsmæssigt at overveje hvilken form for relation, der er/skal etableres mellem lægen og dennes samarbejdspartner, samt hvordan relationen kan udvikle sig. Dette er ikke mindst vigtigt, når der er tale om mere processuelle relationer, hvor længere tids arbejde ligger til grund for samarbejdets grad af succes: Tværfaglige teams, en afdelings interne faglige niveau, forhold til primærsektoren og en vejlednings- og supervisorrolle.

Konkrete teknikker til brug for samarbejdet nævnes også: Konfliktløsning, gruppedynamik og viden og grupperoller. Endelig nævnes de fagligt-etiske aspekter, som må overvejes, når et samarbejde etableres.

Roller som 'leder/administrator' lægger i beskrivelserne vægt på en leder i en hierarkisk organiseret organisation, og her slår hospitalsdriftens produktionslogik stærkt igennem. Denne leder har med systemer, regler og love at gøre, han prioriterer, planlægger ressourcer og giver instrukser, udnytter andres viden, uddelegerer og kontrollerer. Langt hovedparten af beskrivelserne giver et billede af en højest traditionel leder med opgaver, som nok er nødvendige, men som man for nogens vedkommende kunne overveje placeringen af – ligger alle disse opgaver bedst hos speciallægen?

Derimod er en anden ledertype, nemlig lederen i den moderne vidensorganisation med højt kvalificerede faglige medarbejdere, stort set fraværende i målbeskrivelserne. For denne ville lederrollen dreje sig om at skabe resultater gennem andre, at understøtte faglige arbejdsprocesser og at handle adækvat i de forskellige situationer.

Kapitel 8 - Fortolkning af stabilitet og forandringer i speciallægeuddannelsen

I dette sidste kapitel diskuteres udvalgte tematikker med henblik på en nærmere fortolkning og analyse. Der er primært tale om sociologisk inspirerede perspektiver, og hensigten er at diskutere særlige centrale områder. Der henvises til yderligere litteratur på området, og der afsluttes med anbefalinger i relation til arbejdet med speciallægeuddannelsen.

Stabilitet i store organisationer

Grundlæggende udviser de indikatorer, vi har valgt at fokusere på i projektet, stor stabilitet fra før til efter uddannelsesreformen. Reformen har med andre ord, i hvert fald indtil nu, ikke sat markante spor i lægeverdenens uddannelsespraksis.

Man kan derfor stille to spørgsmål, som reelt er sammenvævede, men alligevel kan adskilles på analytisk niveau: 'Er der sket en uddannelsesreform og i givet fald på hvilket niveau er den implementeret?' og 'Er reformen modtaget i uddannelsesmiljøet og hvis 'nej' - hvorfor ikke?'.

Vi kan konstatere, at der på praksisniveau ikke kan påvises mange eller indgribende forandringer. De forandringer, vi har fundet, analyseres senere. Lægeuddannelse på danske hospitaler kan helt overvejende beskrives som en type aktivitet, der er struktureret i forhold til produktion og drift; Uddannelsen foregår på mesterlærelignende vilkår hvor målkendskab, læring og evaluering ofte er implicitte og formidlet i praksis. Endvidere er strukturen for kompetencer i praksis relativt stabile.

Stabilitet er især til stede på praksisniveauet dvs. som konkret materialiseret aktivitet blandt de yngre læger, hvilket er registreret gennem observation af lægernes dagligdag. Over en længere tidsperiode fx 20 – 50 år vil man kunne se forandringer i speciallægeuddannelsen (fx vækst i antallet af specialer eller ændrede kommunikationsformer) men i løbet af de få år, der er gået indtil nu, kan man ikke forvente radikale forandringer. Denne stabilitet, som måske i første omgang fremstår som en forhindring for reformen, kan imidlertid også ses som en slags fornuft eller rationalitet.

At der er beskrevet nye mål for uddannelsen, nye kompetencer for hvad læger skal kunne, iværksat nye kurser og ansat kliniske lektorer mv., vil først kunne spores reelt efter en længere periode. En reform vil ikke fra dag til dag kunne røkke ved den stabilitet, der er indskrevet i mennesker, i institutioner og i hele samfundet. Eksempelvis involverer stabiliteten også magtrelationer: Arbejdsopgaverne imellem sundhedssektorerne og specialeområderne ændrer sig kun langsomt. Det samme gælder arbejdsgangen og arbejdsdelingen på hospitalerne. Endda patienters forventninger til hvad lægen 'skal kunne', er også relativt stabile.

Samtidig foregår der internt i det medicinske felt (Bourdieu, 1996; Bourdieu, 1996; Glasdam, 2001; Larsen, 2003) og særligt i den medicinske profession kampe mellem de professionelle

grupper (fx om hvem der må/kan udføre hvad; fx mellem de medicinske specialområder og mellem alternativ/konventionel medicin), om de professionelle ydelser og begrundelserne herfor (fx hvad er god praksis og hvordan begrundes det bedst evidensbaseret/ erfaringsbaseret/ holisme). I den forbindelse kæmpes der også om definitionen af, hvad en 'læge' er/skal være, hvordan dette skal udvikles og dermed er også uddannelsesreformen objekt for strid. Her vil orthodoxe positioner mene, at øget 'skolegørelse' og forkortelse af speciallægeuddannelsen udgør et tab i professionens bestræbelse med at opretholde eller forbedre autonomi og monopol. Andre, heterodoxe positioner, vil argumentere for at reformbestræbelserne imødekommer en nødvendig udvikling af lægeprofessionen, hvorved autonomi og monopol opretholdes.

Forandringer i speciallægeuddannelsen

Der kan registreres en vis effekt af uddannelsesreformen, hvis man ser på relationen mellem uddannelse og drift. Det fremgår også, at det af de kommende speciallæger i høj grad er ønsket, særligt nogle af de ændringer som blev deklareret med de 7 kompetenceroller. Således vægtes rollerne som kommunikator, samarbejder og medicinsk ekspert forskelligt før og efter reformen. Set i det perspektiv har der været nogen reception af nye kompetencer, og der kan ligeledes registreres forandringer, som kan fortolkes som effekter af uddannelsesreformen og de forskellige initiativer der knytter sig til denne. Der er også en vis effekt i forhold til de kommende speciallægers øgede målkendskab, anvendelse af uddannelsesplan, formidling af gode råd mv. Desuden kan der spores effekter i forhold til visse typer af læringsstrategier eller i forhold til brug af struktureret tilbagemelding fra kolleger og andet personale.

De største effekter eller oplevelser af reformen ses hos reformens hovedaktører - vejlederne. I forhold til ambitionen at maksimere de ideer som ligger i reformen, kan dette ses som et vigtigt resultat.

Det er oplagt at vejlederne, som hovedaktører i reformen, selv ser reformen som vigtig. Vejlederne er både produkter af reformen i og med de formelt er ansat for at gennemføre den og derfor sikrer dens institutionalisering. Samtidig er de producenter af reformen idet de konkret skal medvirke til at sikre at undervisning og evalueringer gennemføres. Ansættelsen af kliniske lektorer og den større formalisering af underviser/vejlederniveauet er således eksempler på tiltag der kan henføres til reformen. På den anden side er det fremgået af undersøgelsen, at både vejledere og de yngre læger i høj grad mener, at dette vejlederniveau ikke lever op til de krav man måtte forvente. Det har været formuleret som, at vejlederne ikke har tilstrækkelig kundskab, især til det der betegnes som den mere pædagogiske del af deres funktion. Kritikken har lydt at vejlederne ikke er tilstrækkeligt 'klædt på' til at varetage vejlederfunktionen.

Profession og semi-profession

Til forskel fra semiprofessioner, der har kortere uddannelser, lavere social status og ringe autonomi fra samfundsmæssig kontrol (Etzioni, 1969), kan lægeprofessionen trække på en høj grad af autonomi og monopol på arbejdsområdet og en høj samfundsmæssig legitimitet. Speciallægeuddannelsen har glæde af professionens erobrede privilegier, for nok er aktørerne under uddannelse, men til en dominant medicinsk profession (Freidson, 1970). Derfor er der en høj grad af intern sammenhæng, afhængighed og tillid internt mellem aktørerne i professionen, og det er indiskutabelt at lægearbejdet er vigtigt. Dette til forskel fra semiprofessionerne (socialarbejder, lærerfaget, pædagogfaget eller sygeplejerskefaget), hvor man i langt større udstrækning finder "distance til faget" eller strategier om at "få jobbet overstået" (fx Melia, 1987).

Ved observationerne af de yngre læger fremgik, at de i høj grad var og følte sig som del af professionen med de karakteristika som knytter sig dertil: Fx identitet som læge snarere end som værende under uddannelse og opfattelsen af lægearbejdets vigtighed. Dette kom til syne gennem den store energi, der blev lagt for dagen i forhold til at udføre arbejdet (kaldet/erhvervet) på bedste måde fx gennem at tilsidesætte en række behov, for at "finde diagnosen", at "bedøve perfekt" eller at "blive høj af at operere". Også under det, andre ville betegne som "pauser" i løbet af arbejdsdagen, er lægerne i gang med forskellige former for faglighed. Denne socialisering i den medicinske profession startede allerede på medicinstudiet (Becker, 1961). Når arbejdet blev udført var det tydeligt, at lægerne vil kunne karakteriseres som værende "karriereorienteret", snarere end "lønarbejderorienteret" (Højrup, 1986). Det blev også registreret i miljøet at med samfundsmæssige forandringer, herunder at stadig flere kvinder er virksomme som læger, så optræder der divergens mellem tidligere hævdede praksisformer med at "gøre arbejdet godt" og "at gøre arbejdet godt indenfor tidsrammen". Flere af de yngre læger har insisteret på, at det skulle være muligt både at være læge og familiefar eller -mor.

Professionens strategi

Et måske lidt paradoksalt resultat af spørgeskemaundersøgelsen er, at gruppen af yngre læger i højere grad efter uddannelsesreformen end før, svarer, at det er repræsentanter fra egen faggruppe frem andre faggrupper, der opleves som læremestre. Ud fra et sociologisk perspektiv kan dette forstås som en tendens til at professionen, som en strukturel reaktion mod den udfordring som reformen kan sige at være, beskytter sig eller vender sig indad. Dette bekræftes af et andet mønster i det empiriske materiale, nemlig spørgsmålet om, hvilke typer af kompetencer, der blev oplevet som vigtige: Før reformen var der meget stor interesse for at speciallægeuddannelsen i højere grad skulle rette sig mod andre typer af kompetencer (end blot den medicinske ekspert) og her blev særligt 'kommunikator', 'samarbejder' og 'sundhedsfremmer' angivet som emner, der skulle prioriteres højere. Efter reformen registreredes en relativt stort fald i disse tal, idet mellem 12 og 17% af det samlede antal yngre læger, der angav at 'kommunikator', 'samarbejder' og 'le-

der/administrator' skulle vægtes højere. At omkring 30% af alle læger ønskede kompetencerollen som leder/administrator skulle vægtes mindre er en markant forandring i vægtning i forhold til før reformen. Samtidig var det tydeligt at relativt flere dvs. 44% til forskel fra tidligere, 28%, mente at den medicinske ekspert (igen) skulle vægtes højere. Ud fra et professionsstrategisk perspektiv kan disse isolerede forskydninger i det empiriske materiale ses som lægeprofessionens respons på den udfordring som kan siges at ligge i reformideen. Reformen ses som del af de relativt store udfordringer som i øvrigt griber ind over professionen og dens autonomi og monopol fx kommunalreform, nye styrings- og ledelsesformer, sammenlægning af hospitaler, ændringer i arbejdsdelinger mellem primær og sekundær sektor mv. Professionen kan og vil ikke (Bourdieu, 1996) sælge for meget ud af sine særlige kompetencer og sin markedsandel. I det perspektiv er det logisk, at 'medicinsk ekspert' som en 'kernekompetence' prioriteres, til forskel fra mere tvivlsomme om end nødvendige typer af kompetenceområder. Nok er det således nødvendigt for professionen at indarbejde kompetencer som kommunikator, samarbejder og sundhedsfremmer, men kun i det omfang, at de ikke truer, men understøtter og underbygger den kompetence, som professionen bygger sin samfundsmæssige kredit på, dvs. den medicinske ekspert.

I en analyse af disse mønstre i empirien har det også være interessant at se nærmere på, hvordan de enkelte medicinske specialer agerer i forhold til reformarbejdet. Det fremgår således, at 'sundhedsfremmer' i langt højere grad opleves som vigtig indenfor det almenmedicinske område, mens dette ikke er tilfældet inden for det kirurgiske specialeområde. Dette kan forklares når man indregner hvordan de to specialeområder aktuelt virkeliggøres i henholdsvis almen lægepraksis i primær sektor og på kirurgiske hospitalsafdelinger på hospitalerne i sekundær sektor.

Magt og hierarki

I en sociologisk analyse er bestræbelsen at forklare relationer mellem mennesker, og i den forbindelse kommer begreber om magt, viden og kontrol på tale. Man kan således ikke forstå en uddannelsesproces uden at 'magt' indgår fx som forskellige aktørers ret til at definere, hvad der er rigtigt og hvorfor; hvem der skal udføre hvad, og hvem der udelukkes osv. Det fremgik, at de yngre læger i starten af deres uddannelsesforløb ofte hørte sætninger som; "du skal bare spørge løs", "man kan lære af sine fejl" og lignende. Men en vigtig del af de yngre lægers læreproces i speciallægeuddannelsen var, at kunne begå sig med præcis den afpasning som var nødvendig i miljøet, såsom den fine *timing* af at stille spørgsmål eller fortælle om fejl "når det passer sig". Sådanne, ofte subtile og helt overvejende ikke-bevidste virkemåder er på forskellig vis og niveau beskrevet af flere (fx Atkinson, 1995; Atkinson, 1997; Becker, 1961; Good & Good, 1989; Good & Good, 1993; Good, 1994; Good, 1995; Sinclair, 1997).

Her skal blot påpeges et par at denne type dilemmaer, som kom frem i vores undersøgelse af speciallægeuddannelsen.

For eksempel eksisterede direkte, ofte verbal, disciplinering i form af irettesættelser eller 'skæld ud' i uddannelsesmiljøet. Det blev oplevet, at der i nogle afdelinger var en meget "grov tone", hvor særligt de "nye" måtte acceptere en hård og kontant attitude. I forhold til magt og divergens kan man tale om to mulige positioner for de yngre læger - en uddannelsesposition og en arbejdsposition. Den ene var defineret som at være 'undervejs', at 'skulle uddannes og evalueres' og den anden som at være "ansvarlig", "kyndig" og "legitim" på et arbejdsområde. De to positioner var af og til sammenfaldende, andre gange modsatrettede. Organisationen (fx i vagt- og arbejdsplaner), professionen, herunder kolleger, den yngre læge og patienter mv., identificerede helt overvejende en arbejdsposition, dvs. en professionel, en læge. Det var arbejdsopgaver eller arbejdsfunktioner relateret til hospitalets, specialiets og afdelingens drift, som definerede, hvad den yngre læge, reelt kom til at udføre. Dilemmaet ses fx i bed-side vejledning som pr. definition placerede den yngre læge som "føl" eller "lærling" overfor patienten, der indtil da anså vedkommende som "fuldgyldig læge". På lignende niveau skulle den yngre læge bevæge sig i en spænding mellem at være "aktiv", "opsøge viden" og "bede om evaluering". På den anden side var der en meget fin grænse mellem ikke at være "for aktiv", og de skulle "fatte sig i korthed" og "have tingene parat", når en sag blev fremlagt.

Dette kan man forstå som, at de kommende speciallæger, som del af læreprocessen, skal lære at se bort fra visse sider af den virksomhed, som skal læres. De kommende speciallæger skulle over tid blive en del af et "speciale" med retten til at komme med i de respektive selskaber og samtidig skulle de lære at underkende nogle "blinde vinkler" i specialet. Man kan her fx tale om at specialiseringen også pålægger sine udøvere en vis selektiv opmærksomhed. Noget ses og får opmærksomhed idet andet fortrænges og underkendes.

Skole- og mesterlæreperspektiver

I analysen af de yngre lægers uddannelse på de danske hospitaler kan der særligt inddrages to typer af perspektiver. De angår begge det, der betegnes som arbejdspladslæring, klinisk uddannelse eller praksisuddannelse.

Det ene beskrives som skoleinspirerede perspektiver, hvor antagelsen er, at der er relativt eksplícitte relationer mellem lærer/elev, der er mål for uddannelsen osv. Her opdeles fx mellem 'klinisk vejledning' og 'indirekte vejledning' (Raabæk Olsen & Lindskov Hansen, 2000) eller mellem 'klinisk arbejde' og 'uddannelsesaktiviteter' (Utzon, 1998).

Det andre perspektiv er det mesterlæreinspirede, hvor samme relationer derimod mere sammenvævede i en bestræbelse på, ikke at reducere mesterlæreuddannelsen til en 'dårlig' variant af et skoleperspektiv (Kvale, 1993, Kvale & Nielsen, 2004, Nielsen & Kvale, 2003; Lave & Wenger, 1991; Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, 1986). Det beskrives her med forskellige begreber og ud fra forskellige studieobjekter, at tilegnelse altid *også* er en social proces, at læringen sker gennem deltagelse i arbejdet, og at i selve udøvelsen, som også er og kan ses som læreprocessen, der

spiller den skolemæssige teori kun en mindre eller ingen rolle. Bestræbelsen, som mest tydeligt er artikulert i praktikteoretiske perspektiver (Bourdieu, 1977 og Callewaert, 1992; Callewaert, 2003) er, at praksislæring følger en egen logik, som ikke er eller kan reduceres til ”brug af teori”. Flere har belyst, hvordan turnuslæger ikke, eller kun vanskeligt kan overføre viden og fremgangsmåder fra medicinstudiet i det daglige arbejde som turnuslæge (bl.a. Bayer, Henriksen, Larsen, & Ringsted, 2002). I tilfælde med en yngre læge, så trækker vedkommende ud fra det perspektiv helt grundlæggende på en gennem livet tillært erfaring, som så bringes i spil med den socialisering der sker i erhvervet. Adskillige har beskrevet, hvordan lægers læring på hospitaler på forskellig vis er integreret i det daglige arbejde (fx Faurfelt, Wichmann-Hansen, & Worsøe, 1999; Faurfelt, 2006; Lave & Wenger, 1991; Schön, 1991 og Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, 1986). Det fremgår af disse studier, at vejledere anvender forskellige læringsstrategier under vejledning, og at nogle er mere hensigtsmæssige end andre. Man kan således se et åbenbart spændingsforhold mellem drift og uddannelse (Akre & Ludvigsen, 1998). Grundet arbejdets strukturering peges her på, at de yngre læger mister et betydeligt læringspotentiale, fordi de ikke kan følge patienters indlæggelsesforløb. Endvidere anføres, at produktionens tidstvang giver et mindre rum for ”kollektiv refleksion”, men at der samtidig leveres forskellige former for invitationer til at lære eller zoner af muligheder for at lære.

Pædagogiske anbefalinger inspireret af undersøgelsen

Ud fra en analyse, der har som udgangspunkt, at en række faktorer er relativt givne på området (samfundsmæssige og institutionsmæssige forhold herunder rekruttering til professionen, arbejdsdeling med andre faggrupper mv.) præsenteres her nogle pædagogiske overvejelser, der kan inddrages i forhold til uddannelsesreformen.

I forhold til relationen mellem drift og uddannelse samt brugen af målbeskrivelser, læringsstrategier og evalueringsstrategier fremgik det at der kun var få forandringer relateret til reformen. Man kan alligevel sige at der med reformen er initieret et vist startskud til ændring af uddannelsen og dette kan understøttes på forskelligt niveau:

- Vejledere og vejledning: Det fremgik i høj grad, at dette niveau skal understøttes på en sådan måde at de bliver bedre i stand til at varetage vejledning af de yngre læger. Ud fra et pædagogisk perspektiv virker det oplagt at de konkrete initiativer med undervisning, vejledning, evalueringssamtaler, introduktion til afdeling og speciale mv., i langt højere grad skal indbygges som fast del af et uddannelsesforløb dvs. det skal være en virksom og institutionaliseret del af hospitalsafdelingens drift fx gennem at sådanne aktiviteter er beskrevet i arbejdsplaner mv. I lægeprofessionen kan vejledning løftes, gennem at dette område gives merit som er virksom i miljøet dvs. vejlederfunktionen tilegnes en højere plads i praksis end aktuelt.

Visse læringsstrategier og evalueringsstrategier er ikke iværksat i speciallægeuddannelsen og her kunne man med relativt få økonomiske og personmæssige ressourcer forbedre uddannelsen:

- Læringsstrategier: Der kan bidrages til den konkrete undervisningsaktivitet i forhold til de yngre læger ved helt konkrete aktiviteter såsom brug af bed-side undervisning og vejledning, brug af helt konkret og verbal positiv tilbagemelding til de yngre læger i uddannelsesmiljøet.

-Evalueringsstrategi: Det helt karakteristiske er at lægerne i høj grad oplever 'ingen evaluering', at evaluering sker "never ever" eller at 'jeg hører fra dem når noget går galt'. Men der er sammenlignet med andre typer af uddannelser, et stort fravær af positiv og kritisk diskuterende evaluering. Speciallægeuddannelsen pågår helt overvejende på driftsmæssige vilkår, og i en konkret afvejning ville det ikke virke passende med vedvarende og empatisk tilbagemelding – men blot få tilkendegivelser ville være lette at formidle i miljøet. Her tænkes på konkret 'feed back' på de yngre lægers konkrete arbejde i form af; at indlægge en patient; at argumentere for en undersøgelse eller et behandlingsprogram; at præsentere en case ved en konference. Her skal det påpeges, at lægegruppen allerede har institutionaliseret en formel undervisningsramme, som er konferencen. Der er altså blot tale om *hvordan* den og andre typer af mere uformelle relationer udnyttes pædagogisk.

-Læring og evaluering i organisationen: Det centrale er at en sådan uddannelses- og evalueringspraksis er lukrativ og lærerig, ikke blot for den enkelte yngre læge som direkte oplever respons fra miljøet, men også for andre i uddannelsesmiljøet samt for de uddannelsesgivende som trænes i at opretholde, skærpe og forbedre den faglige argumentation. En sådan brug af positiv, kritisk diskuterende evaluering som indregner sagens kompleksitet, en afvejning af alternative fremgangsmåder, perspektivskifte, fokusering på proces og produkt mv. (Schön 1983, 1987) udvikler både faglig viden i organisationen og hos den enkelte. En sådan ændret praksis i lægeuddannelsesmiljøet kan understøttes gennem en bevidsthed om at det der i første omgang kan ses og opfattes som en tidskrævende aktivitet, det kan på længere sigt siges at være og fungere som en god investering. Flere af de yngre læger har i forlængelse heraf påpeget at dårlige uddannelsesafdelinger i den aktuelle situation og på længere sigt kan få svært ved at rekruttere yngre læger til afdelingen og til det pågældende speciale.

I forhold til de syv kompetenceroller er der tale om nogle relativt store forskydninger i hvordan lægerne oplever rollerne, mens der kan registreres færre forandringer i den konkrete lægepraksis:

- De syv kompetenceroller: Når en af planerne med at iværksætte og oversætte denne uddannelsesreform til danske forhold har været at lægerne fx skulle blive uddannet til at

forbedre deres kompetencer i forhold til samarbejde, kommunikation, sundhedsfremme og akademiker mv., så skal disse idealer understøttes af, at der er en reception heraf i uddannelsesmiljøet. Det betyder, at man blandt andet må indregne, at visse af disse kompetencer er aktive, virksomme og opfattes vigtige i nogle specialeområder, mens andre opfattes vigtige i andre specialeområder.

- Det skal afklares og præciseres yderligere, hvori de nye roller består eller skal bestå. Dernæst hvad der prioriteres højt henholdsvis lavt på et generelt niveau og indenfor de enkelte specialer. Før vil man ikke kunne handle i forhold til dem, og lade dem indgå i speciallægeuddannelsen på en konstruktiv måde. De skal m.a.o. give mening for de enkelte specialeudøvende.
- Man kan ikke forvente at de syv kompetenceområder kan eller skal implementeres ligeligt i de respektive specialer. De lægelige specialer spænder vidt som praksisområde; fra at agere primært på teknologi, celle, organ og individniveau til miljø, arbejdsmæssigt eller samfunds niveau; fra at den aktive intervention er ord/tale eller skæren/stråling; fra at objekterne er vågne og interventionen sker 'face to face' til at den er på et politisk eller videnskabeligt niveau. Man må således over tid i stadig større grad præcisere, hvad der præcis kan og skal forventes i de respektive specialer. Det kan således forventes at alle læger skal kunne samarbejde, administrere og kommunikere på en tilfredsstillende måde med hinanden, andre faggrupper og ikke mindst med brugere og patienter. Til gengæld er det oplagt at rollen som sundhedsfremmer ikke eller meget vanskeligt kan implementeres særligt i visse typer af kirurgiske specialer, og det kan også genvurderes hvorvidt rollen som akademiker med tilhørende forskning skal og kan have lige stor plads i alle specialer.
- Når bestræbelsen har været at øge speciallægenes kompetencer på seks områder ud over 'den medicinske ekspert', må disse kompetencer understøttes af idealer herom i uddannelsesmiljøet. Dette kan bekræftes ved lægenes generelle støtte til udvikling af de nye kompetencer. Men disse kompetencer skal også materialiseres i at der produceres og anvendes lærebøger herom, teknologi der understøtter det, samt ikke mindst at disse kompetencer skal gøres virkelige gennem at lægerne også i praksis spørges til og evalueres i henholdsvis det 'kommunikative', det 'sundhedsfremmende', det 'samarbejdende' osv.

Videnskabsteoretiske overvejelser

Projektet har løbende stået overfor nogle udfordringer, og det færdige resultat har på forskellige niveauer sine styrker og begrænsninger. Enkelte overvejelser herom skitseres afslutningsvist her.

På et videnskabsteoretisk niveau kan det være frugtbart at diskutere, hvorvidt lægegruppen som profession kan siges at være forskningsobjekt i sig selv. Det havde måske givet en lidt anden type

viden, hvis der var blevet relateret til et medicinsk felt, eller hvis andre professioner, fx ingeniører eller advokater, eksplicit havde indgået som grundlag for sammenligning (Bourdieu, 1996). Projektet kunne også med fordel have inddraget mere evalueringsteori og et større moment af viden om lægeprofessionens historie (Vallgård, 1992; Foucault, 1993) og præ- og postgraduat lægeuddannelse, samt mere viden om uddannelse af læger, udviklet indenfor antropologi (Lindenbaum & Lock, 1993), sociologi og medicin.

Projektet har været inspireret af forskellige typer af sociologisk og pædagogisk teori. Det har dog været hensigten i denne rapport at denne helt overvejende formidles implicit dvs. i de spørgsmål der stilles, de informanter der udvælges, i afvejningen af brug af metoder og betoning af metodernes gyldighed samt i analyserne af den fremkomne empiri. Faren ved dette den implicitte brug er at den teoretiske og metodiske stringens kan være vanskelig at følge, omvendt bliver formidlingen måske mindre indforstået og lettere at forstå for lægfolk. Forskergruppen har anset det som hensigtsmæssigt at møde speciallægeuddannelsen med dette, måske for lægeverdenen, lidt fremmede blik.

Undersøgelsen kunne i højere grad have været struktureret af teori frem for den mere dialektiske fremgangsmåde der har været valgt. Der været tale om inspiration af teori, idet projektet ikke helt, eller i alle faser, har været struktureret af teori. Det er begrundet i opdraget, dvs. at arbejde både ud fra et grundforskningsperspektiv (en deskriptiv bestræbelse) og en slags evalueringsperspektiv (skal anvendes normativt) samt i det forhold, at selve studieobjektet er forholdsvis u-undersøgt fra denne type teoretiske perspektiver. Det har således været et vilkår og nødvendigt både at tænke ud fra teori og samtidig være eksplorativ. I undersøgelsens anden fase, der formidles i denne rapport, har vi i høj grad kunnet bygge videre på viden produceret i den første delrapport. Der har været tale om genanvendelse af spørgsmål og struktur fra første delrapport og bestræbelsen har været at sammenligne resultater før og efter reformen.

Det var tydeligt, at der var diskrepans mellem fund fra spørgeskemaundersøgelsen og observationerne. Vi har tilstræbt at formidle begge typer af viden som resultater og ikke som modsætninger. Forskelle mellem, hvem de yngre læge oplevede at lære af, og hvad observationerne viste, var således begge rigtige, men blot et udtryk for forskellige perspektiver.

Det har været en udfordring at studere og formidle til et uddannelsesområde, hvor andre typer af begreber (ord der anvendes), klassifikationer (opdelinger/adskillelser) og logikker (årsagsforklaringer) var gældende end de, som er velkendte indenfor sociologi og pædagogik. Det er en grundlæggende udfordring i uddannelsessociologisk forskning, men det har fx været en særlig udfordring at formidle resultater af undersøgelsen til en læsegruppe, der både involverer aktive indenfor sundhedsvidenskab, humanvidenskab og samfundsvidenskab. Blot ét eksempel på dette er, at vi har valgt at tale om ”yngre læger” og ”vejledere”, hvor man i sociologisk forskning mere konsekvent ville anvende betegnelser som ”agenter” eller ”aktører”. Vi har i valg af begreber, opsætning, notebrug og litteraturreferencer samt i brug af eksempler søgt at formidle resultaterne af

undersøgelsen med respekt for kulturforskelle mellem ovennævnte traditioner. Hensigten har været, at teksten var nogenlunde meningsfuld for såvel de involverede yngre læger og vejledere som for en mere uddannelsespædagogisk og -sociologisk orienteret læsergruppe.

På trods af tidligere nævnte forbehold og reservationer har der dog i nærværende projekt været tilstrækkelig empiri og brug af forskellige metoder til at muliggøre relativt ny viden om lægeuddannelsesområdet. Det har fx været spændende at analysere området med de forskellige metodiske tilgange og sammenligne viden om lægeuddannelse med andre professioner og semi-professioner, herunder at etablere grundlag for at diskutere uddannelsesreform og evaluering heraf.

Litteratur

- Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties (2002). *ACGME Outcome Project. An Introduction*, på World Wide Web: http://www.acgme.org/outcome/project/OPintrorev1_7-05.ppt
- Akre, V. & Ludvigsen, S. (1998). *Professionslæring og kollektiv kunnskap. Læringsmiljø i to norske sykehusavdelinger* Tidsskrift Norsk Lægeforening.
- Aspegren, Knud (2003). *Tre metoder til evaluering i uddannelsen til speciallæge*. Lokaliseret den 2003 på World Wide Web
- Atkinson, P. (1995): *Medical talk and medical work. the liturgy of the clinic*, Sage Publications: [London]
- Atkinson, P. (1997): *The clinical experience: the construction and reconstruction of medical reality*, Ashgate Publishing Ltd: [Oxford]
- Bach, B., Bayer, M., Brinkkjær, U., Larsen, K., & Pallesen, I. (2004). *Speciallægeuddannelsen i Danmark - en empirisk undersøgelse af tendenser inden for speciallægeuddannelsen før implementeringen af den nye speciallægeuddannelse*. Sundhedsstyrelsen og Danmarks Pædagogiske Universitet: [Kbh.]
- Bayer, M. & Brinkkjær, U. (2003): *Professionslæring i praksis. nyuddannede læreres og pædagogers møde med praksis*, 1. udgave. udg., Danmarks Pædagogiske Universitet: [Kbh.]
- Bayer, M., Henriksen, A.-H., Larsen, K., & Ringsted, C. (2002): *Turnuslægers praksislæring*, H:S Postgraduate Medicinske Institut: [Kbh.]
- Becker, H. S. (1961): *Boys in white. Student culture in medical school*, [Chicago]
- Bernstein, B. (1996): *Pedagogy, symbolic control and identity. theory, research, critique*, Taylor & Francis: [London]
- Bernstein, B. (2001): *Pædagogik, diskurs og magt*, Akademisk: [Kbh.]
- Bourdieu, P. (1977): *Outline of a Theory of practice*, Cambridge University Press: [Cambridge]
- Bourdieu, P. (1986): *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*, Routledge: [London]
- Bourdieu, P. (1996): *Homo academicus*, Brutus Östlings Bokförlag Symposion: [Stockholm]
- Callewaert, S. (1992): *Kultur, pædagogik og videnskab*, 2. udg., Akademisk Forlag: [Kbh.]
- Callewaert, S. (2003): *Fra Bourdieus og Foucaults verden. pædagogik og sociologi, diskurser og praktikker, efter det moderne*, Akademisk: [Kbh.]
- Center for Education in Medicine (2001). *Evaluation of the Reforms to Higher Specialist Training 1996-1999. Final report CD, version 1.1*, Open University:
- Charles, P. (2004). *Den postgraduate kliniske lektors funktioner i relation til den nye speciallægeuddannelse* Ugeskrift for læger 25.

- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Athanasiou, T. (1986): *Mind over machine. the power of human intuition and expertise in the era of the computer*, Blackwell: [Oxford]
- Etzioni, A. (1969): *The semi-professions and their organization. Teachers, nurses, social workers*, [New York]
- Faarvang, K. L. (2001). "Uddannelses-enqueten 2001", *Ugeskrift for læger*, vol. 17, p. 2412.
- Faurfelt, K. (2006): "Den vejledende læge og den lærende læges læreprocesser på en hospitalsafdeling" i T. R. Eriksen (red.), *Kvalifikationer - definitioner af ord eller relationer mellem mennesker*, Munksgaard: [København].
- Faurfelt, K., Wichmann-Hansen, G., & Worsøe, M. (1999): *Læger lærer når de arbejder - men hvordan?* Roskilde Amt: [Roskilde]
- Foucault, M. (1993): *The birth of the clinic : an archaeology of medical perception ; Naissance de la clinique*, Routledge: [London]
- Freidson, E. (1970): *Professional dominance. the social structure of medical care*, Altherton Press: [New York]
- Glasdam, S. (2001): "Det danske hospitalsvæsens opståen" i K. A. Petersen (red.), *Praktikker i erhverv og uddannelse*, Akademisk forlag: [Kbh.]
- Good, B. J. (1994): *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press: [Cambridge]
- Good, B. J. & Good, M. J. D. (1989). *Disabling Practitioners. The Hazards of Learning to be an Doctor in American Medical Education* Journal of Orthopsychiatry 59, s. 303-309.
- Good, B. J. & Good, M. J. D. (1993): "'Learning medicine': The Constructing of medical Knowledge at Harvard Medical School" i S. Lindenbaum & M. Lock (red.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press. pp. 81-107.
- Good, M. J. D. (1995): *American medicine. The quest for competence*, University of California Press: [Berkeley]
- H:S Postgraduate Medicinske Institut (2000). *Mission og visioner 2000-2005. Erfaringer 1997-1999*. Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- Hammerslev, O. (2003): *Danish judges in the 20th century. a socio-legal study*, 1. edition. udg., Djøf Publishing: [Kbh.]
- Hansen, E. J. (1995): *En generation blev voksen. den første velfærdsgeneration*, Socialforskningsinstituttet: [Kbh.]
- Hansen, E. J. (2002): *Konflikter og uligheder i det moderne samfund*, 1. udgave. udg., Billesø & Baltzer: [Værløse]
- Højrup, T. (1986): *Det glemte folk. livsformer og centraldirigering*, Institut for Europæisk Folkelivsforskning: [Hørsholm]

- Kvale, S. (1993). *En pædagogisk rehabilitering af mesterlæren?* Dansk pædagogisk tidsskrift.
- Kvale, S. & Nielsen, K. (2004): *Mesterlære. læring som social praksis*, Hans Reitzel: [Kbh.]
- Larsen, K. (2003): "Outline of Nursing in the Medical Field" i K. A. Petersen m. fl. (red.), *The Network Society and The Demand of Educational Change*, Uppsala Universitet. Dept. of Education: Uppsala. pp. 273-298.
- Larsen, K. & Brinkkjær, U. (2003): "Sociologisk inspirerede studier af læring" i I. Bryderup (red.), *Pædagogisk sociologi*, Danmarks Pædagogiske Universitet: [Kbh].
- Lave, J. & Wenger, E. (1991): *Situated learning. legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press: [Cambridge]
- Lindenbaum, S. & Lock, M. (1993): *Knowledge, power, and practice. the anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press: [Berkeley]
- Lyng, K. M., Ringsted, C., Faarvang, K. L., Tallett, S. E., & Rothman, A. (2001). "Fremtidens roller; Akkreditering og uddannelse", *Ugeskrift for læger*, vol. 163, no. 17: pp. 2406-2411.
- Melia, K. M. (1987): *Learning and working. the occupational socialization of nurses*, Tavistock: London
- Nerup, J. (1998): *Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed*, Dansk Medicinsk Selskab: [Kbh.]
- Nielsen, K. & Kvale, S. (2003): *Praktikkens læringslandskab. at lære gennem arbejde*, Akademisk: [Kbh.]
- Nordenbo, S. E. (1997): *Fagdidaktik. en pædagogisk diskussion af undervisning i filosofi*, Gyldendal: [Kbh.]
- Petersen, K. A. (2001): *Praktikker i erhverv og uddannelse. om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker*, 1. udgave. udg., Akademisk: [Kbh.]
- Raabæk Olsen, L. & Lindskov Hansen, T. (2000). "Logbog. en mulig metode", *Ugeskrift for læger*, vol. 162, no. 8: pp. 1072-1075.
- Schön, D. (1991): *The Reflective Practitioner*, Avebury, Ashgate Publishing Limited: [London]
- Sinclair, S. (1997): *Making doctors. An institutional apprenticeship*, Berg: [Oxford]
- Sloth Carlsen, P. (1981): *Det danske samfunds udvælgelse af dets ledende personkreds omkring 1970*, Handelshøjskolen i Århus, Institut for Erhvervs- og Samfundsbeskrivelse: [Århus]
- Spradley, J. P. (1980): *Participant observation*, Holt, Rinehart and Winston: [New York]
- Steensen, J. P. (2002). "Overlæger skal påtage sig ansvar for helheden", *Ugeskrift for læger*, vol. 34, p. 3996.
- Sundhedsstyrelsen (1994): *Rapport vedrørende den kirurgiske speciallægeuddannelse*, Sundhedsstyrelsen: Kbh.

Sundhedsstyrelsen (1998): *Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse. Struktur, retningslinier og ansvarsfordeling*, Sundhedsstyrelsen: Kbh.

Sundhedsstyrelsen (2000). *Fremtidens speciallæge. Betænkning nr. 1384*.

Sundhedsstyrelsen (19-3-2001a). *Bekendtgørelse nr. 177 om de regionale videreuddannelsesråd* Bekendtgørelse nr. 177 af 19. marts 2001.

Sundhedsstyrelsen (2001b): *Manual til brug for inspektorordningen*, 2. udgave. udg., Sundhedsstyrelsen: Kbh.

Sundhedsstyrelsen (10-7-2003a). *Bekendtgørelse nr. 660 om uddannelse til speciallæger*. Kbh.

Sundhedsstyrelsen (2003b): *Lægeprognose - udbudet af læger 2000-2025*, Sundhedsstyrelsen: Kbh.

Sundhedsvæsenets patientklagenævn (2001). *Statistiske oplysninger 2001*, Kbh

Utzon, J. (1998): *Hospitalslægers arbejdstilrettelæggelse, uddannelse, arbejdsglæde og produktivitet. evaluering af lægernes faststillingsreform*, DSI - Institut for Sundhedsvæsen: Kbh.

Vallgård, S. (1992): *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*, Jurist- og Økonomforbundet: Kbh.

World Federation for Medical Education (2003). *Postgraduate Medical Education: WFME Global Standards for Quality Improvement*.

Bilag 1 - Fokusgruppeinterview

Guide

Sted	Herlev, Næstved, Kolding, Skejby		
Dato	September – December		
Varighed	1½ time		
Sammensætning Max 8 deltagere pr. interview	Ligeligt antal uddannelsessøgende læger og uddannelsesansvarlige læger (UO, HV, DKV). Gælder også for overgangslægerne	Tilstræbt ligelig kønsfordeling	Læger fra medicinske, kirurgiske og parakliniske specialer
Guide	Nedenfor		
Moderator	Martin Bayer		
Observatør			
Tekniske midler	Båndoptages	Udskrives helt	
Rapportering	Indgår i rapport primo 2007	Anvendes til spørgeskema	

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at skabe indsigt i lægernes opfattelser og vurderinger af de nuværende uddannelsesforhold ca. et år efter arbejdet med speciallægereformen er påbegyndt. Disse opfattelser og vurderinger søges indfanget dels via respondenternes umiddelbare overvejelser dels mere struktureret via matrixmodellen dvs. syv kompetenceroller.

Dette perspektiveres både udfra de uddannelsessøgendes og udfra vejledernes perspektiver. I fokus står en beskrivelse af uddannelsespraksis perspektiveret i relation til matrixmodellen. Reformens nuværende impact undersøges og diskuteres.

Følgende forhold søges belyst blandt andet udfra en SWOT-analyse

Uddannelse og drift (struktur)

1. Beskrivelse af centrale træk ved nuværende arbejds- og uddannelsespraksis (Fx hvor meget fylder uddannelse sammenlignet med andre opgaver som klinisk arbejde, forskningsaktiviteter, administrativt arbejde, 'ikke-lægeligt arbejde', uproduktiv arbejdstid/ventetid)
2. Beskrivelse af centrale problemstillinger ved nuværende uddannelsespraksis (forholdet mellem drift og uddannelse, kontinuitet, arbejdsmiljø, uddannelseskulturer etc.)
3. Vurderinger af styrker, svagheder, muligheder og trusler (SWOT)

Kompetencemål, lærings- og evalueringsstrategier (proces og resultat)

4. Beskrivelse af uddannelsessøgende lægers læreprocesser i et relationelt perspektiv. (mesterlære, læremestre, lærerige situationer, lærings- og uddannelsesopfattelser)
5. Beskrivelse af kompetencemål (hvad).
6. Beskrivelse af læringsstrategier (hvordan)
7. Beskrivelse af evalueringsstrategier under reformen.
8. Vurderinger af stærke sider, svage sider, mulige forbedringer, forhindringer og trusler ved de og nuværende uddannelsesforhold (SWOT)

De syv kompetenceroller

9. Vægtning før og efter reformen

Baggrundsmateriale

Inspektorrapporter

Første delrapport

SSTs retningslinier for evaluering af den lægelige videreuddannelse

Bilag 2 – Frekvenstabeller fra spørgeskemaundersøgelsen

Nedenfor er gengivet frekvenstabellerne for spørgeskemaundersøgelsen. Det enkelte spørgsmål kan være besvaret af alle, af de uddannelsessøgende læger (n=428) eller af vejlederne (n=105)

Er du i gang med en speciallæge uddannelse?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	428	80,3	80,3	80,3
Nej	105	19,7	19,7	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Uddannelsessøgende

Er denne speciallæge uddannelse efter 1996-ordningen eller 2003 ordningen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1996-ordningen	171	32,1	40,0	40,0
2003-ordningen	257	48,2	60,0	100,0
Total	428	80,3	100,0	
Missing System	105	19,7		
Total	533	100,0		

Har du tidligere afsluttet en anden speciallægeuddannelse?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	4	,8	,9	,9
Nej	424	79,5	99,1	100,0
Total	428	80,3	100,0	
Missing System	105	19,7		
Total	533	100,0		

Vejledere

Har du tidligere afsluttet en speciallægeuddannelse?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	105	19,7	100,0	100,0
Missing System	428	80,3		
Total	533	100,0		

Varetager du vejledningsopgaver på speciallægeuddannelsen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	105	19,7	100,0	100,0
Missing System	428	80,3		
Total	533	100,0		

Uddannelsessøgende

Hvilket speciale er du i gang med? (2003-ordning)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Almen medicin	60	11,3	23,5	23,5
	Anæstesiologi	14	2,6	5,5	29,0
	Børne- og ungdomspsykiatri	7	1,3	2,7	31,8
	Dermatologi	4	,8	1,6	33,3
	Diagnostisk radiologi	11	2,1	4,3	37,6
	Gynækologi og obstetrik	15	2,8	5,9	43,5
	Intern medicin: Endokrinologi	6	1,1	2,4	45,9
	Int. medicin: Gastroenterologi og Hepatologi	4	,8	1,6	47,5
	Intern medicin: Hæmatologi	4	,8	1,6	49,0
	Intern medicin: Infektionsmedicin	2	,4	,8	49,8
	Intern medicin: Kardiologi	20	3,8	7,8	57,6
	Intern medicin: Lungesygdomme	5	,9	2,0	59,6
	Intern medicin: Nefrologi	2	,4	,8	60,4
	Intern medicin: Reumatologi	4	,8	1,6	62,0
	Karkirurgi	2	,4	,8	62,7
	Kirurgi	15	2,8	5,9	68,6
	Klinisk farmakologi	2	,4	,8	69,4
	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	2	,4	,8	70,2
	Klinisk genetik	2	,4	,8	71,0
	Klinisk mikrobiologi	2	,4	,8	71,8
	Neurokirurgi	3	,6	1,2	72,9
	Neurologi	5	,9	2,0	74,9
	Oftalmologi	4	,8	1,6	76,5
	Onkologi	7	1,3	2,7	79,2
	Ortopædisk kirurgi	14	2,6	5,5	84,7
	Oto-rhino-laryngologi	6	1,1	2,4	87,1
	Patologisk anatomi og cytologi	7	1,3	2,7	89,8
	Plastikkirurgi	3	,6	1,2	91,0
	Psykiatri	8	1,5	3,1	94,1
	Pædiatri	11	2,1	4,3	98,4
	Urologi	2	,4	,8	99,2
	Andet	2	,4	,8	100,0
	Total	255	47,8	100,0	
Missing	System	278	52,2		
Total		533	100,0		

Specialegruppe (2003)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tværgående	32	6,0	12,5	12,5
	Medicinsk	89	16,7	34,9	47,5
	Kirurgisk	74	13,9	29,0	76,5
	Almen	60	11,3	23,5	100,0
	Total	255	47,8	100,0	
Missing	System	278	52,2		
Total		533	100,0		

Hvilket speciale er du i gang med? (1996-ordning)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Almen medicin	41	7,7	24,3	24,3
	Anæstesiologi	8	1,5	4,7	29,0
	Arbejdsmedicin	2	,4	1,2	30,2
	Børne- og ungdomspsykiatri	4	,8	2,4	32,5
	Dermato-venerologi	2	,4	1,2	33,7
	Diagnostisk radiologi	1	,2	,6	34,3
	Gynækologi og obstetrik	5	,9	3,0	37,3
	Intern medicin	5	,9	3,0	40,2
	Intern medicin: Medicinsk endokrinologi	2	,4	1,2	41,4
	Intern medicin: Hæmatologi	2	,4	1,2	42,6
	Intern medicin: Infektionsmedicin	3	,6	1,8	44,4
	Intern medicin: Kardiologi	7	1,3	4,1	48,5
	Intern medicin: Medicinsk gastroenterologi	2	,4	1,2	49,7
	Intern medicin: Medicinske lungesygdomme	1	,2	,6	50,3
	Intern medicin: Reumatologi	1	,2	,6	50,9
	Karkirurgi	2	,4	1,2	52,1
	Kirurgi	5	,9	3,0	55,0
	Kirurgisk gastroenterologi	2	,4	1,2	56,2
	Klinisk biokemi	1	,2	,6	56,8
	Klinisk farmakologi	3	,6	1,8	58,6
	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	3	,6	1,8	60,4
	Klinisk immunologi	1	,2	,6	60,9
	Neurokirurgi	1	,2	,6	61,5
	Neurologi	8	1,5	4,7	66,3
	Oftalmologi	6	1,1	3,6	69,8
	Onkologi	8	1,5	4,7	74,6
	Ortopædisk kirurgi	7	1,3	4,1	78,7
	Oto-rhino-laryngologi	7	1,3	4,1	82,8
	Patologisk anatomi	3	,6	1,8	84,6
	Plastikkirurgi	4	,8	2,4	87,0
	Psykiatri	8	1,5	4,7	91,7
	Pædiatri	8	1,5	4,7	96,4
	Samfundsmedicin	3	,6	1,8	98,2
	Thoraxkirurgi	2	,4	1,2	99,4
	Urologi	1	,2	,6	100,0
	Total	169	31,7	100,0	
Missing	System	364	68,3		
Total		533	100,0		

Specialegruppe (1996)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tværgående	21	3,9	12,4	12,4
	Medicinsk	64	12,0	37,9	50,3
	Kirurgisk	43	8,1	25,4	75,7
	Almen	41	7,7	24,3	100,0
	Total	169	31,7	100,0	
Missing	System	364	68,3		
Total		533	100,0		

Hvornår besluttede du dig for det valgte speciale?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Før medicin-studiet	14	2,6	3,3	3,3
	Under medicin-studiet	96	18,0	22,6	25,9
	Inden eller under turnus	114	21,4	26,9	52,8
	Senere	199	37,3	46,9	99,8
	Kan ikke huske (læs ikke op)	1	,2	,2	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Har du på noget tidspunkt haft ønsker om eller været i gang med et andet speciale end det som du nu er i gang med?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nej, aldrig	227	42,6	53,5	53,5
	Ja	197	37,0	46,5	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Før medicin-studiet	7	1,3	3,6	3,6
	Under medicin-studiet	37	6,9	18,8	22,3
	Inden eller under turnus	46	8,6	23,4	45,7
	Senere	105	19,7	53,3	99,0
	Kan ikke huske (læs ikke op)	2	,4	1,0	100,0
	Total	197	37,0	100,0	
Missing	System	336	63,0		
Total		533	100,0		

Hvor langt er du i din speciallægeuddannelse?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	På første fjerdedel	177	33,2	41,7	41,7
	På anden fjerdedel	83	15,6	19,6	61,3
	På tredje fjerdedel	51	9,6	12,0	73,3
	På sidste fjerdedel	107	20,1	25,2	98,6
	Ved ikke	6	1,1	1,4	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvor mange forskellige afdelinger har du været på, siden du blev færdig med turnus?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	En	40	7,5	9,4	9,4
	To	73	13,7	17,2	26,7
	Tre	74	13,9	17,5	44,1
	Flere	234	43,9	55,2	99,3
	Ved ikke	3	,6	,7	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvor mange besatte speciallæge-uddannelsesstillinger findes på den afdeling, hvor du er ansat?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	37	6,9	8,7	8,7
	2	50	9,4	11,8	20,5
	3	52	9,8	12,3	32,8
	4	45	8,4	10,6	43,4
	5	31	5,8	7,3	50,7
	6	28	5,3	6,6	57,3
	7	21	3,9	5,0	62,3
	8	30	5,6	7,1	69,3
	9	9	1,7	2,1	71,5
	10	23	4,3	5,4	76,9
	11-14	17	3,2	4,0	80,9
	15-19	20	3,8	4,7	85,6
	20-49	17	3,2	4,0	89,6
	=> 50	2	,4	,5	90,1
	Ved ikke	42	7,9	9,9	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Vægten mellem drift og uddannelse er fifty-fifty. Synes du det er...?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget rigtigt	45	8,4	10,6	10,6
	Rigtigt	69	12,9	16,3	26,9
	Delvist rigtigt	122	22,9	28,8	55,7
	Forkert	176	33,0	41,5	97,2
	Ved ikke (læs ikke op)	12	2,3	2,8	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Til dagligt handler det mest om drift - uddannelse ligger ligesom mellem linierne. Synes du det er...?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget rigtigt	131	24,6	30,9	30,9
	Rigtigt	136	25,5	32,1	63,0
	Delvist rigtigt	105	19,7	24,8	87,7
	Forkert	49	9,2	11,6	99,3
	Ved ikke (læs ikke op)	3	,6	,7	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Til daglig handler det mest om uddannelse - driften er ligesom passet ind heri. Synes du det er...?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget rigtigt	10	1,9	2,4	2,4
	Rigtigt	27	5,1	6,4	8,7
	Delvist rigtigt	105	19,7	24,8	33,5
	Forkert	273	51,2	64,4	97,9
	Ved ikke (læs ikke op)	9	1,7	2,1	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Består dit arbejde især af Rutineopgaver eller Nye opgaver?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rutineopgaver	195	36,6	46,0	46,0
	Nye opgaver	134	25,1	31,6	77,6
	Kan ikke vurdere	95	17,8	22,4	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvor tit møder du opgaver som overrasker dig POSITIVT?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dagligt	115	21,6	27,1	27,1
	Hver uge	229	43,0	54,0	81,1
	Hver måned	57	10,7	13,4	94,6
	Sjældnere	18	3,4	4,2	98,8
	Ved ikke (læs ikke op)	5	,9	1,2	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvor tit møder du opgaver som overrasker dig NEGATIVT?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dagligt	48	9,0	11,3	11,3
	Hver uge	159	29,8	37,5	48,8
	Hver måned	109	20,5	25,7	74,5
	Sjældnere	96	18,0	22,6	97,2
	Ved ikke (læs ikke op)	12	2,3	2,8	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Kender du de formelle mål for din uddannelse?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	364	68,3	85,8	85,8
	Delvist	43	8,1	10,1	96,0
	Nej	17	3,2	4,0	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Er der mellem dig og din arbejdsgiver udarbejdet nogen form for uddannelsesplan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	348	65,3	82,1	82,1
	Delvist	21	3,9	5,0	87,0
	Nej	55	10,3	13,0	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst set på denne plan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	33	6,2	8,9	8,9
	Dagen før	13	2,4	3,5	12,5
	Sidste uge	60	11,3	16,3	28,7
	Denne måned	101	18,9	27,4	56,1
	Længere siden	158	29,6	42,8	98,9
	Kan ikke huske (læs ikke op)	4	,8	1,1	100,0
	Total	369	69,2	100,0	
Missing	System	164	30,8		
Total		533	100,0		

Hvornår var sidste gang, at det du lavede på dit arbejde passede godt sammen med målene for din uddannelse?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	174	32,6	47,2	47,2
	Dagen før	21	3,9	5,7	52,8
	Sidste uge	95	17,8	25,7	78,6
	Denne måned	32	6,0	8,7	87,3
	Længere siden	35	6,6	9,5	96,7
	Kan ikke huske (læs ikke op)	12	2,3	3,3	100,0
	Total	369	69,2	100,0	
Missing	System	164	30,8		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst lært noget af en anden ældre eller sidestillet læge?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	198	37,1	46,7	46,7
	Dagen før	27	5,1	6,4	53,1
	Sidste uge	136	25,5	32,1	85,1
	Denne måned	38	7,1	9,0	94,1
	Længere siden	23	4,3	5,4	99,5
	Kan ikke huske (læs ikke op)	2	,4	,5	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst lært noget af andre end læger (andet personale eller patienter)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	93	17,4	21,9	21,9
	Dagen før	16	3,0	3,8	25,7
	Sidste uge	109	20,5	25,7	51,4
	Denne måned	92	17,3	21,7	73,1
	Længere siden	86	16,1	20,3	93,4
	Kan ikke huske (læs ikke op)	28	5,3	6,6	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvem oplever du, at lære mest af?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ældre læge	353	66,2	83,3	83,3
	Sideordnet læge	42	7,9	9,9	93,2
	Sygeplejer(ske)	1	,2	,2	93,4
	Patient	4	,8	,9	94,3
	Andet	17	3,2	4,0	98,3
	Ved ikke (læs ikke op)	7	1,3	1,7	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Open answer

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	516	96,8	96,8	96,8
Akedamikerne.	1	,2	,2	97,0
Alle smmen.	1	,2	,2	97,2
At læse i fagbøger.	1	,2	,2	97,4
Blanding af læger og psykologer.	1	,2	,2	97,6
Det hele.	1	,2	,2	97,7
En anden speciallæge som er lidt længere henne end mig.	1	,2	,2	97,9
En kombination.	1	,2	,2	98,1
En læge der er et par år ældre i uddannelse end mig.	1	,2	,2	98,3
Ingeniører, fysioterapeuter, psykologer.	1	,2	,2	98,5
Kurser, hvor speciallæger underviser.	1	,2	,2	98,7
Learning by doing - en selv.	1	,2	,2	98,9
Læger der kun er lidt længere end mig.	1	,2	,2	99,1
Mig selv ved at jeg selv læser bøger og foreskrifter og procedurer.	1	,2	,2	99,2
Mig selv.	1	,2	,2	99,4
Sideordnede læger plus patienter.	1	,2	,2	99,6
Yngre overlæger.	1	,2	,2	99,8
Ældre læger og patienter.	1	,2	,2	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Hvornår har du sidst oplevet Bed-side vejledning?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
I går	59	11,1	13,9	13,9
Dagen før	13	2,4	3,1	17,0
Sidste uge	76	14,3	17,9	34,9
Denne måned	64	12,0	15,1	50,0
Længere siden	169	31,7	39,9	89,9
Aldrig	33	6,2	7,8	97,6
Ved ikke (læs ikke op)	10	1,9	2,4	100,0
Total	424	79,5	100,0	
Missing				
System	109	20,5		
Total	533	100,0		

Hvornår har du sidst oplevet simulationsscenarier og/eller rollespil?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	3	,6	,7	,7
	Sidste uge	16	3,0	3,8	4,5
	Denne måned	32	6,0	7,5	12,0
	Længere siden	284	53,3	67,0	79,0
	Aldrig	82	15,4	19,3	98,3
	Ved ikke (læs ikke op)	7	1,3	1,7	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst fået et godt råd af din vejleder?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	66	12,4	15,6	15,6
	Dagen før	19	3,6	4,5	20,0
	Sidste uge	99	18,6	23,3	43,4
	Denne måned	99	18,6	23,3	66,7
	Længere siden	120	22,5	28,3	95,0
	Aldrig	13	2,4	3,1	98,1
	Ved ikke (læs ikke op)	8	1,5	1,9	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Er der noget som du oplever, at du mangler at lære?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	383	71,9	90,3	90,3
	Nej	41	7,7	9,7	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvor ofte er der overensstemmelser mellem dine kompetencer og de opgaver/udfordringer som du tilbydes?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Altid	52	9,8	12,3	12,3
	Oft	337	63,2	79,5	91,7
	Sjældent	33	6,2	7,8	99,5
	Aldrig	1	,2	,2	99,8
	Ved ikke (læs ikke op)	1	,2	,2	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst - i mere end 60 minutter i træk - læst i en faglig tekst?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	85	15,9	20,0	20,0
	Dagen før	20	3,8	4,7	24,8
	Sidste uge	122	22,9	28,8	53,5
	Denne måned	70	13,1	16,5	70,0
	Sidste måned	45	8,4	10,6	80,7
	Længere siden	76	14,3	17,9	98,6
	Ved ikke (læs ikke op)	6	1,1	1,4	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår er du sidst blevet vurderet på grundlag af en læringsdagbog?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	4	,8	,9	,9
	Dagen før	1	,2	,2	1,2
	Sidste uge	19	3,6	4,5	5,7
	Denne måned	33	6,2	7,8	13,4
	Længere siden	119	22,3	28,1	41,5
	Aldrig	235	44,1	55,4	96,9
	Ved ikke (læs ikke op)	13	2,4	3,1	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvornår er du sidst blevet vurderet gennem struktureret tilbagemelding fra kolleger og andet personale?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	26	4,9	6,1	6,1
	Dagen før	3	,6	,7	6,8
	Sidste uge	41	7,7	9,7	16,5
	Denne måned	58	10,9	13,7	30,2
	Længere siden	161	30,2	38,0	68,2
	Aldrig	125	23,5	29,5	97,6
	Ved ikke (læs ikke op)	10	1,9	2,4	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvor stort et udbytte havde du af din seneste evalueringssamtale?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget	90	16,9	21,2	21,2
	Noget	175	32,8	41,3	62,5
	Lidt	100	18,8	23,6	86,1
	Intet	44	8,3	10,4	96,5
	Kan ikke vurdere (læs ikke op)	15	2,8	3,5	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
Total		533	100,0		

Hvilket år afsluttede du dit seneste speciale?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Før 1985	7	1,3	6,4	6,4
	1985-1989	12	2,3	11,0	17,4
	1990-1999	45	8,4	41,3	58,7
	2000++	43	8,1	39,4	98,2
	Vil ikke svare	2	,4	1,8	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Vejledere

Hvor mange forskellige afdelinger har du været på, som færdig uddannet speciallæge?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	En	23	4,3	21,1	21,1
	To	29	5,4	26,6	47,7
	Tre	35	6,6	32,1	79,8
	Flere end tre	22	4,1	20,2	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvor mange besatte speciallæge-uddannelsesstillinger findes på den afdeling, hvor du er ansat?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	,9	4,6	4,6
	2	11	2,1	10,1	14,7
	3	15	2,8	13,8	28,4
	4	17	3,2	15,6	44,0
	5	8	1,5	7,3	51,4
	6	5	,9	4,6	56,0
	7	7	1,3	6,4	62,4
	8	9	1,7	8,3	70,6
	9	3	,6	2,8	73,4
	10	6	1,1	5,5	78,9
	11-14	10	1,9	9,2	88,1
	15-19	5	,9	4,6	92,7
	20-49	4	,8	3,7	96,3
	=> 50	1	,2	,9	97,2
	Vil ikke svare	3	,6	2,8	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Vægten mellem drift og uddannelse er fifty-fifty. Synes du det er...?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget rigtigt	10	1,9	9,2	9,2
	Rigtigt	14	2,6	12,8	22,0
	Delvist rigtigt	31	5,8	28,4	50,5
	Forkert	54	10,1	49,5	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Til dagligt handler det mest om drift - uddannelse ligger ligesom mellem linierne. Synes du det er...?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget rigtigt	28	5,3	25,7	25,7
	Rigtigt	32	6,0	29,4	55,0
	Delvist rigtigt	25	4,7	22,9	78,0
	Forkert	22	4,1	20,2	98,2
	Ved ikke (læs ikke op)	2	,4	1,8	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Til daglig handler det mest om uddannelse - driften er ligesom passet ind heri. Synes du det er...?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget rigtigt	2	,4	1,8	1,8
	Rigtigt	7	1,3	6,4	8,3
	Delvist rigtigt	20	3,8	18,3	26,6
	Forkert	79	14,8	72,5	99,1
	Ved ikke (læs ikke op)	1	,2	,9	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Under speciallægeuddannelsen består arbejdet mest af Rutineopgaver eller Nye opgaver?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rutineopgaver	59	11,1	54,1	54,1
	Nye opgaver	26	4,9	23,9	78,0
	Kan ikke vurdere (læs ikke op)	24	4,5	22,0	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvor tit oplever du, at de uddannelsessøgende speciallæger bliver POSITIVT overrasket?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dagligt	13	2,4	11,9	11,9
	Hver uge	50	9,4	45,9	57,8
	Hver måned	25	4,7	22,9	80,7
	Sjældnere	17	3,2	15,6	96,3
	Ved ikke (læs ikke op)	4	,8	3,7	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvor tit oplever du, at de uddannelsessøgende speciallæger bliver NEGATIVT overrasket?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dagligt	8	1,5	7,3	7,3
	Hver uge	39	7,3	35,8	43,1
	Hver måned	22	4,1	20,2	63,3
	Sjældnere	35	6,6	32,1	95,4
	Ved ikke (læs ikke op)	5	,9	4,6	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Har du som vejleder, sammen med den uddannelsessøgende speciallæge, udarbejdet mål for vedkommendes uddannelse?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	103	19,3	94,5	94,5
	Nej	6	1,1	5,5	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidste gang set på disse mål?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	6	1,1	5,5	5,5
	Sidste uge	32	6,0	29,4	34,9
	Sidste måned	58	10,9	53,2	88,1
	Aldrig	4	,8	3,7	91,7
	Ved ikke (læs ikke op)	9	1,7	8,3	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår var sidste gang, det som den uddannelsessøgende faktisk lavede passede sammen med de fastsatte mål?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	42	7,9	38,5	38,5
	Sidste uge	31	5,8	28,4	67,0
	Sidste måned	15	2,8	13,8	80,7
	Aldrig	1	,2	,9	81,7
	Ved ikke (læs ikke op)	20	3,8	18,3	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst givet Bed-side vejledning?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	51	9,6	46,8	46,8
	Dagen før	4	,8	3,7	50,5
	Sidste uge	25	4,7	22,9	73,4
	Denne måned	9	1,7	8,3	81,7
	Længere siden	13	2,4	11,9	93,6
	Aldrig	7	1,3	6,4	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst vejledet med simulationsscenarier og/eller rollespil?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	4	,8	3,7	3,7
	Dagen før	1	,2	,9	4,6
	Sidste uge	3	,6	2,8	7,3
	Denne måned	6	1,1	5,5	12,8
	Længere siden	31	5,8	28,4	41,3
	Aldrig	63	11,8	57,8	99,1
	Ved ikke (læs ikke op)	1	,2	,9	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvor tit er der overensstemmelse mellem den uddannelsessøgendes kompetencer og de opgaver/udfordringer som vedkommende tilbydes?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Altid	17	3,2	15,6	15,6
	Oft	84	15,8	77,1	92,7
	Sjældent	8	1,5	7,3	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvem oplever du, at de uddannelsessøgende lærer mest af?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ældre læger	81	15,2	74,3	74,3
	Sideordnede læger	16	3,0	14,7	89,0
	Sygeplejer(sker)	1	,2	,9	89,9
	Patienter	2	,4	1,8	91,7
	Andet	3	,6	2,8	94,5
	Ved ikke (læs ikke op)	6	1,1	5,5	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Open answer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		530	99,4	99,4	99,4
	Alle læger.	1	,2	,2	99,6
	Alle.	1	,2	,2	99,8
	Det gør de af allesammen. Det er en kombination.	1	,2	,2	100,0
	Videregående kompetencer er det dog nok fra de ældre læger.				
	Total	533	100,0	100,0	

Hvornår har du som vejleder sidst givet en uddannelsessøgende læge et godt råd?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	66	12,4	60,6	60,6
	Dagen før	8	1,5	7,3	67,9
	Sidste uge	23	4,3	21,1	89,0
	Denne måned	7	1,3	6,4	95,4
	Længere siden	3	,6	2,8	98,2
	Aldrig	1	,2	,9	99,1
	Ved ikke (læs ikke op)	1	,2	,9	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst - i mere end 60 minutter i træk - læst i en faglig tekst?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	35	6,6	32,1	32,1
	Dagen før	7	1,3	6,4	38,5
	Sidste uge	32	6,0	29,4	67,9
	Denne måned	15	2,8	13,8	81,7
	Længere siden	19	3,6	17,4	99,1
	Ved ikke (læs ikke op)	1	,2	,9	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst vurderet en speciallæge under uddannelse på grundlag af en læringsdagbog?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	6	1,1	5,5	5,5
	Dagen før	1	,2	,9	6,4
	Sidste uge	10	1,9	9,2	15,6
	Denne måned	13	2,4	11,9	27,5
	Længere siden	38	7,1	34,9	62,4
	Aldrig	37	6,9	33,9	96,3
	Ved ikke (læs ikke op)	4	,8	3,7	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvornår har du sidst vurderet en speciallæge under uddannelse gennem struktureret tilbagemelding fra kolleger og andet personale?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I går	8	1,5	7,3	7,3
	Dagen før	3	,6	2,8	10,1
	Sidste uge	12	2,3	11,0	21,1
	Denne måned	14	2,6	12,8	33,9
	Længere siden	35	6,6	32,1	66,1
	Aldrig	33	6,2	30,3	96,3
	Ved ikke (læs ikke op)	4	,8	3,7	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvor stort et udbytte vurderer du, at den speciallæge studerende fik af den seneste evalueringssamtale du deltog i?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Meget	40	7,5	36,7	36,7
	Noget	57	10,7	52,3	89,0
	Lidt	5	,9	4,6	93,6
	Ved ikke (læs ikke op)	7	1,3	6,4	100,0
	Total	109	20,5	100,0	
Missing	System	424	79,5		
Total		533	100,0		

Hvad synes du bør være den vigtigste kvalifikation for en speciallæge?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	At stille rigtige diagnoser	253	47,5	47,5	47,5
	At kommunikere	87	16,3	16,3	63,8
	At identificere sundhedstilstand	67	12,6	12,6	76,4
	Kan ikke vurdere (læs ikke op)	126	23,6	23,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Hvilke af følgende fire relationer finder du vigtigst for arbejdet som læge/speciallæge?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Relationen til Sygehusledelsen	9	1,7	1,7	1,7
	Relationen til ældre læger	167	31,3	31,3	33,0
	Relationen til ligestillede læger	251	47,1	47,1	80,1
	Relationen til anden sundhedspersonale	62	11,6	11,6	91,7
	Kan ikke vurdere	44	8,3	8,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Hvilken er næstvigtigst?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Relationen til Sygehusledelsen	7	1,3	1,4	1,4
	Relationen til ældre læger	185	34,7	37,8	39,3
	Relationen til ligestillede læger	144	27,0	29,4	68,7
	Relationen til anden sundhedspersonale	151	28,3	30,9	99,6
	Kan ikke vurdere	2	,4	,4	100,0
	Total	489	91,7	100,0	
Missing	System	44	8,3		
Total		533	100,0		

Uddannelsessøgende + vejledere

I forbindelse med en igangværende speciallæge-reform talesom at lægegerningen skal have vægt på 7 roller. Har du hørt noget om den reform?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	460	86,3	86,3	86,3
	Nej	73	13,7	13,7	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Medicinsk ekspert

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	363	68,1	68,1	68,1
	Medicinsk ekspert	170	31,9	31,9	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Kommunikator

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	181	34,0	34,0	34,0
	Kommunikator	352	66,0	66,0	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Samarbejde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	442	82,9	82,9	82,9
	Samarbejde	91	17,1	17,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Leder/Administrator

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	300	56,3	56,3	56,3
	Leder/Administrator	233	43,7	43,7	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Sundhedsfremmer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	368	69,0	69,0	69,0
	Sundhedsfremmer	165	31,0	31,0	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Akademiker

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	374	70,2	70,2	70,2
	Akademiker	159	29,8	29,8	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Professionel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	381	71,5	71,5	71,5
	Professionel	152	28,5	28,5	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Kan ikke nævne nogle af rollerne

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	414	77,7	77,7	77,7
	Kan ikke nævne nogle af rollerne	119	22,3	22,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Uddannelsessøgende og vejledere:

Hvis du kunne bestemme ville du lægge samme vægt, større vægt eller mindre vægt på følgende roller: Medicinsk ekspert.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	275	51,6	51,6	51,6
	Større vægt	225	42,2	42,2	93,8
	Mindre vægt	11	2,1	2,1	95,9
	Ved ikke (læs ikke op)	22	4,1	4,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Kommunikator.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	199	37,3	37,3	37,3
	Større vægt	286	53,7	53,7	91,0
	Mindre vægt	28	5,3	5,3	96,2
	Ved ikke (læs ikke op)	20	3,8	3,8	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Samarbejde.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	254	47,7	47,7	47,7
	Større vægt	238	44,7	44,7	92,3
	Mindre vægt	22	4,1	4,1	96,4
	Ved ikke (læs ikke op)	19	3,6	3,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Leder/Administrator.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	236	44,3	44,3	44,3
	Større vægt	108	20,3	20,3	64,5
	Mindre vægt	164	30,8	30,8	95,3
	Ved ikke (læs ikke op)	25	4,7	4,7	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Sundhedsfremmer.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	245	46,0	46,0	46,0
	Større vægt	186	34,9	34,9	80,9
	Mindre vægt	80	15,0	15,0	95,9
	Ved ikke (læs ikke op)	22	4,1	4,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Akademiker.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	287	53,8	53,8	53,8
	Større vægt	159	29,8	29,8	83,7
	Mindre vægt	66	12,4	12,4	96,1
	Ved ikke (læs ikke op)	21	3,9	3,9	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Professionel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Samme vægt	336	63,0	63,0	63,0
	Større vægt	138	25,9	25,9	88,9
	Mindre vægt	24	4,5	4,5	93,4
	Ved ikke (læs ikke op)	35	6,6	6,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Civilstatus.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, gift/samboende	469	88,0	88,0	88,0
	Nej, ikke gift/samboende	62	11,6	11,6	99,6
	Vil ikke svare	2	,4	,4	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Ægtefælle/samlevers uddannelse.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ufaglært	5	,9	1,1	1,1
	Faglært/Udlært/butik/ HK/forsikring/bank	34	6,4	7,2	8,3
	Mellemuddannet (pædagog, folkeskolelærer, ergo- eller fysiot	108	20,3	23,0	31,3
	Akademisk uddannet	312	58,5	66,5	97,9
	Andet	10	1,9	2,1	100,0
	Total	469	88,0	100,0	
Missing	System	64	12,0		
Total		533	100,0		

Antal egne børn.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen	90	16,9	16,9	16,9
	Et	93	17,4	17,4	34,3
	To	219	41,1	41,1	75,4
	Flere end to	130	24,4	24,4	99,8
	Vil ikke svare	1	,2	,2	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Fødselsår.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Før 1950	26	4,9	4,9	4,9
	1950-1959	67	12,6	12,6	17,4
	1960-1969	238	44,7	44,7	62,1
	1970++	195	36,6	36,6	98,7
	Vil ikke svare	7	1,3	1,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Årstal for færdiggjort medicinstudie.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Før 1975	20	3,8	3,8	3,8
1975-1979	15	2,8	2,8	6,6
1980-1984	31	5,8	5,8	12,4
1985-1989	42	7,9	7,9	20,3
1990-1992	53	9,9	9,9	30,2
1993-1995	61	11,4	11,4	41,7
1996-1998	112	21,0	21,0	62,7
1999-2001	128	24,0	24,0	86,7
2002++	66	12,4	12,4	99,1
Vil ikke svare	5	,9	,9	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Årstal for færdiggjort turnus.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Før 1975	6	1,1	1,1	1,1
1975-1979	10	1,9	1,9	3,0
1980-1984	30	5,6	5,6	8,6
1985-1989	33	6,2	6,2	14,8
1990-1992	28	5,3	5,3	20,1
1993-1995	46	8,6	8,6	28,7
1996-1998	100	18,8	18,8	47,5
1999-2001	115	21,6	21,6	69,0
2002-2003	94	17,6	17,6	86,7
2004++	64	12,0	12,0	98,7
Vil ikke svare	7	1,3	1,3	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Ph.d-grad.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	104	19,5	19,5	19,5
Delvist	26	4,9	4,9	24,4
Nej	403	75,6	75,6	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Antal år ansat som læge i stillinger, der ikke tæller i specialet.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 år	107	20,1	20,1	20,1
½ år	48	9,0	9,0	29,1
1 år	55	10,3	10,3	39,4
1½ år	65	12,2	12,2	51,6
2 år	47	8,8	8,8	60,4
2½ år	27	5,1	5,1	65,5
3 år	35	6,6	6,6	72,0
3½ år	18	3,4	3,4	75,4
4 år	28	5,3	5,3	80,7
4½ år	6	1,1	1,1	81,8
5 år eller derover	91	17,1	17,1	98,9
Ved ikke	6	1,1	1,1	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Bil i husstanden.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja, en bil	313	58,7	58,7	58,7
Ja, to eller flere biler	187	35,1	35,1	93,8
Nej	32	6,0	6,0	99,8
Vil ikke svare	1	,2	,2	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Årgang på familiens dyreste bil.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Før 1990	23	4,3	4,6	4,6
1990-1991	11	2,1	2,2	6,8
1992-1993	16	3,0	3,2	10,0
1994-1995	36	6,8	7,2	17,2
1996-1997	64	12,0	12,8	30,0
1998-1999	79	14,8	15,8	45,8
2000-2001	84	15,8	16,8	62,6
2002-2003	78	14,6	15,6	78,2
2004++	107	20,1	21,4	99,6
Vil ikke svare	2	,4	,4	100,0
Total	500	93,8	100,0	
Missing System	33	6,2		
Total	533	100,0		

Nybilspris for tilsvarende mærke og model i dag.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Indtil 100.000	3	,6	,6	,6
	100.001 - 200.000	87	16,3	17,4	18,0
	200.001 - 300.000	152	28,5	30,4	48,4
	300.001 - 400.000	135	25,3	27,0	75,4
	400.001 - 500.000	40	7,5	8,0	83,4
	Over 500.001	33	6,2	6,6	90,0
	Ved ikke / Vil ikke svare	50	9,4	10,0	100,0
	Total	500	93,8	100,0	
Missing	System	33	6,2		
Total		533	100,0		

Familiens husstandsindkomst før skat sidste år.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	200.001 - 300.000	3	,6	,6	,6
	300.001 - 400.000	20	3,8	3,8	4,3
	400.001 - 500.000	24	4,5	4,5	8,8
	500.001 - 600.000	51	9,6	9,6	18,4
	600.001 - 700.000	57	10,7	10,7	29,1
	700.001 - 800.000	83	15,6	15,6	44,7
	800.001 - 900.000	61	11,4	11,4	56,1
	900.001 - 1.000.000	65	12,2	12,2	68,3
	1.000.001 - 1.100.000	44	8,3	8,3	76,5
	1.100.001 - 1.200.000	21	3,9	3,9	80,5
	1.200.001 - 1.300.000	13	2,4	2,4	82,9
	1.300.001 - 1.400.000	13	2,4	2,4	85,4
	1.400.001 - 1.500.000	4	,8	,8	86,1
	Over 1.500.001	20	3,8	3,8	89,9
	Ved ikke / Vil ikke svare	54	10,1	10,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Personlig indkomst før skat sidste år.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	200.001 - 300.000	20	3,8	3,8	3,8
	300.001 - 400.000	117	22,0	22,0	25,7
	400.001 - 500.000	178	33,4	33,4	59,1
	500.001 - 600.000	72	13,5	13,5	72,6
	600.001 - 700.000	37	6,9	6,9	79,5
	700.001 - 800.000	35	6,6	6,6	86,1
	800.001 - 900.000	17	3,2	3,2	89,3
	900.001 - 1.000.000	13	2,4	2,4	91,7
	1.000.001 - 1.100.000	5	,9	,9	92,7
	1.100.001 - 1.200.000	1	,2	,2	92,9
	1.300.001 - 1.400.000	1	,2	,2	93,1
	1.400.001 - 1.500.000	1	,2	,2	93,2
	Over 1.500.001	1	,2	,2	93,4
	Ved ikke / Vil ikke svare	35	6,6	6,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Påbegyndte du andre uddannelser før starten på medicin?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	92	17,3	17,3	17,3
	Nej	441	82,7	82,7	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Antal timers TV set i gennemsnit på en uge.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 timer	2	,4	,4	,4
	1 time	27	5,1	5,1	5,4
	2 timer	61	11,4	11,4	16,9
	3 timer	49	9,2	9,2	26,1
	4 timer	39	7,3	7,3	33,4
	5 timer	74	13,9	13,9	47,3
	6 timer	24	4,5	4,5	51,8
	7 timer	55	10,3	10,3	62,1
	8 timer	27	5,1	5,1	67,2
	9 timer	5	,9	,9	68,1
	10 timer	80	15,0	15,0	83,1
	11-14 timer	32	6,0	6,0	89,1
	15-19 timer	28	5,3	5,3	94,4
	Over 20 timer	24	4,5	4,5	98,9
	Vil ikke svare	6	1,1	1,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Foretrukken TV-kanal.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DR1	251	47,1	47,1	47,1
	DR2	132	24,8	24,8	71,9
	TV2	108	20,3	20,3	92,1
	TV3	11	2,1	2,1	94,2
	TV-Danmark	3	,6	,6	94,7
	Ved ikke / Vil ikke svare	28	5,3	5,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Abonnement på en avis.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	368	69,0	69,0	69,0
	Nej	165	31,0	31,0	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Foretrukken avis.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berlingske Tidende	59	11,1	11,1	11,1
	Information	24	4,5	4,5	15,6
	Jyllands Posten	164	30,8	30,8	46,3
	Politiken	182	34,1	34,1	80,5
	Andet	81	15,2	15,2	95,7
	Ved ikke / Vil ikke svare	23	4,3	4,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Sejlsport

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	494	92,7	92,7	92,7
	Sejlsport	39	7,3	7,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Tennis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	474	88,9	88,9	88,9
	Tennis	59	11,1	11,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Fodbold

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	504	94,6	94,6	94,6
	Fodbold	29	5,4	5,4	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Håndbold

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	526	98,7	98,7	98,7
	Håndbold	7	1,3	1,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Squash

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	509	95,5	95,5	95,5
	Squash	24	4,5	4,5	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Jogging

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	290	54,4	54,4	54,4
	Jogging	243	45,6	45,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Golf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	516	96,8	96,8	96,8
	Golf	17	3,2	3,2	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Fitness

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	439	82,4	82,4	82,4
	Fitness	94	17,6	17,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Ingen af ovenstående

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	346	64,9	64,9	64,9
Ingen af ovenstående	187	35,1	35,1	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Badminton

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	508	95,3	95,3	95,3
Badminton	25	4,7	4,7	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Cykling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	469	88,0	88,0	88,0
Cykling	64	12,0	12,0	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Gymnastik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	519	97,4	97,4	97,4
Gymnastik	14	2,6	2,6	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Kampsport

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	520	97,6	97,6	97,6
Kampsport	13	2,4	2,4	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Løb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	522	97,9	97,9	97,9
Løb	11	2,1	2,1	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Skisport

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	512	96,1	96,1	96,1
	Skisport	21	3,9	3,9	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Volleyball

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	523	98,1	98,1	98,1
	Volleyball	10	1,9	1,9	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Svømning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	489	91,7	91,7	91,7
	Svømning	44	8,3	8,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Nej

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	217	40,7	40,7	40,7
	Nej	316	59,3	59,3	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Andet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	467	87,6	87,6	87,6
	Andet	66	12,4	12,4	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Ryger.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nej	495	92,9	92,9	92,9
	Ja under 10 pr. dag	27	5,1	5,1	97,9
	Ja mere end 10 pr. dag	11	2,1	2,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Hvornår var du sidst indlagt på et hospital?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jeg har aldrig været indlagt	123	23,1	23,1	23,1
	I løbet af det sidste år	56	10,5	10,5	33,6
	Efter afslutningen af medicinstudiet	209	39,2	39,2	72,8
	Tidligere	145	27,2	27,2	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Indlagt på:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Et offentligt sygehus i Danmark	388	72,8	94,6	94,6
	Et privat sygehus i Danmark	4	,8	1,0	95,6
	Andet	18	3,4	4,4	100,0
	Total	410	76,9	100,0	
Missing	System	123	23,1		
Total		533	100,0		

Ca. andel af private omgangskreds der er læger/kommende læger.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen	19	3,6	3,6	3,6
	Under en fjerdedel	196	36,8	36,8	40,3
	Under halvdelen	169	31,7	31,7	72,0
	Mere end halvdelen	149	28,0	28,0	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Antal bosteder fra 0 til 18 år.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Et	147	27,6	27,6	27,6
	To	146	27,4	27,4	55,0
	Tre	102	19,1	19,1	74,1
	Flere end tre	134	25,1	25,1	99,2
	Ved ikke	4	,8	,8	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Bopæl ved skolestart.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HT-området	121	22,7	22,7	22,7
	Øerne i øvrigt	70	13,1	13,1	35,8
	Jylland	234	43,9	43,9	79,7
	Kan ikke huske	36	6,8	6,8	86,5
	Udenfor Danmark	72	13,5	13,5	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Antal søskende.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen	43	8,1	8,1	8,1
	En	198	37,1	37,1	45,2
	To	170	31,9	31,9	77,1
	Tre	68	12,8	12,8	89,9
	Flere end tre	51	9,6	9,6	99,4
	Vil ikke svare	3	,6	,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Antal søskende der er læger eller i gang med at blive det.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen	416	78,0	84,9	84,9
	En	60	11,3	12,2	97,1
	To	9	1,7	1,8	99,0
	Tre	2	,4	,4	99,4
	Flere	1	,2	,2	99,6
	Ved ikke	2	,4	,4	100,0
	Total	490	91,9	100,0	
Missing	System	43	8,1		
Total		533	100,0		

Mors højeste uddannelse.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ufaglært	106	19,9	19,9	19,9
	Faglært/Udlært/butik/ HK/forsikring/bank	138	25,9	25,9	45,8
	Mellemuddannet (pædagog, folkeskolelærer, ergo- eller fysiot	189	35,5	35,5	81,2
	Akademisk uddannet	81	15,2	15,2	96,4
	Andet	16	3,0	3,0	99,4
	Vil ikke svare	3	,6	,6	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Fars højeste uddannelse.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ufaglært	68	12,8	12,8	12,8
	Faglært/Udlært/butik/ HK/forsikring/bank	125	23,5	23,5	36,2
	Mellemuddannet (pædagog, folkeskolelærer, ergo- eller fysiot	101	18,9	18,9	55,2
	Akademisk uddannet	212	39,8	39,8	94,9
	Andet	19	3,6	3,6	98,5
	Vil ikke svare	8	1,5	1,5	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Forældre studenter.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, en af dem	130	24,4	24,4	24,4
	Ja, dem begge	147	27,6	27,6	52,0
	Nej	251	47,1	47,1	99,1
	Vil ikke svare	5	,9	,9	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Læger blandt forældre, bedsteforældre eller oldeforældre.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	108	20,3	20,3	20,3
	Nej	421	79,0	79,0	99,2
	Ved ikke	4	,8	,8	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Antal generationer tilbage for at finde en udlænding.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen - og er ikke selv udlænding	133	25,0	25,0	25,0
	Ingen - Jeg er selv udlænding	62	11,6	11,6	36,6
	En - til en af mine forældre	37	6,9	6,9	43,5
	To - til en af mine bedsteforældre	37	6,9	6,9	50,5
	Mere end to generationer	212	39,8	39,8	90,2
	Ved ikke / Vil ikke svare	52	9,8	9,8	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Køn.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mand	250	46,9	46,9	46,9
	Kvinde	283	53,1	53,1	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Uddannelsessøgende, fordeling på kvoter.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Speciale 1	40	7,5	9,4	9,4
	Speciale 2	131	24,6	30,9	40,3
	Speciale 3	152	28,5	35,8	76,2
	Speciale 4	101	18,9	23,8	100,0
	Total	424	79,5	100,0	
Missing	System	109	20,5		
	Total	533	100,0		

Speciale 1 (Vejledere)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	509	95,5	95,5	95,5
	Tværgående speciale	24	4,5	4,5	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Speciale 2 (Vejledere)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	483	90,6	90,6	90,6
	Kirurgisk speciale	50	9,4	9,4	100,0
	Total	533	100,0	100,0	

Speciale 3 (Vejledere)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	502	94,2	94,2	94,2
Medicinsk speciale	31	5,8	5,8	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Speciale 4 (Vejledere)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	529	99,2	99,2	99,2
Alment speciale	4	,8	,8	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Andet speciale (Vejledere)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	532	99,8	99,8	99,8
Andet	1	,2	,2	100,0
Total	533	100,0	100,0	

Bopæl.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid HT-området	192	36,0	36,0	36,0
Øerne i øvrigt	54	10,1	10,1	46,2
Jylland	287	53,8	53,8	100,0
Total	533	100,0	100,0	